

Załącznik nr 1 do Uchwały nr 2565/20  
Zarządu Województwa Świętokrzyskiego  
z dnia 26 sierpnia 2020 r.

OZ- IV.1711.6.2020

## **WYSTĄPIENIE POKONTROLNE**

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

### ***Oznaczenie Jednostki Kontrolowanej***

Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach ul. Stefana Artwińskiego 3, 25-734 Kielce<sup>1</sup>

### ***Termin przeprowadzenia czynności kontrolnych***

Czynności kontrolne zostały przeprowadzone w terminie od dnia 20.05.2020 r. do dnia 04.06.2020 r. w siedzibie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Świętokrzyskiego

### ***Numer i zakres kontroli***

OZ-IV.1711.6.2020

- 1. Realizacja zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie, dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych w latach 2018-2019.*
- 2. Sprawdzenie sposobu wykonania zaleceń pokontrolnych zawartych w Wystąpieniu Pokontrolnym z dnia 18.07.2018 r., znak: DOZ.III.1711.10.1.2018.*

### ***Przeprowadzający kontrolę***

Na podstawie Uchwały Nr 2096/20 z dnia 13 maja 2020 r. Zarząd Województwa Świętokrzyskiego upoważnił Ewę Murzec, Jolantę Jesionowską do przeprowadzenia kontroli Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach. Kontrolujący otrzymali imienne upoważnienia o numerze OZ-IV.1711.6.2020 z dnia 13.05.2020 r.

*(Dowód: akta kontroli str. 1-4 Uchwała ZWŚ,  
Upoważnienia do kontroli)*

Przed podjęciem 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 2012 r. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych<sup>2</sup> (zwane dalej rozporządzeniem).

*(Dowód: akta kontroli str. 5-6 Oświadczenie kontrolujących o braku okoliczności uzasadniających ich wyłączenie z udziału w kontroli)*

<sup>1</sup> Zwane dalej Szpitalem, Zakładem, Podmiotem Leczniczym, Jednostką Kontrolowaną, Udzielającym Zamówienia.

<sup>2</sup> Rozporządzenie MZ z dn. 20.12.2012 r. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych (Dz.U.2015. 1331 t.j.)

W piśmie z dnia 18.05.2020 r., znak: OZ-IV.1711.6.2020 Kierownik Podmiotu Leczniczego, został poinformowany, że kontrola planowa w zakresie realizacji zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie, dostępności i jakości udzielnych świadczeń zdrowotnych w latach 2018-2019 oraz sprawdzenia sposobu wykonania zaleceń pokontrolnych zawartych w Wystąpieniu Pokontrolnym z dnia 18.07.2018 r., znak: DOZ.III.1711.10.1.2018, ze względu na zaistniałą sytuację epidemiczną odbędzie się w wyznaczonym terminie poza siedzibą Jednostki Kontrolowanej<sup>3</sup> stosownie do § 10 ust. 3<sup>4</sup> rozporządzenia. Ww. pismo przewodnie wraz imiennymi upoważnieniami kontrolujących stanowiącymi załączniki nr 1 i nr 2 do Uchwały Nr 2096/20z dnia 13.05.2020 r., przesłano do Podmiotu Leczniczego ePUAP-em w dniu 19.05.2020 r.

*(Dowód akta kontroli str. 7-10 Pismo Dyrektora Departamentu Ochrony Zdrowia znak: OZ-IV.1711.6.2020 z dnia 18.05.2020 r.)*

### ***Kierownik Jednostki Kontrolowanej***

Stanisław Gózdź – Dyrektor Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach

### ***Ocena ogólna***

Ocena działalności Podmiotu Leczniczego, w zakresie objętym kontrolą została dokonana na podstawie ustalonego stanu faktycznego przy zastosowaniu kryteriów kontroli wynikających z ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 roku<sup>5</sup> (zwana dalej u.d.l.) tj. celowości, gospodarności i rzetelności. Mając na uwadze przyjętą skalę ocen<sup>6</sup>, na podstawie analizy dokumentacji źródłowej, jak również otrzymanych wyjaśnień, działalność Jednostki Kontrolowanej w zakresie objętym kontrolą oceniono pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości.

Powyższa ogólna ocena działalności Jednostki Kontrolowanej wynika z poniżej zaprezentowanych ocen cząstkowych, odnoszących się do poszczególnych obszarów wytypowanych do kontroli.

W ramach kontroli sprawdzono działalność Podmiotu Leczniczego w latach 2018-2019, w następujących sekcjach tematycznych:

1. Realizacja zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie.
2. Dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych.

<sup>3</sup> tj. w siedzibie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Świętokrzyskiego

<sup>4</sup> Kontrola lub poszczególne jej czynności mogą być, w miarę potrzeb, przeprowadzane również poza siedzibą jednostki kontrolowanej lub miejscem wykonywania działalności leczniczej

<sup>5</sup> Ustawa z dn. 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U.2018.2190 t.j. ze zm.)

<sup>6</sup> Kontrolujący stosują 3- stopniową skalę ocen: pozytywna, pozywana mimo stwierdzonych nieprawidłowości i uchybień, negatywna

3. Sprawdzenie sposobu wykonania zaleceń pokontrolnych zawartych w Wystąpieniu Pokontrolnym z dnia 18.07.2018 r., znak: DOZ.III.1711.10.1.2018

Stan faktyczny został opisany w oparciu o tematy wyszczególnione w pkt 3 pn. *Oznaczenie zagadnień wymagających oceny* Programu kontroli w Świętokrzyskim Centrum Onkologii w Kielcach zatwierdzonego Uchwałą Nr 2095/20 Zarządu Województwa Świętokrzyskiego z dnia 13.05.2020 r.

*(Dowód: akta kontroli str. 11 – 17 Uchwała ZWŚ, Program kontroli)*

## **1. Realizacja zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie**

### ***Opis stanu faktycznego***

#### **1.1. Statut Podmiotu Leczniczego**

Podmiot Leczniczy w okresie objętym kontrolą działał w oparciu o Statut stanowiący załącznik do Uchwały Nr XXXVIII/544/17 Sejmiku Województwa Świętokrzyskiego z dnia 20.11.2017 r. Dokument został ogłoszony w Dzienniku Urzędowym Województwa Świętokrzyskiego w dniu 28.11.2017 r. pod pozycją 3541.

*Stosownie do treści Statutu Celem Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach jest prowadzenie działalności leczniczej, polegającej na udzielaniu stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych, w tym świadczeń szpitalnych, innych niż szpitalne świadczeń obejmujących pielęgnację i rehabilitację pacjentów niewymagających hospitalizacji oraz świadczeń ambulatoryjnych. Do podstawowych celów Świętokrzyskiego Centrum Onkologii należy także samodzielne prowadzenie w sposób ciągły badań podstawowych, badań przemysłowych lub eksperymentalnych prac rozwojowych oraz rozpowszechnianie ich wyników poprzez działalność dydaktyczną, publikacje lub transfer wiedzy a także tworzenie warunków dla rozwoju innowacyjnych metod badawczych w leczeniu pacjentów.*

W Podmiocie Leczniczym świadczenia zdrowotne udzielane są w zakresie opieki stacjonarnej, dziennej i ambulatoryjnej.

#### **1.2. Regulamin organizacyjny Podmiotu Leczniczego**

Według informacji podpisanej przez Kierownika Sekcji Organizacyjnej ŚCO w zestawieniu z okazanymi dokumentami źródłowymi ustalono, że Rada Społeczna na posiedzeniu w dniu 18.12.2017 r. pozytywnie zaopiniowała Regulamin Organizacyjny Podmiotu Leczniczego (zwany dalej Regulaminem).

Do dokumentu każdorazowo, po wyrażeniu pozytywnej opinii przez Radę Społeczną w Uchwałach nr 52/2018 z dnia 9.04.2018 r., nr 61/2018 z dnia 28.11.2018 r., nr 9/2019 z dnia 25.04.2019 r. do tekstu jednolitego Regulaminu organizacyjnego z dnia 18.12.2017 r. zostały wprowadzone zmiany. Według treści uchwał Rada Społeczna pozytywnie opiniowała m.in. utworzenie komórki organizacyjnej „Zakład Profilaktyki Onkologicznej<sup>7</sup>”, zmianę nazwy Dział Hematologii i Transplantologii Szpiku na Dział Hematologii, Transplantacji Szpiku i Immunologii Klinicznej, utworzenie Punktu Dystrybucji Składników Krwi podległego bezpośrednio Zakładowi Diagnostyki Laboratoryjnej.

*(Dowód akta kontroli str. 18 Zestawienie sporządzone przez Kierownika Sekcji Organizacyjnej ŚCO)*

W trakcie czynności kontrolnych ustalono, iż opisane powyżej zmiany nie wiązały się z rozpoczęciem, czy rozszerzeniem działalności Szpitala, co potwierdził Kierownik Sekcji Organizacyjnej ŚCO składając wyjaśnienie w brzmieniu *W okresie objętym kontrolą w komórkach organizacyjnych zmiany miały charakter organizacyjny i porządkujący, dotyczyły zmiany nazewnictwa i nie wiązały się z rozszerzeniem działalności czy rozpoczęciem działalności nowej komórki Szpitala dla przykładu w komórce organizacyjnej o nazwie Dział Hematologii i Transplantacji Szpiku i Immunologii Klinicznej wydzielono działalność związaną z immunologią kliniczną będącą częścią świadczeń leczniczych w ramach Działu Hematologii. Z uwagi na uszczegółowienie zakresu prowadzonej działalności dokonano zmiany organizacji pracy komórki oraz dokonano aktualizacji nazwy o wyszczególniony zakres działalności, jednak sytuacja ta nie zmieniła charakteru i zakresu udzielanych świadczeń. Mając powyższe na uwadze i ze względu na charakter zmian organizacyjnych nie przeprowadzono uzgodnień z Zarządem Województwa Świętokrzyskiego, o którym mowa w Statucie ze względu na brak przesłanek do ich podejmowania.*

*(Dowód akta kontroli str. 19 Wyjaśnienie Kierownika Sekcji Organizacyjnej ŚCO)*

Stosownie do treści Regulaminu Szpital prowadzi niżej wymienione rodzaje działalności leczniczej:

- a) stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne np.: leczenie i pielęgnowanie pacjentów w oddziałach całodobowych i oddziałach dziennych, rehabilitacja lecznicza;
- b) stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne, tj. świadczenia paliatywne;

---

<sup>7</sup> W skład Zakładu Profilaktyki Onkologicznej weszły tracąc odrębność organizacyjną Mobilna Pracownia Badań Diagnostycznych (Cytomammobus) oraz Dział Promocji i Profilaktyki Onkologicznej wraz z Poradnią Promocji Zdrowia.

c) ambulatoryjne świadczenia zdrowotne np.: badania i porady ambulatoryjne, badania diagnostyczne, podawanie lub wydawanie (do samodzielnego przyjmowania w domu) leków przeciwnowotworowych, opieka lekarska psychiatryczna oraz psychologiczna, zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, działania profilaktyczne, edukacja zdrowotna, promocja zdrowia.

Obszarem działalności Szpitala jest w szczególności województwo świętokrzyskie.

Strukturę organizacyjną Szpitala określa schemat organizacyjny stanowiący załącznik do Regulaminu.

Analiza treści Regulaminu pod kątem zgodności elementów określonych w art. 24 u.d.l., który zawiera określony przez ustawodawcę zamknięty katalog informacji wymaganych w ww. dokumencie, pozwoliła stwierdzić, iż Szpital nie w pełni odnotował w ww. akcie prawa wewnętrznego, danych dotyczących miejsc udzielania świadczeń zdrowotnych przez Zakład Lecznicy.

*W powyższej sprawie Kierownik Działu Kontraktowania, Rozliczeń i Statystyki Medycznej ŚCO wyjaśnił (...) komórki organizacyjne ŚCO zlokalizowane są pod adresami Kielce, ul. Artwińskiego 3 i Jagiellońska 74B, stanowią jedną lokalizację i są tak traktowane przez NFZ (budynek lub zespół budynków oznaczonych tym samym adresem albo oznaczonych innymi adresami, ale położonych obok siebie i tworzących funkcjonalną całość). Natomiast filie zamiejscowe (poradnie onkologiczne), nie stanowią już tego samego miejsca ani lokalizacji.*

*Dodatkowo Kierownik Sekcji Organizacyjnej ŚCO wskazał, że Regulamin Organizacyjny Świętokrzyskiego Centrum Onkologii z dnia 18.12.2017 r. w §30 pkt 3 wskazuje miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych i brzmi następująco „Miejscem udzielania świadczeń zdrowotnych jest Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach przy ul. Artwińskiego 3 oraz przy ul. Jagiellońskiej 74b, stanowiące jedną lokalizację.(....). W związku z rozwojem działalności Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach oraz wprowadzonymi zmianami w zakresie realizacji świadczeń zdrowotnych, zmiany lokalizacji Filii nie zostały uwzględnione w przywołanym §30 pkt 3 Regulaminu Organizacyjnego, natomiast aktualizację lokalizacji Filii uwzględniono w załączniku nr 1 do Regulaminu Organizacyjnego (...).*

*(Dowód akta kontroli str. 20-21 Wyjaśnienie Kierownika Działu Kontraktowania, Rozliczeń i Statystyki Medycznej ŚCO oraz Kierownika Sekcji Organizacyjnej ŚCO)*

Kontrolujący przyjmują wyjaśnienia niemniej stoją na stanowisku, że ustawodawca wskazując wymaganą treść regulaminu organizacyjnego, jednoznacznie zobligował podmioty wykonujące działalność leczniczą do formułowania jego zapisów w określony dla podmiotów



sposób, tj. poprzez umieszczenie tożsamych zakresów informacji. W zależności od specyfiki placówki każda jednostka ochrony zdrowia rozwija punkty ww. artykułu zamieszczając charakterystyczny dla siebie zbiór wymaganych ustawą informacji. W związku z powyższym, zdaniem kontrolujących, w Regulaminie organizacyjnym Podmiotu Leczniczego konieczne jest zamieszczenie informacji określonych w art. 24 ust. 1 pkt 5 u.d.l., tj. wszystkich miejsc udzielania świadczeń zdrowotnych. Jednocześnie wskazują, że schemat organizacyjny stanowi graficzny obraz ukazujący poszczególne części organizacji, hierarchiczny układ zależności między nimi oraz przypisuje w sposób najbardziej ogólny konkretne funkcje poszczególnym elementom organizacji, stanowiąc syntetyczną informację o Zakładzie tożsamą z treścią obowiązującego Regulaminu.

W trakcie dalszych czynności kontrolnych dokonano porównania schematu organizacyjnego z dnia 25.04.2019 r. z Księgą rejestrową nr 000000014611 prowadzoną przez Wojewodę Świętokrzyskiego (stan na dzień 30.05.2019 r.), stwierdzając rozbieżności w tym zakresie szczegółowo przedstawione w poniższym zestawieniu:

Lp.	Załącznik nr 1 do Regulaminu organizacyjnego z dnia 25.04.2019 r. <sup>8</sup> ustalony przez Dyrektora Szpitala	Księga Rejestrowa Nr 000000014611 <sup>9</sup>	Uwagi
1.	Poradnia Radioterapii w Sandomierzu – powrót do nazewnictwa zakwestionowanego podczas kontroli przeprowadzonej w 2018 r. <sup>10</sup> jako niezgodnego z Księgą rejestrową.	Poradnia Onkologiczna w Sandomierzu (lp. 138 rozpoczęcie działalności 1.01.2017 r.)	Rozbieżność pomiędzy zapisami schematu organizacyjnego i księgą rejestrową.
2.	Poradnia Onkologiczna we Włoszczowie – wprowadzona ponownie do schematu organizacyjnego	Brak uwidocznienia komórki organizacyjnej w Księdze Rejestrowej	Rozbieżność pomiędzy zapisami schematu organizacyjnego i księgą rejestrową.
3.	Poradnia Onkologiczna w Końskich – wprowadzona ponownie do schematu	Brak uwidocznienia komórki organizacyjnej w Księdze Rejestrowej	Rozbieżność pomiędzy zapisami schematu organizacyjnego i księgą rejestrową.

<sup>8</sup> Zaopiniowany przez Radę Społeczną Szpitala w dniu 25.04.2019 r. – Uchwałą Nr 9/2019.

<sup>9</sup> Podmiot Leczniczy zobowiązany jest zgłaszać organowi prowadzącemu rejestr wszelkie zmiany danych objętych rejestrem w terminie 14 dni od dnia ich powstania – art.107 ust.1 u.d.l.

<sup>10</sup> Kontrola przeprowadzona w dniach 17-25.05.2018 r. z której wykonanie zaleceń pokontrolnych przekazanych Wystąpieniem Pokontrolnym z dnia 18.07.2018 r. są przedmiotem aktualnej kontroli.

Lp.	Załącznik nr 1 do Regulaminu organizacyjnego z dnia 25.04.2019 r. <sup>8</sup> ustalony przez Dyrektora Szpitala	Księga Rejestrowa Nr 000000014611 <sup>9</sup>	Uwagi
	organizacyjnego		
4.	Poradnia Radioterapii – Gabinet Brachyterapii	W księdze Rejestrowej widnieje Poradnia Brachyterapii (poz.026) oraz Gabinet Diagnostyczno - Zabiegowy Poradni Radioterapii (130)	Rozbieżność pomiędzy zapisami schematu organizacyjnego i księgą rejestrową. Nie wykonano zaleceń pokontrolnych polegających na odzwierciedleniu w Księdze Rejestrowej zmian <i>poprzez faktyczne włączenie Poradni Brachyterapii w strukturę komórki organizacyjnej: Poradnia Radioterapii w charakterze Gabinetu Brachyterapii.</i>
5.	Mobilna Pracownia Badań Diagnostycznych (Cytomammobus) - brak wpisu	W Księdze Rejestrowej (poz. 108) komórka organizacyjna działa od 22.01.2009 r.	Rozbieżność pomiędzy zapisami schematu organizacyjnego i księgą rejestrową.
6.	Poradnia Promocji Zdrowia - brak wpisu	Poradnia Promocji Zdrowia (poz. 22) działa nieprzerwanie od 1.06.1998 r.	Rozbieżność pomiędzy zapisami schematu organizacyjnego i księgą rejestrową.
7.	Poradnia Ginekologiczna z Mobilnym Gabinetem Pobrań - brak wpisu	W Księdze Rejestrowej (poz. 99) uwidoczono komórkę pn. Poradnia Ginekologiczno - Położnicza z Mobilnym Gabinetem Pobrań Cytologicznych (Cytomammobus)	Rozbieżność pomiędzy zapisami schematu organizacyjnego i księgą rejestrową. Zgodnie z zaleceniami pokontrolnymi z dn.18.07.2018 r. należało ujedynolnić nazwę ww. komórki zgodnie z księgą rejestrową.
8.	Poradnia Onkologiczna w Busku Zdroju - brak wpisu	Poradnia Onkologiczna w Busku Zdroju (poz.137) działa nieprzerwanie od 1.01.2017 r.	Rozbieżność pomiędzy zapisami schematu organizacyjnego i księgą rejestrową.
9.	Poradnia Onkologiczna w Opatowie - brak wpisu	Poradnia Onkologiczna w Opatowie (poz.134) działa nieprzerwanie od 30.05.2016 r.	Rozbieżność pomiędzy zapisami schematu organizacyjnego i księgą rejestrową.
	Poradnia Ginekologiczna	Poradnia Ginekologiczna (poz. 37) zamknięta	Rozbieżność pomiędzy zapisami schematu



Lp.	Załącznik nr 1 do Regulaminu organizacyjnego z dnia 25.04.2019 r. <sup>8</sup> ustalony przez Dyrektora Szpitala	Księga Rejestrowa Nr 000000014611 <sup>9</sup>	Uwagi
10.		w 14.11.2006 r.	organizacyjnego i księgą rejestrową.
11.	Pracownia Urodynamiczna -brak wpisu	Pracownia Urodynamiczna (poz. 144) działa nieprzerwanie od 10.07.2018 r.	Rozbieżność pomiędzy zapisami schematu organizacyjnego i księgą rejestrową.

Wyjaśnienie opisanych powyżej różnic przedstawił Kierownik Sekcji Organizacyjnej ŚCO wytłumaczył w następujący sposób *W związku z ujawnionymi rozbieżnościami pomiędzy Schematem Organizacyjnym, a Księgą Rejestrową nr 000000014611 Świątokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach, że są one wynikiem błędnie przyjętego do następnej aktualizacji treści Regulaminu Organizacyjnego, co w konsekwencji doprowadziło do ww. rozbieżności. Mając powyższe na uwadze zobowiązujemy się do dokonania zmian w tym zakresie według stanu faktycznego i przedstawienia tych aktualizacji do opinii Rady Społecznej.*

*(Dowód akta kontroli str. 22. Wyjaśnienie podpisane przez Kierownika Sekcji Organizacyjnej ŚCO)*

Dokonując analizy danych upublicznianych przez Jednostkę Kontrolowaną w zakresie wysokości opłat za: udostępnienie dokumentacji medycznej, przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny, świadczenia zdrowotne, które mogą być udzielane za częściową lub całkowitą odpłatnością ustalono, że Szpital na stronie internetowej <https://www.onkol.kielce.pl/pl/dla-pacjenta/cennik> upublicznia wysokość ww. opłat obowiązujących w 2020 r. (dokumenty sporządzone z datą 17.11.2019 r.). Strona BIP umożliwia zaś skorzystanie z linku kierującego zainteresowanych do aktualnych cenników umieszczonych na stronie zewnętrznej Szpitala. Przedmiotowe opłaty obowiązujące w okresie objętym kontrolą nie były dostępne. Wyjaśnienie w tej sprawie złożył Kierownik Działu Kontraktowania, Rozliczeń i Statystyki Medycznej ŚCO w treści: (...) *Informuję, iż cenniki o których mowa w art. 24 pkt 9,11,12 ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej są systematycznie publikowane na stronie internetowej ŚCO pod adresem [www.onkol.kielce.pl](http://www.onkol.kielce.pl). Natomiast na stronie BIP umieszczony jest link do cenników na stronie zewnętrznej ŚCO. Jednocześnie informuje, iż z uwagi na fakt publikowania cenników w formie*

załączników (plików pdf) cenniki za lata 2018 i 2019 nie są już widoczne na stronie, uwidocznione są tylko aktualne cenniki na rok 2020 – informacja z obu stron w załączeniu.

*(Dowód akta kontroli str. 23-25 wydruk stron internetowych, BIP oraz Wyjaśnienie sporządzone przez Kierownika Działu Kontraktowania, Rozliczeń i Statystyki Medycznej ŚCO)*

### ***Ocena cząstkowa waz z uzasadnieniem***

W wyniku ustaleń dokonanych w toku kontroli pozytywnie z nieprawidłowościami oceniono działalność Podmiotu Leczniczego w zakresie realizacja zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie.

Pozytywna ocena odnosi się do: stosowania jednorodnego nazewnictwa Zakładów leczniczych za pośrednictwem, których Szpital wykonuje działalność leczniczą w Statucie, Regulaminie oraz w Księdze rejestrowej; zamieszczania aktualnych informacji dotyczących wysokości opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej (...), wysokości opłat za przechowywanie zwłok pacjenta (...), wysokości opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być (...) udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością w sposób określony w ustawie o działalności leczniczej.

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczą: braku w Regulaminie organizacyjnym uwidocznienia wszystkich miejsc udzielania świadczeń zdrowotnych; zgodności faktycznej struktury organizacyjnej na poziomie jednostek i komórek organizacyjnych z zapisami schematu organizacyjnego i księgi rejestrowej prowadzonej dla Podmiotu Leczniczego.

### ***Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za stwierdzone uchybienia***

Za stwierdzone uchybienia odpowiedzialny jest:

- Pan Stanisław Gózdź Dyrektor Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach.

## **2. Dostępność i jakość udzielanych świadczeń**

### ***Opis stanu faktycznego***

W zakresie dostępności do udzielonych świadczeń zdrowotnych i ich jakości badaniu poddano:

- 2.1. realizację kontraktów (poziom finansowania świadczeń przez płatnika, realizacja umów z NFZ, wartość świadczeń niezrefundowanych, ugody),
- 2.2. przebieg procesu udzielania świadczeń,

- 2.3. wybrane komórki organizacyjne (m.in. prezentacja Oddziałów, Poradni, Pracowni, liczba leczonych, liczba udzielonych porad, itp.),
- 2.4. prowadzenie list oczekujących,
- 2.5. działalność zespołu ds. oceny przyjęć pacjentów,
- 2.6. udzielanie zamówień na świadczenia zdrowotne,
- 2.7. tryb przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków związanych z działalnością Podmiotu Leczniczego,
- 2.8. ankietyzacja satysfakcji pacjenta oraz system zarządzania w tym posiadane certyfikaty i certyfikaty akredytacyjne,
- 2.9. obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (umowy ubezpieczeniowe polisy),
- 2.10. stan wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny (umowy serwisowe, stopień wykorzystania wybranego sprzętu i aparatury medycznej odpowiednio do zakresu i rodzaju świadczeń zdrowotnych).

## **2.1. Realizacja kontraktu z NFZ (poziom finansowania świadczeń przez płatnika, realizacja umów z NFZ, wartość świadczeń niezrefundowanych, ugody)**

Na podstawie zestawień podpisanych przez Kierownika Działu Kontraktowania, Rozliczeń i Statystyki Medycznej ŚCO, kontrolujący sporządzili szczegółowe zestawienie wszystkich zawartych z NFZ umów wraz z podaniem wielkości świadczeń niezrefundowanych przez płatnika za lata 2018 -2019:

1. 2018 r.: a) wartość umów wraz z aneksami – 258 026 556 zł, b) wykonanie – 256 150 560 zł, c) wartość świadczeń niezrefundowanych – 0,00 zł,
2. 2019 r.: a) wartość umów wraz z aneksami – 286 794 217 zł, b) wykonanie – 286 495 147 zł, c) wartość świadczeń niezrefundowanych – 0,00 zł.

Łącznie w okresie objętym kontrolą Szpital zawarł z Narodowym Funduszem Zdrowia umowy na kwotę 544 820 773 zł. Natomiast łączna wartość zrealizowanych kontraktów wyniosła 542 645 707 zł. W porównaniu do 2018 r. wartość podpisanych umów na realizację świadczeń zdrowotnych z Funduszem w 2019 r. wzrosła o 28 767 661 zł, tj. o ok. 11,15%. Na podstawie „Zestawienia umów zawartych z NFZ (...)” ustalono, że przedmiotem umów w okresie objętym kontrolą były m.in.: programy lekowe, lecznictwo szpitalne ZDOG<sup>11</sup> podstawowy system zabezpieczenia szpitalnego (PSZ) – szpital

---

<sup>11</sup> Gastroenterologia – zespół opieki dziennej,

onkologiczny<sup>12</sup>, opieka paliatywna i hospicyjna, rehabilitacja lecznicza, opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, profilaktyczne programy zdrowotne<sup>13</sup>.

Dane przekazane kontrolującym pozwoliły na ustalenie, iż:

- a) w 2018 r. Narodowy Fundusz Zdrowia zrefundował Jednostce Kontrolowanej świadczenia zdrowotne zrealizowane do wartości rzeczywistego wykonania (niższe o 1 875 996 zł od wartości podpisanych umów);
- b) w 2019 r. Szpital zarejestrował nadwykonania świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej, które płatnik zrefundował w ramach ugody w kwocie 33 329 zł. Pozostałe umowy pokryto do wartości wykonania (niższe o 299 070 zł od wartości podpisanych umów).

Jednocześnie ustalono, że w 2018 r. Szpital nie zrealizował ryczałtu na poziomie uprawniającym płatnika do jego refundacji w 100%.<sup>14</sup> Zgodnie z wyjaśnieniem złożonym przez Kierownika Działu Kontraktowania, Rozliczeń i Statystyki Medycznej ŚCO *Wykonanie ryczałtu w wysokości 96% spowodowane było okresowym zmniejszeniem liczby udzielanych świadczeń w wyniku strajków personelu medycznego (w tym lekarzy), oraz obniżeniem wyceny świadczeń szpitalnych o długości poniżej 3 dni. Należy pamiętać, że w przypadku ŚCO świadczenia realizowane w ryczałcie PSZ są świadczeniami nieonkologicznymi i jako takie ustępowały w kolejności wykonywania świadczeń pacjentom pilnym (z chorobą onkologiczną).*

W 2019 r. Szpital zrealizował ryczałt w 100,42% i zgodnie z obowiązującymi zasadami płatnik pokrył ryczałt w całości.

*(Dowód : akta kontroli str. 26-31Zestawienie nr 7 podpisane przez Kierownika Działu Kontraktowania, Rozliczeń i Statystyki Medycznej ŚCO)*

## **2.2. Przebieg procesu udzielania świadczeń**

Kontrolujący w toku prowadzonych czynności zapoznali się z przebiegiem procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w Kontrolowanej Jednostce dokonując analizy dokumentów wewnętrznych Szpitala, regulujących powyższe kwestie. Ustalono, iż treść Regulaminu w Rozdziale IX pn. *Przebieg procesu udzielania świadczeń* przywołuje ogólne ramy wykonywania działalności leczniczej pod względem organizacyjnym, formalnym, rejestrowym oraz obowiązków uczestników procesu, m.in. zasady: 1) rejestracji pacjentów

<sup>12</sup> Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku dziennym, oddziały szpitalne – hospitalizacja, teleradioterapia, brachyterapia, terapia izotopowa – procedury i hospitalizacje, ambulatoryjna opieka specjalistyczna - porady, chemioterapia, programy zdrowotne – lekowe, ASDK – badania tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego, medycyny nuklearnej, gastroskopii i kolonoskopii.

<sup>13</sup> Program profilaktyczny raka szyjki macicy, program profilaktyczny raka piersi.

<sup>14</sup> Aby otrzymać pełną refundację ryczałtu podmioty lecznicze winny monitorować wykonanie w taki sposób, aby realizacja ryczałtu była na poziomie od 98% do 102%.



w trybie planowym i pilnym zarówno w ramach leczenia szpitalnego jak i ambulatoryjnego; 2) prowadzenia dokumentacji medycznej wewnętrznej i zewnętrznej jednostki wraz ze wskazaniem osób odpowiedzialnych za jej poprawność i zgodność z obowiązującymi przepisami prawa; 3) ustalania terminów udzielania świadczeń zdrowotnych i prowadzenia list oczekujących oraz kryteria medyczne jakimi należy kierować się przy umieszczaniu pacjentów na listach oczekujących; 4) wypisu pacjenta ze Szpitala; 5) postępowania z pacjentem zgłaszającym się do Szpitala bez skierowania lub nie posiadającym uprawnień do bezpłatnego korzystania ze świadczeń zdrowotnych; 6) korzystania z receptariusza szpitalnego.

Dodatkowo ustalono, że procedury postępowania i organizacji udzielania świadczeń diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego szczegółowo reguluje Zarządzenie Nr 26/2017 Dyrektora Szpitala,<sup>15</sup> które określa schemat udzielania świadczeń w poradniach i pracowniach Podmiotu Leczniczego dla pacjentów posiadających oraz nieposiadających karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (zwanej dalej KDILO). Zarządzenie dostosowuje sposób postępowania z pacjentem do wymogów płatnika określonych w zasadach tzw.: szybkiej ścieżki diagnostyki i leczenia onkologicznego<sup>16</sup>. Dokument formułuje procedury postępowania w przypadku: 1) rozpoczęcia diagnostyki u pacjenta posiadającego KDILO (w tym wydaną przez lekarza POZ<sup>17</sup>) i z podejrzeniem choroby nowotworowej bez KDILO; 2) prowadzenia diagnostyki onkologicznej wstępnej i pogłębionej; 3) wykluczenia lub potwierdzenia nowotworu złośliwego; 4) zasady rejestracji do tzw. gabinetu pierwszorazowego<sup>18</sup>. Treść ww. zarządzenia określa również organizację pracy gabinetu, w tym: usytuowanie komórki organizacyjnej w strukturze Szpitala, zasady rotacji lekarzy udzielających świadczeń i zakres działania, skład personelu dodatkowego, zasady rejestracji pacjentów oraz zgłaszania chorych do Wielodyscyplinarnych Zespołów Terapeutycznych.

Ponadto ustalono, że przebieg procesu udzielania świadczeń wspiera funkcjonujący w Szpitalu Zintegrowany System Zarządzania Jakością i Bezpieczeństwem Żywności (w skrócie ZSZJiBŻ). Zgodnie z informacją przedłożoną przez Pełnomocnika Dyrektora ds. Zintegrowanego Systemu Zarządzania Jakością ZSZJiBŻ zapewnia on realizację

---

<sup>15</sup> Zarządzenie Nr 26/2017 Dyrektora Świętokrzyskiego Centrum Onkologii z dnia 26 września 2017 r. w sprawie procedury postępowania i organizacji udzielania świadczeń diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego.

<sup>16</sup> Została wprowadzona 1 stycznia 2015 roku wraz z pakietem onkologicznym – grupą przepisów mających na celu poprawę diagnostyki i usprawnienie leczenia raka w Polsce. Szybka terapia onkologiczna dedykowana jest Pacjentom, u których lekarze podejrzewają lub stwierdzą nowotwór złośliwy oraz chorym w trakcie leczenia onkologicznego.

<sup>17</sup> Podstawowa Opieka Zdrowotna.

<sup>18</sup> Zgodnie z §5 Zarządzenia Nr 26/2017 z dnia 26.09.2017 r. – Pacjenci z KDILO wydaną w POZ, kierowani są do onkologa bez określenia specjalności oraz pacjenci bez KDILO, ale ze skierowaniem uniemożliwiającym jednoznaczne określenie podejrzenia choroby i rejestrację do konkretnej poradni narządowej.



wymagań zawartych w normie: (...) 1) PN-EN ISO 9001:2015; 2) PN-EN ISO 22000:2006/PN-EN 22000:2018-08; 3) w ustawie Prawo Atomowe z dn. 29 listopada 2000 r. pkt. 7 ust. 2; 4) w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dn. 18 lutego 2011 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej; 5) w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dn. 23 marca 2006 r. w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych; 6) w ustawie o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów z dnia 1 lipca 2005 roku; 7) w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 9 października 2008 r. w sprawie wymagań, jakie powinien spełniać system zapewnienia jakości w bankach tkanek i komórek; 8) w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 grudnia 2017 r. w sprawie wymagań standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej w dziedzinie patomorfologii.

Według dalszej treści ww. informacji Pełnomocnik Dyrektora ds. Zarządzania Jakością wyjaśnił, że pkt. 1 i 2 systemy zarządzania poddawane są certyfikacji przez trzecią stronę (jednostkę posiadającą akredytację udzieloną przez Polskie Centrum Akredytacji – w ramach porozumienia o wzajemnym uznaniu „EA Multilateral Agreement” (...)).

*(Dowód akta kontroli str. 32 Informacja z dnia 8.06.2020 r. sporządzona przez Pełnomocnika Dyrektora ds. Zintegrowanego Systemu Zarządzania Jakością)*

Do wglądu przedstawiono obowiązującą w Jednostce Kontrolowanej Politykę Jakości i Bezpieczeństwa Żywności oraz dwa główne plany przebiegu procesów: PPP nr 1/ŚCO wydanie II z dn. 1.01.2015 r. Diagnostyka oraz PPP nr 2/ŚCO wydanie II z dn. 1.01.2015 r. Leczenia i Pielęgnowania. Przedstawione plany przebiegu procesu leczenia mają na celu zapewnienie wykonania świadczeń zdrowotnych z zakresu diagnostyki, leczenia i pielęgnowania w poszczególnych komórkach organizacyjnych zgodnie z przyjętymi przez Szpital wymogami. Plany przebiegu procesu wskazują: etapy procesu, bazę dokumentów niezbędną w chwili rozpoczęcia procesu, schemat jego przebiegu, osoby odpowiedzialne za jego wykonanie oraz określają jakie dokumenty powinny zostać wygenerowane w związku z jego realizacją. Każdy plan przebiegu procesu wskazuje osobę odpowiedzialną za nadzór, skuteczność i doskonalenie procesu.

*(Dowód akta kontroli str.33-36 Polityka Jakości i Bezpieczeństwa Żywności oraz przykładowe PPP nr 1/ŚCO i nr 2/ŚCO z dn. 1.01.2015 r.)*

### 2.3. Wybrane komórki organizacyjne (m.in. prezentacja Działów, Poradni, Pracowni, liczba leczonych, liczba udzielonych porad, itp.)

W oparciu o zestawienie nr 2<sup>19</sup> do tej kontroli ustalono, że liczba komórek organizacyjnych funkcjonujących w ramach lecznictwa szpitalnego<sup>20</sup> w latach 2018 – 2019 nie uległa zmianie i kształtowała się następująco: 1 zakład<sup>21</sup>, 15 działów. W ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w okresie objętym kontrolą funkcjonowało 31 poradni specjalistycznych.

*(Dowód: akta kontroli str. 37-38 Zestawienie podpisane Z-ca Kierownika Działu Kontraktowania, Rozliczeń i Statystyki Medycznej)*

Na podstawie zestawienia dotyczącego liczby łóżek<sup>22</sup> ustalono, że w ramach lecznictwa szpitalnego liczba łóżek w 2018 r. wynosiła 368, natomiast w 2019 r. – 346 (zmniejszenie o 22 łóżka); oraz 49 stanowisk dziennych. Zgodnie z wyjaśnieniem złożonym przez Z-cę Kierownika Działu Kontraktowania, Rozliczeń i Statystyki Medycznej (...) w Zestawieniu nr 3A zawarta została liczba miejsc w komórkach udzielających świadczeń z zakresu lecznictwa szpitalnego wyłącznie w trybie jednego dnia, tj. w Zespole Diennej Opieki Gastroenterologicznej (2 miejsca) oraz Ośrodka Chemioterapii Diennej (47 miejsc).

*(Dowód akta kontroli str. 39-40 Zestawienie 3A i wyjaśnienie sporządzone przez Z-cę Kierownika Działu Kontraktowania, Rozliczeń i Statystyki Medycznej)*

Na podstawie informacji sporządzonej przez Z-cę Kierownika Działu Kontraktowania, Rozliczeń i Statystyki Medycznej likwidacja łóżek nastąpiła w następujących komórkach organizacyjnych: Oddział Radioterapii (zmniejszenie o 19 łóżek) oraz Oddział Ginekologii (zmniejszenie o 3 łóżka). Powodem likwidacji łóżek był *Brak możliwości spełnienia standardu liczby pielęgniarek w przeliczeniu na 1 łóżko.*

*(Dowód: akta kontroli patrz str. 39.)*

Powyższe było następstwem wprowadzenia przez Ministerstwo Zdrowia w warunkach szczególnych, jakie powinni spełnić świadczeniodawcy przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej, tzw. norm etatytacji.<sup>23</sup>

<sup>19</sup> Zestawienie nr 2 - Liczba Klinik/Zakładów/Działów oraz Poradni w 2018 i 2019 roku w Kontrolowanej Jednostce.

<sup>20</sup> Zgodnie z art. 2 ust. 11 u.d.l.- świadczenie szpitalne - wykonywane całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych; świadczeniami szpitalnymi są także świadczenia udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godzin.

<sup>21</sup> Zakład Rehabilitacji posiadający w swoich strukturach m.in. Ośrodek Rehabilitacji Diennej oraz Dział Fizjoterapii.

<sup>22</sup> Zestawienie nr 3A do tej kontroli – liczba łóżek w latach 2018 – 2019.

<sup>23</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa szpitalnego (Dz.U. 2018 poz. 2012).

Dodatkowo Z-ca Kierownika Działu Kontraktowania, Rozliczeń i Statystyki Medycznej wyjaśnił, że (...) ze względu na brak zakontraktowanych świadczeń w Zestawieniu nr 2 nie uwzględniono w liczbie poradni specjalistycznych następujących komórek organizacyjnych: *Poradnia Promocji Zdrowia, Poradnia Onkologiczna w Ostrowcu Świętokrzyskim, Poradnia Onkologiczna w Opatowie, Poradnia Onkologiczna w Staszowie, Poradnia Onkologiczna w Busku – Zdroju, Poradnia Onkologiczna w Sandomierzu oraz Poradnia Onkologiczna w Pińczowie. Analogiczny sposób obliczeń zastosowano w zestawieniu nr 3A, gdzie do liczby miejsc dziennych nie wliczono 4 stanowisk Ośrodka Chemioterapii Diennej w Pińczowie.*

*(Dowód akta kontroli str. 41 Wyjaśnienie Z-cy Kierownika Działu Kontraktowania, Rozliczeń i Statystyki Medycznej)*

Uwzględniając wyjaśnienie sporządzone przez Z-cę Kierownika Działu Kontraktowania, Rozliczeń i Statystyki Medycznej w treści: *Ze względu na specyfikę świadczeń udzielanych w Zakładzie Rehabilitacji, gdzie w Ośrodku Rehabilitacji Diennej wykonuje się zabiegi w systemie „dziennym”, a w Dziale Fizjoterapii – ambulatoryjnym, należy dane z odpowiednich tabel wykazać w podziale na poszczególne typy. Jednocześnie należy przyjąć, że rehabilitacja jako dziedzina medyczna powinna być traktowana jako osobna kategoria świadczenia usług, która nie może być zaliczona zarówno do leczenia szpitalnego, jak i ambulatoryjnego.(...)* ustalono, że w ramach lecznictwa szpitalnego i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej leczono łącznie 312 540 osób, w tym:

- w 2018 r. – 151 589, z czego: w lecznictwie szpitalnym 42 311 (świadczenia szpitalne), w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej – 106 477, w Zakładzie Rehabilitacji – 2801 (w tym: w Ośrodku Rehabilitacji Diennej<sup>24</sup> – 800, oraz w Dziale Fizjoterapii<sup>25</sup> – 2227).

- w 2019 r. – 160 951, z czego: w lecznictwie szpitalnym 44 707 (świadczenia szpitalne), w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej – 113 490, w Zakładzie Rehabilitacji 2754 (w tym: w Ośrodku Rehabilitacji Diennej – 791, oraz w Dziale Fizjoterapii – 2170).

W odniesieniu do liczby leczonych zaprezentowanych w Zakładzie Rehabilitacji wyjaśniono, iż (...) *pacjent w skali roku może być leczony w Ośrodku Rehabilitacji Diennej i w Dziale Fizjoterapii, więc liczba osób leczonych w Zakładzie nie stanowi sumy osób leczonych w jej komórkach składowych.*

*(Dowód: akta kontroli patrz str. 37)*

<sup>24</sup> Ośrodek Rehabilitacji Diennej ujęty jest w załączniku nr 2 do regulaminu w Zakładzie Leczniczym – Szpital.

<sup>25</sup> Dział Fizjoterapii w strukturze organizacyjnej funkcjonuje w ramach Zakładu Rehabilitacji – ujęty w załączniku nr 2 do regulaminu w Zakładzie Leczniczym - Poradnie.

Kontrolujący szczegółowej analizie poddali wykonanie usług medycznych w latach 2018-2019 w 5 działach oraz w 5 losowo wybranych poradniach specjalistycznych, w których zanotowano największą liczbę osób oczekujących na udzielenie świadczenia.

Poniżej zaprezentowano poszczególne komórki organizacyjne Kontrolowanej Jednostki dokonując m.in. porównania liczby leczonych pacjentów, ich struktury oraz średniego wykorzystania łóżek w % i w dniach, liczby pacjentów przyjętych w ramach AOS i liczby wykonanych porad specjalistycznych w okresie objętym kontrolą .

Według zestawień podpisanych przez Z-cę Kierownika Działu Kontraktowania, Rozliczeń i Statystyki Medycznej ustalono, że:

- 1) Dział Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi (nazwa świadczenia Oddział Otorinolaryngologiczny) w strukturach Jednostki Kontrolowanej działa od 1.03.2001 r. i posiada 26 łóżek oraz 2 miejsca pobytu dziennego. Widnieje w Księdze rejestrowej pod pozycją 6 z kodem 4610 nadanym zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia<sup>26</sup>.

W Dziale wykonywany jest pełny zakres: a) świadczeń wysokospecjalistycznych z dziedziny otolaryngologii, chirurgii głowy i szyi (w tym chirurgia laserowa, mikrochirurgiczne operacje krtani oraz endoskopowe, czynnościowe operacje zatok przynosowych z wykorzystaniem elektromagnetycznej nawigacji śródoperacyjnej); b) diagnostyki i chirurgicznego leczenia onkologicznego, ze szczególnym uwzględnieniem nowotworów krtani i gardła dolnego, jamy ustnej i gardła środkowego oraz nowotworów masywu szczękowo-sitowego (z wykorzystaniem zarówno technik endoskopowych jak i operacji z dostępu zewnętrznego); c) chirurgii gruczołów ślinowych; d) leczenie operacyjne nowotworów skóry głowy i szyi; e) leczenie zmian pourazowych z zakresu chirurgii szczękowo-twarzowej; f) pełny zakres świadczeń z zakresu chirurgii stomatologicznej; d) implantacje protez głosowych ze skuteczną rehabilitacją głosu i mowy u chorych po całkowitym usunięciu krtani.

Liczba leczonych pacjentów w okresie objętym kontrolą wynosiła 4276 (w 2018 r. – 2083, a w 2019 r. - 2193). Zanotowano wzrost liczby leczonych w 2019 r. o 110 leczonych, czyli o 5,28 % do roku poprzedniego.

Struktura pacjentów w okresie objętym kontrolą przedstawiała się następująco:

- pacjenci pilni<sup>27</sup> – 3288,

---

<sup>26</sup>Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17.05.2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania - Załącznik do Obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 9 stycznia 2019 r.(Dz.U. 2019 poz. 173).

<sup>27</sup> Kryteria ustalane zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców



- pacjenci stabilni<sup>28</sup> – 859,

- spoza kolejki<sup>29</sup> – 129.

Średnie wykorzystanie łóżek w 2018 r. wynosiło 61%, a w 2019 r. oscyloowało na poziomie 60%, natomiast średnie wykorzystanie łóżka w dniach wyniosło odpowiednio 222,65 i 219.

2) Dział Urologii (nazwa świadczenia Oddział Urologiczny) w strukturach Jednostki Kontrolowanej działa od 1.04.2000 r. i posiada 21 łóżek oraz 2 miejsca pobytu dziennego. Widnieje w Księdze rejestrowej pod pozycją 8 z kodem 4640, nadanym zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia.

W Dziale przeprowadzane są zabiegi z dziedziny urologii onkologicznej i nieonkologicznej. Rutynowo wykonywane są zabiegi metodą otwartą, laparoskopową oraz retroperitoneoskopową m.in.: radykalna laparoskopowa prostatektomia (usunięcie gruczołu krokowego), laparoskopowa częściowa resekcja mięszu nerki z powodu guza, laparoskopowa cystektomia. U chorych po radykalnym wycięciu pęcherza moczowego wytwarzane są wszystkie sposoby odprowadzenia moczu z pęcherza moczowego (w tym przy użyciu zastępczych pęcherzy jelitowych), natomiast u pacjentów z nietrzymaniem moczu - implantowanie sztucznych zwieraczy cewki moczowej. Wykorzystywane są techniki znikomo inwazyjne, zastępujące klasyczne otwarte operacje w leczeniu: kamicy moczowej, zabiegach PCNL, endoskopowym leczeniu powierzchniowych nowotworów dróg moczowych, wrodzonych lub nabytych nieprawidłowości układu moczowego, łagodnego rozrostu gruczołu krokowego, wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet, pęcherza neurogenego z wykorzystaniem toksyny botulinowej, itd.

Liczba leczonych pacjentów w okresie objętym kontrolą wynosiła 4271 (w 2018 r. – 2045 pacjentów, a w 2019 r. - 2226 pacjentów). Zanotowano wzrost liczby leczonych w 2019 r. o 181 leczonych, co stanowi wzrost o 8,85 % do roku poprzedniego.

Struktura pacjentów w okresie objętym kontrolą przedstawiała się następująco:

- pacjenci pilni – 3663,

- pacjenci stabilni – 519,

- spoza kolejki – 89.

Średnie wykorzystanie łóżek w 2018 r. wynosiło 69%, a w 2019 r. oscyloowało na poziomie 74 %, natomiast średnie wykorzystanie łóżka w dniach wyniosło odpowiednio 251,85 i 270,1.

---

na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. 2005 poz. 1661).

<sup>28</sup> Jak wyżej.

<sup>29</sup> Wszyscy pacjenci, którzy zostali przyjęci do szpitala /poradni w trybie innym niż oczekujący.



3) Dział Ginekologii (nazwa świadczenia Oddział Ginekologii Onkologicznej) w strukturach Jednostki Kontrolowanej działa od 19.02.2002 r. i posiada 26<sup>30</sup> łóżek oraz 2 miejsca pobytu dziennego. Widnieje w Księdze rejestrowej pod pozycją 8 z kodem 4460, nadanym zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia.

W Klinice Ginekologii prowadzona jest diagnostyka i leczenie chirurgiczne nowotworów kobiecego narządu płciowego, a także chorób nienowotworowych oraz wczesnych stanów przednowotworowych z użyciem nowoczesnych technik laseroterapii, laparoskopii i endoskopii ginekologicznej. Klinika Ginekologii w 2015 roku została przyjęta w struktury Środkowoeuropejskiej Grupy Badawczej ds. Ginekologii Onkologicznej (Central and Eastern European Gynecologic Oncology Group (CEEGOG), a także Europejskiej Sieci ds. Badań nad Zindywidualizowanym Leczeniem Nowotworów Trzonu Macicy (European Network of Individualized Treatment in Endometrial Cancer Network (ENITEC)).

Liczba leczonych pacjentek w okresie objętym kontrolą wynosiła 3826 (w 2018 r. –1834, a w 2019 r. - 1992). Zanotowano wzrost liczby leczonych w 2019 r. o 158 leczonych, czyli o 8,62 % do roku poprzedniego.

Struktura pacjentek w okresie objętym kontrolą przedstawiała się następująco:

- pacjenci pilni – 2512,
- pacjenci stabilni – 1269,
- spoza kolejki – 45.

Średnie wykorzystanie łóżek w 2018 r. wynosiło 59%, a w 2019 r. oscylowało na poziomie 75%, natomiast średnie wykorzystanie łóżka w dniach wyniosło odpowiednio 215,35 i 273,75.

4) Zakład Rehabilitacji (nazwa świadczenia Dział Fizjoterapii) w strukturach Jednostki Kontrolowanej działa od 21.01.1999 r. Widnieje w Księdze rejestrowej pod pozycją 91 z kodem 1310, nadanym zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia.

Dział Fizjoterapii odpowiada za wykonywanie zabiegów fizjoterapii ambulatoryjnej i rehabilitacji pacjentów leczonych w Ośrodku Dziennym oraz zgłaszających się ze skierowaniem z zewnątrz placówki. W komórce prowadzone jest indywidualne usprawnianie pacjentów leczonych z powodu powikłań po zabiegach onkologicznych (obrzęk limfatyczny, zaburzenia ruchomości blizn, przykurcze stawowo-mięśniowe, ból, zaburzenia czucia, nauka chodu, nietrzymanie moczu, itp.), a także z innymi dysfunkcjami narządu ruchu z wykorzystaniem metod specjalistycznych takich, jak: a) Kompleksowa Fizyczna Terapia Udrażniająca/ Kompleksowa Terapia Przeciwozrętkowa – zawierająca manualny drenaż

---

<sup>30</sup> W 2018 r. liczba łóżek wynosiła 29.

limfatyczny, pielęgnację skóry, kompresję i gimnastykę udrażniającą; b) PNF; c) terapia manualna metodą McKenziego, Cyriaxa i szkoły niemieckiej oraz Ackermana; d) techniki miękkie w dysfunkcji narządu ruchu wg Levita, e) Kinesiology Taping; f) Terapia czaszkowo-krzyżowa (Cranio-Sacralna); g) metoda biofeedback i elektrosytmulacji mięśni dna miednicy u kobiet i mężczyzn; h) zniekształcenia powięziowe - FDM, funkcjonalna osteopatia i integracja – FOI; i) masaż leczniczy klasyczny.

Liczba leczonych pacjentów w okresie objętym kontrolą wynosiła 5453 (w 2018 r. –2762, a w 2019 r. - 2691). Zanotowano spadek liczby leczonych w 2019 r. o 71 leczonych, czyli o 2,57% do roku poprzedniego.

Struktura pacjentów w okresie objętym kontrolą przedstawiała się następująco:

- pacjenci pilni – 1586,
- pacjenci stabilni – 3857,
- spoza kolejki – 10.

5) Dział Radioterapii (nazwa świadczenia Oddział Radioterapii) w strukturach Jednostki Kontrolowanej działa od 31.05.1999 r. i posiada 72<sup>31</sup> łóżek oraz 4 miejsca pobytu dziennego. Widnieje w Księdze rejestrowej pod pozycją 2 z kodem 4244 nadanym zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia.

Zakład Radioterapii dysponuje czterema akceleratorami liniowymi firmy Siemens, generującymi promieniowanie fotonowe i elektronowe, przy pomocy których można realizować większość stosowanych obecnie technik teleradioterapii, takich jak radioterapia z planowaniem trójwymiarowym (3D), technika modulacji intensywności dawki (IMRT), napromienianie pod kontrolą obrazowania (IGRT), radioterapia stereotaktyczna.

Liczba leczonych pacjentów w okresie objętym kontrolą wynosiła 4959 (w 2018 r. – 2459 pacjentów, a w 2019 r. - 2500 pacjentów). Zanotowano wzrost liczby leczonych w 2019 r. o 41 leczonych, czyli o 1,67% do roku poprzedniego.

Struktura pacjentów w okresie objętym kontrolą przedstawiała się następująco:

- pacjenci pilni – 4953,
- pacjenci stabilni –0,
- spoza kolejki –6.

Średnie wykorzystanie łóżek w 2018 r. wynosiło 68%, a w 2019 r. oscyloowało na poziomie 85%. Średnie wykorzystanie łóżka w dniach wyniosło odpowiednio 248,2 i 310,25.

6) Poradnia Endokrynologii w strukturach Kontrolowanej Jednostki działa od 01.02.1991 r., widnieje w Księdze Rejestrowej pod pozycją 31, z kodem 1030. W okresie objętym kontrolą

---

<sup>31</sup> W 2018 r. liczba łóżek wynosiła 91.

w Poradni leczono łącznie 28008 pacjentów (pilni - 9536, stabilni - 18471, spoza kolejki - 1). Łącznie w Poradni udzielono 48 588 porad, w tym: w 2018 r. - 24741, tj. ok. 10,13% wszystkich udzielonych porad w ramach AOS, a w 2019 r. - 23847 tj. ok. 9,32% wszystkich udzielonych porad w ramach AOS. W stosunku do 2018 r. nastąpił spadek o 894 porad.

Poradnia w okresie objętym kontrolą czynna była 5 dni w tygodniu, łącznie przez 36 godzin.

7) Poradnia Hematologii i Nowotworów Krwi w strukturach Kontrolowanej Jednostki działa od 1.01.2004 r., widnieje w Księdze Rejestrowej pod pozycją 92 z kodem 1070. W okresie objętym kontrolą w Poradni leczono łącznie 11075 pacjentów (pilni - 11012, stabilni - 63, spoza kolejki - 0). Łącznie w Poradni udzielono 32 800 porad, w tym: w 2018 r. - 15832, tj. ok. 6,48% wszystkich udzielonych porad w ramach AOS, a w 2019 r. - 16968 tj. ok. 6,63% wszystkich udzielonych porad w ramach AOS. W stosunku do 2018 r. nastąpił wzrost o 1136 porad.

Poradnia w okresie objętym kontrolą czynna była 5 dni w tygodniu łącznie przez 36 godzin.

8) Poradnia Genetyczna w strukturach Kontrolowanej Jednostki działa od 1.10.1996 r., widnieje w Księdze Rejestrowej pod pozycją 17 z kodem 1210. W okresie objętym kontrolą w Poradni leczono łącznie 6728 pacjentów (pilni - 6726, stabilni - 2, spoza kolejki - 0). Łącznie w Poradni udzielono 12027 porad, w tym: w 2018 r. - 6349, tj. ok. 2,60% wszystkich udzielonych porad w ramach AOS, a w 2019 r. - 5678 tj. ok. 2,22% wszystkich udzielonych porad w ramach AOS. W stosunku do 2018 r. nastąpił spadek o 671 porad.

Poradnia w okresie objętym kontrolą czynna była 5 dni w tygodniu łącznie przez 41 godzin.

9) Poradnia Urologii w strukturach Kontrolowanej Jednostki działa od 10.06.1995 r., widnieje w Księdze Rejestrowej pod pozycją 28 z kodem 1640. W okresie objętym kontrolą w Poradni leczono łącznie 12643 pacjentów, (pilni - 8999, stabilni - 3644, spoza kolejki - 0). Łącznie w Poradni udzielono 28797 porad, w tym: w 2018 r. - 13511 tj. ok. 5,53% wszystkich udzielonych porad w ramach AOS, a w 2019 r. - 15286 tj. ok. 5,97% wszystkich udzielonych porad w ramach AOS. W stosunku do 2018 r. nastąpił wzrost o 1775 porad.

Poradnia w okresie objętym kontrolą czynna była 5 dni w tygodniu, łącznie przez 36 godzin.

10) Poradnia Gastroenterologiczna w strukturach Kontrolowanej Jednostki działa od 15.03.2000 r., widnieje w Księdze Rejestrowej pod pozycją 71 z kodem 1050. W okresie objętym kontrolą w Poradni leczono łącznie 5317 pacjentów (pilni - 2003, stabilni - 3314, spoza kolejki - 0). Łącznie w Poradni udzielono 8580 porad, w tym: w 2018 r. - 4302, tj. ok. 1,76% wszystkich udzielonych porad w ramach AOS, a w 2019 r. - 4278 tj. ok. 1,67% wszystkich udzielonych porad w ramach AOS. W stosunku do 2018 r. nastąpił spadek o 24 porady. Poradnia w okresie objętym kontrolą czynna była 5 dni w tygodniu łącznie

przez 27 godzin.

*(Dowód Akta kontroli str. 42-50 Zestawienia nr 4,4A,4C,4D,4E,5 i wyjaśnienie podpisane przez Z-cę Kierownika Działu Kontraktowania, Rozliczeń i Statystyki Medycznej)*

Następnie szczegółowej analizie poddano w latach 2018 r. - 2019 kolejki oczekujących na przyjęcie do wytypowanych do kontroli komórek organizacyjnych Podmiotu Leczniczego. Ustalono, że:

1. na przyjęcie do Działu Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi na koniec 2018 r. oczekiwało łącznie 185 osób, w tym: 13 zakwalifikowane jako przypadki pilne ze średnim czasem oczekiwania 27 dni i 172 przypadki stabilne ze średnim czasem oczekiwania 151 dni. Z kolei na koniec 2019 r. liczba oczekujących na przyjęcie wyniosła 181 osób, w tym: 16 zakwalifikowane jako przypadki pilne ze średnim czasem oczekiwania 33 dni i 165 przypadki stabilne ze średnim czasem oczekiwania 137 dni. W porównaniu z 2018 r. średni czas oczekiwania w 2019 r. zwiększył się o 6 dni w przypadkach pilnych przy nieznacznym wzroście liczby oczekujących (o 3). W przypadkach stabilnych zanotowano w 2019 r. zmniejszenie liczby oczekujących na świadczenie zdrowotne o 7 pacjentów i jednocześnie skrócenie czasu oczekiwania o 14 dni;
2. na przyjęcie do Działu Urologii na koniec 2018 r. oczekiwało łącznie 54 osób, w tym: 3 zakwalifikowane jako przypadki pilne ze średnim czasem oczekiwania 0 dni i 51 przypadki stabilne ze średnim czasem oczekiwania 12 dni. W 2019 r. przyjęcia pacjentów odbywały się na bieżąco.
3. na przyjęcie do Działu Ginekologii na koniec 2018 r. oczekiwało łącznie 236 osoby, w tym: w 2018 r. 152 zakwalifikowane jako przypadki stabilne ze średnim czasem oczekiwania 59 dni. W 2019 r. liczba oczekujących na przyjęcie wyniosła 84, wszystkie zakwalifikowane jako przypadki stabilne ze średnim czasem oczekiwania 44 dni. W porównaniu do 2018 r. zarówno liczba oczekujących na przyjęcie do Działu Ginekologii jak i czas oczekiwania w 2019 r. uległy zmniejszeniu odpowiednio o 68 osób i 15 dni.
4. na przyjęcie do Zakładu Rehabilitacji na koniec 2018 r. oczekiwało 87 osób, wszystkie zakwalifikowane jako stabilne ze średnim czasem oczekiwania 25 dni. W 2019 r. liczba oczekujących na przyjęcie wyniosła 289, w tym: przypadki pilne 13 ze średnim czasem oczekiwania 38 dni i 276 przypadki stabilne ze średnim czasem oczekiwania 50 dni. W porównaniu do 2018 r. zarówno liczba oczekujących na przyjęcie do Zakładu Rehabilitacji jak i czas oczekiwania w 2019 r. uległy zwiększeniu odpowiednio o 13 osób i 38 dni w przypadkach pilnych oraz o 189 osób i 25 dni w przypadkach stabilnych.
5. na przyjęcie do Działu Radioterapii na koniec 2018 r. nie odnotowano osób oczekujących.



W 2019 r. liczba oczekujących na przyjęcie wyniosła 31, wszystkie zakwalifikowane jako przypadki stabilne ze średnim czasem oczekiwania 13 dni. W porównaniu do 2018 r. zarówno liczba oczekujących na przyjęcie do Działu Radioterapii jak i czas oczekiwania w 2019 r. uległy zwiększeniu odpowiednio o 31 osób i 13 dni.

6. na przyjęcie do Poradni Endokrynologii na koniec 2018 r. oczekiwało 10 osób, wszystkie zakwalifikowane jako stabilne ze średnim czasem oczekiwania 433 dni. W 2019 r. liczba oczekujących na przyjęcie w przypadkach stabilnych wyniosła 9, a średni czas oczekiwania wydłużył się do 602 dni. W porównaniu do 2018 r. przy porównywalnej liczbie oczekujących czas oczekiwania na udzielenie świadczenia wydłużył się o 169 dni.

7. na przyjęcie do Poradni Hematologii i Nowotworów Krwi na koniec 2018 r. oczekiwało 312 pacjentów, w tym: 99 zakwalifikowanych jako przypadki pilne, ze średnim czasem oczekiwania 80 dni i 213 przypadki stabilne, ze średnim czasem oczekiwania 135 dni. W 2019 r. liczba oczekujących na przyjęcie w przypadkach stabilnych wyniosła 0 osób, ze średnim czasem oczekiwania 277 dni<sup>32</sup>. W 2019 r. do Poradni przyjęcia pacjentów pilnych odbywały się w dniu zgłoszenia pacjenta do świadczeniodawcy.

8. na przyjęcie do Poradni Genetycznej na koniec 2018 r. oczekiwało 144 pacjentów, w tym: 0 zakwalifikowanych jako przypadki pilne, ze średnim czasem oczekiwania 17 dni i 144 przypadki stabilne ze średnim czasem oczekiwania 83 dni. W 2019 r. przyjęcia pacjentów odbywały się na bieżąco.

9. na przyjęcie do Poradni Urologicznej na koniec 2018 r. oczekiwało 136 pacjentów, w tym: 5 zakwalifikowanych jako przypadki pilne ze średnim czasem oczekiwania 11 dni i 131 przypadki stabilne ze średnim czasem oczekiwania 51 dni. W 2019 r. liczba oczekujących na świadczenie zarówno w kategorii pilny i stabilny wyniosła 0, a czas oczekiwania odpowiednio 0 i 328 dni.

10. na przyjęcie do Poradni Gastroenterologicznej na koniec 2018 r. oczekiwało 66 pacjentów, w tym: 6 zakwalifikowanych jako przypadki pilne ze średnim czasem oczekiwania 17 dni i 60 przypadki stabilne ze średnim czasem oczekiwania 124 dni. W 2019 r. przyjęcia odbywały się na bieżąco.

*(Dowód Akta kontroli str.51-52 Zestawienia nr 4B podpisane przez  
Z-cę Kierownika Działu Kontraktowania, Rozliczeń i Statystyki Medycznej)*

---

<sup>32</sup> Wg. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców (...) – załącznik nr 6 Określa wzór średniego czasu oczekiwania:  $T=D/L$ , gdzie:  $T$  – średni czas oczekiwania;  $D$ - łączna liczba dni oczekiwania; gdzie  $D= d_1+d_2+.....+d_n$ ; gdzie  $d_n$  - liczba dni oczekiwania każdej osoby skreślonej w okresie ostatnich trzech miesięcy z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia, na które oczekiwała, liczona od daty wpisania na tę listę do daty rozpoczęcia świadczenia;  $L$ - łączna liczba osób skreślonych w ostatnich trzech miesiącach z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia. Zatem jest to średni czas oczekiwania pacjentów przyjętych z kolejki oczekujących na pierwsze świadczenie w ostatnich trzech miesiącach.



Kontrolujący zwrócili się z prośbą o wyjaśnienie powodu tworzenia się kolejek oczekujących, odbierając wyjaśnienie od Z-cy Kierownika Działu Kontraktowania, Rozliczeń i Statystyki Medycznej w treści: *Oświadczam, iż ze względu na bardzo dużą ilość pacjentów zgłaszających się do szpitala oraz ambulatorium (szpital obsługuje populację województwa świętokrzyskiego oraz województw ościennych) i ograniczenia personalne, a co za tym idzie brak możliwości udzielenia świadczeń wszystkim chorym w dniu zgłoszenia, Świętokrzyskie Centrum Onkologii zmuszone jest do wpisania świadczeniobiorców na listę oczekujących.*

*(Dowód: akta kontroli str. 53 Oświadczenie Z-cy Kierownika Działu Kontraktowania, Rozliczeń i Statystyki Medycznej)*

W toku kontroli, w ramach dostępności do świadczeń, do oceny losowo wytypowano Dział Diagnostyki i Terapii Gastroenterologicznej, w którego strukturach działu Pracownia Endoskopii<sup>33</sup> wpisana do księgi rejestrowej z kodem 7910 oraz Zakład Radioterapii<sup>34</sup> wpisany do księgi rejestrowej z kodem 7960. Ustalono, że:

- 1) w Pracowni Endoskopii w 2018 r. wykonano 3193 badania (w tym: 1439 kolonoskopii i 1754 gastroskopii), a w 2019 r. – 3644 badania (w tym: 1742 kolonoskopii i 1902 gastroskopii). Łącznie w okresie objętym kontrolą wykonano 6837 badań (3181 kolonoskopii i 3656 gastroskopii). Nastąpił zatem wzrost liczby wykonanych w Pracowni badań łącznie o 451 (w tym: liczba kolonoskopii w zrosła w 2019 r. o 303, a gastroskopii o 148);
- 2) w Zakładzie Radioterapii w 2018 r. wykonano 1195 badań teleradioterapii, a w 2019 r. 1299 badań. Łącznie w wykonano 2494 badania. W porównaniu z 2018 r. liczba wykonanych badań radioterapii w 2019 r. wzrosła o 104 badania.

Dalsze czynności kontrolne pozwoliły na ustalenie, że w okresie objętym kontrolą, obie kontrolowane komórki organizacyjne dostępne były przez pięć dni w tygodniu (Pracownia Endoskopii przez 18 godzin, a Zakład Radioterapii – 35 godzin). Jednocześnie ustalono, iż w Pracowni Endoskopii:

- a) w 2018 r. na udzielenie świadczeń z zakresu kolonoskopii oczekiwało łącznie 49 osób, w tym 3 przypadki pilne ze średnim czasem oczekiwania 4 dni i 46 przypadków stabilnych ze średnim czasem oczekiwania 24 dni. Natomiast w 2019 r. liczba oczekujących na ww. badania wynosiła łącznie 120 osób, w tym 13 przypadki pilne ze średnim czasem oczekiwania 47 dni i 107 osób zakwalifikowanych jako przypadki stabilne ze średnim czasem oczekiwania 53 dni. Przedstawione dane pokazują,

<sup>33</sup> Lp.98 w RWDL - Data rozpoczęcia działalności przez komórkę organizacyjną – 15.11.2006 r.

<sup>34</sup> Lp.113 w RWDL - Data rozpoczęcia działalności przez komórkę organizacyjną – 31.05.1999 r.

że w 2019 r. wzrosła w obu kategoriach liczba osób oczekujących na świadczenie (w kategorii pilny o 10, a w kategorii stabilny o 61 osób). Wydłużył się również czas oczekiwania na świadczenie odpowiednio o 43 dni i o 29 dni;

- b) w 2018 r. na udzielenie świadczeń z zakresu gastrokopii oczekiwało łącznie 49 osób, w tym 3 przypadki pilne ze średnim czasem oczekiwania 4 dni i 46 przypadki stabilne ze średnim czasem oczekiwania 24 dni. Natomiast w 2019 r. liczba oczekujących na ww. badania wynosiła łącznie 32 osoby, w tym 3 przypadki pilne ze średnim czasem oczekiwania 14 dni i 29 osób ze średnim czasem oczekiwania 19 dni. Przedstawione dane pokazują, że w 2019 r. w kategorii pilny liczba osób oczekujących na udzielenie świadczenia nie uległa zmianie, natomiast czas oczekiwania wydłużył się o 10 dni. Ustalono, iż w 2019 r. nastąpił spadek liczby osób oczekujących na udzielenie świadczenia w kategorii stabilny o 17 i jednocześnie czas oczekiwania na świadczenia skrócił się o 5 dni.

W Zakładzie Radioterapii w 2018 r. na listach oczekujących na świadczenie z zakresu teleradioterapii oczekiwało łącznie 27 osób, w tym: 26 przypadki w kategorii pilny ze średnim czasem oczekiwania 18 dni i 1 stabilny ze średnim czasem oczekiwania 8 dni. W 2019 r. liczba oczekujących wzrosła o 5 osób w kategorii pilny (wynosiła 31 osób) przy jednoczesnym skróceniu czasu oczekiwania na świadczenie o 5 dni. W kategorii stabilny pacjenci przyjmowani byli na bieżąco.

*(Dowód Akta kontroli patrz str. 46-49)*

#### **2.4. Prowadzenie list oczekujących**

Kontrolujący ustalili, że w latach 2018-2019 zmianie ulegały niektóre zapisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (zwana dalej u.ś.o.z.)<sup>35</sup>. Stwierdzono, iż istotne dla przebiegu kontroli okazały się zmiany dokonane w związku z wdrażaniem rozwiązań w obszarze e-zdrowia<sup>36</sup> bezpośrednio modyfikujące część zapisów dotyczących prowadzenia list oczekujących, które stały się integralną częścią harmonogramów przyjęć. Pacjentom zakwalifikowanym do kategorii oczekujący zgodnie z art. 19a ust. 2 pkt 1 lit.c u.ś.o.z. świadczeniodawca jest zobowiązany

<sup>35</sup> Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2019 poz.1373 ze zm.)

<sup>36</sup> Ustawa z dnia 6 grudnia 2018 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z e-skierowaniem oraz listami oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz.U.2018 poz. 2429) oraz Ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z wdrażaniem rozwiązań w obszarze e-zdrowia (Dz.U.2019 poz.1590).

ustalić termin udzielenia świadczenia wynikającego z prowadzonej listy oczekujących na udzielenie świadczenia, stosownie do art. 20 u.ś.o.z

Z uwagi na fakt, iż harmonogram przyjęć (w tym listy oczekujących), stanowi integralną część dokumentacji medycznej prowadzonej przez świadczeniodawcę, a prawo do wydania lub uzyskania wglądu do dokumentacji medycznej przechowywanej w zakładzie opieki zdrowotnej szczegółowo określa ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta<sup>37</sup>, na potrzeby kontroli Z-ca Kierownika Działu Kontraktowania, Rozliczeń i Statystyki Medycznej opisał zasady tworzenia list oczekujących w Szpitalu, informując, iż *Świętokrzyskie Centrum Onkologii prowadzi kolejki oczekujących w sposób elektroniczny.*

*Do tego celu wykorzystywane są następujące aplikacje:*

1) *Aplikacja internetowa AP-KOLCE udostępniona przez NFZ. Prowadzone są kolejki oczekujących o których mowa w Załączniku Nr 9 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanych do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz.1207 z późn. zm.).*

2) *Wewnętrzny szpitalny system informatyczny CliniNET. Prowadzone są kolejki oczekujących o których mowa w Załączniku Nr 8 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanych do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz.1207 z późn. zm.).*

*Jednocześnie oświadczam, że przy prowadzeniu kolejek oczekujących przestrzegane są zapisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510 z późn. zm.) art. 47 c ust 1<sup>38</sup>.*

*(Dowód: akta kontroli str. 54 Oświadczenie  
Z-cę Kierownika Działu Kontraktowania, Rozliczeń i Statystyki Medycznej)*

W związku z tym, iż art. 20 ust. 2 pkt. 3 u.ś.o.z. zawiera zamknięty katalog danych, które należy umieścić wpisując pacjenta na listę oczekujących, w tym m.in. imię i nazwisko osoby dokonującej wpisu potwierdzone jej podpisem, kontrolujący zwrócili się z pytaniem w jaki

---

<sup>37</sup> Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2019 poz. 1127 t. j.). Art. 26 ww. ustawy określa zamknięty katalog osób upoważnionych przez pacjenta oraz instytucji, którym w określonych sytuacjach może być udostępniona dokumentacja medyczna (np. Sąd, ATOM, Instytuty Badawcze).

<sup>38</sup> Art. 47c ust. 1 u.ś.o.z. zawiera katalog osób uprawnionych do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej (...) poza kolejnością, np.: kobiety w ciąży, inwalidzi wojenni i wojskowi, kombatanci.

sposób Jednostka Kontrolowana prowadząc listy oczekujących elektronicznie spełnia wymóg autoryzacji dokonywanych wpisów. Zastępca Kierownika Działu Kontraktowania, Rozliczeń i Statystyki Medycznej oświadczył, że *Świętokrzyskie Centrum Onkologii prowadzi kolejki oczekujących w sposób elektroniczny, a co za tym idzie każdy użytkownik zarówno wewnętrznego systemu informatycznego, jak i aplikacji zewnętrznej AP-KOLCE posiada własny login, co pozwala w jednoznaczny sposób autoryzować wpis na listy oczekujących.*

*(Dowód: akta kontroli str.55 Oświadczenie  
Z-cy Kierownika Działu Kontraktowania, Rozliczeń i Statystyki Medycznej)*

Kontrolujący mając na uwadze art. 23 ust.1 u.ś.o.z. ustalili, że Szpital przekazuje, co miesiąc Świętokrzyskiemu Oddziałowi Wojewódzkiemu NFZ informacje wymagane ww. przepisem. Jednocześnie podjęto działania mające na celu doprecyzowanie, czy dotrzymywany jest przez Jednostkę Kontrolowaną termin określony w art. 23 ust. 4 u.ś.o.z. w odniesieniu do informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia według stanu na dzień poprzedzający, zgodnie z zapisem wprowadzonym w lipcu 2019 r. W tym zakresie kontrolujący odebrali od Z-cy Kierownika Działu Kontraktowania, Rozliczeń i Statystyki Medycznej oświadczenie, że *Świętokrzyskie Centrum Onkologii przekazuje informacje o pierwszych wolnych terminach udzielenia świadczenia raz w tygodniu, zgodnie ze zgodą udzieloną przez NFZ (załącznik nr 1 do oświadczenia) na podstawie art. 23 ust. 4a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510 z późn. zm.).*

*(Dowód: akta kontroli str. 56 Oświadczenie  
Z-cy Kierownika Działu Kontraktowania, Rozliczeń i Statystyki Medycznej)*

Ustalono, iż przedmiotowa zgoda wydawana została przez Świętokrzyski OW NFZ w Systemie Zarządzania Obiegiem Informacji (zwanym w skrócie SZOI) służącym do przekazywania danych pomiędzy płatnikiem a świadczeniodawcą w dniu 03.07.2019 r. z datą obowiązywania do 31.12.2019 r.

*(Dowód: akta kontroli str. 57 Wydruk z programu SZOI- zgoda NFZ)*

## **2.5. Działalność Zespołu ds. Oceny Przyjęć**

W trakcie czynności kontrolnych zbadano działalność Zespołu Oceny Przyjęć pod kątem przepisów, o których mowa w art. 21 u.ś.o.z. W tym zakresie ustalono, że w Podmiocie Lecznicy funkcjonuje Zarządzenie wewnętrzne nr 32 Dyrektora Szpitala



z dnia 28.12.2011 r. Ww. dokument określa trzyosobowy skład Zespołu Oceny Przyjęć<sup>39</sup> (zwany w dalszej części Zespołem) i jego zadania<sup>40</sup>. Kontroli poddano prawidłowość realizacji zadań Zespołu dokonując oględzin 24 przedłożonych do kontroli dokumentów pn. *Raport z oceny listy oczekujących na udzielenie świadczenia* (zwany dalej Raportem). W oparciu o przedłożone materiały kontrolujący ustalili, że:

- a) Zespół zbierał się w każdym miesiącu 2018 r. i 2019 r.;
- b) każdorazowo sporządzano Raporty i przedstawiano je Dyrektorowi Szpitala;
- c) treść poszczególnych Raportów zawiera informację, iż w każdym miesiącu Zespół dokonywał analizy list oczekujących w zakresie: prawidłowości prowadzenia dokumentacji, czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia, zasadności i przyczyn zmian terminów udzielanych świadczeń oraz dokonywania szczegółowej analizy przestrzegania ww. elementów w wybranych komórkach organizacyjnych Szpitala.

*(Dowód: akta kontroli str. 58-62 Zarządzenie wewnętrzne nr 32 z dn.28.12.2011 r. Przykładowe Raporty z dn. 31.12.2018 r. i z dn. 31.12.2019 r.)*

## **2.6. Udzielanie zamówień na świadczenia zdrowotne**

Według Zestawienia sporządzonego przez Kierownika Sekcji Organizacyjnej ŚCO w latach 2018-2019, Podmiot Leczniczy przeprowadził łącznie 15 konkursów ofert na świadczenia zdrowotne udzielanie przez personel medyczny, w tym: 10 w 2018 r. i 5 w 2019 r. W wyniku tych postępowań konkursowych zawarto łącznie 55 umów z personelem medycznym, w tym: 44 w 2018 r. i 11 w 2019 r.

Szpital zawierał również umowy o udzielanie świadczeń opieki medycznej bez konkursu ofert – łącznie 3 również z personelem medycznym.

Umowy z podwykonawcami na udzielanie świadczeń zdrowotnych w trybie konkursu ofert dotyczyły m.in.:

- kompleksowej opieki lekarskiej w Dziale Diagnostyki i Terapii Gastroenterologicznej;
- zabezpieczenia pracy na aparatach terapeutycznych i pełnienia dyżurów lekarskich w Dziale Radioterapii;
- udzielania kompleksowych świadczeń w Dziale Chirurgii Onkologicznej;
- udzielania świadczeń zdrowotnych w Klinice Ginekologii.

Łączne koszty usług medycznych wykonywanych przez:

---

<sup>39</sup> lekarz specjalista w specjalności zabiegowej, lekarz specjalista w specjalności niezabiegowej, naczelną pielęgniarką

<sup>40</sup> Ocena: prawidłowości prowadzenia dokumentacji, czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia, zasadności i przyczyn zmian terminów udzielania świadczeń.



- personel medyczny kształtowały się w wysokości 7 776 866,91 zł w 2018 r. i 9 078 656,66 zł w 2019 r. (wzrost o 1 301 789,75 zł);
- podmioty zewnętrzne na rzecz Szpitala kształtowały się w wysokości 1 982 227,97 zł w 2018 r. i 2 225 460,88 zł w 2019 r. (wzrost o 243 232,91 zł).

W latach 2018 – 2019 Szpital unieważnił łącznie 2 konkursy – po jednym w każdym roku w zakresie świadczeń zdrowotnych:

- brachyterapii i hipertermii w Zakładzie Brachyterapii;
- wykonywania badań PET/CT oraz badań scyntygraficznych w Zakładzie Medycyny Nuklearnej.

*(Dowód: akta kontroli str. 63-64 Zestawienie skarg podpisane przez Kierownika Działu Kontraktowania, Rozliczeń i Statystyki Medycznej ŚCO)*

Szczegółowym badaniem objęto konkurs ofert przeprowadzony w 2019 r. na zlecenie realizacji świadczeń zdrowotnych personelowi medycznemu – kompleksowe udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w Klinice Urologii Świętokrzyskiego Centrum Onkologii pod kątem stosowania art. 26 -27 u.d.l.

W trakcie czynności kontrolnych wykazano, że Decyzją Dyrektora Szpitala z dnia 19.12.2019 r. została powołana trzyosobowa komisja konkursowa do przeprowadzenia konkursu ofert na udzielanie kompleksowych świadczeń opieki zdrowotnej w Klinice Urologii. Do zadań komisji należało 1) *dokonanie otwarcia ofert, sprawdzenie kompletności wymaganych dokumentów*, 2) *przeprowadzenie wszystkich czynności proceduralnych związanych z konkursem*, 3) *dokonanie wyboru Oferentów do wykonywania zadań objętych przedmiotem konkursu*, 4) *przygotowanie umowy do podpisu przez strony*.

*(Dowód akta kontroli str. 65 Decyzja Dyrektora Szpitala z dnia 19.12.2019 r.)*

Przed wszczęciem konkursu ustalono wartość szacunkową zamówienia *na podstawie informacji historycznych z innych kontraktów lekarskich oraz zebranych informacji od osób zarządzających klinikami*<sup>41</sup>.

*(Dowód akta kontroli str. 66 Wartość szacunkowa zamówienia)*

Ogłoszenie o konkursie ofert Podmiot Leczniczy zamieścił na tablicy ogłoszeń w siedzibie Szpitala w dniu 18.12.2019 r. W dniu następnym ww. dokument wraz ze Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert (zwanymi dalej SWKO) upubliczniono na stronie internetowej Szpitala. W tej kwestii Kierownik Sekcji Organizacyjnej ŚCO wyjaśnienie w treści:

<sup>41</sup> Łączna maksymalna wartość zamówienia w okresie 36 miesięcy ustalona została w dniu 9.12.2019 r. na kwotę 795 600,00 zł netto.

*Ogłoszenie zostało przygotowane i datowane na dzień 18.12.2019 r. i zostało przekazane do podpisu przez Dyrektora ŚCO. W dniu 18.12.2019 r. Ogłoszenie zostało podpisane przez Dyrektora i zostało zamieszczone na tablicy ogłoszeń w tym samym dniu. Na stronie internetowej zostało zamieszczone w dniu, w którym był dostępny podpisany egzemplarz ogłoszenia i istniała możliwość techniczna cyfryzacji ogłoszenia i wprowadzenia do systemu elektronicznego.*

*(Dowód akta kontroli str. 67-74 Ogłoszenie, SWKO oraz Wyjaśnienie sporządzone przez Kierownika Sekcji Organizacyjnej ŚCO)*

Kontrolujący zwracają uwagę, że nadrzędną zasadą prowadzonych konkursów jest jawność informacji na temat przebiegu postępowania, w których pierwszym z upublicznianych dokumentów jest właśnie ogłoszenie inicjujące cały proces. Każdy udzielający zamówienia zobowiązany jest zapewnić równe traktowanie wszystkim ubiegającym się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzić postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji. Wszystkie dokumenty (w tym ogłoszenie) związane z postępowaniem w sprawie zawarcia umowy na świadczenia opieki zdrowotnej powinny być udostępniane zainteresowanym na takich samych zasadach i w tym samym czasie. W związku z powyższym wyżej cytowane wyjaśnienie nie może być usprawiedliwieniem przyjętej praktyki.

W kontrolowanym konkursie ofert w SWKO zatwierdzonych przez Dyrektora Szpitala opisano m.in.: że świadczenia zdrowotne polegające na udzieleniu kompleksowych świadczeń opieki zdrowotnej będą realizowane w Klinice Urologii w okresie od 01.01.2020 r. do 31.12.2022 r., wymagane dokumenty w zależności od formy prawnej działalności przyjmującego zamówienie, kryteria oceny ofert, sposób przygotowania oferty, a w załącznikach: formularz ofertowy, oświadczenie o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia, warunków szczegółowych, wzorem umowy (...) oraz wnioski o upoważnienie do przetwarzania danych osobowych (...), projekt umowy.

Analiza treści ogłoszenia i SWKO pozwoliła ustalić, że do opisu przedmiotu zamówienia nie zastosowano nazw i kodów CPV określonych we Wspólnym Słowniku Zamówień, czyli wbrew art. 141 ust. 4 u.ś.o.z.<sup>42</sup>

---

<sup>42</sup> Do opisu przedmiotu zamówienia stosuje się nazwy i kody określone we Wspólnym Słowniku Zamówień (...)

Na tą okoliczność Kierownik Sekcji Organizacyjnej ŚCO oświadczył, (...) że kody CPV nie zostały omyłkowo zawarte w opisie przedmiotu zamówienia. Omyłka ta była niezamierzonym błędem w tym zakresie.

*(Dowód akta kontroli str. 75 Oświadczenie Kierownika Sekcji Organizacyjnej ŚCO)*

Kontrolujący wskazują, że udzielający zamówienia ma obowiązek posługiwać się kodami CPV do opisu przedmiotu zamówienia i zwracają uwagę, że powinny być one dostępne dla wszystkich zainteresowanych w upublicznianych dokumentach. Jednocześnie ponownie wskazują, iż pierwszym źródłem informacji jest zawsze ogłoszenie, a doprecyzowaniem wymagań udzielającego zamówienia Szczegółowe Warunki Konkursu Ofert. Dlatego też stosowanie kodów CPV jest niezbędne w celu opisanego przedmiotu zamówienia w sposób ujednolicony, tak aby potencjalny zainteresowany zamówieniem z państw członkowskich Unii łatwo i szybko mógł zorientować się co jest przedmiotem ogłoszonego konkursu.

W ustalonym terminie, tj. 20.12.2019 r.<sup>43</sup> wpłynęła jedna oferta lekarza prowadzącego indywidualną praktykę lekarską, zawierająca m.in. dokumenty o jego kwalifikacjach i uprawnieniach (dyplom ukończenia studiów medycznych, prawo wykonywania zawodu, dokument potwierdzający uzyskanie specjalizacji w zakresie urologii), potwierdzenie wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej, wydruk księgi rejestrowej nr 000000056220, polisę ubezpieczeniową, formularz ofertowy i załączniki nr 1 i 2 do formularza ofertowego, tj. oświadczenie oferenta o zapoznaniu się m.in. z treścią ogłoszenia, warunków szczegółowych i wzorem umowy oraz wnioski o upoważnienie do przetwarzania danych osobowych (...), kartę badania wstępnego w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy, oświadczenie o doświadczeniu zawodowym oraz deklarowanej ilości dni udzielania świadczeń.

Według treści protokołu z dnia 31.12.2019 r. z posiedzenia komisji konkursowej oraz formularza oceny ofert złożona oferta spełniała wszystkie wymagania Pomiotu Leczniczego<sup>44</sup>, zaproponowana cena była zgodna z oczekiwaniami Szpitala w tym zakresie.

Analiza treści ww. dokumentu pozwoliła na ustalenie, że podpisało go 2 członków Komisji konkursowej, czyli niepełny jej skład. W tej kwestii Kierownik Sekcji Organizacyjnej ŚCO złożył oświadczenie w treści *W art. 26 ust. 4 tej ustawy (ustawy o działalności leczniczej)*

---

<sup>43</sup> Miejsce i termin składania ofert zawarty w ogłoszeniu – do dnia 30 grudnia 2019 r. do godz. 15.00.

<sup>44</sup> Oferta uzyskała łącznie 77 punktów, w tym: cena 70 pkt, jakość i kompleksowość – po 1 pkt, dostępność – 3 pkt, ciągłość – 2 pkt.

*znajdujemy odesłania do ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, które szczegółowo regulują sposób podejmowania czynności w toku postępowania. W tym przepisie brak natomiast odesłania do przepisów regulujących sposób procedowania komisji konkursowej, wobec tego zastosowanie znajduje tu zasada ogólna działania komisji, która zezwala na procedowanie i podejmowanie decyzji przy udziale zwykłej większości jej członków. Z uwagi na powyższe, udział 2 z 3 członków nie jest uchybieniem w tym zakresie. Ponadto postępowanie konkursowe jest zbliżone do procedury konkursowej w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z NFZ, gdzie zgodnie z § 9 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy zezwala się by analogicznie komisja konkursowa podejmowała uchwały w obecności co najmniej 2/3 składu.*

*(Dowód akta kontroli str. 76-83 Protokół oraz Wyjaśnienie Kierownika Sekcji Organizacyjnej ŚCO)*

Kontrolujący zgadzają się z przedłożonym wywozem, gdyż w praktyce spotykane są uregulowania wskazujące na możliwość pracy powoływanych na potrzeby przeprowadzanych konkursów komisji w niepełnym składzie, ze wskazaniem minimalnej liczby jej członków, którzy mogą podejmować wiążące decyzje. W ocenie kontrolujących właściwym byłoby jednak, aby możliwość procedowania i podejmowania decyzji przy udziale zwykłej większości członków komisji została wyartykułowana w dokumencie wewnętrznym Szpitala np. w decyzji/zarządzeniu Dyrektora w sprawie powołania komisji konkursowej, czy w zasadach/regulaminie pracy ww. komisji. Przytoczony art. 26 u.d.l. nie reguluje prac komisji konkursowej.

Dalsze czynności kontrolne pozwoliły na ustalenie, że ogłoszenie o rozstrzygnięciu konkursu zostało zamieszczone na tablicy ogłoszeń 31.12.2019 r., czyli w dniu podpisania przez udzielającego zamówienie umowy z wybranym w drodze konkursu lekarzem. Kontrolujący po zapoznaniu się z przedłożonym do wglądu oświadczeniem lekarza z dnia 31.12.2019 r., w którym zrzekł się m.in. *prawa wniesienia odwołania do Dyrektora ŚCO dotyczącego rozstrzygnięcia konkursu* przyjęli, że ww. dokument umożliwił podpisanie umowy przed upływem terminu, o którym mowa w art. 154 ust. 1 u.s.o.z<sup>45</sup>, ponieważ przesłanka określona

---

<sup>45</sup> Świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu może wnieść do dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania (...)



w art. 154 ust. 2<sup>46</sup> u.ś.o.z. nie miała w tym przypadku zastosowania. Ponadto ustalono, że zamieszczenie na stronie internetowej Szpitala informacji o rozstrzygnięciu konkursu nastąpiło po podpisaniu umowy, tj. 7.01.2020 r.

*(Dowód akta kontroli str. 84-86 Ogłoszenie o rozstrzygnięciu, skrin ze strony internetowej Szpitala)*

W związku z powyższym kontrolujący zwrócili się z pytaniem o powód zamieszczenia informacji o rozstrzygnięciu konkursu w dwóch różnych datach. Wyjaśnienie w tej kwestii złożył Kierownik Sekcji Organizacyjnej ŚCO w brzmieniu *Niniejszym oświadczamy, że w dniu 31.12.2019 r. informacja dotycząca rozstrzygnięcia konkursu z dnia 18.12.2019 r. została zamieszczona na tablicy informacyjnej ŚCO w Kielcach. Natomiast informacja ta została zamieszczona na stronie internetowej w dniu 7.01.2020 r. po otrzymaniu kompletnych dokumentów podpisanych przez Dyrektora. Termin ten był pierwszym możliwym terminem do zamieszczenia tych informacji na stronie internetowej. Oferent miał możliwość zapoznania się z informacją o rozstrzygnięciu konkursu od dnia 31.12.2019 r.*

*(Dowód akta kontroli str. 86A Wyjaśnienie Kierownika Sekcji Organizacyjnej ŚCO)*

W odniesieniu do złożonych wyjaśnień kontrolujący wskazują, na treść art. 151 ust. 2 u.ś.o.z. który stanowi, że o rozstrzygnięciu konkursu ofert ogłasza się w miejscu i terminie określonym w ogłoszeniu o konkursie ofert. Biorąc powyższe pod uwagę udzielający zamówienia w ogłoszeniu z dnia 18.12.2019 r. wskazał, że *Ogłoszenie o rozstrzygnięciu zostanie zamieszczone na stronie internetowej Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach oraz na tablicy ogłoszeń w budynku administracji ul. Arwitińskiego 3c w Kielcach*, co oznacza, że ogłoszenie o rozstrzygnięciu powinno być upublicznione w tym samym czasie w obu wskazanych miejscach. Zatem umieszczenie ogłoszenia o rozstrzygnięciu tylko na tablicy ogłoszeń w dniu 31.12.2019 r. było działaniem sprzecznym zarówno z zasadami określonymi przez ustawodawcę, a także ogłaszającego konkurs. Jednocześnie kontrolujący wskazują, że dopiero z chwilą ogłoszenia o rozstrzygnięciu konkursu następuje jego zakończenie i w przypadku gdy świadczeniodawca nie wniesie odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia postępowania możliwie jest podjęcie czynności związanych z podpisaniem umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej.

Dalsze czynności kontrolne pozwoliły na ustalenie, że zawarta z wybranym lekarzem umowa Nr 1/Ur/2019 z dnia 31.12.2019 r. obowiązuje w okresie od 1.01.2020 r. do 31.12.2022 r. Stosownie do treści §7 ww. umowy wynagrodzenie w kwocie 120,00 zł za 1 godzinę

---

<sup>46</sup> Odwołanie rozpatrywane jest w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do czasu jego rozpatrzenia.

udzielania świadczeń zdrowotnych miało być płatne do 14 dnia po złożeniu przez Świadczeniodawcę w Dziale Księgowości rachunku wraz z zestawieniem wykonanych świadczeń (załącznik nr 2 do umowy) do 10-go dnia po zakończeniu miesiąca kalendarzowego. Z dniem 1 marca 2020 r. wszedł w życie Aneks nr 1 do ww. umowy zmieniający m.in. termin płatności wynagrodzenia na *do 20 dnia następnego miesiąca*.

*(Dokument akta kontroli str. 87-93 Umowa Nr 1/Ur/2019 z dnia 31.12.2019 r., Aneks nr 1 z dn. 9.03.2020 r.)*

Na podstawie przedłożonych rachunków/faktur za I półrocze 2020 r.<sup>47</sup> tj. f-ry: nr 1/1/2020 r. z dnia 30.01.2020 r., nr 1/3/2020 z dnia 29.02.2020 r., nr 1/3/2020 r. z dnia 31.03.2020 r., nr 3/4/2020 r. z dnia 30.04.2020 r. (wraz z notą korygującą nr 000075 z dnia 30.04.2020 r. korygująca omyłkową treść kolumny *Nazwa Usługi*), nr 6/5/2020 r z dnia 31.05.2020 r oraz nr 2/6/2020 r. z dnia 30.06.2020 r. oraz zestawień zrealizowanych dyżurów zgodnie ze wzorem załącznika nr 2 do umowy za miesiącami: styczeń - grudzień 2020 r. i przelewów bankowych ustalono, że należności były regulowane w wyznaczonych terminach.

## **2.7. Tryb przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków związanych z działalnością podmiotu leczniczego**

W zakresie dostępności do udzielanych świadczeń zdrowotnych i ich jakości kontrolą objęto prawidłowość postępowania ze skargami, wniesionymi na działalność Szpitala w latach 2018-2019 (z wyłączeniem tych, które podlegają nadzorowi medycznemu). W tym zakresie ustalono, że w Szpitalu funkcjonuje Zarządzenie nr 21/2017 Dyrektora Szpitala z dnia 01.09.2017 r. w sprawie ustalenia trybu rozpatrywania skarg i wniosków (...). Według treści ww. dokumentu skargi i wnioski dotyczące *Klinik/Działów/Zakładów mogą być wnoszone ustnie lub na piśmie, za pomocą faksu, poczty elektronicznej oraz ustnie do protokołu. Skargi i wnioski wniesione pisemnie, (...) podlegają wpisowi do rejestru skarg i wniosków, prowadzonego elektronicznie przez Sekretariat Dyrektora według wzoru zawartego w załączniku nr 1<sup>48</sup>. W celu usprawnienia trybu rozpatrywania skarg i wniosków w Zarządzeniu został powołany czteroosobowy Zespół<sup>49</sup>, który przeprowadza postępowanie wyjaśniające, formułuje projekt odpowiedzi i przekazuje go do podpisu Dyrektorowi Szpitala.*

---

<sup>47</sup> Dokonano oględzin dokumentów księgowych za I półrocze 2020 r. z uwagi na fakt, iż wystawienie rachunków jest ostatecznym skutkiem działań podejmowanych w okresie podlegającym kontroli w postępowaniu konkursowym ocenianym w trakcie jej trwania.

<sup>48</sup> Załącznik nr 1 do Zarządzenia Nr 21/2017 Dyrektora ŚCO – Rejestr skarg i wniosków, obejmuje następujące elementy: datę wpływu, imię i nazwisko, adres wnoszącego, przedmiot skargi, komu zlecono załatwienie, termin załatwienia, datę wysłania zawiadomienia o sposobie załatwienia.

<sup>49</sup>Od udziału w rozpatrzeniu skargi wyłączony jest członek Zespołu, którego skarga dotyczy. W takim przypadku Dyrektor powołuje w jego miejsce inną osobę -§2 pkt 9 Zarządzenia.

*Załatwienie skargi lub wniosku następuje bez zbędnej zwłoki, nie później niż w ciągu 30 dni od dnia założenia skargi lub wniosku<sup>50</sup>.*

Na podstawie informacji podpisanej przez Kierownika Działu Kontraktowania, Rozliczeń i Statystyki Medycznej ŚCO w okresie objętym kontrolą wpłynęło łącznie 22 skargi z tym, że w 2018 r. – 7 (4 uznano za niezadane, 3 za częściowo zasadne), a w 2019 r. – 15 (13 uznano za niezasadne, 2 za zasadne).

*(Dowód: akta kontroli str. 94-96 Zestawienie Kierownika Działu Kontraktowania, Rozliczeń i Statystyki Medycznej ŚCO)*

Szczegółowej analizie, pod kątem sposobu i terminu załatwienia, poddano trzy losowo wybrane skargi, które wpłynęły w 2018 r. i 2019 r. Na podstawie materiałów źródłowych, ustalono, że niżej wymienione skargi zostały złożone do Dyrektora Szpitala lub Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta przez:

- 1) osobę upoważnioną przez pacjenta - skarga dotyczyła niewłaściwego traktowania chorego w trakcie kolejnych pobytów pacjenta w Szpitalu, zarówno podczas diagnostyki, przygotowań do zabiegu, sposobu przeprowadzenia operacji, jak i postępowania pooperacyjnego w Klinice Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi oraz zapisów w dokumentacji medycznej. W ocenie składającej skargę pacjent był niewłaściwie traktowany zarówno przez personel medyczny jak i niemedyczny. Pisma w przedmiotowej sprawie, kierowane do Dyrektora Szpitala i Pełnomocnika Praw Pacjenta wpłynęły w dniu 2.01.2018 r. oraz 5.01.2018 r. Kierownik Kliniki Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi pisemnie odniósł się do zarzutów zawartych w ww. skargach. Po akceptacji projektu odpowiedzi przez Dyrektora 1.02.2018 r. pismem znak: DN-072-12-2018 przekazano zainteresowanej treść pisma, w którym poinformowano, że po przeprowadzeniu postępowania wyjaśniającego nie dopatrzone się nieprawidłowości we wdrożonym procesie leczenia pacjenta. Jednocześnie potwierdzono, iż doszło do omyłki pisarskiej w Karcie Informacyjnej Leczenia Szpitalnego, która została skorygowana. Poprawiona dokumentacja medyczna została przekazana zainteresowanemu w dniu 31.01.2018 r. W świetle zebranego materiału dowodowego skargę uznano za niezasadną. Kontrolujący w oparciu o przedłożoną dokumentację stwierdzili, że w Jednostce Kontrolowanej, w związku z zaistniałą omyłką pisarską podjęcie działań korygujących opisano szczegółowo w dokumencie pn. *Karta Niezgodności i Działań Korygujących*

---

<sup>50</sup> Z możliwością przedłużenia do 60 dni, licząc od dnia złożenia skargi lub wniosku, w przypadku, gdy prowadzone postępowanie wyjaśniające i opracowanie odpowiedzi nie jest możliwe z przyczyn niezależnych od pracy Zespołu - §3 pkt 2 Zarządzenia.

nr KN-1/2018 oraz zaplanowano działania naprawcze polegające na przeprowadzeniu instruktażu personelu przez Kierownika Kliniki Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi.

- 2) syna Pacjentki – skarga dotyczyła niestosownego zachowania wobec pacjentki i jej rodziny przez lekarza Kliniki Onkologii Klinicznej, gdzie chora przebywała na leczeniu onkologicznym. Według skarżącego lekarka nie wywiązywała się należycie z obowiązku m.in. rzetelnego informowania chorej oraz osób przez nią upoważnionych o stanie zdrowia, przebiegu choroby, planowanym leczeniu i nie przejawiała stosownej empatii i cierpliwości w kontaktach z rodziną pacjentki. Pismo wpłynęło do Szpitala w dniu 29.10.2018 r. Kierownik Kliniki Onkologii Klinicznej odebrał w tej sprawie wyjaśnienia od lekarza, którego skarga dotyczyła. W dniu 6.11.2018 r. pismem znak: DN-072-61-2018 przekazano odpowiedź zainteresowanemu. Z treści pisma wynika, że *nie jesteśmy w stanie zająć jednoznacznego stanowiska i potwierdzić wszystkie okoliczności przedstawione przez Pana w przedmiotowym piśmie*. Niemniej upomniano lekarza i zobowiązano do przestrzegania zasad i norm wynikających z polityki zdrowotnej Szpitala i obowiązujących praw pacjenta. W świetle zebranego materiału dowodowego skargę uznano za częściowo zasadną.
- 3) pacjentkę Poradni Hematologicznej – skarga dotyczyła niewłaściwego zachowania pracownicy rejestracji głównej i uznana została za zasadną. Pismo w ww. sprawie wpłynęło do Szpitala w dniu 23.04.2019 r. i zgodnie z właściwością przekazane do rozpatrzenia Kierownikowi Działu Organizacji Świadczeń Zdrowotnych i Rejestracji. W dniu 25.04.2019 r. pismem znak: DN-072-16-2019 z dnia 25.04.2019 r. przekazano odpowiedź zainteresowanej, w której stwierdzono, iż *W oparciu o pisemne wyjaśnienie złożone przez przełożoną (...), nie jesteśmy w stanie zająć jednoznacznego stanowiska i potwierdzić wszystkie okoliczności przedstawione przez Panią w piśmie. Oczywiście jest, że opisanie przez Panią zachowania należy uznać za naganne i nie mogą one być tolerowane*. Z dalszej treści pisma wynika, iż rejestratorka, której skarga dotyczyła została upomniana przez bezpośredniego przełożonego i zobowiązana do przestrzegania zasad i norm obowiązujących w Szpitalu.

Według przedłożonej dokumentacji<sup>51</sup> ustalono, że skargi i wnioski (z wyłączeniem spraw podlegających nadzorowi medycznemu) wnoszone przez pacjentów w 2018 r. i 2019 r. były przedstawiane i analizowane przez członków Rady Społecznej Szpitala.

---

<sup>51</sup> Dokument z 23.11.2018 r. – Porządek obrad Rady Społecznej zwołanej na dzień 28.11.2018 r. oraz Protokół nr 4/2020 z posiedzenia Rady Społecznej z dnia 4.06.2020 r.



## **2.8. Ankietyzacja satysfakcji pacjenta oraz system zarządzania w tym posiadane certyfikaty i certyfikaty akredytacyjne**

Według informacji pisemnej uzyskanej od Pełnomocnika Dyrektora ds. Zintegrowanego Systemu Zarządzania Jakością (zwany dalej Pełnomocnikiem) oraz dokumentów źródłowych ustalono, że system oceny satysfakcji pacjentów dotyczący realizowanych usług, jest monitorowany w oparciu o schemat postępowania zawarty w Planie Przebiegu Procesu nr 6/ŚCO Proces badania percepcji ŚCO przez pacjenta (wydanie II z 1.02.2010 r.). Ww. dokument określa: cel procesu, działania bezpośrednio inicjujące poszczególne jego etapy, schemat przebiegu procesu, osoby odpowiedzialne za jego wykonanie, dokumenty/pliki jakie powinny zostać wygenerowane w związku z jego realizacją.

Według dalszej części informacji przekazanej przez Pełnomocnika badanie poziomu zadowolenia pacjentów Podmiotu Leczniczego dokonywane jest w obszarach:

- ośrodków leczenia stacjonarnego,
- poradni specjalistycznych,
- Zakładu Rehabilitacji,
- Działu Diagnostyki i Terapii Gastroenterologicznej,
- Punktu Zaopatrzenia Ortopedycznego Zakładu Rehabilitacji.

Ww. obszary podlegają ocenie w zakresie organizacji realizacji udzielania świadczeń usług medycznych, żywienia, infrastruktury przeznaczonej dla pacjentów oraz poziomu zapewnienia warunków sanitarnych i bytowych. Ocenie poddano roczne zestawienia danych w zakresie ankietyzacji za lata 2018 – 2019 pod nazwą: Badanie percepcji Świętokrzyskiego Centrum Onkologii przez pacjentów od 01.03.2019 r. do 28.02.2020 r.<sup>52</sup> (zwane dalej Badaniem). Zawarta w nich analiza danych pozwoliła na ustalenie, że:

- a) badanie przeprowadzono na podstawie 525 ankiet<sup>53</sup>;
- b) najliczniejszą grupą wśród ankietowanych stanowili pacjenci przebywający w Szpitalu od 3 do 7 dni;
- c) największą liczbę ankiet wypełnili i zwrócili pacjenci Kliniki Radioterapii – odcinek II (24%) oraz Urologii (18%).

---

<sup>52</sup> - gdy mowa o roku 2018 – dotyczy badania za okres 01.03.2018 – 28.02.2019 r.

- gdy mowa o roku 2019 – dotyczy badania za okres 01.03.2019 – 28.02.2020 r.

Dokument poddano kontroli, gdyż w swej treści zawierał dane objęte kontrolą.

<sup>53</sup> Stanowiło to spadek zwróconych ankiet o 30% w stosunku do badania z roku 2018.

Oceniano m.in.:

- a) czas oczekiwania na przyjęcie do Szpitala. Według treści dokumentu 65% ankietowanych stwierdziło, iż czas przyjęcia do Szpitala wynosił poniżej 1 godzin. *Jest to wzrost odsetka badanych w tej kategorii odpowiedzi o 2% (z 63 do 65%). Natomiast czas oczekiwania powyżej 3 godzin wskazało 37 osób - 7% - stanowi to wzrost o 1% w stosunku do ubiegłorocznego badania (...). W Klinice Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi wszyscy pacjenci zostali przyjęci do szpitala w czasie poniżej 1 godziny.*
- b) żywienie pacjentów podczas pobytu w Szpitalu – 34,6% badanych oceniło żywienie w szpitalu jako „bardzo dobre”, 52% jako „dobre”, 4,2% pacjentów (21 odpowiedzi) określiło go jako „złe” a jako „bardzo złe” pon. 0,2% (1 odpowiedź). Negatywne oceny wystawiło 22 pacjentów. Z dalszej części Badania wynika, iż nastąpił spadek negatywnych ocen określających przyczyny uznania posiłków za „złe” lub „bardzo złe”.
- c) stosunek personelu lekarskiego i pielęgniarskiego do pacjentów. Stwierdzono, iż (...) Określają go jako „bardzo życzliwy” lub „życzliwy” na poziomie 95% i 98,3%. Wskazano, że tak wysokie oceny poziomu życzliwości utrzymują się od roku 2009.
- d) kontakt z lekarzem – jako „na każde żądanie” wskazało 53% badanych, 21% wskazało, że lekarz się z nimi kontaktuje 1 raz dziennie lub rzadziej. Z treści Badania wynika, iż Kategoria dotycząca poziomu informacji pacjentów o skutkach działania ubocznego leków jest obszarem, w którym pacjenci posiadają najniższy poziom wiedzy przekazywanej najprawdopodobniej przez lekarzy.(...) Wśród ankietowanych wysoki odsetek odpowiedzi z najwyższej kategorii dotyczy sposobu informowania o istocie przebiegu procesu leczenia i badań diagnostycznych oraz dalszego leczenia poszpitalnego. Wyniki porównywalne do poprzedniego Badania.
- e) warunki sanitarne i bytowe – Dla 86% ankietowanych liczba chorych na salach jest odpowiednia. (...) 98% pacjentów oceniło wyposażenie sal pozytywnie. (...) Oceny pozytywne w kategorii czystości na salach stanowiły 99,7% udzielonych odpowiedzi. (...) Stan czystości w łazienkach został określony jako „bardzo czyste” i „czyste”. (...) Większość pacjentów określiło estetykę sal jako „bardzo dobrą” i „dobrą”. W tej kategorii odnotowano 98% pozytywnych odpowiedzi (spadek o 1% w stosunku do badania z poprzedniego roku).

Powyższe oceny wraz z wnioskami z przeprowadzonych badań przekazywane są osobom odpowiedzialnym za badane obszary.

*(Dowód akta kontroli str. 97 – 102 Informacja Pełnomocnika Dyrektora ds. Zarządzania Jakością oraz Badanie percepcji Świętokrzyskiego Centrum Onkologii przez pacjentów od 01.03.2019 r. do 28.02.2020 r.)*

Na podstawie wykazu sporządzonego przez Pełnomocnika Dyrektora ds. Zintegrowanego Systemu Zarządzania Jakością oraz dokumentów źródłowych ustalono, że w okresie objętym kontrolą Szpital dysponował sześcioma Certyfikatami w tym m.in.<sup>54</sup>.

1. Certyfikatem nr 275/S/2019 świadczącym, że Zakład Leczniczy wprowadził i stosuje system zarządzania jakością zgodnie z normą ISO 9001:2015 w zakresie: leczenie szpitalne i ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie leczenia onkologicznego i ogólnego oraz związana z nimi działalność niemedyzna<sup>55</sup>;
2. Certyfikatem nr 275/H/2019 potwierdzającym, że system zarządzania bezpieczeństwem żywności spełnia wymagania ISO 22000:2005, w zakresie żywienia zbiorowego, w tym pacjentów ośrodków leczenia stacjonarnego<sup>56</sup>;
3. Certyfikatem akredytacyjnym Nr 2019/8 Ministra Zdrowia potwierdzającym spełnienie przez Szpital standardów akredytacyjnych dla leczenia szpitalnego<sup>57</sup>.

*(Dowód: akta kontroli str. 103 -106 Zestawienie 9 sporządzone przez Pełnomocnika Dyrektora ds. Zintegrowanego Systemu Zarządzania Jakością wraz z przykładowymi Certyfikatami: ISO 9001:2015 z dn. 31.05.2019 r. i Certyfikat Akredytacyjny z dn. 27.02.2017 r.)*

### **2.9. Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalnością leczniczą (umowy ubezpieczeniowe, polisy)**

Podmiot Leczniczy w art. 17 ust. 1 pkt 4) u.d.l. został zobowiązany do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie szkód będących następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych<sup>58</sup>. Szczegółowy zakres ww. ubezpieczenia oraz minimalną sumę gwarancyjną do 1.06.2019 r. określało Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 22.12.2011r.<sup>59</sup>

Biorąc powyższe pod uwagę, na podstawie wykazu podpisanego przez Kierownika Działu Kontraktowania, Rozliczeń i Statystyki Medycznej ŚCO oraz dokumentów źródłowych w tym: umowy i polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej ustalono, że Podmiot Leczniczy przeprowadził przetarg nieograniczony w celu wyłonienia

<sup>54</sup> W treści dokumentu przedstawiono tylko aktualne.

<sup>55</sup> Certyfikat wydany przez Wojskową Akademię Techniczną Centrum Certyfikacji Jakości – dokument ważny od 01.06.2019 r. do 31.05.2022 r.

<sup>56</sup> Certyfikat wydany przez Wojskową Akademię Techniczną Centrum Certyfikacji Jakości – dokument ważny od 01.06.2019 r. do 29.06.2021 r.

<sup>57</sup> Dokument wydany przez Ministra Zdrowia w dniu 27.02.2019r. i ważny jest na okres 3 lat

<sup>58</sup> art. 25 ust. 1 pkt 1) u.d.l.

<sup>59</sup> Rozporządzenie MF z dn. 22.12.2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. 2011 nr 293 poz. 1729) zmienione Rozporządzeniem MF z dn. 29.04.2019 r. (Dz. U. 2019 poz. 866)

ubezpieczyciela. W wyniku rozstrzygniętego postępowania przeprowadzonego w dniu 28.02.2018 r. podpisał umowę nr 56/03/18 z Towarzystwem Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska S.A. z/s w Warszawie, przedmiotem której było m.in. obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Umowa została zawarta na okres 36 miesięcy od dnia 01.03.2018 r. do dnia 28.02.2021 r.

Ubezpieczyciel do ww. dokumentu wystawił polisy ubezpieczeniowe Nr 680-18-477-05937169 i Nr 680-19-477-05937169, obejmujące 12 miesięczne okresy rozliczeniowe tj.: odpowiednio: od 01.03.2018 r.<sup>60</sup> do 28.02.2019 r. i od 01.03.2019 r. do 29.02.2020 r.

Suma gwarancyjna ubezpieczenia to 100 000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 500 000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń, których skutki są objęte w rocznym okresie rozliczeniowym. Na podstawie przedłożonych do kontroli polis ustalono, że składka roczna zarówno w 2018 r. i 2019 r. wynosiła 120 500,00 zł płatna w 4 ratach w wysokości 30 125,00 zł odpowiednio: 30.03.2018 r., 31.05.2018 r., 31.08.2018 r., 30.11.2018 r. oraz 30.03.2019 r., 31.05.2019 r., 31.08.2019 r., 30.11.2019 r.

Na podstawie okazanych przelewów bankowych ustalono, że Podmiot leczniczy w wyznaczonych terminach regulował zobowiązania wobec Ubezpieczyciela.

*(Dowód akta kontroli str.107 – 124 Zestawienie nr 10 podpisane przez Kierownika Działu Kontraktowania, Rozliczeń i Statystyki Medycznej ŚCO, Umowa nr 56/03/18 z dnia 28.02.2018 r., Polisy ubezpieczeniowe Nr 680-18-477-05937169 i Nr 680-19-477-05937169, Przelewy.)*

## **2.10. Stan wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny – umowy serwisowe, stopień wykorzystania wybranego sprzętu i aparatury medycznej odpowiednio do zakresu i rodzaju świadczeń zdrowotnych**

### **2.10.1. Stan wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny – umowy serwisowe**

Według informacji uzyskanej od Starszego Specjalisty ds. Aparatury Medycznej Podmiot Leczniczy w 2018 r. posiadał 3 043 sztuk sprzętu i aparatury medycznej, zaś w 2019 r. ilość ta zwiększyła się o 411 sztuk i wyniosła 3 454 sztuki.

*(Dowód: akta kontroli 125 Zestawienie sporządzone przez Starszego Specjalistę ds. Aparatury Medycznej)*

W trakcie czynności kontrolnych ustalono, że w Podmiocie Leczniczym obowiązuje *Procedura nadzoru nad aparaturą i sprzętem medycznym* (PS-08/TT wydanie II/2 z dnia 24.07.2018r.) – zwana w dalszej części niniejszego punktu Procedurą. Dokument określa m.in.: 1) osoby

<sup>60</sup> Do 28.02.2018 r. obowiązywała polisa Nr 6KR 0A930004.



odpowiedzialne za wdrożenie procedury i nadzór nad jej realizacją, 2) sposób postępowania w zakresie nadzoru nad aparaturą i sprzętem medycznym, w tym wadliwym – naprawa; 3) sposób postępowania z aparaturą i sprzętem medycznym w przypadku zawartej umowy serwisowej oraz braku umowy serwisowej z podmiotem zewnętrznym, 4) zasady zakupu, zmiany miejsca użytkowania, dzierżawy oraz likwidacji sprzętu i aparatury medycznej; 5) system szkoleń dotyczących sprzętu i aparatury medycznej; 5) zasady gromadzenia niezbędnych dokumentów aparatury i sprzętu medycznego.

Z treści przedłożonej Procedury wynika, że pracownicy Zespołu Aparatury Medycznej (zwanego ZAM) odpowiedzialni są m. in. za: a) (...) sporządzenie „Ewidencji i nadzór nad aparaturą i sprzętem medycznym”, b) prowadzenie zapisów przeglądów, c) prowadzenie działań koordynujących między ŚCO a jednostkami serwisowymi (zewnętrznymi), d) nadzór nad zapisami dotyczącymi aparatury i sprzętu medycznego, e) nadzór nad realizacją harmonogramu serwisowania i przeglądów (...).

Biorąc powyższe pod uwagę Starszy Specjalista ds. Aparatury Medycznej poinformował, iż Świętokrzyskie Centrum Onkologii prowadzi ewidencje aparatury w formie elektronicznej tj. program MMEwidencja Nova. System został wdrożony w I kwartale 2019 roku. Wszelkie naprawy, przeglądy odnotowywane są w programie MMEwidencja. Paszporty urządzeń są prowadzone w formie elektronicznej, dodatkowo Koordynatorzy Oddziałów mają paszporty w formie papierowej. Wszelkie dokumenty świadczące o przeglądach, naprawach są skanowane i dołączane do programu MMEwidencja.

Oświadczam, że wszelkie obowiązujące przeglądy oraz naprawy wynikające z awarii w okresie 2018-2019 były wykonywane w terminie zgodnie z harmonogramem i zaleceniami producenta. Działania odnotowywane były w kartach serwisowych/raportach lub paszportach.(...)

W zakresie realizacji obowiązków wynikających z art. 90 ust. 6-9 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych<sup>61</sup> kontrolujący opierają się na przedłożonych do kontroli wydrukach za 2019 r. paszportów losowo wybranej aparatury i sprzętu medycznego użytkowanego w komórkach organizacyjnych Szpitala poddanych kontroli, tj.: Działu Radioterapii, Działu Ginekologii, Działu Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi, Zakładu Rehabilitacji i Działu Urologii. Okazana dokumentacja zawierała informacje dotyczące: danych technicznych aparatu tj.: nazwy, rodzaju, roku produkcji i instalacji sprzętu w Jednostce Kontrolowanej, końca okresu gwarancji, danych użytkownika, producenta

<sup>61</sup> tj. posiadania przez Podmiot Leczniczy dokumentacji wykonanych napraw, działań serwisowych, dokumentacji określającej terminy kolejnych serwisów – Ustawa z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Nr.107, poz. 679 ze zm.)

i serwisanta oraz zleceń serwisowych przeglądów poszczególnego sprzętu wraz z datą jego wykonania, a także wyznaczoną datę graniczną następnego przeglądu.

*(Dowód akta kontroli str. 126-134 Informacja z dn. 15.06.2020 r. sporządzona przez Starszego Specjalistę ds. Aparatury Medycznej, Procedura Nadzoru nad aparaturą (...) oraz przykładowe wydruki paszportów)*

Na podstawie Zestawienia sporządzonego przez Starszego Specjalistę ds. Aparatury Medycznej ustalono, że Podmiot Lecznicy w latach 2018-2019 podpisał łącznie 22 umowy serwisowe (z czego: w 2018 r.– 7 umów, a w 2019 r.– 15 umowy) o łącznej wartości 17 161 405,08 zł w tym: w 2018 r. – na kwotę 2 920 784,55 zł, a w 2019 r. – na kwotę 14 240 620,53 zł.

Szczegóły w tym zakresie przedstawia poniższy wykaz.

Lp.	Nr i data zawartej umowy serwisowej	Nazwa firmy serwisowej	Przedmiot umowy	Wartość umowy brutto /wartość zrealizowanej umowy w zł
<b>2018 rok</b>				
1	Nr 64/17/18 z dn. 16.03.2018 r.	Olimpus Polska Sp. z o.o.	Zgodnie z załącznikiem nr 2 do umowy <sup>62</sup>	1 478 243,52/853 184,58
2	Nr 277/110/2018 z dn. 3.09.2018 r.	Timko	Przeгляд okres Mammografu cyfrowego (Hologic Lorad Selenia) i śródoperacyjnego (Trident Specimen Radiography System)	219 097,44/97 376,64
3	Nr 23/16/18 z dn. 8.02.2018 r.	MMM	Zgodnie z załącznikiem nr 6 do umowy	351 408,05/275 825,53
4	Nr 253/92/18 z dn. 6.08.2018 r.	Elektra Spółka	Przeгляд okresowy HDR typ microSelectron	169 550,64/162 499,06
5	Nr 150/53/18 z dn. 17.05.2018 r.	Varian Medical System Poland	Przeгляд okresowy Symulatora typ Acuity iX	238 000,00/36 900,00
6	Nr 89/36/18 z dn. 15.01.2018 r.	Simens Healthcare Sp. z o.o	Przeгляд okresowy Rezonansu magnetycznego typ Skyra 3T	389 664,00/389 664,00
7	Nr 570/171/17 z dn. 15.01.2018 r.	Mediso Polska Sp. z o.o.	Przeгляд okresowy Gamma kamery typ Nucline TH/45 planarna	74 820,90/74 820,90

<sup>62</sup> Załączniki nr: 2,6,38,41,43,45,47,49,51 przedstawiono do wglądu w wersji elektronicznej, obejmowały przedmiot umów w postaci wykazu sprzętu i aparatury medycznej serwisowanej na podstawie podpisanych umów wskazanych w Wykazie. Powyższe postępowanie podyktowane było obszernością załączników (zawierają od kilkunastu do kilkudziesięciu pozycji).

Lp.	Nr i data zawartej umowy serwisowej	Nazwa firmy serwisowej	Przedmiot umowy	Wartość umowy brutto /wartość zrealizowanej umowy w zł
<b>2019 rok</b>				
1	Nr 10/08/2019 z dn. 19.02.2019 r.	Philips Polska Sp. z o.o.	Przeгляд okresowy Stacja do planowania leczenia typ Pinnacle 3	168 264,00/148 733,36
2	Nr 11/08/2019 r. z dn. 12.02.2019 r.	Synektik	Przeгляд okresowy urządzenia Komora gorąca typ Eliza	104 190,84/31836,09
3	Nr 425/177/2018 z dn. 21.01.2019 r.	Medtronic Poland Sp. z o.o.	Zgodnie z załącznikiem nr 38 do umowy	206 551,44/59 411,31
4	Nr 426/117/2019 z dn. 21.01.2019 r.	Mediso Polska Sp. z o.o.	Przeгляд okresowy Gamma kamery typ Nucline TH/45 planarna	75 564,00/69 267,00
5	Nr 57/34/19 z dn. 26.03.2019 r.	Verimed	Zgodnie z załącznikiem nr 41 do umowy	133 756,87/58 528,54
6	Nr 141/56/19 z dn. 24.05.2019 r.	Siemens Healthcare Sp. z o.o.	Przeгляд okresowy urządzenia Nephelometer typ BN II	36 885,24/7 436,54
7	Nr 137/56/19 z dn. 24.05.2019 r.	Siemens Healthcare Sp. z o.o.	Zgodnie z załącznikiem nr 43 do umowy	3 730 235,76/752 068,66
8	Nr 139/56/19 z dn. 24.05.2019 r.	Siemens Healthcare Sp. z o.o.	Przeгляд okresowy Tomografu komputerowego typ Somatom Emotion 6	463 434,48/93 434,37
9	Nr 140/56/19 z dn. 24.05.2019 r.	Siemens Healthcare Sp. z o.o.	Zgodnie z załącznikiem nr 45 do umowy	2 904 900,84/585 665,48
10	Nr 142/56/19 z dn. 24.05.2019 r.	Siemens Healthcare Sp. z o.o.	Przeгляд okresowy Analizatora do moczu Czytnik paskowy do moczu typu Clinitek Status oraz Analizatora funkcji płytek typu INNOVANCE PFA 200	14 745,24/2 972,84
11	Nr 138/56/19 z dn. 24.05.2019 r.	Siemens Healthcare Sp. z o.o.	Zgodnie z załącznikiem nr 47 do umowy	5 612 357,16/1 131 523,63
12	Nr 366/123/2019 z dn. 14.08.2019 r.	Elekta Spółka	Przeгляд okresowy HDR typ microSelectron	168 423,84/78 354,66
	Nr	Olympus Polska	Zgodnie z załącznikiem	168 423,84/27 527,10

Lp.	Nr i data zawartej umowy serwisowej	Nazwa firmy serwisowej	Przedmiot umowy	Wartość umowy brutto /wartość zrealizowanej umowy w zł
13	450/159/19 z dn. 18.10.2019 r.	Sp. z o.o.	nr 49 do umowy	
14	Nr 433/155/19 z dn. 28.10.2019 r.	Wielkopolskie Przedsiębiorstw o Inżynierii Przemysłowej	Przeгляд okresowy trzech Aparatów do czyszczenia powietrza typ Genano	58 892,40/0,00
15	Nr 385/130/19 z dn. 5.09.2019 r.	GE Medical Polska Sp. z o.o.	Zgodnie z załącznikiem nr 51 do umowy	393 994,58/32 832,87

(Dowód akta kontroli str. 135 Zestawienie sporządzone przez Starszego Specjalistę ds. Aparatury Medycznej)

### 2.10.2. Stopień wykorzystania wybranego sprzętu i aparatury medycznej odpowiednio do zakresu i rodzaju świadczeń zdrowotnych

Na wniosek kontrolujących Kierownik Działu Kontraktowania, Rozliczeń i Statystyki Medycznej ŚCO przedłożył wykaz pn. Stopień wykorzystania wybranego sprzętu i aparatury medycznej w latach 2018-2019<sup>63</sup>, tj. duodenofiberoskopu, kolonoskopów video, bronchoskopów, gastrokopów video i gastrokopu ultrasonograficznego, aparatu USG oraz przyspieszaczy liniowych (akceleratorów), obejmujący nazwę urządzenia, liczbę sztuk, liczbę badań wykonanych na poszczególnych aparatach, ilość badań wykonanych łącznie.

Szczegóły w tym zakresie przedstawiają poniższe zestawienia tabelaryczne sporządzone na podstawie ww. wykazu.

Nazwa Urządzenia	Ilość sztuk	Ilość badań wykonanych na poszczególnych aparatach	Ilość badań wykonanych łącznie
<b>2018 rok</b>			
Duodenofiberoskop video nr 2100468	1	0	4 653
Kolonoskop video nr 2010148	1	25	
Kolonoskop video nr 2500086	1	673	
Kolonoskop video nr 2600314	1	655	
Bronchoskop nr 2802043	1	1	
Gastroskop video nr 2900358	1	680	
Gastroskop video nr 2801532	1	599	
Aparat USG nr M03139	1	71	

<sup>63</sup> Zestawienie nr 12 do tej kontroli. – sprzęt użytkowany w Dziale Diagnostyki i Terapii Gastroenterologicznej – Pracownia Endoskopowa oraz Dziale Radioterapii.



Nazwa Urządzenia	Ilość sztuk	Ilość badań wykonanych na poszczególnych aparatach	Ilość badań wykonanych łącznie
Gastroskop ultrasonograficzny nr 1911077	1	71	
Gastroskop video nr 2905155	1	729	
Kolonoskop video nr 2907777	1	470	
Bronchoskop nr 2902889	1	0	
Kolonoskop video nr 2613353	1	679	
<b>2019 rok</b>			
Duodenofiberoskop video nr 2100468	1	0	4 349
Kolonoskop video nr 2010148	1	87	
Kolonoskop video nr 2500086	1	349	
Kolonoskop video nr 2600314	1	335	
Bronchoskop nr 2802043	1	-	
Gastroskop video nr 2900358	1	278	
Gastroskop video nr 2801532	1	238	
Aparat USG nr M03139	1	68	
Gastroskop ultrasonograficzny nr 1911077	1	51	
Gastroskop video nr 2905155	1	337	
Kolonoskop video nr 2907777	1	269	
Bronchoskop nr 2902889	1	0	
Kolonoskop video nr 2613353	1	295	
Duodenofiberoskop video nr 2721265	1	2	
Gastroskop wideo HDTV nr 2842531	1	208	
Gastroskop wideo HDTV nr 2857268	1	406	
Gastroskop wideo HDTV nr 2857246	1	390	
Kolonoskop video nr 2842976	1	393	
Kolonoskop video nr 2842994	1	382	
Kolonoskop wideo HDTV nr 2843104	1	261	

Z powyższego zestawienia wynika, że w okresie objętym kontrolą ilość sprzętu wykorzystywanego w Pracowni Endoskopii funkcjonującej w strukturach Działu Diagnostyki i Terapii Gastroenterologicznej uległa zwiększeniu o: 1 duodenofiberoskop, 3 gastroskopy video oraz 3 kolonoskopy video, a łączna liczba wykonywanych badań w 2019 r. zmniejszyła się o 304.

Kontrolujący zwrócili uwagę na fakt niewykonywania lub wykonywania pojedynczych badań w latach 2018-2019 na aparacie Duodenofiberoskop video (aparat nr 2100468 i nr 2721265)

oraz bronchoskop (aparat nr 2802043 i nr 2902889). Kierownik Działu Kontraktowania, Rozliczeń i Statystyki Medycznej ŚCO wyjaśnił, że (...) *Endoskopowa cholangiopankreatografia wsteczna jest metodą badania stosowaną obecnie prawie wyłącznie do celów terapeutycznych. Z uwagi na to, że duodenofiberoskop video nr 2100468 jest aparatem przeznaczonym głównie do badań diagnostycznych (ze względu na małą średnicę kanału roboczego), podjęcie jakichkolwiek działań zabiegowych tym aparatem jest nieuzasadnione klinicznie. W roku 2018 wszystkie zabiegi ECPW były wykonywane duodenofiberoskopem video nr 2100349. Aparat ten w lipcu 2019r. został skasowany, z uwagi na wykryte podczas przeglądu serwisowego uszkodzenia i nieopłacalność naprawy (rok produkcji 2001). W lutym 2019r. zakupiono nowy duodenoskop video o nr 2721265.*

*Od roku 2018 wszystkie badania bronchoskopowe pacjentów hospitalizowanych oraz ambulatoryjnych, są wykonywane w Klinice Chirurgii Klatki Piersiowej. Niestety przekazanie bronchoskopów o nr 2902889, 2802043 do Kliniki Chirurgii Klatki Piersiowej jest niemożliwe z uwagi na brak możliwości podłączenia ich do funkcjonujących w obrębie kliniki: toru wizyjnego, myjni oraz szafy endoskopowej (inny producent sprzętu).*

*(Dowód akta kontroli str. 136 - Wyjaśnienie sporządzone przez Kierownika Działu Kontraktowania, Rozliczeń i Statystyki Medycznej ŚCO)*

Nazwa urzędnika	Ilość sztuk	Ilość badań wykonanych na poszczególnych aparatach
<b>2018 ROK</b>		
Przyspieszacz liniowy 5505 II	1	9457 frakcji, w tym 48829 pól napromienionych. Wykonano również 2372 obrazowania i 1620 wiązek bez pacjenta.
Przyspieszacz liniowy 5581 III	1	9224 frakcji, w tym 47557 pól napromienionych. Wykonano również 2514 obrazowania i 1671 wiązek bez pacjenta.
Przyspieszacz liniowy 5502 I	1	5742 frakcji, w tym 29691 pól napromienionych. Wykonano również 2405 obrazowania i 2671 wiązek bez pacjenta.
Przyspieszacz liniowy 154271 Elekta I	1	9168 frakcji, w tym 33552 pól napromienionych. Wykonano również 9792 obrazowania i 5373 wiązek bez pacjenta.
Symulator 479 <sup>64</sup>	1	2238
Symulator CT49704	1	1696
<b>2019 ROK</b>		
Przyspieszacz liniowy 5505 II	1	9282 frakcji, w tym 47609 pól napromienionych. Wykonano również 2561 obrazowania i 2370 wiązek bez pacjenta.

<sup>64</sup> Symulator służy do wyznaczenia obszaru, który należy napromieniować. Stanowi element przygotowania do radioterapii.

Nazwa urządzenia	Ilość sztuk	Ilość badań wykonanych na poszczególnych aparatach
<b>2018 ROK</b>		
Przyspieszacz liniowy 5505 II	1	9457 frakcji, w tym 48829 pól napromienionych. Wykonano również 2372 obrazowania i 1620 wiązek bez pacjenta.
Przyspieszacz liniowy 5581 III	1	9224 frakcji, w tym 47557 pól napromienionych. Wykonano również 2514 obrazowania i 1671 wiązek bez pacjenta.
Przyspieszacz liniowy 5502 I	1	5742 frakcji, w tym 29691 pól napromienionych. Wykonano również 2405 obrazowania i 2671 wiązek bez pacjenta.
Przyspieszacz liniowy 154271 Elekta I	1	9168 frakcji, w tym 33552 pól napromienionych. Wykonano również 9792 obrazowania i 5373 wiązek bez pacjenta.
Symulator 479 <sup>64</sup>	1	2238
Symulator CT49704	1	1696
Przyspieszacz liniowy 5581 III	1	9154 frakcji, w tym 46577 pól napromienionych. Wykonano również 2476 obrazowania i 3040 wiązek bez pacjenta.
Przyspieszacz liniowy 154888 Elekta II	1	5650 frakcji, w tym 18886 pól napromienionych. Wykonano również 5604 obrazowania i 5394 wiązek bez pacjenta.
Przyspieszacz liniowy 154271 Elekta I	1	9929 frakcji, w tym 34283 pól napromienionych. Wykonano również 10429 obrazowania i 5549 wiązek bez pacjenta.
Symulator 479	1	1994
Symulator CT49704	1	1912

Z wyjaśnień złożonych przez Kierownika Działu Kontraktowania, Rozliczeń i Statystyki Medycznej ŚCO wiadomo, że *Frakcja równoważna jest jednej wizycie pacjenta. Podczas każdej frakcji (wizyty) pacjent otrzymuje kilka pól napromieniowania, w zależności od zastosowanej techniki leczenia. Podczas wizyty pacjent ma wykonywane również obrazowanie (nie zawsze), które wykorzystuje się do weryfikacji poprawności ułożenia pacjenta w czasie seansu terapeutycznego. Wiązki bez pacjenta to wiązki wyemitowane na akceleratorze w fazie przygotowania planu leczenia konkretnego pacjenta wykorzystywane do weryfikacji dozymetrycznej i jakościowej planu leczenia pacjenta. Wiązki bez pacjenta są również emitowane podczas kontroli samego akceleratora.*

*(Dowód akta kontroli str. 137-138 Zestawienie nr 12 podpisane przez Kierownika Działu Kontraktowania, Rozliczeń i Statystyki Medycznej ŚCO)*

Z powyższego zestawienia wynika, że w okresie objętym kontrolą ilość sprzętu wykorzystywanego w Zakładzie Radioterapii nie uległa zmianie, a łączna liczba wykonywanych frakcji na akceleratorach wzrosła w 2019 r. o 424.

Na podstawie Zestawienia obrotów i sald za 2018 r. i 2019 r. – klasa kont: 402 – 202 do 402-204 ustalono, że koszty konserwacji, napraw i serwisów sprzętu medycznego wyniosły łącznie: w 2018 r. – 7 217 332,37 zł (odpowiednio: 360 192,96 zł, 194 795,22 zł, 6 662 344,19zł), zaś w 2019 r. – 6 116 073,56 zł (odpowiednio: 408 530,45 zł, 215 920,76 zł, 5 491 622,35 zł).

*(Dowód akta kontroli str. 139-141 Zestawienie Kosztów przeglądów, napraw i usług serwisowych sporządzone Przez Główną Księgową wraz z wydrukiem zestawienia obrotów i sald za lata 2018-2019)*

### ***Ocena częściowa kontrolowanej działalności***

W wyniku dokonanych w toku kontroli ustaleń pozytywnie z nieprawidłowościami oceniono działalność Podmiotu Leczniczego w zakresie dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych, w tym: realizacji kontraktów z NFZ; prowadzenia list oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej; działalności zespołu ds. oceny przyjęć; udzielanie zamówień na świadczenia zdrowotne; trybu przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków związanych z działalnością pacjentów (z wyłączeniem tych, które podlegają nadzorowi medycznemu); ankietyzacji satysfakcji pacjenta oraz systemu zarządzania, w tym posiadane certyfikaty akredytacyjne; obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą; stanu wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny, w tym stopnia wykorzystania wybranego sprzętu i aparatury medycznej odpowiednio do zakresu i rodzaju świadczeń zdrowotnych.

### ***Uzasadnienie oceny częściowej***

Pozytywna ocena dotyczy: posiadania procedur regulujących przebieg udzielania świadczeń zdrowotnych; prowadzenia list oczekujących na udzielanie świadczeń zdrowotnych stosownie do obowiązujących w tym zakresie przepisów prawa; terminowego przekazywania do płatnika Świętokrzyskiego OW NFZ list oczekujących; prawidłowego ustalenia składu Zespołu Oceny Przyjęć i właściwego przeprowadzania przez Zespół oceny listy oczekujących na udzielenie świadczenia pod względem przewidzianym przepisami prawa w tym zakresie; rozpatrywania skarg związanych z działalnością Podmiotu Leczniczego w trybie i na zasadach przewidzianych w procedurze wewnętrznej; kompleksowej prezentacji w raporcie rocznym wyników ankiet badających stopień satysfakcji pacjentów korzystających z usług świadczonych przez Podmiot Leczniczy; posiadania certyfikatów potwierdzających profesjonalizm i wysoki poziom świadczonych usług w Szpitalu; wypełnienia obowiązku zawarcia umów ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym przepisami prawa; przestrzegania obowiązków i zasad postępowania z serwisowaniem i nadzorem



nad sprzętem medycznym wykorzystywanym do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w Szpitalu określonych przepisami prawa, a także w procedurze wewnętrznej.

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczą czynności związanych z przeprowadzeniem konkursu na realizację świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu urologii takich jak: upublicznienie ogłoszenia o konkursie na tablicy ogłoszeń i stronie internetowej Szpitala w różnych datach; naruszenie art. 141 ust.4. u.ś.o.z. poprzez niezastosowanie do opisu przedmiotu zamówienia kodów CPV w ogłoszeniu o konkursie oraz Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert; naruszenie art. 151 ust. 2 u.ś.o.z. poprzez zamieszczenie informacji o rozstrzygnięciu konkursu w różnych datach, tj. w dniu 31.12.2019 r. na tablicy ogłoszeń i w dniu 7.01.2020 r. na stronie internetowej Szpitala; zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przed upublicznieniem na stronie internetowej Szpitala ogłoszenia o rozstrzygnięciu konkursu; brak usankcjonowania możliwości pracy komisji konkursowej w niepełnym składzie.

***Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za stwierdzone nieprawidłowości***

Za stwierdzone nieprawidłowości odpowiedzialny jest:

- Pan Stanisław Gózdź Dyrektor Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach.

**3. Pozostałe ustalenia kontroli dotyczące sprawdzenia realizacji zaleceń i wniosków zawartych w Wystąpieniu Pokontrolnym z dnia 18.07.2018r. , znak DOZ.III.1711.10.1.2018**

W Wystąpieniu Pokontrolnym sporządzonym po przeprowadzeniu w Podmiocie Leczniczym kontroli w zakresie „Realizacja zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie, dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych w latach 2016-2017”, a następnie przyjętym przez Zarząd Województwa Świętokrzyskiego w dniu 18.07.2018 r. sformułowano 6 wniosków pokontrolnych. W wyznaczonym terminie Dyrektor Szpitala w piśmie z dnia 29.08.2018 r., znak: DN-0722-14-2018 poinformował o sposobie wykonania zaleceń pokontrolnych w następujących sposób:

1. *Ujednolicono ze statutem nazwy zakładów w księdze rejestrowej. Zmiany nazw zakładów w regulaminie organizacyjnym zostaną dokonane na najbliższym posiedzeniu Rady Społecznej. Powyższe stanowiło odpowiedź na zalecenie w brzmieniu: Ujednolicić treść regulaminu organizacyjnego i księgi rejestrowej w zakresie nazewnictwa zakładów leczniczych, tak aby była ona jednakowa w statucie, regulaminie organizacyjnym oraz księdze rejestrowej.*

W toku czynności kontrolnych ustalono, że w załączniku nr 2 do Uchwały Nr 61/2018 z dnia 28.11.2018 r. Rady Społecznej Szpitala wprowadzono podział komórek organizacyjnych Podmiotu Leczniczego z uwzględnieniem przynależności do określonego zakładu leczniczego, tj.: 1) Zakład stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych; 2) Zakład ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych; 3) Zakład stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne. Powyższe oznacza, iż Jednostka Kontrolowana wypełniła zalecenie pokontrolne w całości.

2. *Struktura organizacyjna ujęta w księdze rejestrowej i regulaminie organizacyjnym zostanie ujednolicona na najbliższym posiedzeniu Rady Społecznej. Powyższe stanowiło odpowiedź na zalecenie w brzmieniu: Dostosować w regulaminie organizacyjnym podmiotu leczniczego strukturę organizacyjną zakładu, zgłoszoną do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.*

W trakcie przeprowadzonych czynności kontrolnych ustalono, że Jednostka Kontrolowana w większości wykonała zalecenia pokontrolne.

Badając schemat organizacyjny przyjęty Uchwałą nr 61/2018 r. z dnia 18.11.2018 r.<sup>65</sup> kontrolujący wykazali, że nie dokonano zmian nazw dwóch komórek organizacyjnych: Poradnia Radioterapii – Gabinet Brachyterapii oraz Poradnia Ginekologiczna.

3. *W postępowaniach o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej wprowadzano kompleksową ocenę ofert wraz z upublicznieniem wszystkich kryteriów oceny ofert a w opisie przedmiotu zamówienia stosuje się kody CPV. Powyższe stanowiło odpowiedź na zalecenie w brzmieniu: W przeprowadzonych postępowaniach o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej należy: a) porównywać oferty w oparciu o kryteria wskazane w art. 148 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, b) upubliczniać kryteria oceny ofert, c) do opisu przedmiotu zamówienia stosować nazwy i kody ustalone we Wspólnym Słowniku Zamówień określonym w rozporządzeniu nr 2196/2002 z dnia 05.11.2002 r. w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień (DZ. Urz. WE L 340 z 16.12.2002, str., 1 i n. z póź. zm.).*

Badanie postępowania konkursowego na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu urologii potwierdziło częściowe wykonanie zaleceń pokontrolnych. Mianowicie Szpital dokonał porównania ofert w oparciu o kryteria wskazane w art. 148 ust. 1 u.ś.o.z.

---

<sup>65</sup>Kontrolujący ustalili, że była to „najbliższe „ posiedzenie Rady Społecznej Szpitala po wydanych w 2018 r. zaleceniach w tym zakresie.

i upublicznił je. W opisie przedmiotu zamówienia nie zastosował nazw i kodów CPV ustalonych we Wspólnym Słowniku Zamówień.

4. *Na najbliższym posiedzeniu Rady Społecznej zostanie dokonana ocena skarg i wniosków. Powyższe stanowiło odpowiedź na zalecenie w brzmieniu Umożliwić Radzie Społecznej Szpitala realizację zadania wynikającego z art. 48 ust. 2 pkt 3) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. poprzez przedstawienie skarg i wniosków wnoszonych przez pacjentów z wyłączeniem spraw podlegających nadzorowi medycznemu.*

Na podstawie dokumentu datowanego na 23.11.2018 r. zawierającego porządek posiedzenia Rady Społecznej Szpitala ustalono, że skargi i wnioski wnoszone przez pacjentów m.in. w 2017 r. były przedmiotem analizy w trakcie posiedzenia, które odbyło się 28.11.2018 r. Oznacza to, iż Jednostka Kontrolowana wypełniła zalecenie pokontrolne w całości.

5. *Wnioski do KRS będą składane terminowo. Powyższe stanowiło odpowiedź na zalecenie w brzmieniu: Dokonywać zmian wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego w terminie 7 dni od dnia zdarzenia uzasadniającego dokonanie wpisu.*

Celem potwierdzenia, czy Podmiot Kontrolowany realizuje ww. zalecenie ustalono, iż Szpital złożył wniosek do Krajowego Rejestru Sądowego w dniu 10.06.2019 r. m.in. o zmianę składu Rady Społecznej Szpitala powołanej Uchwałą Nr 148/2019 Zarządu Województwa Świętokrzyskiego z dnia 16 stycznia 2019 r. w sprawie powołania Rady Społecznej Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kieczach, czyli wbrew art. 22 ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym, który obowiązuje *samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej do zgłaszania do rejestru dotyczącego go informacje oraz zmiany tych informacji nie później niż w terminie 7 dni od dnia zdarzenia uzasadniającego dokonanie wpisu.* Powyższe oznacza, że pomimo udzielonej przez Dyrektora Szpitala odpowiedzi na zalecenia pokontrolne pismem z dnia 29.08.2018 r., znak: DN-0722-14-2018 w brzmieniu *Wnioski do KRS będą składane terminowo*, wnioski do KRS nie są składane w ustawowym terminie.

*(Dowód akta kontroli str. 142 - 153 Wniosek o zmianę danych podmiotu (...),  
pismo Dyrektora Szpitala z dn. 29.08.2018 r. znak: DN-0722-14-2018),*

6. *ŚCO będzie przestrzegać terminowego regulowania zaciągniętych zobowiązań. Powyższe stanowiło odpowiedź na zalecenie w brzmieniu: Przestrzegać terminowego regulowania*

*zaciągniętych przez Szpital zobowiązań wynikających z zawartych umów w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych.*

Na podstawie przedłożonych rachunków/faktur za I półrocze 2020 r. wystawionych do umowy Nr 1/Ur/2019 z dnia 31.12.2019 r., zawartej w wyniku przeprowadzonego postępowania konkursowego ogłoszonego 18.12.2019 r. stwierdzono, że Szpital wykonał zalecenie pokontrolne w całości. Wszystkie wystawione rachunki były regulowane terminowo.

#### **Ocena częściowa kontrolowanej działalności:**

W wyniku dokonanych w trakcie kontroli ustaleń pozytywnie z nieprawidłowościami oceniono działalność Podmiotu Leczniczego w zakresie realizacji zaleceń pokontrolnych sformułowanych w Wystąpieniu Pokontrolnym znak: DOZ.III.1711.10.1.2018 z dnia 18.08.2018 r.

#### ***Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za stwierdzone nieprawidłowości***

Za stwierdzone nieprawidłowości odpowiedzialny jest:

- Pan Stanisław Góźdz Dyrektor Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach.

#### **Uwagi i wnioski**

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

1. Wskazać w Regulaminie Organizacyjnym wszystkie miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie ze stanem faktycznym;
2. Doprowadzić do zgodności zapisów w zakresie faktycznej struktury organizacyjnej w Regulaminie Organizacyjnym (Schemat Organizacyjny) i Księdze Rejestrowej prowadzonej dla Zakładu przez Wojewodę Świętokrzyskiego;
3. W przeprowadzonych postępowaniach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stosować się do zasad określonych przepisami prawa, w szczególności poprzez:
  - a) upublicznianie ogłoszenia o konkursie ofert na tablicy ogłoszeń i stronie internetowej Szpitala w tym samym dniu;
  - b) stosowanie do opisu przedmiotu zamówienia nazw i kodów ustalonych we Wspólnym Słowniku Zamówień, określonym w rozporządzeniu nr 2195/2002 z dnia 05.11.2002 r. w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień (Dz. Urz. WE L 340 z 16.12.2002,



str. 1 i n. z późn. zm.) zarówno w ogłoszeniu o konkursie jak i Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert;

- c) zamieszczanie informacji o rozstrzygnięciu konkursu w miejscach wskazanych w ogłoszeniu w tym samym dniu;
  - d) zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej po upublicznieniu ogłoszeń o rozstrzygnięciu konkursu, z zachowaniem przewidzianych prawem terminów.
4. W dokumentach prawa wewnętrznego, tworzonych na potrzeby przeprowadzanych postępowań konkursowych, usankcjonować możliwość pracy komisji konkursowej w niepełnym składzie.
  5. Bezwzględnie wykonywać zalecenia pokontrolne formułowane przez kontrolujących realizując je zgodnie z informacjami zawartymi w odpowiedzi na zalecenia pokontrolne.

***Pozostałe informacje i pouczenia***

***Pouczenie***

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

***Obowiązek poinformowania o sposobie wykorzystania wniosków pokontrolnych.***

Stosownie do § 26 ww. rozporządzenia, proszę o poinformowanie podmiot uprawniony do kontroli o sposobie wykorzystania wniosków lub przyczynach ich niewykorzystania albo o innym sposobie usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości, w terminie 30 dni od daty otrzymania niniejszego Wystąpienia Pokontrolnego.

MARSZAŁEK  
Województwa Świętokrzyskiego  
Zbigniew Bielecki  
.....  
/podmiot uprawniony do kontroli

Kielce, dnia 26. 08. 2020r