

UCHWAŁA NR 2935/20
ZARZĄDU WOJEWÓDZTWA ŚWIĘTOKRZYSKIEGO
Z DNIA 9 listopada 2020 r.

W SPRAWIE:

Przyjęcia Wystąpienia Pokontrolnego dotyczącego Świętokrzyskiego Centrum Psychiatrii w Morawicy

NA PODSTAWIE:

Na podstawie art. § 25 ust. 5 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych (Dz.U.2015.1331 t.j.), Zarząd Województwa Świętokrzyskiego uchwala, co następuje:

§ 1

1. Przyjmuje się Wystąpienie Pokontrolne dotyczące Świętokrzyskiego Centrum Psychiatrii w Morawicy sporządzone po przeprowadzeniu kontroli w zakresie:
 - 1) Realizacji zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie, dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych w latach 2018 – 2019;
 - 2) Sprawdzenia sposobu wykonania zaleceń pokontrolnych zawartych w Wystąpieniu Pokontrolnym z dnia 29.10.2018 r., znak: DOZ.III.1711.19.1.2018.
2. Wystąpienie Pokontrolne stanowi załącznik nr 1 do niniejszej Uchwały.

§ 2

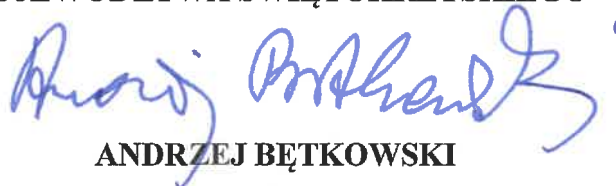
Wykonanie uchwały powierza się Marszałkowi Województwa Świętokrzyskiego.

§ 3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

MARSZAŁEK

WOJEWÓDZTWA ŚWIĘTOKRZYSKIEGO



ANDRZEJ BĘTKOWSKI

Uzasadnienie

do uchwały w sprawie przyjęcia Wystąpienia Pokontrolnego dotyczącego Świętokrzyskiego Centrum Psychiatrii w Morawicy

W dniu 21 października 2020 r. Uchwałą nr 2828/20 Zarząd Województwa Świętokrzyskiego przyjął *Projekt Wystąpienia Pokontrolnego* sporządzony po przeprowadzeniu kontroli problemowej Świętokrzyskiego Centrum Psychiatrii w Morawicy. Zakres kontroli obejmował: 1) Realizację 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 29.10.2018 r., znak:DOZ.III.1711.19.1.2018.

Po podpisaniu dokumentu przez Marszałka Województwa Świętokrzyskiego został on, w dniu 26.10.2020 r. przekazany do Szpitala. Kierownik Podmiotu Leczniczego nie zgłosiła umotywowanych zastrzeżeń do *Projektu Wystąpienia Pokontrolnego*, w związku z tym opracowano *Wystąpienie Pokontrolne* uzupełnione o zalecenia dotyczące usprawnienia funkcjonowania Jednostki Kontrolowanej.

Zgodnie z § 25 ust. 5 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 roku w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych, *projekt wystąpienia pokontrolnego podpisuje podmiot uprawniony do kontroli*.

W związku z powyższym, podjęcie niniejszej uchwały jest uzasadnione.

Załącznik nr 1 do uchwały nr 2935/20
Zarządu Województwa Świętokrzyskiego
z dnia 9 listopada 2020 r.

OZ -IV.1711.8.2020

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

sporządzone 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 Psychiatrii w Morawicy, ul. Spacerowa 5, 26-026 Morawica¹

Tytuł przeprowadzenia czynności kontrolnych

Czynności kontrolne zostały przeprowadzone w terminie od dnia 7 września do dnia 18 września 2020 r. w siedzibie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Świętokrzyskiego, ul. Al. IX Wieków Kielc 3, 25-516 Kielce².

Numer i zakres kontroli

OZ-IV.1711.8.2020

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 29.10.2018 r., znak: DOZ.III.1711.19.1.2018.

Przeprowadzający kontrolę

Na podstawie Uchwały nr 2567/20 z dnia 26 sierpnia 2020 r. Zarząd Województwa Świętokrzyskiego upoważnił Ewę Murzec – Kierownika Oddziału ds. Organizacyjnych i Kontroli Departamentu Ochrony Zdrowia oraz Jolantę Jesionowską – Głównego Specjalistę w Oddziale ds. Organizacyjnych i Kontroli Departamentu Ochrony Zdrowia do przeprowadzenia kontroli Świętokrzyskiego Centrum Psychiatrii w Morawicy. Kontrolujący otrzymali imienne upoważnienia o numerze OZ-IV.1711.8.2020 z dnia 26.08.2020 r.

(Dowód: akta kontroli str. 1-6 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 leczniczych³ (zwane dalej rozporządzeniem).

(Dowód: akta kontroli str. 7-8 Oświadczenia kontrolujących)

¹ Zwane dalej Szpitalem, Zakładem, Podmiotem Leczniczym, Jednostką Kontrolowaną, Centrum, Udzielającym Zamówienia.

² Ze względu na sytuację epidemiczną czynności kontrolne odbyły się zdalnie, poza siedzibą Jednostki Kontrolowanej. §10 ust. 3 poniżej wskazanego Rozporządzenia MZ dopuszcza, aby kontrola lub poszczególne jej czynności mogły być przeprowadzone również poza siedzibą jednostki kontrolowanej.

³ Rozporządzenie MZ z dn. 20.12.2012 r. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych (Dz.U.2015.1331 t.j.)

Pismem z dnia 7.09.2020 r. Kierownik Podmiotu Leczniczego została poinformowana, że ze względu na zaistniałą sytuację epidemiczną kontrola w zakresie: 1) Realizacji zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie, dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych w latach 2018-2019; 2) Sprawdzenia sposobu wykonania zaleceń pokontrolnych zawartych w Wystąpieniu Pokontrolnym z dnia 29.10.2018 r., znak: DOZ.III.1711.19.1.2018, odbędzie się w przewidzianym terminie poza siedzibą Jednostki Kontrolowanej⁴.

Przedmiotowe pismo wraz z imiennymi upoważnieniami kontrolujących potwierdzonymi za zgodność z oryginałem zostało przesłane do Podmiotu Leczniczego ePUAP-em.

(Dowód: akta kontroli str. 9-14 Pismo z dn. 07.09.2020 r., znak: OZ-IV.1711.8.2020 wraz z kserokopiami upoważnień potwierdzonymi za zgodność z oryginałem)

Kierownik Jednostki Kontrolowanej

Beata Matulińska – Dyrektor Świętokrzyskiego Centrum Psychiatrii w Morawicy

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 r.⁵ (zwana dalej u.d.l.) tj. celowości, gospodarności i rzetelności. Mając na uwadze przyjętą skalę ocen⁶, na podstawie analizy dokumentacji źródłowej, jak również otrzymanych wyjaśnień, działalność Jednostki Kontrolowanej w zakresie objętym kontrolą oceniono pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości i uchybień.

Powyższa ocena Podmiotu Leczniczego wynika z poniżej zaprezentowanych ocen częściowych, odnoszących się do poszczególnych obszarów wytypowanych do kontroli.

W ramach kontroli sprawdzono działalność Zakładu w latach 2018 – 2019 w następujących sekcjach tematycznych:

1. Realizacja zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie.
2. Dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych.
3. Sprawdzenie sposobu wykonania zaleceń pokontrolnych zawartych w Wystąpieniu Pokontrolnym z dnia 29.10.2018 r., znak: DOZ. III.1711.19.1.2018.

⁴ tj. w siedzibie Urzędu Marszałkowskiego przy ul. Al. IX Wieków Kielc 3, 25-516 Kielce

⁵ Ustawa z dn. 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2020 poz. 295 t.j. ze zm.)

⁶ Kontrolujący stosują 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości i uchybień, negatywna.

Stan faktyczny został opisany w oparciu o tematy wyszczególnione w pkt 3 pn. Oznaczenie zagadnień wzmagających oceny Programu kontroli w Świętokrzyskim Centrum Psychiatrii w Morawicy zatwierdzonym Uchwałą Nr 2566/20 Zarządu Województwa Świętokrzyskiego z dnia 26.08.2020 r.

(Dowód: akta kontroli str. 15-21 Uchwała ZW wraz z Programem kontroli)

1. Realizacja zadań określonych w Regulaminie Organizacyjnym i Statucie

Opis stanu faktycznego

1.1. Statut Podmiotu Leczniczego

Według informacji podpisanej przez Kierownika Kancelarii w zestawieniu z dokumentami źródłowymi ustalono, że Podmiotowi Leczniczemu Uchwałą Nr XXXVIII/547/17 Sejmiku Województwa Świętokrzyskiego z dnia 20.11.2017 r. nadano Statut, który został ogłoszony w Dzienniku Urzędowym Województwa Świętokrzyskiego w dniu 28.11.2017 r. pod pozycją 3544. Do dokumentu wniesiono zmiany dotyczące: 1) uaktualnienia Dzienników Ustaw, w których publikowane są akty prawne stanowiące podstawy prawne funkcjonowania Podmiotu Leczniczego; 2)⁷ rozszerzenia treści § 4 ust. 1, § 5, § 10 ust. 5 pkt 3, § 11 ust. 1 pkt 1), § 14 ust. 4.

Tekst jednolity Statutu po uwzględnieniu ww. zmian stanowi załącznik do Uchwały nr XIV/192/19 Sejmiku Województwa Świętokrzyskiego z dnia 13.11.2019 r. i został ogłoszony w Dzienniku Urzędowym Województwa Świętokrzyskiego w dniu 22.11.2019 r. pod pozycją 4500.

(Dowód: akta kontroli str.22 Zestawienie Kierownika Kancelarii)

Stosownie do treści Statutu 1) siedzibą Zakładu jest 26-026 Morawica, ul. Spacerowa 5; 2) podstawowym celem działania jest prowadzenie działalności leczniczej polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, uczestniczenie w realizacji zadań dydaktycznych, badań powiązanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia; 3) szczegółową strukturę organizacyjną, rodzaj działalności i zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych, organizację i zadania poszczególnych komórek organizacyjnych, sposób kierowania komórkami organizacyjnymi, a także inne kwestie przewidziane przepisami u.d.l. określa

⁷ W skutek podpisania w dniu 12.02.2019 r. umowy nr GRU 40/2019 z Uniwersytetem Jana Kochanowskiego w Kielcach o udostępnienie określonych komórek organizacyjnych Świętokrzyskiego Centrum Psychiatrii w Morawicy na rzecz Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach na wykonywanie zadań dydaktycznych i badawczych powiązanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych – Oddziały: Psychiatryczny C i Psychiatryczny D zmieniły nazwę na I Klinikę Psychiatrii i II Klinikę Psychiatrii. Działanie to sprawiło konieczność modyfikacji zapisów Statutu o nowe zadania, wprowadzenie nazewnictwa związanego z klinikami, rozbudowania składu Rady Społecznej Szpitala o przedstawiciela uczelni medycznej.

Regulamin Organizacyjny Zakładu, ustalony przez Dyrektora Podmiotu Leczniczego i zaopiniowany przez Radę Społeczną.

1.2. Regulamin Organizacyjny Podmiotu Leczniczego

Według informacji sporządzonej przez Kierownika Kancelarii w zestawieniu z przedstawionymi dokumentami źródłowymi ustalono, że w okresie objętym kontrolą w Podmiocie Leczniczym obowiązywał Regulamin Organizacyjny (zwany dalej Regulaminem) pozytywnie zaopiniowany przez Radę Społeczną w Uchwale Nr 10/2017 z dnia 19.12.2017 r. i wprowadzony Zarządzeniem Dyrektora Szpitala nr 65/2017 z dnia 20.12.2017 r. W 2018 r. dokument był modyfikowany, o czym świadczyły przedstawione pozytywne opinie Rady Społecznej wyrażone w uchwałach⁸ oraz Zarządzenia⁹ Kierownika Jednostki Kontrolowanej. Następnie, w dniu 11.10.2018 r. Rada Społeczna Szpitala pozytywnie zaopiniowała tekst jednolity Regulaminu Organizacyjnego, który Zarządzeniem nr 59/2018 p.o. Dyrektor Podmiotu Leczniczego wprowadziła w dniu 12.10.2018 r.

Akt prawa wewnętrznego z dnia 19.12.2017 r. wraz z późniejszymi zmianami został zastąpiony Regulaminem Organizacyjnym stanowiącym załącznik do Uchwały Nr 2/2019 Rady Społecznej z dnia 11.02.2019 r., obowiązującym na mocy Zarządzenia nr 10/2019 z dnia 12.02.2019 r. p.o. Dyrektora Szpitala. W 2019 r., po pozytywnym zaopiniowaniu przez Radę Społeczną¹⁰, Kierownik¹¹ Szpitala dokonała zmian w ww. dokumencie.

Na podstawie treści uchwał Rady Społecznej, Zarządzeń Dyrektora Szpitala, Regulaminu ustalono, że modyfikacje dotyczyły głównie struktury organizacyjnej tj. np. skreślenia Oddziału Leczenia Zaburzeń Nerwicowych¹², podziału Oddziału Psychiatrycznego A na dwa Oddziały – Oddział Psychiatryczny A1 i Oddział Psychiatryczny A2, zmiany nazwy Oddziałów Psychiatrycznych C i D w Kliniki Psychiatryczne I i II, zmiany podległości służbowej komórek organizacyjnych.

Według wykazu sporządzonego przez Kierownika Kancelarii w zestawieniu z dokumentami źródłowymi, w tym Regulaminem i Schematem Organizacyjnym, Księgą Rejestrową prowadzoną przez Wojewodę Świętokrzyskiego nr 000000014609 (RPWDL) ustalono, że Oddział Leczenia Zaburzeń Nerwicowych – lp. 15 w RPWDL, ze względów ekonomicznych, w terminie od 01.04.2018 r. do 30.09.2018 r. czasowo zawiesił działalność,

⁸ Uchwały RS: Nr 2/2018 z dn. 2.03.2018 r., Nr 3/2018 z dn.24.04.2018r., Nr 6/2018 z dn. 28.05.2018 r., Nr 8/2018 z dn. 29.08.2018 r.

⁹ Zarządzenia Kierownika: Nr 28/2018 z dn. 25.04.2018 r., Nr 32/2018 z dn.29.05.2018 r., Nr 51/2018 z dn. 01.10.2018 r., Nr 55/2018 z dn. 03.10.2018 r.

¹⁰ Uchwała RS Nr 7/2019 z dnia 24.10.2019 r.

¹¹ Zarządzenia Kierownika: Nr 54/2019z dn. 28.10.2019 r., nr 69/2019 z dn. 02.12.2019 r.

¹² Komórka z dniem 01.10.2018 r. zaprzestała swoją działalność

natomiast 01.10.2018 r. nastąpiła likwidacja ww. komórki organizacyjnej. W tym zakresie Podmiot Leczniczy posiada uchwały Zarządu Województwa Świętokrzyskiego w sprawie wyrażenia stanowiska w przedmiocie ograniczenia działalności Szpitala poprzez: 1) czasowe zaprzestanie działalności Oddziału¹³ 2) likwidację komórki organizacyjnej¹⁴.

Ponadto, na podstawie informacji uzyskanej od Kierownika Kancelarii wiadomo, że:

1. w dniu 31.05.2018 r. dokonano podziału Oddziału Psychiatrycznego A (lp. 45 w RPWDL) na Oddział Psychiatryczny A1 (lp. 65 w RPWDL) i Oddział Psychiatryczny A2 (lp. 66 w RPWDL). Działanie to było podyktowane usprawnieniem pracy komórki organizacyjnej oraz podwyższeniem standardów udzielanych świadczeń;
2. Oddział Psychiatryczny C (lp. 55 w RPWDL) i Oddział Psychiatryczny D (lp. 56 w RPWDL) z dniem 12.02.2019 r. zmieniły nazwę na Klinika Psychiatryczna I i Klinika Psychiatryczna II. Czynność ta był związana z zawarciem pomiędzy Podmiotem Leczniczym a Uniwersytetem Jana Kochanowskiego w Kielcach umowy o udostępnienie określonych komórek organizacyjnych Szpitala na rzecz Uniwersytetu na wykonywanie zadań dydaktycznych i badawczych powiązanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.

Jak poinformowała Kierownik Kancelarii w związku z tym, że ww. zmiany nie były związane z likwidacją, rozszerzeniem lub ograniczeniem działalności leczniczej Szpitala, nie zmienił się zakres udzielanych świadczeń oraz liczba łóżek w Oddziałach, nie zastosowano zapisów § 11 pkt 3 Statutu Podmiotu Leczniczego¹⁵.

(Dowód: akta kontroli str. 23-24 Zestawienie sporządzoną przez Kierownika Kancelarii)

Stosownie do treści Regulaminu (t.j. z dnia 11.02.2019 r. ze zmianami): 1) rodzajami działalności Podmiotu Leczniczego są:¹⁶ a) stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne; b) ambulatoryjne świadczenia zdrowotne; 2) miejscem udzielania świadczeń zdrowotnych¹⁷: Morawica 26-026, ul. Spacerowa 5, Kielce 25-734, ul. Jagiellońska 72, Kielce 25-450, ul. Kusocińskiego 59; 3) w Szpitalu działają dwa Zakłady Lecznicze¹⁸ tj. „Szpital”, „Opieka ambulatoryjna”; 4) w zakładzie leczniczym: a) „Szpital” została wyodrębniona jednostka organizacyjna pn. „Oddziały szpitalne”,¹⁹ b) „Opieka ambulatoryjna” gdzie

¹³ Uchwała ZWŚ nr 3714/18 z dn. 28.03.2018 r.,

¹⁴ Uchwała ZWŚ nr 4292/18 z dn. 12.09.2018 r.

¹⁵ Tj. Sprawy związane z przekształceniem lub likwidacją, rozszerzeniem lub ograniczeniem działalności leczniczej wymagają uzgodnienia z Zarządem Województwa Świętokrzyskiego.

¹⁶ Dotyczy okresu objętego kontrolą do nadal

¹⁷ Dotyczy okresu objętego kontrolą

¹⁸ Dotyczy okresu objętego kontrolą do nadal

¹⁹ W skład którego wchodzi: Kliniki, Oddziały, Izby Przyjęć, Apteka szpitalna

wyodrębniono: „Poradnie Specjalistyczne”,²⁰ „Poradnie Diagnostyczne”,²¹ „Inne komórki organizacyjne działalności medycznej”.²² Struktura organizacyjna Podmiotu Leczniczego została określona w schemacie organizacyjnym stanowiącym załączniki nr 1 i nr 2 do Regulaminu.

W związku z tym, że nie wszystkie komórki medyczne wymienione w załączniku nr 2²³ do Regulaminu zostały uwzględnione w załączniku nr 1²⁴ tego dokumentu, Radca Prawny wyjaśniała, że *1. Załącznik nr 1 do Regulaminu Organizacyjnego ŚCP w Morawicy „Schemat struktury organizacyjnej ŚCP w Morawicy” obejmuje wszystkie komórki organizacyjne wyodrębnione w Szpitalu zarówno medyczne jak i niemedyczne oraz wskazuje podległości służbowe w podmiocie. Wskazany schemat jest istotnym elementem zarządzenia podmiotem leczniczym określający odpowiedzialność oraz drogę służbową. 2. Załącznik nr 2 do Regulaminu Organizacyjnego ŚCP w Morawicy „Struktura organizacyjna zakładów leczniczych ŚCP w Morawicy” jest uzupełnieniem załącznika nr 1 i stanowi wypełnienie obowiązku wynikającego z art. 24 pkt 1 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej. Zawiera jednostki i komórki organizacyjne zarejestrowane w Rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą.*

(Dowód: akta kontroli str.25-26A załącznik nr 1 i załącznik nr 2 Regulaminu wraz z wyjaśnieniami Rady Prawnego)

Proces udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w tym: prezentacja wybranych Klinik i Oddziałów, Poradni, Pracowni, Działu Fizjoterapii został szczegółowo opisany w 2 części niniejszego dokumentu pn. Dostępność do udzielanych świadczeń zdrowotnych – ppkt. 2.3.

Ocena cząstkowa wraz z uzasadnieniem

W wyniku ustaleń dokonanych w toku kontroli pozytywnie oceniono działalność Podmiotu Leczniczego w zakresie *Realizacja zadań określonych w Regulaminie Organizacyjnym i Statucie*. Pozytywna ocena odnosi się do: posiadania opinii Rady Społecznej i Zarządzeń Dyrektora dotyczących Regulaminu Organizacyjnego oraz zmian wprowadzanych do ww. dokumentu; określenia w Regulaminie Organizacyjnym elementów wymaganych przepisami

²⁰ W skład których wchodzi: 4 poradnie specjalistyczne, Oddział Dzienny Psychiatryczny Ogólny, Zespół Leczenia środowiskowego, Dział Fizjoterapii

²¹ W skład których wchodzi: Pracownia Diagnostyki Obrazowej, Medyczne Laboratorium Diagnostyczne, Pracownia BEG i EKG

²² W skład których wchodzi: Gabinet Konsultacyjny, Gabinet Diagnostyczno – Zabiegowy, Dział Terapii Zajęciowej i Dział Diagnostyki i Terapii Psychologicznej

²³ Struktura organizacyjna zakładów leczniczych

²⁴ Schemat struktury organizacyjnej

art. 24 ust. 1 u.d.l.; zgodności struktury organizacyjnej komórek określonych w załączniku nr 2 do Regulaminu z zapisami Księgi Rejestrowej prowadzonej dla Podmiotu Leczniczego; dysponowania stanowiskami Zarządu Województwa Świętokrzyskiego wyrażonymi w uchwałach w kwestiach związanych z czasowym zawieszeniem działalności, a następnie likwidacją Oddziału Leczenia Zaburzeń Nerwicowych.

2. Dostępność i jakość udzielanych świadczeń

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

- 3.1. Realizację kontraktów (poziom finansowania świadczeń przez płatnika, realizacja umów z NFZ, wartość świadczeń niezrefundowanych, ugody);
- 3.2. Przebieg procesu udzielania świadczeń;
- 2.3. Wybrane komórki organizacyjne (m.in. prezentacja Oddziałów, Poradni, Działu, 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 (z wyłączeniem tych, które podlegają nadzorowi medycznemu);
- 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 Z-cę Kierownika Działu Dokumentacji, Statystyki Medycznej i Marketingu, kontrolujący ustalili, że w:

1. 2018 r.: a) wartość umów wraz z aneksami²⁵ – 56 603 067,60 zł, b) wykonanie – 56 580 131,76 zł, c) wartość świadczeń niezrefundowanych – 6 303,36 zł,

²⁵ Kwota 6 748 263,23 zł na wzrost wynagrodzeń pielęgniarek i lekarzy została wyłączona z zestawienia.

2. 2019 r.: a) wartość umów wraz z aneksami²⁶ – 59 808 065,26 zł, b) wykonanie – 59 861 482,19 zł, c) wartość świadczeń niezrefundowanych – 58 032,66 zł.

Łącznie w okresie objętym kontrolą Szpital zawarł z Narodowym Funduszem Zdrowia umowy na kwotę 116 411 132,86 zł²⁷. Natomiast łączna wartość zrealizowanych kontraktów wyniosła 116 505 949,97 zł²⁸. W porównaniu do 2018 r. wartość podpisanych umów na realizację świadczeń zdrowotnych z Funduszem w 2019 r. wzrosła o 3 204 997,66 zł, tj. o ok. 5,67%. Na podstawie „Zestawienia umów zawartych z NFZ (...)” ustalono, że Jednostka Kontrolowana realizowała świadczenia w rodzaju: opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień²⁹, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, rehabilitacja lecznicza.³⁰

Dane przekazane kontrolującym pozwoliły na ustalenie, iż:

a) w 2018 r. Narodowy Fundusz Zdrowia zrefundował Jednostce Kontrolowanej świadczenia zdrowotne zrealizowane do limitu określonego w umowie w rodzaju rehabilitacja lecznicza oraz w pozostałych umowach do wartości rzeczywistego wykonania, tj.: łącznie o 22 935,84 zł mniej niż wartość podpisanych umów, nie pokrywając nadwykonań w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna i fizjoterapia ambulatoryjna dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności;

b) w 2019 r. Narodowy Fundusz Zdrowia zrefundował Jednostce Kontrolowanej świadczenia zdrowotne zrealizowane do limitu określonego w umowie rehabilitacja lecznicza oraz w pozostałych umowach do wartości rzeczywistego wykonania, tj.: łącznie o 53 416,93 zł mniej niż wartość podpisanych umów, nie pokrywając nadwykonań w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna.

Na podstawie informacji przedłożonych przez Z-cę Kierownika Działu Dokumentacji, Statystyki Medycznej i Marketingu ustalono, że *W trakcie realizacji umów w latach 2018- 2019 nie wykonały kontraktu Oddział Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych (Detoksykacji), Oddział Psychiatryczny dla Chorych Somatycznie, Oddział Psychogeriatryczny, Oddział Psychiatryczny C, Oddział Psychiatryczny D, Oddział Psychiatryczny A, Oddział Psychiatryczny A1, Oddział Psychiatryczny A2, Poradnia Zdrowia Psychicznego*

²⁶ Kwota 10 254 829,16 zł na wzrost wynagrodzeń pielęgniarek i lekarzy została wyłączona z zestawienia.

²⁷ Podana z wyłączeniem środków na wzrost wynagrodzeń pielęgniarek i lekarzy.

²⁸ Sumarycznie: wykonanie do wartości rzeczywistego wykonania świadczeń określonych w umowach (116 441 613,95 zł) + kwota świadczeń wykonanych ponad limit określony w umowach (64 336,02 zł).

²⁹ Umowy obejmujące m.in. zakres: świadczenia terapii uzależnienia od alkoholu stacjonarne, leczenie alkoholowych zespołów abstynencyjnych (detoksykacja), świadczenia psychogeriatryczne, leczenie zaburzeń nerwicowych dla dorosłych, świadczenia psychiatryczne dla chorych somatycznie, świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży oraz dorosłych, świadczenia dzienne psychiatryczne dla dorosłych, leczenie psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży oraz dorosłych, leczenie środowiskowe (domowe), leczenie uzależnień.

³⁰ Umowy obejmujące: fizjoterapię ambulatoryjną oraz fizjoterapię ambulatoryjną dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności.

dla Dorosłych, Poradnia Zdrowia Psychicznego dla Dzieci, Poradnia Neurologiczna. W wyniku przesunięć finansowych pomiędzy zakresami i umowami umowy zostały zbilansowane. Świadczenia medyczne wykonane ponad limit w Dziale Fizjoterapii w rodzaju Rehabilitacja Lecznicza nie zostały zrefundowane przez NFZ ponieważ te świadczenia nie były świadczeniami ratującymi życie.

(Dowód: akta kontroli str. 27-29 Zestawienie nr 8 podpisane przez Z-cę Kierownika Działu Dokumentacji, Statystyki Medycznej i Marketingu)

2.2. Przebieg procesu udzielania świadczeń

Kontrolujący w toku prowadzonych czynności zapoznali się z przebiegiem procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w Jednostce Kontrolowanej dokonując analizy dokumentów wewnętrznych Szpitala, regulujących powyższe kwestie. Ustalono, iż treść Regulaminu w Rozdziale IV pn. Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych przywołuje ogólne ramy wykonywania działalności leczniczej pod względem organizacyjnym, rejestrowym oraz obowiązków uczestników procesu, m.in. zasady: 1) przyjęcia pacjenta do Szpitala wraz ze wskazaniem zadań nałożonych w tym zakresie na lekarza uprawnionego; 2) postępowania z pacjentem w przypadku m.in.: braku miejsc do hospitalizacji w klinikach/oddziałach lub niewykonywania przez Szpital odpowiedniego zakresu świadczeń; 3) ustalania terminu przyjęcia w przypadku, gdy stan pacjenta nie wymaga natychmiastowej hospitalizacji, a klinika/oddział nie ma w danej chwili możliwości przyjęcia; 4) wypisu pacjenta ze Szpitala, w tym w trybie „na własne żądanie pacjenta” lub „osoby uprawnionej” oraz procedury, w której lekarz może odmówić wypisania pacjenta z placówki. Zgodnie z zapisami § 14 ww. rozdziału Regulaminu *Przebieg procesów udzielania świadczeń zdrowotnych szczegółowo opisany jest w dokumentacji systemowej ŚCP (karty procesów, procedury operacyjne).*

W związku z powyższym Pełnomocnik Dyrektora ds. Jakości³¹ i Dyrektor Szpitala doprecyzowali powyższy zapis, informując że *1. Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w Świętokrzyskim Centrum Psychiatrii w Morawicy został opisany w dokumentacji systemu zarządzania jakością zgodnie z wymogami normy ISO 9001:2015, tj. Kartach procesów (p. VII - Przebieg procesu - opisujący kolejność działań w procesie) i Procedurach operacyjnych (p. IV lub V- „Opis postępowania” – zawierający szczegółowy sposób postępowania uczestników procesu). Zarówno Karty procesów jak i Procedury operacyjne opracowane zostały wg jednego schematu, co odzwierciedlają kolejne punkty Kart*

³¹ Pełnomocnik wykonuje swoje zadania na podstawie „Aneksu do zakresu obowiązków służbowych, uprawnień i odpowiedzialności” z dnia 13.06.2017 r.

lub Procedur. W niektórych procedurach zawarto dodatkowy punkt „Definicje i oznaczenia” co spowodowało, że opis postępowania w procedurach znajduje się w p. IV (procedura bez definicji) lub V (procedura z definicjami).

Do wglądu przedstawiono wybrane karty procesu: KP-Nr 1- Postępowanie z pacjentem w Izbie Przyjęć³², KP-Nr 2 Postępowanie z pacjentem w oddziale³³, KP – NR 3 - Postępowanie z pacjentem w warunkach ambulatoryjnych (wydanie III z dnia 31.07.2017 r.), KP-Nr 3.1 Postępowanie z pacjentem w Poradni Leczenia Uzależnień (wydanie II z dnia 19.02.2018 r.), KP – NR 4 Diagnostyka Laboratoryjna (wydanie IV z dnia 20.12.2017 r.), KP-Nr 5 – Diagnostyka obrazowa (wydanie IV z dnia 31.07.2017 r.), KP – Nr 6 Rehabilitacja fizyczna (wydanie III z dnia 24.07. 2017 r.). Przedstawione do wglądu Karty procesu *to dokumenty opisujące zbiór działań wzajemnie powiązanych lub wzajemnie oddziaływujących, realizowanych przez różne osoby, których działania zmierzają do wspólnego celu.* Określają zarówno: a) uczestników procesu; b) jego cel, c) osoby uprawnione do jego przeprowadzenia; d) osoby odpowiedzialne za jego prawidłową realizację; e) dokumenty wymagane w trakcie realizacji procesu; f) zasoby niezbędne do jego realizacji; g) opis przebiegu procesu; h) monitorowanie procesu. Uzupełnieniem ww. dokumentów są procedury systemowe, obowiązujące w całym Szpitalu, których celem jest ujednoczenie postępowania w określonym obszarze działania Jednostki, np. PS-1 Nadzór nad dokumentami i zapisami (wydanie V z dnia 20.12.2017 r.). W powiązaniu z Kartami procesów funkcjonują również procedury operacyjne³⁴ określające sposób działania w ramach określonego procesu, np. PO-1 Opieka lekarska nad pacjentem w szpitalu (wydanie IV z dnia 12.01.2015 r.), czy PO-6 Opieka psychologiczna (wydanie II z dnia 05.12.2018 r.). Zgodnie z dalszą treścią informacji podpisanej przez Pełnomocnika ds. Jakości i Dyrektora Szpitala (...) *W Świętokrzyskim Centrum Psychiatrii w Morawicy funkcjonuje system zarządzania jakością zgodnie z wymogami Normy ISO 9001:2015 („System zarządzania jakością – wymagania”). Norma ta oparta jest na „podejściu procesowym”, co oznacza że podstawowymi dokumentami w systemie, są dokumenty opisujące przebieg procesu (Karty procesów).*

Ponadto wg Pełnomocnika ds. Jakości i Dyrektora Szpitala *Zasady opracowania, zatwierdzania i aktualizacji dokumentów systemowych (Kart procesów, procedur systemowych i procedur operacyjnych) opisuje procedura systemowa: PS - 1 „Nadzór nad dokumentami i zapisami (p. IV i V.1 do V.4). Do procedur dołączone zostały formularze „Rejestry zmian” z wpisanymi aktualizacjami, począwszy od 02.01.2018 r. (data pierwszego wydania*

³² Wydanie IV z dnia 24.07.2017 r.

³³ Jak wyżej

³⁴ Do wglądu kontrolującym przedstawiono 9 wybranych procedur operacyjnych: PO -1, PO-2, PO-6, PO -7, PO-8, PO-13, PO- 14, PO-15 i PO -16.

formularza). Wcześniejsze aktualizacje zawarte są w aneksach lub dokonywane ręcznie na stronach procedur (zgodnie z treścią p.V.3 procedury systemowej PS -1 "Nadzór nad dokumentami i zapisami).

(Dowód: akta kontroli str. 30-48 przykładowe: Karta procesu KP-Nr – 1, Procedura Systemowa PS- 1 oraz procedura operacyjna PO-1)

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

W oparciu o zestawienie nr 2 do tej kontroli³⁵ podpisane przez Z-cę Kierownika Działu Dokumentacji, Statystyki Medycznej i Marketingu ustalono, że liczba komórek organizacyjnych funkcjonujących w Szpitalu w latach 2018 – 2019 nie uległa zmianie.³⁶ W 2018 r. w Jednostce Kontrolowanej liczba komórek organizacyjnych bezpośrednio realizujących świadczenia zdrowotne kształtowała się następująco: 11 oddziałów, 5 poradni i 1 dział. W 2019 r. funkcjonowały: 2 kliniki³⁷, 9 oddziałów, 5 poradni oraz 1 dział.

(Dowód: akta kontroli str. 49 Zestawienie podpisane przez Z-cę Kierownika Działu Dokumentacji, Statystyki Medycznej i Marketingu)

Według zestawienia sporządzonego przez Z-cę Kierownika Działu Dokumentacji, Statystyki Medycznej i Marketingu ustalono, że w ramach lecznictwa szpitalnego do III kwartału 2018 r. liczba łóżek wynosiła 765, natomiast od 1.10.2018 r. – 750 (zmniejszenie o 15 łóżek). Zgodnie z wyjaśnieniem złożonym przez Z-cę Kierownika Działu Dokumentacji, Statystyki Medycznej i Marketingu 1.04.2018 roku zawieszono działalność oddziału leczenia zaburzeń nerwicowych, który dysponował 15 łózkami. Z dniem 1.10.2018 r. oddział zakończył działalność. Oddział został zlikwidowany z przyczyn ekonomicznych. Ustalono również, że w okresie objętym kontrolą liczba miejsc dziennych nie uległa zmianie i wynosiła 30.

(Dowód akta kontroli str. 50 Zestawienie ilości łóżek wraz z wyjaśnieniem sporządzonym przez Z-cę Kierownika Działu Dokumentacji, Statystyki Medycznej i Marketingu)

Na podstawie informacji³⁸ podpisanych przez Z-cę Kierownika Działu Dokumentacji, Statystyki Medycznej i Marketingu ustalono, że w ramach lecznictwa szpitalnego i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej leczono łącznie 39 362 osoby, w tym:

³⁵ Liczba komórek organizacyjnych Szpitala w 2018 r. i 2019 r.

³⁶ W okresie objętym kontrolą: 1 oddział uległ likwidacji, 1 oddział został podzielony na dwie odrębne komórki organizacyjne i 2 oddziały zmieniły nazwy

³⁷ Zmiana nazwy z Oddziału na Klinika

³⁸ Liczba leczonych w okresie objętym kontrolą

a) w 2018 r. – 19 827, z czego: w lecznictwie szpitalnym – 10 003, w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej – 9 824, w tym w: Oddziale Dziennym – 153, poradniach specjalistycznych – 8 799, dziale³⁹ – 872;

b) w 2019 r. – 19 535 osób, z czego: w lecznictwie szpitalnym – 9 928, w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej – 9 607, w tym w: Oddziale Dziennym – 179, poradniach specjalistycznych 8 733, dziale⁴⁰ – 695.

(Dowód: akta kontroli patrz str. 51 Zestawienie nr 3 podpisane przez Z-cę Kierownika Działu Dokumentacji, Statystyki Medycznej i Marketingu)

Ustalono, że w latach 2018 – 2019 Szpital udzielił w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (poradnie) łącznie – 80 863 porady (odpowiednio 39 694 i 41 169).

(Dowód: akta kontroli str. 52 Zestawienie 3A Liczba udzielonych porad w latach 2018 – 2019 podpisane przez Z-cę Kierownika Działu Dokumentacji, Statystyki Medycznej i Marketingu)

Kontrolujący na podstawie zestawień podpisanych przez Z-cę Kierownika Działu Dokumentacji, Statystyki Medycznej i Marketingu, informacji dostępnych m.in. na stronach internetowych Jednostki Kontrolowanej, danych zawartych w Księdze Rejestrowej, szczegółowej analizie poddali wykonanie usług medycznych w latach 2018-2019 w 6 komórkach organizacyjnych (kliniki/oddziały), w których Podmiot Leczniczy wykazał największą liczbę leczonych, a także w poradniach specjalistycznych oraz Dziale Fizjoterapii, w których odnotowano osoby oczekujące na udzielenie świadczeń zdrowotnych.

Poniżej zaprezentowano poszczególne komórki organizacyjne Podmiotu Leczniczego dokonując m.in. porównania liczby leczonych pacjentów, ich struktury oraz średniego wykorzystania łóżek w % i w dniach, liczby pacjentów przyjętych w ramach AOS,⁴¹ liczby wykonanych porad specjalistycznych i udzielonych wizyt w okresie objętym kontrolą. Według zestawień podpisanych przez Z-cę Kierownika Działu Dokumentacji, Statystyki Medycznej i Marketingu ustalono, że:

1. Oddział Psychiatryczny B w strukturach Szpitala działa od 1.09.2014 r., widnieje w Księdze rejestrowej pod pozycją 63 z kodem 4700 nadanym zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia.⁴² W Oddziale, w czasie objętym kontrolą: a) było 112 łóżek; b) liczba leczonych

³⁹ Mowa o Dziale Fizjoterapii.

⁴⁰ Mowa o Dziale Fizjoterapii.

⁴¹ Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna

⁴² 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).

pacjentów wyniosła 3 068 (w 2018 r. – 1 539, a w 2019 r. – 1 529), co oznacza spadek liczby leczonych w 2019 r. o 10, czyli o około 0,65% w porównaniu do roku poprzedniego.

Struktura pacjentów w okresie objętym kontrolą przedstawiała się następująco:

- pacjenci pilni⁴³ – 0,
- pacjenci stabilni⁴⁴ – 0,
- spoza kolejki⁴⁵ – 3 068.

Średnie wykorzystanie łóżek w 2018 r. wynosiło 111,29%, a w 2019 r. oscylowało na poziomie 107,25%, natomiast średnie wykorzystanie łóżka w dniach wyniosło odpowiednio 124,64 i 120,12.

2. Oddział Psychiatryczny C (12.02.2019 r. – zmiana nazwy na I Klinika Psychiatrii) w strukturach Jednostki Kontrolowanej działa od 1.08.2013 r., widnieje w Księdze rejestrowej pod pozycją 55 z kodem 4700. W Oddziale/Klinice, w czasie objętym kontrolą: a) było 112 łóżek; b) liczba leczonych pacjentów wynosiła – 3 161 (w 2018 r. – 1 528, a w 2019 r. – 1 633⁴⁶), co oznacza, wzrost liczby leczonych w 2019 r. o 105, czyli o 6,88% w porównaniu do roku poprzedniego.

Struktura pacjentów w okresie objętym kontrolą przedstawiała się następująco:

- pacjenci pilni – 0,
- pacjenci stabilni – 0,
- spoza kolejki – 3 161.

Średnie wykorzystanie łóżek w % w 2018 r. wynosiło 98,47%, a średnie wykorzystanie łóżek w dniach 110,28. W 2019 r. monitorowane wykorzystania łóżek zarówno w % jak i w dniach prowadzone było osobno odpowiednio dla Oddziału Psychiatrycznego C oraz dla I Kliniki Psychiatrii z uwagi na zmianę nazwy komórki organizacyjnej. W oparciu o przekazane dane, średnie wykorzystanie łóżek w % wynosiło odpowiednio 96,69 % i 97,58 %, natomiast wykorzystanie łóżek w dniach odpowiednio 13,54 i 95,63.

3. Oddział Psychiatryczny D (12.02.2019 r. – zmiana nazwy na II Klinika Psychiatrii) w strukturach Szpitala działa od 1.10.2013 r., widnieje w Księdze rejestrowej pod pozycją 56 z kodem 4700. W Oddziale/Klinice, w czasie objętym kontrolą: a) było 108 łóżek; b) liczba leczonych pacjentów wynosiła 3 070 (w 2018 r. – 1 462, a w 2019 r. – 1 608⁴⁷),

⁴³ Kryteria ustalane zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. 2005 poz. 1661).

⁴⁴ Jak wyżej.

⁴⁵ Wszyscy pacjenci, którzy zostali przyjęci do szpitala /poradni w trybie innym niż oczekujący.

⁴⁶ Od 1.01.2019 r. do 11.02.2019 r. – 272 leczonych w Oddziale Psychiatrycznym C i od 12.02.2019 r. do 31.12.2019 r.- 1361 w I Klinice Psychiatrycznej (zmiana nazwy).

⁴⁷ Od 1.01.2019 r. do 11.02.2019 r. – 244 leczonych w Oddziale Psychiatrycznym D i od 12.02.2019 r. do 31.12.2019 r.- 1364 w II Klinice Psychiatrycznej (zmiana nazwy).

co oznacza wzrost liczby leczonych w 2019 r. o 146, czyli o 9,99 % w porównaniu do roku poprzedniego.

Struktura pacjentów w okresie objętym kontrolą przedstawiała się następująco:

- pacjenci pilni – 0,
- pacjenci stabilni – 0,
- spoza kolejki – 3 070.

Średnie wykorzystanie łóżek w % w 2018 r. wynosiło 96,99%, a średnie wykorzystanie łóżek w dniach 104,75. W 2019 r. monitorowane wykorzystania łóżek zarówno w % jak i w dniach prowadzone było osobno dla Oddziału Psychiatrycznego D oraz II Kliniki Psychiatrii z uwagi na zmianę nazwy komórki organizacyjnej. W oparciu o przekazane dane, średnie wykorzystanie łóżek w % wynosiło odpowiednio 90,57 % i 102,24 %, natomiast wykorzystanie łóżek w dniach odpowiednio 12,23 i 96,61.

W ww. komórkach organizacyjnych Szpitala realizowane są m.in.: diagnostyka i leczenie farmakologiczne oraz psychoterapeutyczne zaburzeń psychicznych, terapia zajęciowa psychicznie chorych, prowadzenie obserwacji sądowo – psychiatrycznych i wydawanie opinii sądowo – psychiatrycznych na polecenie sądów i prokuratury, leczenie detentów pozostających do dyspozycji sądów, konsultowanie chorych z innych oddziałów, zabiegi rehabilitacyjne, współpraca z ośrodkami pomocy społecznej w rejonie leczenia.

4. Oddział Terapii Uzależnień od Alkoholu XII w strukturach Szpitala działa od 12.04.2006 r., widnieje w Księdze rejestrowej pod pozycją 33 z kodem 4744. W Oddziale, w czasie objętym kontrolą: a) było 59 łóżek; b) liczba leczonych pacjentów wynosiła 1 385 (w 2018 r. – 713, a w 2019 r. – 672), co oznacza spadek liczby leczonych w 2019 r. o 41, czyli o 5,75% w porównaniu do roku poprzedniego.

Struktura pacjentów w okresie objętym kontrolą przedstawiała się następująco:

- pacjenci pilni – 0,
- pacjenci stabilni – 0,
- spoza kolejki – 1 385.

Średnie wykorzystanie łóżek w 2018 r. wynosiło 104,69 %, a w 2019 r. oscyloowało na poziomie 105,48 %, natomiast średnie wykorzystanie łóżka w dniach wyniosło odpowiednio 61,77 i 62,24.

5. Oddział Terapii Uzależnień od Alkoholu XIII w strukturach Szpitala działa od 12.04.2006 r., widnieje w Księdze rejestrowej pod pozycją 34 z kodem 4744. W Oddziale, w czasie objętym kontrolą: a) było 107 łóżek; b) liczba leczonych pacjentów wynosiła – 2 239 (w 2018 r. – 1 140, a w 2019 r. – 1 099), co oznacza spadek liczby leczonych w 2019 r. o 41, czyli o 3,60% w porównaniu do roku poprzedniego.

Struktura pacjentów w okresie objętym kontrolą przedstawiała się następująco:

- pacjenci pilni – 0,
- pacjenci stabilni – 0,
- spoza kolejki – 2 239.

Średnie wykorzystanie łózek w 2018 r. wynosiło 103,29 %, a w 2019 r. oscylowało na poziomie 103,28 %, natomiast średnie wykorzystanie łóżka w dniach wyniosło odpowiednio 110,52 i 110,51.

W obu Oddziałach prowadzi się terapię odwykową indywidualną i grupową pacjentów przyjętych do Szpitala oraz sesje rodzinne, grupy edukacyjne dla rodzin, rehabilitację przebywających na oddziale, a także konstruuje programy indywidualnej terapii odwykowej.

6. Oddział Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych (Detoksykacyjny) w strukturach Szpitala działa od 12.04.2006 r., widnieje w Księdze Rejestrowej pod pozycją 35, z kodem 4742. W Oddziale w czasie objętym kontrolą: a) było 60 łózek; b) liczba leczonych pacjentów wynosiła – 3 651 (w 2018 r. – 1820, a w 2019 r. – 1831), co oznacza wzrost liczby leczonych w 2019 r. o 11, czyli o 0,60% w porównaniu do roku poprzedniego.

Struktura pacjentów w okresie objętym kontrolą przedstawiała się następująco:

- pacjenci pilni – 0,
- pacjenci stabilni – 0,
- spoza kolejki – 3 651.

Średnie wykorzystanie łózek w 2018 r. wynosiło 93,60 %, a w 2019 r. oscylowało na poziomie 96,51 %, natomiast średnie wykorzystanie łóżka w dniach wyniosło odpowiednio 56,16 i 57,91.

Oddział prowadzi: diagnostykę i leczenie osób z alkoholowym zespołem abstynencyjnym i psychoz alkoholowych, detoksykację osób uzależnionych od alkoholu, psychoedukację dla osób uzależnionych od alkoholu i motywowanie do podjęcia terapii uzależnień.

7. Poradnia Zdrowia Psychicznego dla Dorosłych w strukturach Szpitala działa od 1.10.2013 r., widnieje w Księdze Rejestrowej pod pozycją 60 z kodem 1700. W okresie objętym kontrolą w Poradni leczono łącznie 6 941 pacjentów (pilni – 0, stabilni – 387, spoza kolejki – 6 554) i udzielono 28 492 porad, w tym: w 2018 r. – 14 140, tj. ok. 35,62% wszystkich udzielonych porad w ramach AOS, a w 2019 r. – 14 352 tj. ok. 34,86% wszystkich udzielonych porad w ramach AOS. W stosunku do 2018 r. nastąpił wzrost liczby udzielonych porad o 212.

Do 31.01.2019 r. Poradnia była czynna 5 dni w tygodniu łącznie przez 59,35 godzin, natomiast od 1.02.2019 r. skrócono czas pracy Poradni o 6 godzin w tygodniu.

8. Poradnia Zdrowia Psychicznego w strukturach Szpitala działa od 21.08.1976 r., widnieje w Księdze Rejestrowej pod pozycją 21 z kodem 1700. W okresie objętym kontrolą w Poradni leczono łącznie 2 794 pacjentów (pilni – 0, stabilni – 6, spoza kolejki – 2 788) i udzielono 12 335 porad, w tym: w 2018 r. – 6 136, tj. ok.15,46% wszystkich udzielonych porad w ramach AOS, a w 2019 r. – 6 199 tj. ok. 15,06% wszystkich udzielonych porad w ramach AOS. W stosunku do 2018 r. nastąpił wzrost liczby porad o 63.

Poradnia w okresie objętym kontrolą była czynna 5 dni w tygodniu łącznie przez 41,20 godzin.

9. Poradnia Leczenia Uzależnień w strukturach Szpitala działa od 1.01.2012 r., widnieje w Księdze Rejestrowej pod pozycją 49 z kodem 1740. W okresie objętym kontrolą w Poradni leczono łącznie 2 185 pacjentów, (pilni – 0, stabilni – 0, spoza kolejki – 2 185) i udzielono 23 760 porad, w tym: w 2018 r. – 11 238 tj. ok. 28,31% wszystkich udzielonych porad w ramach AOS, a w 2019 r. – 12 522 tj. ok. 30,41% wszystkich udzielonych porad w ramach AOS. W stosunku do 2018 r. nastąpił wzrost liczby udzielonych porad o 1 284.

Do 31.07.2019 r. Poradnia była czynna 5 dni w tygodniu, łącznie przez 60 godzin, natomiast od 1.08.2019 r. skrócono czas pracy poradni o 5 godzin w tygodniu.

10. Poradnia Zdrowia Psychicznego dla Dzieci w strukturach Szpitala działa od 1.10.2013 r., widnieje w Księdze Rejestrowej pod pozycją 61 z kodem 1701. W okresie objętym kontrolą w Poradni leczono łącznie 2 431 pacjentów (pilni – 0, stabilni – 407, spoza kolejki – 2 024) i udzielono 8 714 porad, w tym: w 2018 r. – 4 304, tj. ok. 10,84% wszystkich udzielonych porad w ramach AOS, a w 2019 r. – 4 410 tj. ok. 10,71% wszystkich udzielonych porad w ramach AOS. W stosunku do 2018 r. nastąpił wzrost liczby udzielonych porad o 106.

Do 30.09.2019 r. Poradnia była czynna 5 dni w tygodniu łącznie przez 47,45 godzin, natomiast od 1.10.2019 r. wydłużono czas pracy poradni o 4,35 godzin w tygodniu.

11. Poradnia Neurologiczna w strukturach Kontrolowanej Jednostki działa od 21.08.1976 r., widnieje w Księdze Rejestrowej pod pozycją 20 z kodem 1220. W okresie objętym kontrolą w Poradni leczono łącznie 3 181 pacjentów (pilni – 0, stabilni – 61, spoza kolejki – 3 120) i udzielono 7 562 porady, w tym: w 2018 r. – 3 876, tj. ok. 9,76% wszystkich udzielonych porad w ramach AOS, a w 2019 r. – 3 686 tj. ok. 8,95% wszystkich udzielonych porad w ramach AOS. W stosunku do 2018 r. nastąpił spadek liczby udzielonych porad o 190.

Poradnia w okresie objętym kontrolą była czynna 5 dni w tygodniu łącznie przez 41,20 godzin.

12. Dział Fizjoterapii w strukturach Kontrolowanej Jednostki działa od 1.01.2008 r. i widnieje w Księdze Rejestrowej pod pozycją 43 z kodem 1310. W okresie objętym kontrolą

w Dziale leczono łącznie 1 567 pacjentów (pilni - 41, stabilni -1 526, spoza kolejki 0), zrealizowano łącznie 51 960 wizyt, w tym: w 2018 r. – 23 964, a w 2019 r. – 27 996.

Do 30.04.2018 r. Dział Fizjoterapii był czynny 5 dni w tygodniu łącznie przez 44,45 godziny. W okresie od 1.05.2018 r. do 31.12.2018 r. tygodniowa liczba godzin pracy Działu została zmniejszona do 33 godzin tygodniowo, czyli o 11,45 godzin. W 2019 r. utrzymano dostępność komórki organizacyjnej na tym samym poziomie.

Zmiany czasu pracy poszczególnych poradni Z-ca Kierownika Działu Dokumentacji, Statystyki Medycznej i Marketingu wyjaśniła w następujący sposób *Harmonogram pracy poradni (...)* *zmienił się po przeanalizowaniu potrzeb pacjentów*. Powody skrócenia czasu pracy Działu Fizjoterapii opisano w wyjaśnieniu – akta kontroli str.68.

(Dowód Akta kontroli str.53-65 Zestawienia nr 4,4B,4C,6 podpisane przez Z-ca Kierownika Działu Dokumentacji, Statystyki Medycznej i Marketingu)

Na podstawie informacji sporządzonej przez Z-cę Kierownika Działu Dokumentacji, Statystyki Medycznej i Marketingu kontrolujący ustalili, że w Szpitalu kolejki oczekujących odnotowano jedynie w ramach udzielania świadczeń w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna⁴⁸. Szczegóły w tym zakresie przedstawiono w poniższym opisie:

1. Poradnia Zdrowia Psychicznego dla Dorosłych, gdzie na przyjęcie w 2018 r. oczekiwało łącznie 425 osób, wszystkie zakwalifikowane jako stabilne ze średnim czasem oczekiwania 8 dni. W 2019 r. łączna liczba oczekujących na przyjęcie zmniejszyła się do 126 osób, zakwalifikowanych jako przypadki stabilne ze średnim czasem oczekiwania 7 dni. W porównaniu z 2018 r. średni czas oczekiwania pacjentów stabilnych na przyjęcie do Poradni w 2019 r. zmniejszył się o 1 dzień przy znacznym spadku liczby oczekujących (o 299).
2. Poradnia Zdrowia Psychicznego, gdzie na przyjęcie w 2018 r. oczekiwało łącznie 6 osób, wszystkie zakwalifikowane jako przypadki stabilne, ze średnim czasem oczekiwania 2 dni. W 2019 r. przyjęcia pacjentów w Poradni odbywały się na bieżąco.
3. Poradnia Zdrowia Psychicznego dla Dzieci, gdzie na przyjęcie w 2018 r. oczekiwało łącznie 454 osoby, wszystkie zakwalifikowane jako przypadki stabilne ze średnim czasem oczekiwania 14 dni. W 2019 r. liczba oczekujących na przyjęcie wyniosła łącznie 265, wszystkie zakwalifikowane jako przypadki stabilne ze średnim czasem oczekiwania 14 dni. W porównaniu do 2018 r. liczba oczekujących na przyjęcie do Poradni w 2019 r. zmniejszyła się o 189 osób, natomiast średni czas oczekiwania nie uległy zmianie.

⁴⁸ Tj. 4 poradnie specjalistyczne i Dział Fizjoterapii.

4. Poradnia Neurologiczna, gdzie na przyjęcie w 2018 r. oczekiwało łącznie 66 osób, wszystkie zakwalifikowane jako przypadki stabilne ze średnim czasem oczekiwania 7 dni. W 2019 r. przyjęcia pacjentów w Poradni odbywały się na bieżąco.
5. Dział Fizjoterapii, gdzie na przyjęcie w 2018 r. oczekiwało łącznie 872 pacjentów, w tym: 37 zakwalifikowanych jako przypadki pilne ze średnim czasem oczekiwania 43 dni i 835 przypadki stabilne, ze średnim czasem oczekiwania 108 dni. W 2019 r. łączna liczba oczekujących na przyjęcie wyniosła 433, w tym: 3 osoby zakwalifikowane jako przypadki pilne, ze średnim czasem oczekiwania 12 dni oraz 430 osób zakwalifikowanych jako przypadki stabilne ze średnim czasem oczekiwania 162 dni. W 2019 r. łączna liczba oczekujących na świadczenie zarówno w kategorii pilny jak i stabilny uległa zmniejszeniu odpowiednio o 34 i 405 osób. Natomiast czas oczekiwania w przypadkach pilnych zmniejszył się o 31 dni, a w przypadkach stabilnych wzrósł o 54 dni.

(Dowód Akta kontroli str. 66-67. Zestawienia nr 4A podpisane przez Z-cę Kierownika Działu Dokumentacji, Statystyki Medycznej i Statystyki)

Kontrolujący zwrócili się z prośbą o wyjaśnienie powodu tworzenia się kolejek oczekujących, odbierając od Z-cy Kierownika Działu Dokumentacji, Statystyki Medycznej i Marketingu wyjaśnienie w treści: *Zgodnie z art. 20 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Świętokrzyskie Centrum Psychiatrii prowadzi listy oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego. Na liście oczekujących nie umieszcza się świadczeniobiorców kontynuujących leczenie w ŚCP. Największa liczba pacjentów w kolejce „oczekujących” występuje w Dziale Fizjoterapii. Powodem takiego stanu jest zbyt niski kontrakt zawarty na lata 2018-2019 z Narodowym Funduszem Zdrowia (10 837,82 zł/m-c), który uniemożliwia zatrudnić większą liczbę personelu do prowadzenia zabiegów fizjoterapeutycznych. W związku ze zmniejszeniem wartości kontraktu ŚCP w Morawicy zmienił harmonogram udzielania świadczeń refundowanych przez NFZ Działu Fizjoterapii od 1maja 2018 r. Dodatkowo zostały wprowadzone godziny dla pacjentów komercyjnych. To też miało wpływ na ilość pacjentów oczekujących na świadczenie refundowane. W pozostałych komórkach medycznych, w których występują kolejki (...) liczba pacjentów oczekujących na pierwszą wizytę nie jest duża, średni czas oczekiwania w granicach normy do 14 dni.*

(Dowód: akta kontroli str.68 Wyjaśnienie podpisane przez Z-cę Kierownika Działu Dokumentacji, Statystyki Medycznej i Marketingu).

W toku kontroli, w ramach dostępności do świadczeń analizie poddano:

1. liczbę wykonanych badań w losowo wybranej Pracowni Diagnostyki Obrazowej,

2. ilość odmów w izbach przyjęć.⁴⁹

Ad.1.

Ustalono, że w strukturach Pracowni Diagnostyki Obrazowej działają: Pracownia Tomografii Komputerowej wpisana do księgi rejestrowej z kodem 7220 w lp. 51, Pracownia Rentgenodiagnostyki Ogólnej wpisana do księgi rejestrowej z kodem 7240 w lp. 52 oraz Pracownia USG wpisana do księgi rejestrowej z kodem 7210 w lp. 50, działające w strukturach Szpitala od 27.06.2012 r. Dalsze czynności kontrolne pozwoliły na ustalenie, iż:

1. w Pracowni Tomografii Komputerowej w 2018 r. wykonano łącznie 675 badań TK (w tym: 410 – TK głowy z kontrastem, 123 – TK głowy bez kontrastu, 32 – TK kręgosłupa szyjnego, 106 – TK kręgosłupa lędźwiowo – krzyżowego oraz 3 – TK kręgosłupa piersiowego i 1 – TK barku), a w 2019 r. – 572 badania (w tym: 354 – TK głowy z kontrastem, 176 – TK głowy bez kontrastu, 7 – TK kręgosłupa szyjnego, 32 – TK kręgosłupa lędźwiowo – krzyżowego po 1 badaniu TK miednicy, twarzoczaszki i nadgarstka). Łącznie w okresie objętym kontrolą wykonano 1 247 badań, wśród których największą liczbę stanowiły: TK głowy z kontrastem (764), TK głowy bez kontrastu (299), TK kręgosłupa lędźwiowo – krzyżowego (138). W 2019 r. nastąpił spadek liczby wykonanych w Pracowni badań łącznie o 103.
2. w Pracowni Rentgenodiagnostyki Ogólnej w 2018 r. wykonano łącznie 1 906 badań RTG (w tym: 351 – RTG kręgosłupa, 166 – RTG kończyny górnej, 403 – RTG kończyny dolnej, 69 – RTG czaszki, 917 – RTG klatki piersiowej), a w 2019 r. – 1 785 badań RTG (w tym: 291 – RTG kręgosłupa, 178- RTG kończyny górnej, 396 – RTG kończyny dolnej, 59 – RTG czaszki, 861 – RTG klatki piersiowej). Łącznie w okresie objętym kontrolą wykonano 3 691 badań, wśród których największą liczbę stanowiły: RTG klatki piersiowej (1 778), RTG kończyny dolnej (799), RTG kręgosłupa (642). W 2019 r. nastąpił spadek liczby wykonanych w Pracowni badań łącznie o 121.
3. w Pracowni USG w 2018 r. wykonano łącznie 70 badań USG (w tym: 68 – USG jamy brzusznej i po 1 badaniu USG tarczycy i klatki piersiowej), a w 2019 r. – 137 badań USG (w tym: 134 – USG jamy brzusznej i 3 – USG tarczycy). Łącznie w okresie objętym kontrolą wykonano 207 badań, wśród których największą liczbę stanowiło USG jamy brzusznej (202). W 2019 r. nastąpił wzrost liczby wykonanych w Pracowni badań łącznie o 67.

⁴⁹ Izba Przyjęć - lp. 18 z kodem resortowym 4900; ul Spacerowa 5, 26-026 Morawica – działająca w strukturach Szpitala od 21.08.1976 r. oraz Izba Przyjęć K - lp. 59 z kodem resortowym 4900; ul. Janusza Kusocińskiego 59, 25- 450 Kielce, działająca w strukturach Szpitala od 1.10.2013 r.

Ad.2.

W strukturach Szpitala funkcjonują 2 Izby Przyjęć, w których odnotowano w czasie objętym kontrolą łącznie 6 426 odmów, w tym: w 2018 r. – 3 165, a w 2019 r. – 3 261, tj.:

- w Izbie Przyjęć – 3 210 odmów, w tym: w 2018 r. – 1 580, a w 2019 r. – 1 630,
- w Izbie Przyjęć K – 3 216 odmów, w tym: w 2018 r. – 1 585, a w 2019 r. – 1 631,

największą ilość odmów zarejestrowano w miesiącu czerwcu 2019 r. – 448 w Izbie Przyjęć i 446 w Izbie Przyjęć K, najniższą zaś we wrześniu 2019 r. (odpowiednio 370 i 371).

Główna przyczyna odmów to *brak wskazań do hospitalizacji lub brak zgody pacjenta*. Ponadto zgodnie z treścią informacji podpisanej przez Z-cę Kierownika Działu Dokumentacji, Statystyki Medycznej i Marketingu *Wśród odmów zdarzały się pojedyncze przypadki odmawiania przyjęcia do Świętokrzyskiego Centrum Psychiatrii pacjentów kierowanych z oddziałów innych szpitali. Przyczyną odmowy był niestabilny stan somatyczny i konieczność dalszego leczenia w innych oddziałach niż oddziały psychiatryczne ze względu na zagrożenie życia i zdrowia pacjentów. Pacjenci ci po stabilizacji stanu somatycznego byli przyjmowani do naszego szpitala. Wśród odmów przyjęć największą liczbę stanowią pacjenci z rozpoznaniem F10 – zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane użyciem alkoholu.*

(Dowód akta kontroli str.69-71 Zestawienie 4D i 5 wraz z informacją podpisaną przez Z-cę Kierownika Działu Dokumentacji, Statystyki Medycznej i Marketingu)

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 publicznych⁵⁰ (zwana dalej u.ś.o.z.). Stwierdzono, iż istotne dla przebiegu kontroli okazały się zmiany dokonane w związku z wdrażaniem rozwiązań w obszarze e-zdrowia⁵¹ 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 m.in. ustalić termin udzielenia świadczenia wynikający z prowadzonej listy oczekujących na udzielenie świadczenia, stosownie do art. 20 u.ś.o.z.

Na podstawie informacji podpisanej przez Z-cę Kierownika Działu Dokumentacji, Statystyki Medycznej i Marketingu wiadomo, że Szpital skorzystał z możliwości przewidzianej ustawą

⁵⁰ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2019.1373 t.j. z późn. zm).

⁵¹ 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).

zmieniającą i do końca 2019 r. nie prowadził harmonogramów przyjęć raportując dane o kolejkach oczekujących na niezmienionych zasadach.

(Dowód: akta kontroli str. 72 Informacja podpisana przez Z-cę Kierownika Działu Dokumentacji, Statystyki Medycznej i Marketingu)

Jednocześnie kontrolujący mając na uwadze art. 23 ust. 1 u.ś.o.z. w oparciu o informację Z-cy Kierownika Działu Dokumentacji, Statystyki Medycznej i Marketingu ustalili, że Szpital przekazuje, co miesiąc Świętokrzyskiemu Oddziałowi Wojewódzkiemu NFZ dane wymagane ww. przepisem.

(Dowód: akta kontroli str.73. Informacja podpisana przez Z-cę Kierownika Działu Dokumentacji, Statystyki Medycznej i Marketingu)

Mając na uwadze art. 23 ust. 4 u.ś.o.z. w brzmieniu wprowadzonym w lipcu 2019 r.⁵² Z-ca Kierownika Działu Dokumentacji, Statystyki Medycznej i Marketingu poinformowała, że: *ŚCP w Morawicy wysyła informacje o listach oczekujących raz w tygodniu na podstawie zgody ŚOW NFZ przesłanym komunikatem na SZOI w dn. 05.07.2019 r. (...). Raportowanie przez Świętokrzyskie Centrum Psychiatrii w Morawicy w trybie opisanym w art.23 ust. 4 jest niemożliwe z powodu ograniczonych możliwości technicznych.*

(Dowód: akta kontroli str.74 -75 Informacja podpisana przez Z-cę Kierownika Działu Dokumentacji, Statystyki Medycznej i Marketingu wraz ze zgodą NFZ)

Stosownie do informacji podpisanej przez Z-cę Kierownika Działu Dokumentacji, Statystyki Medycznej i Marketingu ustalono, że w przypadku dostępu do świadczeń poza kolejnością osobom uprawnionym w art. 47c ust. 1 u.ś.o.z.⁵³:

- *ŚCP udziela tych świadczeń poza kolejnością przyjęć wynikającą z prowadzonej przez niego listy oczekujących*
- *ŚCP udziela tych świadczeń w dniu zgłoszenia*
- *świadczenia z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej udzielane jest w terminie nie późniejszym niż w ciągu 7 dni roboczych od dnia zgłoszenia*
- *podstawa korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej po okazaniu właściwego dokumentu potwierdzającego uprawnienia*
- *w miejscach rejestracji pacjentów do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej jest pisemna informacja o uprawnieniach wymienionych w art. 47c ww. ustawy.*

(Dowód: akta kontroli str.76 Informacja podpisana przez Z-cę Kierownika Działu Dokumentacji, Statystyki Medycznej i Marketingu)

⁵²Tj. informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia według stanu na dzień poprzedzający

⁵³ 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.

Z uwagi na fakt, iż listy oczekujących stanowią 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 Pacjenta⁵⁴, na potrzeby kontroli odebrano informację, w treści *Kolejki oczekujących ŚCP prowadzi w aplikacji KS-PPS (wewnętrzny system informatyczny szpitala)*, odstępując od wezwania Jednostki Kontrolowanej do przedłożenia przykładowych list.

Natomiast 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 sposób Jednostka Kontrolowana prowadząc listy oczekujących elektronicznie spełnia wymóg autoryzacji dokonywanych wpisów. W tej kwestii Z-ca Kierownika Działu Dokumentacji, Statystyki Medycznej i Marketingu oświadczyła, że *Każdy wpis do KS-PPS jest opatrzony oznaczeniem osoby dokonującej wpisu (jest nim zalogowany użytkownik) oraz datą wpisu, którą jest data utworzenia dokumentu XML. Ponadto każdy dokument XML opatrzony jest elementem autoryzacji, wygenerowanym przez system KS-PPS.*

(Dowód: akta kontroli str. 77-78 Oświadczenia podpisane przez Z-cę Kierownika Działu Dokumentacji, Statystyki Medycznej i Marketingu)

2.5. Działalność Zespołu ds. Oceny Przyjęć Pacjentów

W trakcie czynności kontrolnych ustalono, że w Podmiocie Lecznicy, w czasie objętym kontrolą funkcjonowało Zarządzenie nr 26/2017 z dnia 08.05.2017 r., które zastąpiono Zarządzeniem nr 66/2018 z dnia 19.11.2018 r. p.o. Dyrektora Szpitala w sprawie *listy oczekujących na przyjęcie do Świętokrzyskiego Centrum Psychiatrii w Morawicy, Zespołu Oceny Przyjęć oraz Informacji do NFZ*. Analiza dokumentu pozwoliła na ustalenie, że do składu Zespołu Oceny Przyjęć (zwany w dalszej części niniejszego punktu Zespołem) powołano lekarzy specjalistów w specjalności niezabiegowej⁵⁵, pielęgniarkę oraz osobę, która według informacji przekazanej przez Pracownika Działu Kadr i Szkoleń w e-mail z dnia 14.09.2020 r. *była zatrudniona w ŚCP na stanowisku Kierownika Działu Fizjoterapii do 28.07.2020 r. (rozwiązanie umowy nastąpiło w związku z przejściem na emeryturę)*. *Posiada wykształcenie wyższe magisterskie w zakresie wychowania fizycznego. Nie jest lekarzem ani*

⁵⁴ 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).

⁵⁵ Ze względu na specyfikę Podmiotu Lecznicy.

pielęgniarką. Była członkiem zespołu oceny przyjęć powołanym zarządzeniem nr 66/2018 z dnia 19.11.2018 r. w związku z pełnioną funkcją kierownika działu udzielającego świadczeń medycznych.

(Dowód: akta kontroli str.79 -83 Zarządzenie nr 66/2018 z dnia 19.11.2018 r. i mail pracownika Działu Kadr i Szkoleń ŚCP)

W związku z powyższym, mając na uwadze treść art. 21 ust. 2 u.ś.o.z., który stanowi, że W skład zespołu oceny przyjęć wchodzi: 1) lekarz specjalista w specjalności zabiegowej, 2) lekarz specjalista w specjalności niezabiegowej, 3) pielęgniarka naczelną, a w razie jej braku - inna pielęgniarka albo położna oraz treść zalecenia pokontrolnego sformułowanego w Wystąpieniu Pokontrolnym podpisanym przez Marszałka Województwa Świętokrzyskiego w dniu 29.10.2018 r. w brzmieniu *Ustalić skład osobowy Zespołu ds. Oceny Przyjęć stosownie do art. 21 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, a także odpowiedzi p.o. Dyrektora Szpitala zawartej w piśmie z dnia 21.11.2018 r., znak: KA.0912.5.2018 kontrolujący skierowali do Centrum wniosek o wyjaśnienie przyczyn powołania do składu Zespołu Kierownika Działu Fizjoterapii.

(Dowód: akta kontroli str. 84-85 Wniosek o wyjaśnienie wraz z potwierdzeniem przekazania)

Wyżej opisaną kwestię wytłumaczyła, Radca Prawny informując, że (...) *kwestionowany aktualnie skład Zespołu, o którym mowa, wynikał z niewłaściwej interpretacji uprzednich zaleceń pokontrolnych, w ramach których zakwestionowano uczestnictwo w Zespole innego członka, którego usunięcia z Zespołu w wyniku wykonania uprzednich zaleceń pokontrolnych dokonano. Nadmieniamy, że zagadnienie składu osobowego zespołu tego rodzaju zdezaktualizowało się w związku z uchYLENIEM, na mocy ustawy z dnia 14.08.2020 r. (Dz.U.2020, poz. 1493), przepisu art. 21 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.*

Ze względu na dużą liczbę osób oczekujących na udzielenie świadczenia w rodzaju fizjoterapia ambulatoryjna, zasadnym, naszym zdaniem, była obecność Kierownika Działu Fizjoterapii w trakcie posiedzeń Zespołu. Rzeczywiście jako osoba zapraszana do uczestnictwa w pracach Zespołu, celem bieżącego rozwiązywania problemów z dostosowaniem do świadczeń w ramach fizjoterapii, nie powinna była być powołana w Zarządzeniu Nr 66/2018 z dnia 19.11.2018 r. p.o. Dyrektora. W treści ww. dokumentu należało wskazać możliwość uczestniczenia w pracach Zespołu pracowników Szpitala, którzy służyliby pomocą w rozwiązywaniu problemów z dostępnością do udzielanych świadczeń w Świętokrzyskim Centrum Psychiatrii w Morawicy.

(Dowód: akta kontroli str. 86 -86 A Wyjaśnienia Rady Prawnego)

Zdaniem kontrolujących wniosek pokontrolny w brzmieniu *Ustalić skład osobowy Zespołu ds. Oceny Przyjęć stosownie do art. 21 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* jednoznacznie obligował Podmiot Leczniczy do dokonania analizy składu całego Zespołu i skorygowania go zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Jednocześnie kontrolujący jak poprzednio zwracają uwagę na fakt, że wyliczenie składu zespołu ma charakter enumeratywny. Ustawodawca nie posłużył się w zdaniu wstępnym do wyliczenia sformułowaniami takimi jak "w szczególności", "co najmniej". W związku z tym literalne brzmienie przepisu wyklucza dołączanie do składu zespołu osób niespełniających wskazanych kryteriów. Dodatkowo nie można zapominać, że Zespół dokonując oceny listy oczekujących ma styczność z dokumentacją medyczną,⁵⁶ a zatem powinna ona odbywać się z uwzględnieniem przepisów dotyczących dostępu do dokumentacji medycznej. Stąd też według kontrolujących możliwość udziału w posiedzeniach Zespołu osób innych niż wskazane w art. 21 ust.2 u.ś.o.z. oraz ich zadania, winny być usankcjonowane w stosownym Zarządzeniu Dyrektora Szpitala, ze szczególnym naciskiem na to, iż mogą być to jedynie pracownicy Zakładu posiadający wykształcenie medyczne.

W trakcie dalszych czynności kontrolnych zbadano działalność Zespołu pod kątem przepisów, o którym mowa w art. 21 u.ś.o.z.⁵⁷ losowo wybierając protokoły ze spotkań Zespołu w 2019 r. Na podstawie przedstawionych dokumentów ustalono, że przeprowadzenie oceny list oczekujących na udzielenie świadczenia pod względem: 1) prawidłowości prowadzenia dokumentacji; 2) czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia; 3) zasadności i przyczyn zmian terminów na udzielenie świadczeń, odbywało się raz w miesiącu za miesiąc poprzedni. Każdorazowo sporządzano Protokoły, które według pisemnego Oświadczenia Dyrektora Szpitala były przedstawione Świadczeniodawcy. Zgodnie z okazanymi dokumentami kontrolujący ustalili, że za miesiące od marca do grudnia 2019 r. Dyrektor zatwierdzała dokonane przez Zespół ustalenia w ww. zakresie.

Według treści ww. dokumentów Zespół ocenił, że: 1) dokumentacja prowadzona była w sposób prawidłowy w poradniach, oddziałach, dziale fizjoterapii w postaci elektronicznej, 2) nie wystąpiły przypadki zmian terminów udzielania świadczeń, 3) liczba oczekujących na udzielenie świadczenia⁵⁸ występowała w następujących komórkach

⁵⁶ Listy oczekujących w myśl art. 20 ust. 4 u.ś.o.z. są integralną częścią dokumentacji medycznej.

⁵⁷ Do zadań zespołu oceny przyjęć należy przeprowadzenie oceny list oczekujących na udzielenie świadczenia pod względem: a) prawidłowości prowadzenia dokumentacji, 2) czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia; c) zasadności i przyczyn zmian terminów na udzielenie świadczeń – art. 21 ust. 5 u.ś.o.z.; Zespół oceny przyjęć sporządza każdorazowo raport z oceny i przedstawia go świadczeniodawcy.

⁵⁸ z tendencją malejącą i dotyczy wyłącznie przypadków stabilnych

organizacyjnych: Poradni zdrowia psychicznego dla dorosłych (41 w m-cu styczniu 2019 r., 0 w m-cu grudniu 2019 r.), Poradni zdrowia psychicznego dla dzieci (35 w m-cu styczniu 2019 r., 0 w m-cu grudniu 2019 r., najwięcej osób, bo 48 oczekiwało na udzielenie świadczenia w miesiącu maju 219 r.), Oddziale dziennym psychiatrycznym (15 w m-cu styczniu 2019 r., 0 w m-cu grudniu 2019 r.), Dziale Fizjoterapii (57 w m-cu styczniu 2019 r., 3 w m-cu grudniu 2019 r. przy wzroście średniego rzeczywistego czasu oczekiwania do 173 dni). Ww. Dział jako jedyna komórka organizacyjna Szpitala odnotowała w ciągu 2019 r. 3 przypadki pilne; 4) najdłuższy średni rzeczywisty czas oczekiwania wystąpił w Dziale Fizjoterapii.

Jednocześnie kontrolujący zwrócili uwagę, iż w trakcie 4 posiedzeń⁵⁹ Zespół pracował w niepełnym składzie. W związku z powyższym kontrolujący zwrócili się z wnioskiem o wyjaśnienie przyjętego sposobu funkcjonowania Zespołu, otrzymując wyjaśnienie w treści (...) *zasadność odbywania przez Zespół Oceny Przyjęć w wyznaczonych terminach wyników z okoliczności, dotyczących konieczności dokonywania bieżących ocen w zakresie prowadzenia list oczekujących, a nieobecności poszczególnych członków miały charakter wypadkowy, zaś z braku regulacji problematyki zastępstwa członków Zespołu podczas posiedzeń a także wymaganego quorum, Zespół procedował w najlepszym interesie Zakładu.*

Kontrolujący uznają przywołany w wyjaśnieniu argument *braku regulacji problematyki zastępstwa członków Zespołu podczas posiedzeń a także wymaganego quorum*, niemniej wskazują, że ustawodawca konsekwentnie w art. 21 u.ś.o.z. posługuje się terminem „Zespół” określając jego zadania i nakładając obowiązek sporządzania każdorazowo raportu z dokonanej oceny list oczekujących. Najogólniejsza definicja zespołu brzmi⁶⁰ „*grupa ludzi wspólnie pracujących lub robiących coś w jakiejś dziedzinie*”. W przypadku Zespołu funkcjonującego w Centrum, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, jego skład stanowili: lekarz specjalista w specjalności niezabiegowej oraz pielęgniarka naczelna, a w razie jej braku - inna pielęgniarka lub położna.⁶¹ Jego członkowie zgodnie z kwalifikacjami oraz trybem pracy określonym przez Świadczeniodawcę, kolektywnie realizowali zadania przypisane Zespołowi. Zdaniem kontrolujących powołanie do składu dwóch lekarzy o specjalności niezabiegowej w wystarczający sposób zabezpieczało możliwość ich zastępowania się w pracach Zespołu bez uszczerbku dla dokonanej oceny. Natomiast nieobecności w dniu 13.11.2019 r. i 15.01.2020 r.

⁵⁹ Tj. 17.07.2019 r. nieobecna była przewodnicząca Zespołu (urlop); 21.08.2019 r., 13.11.2019 r. - nieobecny był członek Zespołu (urlop) oraz 15.01.2020 r. nieobecny był członek Zespołu (delegacja). Nie zakwestionowano posiedzeń z dnia 17.04.2019 r. i 11.12.2019 r. przyjmując wyjaśnienie Jednostki Kontrolowanej cytowane w treści dokumentu dotyczące jednego z członków Zespołu powołanego Zarządzeniem nr 66/2018 Dyrektora Szpitala z dnia 19.11.2018 r.

⁶⁰ Cytat <https://sjp.pwn.pl/slowniki/zesp%C3%B3%C5%82.html>

⁶¹ Art. 21 ust. 6 u.ś.o.z.

na posiedzeniach Zespołu pielęgniarki, mogły wzbudzić wątpliwość czy ocena list oczekujących na udzielenie świadczenia powinna być w ogóle dokonana. Zdaniem kontrolujących wskazanie przez ustawodawcę lekarzy i pielęgniarki/położnej jako jedynych członków zespołu nie jest przypadkowe. Poza zapewnieniem dostępu do dokumentacji medycznej osobom do tego uprawnionym, miało zabezpieczyć możliwość oceny list oczekujących przez przedstawicieli zawodów medycznych, zgodnie z ich kwalifikacjami zawodowymi i kompetencjami, które nie są tożsame.

(Dowód: akta kontroli str. 87 -97 Przykładowe Protokoły Zespołu Oceny Przyjęć z: lipca 2019 r, sierpnia 2019 r., listopada 2019 r., stycznia 2020 r., Oświadczenie Dyrektora Szpitala oraz Wnioski o wyjaśnienie wraz z Wyjaśnieniem)

2.6. Udzielanie zamówień na świadczenia zdrowotne

Według zestawienia sporządzonego przez Z-cę Kierownika Działu Dokumentacji, Statystyki Medycznej i Marketingu w 2018 r. Szpital nie przeprowadził konkursów na realizację świadczeń zdrowotnych przez personel medyczny jak i na realizację świadczeń zdrowotnych przez podmioty zewnętrzne, natomiast w trybie pozakonkursowym zawarto jedną umowę z lekarzem⁶². W 2019 r. Podmiot Leczniczy przeprowadził łącznie 4 postępowania konkursowe, w tym: 1 na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez personel medyczny i 3 na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez podmioty zewnętrzne.

W następstwie ww. działań podpisano 11 umów, w tym: 6 z personelem medycznym oraz 5 z podmiotami zewnętrznymi z wyłączeniem personelu medycznego. Jednocześnie ustalono, że w 2019 r. Jednostka Kontrolowana w trybie pozakonkursowym przeprowadziła łącznie 2 postępowania, w tym: 1 na udzielenie świadczeń przez personel medyczny i 1 na udzielenie świadczeń przez podmioty zewnętrzne z wyłączeniem personelu medycznego. Wynikiem tych działań było podpisanie 2 umów, po 1 na udzielenie świadczeń przez personel medyczny i na udzielenie świadczeń przez podmioty zewnętrzne z wyłączeniem personelu medycznego.

(Dowód: akta kontroli str. 98 Zestawienie sporządzone przez Z-cę Kierownika Działu Dokumentacji, Statystyki Medycznej i Marketingu)

Dyrektor Szpitala poinformowała, że każde z przeprowadzonych postępowań konkursowych w 2019 r. było podzielone na pakiety (łącznie 37), w tym m.in.: w zakresie a) badań: tomografem komputerowym, rezonansem magnetycznym, USG z opcją Dopplera, EMG, b) badań: mikrobiologicznych, laboratoryjnych w kierunku gruźlicy, diagnostyki infekcji;

⁶² Na opis badań EEG

c) konsultacji: neurologicznych, internistycznych, ortopedycznych, laryngologicznych, dermatologicznych, pulmonologicznych, neurologii dziecięcej.

Według przedstawionej informacji łącznie: a) rozstrzygnięto 18 pakietów (dotyczących m.in. badań rezonansem magnetycznym, badań mikrobiologicznych, badań laboratoryjnych, konsultacji: internistycznych, ortopedycznych, chirurgicznych); b) unieważniono z powodu braku złożonych ofert 19 pakietów (dotyczących m.in. konsultacji: neurologicznych, laryngologicznych, okulistycznych, ginekologicznych, badań rezonansem magnetycznym, USG z opcją Dopplera, EMG).

(Dowód: akta kontroli str.99-100 Informacja podpisana przez Dyrektora Szpitala)

Na podstawie wykazu sporządzonego przez Z-cę Kierowania Działu Dokumentacji, Statystyki Medycznej i Marketingu ustalono, że łączna wartość zrealizowanych umów zawartych⁶³:

- z podmiotami zewnętrznymi (z wyłączeniem personelu medycznego) wyniosła łącznie 312 961,05 zł, w tym: w 2018 r. – 157 545,04 zł i w 2019 r. – 155 416,01 zł;
- z personelem medycznym (lekarzami) wyniosła łącznie 207 085,00 zł, w tym: w 2018 r. – 109 030,00 zł; i w 2019 r. – 98 055,00 zł.

Podmioty zewnętrzne na rzecz Centrum wykonywały m.in. badania EMG, badania rezonansem magnetycznym, badania laboratoryjne; lekarze m.in. udzielali konsultacji chirurgicznych, pulmonologicznych, internistycznych.

(Dowód akta kontroli str. 101 – 102 Zestawienie sporządzone przez Z-cę Kierownika Działu Dokumentacji, Statystyki Medycznej i Marketingu)

Szczegółowym badaniem objęto konkurs ofert przeprowadzony w 2019 r. na wykonywanie badań diagnostycznych podzielonych na części (pakiety):

Pakiet I – Badania tomografem komputerowym;

Pakiet II – Badania rezonansem magnetycznym;

Pakiet III – Badania USG z opcją Dopplera;

Pakiet IV – Badania EMG.

W trakcie czynności kontrolnych wykazano, że Zarządzeniem Nr 60/2019 Dyrektora Szpitala w dniu 5.11.2019 r. została powołana trzyosobowa komisja w celu przeprowadzenia postępowania o udzielenie zamówienia na wykonanie badań w zakresie diagnostyki obrazowej dla podmiotu leczniczego.

⁶³ Umowy zostały zawarte: w 2016 r., (poza okresem objętym kontrolą - wydatki rejestrowane w kontrolowanym okresie) i jedna w 2018 r. Koszty z tytułu umów podpisanych w wyniku przeprowadzonych konkursów w 2019 r. były generowane w 2020 r., czyli w okresie nie objętym kontrolą.

Przed wszczęciem konkursu ustalono wartość szacunkową zamówienia w oparciu o *dotychczasowe umowy*.⁶⁴

W kontrolowanym konkursie w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert (zwanych dalej SWKO) zatwierdzonych przez Dyrektora Szpitala opisano przedmiot konkursu używając nazw i kodów określonych we Wspólnym Słowniku Zamówień, warunki wymagane od świadczeniobiorców, kryteria oceny ofert,⁶⁵ a w załącznikach; a) formularze ofertowe (...); b) formularze cenowe osobne dla każdego z pakietów, wzór oświadczenia o spełnieniu wymogów dotyczących: odpowiednich warunków lokalowych, aparatury i sprzętu medycznego niezbędnego do wykonywania zamówienia, wykwalifikowany personel; c) wzór umowy. Informacje o konkursie ofert Podmiot Leczniczy upublicznił zamieszczając ogłoszenie oraz SWKO na tablicy ogłoszeń i stronie internetowej Szpitala w dniu 06.11.2019 r.

(Dowód: akta kontroli str.103- 120; Wniosek o udzielnie zamówienia, treść ogłoszenia - tablica i storna internetowa oraz str.1-6 SWKO, Zarządzenie Dyrektora z dn. 5.11.2019 .r)

W wyznaczonym terminie tj. 21.11.2019 r. godzina 8.40 wpłynęła oferta złożona przez Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach ul. Artwińskiego 3 na pakiet II – Rezonans magnetyczny, która zawierała formularz ofertowy i cenowy⁶⁶, oświadczenie o spełnieniu wymogów dotyczących m.in.: wykwalifikowanego personelu, sprzętu i aparatury medycznej oraz spełnienia warunków lokalowych, KRS, aktualną polisę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, parafowany projekt umowy. Wszystkie ww. dokumenty, stosownie do wymagań Udzielającego Zamówienia, były poświadczane za zgodność z oryginałem.

Według treści protokołu z przebiegu postępowania konkursowego, zatwierdzonego przez Dyrektora Szpitala: a) złożona oferta w pakiecie nr II spełniała wymogi określone w SWKO i była kompletna, b) nie wpłynęły żadne oferty w pakietach: nr I – badania tomografem komputerowym, nr III – badania USG z opcją Dopplera, nr IV – badania EMG i w związku z tym postępowania w ww. zakresach zostały unieważnione na podstawie art. 150 ust. 1, pkt 1) u.ś.o.z. Mając na uwadze, że łączna wartość szacunkowa w postępowaniu konkursowym została ustalona na kwotę 142 000 zł, a wartość prawidłowej oferty złożonej do pakietu nr II wynosiła 85 500 zł, Komisja rekomendowała jej wybór, uzyskując od Głównej Księgowej pisemne potwierdzenie, iż w postępowaniu EZP-252-22/2019, Szpital

⁶⁴ Łączna szacunkowa wartość (dotyczy okresu 4 lat) to 142 000,00 zł, w tym: Pakiet I – 72 000,00 zł, Pakiet II – 38 400,00 zł, Pakiet III – 27 600,00 zł, Pakiet IV- 4 000,00 zł

⁶⁵ Cena – 80 %, Jakość – 5 %, Kompleksowość – 5 %, Dostępność – 5 %, Ciągłość – 5 %

⁶⁶ Oferta opiewała na łączną kwotę 85.500,00 zł, zaplanowana liczba badań ogółem 160 (MR głowy z kontrastem i bez kontrastu, MR kręgosłupa z kontrastem i bez kontrastu, usługa sedacji); Przyjmujący zamówienie wskazał, że świadczenia będą wykonywane w Jego siedzibie od poniedziałku do soboty w godz. od 7.00 do 21.30.

może przeznaczyć wskazaną kwotę na sfinansowanie świadczeń zaoferowanych w ww. pakiecie.

(Dowód akta kontroli str.121-124 Protokół wraz z załącznikami, Oświadczenie Głównej Księgowej)

Informację o rozstrzygnięciu konkursu zamieszczono na stronie internetowej Szpitala oraz na tablicy ogłoszeń w dniu 26.11.2019 r. Ponadto, tego samego dnia Przyjmującego Zamówienie poinformowano o wyborze oferty i dacie podpisania umowy.

(Dowód: akta kontroli str. 125-127 Informacja o rozstrzygnięciu konkursu wraz z pismem Dyrektor Szpitala znak: L.dz. 4917/2019 z dn. 25.11.2019 r. wysłane w dniu 26.11.2019 r.)

Stosownie do zawartej w dniu 05.12.2019 r. umowy nr EZP-252-22/2019 ze Świętokrzyskim Centrum Onkologii z/s w Kielcach, w okresie od 01.01.2020 r. do 31.12.2023 r. Przyjmujący Zamówienie został zobowiązany do wykonywania badań w zakresie diagnostyki obrazowej tj. rezonansu magnetycznego na podstawie skierowania wystawionego przez Udzielającego Zamówienia.

Strony umowy ustaliły, że rozliczanie z tytułu ww. usług następować będzie w okresach miesięcznych z dołu na podstawie faktury wystawionej przez Przyjmującego Zamówienie wraz z wykazem zrealizowanych badań zawierającym: nazwisko i imię pacjenta oraz lekarza kierującego, rodzaj świadczeń, cenę świadczenia i datę jego wykonania, Oddział na rzecz, którego wykonano badanie.

Płatność miała być realizowana przelewem w terminie 30 dni od dnia otrzymania faktury. Biorąc powyższe po uwagę, na podstawie losowo wybranych faktur za I i II kwartał 2020 r.⁶⁷ tj. f-ry nr FA/2020/02/00146 z dnia 13.02.2020 r., f-ry /2020/04/00271 z dnia 08.04.2020 r., f-ry/2020/07/00530 z dnia 15.07.2020 r. wraz z zestawieniami oraz przelewami bankowymi ustalono, że należności były regulowane w wyznaczonych datach.

Na podstawie ww. dokumentów w I i II kwartale 2020 r. Podmiot Leczniczy wydatkował łącznie 1 400,00 zł za wykonanie 3 badań (MR głowy z kontrastem (2) i bez kontrastu (1)).

(Dowód: akta kontroli str. 128 Analityka- konto: 201-1-022 Świętokrzyskie Centrum Onkologii, potwierdzenie poniesionych kosztów z tytułu faktur wystawionych w ramach umowy EZP-252-22/2019)

2.7. Tryb przyjmowania i rozpatrywania skarg i wyników związanych (z wyłączeniem tych, które podlegają nadzorowi medycznemu)

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 zasady przyjmowania interesantów w sprawie skarg

⁶⁷ Faktury po okresie objętym kontrolą dotyczą umowy zawartej w czasie objętym kontrolą tj. 05.12.2019.

i wniosków zostały ogólnie uregulowane w § 21 Regulaminu Organizacyjnego, szczegółowo zaś w Załączniku nr 1⁶⁸ do Zarządzenia nr 35/2017 z dnia 12.06.2017 r. Dyrektora Szpitala (zwane w dalszej części niniejszego punktu Zarządzeniem).

(Dowód: akta kontroli str. 129-130 Zarządzenie nr 35/2017 z dn.12.06.2017 r.)

Analiza Zarządzenia pozwoliła na wykazanie, że jako podstawę prawną wydanego aktu wewnętrznego wymieniono przepis § 11 ust. 3 Statutu⁶⁹, który do listopada 2017 r. brzmiał: „Do zadań Dyrektora należy w szczególności (...) wydawanie zarządzeń, regulaminów i innych aktów prawa wewnętrznego Zakładu”. W związku z tym, że Uchwałą Nr XXXVIII/547/17 Sejmiku Województwa Świętokrzyskiego z dnia 20.11.2017 r. wprowadzono nową treść Statutu Centrum, a § 11 ust. 3 otrzymał brzmienie: *Sprawy związane z przekształceniem lub likwidacją, rozszerzeniem lub ograniczeniem działalności leczniczej wymagają uzgodnienia z Zarządem Województwa Świętokrzyskiego*, zwrócono się z prośbą o wyjaśnienie powodów nie uaktualnienia podstawy prawnej Regulaminu postępowania w sprawie skarg i wniosków pacjentów.

(Dowód akta kontroli str.131- 137 Wyciąg ze statutu z dn.28.06.2012r. i 20.11.2017 r. oraz Wniosek o wyjaśnienie wraz z potwierdzenie przekazania)

W tej kwestii Radca Prawny złożyła wyjaśnienie w brzmieniu (...) *na dzień jego wprowadzenia podstawa prawna w Statucie pozostawała aktualna, natomiast zmiana podstawy prawnej skutkować będzie jej uaktualnieniem.*

(Dowód: akta kontroli str. 138 Wyjaśnienie Radcy Prawnego)

W przedstawionym Regulaminie postępowania w sprawie skarg i wniosków pacjentów ustalono, m.in. że: *pacjent lub jego rodzina/opiekun może zgłosić skargę lub wniosek ustny lub pisemny do: 1. Kierownika (oddziału, przychodni lub Izby Przyjęć), 2. Dyrektora ŚCP, 3. Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, 4. Rzecznika Praw Pacjenta działającego przy oddziale NFZ. Skargi i wnioski (...) podlegają wpisowi do „Rejestru wpływających skarg i wniosków” znajdującym się w Kancelarii ŚCP a ich rozpatrywanie winno nastąpić w nieprzekraczalnym terminie 30 dni od daty jej wniesienia.*

Według zestawienia podpisanego przez Dyrektora Szpitala, w czasie objętym kontrolą do Podmiotu Leczniczego wpłynęło łącznie 17 skarg⁷⁰ z tym, że w 2018 r. – 6 (5 uznano za niezasadne, 1 za częściowo zasadną), a w 2019 r. – 11 (9 uznano za niezadane, 2 pozostały

⁶⁸ Regulamin postępowania w sprawie skarg i wniosków pacjentów.

⁶⁹ Załącznik do Uchwały Nr XXI/370/12 Sejmiku Województwa Świętokrzyskiego z dnia 28.06.2012 r.

⁷⁰ wszystkie zostały odnotowane w Rejestrze wpływających skarg i wniosków

bez odpowiedzi – w jednym przypadku skarżąca nie podała adresu do korespondencji, w drugim – w związku ze zbyt małą ilością informacji wskazanych przez Skarżącą w e-mail poproszono o uzupełnienie informacji i podanie adresu do korespondencji celem dostarczenia odpowiedzi. Skarżąca nie udzieliła odpowiedzi).

Na podstawie przedstawionej informacji ustalono, że skargi były składane przez pacjentów, pacjentów za pośrednictwem Biura Rzecznika Praw Pacjenta, rodziny i opiekunów pacjentów, instytucji opiekuńczej i dotyczyły m.in.: przywrócenia możliwości wychodzenia poza oddział, niekulturalnego zachowania personelu, bezpodstawnego dyscyplinarnego wypisu z oddziału, odmowy przyjęcia do szpitala, zagubienia depozytu, braku możliwości kontaktu telefonicznego z pacjentem na skutek awarii telefonu, odmowy przyjęcia do szpitala.

(Dowód: akta kontroli str. 139-144 Zestawienie nr 9 podpisane przez Dyrektora Szpitala, wyciąg z Rejestru wpływających skarg i wniosków za 2019 r.)

Szczegółowej analizie pod kątem sposobu i terminu załatwienia poddano 4 losowo wybrane skargi, które wpłynęły w 2018 r. i 2019 r. przez:

1. pacjenta – skarga dotyczyła bezpodstawnego wymierzenia kary regulaminowej przez terapeutę i w konsekwencji wydalenia z Oddziału XII Szpitala. W wyniku postępowania wyjaśniającego, skargę uznano za niezasadną informując pisemnie⁷¹ skarżącego, że poprzez swoje agresywne postępowanie, używanie wulgarnych słów naruszył regulamin oddziału, który zabrania tego typu zachowań i przewiduje udzielenie ostrzeżenia w postaci tzw. „żółtej kartki”. Ze względu na fakt, że było to trzecie upomnienie, to stosownie do zapisów regulaminu oddziału podjęto decyzję o dyscyplinarnym wypisie pacjenta ze Szpitala;
2. pacjenta – skarga dotyczyła:
 - zaginięcia rzeczy złożonych do szpitalnego depozytu (dowodu osobistego, kluczy do domu i samochodu);
 - odmówienia wystawienia zwolnienia lekarskiego w dniu wypisu ze szpitala, a także sprzecznych informacji przekazywanych przez lekarzy Oddziału Psychiatrycznego odnośnie przyjmowanych przez pacjenta leków.

W rezultacie postępowania wyjaśniającego, skargę uznano za częściowo zasadną informując skarżącego w piśmie datowanym i wysłanym 19.12.2018 r., że w sprawie zaginięcia depozytu policja prowadzi postępowanie wyjaśniające, natomiast pozostałe kwestie zostały pacjentowi przedstawione przez Kierownika Oddziału Psychiatrycznego D (pacjent otrzymał zwolnienie

⁷¹ Pismo Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa datowane na 16.08.2018 r. – wysłane w dniu 16.08.2018 r.

lekarskie, krata informacyjna odnośnie przyjmowanych leków została skorygowana). Na pytanie kontrolujących, czy w sprawie zaginięcia depozytu toczą się dalsze działania – Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa w e-mail z dnia 10.09.2020 r. poinformowała, że *O zaginięciu depozytu Pacjent sam zawiadomił Policję. Do dnia dzisiejszego Szpital nie otrzymał żadnej informacji o wszczęciu w tej sprawie postępowania, nie udostępnił żadnych dokumentów i nie ma wiedzy na temat przebiegu postępowania. Pacjent został wypisany ze szpitala i do dnia dzisiejszego nie wystosował żadnych roszczeń i nie kontaktował się w tej sprawie.*

(Dowód: akta kontroli str. 145 Wyjaśnienie podpisane przez Z-cę Dyrektora ds. Lecznictwa)

3. opiekuna pacjenta Dziecięcego Oddziału Psychiatrycznego za pośrednictwem NFZ Świętokrzyski Oddział Wojewódzki w Kielcach – skarga dotyczyła *trudności związanych z brakiem możliwości kontaktu telefonicznego z pacjentem, na skutek awarii i braku możliwości dodzwonienia się do palcówki – Dziecięcego Oddziału Psychiatrycznego w Kielcach przy ul. Kusocińskiego 59.* W wyniku postępowania wyjaśniającego skargę uznano za niezasadną. Według treści pisma skierowanego zarówno do skarżącego jak i Z-cy Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych NFZ ŚOW w Kielcach, Dyrektor Szpitala poinformował, że *w oddziale funkcjonuje od lat telefon komórkowy dla pacjentów, który został uszkodzony przez pacjentów oddziału w dniach 17-24.06.2019 r. Niemniej w tym czasie dzieci kontaktowały się z osobami bliskimi poprzez telefon stacjonarny (służbowy oddziału) a nawet telefony prywatne używane przez personel medyczny.* Ponadto, że skarżący nie jest opiekunem prawnym małoletniej pacjentki.

Na podstawie treści protokołów⁷² z posiedzeń Rady Społecznej Szpitala ustalono, że Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa okresowo przedstawiała informacje nt. liczby skarg w tym nie podlegających nadzorowi medycznemu, przedmiotu i sposobu ich załatwienia.

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

Na podstawie przedłożonych do kontroli dokumentów ustalono, że w Szpitalu funkcjonuje Procedura Nr: PO-28-Monitorowanie i pomiary funkcjonowania SZJ wydanie III z dnia 4.01.2018 r. (zwana w dalszej części niniejszego punktu Procedurą). Ww. dokument określa m.in., iż badanie satysfakcji pacjentów korzystających z usług świadczonych przez Podmiot Leczniczy dokonuje się przy użyciu ankiety oraz na podstawie informacji zwrotnej od pacjentów. Stosownie do Procedury, *pytania ankietowe o charakterze ogólnym służą*

⁷² Nr 2/2019 z dn. 28.03.2019 r. i Nr 2/2020 z dn. 20 maja 2020 r.

do analiz porównawczych w kolejnych latach, pytania o charakterze szczegółowym stanowią podstawę do stałego doskonalenia w badanym obszarze.

Zgodnie z informacją podpisaną przez Kierownik Kancelarii W Świątokrzyskim Centrum Psychiatrii w Morawicy system oceny satysfakcji pacjentów funkcjonuje od 2006 r. Ocena taka prowadzona jest w postaci ankiet, których treść ustala interdyscyplinarny Zespół ds. badań ankietowych. Ankiety prowadzone są corocznie, przez jeden miesiąc w każdym kwartale. (...). Ankiety przeprowadzane są w obu izbach przyjęć (w Morawicy i w Kielcach), we wszystkich oddziałach, poradniach i Dziale Fizjoterapii. Wyniki ankiet po zakończeniu roku analizowane są przez cały Zespół, a następnie przekazywane są kierownikom komórek w których prowadzone były ankiety, koordynatorom poszczególnych grup zawodowych (w ankietach m.in. oceniana jest przez pacjentów każda grupa zawodowa sprawująca opiekę nad pacjentem w tym salowe i salowi) oraz Dyrektorowi i jego zastępcom na Przeglądzie Zarządzania. Kadra kierownicza w/w komórek analizuje wyniki ankiet i w razie potrzeby podejmuje działania zmierzające do podwyższenia poziomu satysfakcji pacjentów lub usunięcia przyczyny ich niezadowolenia (w przypadkach uzasadnionych i w granicach posiadanych możliwości).

(Dowód: akta kontroli str. 146 – 150 Procedura operacyjna PO-28 Monitorowanie i pomiary Funkcjonowania SZJ, Odpowiedź podpisana przez Kierownik Kancelarii)

Analiza ankiet satysfakcji pacjenta dokonywana jest raz w roku i prezentowana w dokumencie pn. *Analiza wskaźnikowa ankiet*, przedstawiającym tabelarycznie, procentowo określone parametry w kategoriach: 1) uprzejmość personelu w zakresie postępowania z pacjentem w Izbie Przyjęć w Morawicy i Kielcach; 2) sposób sprawowania opieki przez poszczególne grupy zawodowe w oddziałach szpitala; 3) satysfakcja pacjentów ze świadczonych usług w ramach leczenia ambulatoryjnego; 4) satysfakcja pacjenta z przebiegu terapii w ramach rehabilitacji fizycznej; 5) jakość żywienia w szpitalu. Analiza wskaźnikowa ankiet zakładała pożądaną do uzyskania wartość w zależności od badanego parametru odpowiednio: 75% ocen dobrych i bardzo dobrych dla punktów 1-3 i 5 oraz 90% ocen dobrych i bardzo dobrych dla punktu 4.

Według przedłożonych rocznych analiz:

- a) w 2018 r. wydano łącznie 3 875 ankiet, z których pacjenci zwrócili 3 461 tj. 89,3 %, z tego 2 452 wypełnione. Odsetek ankietowanych pacjentów w oddziałach w ciągu roku⁷³ wyniósł 26,19%. We wszystkich analizowanych obszarach Szpital osiągnął pożądaną wartość, tj. od 76,99 % do 100 %.

⁷³ Stosunek liczby wypełnionych ankiet do liczby wypisanych pacjentów (9362).

- b) w 2019 r. wydano łącznie 3 722 ankiety, z których pacjenci zwrócili 3 315 tj. 89 %, z tego 2 349 wypełnione. Odsetek ankietowanych w ciągu roku⁷⁴ wyniósł 25,26%. We wszystkich badanych obszarach Szpital osiągnął pożądaną wartość, tj. od 75,70 % do 100 %.

(Dowód akta kontroli str.151-152 analiza ankiet satysfakcji pacjentów za 2018 r. i 2019 r.)

Powyższe dane wskazują, że w okresie objętym kontrolą badaniem satysfakcji objęto porównywalną grupę pacjentów uzyskując za każdym razem wynik wyższy niż wartość pożądana, określona dla poszczególnych parametrów, nie mniej w 2019 r. w porównaniu do 2018 r. w 12 parametrach szczegółowych, oceny były niższe,⁷⁵co potwierdza m.in. podsumowujący parametr pn. *Satysfakcja pacjentów z usług w szpitalu*,⁷⁶gdzie w 2018 r. zanotowano 93,88% ocen dobrych i bardzo dobrych, a w 2019 r. 92,63%, choć wartość pożądana została w obu przypadkach osiągnięta.

Dalsze czynności kontrolne pozwoliły na ustalenie, że w okresie objętym kontrolą Zespół ds. badań ankietowych (zwany w dalszej części niniejszego punktu Zespołem) odpowiedzialny m.in. za opracowanie ankiet/badań satysfakcji pacjentów i analizowanie ich wyników, działał na mocy Zarządzenia Nr 22/2016 Dyrektora Szpitala z dnia 18.04.2016 r. W skład Zespołu wchodziło 10 osób, tj.: Z-ca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa – Przewodnicząca, Specjalista ds. Epidemiologii – Zastępca Przewodniczącej oraz 8 członków, w tym: kierownicy komórek organizacyjnych pionu medycznego, Kierownik Bloku Żywienia oraz Z-ca Kierownika Działu Dokumentacji, Statystyki Medycznej i Marketingu. W trakcie czynności kontrolnych dokonano m.in. szczegółowej analizy treści ww. Zarządzenia Dyrektora Szpitala. Wątpliwości kontrolujących wzbudziła przywołana w ww. dokumencie podstawa prawna, tj. „art. 10” Statutu Świętokrzyskiego Centrum Psychiatrii (stanowiący załącznik do Uchwały Nr XXI/370/12 Sejmiku Województwa Świętokrzyskiego z dnia 28.06.2012 r.). Ustalono, iż w nadanym ww. Uchwałą Statucie Zakładu, podmiot tworzący nie posługiwał się skrótem „art.” Poszczególne zapisy Statutu określano w treści kolejnych paragrafów (§). Kontrolujący nie mogąc ustalić, czy podstawa prawna ocenianego dokumentu jest poprawna, a także, czy nie powinna ulec aktualizacji z uwagi na wprowadzenie Uchwałą Nr XXXVIII/547/17 Sejmiku Województwa Świętokrzyskiego z dnia 20.11.2017 r. nowej treści Statutu Centrum, zwrócili się do Jednostki Kontrolowanej o wyjaśnienie w tym zakresie.

⁷⁴ Stosunek liczby wypełnionych ankiet do liczby wypisanych pacjentów (9296).

⁷⁵ Na 24 szczegółowe parametry zawarte w kolejnych nr KP Analizy wskaźnikowej w 2018 r. i 2019 r.

⁷⁶ Miernik – ilość ocen dobrych i bardzo dobrych (ogólna ocena usług w szpitalu) – pożądana wartość 80%.

Radca Prawny Szpitala wyjaśnił, że Zarządzenie Nr 22/2016 Dyrektora Świętokrzyskiego Centrum Psychiatrii w Morawicy z dnia 18.04.2016 r. w sprawie składu Zespołu ds. badań ankietowych zostało wydane na podstawie §10 Statutu Świętokrzyskiego Centrum Psychiatrii (...). W przedłożonym do kontroli w/w zarządzeniu faktycznie omyłkowo wpisano „art. 10” zamiast „§10”. Zmiana Statutu nastąpiła w 2017 r., natomiast podstawa prawna w/w Zarządzenia nie została uaktualniona. Zarządzenie Nr 22/2016 Dyrektora Świętokrzyskiego Centrum Psychiatrii w Morawicy z dnia 18.04.2016r. w sprawie Zespołu ds. badań ankietowych zostało wycofane z dniem 29 stycznia 2020 r.

(Dowód: akta kontroli str. 153 -153B Zarządzenie Dyrektora Szpitala z dn. 18.04.2016 r., Wniosek o wyjaśnienie wraz z Wyjaśnieniem podpisanym przez Radcę Prawnego Szpitala)

Na podstawie wykazu podpisanego przez Dyrektora Szpitala w zestawieniu z dokumentami źródłowymi ustalono, że w okresie objętym kontrolą, Szpital dysponował: 1) Certyfikatem ISO 9001:2008 z dnia 03.03.2016 r.⁷⁷ 2) Certyfikatami 9001:2015 z dnia 30.03.2018 r.⁷⁸ i 05.03.2019 r.⁷⁹

Do ww. certyfikatów Jednostka Certyfikująca wydawała aneksy przypisując zakres udzielanych świadczeń do miejsc ich udzielania.

(Dowód: akta kontroli str. 154- 159 Zestawienie Certyfikatów/akredytacji wraz z Certyfikatami)

2.9. Obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (umowy ubezpieczeniowe, polisy)⁸⁰

Na podstawie wykazu podpisanego przez Dyrektora Szpitala w zestawieniu z dokumentami źródłowymi ustalono, że Podmiot Leczniczy, w wyniku postępowania w trybie przetargu nieograniczonego o udzielenie zamówienia publicznego na usługę ubezpieczenia w dniu 29.12.2017 r. podpisał umowę generalną z Powszechnym Zakładem Ubezpieczeń S.A. Region Sprzedaży Korporacyjnej Wschód, Oddział Sprzedaży Korporacyjnej Kielce. Przedmiotem zawartej umowy było m.in. obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności

⁷⁷ Certyfikat wydany przez Jednostkę Certyfikującą w zakresie świadczeń medycznych stacjonarnej i ambulatoryjnej psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz leczenia uzależnień – dokument był ważny od 05.03.2016 r. do 14.09.2018 r.

⁷⁸ Certyfikaty wydany przez Jednostkę Certyfikującą w zakresie stacjonarnej i ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej, leczenia uzależnień, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – poradnia neurologiczna oraz w zakresie fizjoterapii w zakresie stacjonarnej, ambulatoryjnej i środowiskowej opieki psychiatrycznej, leczenia uzależnień oraz w zakresie poradni neurologicznej i fizjoterapii ambulatoryjnej – dokument był ważny od 30.03.2018 r. do 04.03.2019 r.

⁷⁹ Certyfikaty wydany przez Jednostkę Certyfikującą – dokument był ważny od 05.03.2019 r. do 04.03.2022 r.

⁸⁰w art. 17 ust. 1 pkt 4) u.d.l. podmioty lecznicze zostały zobowiązane do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie szkód będących następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych. Szczegółowy zakres ubezpieczenia oraz minimalną sumę gwarancyjną do 1.06.2019 r. określało Rozporządzenia 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 29.04.2019 r. (Dz.U. 2019 poz.866).

cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą na czas 36 miesięcy tj. od 01.01.2018 r. do 31.12.2020 r., z podziałem na 3 okresy rozliczeniowe tj.: 1)⁸¹ od 01.01.2018 r. do 31.12.2018 r., 2)⁸² od 01.01.2019 r. do 31.12.2019 r., 3) od 01.01.2020 r. do 31.12.2020 r. Do ww. umowy ubezpieczyciel wystawił polisy ubezpieczeniowe nr 1027022848 i nr 1027027037 (na każdy okres rozliczeniowy objęty kontrolą). Suma gwarancyjna w odniesieniu do: 1) jednego zdarzenia to 100 000 euro, 2) wszystkich zdarzeń – 500 000 euro. Składki roczne każdej z ww. polis opiewały na kwotę 44 097,20 zł płatne w dwóch ratach po 22 048,60 zł do 22.01.2018 r., 22.07.2018 r. i do 22.01.2019 r. oraz 22.07.2019 r.

Na podstawie przelewów bankowych ustalono, że dwie raty zostały opłacone po wyznaczonym terminie tj. 24.01.2018 r., 25.02.2019 r.

Według wyjaśnienia złożonego przez Dyrektora Szpitala i Główną Księgową (...) opóźnienie w zapłacie obowiązkowego ubezpieczenia OC Szpitala w 2018 r. nastąpiło z powodu oczekiwania na przelew środków z NFZ (...). Natomiast opóźnienie w zapłacie w 2019 r., którego termin przypadał na 22.01.2019 r., a płatność została uregulowana dopiero w dniu 25.02.2019 r., wyniknęło z przeoczenia. Jednocześnie oświadczam, że z powodu opóźnienia w zapłacie 2 rat obowiązkowego ubezpieczenia Ubezpieczyciel – Powszechny Zakład Ubezpieczeń S.A. Region Sprzedaży Korporacyjnej Oddział Sprzedaży Korporacyjnej Kielce nie naliczył odsetek i nie ponieśliśmy żadnych innych konsekwencji.

(Dowód: akta kontroli str.160 – 173 Zestawienie podpisane przez Dyrektora Szpitala wraz z Umową generalną z dn. 29.12.2017 r. Polisami nr 1027022848 i 1027027037; wyciągi z rachunku bankowego; Wyjaśnienie podpisane przez Dyrektora Szpitala i Główną Księgową)

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 Kierownika Działu Technicznego, Podmiot Leczniczy w 2018 r. posiadał 191 sztuk sprzętu i aparatury medycznej, zaś w 2019 r. liczba ta wynosiła 192 sztuki.

(Dowód: akta kontroli str.174 Informacja podpisana przez Kierownika Działu Technicznego)

W trakcie czynności kontrolnych ustalono, że w Podmiocie Leczniczym, w latach 2018-2019 obowiązywała Procedura Nr PO-27- Nadzorowanie infrastruktury zakładu (wydanie IV z dnia

⁸¹ okres dotyczy czasu objętego kontrolą

⁸² j/w

29.12.2015 r.), określająca zasady postępowania związane m.in. z nadzorem aparatury medycznej wykorzystywanej do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w Szpitalu. Stosownie do ww. dokumentu Kierownik m.in. (...) odpowiada za (...) prowadzenie pracy urządzeń w celu utrzymania ich w ciągłej sprawności, (...) terminowe wykonanie zgłoszonej usterki/naprawy/przeglądu. Wspólnie z kierownikami komórek organizacyjnych od 5.12.2018 r. odpowiada również m.in. za: (...) ocenę stanu technicznego aparatury medycznej - na wniosek użytkownika lub osoby dokonującej rocznego przeglądu, planowanie przeglądów technicznych aparatury medycznej oraz nadzorowanie ich realizacji i dokumentowanie w harmonogramach (...). Przytoczona procedura określa szczegółowo opis postępowania w przypadku: usuwania usterek technicznych i postępowania na wypadek awarii, nadzorowania aparatury medycznej, zakłada coroczny przegląd aparatury medycznej przez wyspecjalizowany serwis, zawiera zasady postępowania w przypadku stwierdzenia usterki lub niesprawności aparatury medycznej/sprzętu medycznego.⁸³

Zgodnie z treścią informacji o serwisowaniu urządzeń podpisanej przez Kierownika Działu Technicznego *1. Urządzenia medyczne z Pracowni Diagnostyki Obrazowej mają indywidualne umowy serwisowe na wykonywanie przeglądów i napraw. Umowy nadzoruje Kierownik RTG. Przeglądy są wykonywane zgodnie z wytycznymi producenta. Tomograf co 4 miesiące a pozostały sprzęt raz w roku. 2. Pozostały sprzęt medyczny raz w roku (we wrześniu w Kielcach, w grudniu w Morawicy) ma wykonywany przez firmę zewnętrzną przegląd. Po przeglądzie dla każdego urządzenia medycznego jest wystawiany „Protokół z badania sprzętu medycznego” lub „Świadectwo sprawności technicznej.” Umowy nadzoruje Kierownik Działu Technicznego. Umowy są na jednorazowy przegląd. Wykaz sprzętu medycznego prowadzony jest w wersji elektronicznej i aktualizowany na podstawie informacji z poszczególnych komórek szpitala.*

(Dowód: akta kontroli str. 175-177 Procedura PO-27 z dnia 29.12.2015 r. Nadzorowanie infrastruktury zakładu; Informacja podpisana przez Kierownika Działu Technicznego)

W trakcie prowadzenia czynności kontrolnych Kierownik Działu Technicznego przedstawił wydruki komputerowe pn. *Wykaz urządzeń do przeglądu* sporządzone w 2018 r. i 2019 r. dla Działu Fizjoterapii.⁸⁴ Dokumenty zawierały m.in. nazwę urządzenia, typ, numer fabryczny, rok przeglądu danego sprzętu oraz przybliżoną/wstępną datę następnego badania.

(Dowód: akta kontroli str. 178-179 Wykaz urządzeń do przeglądu – Dział Fizjoterapii za lata 2018 -02019)

⁸³ Z wyłączeniem drobnych urządzeń typu: termometr, glukometr, itp.

⁸⁴ Wybrano z uwagi na fakt, iż Dział Fizjoterapii dysponuje największą ilością sprzętu i aparatury medycznej.

W zakresie realizacji obowiązków wynikających z art. 90 ust. 6-9 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych⁸⁵ wrywkowej kontroli poddano losowo wybrane dokumenty z przeglądów technicznych⁸⁶ sprzętu i aparatury medycznej użytkowanej w Dziale Fizjoterapii, tj.: a) urządzenia do masażu wibracyjnego „Aquavibron” (nr fabryczny 6105); b) aparatu magnetronic typ MF-20 (nr seryjny 205); c) aparatu do terapii ultradźwiękowej US13 EVO (nr seryjny 062036); d) aparatu Laser ze skanerem TRI HP (nr seryjny T04406); e) aparatu do elektroterapii typ St 43 (nr seryjny 5777432), f) urządzenia do krioterapii Cryo 6 (nr seryjny 723466).

Okazana dokumentacja⁸⁷ potwierdzająca przeprowadzenie badań w 2018 r. i 2019 r. zawierała informacje dotyczące: danych technicznych aparatu tj.: nazwy, typu, nr seryjnego/fabrycznego, danych użytkownika i serwisanta oraz danych z dokonanych przeglądów i napraw z datą ich wykonania. Na podstawie przedłożonych dokumentów ustalono, że przeglądy okresowe ww. urządzeń odbywały się w zależności od zaleceń serwisowych, w wyznaczonym terminie następnego przeglądu określonego przez wyspecjalizowaną firmę.

(Dowód: akta kontroli str.180-185A Przykładowe dokumenty z przeglądów serwisowych za 2018 r. i 2019 r.: aparatu do elektroterapii oraz krioterapii, urządzenia do masażu wibracyjnego)

Na podstawie Zestawienia sporządzonego przez Kierownika Działu Technicznego ustalono, że Podmiot Lecznicy w latach 2018-2019 podpisał łącznie 7 umów serwisowych (w 2018 r.– 2 umowy, a w 2019 r.– 5 umów) o łącznej wartości 18 896,61 zł w tym: w 2018 r. – na kwotę 6 788 zł, a w 2019 r. – na łączną kwotę 12 108,61zł. Według poniższego zestawienia wynika, że każda z umów została zrealizowana w 100%.

Szczegóły w tym zakresie przedstawia poniższy wykaz.

Lp.	Nr umowy Data zawarcia Wartość umowy brutto w zł/wartość wydatkowana w zł	Nazwa firmy serwisowej	Przedmiot
2018 ROK			
1.	EZP-12/BP/2018 z dnia 14.08.2018 3 198,00/3 198,00	Wojciech Kutnik Czerwona Góra 3/5, 26-60 Chęciny	Przeгляд stanu technicznego urządzeń medycznych i dostarczenie świadectw sprawności dopuszczających urządzenia medyczne do pracy przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych

⁸⁵ Tj. posiadania przez Podmiot Lecznicy dokumentacji wykonanych napraw, działań serwisowych, dokumentacji określających terminy kolejnych serwisów – ustawa z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz.U. 2017.2011 t.j. ze zm., Dz.U. 2019.175 t.j. ze zm.).

⁸⁶ Za okres objęty kontrolą.

⁸⁷ Tj. paszport techniczny lub dziennik aparatu wraz z protokołem z badania sprzętu medycznego zgodnie z normą PN/EN 62353 lub karta gwarancyjna wraz z deklaracją zgodności lub świadectwo sprawności technicznej.

Lp.	Nr umowy Data zawarcia Wartość umowy brutto w zł/wartość wydatkowana w zł	Nazwa firmy serwisowej	Przedmiot
2.	EZP-22/BP/2018 z dnia 05.12.2018 r. 3 590,00/3 590,00	Wojciech Kutnik Czerwona Góra 3/5, 26-60 Chęciny	Przeгляд stanu technicznego urządzeń medycznych i dostarczenie świadectw sprawności dopuszczających urządzenia medyczne do pracy przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych
2019 ROK			
1.	EZP-18/BP/2019 z dnia 27.08.2019 r. 3 221,00/3 221,00	Wojciech Kutnik, Czerwona Góra 3/5, 26-60 Chęciny	Przeгляд stanu technicznego urządzeń medycznych i dostarczenie świadectw sprawności dopuszczających urządzenia medyczne do pracy przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych
2.	EZP-27/BP/2019 z dnia 02.12.2019 r. 3 590,00/3 590,00	Wojciech Kutnik, Czerwona Góra 3/5, 26-60 Chęciny	Przeгляд stanu technicznego urządzeń medycznych i dostarczenie świadectw sprawności dopuszczających urządzenia medyczne do pracy przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych
3.	EZP-22/BP/2019 z dnia 21.10.2019 r. 1 308,72/1 308,72	Medikol Systems Poznań	Przeгляд aparatu RTG SHIMADZU
4.	EZP-19/BP/2019 z dnia 04.09.2019 r. 3 988,89/3 988,89	Althea Polska Mikołów	Przeгляд tomografu komputerowego Brightspeed Exel
5.	EZP-252-8/2019 z dnia 23.04.2019 r.	ADO-MED. Świętochłowice	Przeгляд aparatu USG w ramach gwarancji

(Dowód: akta kontroli str.186-187 Zestawienie nr 12 podpisane przez Kierownika Działu Technicznego)

Na podstawie Zestawienia obrotów i sald za 2018 r. i 2019 r. od konta 402-22 do 402-24 ustalono, że koszty konserwacji, napraw i opłat serwisowych sprzętu medycznego wyniosły łącznie: w 2018 r. – 66 595,32 zł (odpowiednio: 22 052,14 zł, 11 017,78 zł, 33 525,40 zł) zaś w 2019 r. – 47 227,31 zł (odpowiednio: 26 479,92 zł, 4 929,59 zł, 15 817,80 zł).

(Dowód: akta kontroli str. 188-193 Zestawienie kont od 402-22 do 402-24 za lata 2018 – 2019)

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

Na wniosek kontrolujących pracownik Działu Fizjoterapii przedłożył dane dotyczące wykorzystania w latach 2018-2019 sprzętu i aparatury medycznej, na którym w tym czasie w ww. komórce wykonano najwięcej badań, tj. aparatów magnetronic, aparatu aquavibron, laserów, aparatów do elektroterapii, aparatów do ultradźwięków oraz aparatu do krioterapii,

obejmujące nazwę urządzenia, ilość sztuk, liczbę badań wykonanych na poszczególnych aparatach, liczbę badań wykonanych łącznie.

Szczegóły w tym zakresie przedstawia poniższe zestawienie tabelaryczne sporządzone na podstawie otrzymanego wykazu.

NAZWA APARATU	ILOŚĆ SZTUK	ILOŚĆ ZABIEGÓW WYKONANYCH NA POSZCZEGÓLNYCH APARATACH**	ILOŚĆ ZABIEGÓW WYKONANYCH BADAŃ ŁĄCZNIE***	ILOŚĆ SZTUK	ILOŚĆ ZABIEGÓW WYKONANYCH NA POSZCZEGÓLNYCH APARATACH**	ILOŚĆ ZABIEGÓW WYKONANYCH BADAŃ ŁĄCZNIE***
MAGNETRONIC	2	2130	4260	2	1597	3194
AQUAVIBRON	1	1148	1148	1	841	841
LASER	3	2329	6987	3	1728	5184
APARAT DO ELEKTROTERAPII	4	2183	8732	4	1711	6844
ULTRADŹWIĘKI	2	1388	2776	2	1153	2306
KRIOTERAPIA CRYO	1	844	844	1	1490	1490

*Na każdym z wykazanych aparatów w liczbie większej niż 1 wykonano taką samą liczbę zabiegów.

Z powyższego zestawienia wynika, że w Dziale Fizjoterapii w latach 2018 – 2019 na wytypowanych do kontroli aparatach wykonano łącznie 44 606 zabiegów odpowiednio: 24 747 i 19 859. W 2019 r. zanotowano spadek liczby wykonanych zabiegów łącznie o 4 888 zabiegów. Największe spadki zarejestrowano w zabiegach z zakresu elektroterapii (o 1 888), laseroterapii (o 1803) oraz zabiegach wykonanych na aparatach magnetronic (o 1 066). Największy wzrost wykonywanych zabiegów zanotowano w ramach krioterapii (o 646).

(Dowód: akta kontroli str. 194 Zestawienie Nr 13 Ilość badań wykonanych w okresie kontroli na wybranym sprzęcie Działu Fizjoterapii podpisane przez pracownika)

Ocena cząstkowa 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; przebiegu procesu udzielania świadczeń; analizy wybranych komórek organizacyjnych Szpitala pod kątem liczby leczonych, liczby

udzielonych porad, oczekujących na świadczenia, itp.; prowadzenia list oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej; działalności Zespołu ds. oceny przyjęć; udzielania zamówień na świadczenia zdrowotne; trybu przyjmowania i rozpatrywania skarg i wnosów związanych z działalnością pacjentów (z wyłączeniem tych, które podlegają nadzorowi medycznemu); ankietyzacji satysfakcji pacjenta oraz systemu zarządzania, w tym: posiadane certyfikaty/akredytacje; 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 oraz procedur związanych z prowadzeniem okresowych przeglądów i serwisowania wybranego sprzętu.

Uzasadnienie oceny cząstkowej

Pozytywna ocena dotyczy: posiadania procedur regulujących przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych oraz stosowania ich w bieżącej działalności Szpitala; prowadzenia list oczekujących na udzielanie świadczeń zdrowotnych stosownie do obowiązujących w tym zakresie przepisów prawa; terminowego przekazywania do płatnika Świętokrzyskiego OW NFZ list oczekujących; właściwego realizowania obowiązków przez Zespół Oceny Przyjęć w zakresie oceny listy oczekujących na udzielenie świadczenia; przeprowadzania konkursów na zlecenie realizacji świadczeń zdrowotnych podmiotowi zewnętrznemu rzetelnie i z należytą starannością; rozpatrywania skarg (z wyłączeniem tych, które podlegają nadzorowi medycznemu) na zasadach określonych w procedurze wewnętrznej oraz zgodnie z regulacjami prawnymi w tym zakresie; kompleksowej prezentacji w raporcie rocznym wyników ankiet badających stopień satysfakcji pacjentów korzystających z usług świadczonych przez Podmiot Leczniczy; dysponowania certyfikatami potwierdzającymi spełnienie wymagań normy ISO 9001; posiadania obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie przewidzianym przepisami prawa; przestrzegania obowiązków i zasad postępowania z serwisowaniem i nadzorem nad sprzętem medycznym wykorzystywanym do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w Szpitalu.

Stwierdzone nieprawidłowości i uchybienia dotyczą: braku aktualizacji podstawy prawnej przywołanej w dwóch Zarządzeniach Dyrektora Szpitala; nieprawidłowego składu Zespołu Oceny Przyjęć; brak usankcjonowania w Zarządzeniu Nr 66/2018 z 19.11.2018 r. p.o. Dyrektora Szpitala możliwości udziału dodatkowych pracowników Centrum w posiedzeniach Zespołu i określenia ich zadań oraz wytycznych dotyczących postępowania członków Zespołu Oceny Przyjęć w przypadku nieobecności jednego z nich w dniu zaplanowanego posiedzenia;

nieterminowego opłacenia dwóch rat za obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej.

Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za stwierdzone nieprawidłowości i uchybienia

Za stwierdzone uchybienia odpowiedzialni są:

- Pan Jacek Musiał – do dnia 27.07.2018 r. Dyrektor Świętokrzyskiego Centrum Psychiatrii;⁸⁸
- Pani Mariola Grzesik – Zastępca Dyrektora ds. Ekonomiczno – Eksploatacyjnych ŚCP od dnia 27.07.2018 r. pełniąca obowiązki Dyrektora.⁸⁹

3. Pozostałe ustalenia dotyczące sprawdzenia sposobu wykonania zaleceń pokontrolnych zaleceń i wniosków zawartych w Wystąpieniu Pokontrolnym z dnia 29.10.2018 r., znak DOZ.III.1711.19.1.2018.

W Wystąpieniu Pokontrolnym sporządzonym po przeprowadzeniu w Podmiocie Lecznicyzmy kontroli w zakresie: Realizacja zadań określonych w regulaminie organizacyjnymi i statucie, dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych, a następnie przyjętym przez Zarząd Województwa Świętokrzyskiego na posiedzeniu w dniu 29.10.2018 r. sformułowano zalecenia i wnioski pokontrolne. W wyznaczonym terminie p.o. Dyrektora Szpitala w piśmie z dnia 21.11.2018 r., znak; KA.0912.5.2018 poinformowała o sposobie wykonania zaleceń pokontrolnych w następujący sposób:

(Dowód: akta kontroli str. 195 Pismo p.o. Dyrektora Szpitala, znak: KA.0912.5.2018 z dn. 21.11.2018 r.)

1. *Zarządzeniem nr 66/2018 Dyrektora ŚCP z dn. 19.11.2018 r. powołano nowy skład osobowy Zespołu ds. Oceny Przyjęć. Powyższe stanowiło odpowiedź na zalecenie w brzmieniu: Ustalić skład osobowy Zespołu ds. oceny przyjęć stosownie do art. 21 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki finansowych ze środków publicznych.*

Czynności kontrolne pozwoliły na ustalenie, że zalecenie częściowo zostało zrealizowane. Szczegóły w tym zakresie opisano na stronach 23-25 niniejszego Dokumentu.

2. *Świętokrzyskie Centrum Psychiatrii w Morawicy informuje, że w prowadzonych postępowaniach w trybie konkursu ofert na udzielenie świadczeń zdrowotnych będzie wywiązywać się z obowiązku: 1. zamieszczania w treści ogłoszenia o konkursie i w szczegółowych warunkach konkursu jednakowych informacji; 2. stosowania nazw*

⁸⁸ Z mocy Uchwały Nr 4124/2018 Zarządu Województwa Świętokrzyskiego z dnia 18.07.2018 r.

⁸⁹ Z mocy Uchwały Nr 4124/2018 Zarządu Województwa Świętokrzyskiego z dnia 18.07.2018 r. p.o. Dyrektora do dnia 18.03.2019 r., tj. powołania następcy Dyrektora ŚCP - Uchwała Nr 275/19 Zarządu WŚ z dnia 27.02.2019 r.

i kodów określonych w Rozporządzeniu Nr 2195/2002 z dnia 16.12.2002 r. (Dz. Urz. WE L 340 z 16.12.2002, str. 1 i n. z późn. zm.) do opisu przedmiotu zamówienia;

3. porównywania ofert o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej według kryteriów wskazanych w art. 148 ust. 1 ustawy z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Powyższe stanowiło odpowiedź na zalecenie w brzmieniu: W prowadzonych postępowaniach w trybie konkursu ofert na udzielenie świadczeń zdrowotnych należy: a) zamieszczać w treści ogłoszenia o konkursie i w szczegółowych warunkach konkursu, jednakowe informacje w zakresie wymaganych dokumentów; b) do opisu przedmiotu zamówienia stosować nazwy i kody ustalone we Wspólnym Słowniku Zamówień określonym w Rozporządzeniu Nr 2195/2002 z dnia 16.12.2002 r. (Dz. Urz. WE L 340 z 16.12.2002, str. 1 i n. z późn. zm.); c) porównywać oferty, w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, według kryteriów wskazanych w art. 148 ust. 1 ustawy z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

W wyniku analizy postępowania pn. Wykonywanie badań diagnostycznych podzielonych na 4 pakiety, w tym: pakiet nr I – Badania tomografem komputerowym; pakiet nr II – Badania rezonansem magnetycznym; pakiet nr III – Badania USG z opcją Dopplera; pakiet nr IV – Badania EMG ustalono, że Podmiot Leczniczy: 1) w treści ogłoszenia o konkursie „odsłał” do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert w kwestii dotyczącej określonych wymagań; 2) do opisu przedmiotu zamówienia zastosował nazwy i kody ustalone we Wspólnym Słowniku Zamówień określonym w rozporządzeniu nr 2195/2002 z dnia 16.12.2002 r. (Dz. Urz. WE L 340 z 16.12.2002, str. 1 i n. z późn. zm.); 3) ocenił złożoną ofertę według kryteriów wskazanych w art. 148 ust. 1 u.s.o.z. tj.: ceny, jakości, kompleksowości, dostępności, ciągłości.

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.1711.19.1.2018 z dnia 29.10.2018 r.

Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za stwierdzone nieprawidłowości

Za stwierdzone nieprawidłowości odpowiedzialna jest Pani Mariola Grzesik – Zastępca Dyrektora ds. Ekonomiczno – Eksploatacyjnych ŚCP pełniąca obowiązki Dyrektora od 27.07.2018 r. do 18.03.2019 r.

Zalecenia i wnioski

Przedstawiając powyższe oceny częściowe wynikające z ustaleń kontroli wnosi się o wykonanie zaleceń i wykorzystanie następujących wniosków:

1. Na bieżąco aktualizować podstawę prawną dokumentów prawa wewnętrznego Szpitala, w szczególności Zarządzeń Dyrektora regulujących procesy w zakresie postępowania ze skargami i wnioskami wnoszonymi na działalność Podmiotu Leczniczego oraz określenia składu Zespołu ds. badań ankietowych.
2. Z uwagi na uchylenie art. 21 u.ś.o.z., przez art. 4 pkt 8 ustawy z dnia 14.08.2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu (Dz.U. 2020, poz. 1493),⁹⁰ odstępuje się od sformułowania zalecenia pokontrolnego dotyczącego niezgodnego z ww. artykułem składu Zespołu ds. oceny przyjęć.
3. Wnioskuje się o formułowanie Zarządzeń Dyrektora, tak aby:
 - a) udział osób trzecich i ich zadania w pracach grup/zespołów powoływanych w oparciu o delegacje określone w przepisach prawa regulujących funkcjonowanie Szpitala były precyzyjnie określone i nie stały w sprzeczności z aktami prawnymi stanowiącymi podstawę ich tworzenia,
 - b) określony był tryb postępowania w przypadku niepełnego składu grup/zespołów w dniu wyznaczonego posiedzenia.
4. Opłacać w wyznaczonych terminach raty polisy odpowiedzialności cywilnej.
5. Realizować zalecenia pokontrolne wynikające z ustaleń kontroli.


Pouczenie

⁹⁰ Zmiana obowiązująca od września 2020 r.

Pozostałe informacje i pouczenia

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.

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


MARSZAŁEK
Województwa świętokrzyskiego
.....
Andrzej Białkowski
/podmiot uprawniony do kontroli/

Kielce, dnia ..9...11...2020 r.



OZ-IV.1711.8.2020

Kielce, 16 listopada 2020 r.

Beata Matulińska
Dyrektor
Świętokrzyskiego Centrum Psychiatrii
w Morawicy

Dotyczy: przekazania Wystąpienia Pokontrolnego

Szanowna Pani

W załączeniu przekazuję Pani Wystąpienie Pokontrolne, które zostało przyjęte Uchwałą Nr 2935/20 Zarządu Województwa Świętokrzyskiego z dnia 9 listopada 2020 r. Dokument obejmuje treść Projektu Wystąpienia Pokontrolnego, przekazanego w dniu 26.10.2020 r., uzupełniony o wnioski dotyczące usprawnienia funkcjonowania Jednostki Kontrolowanej. Jednocześnie przypominam o obowiązku poinformowania podmiotu uprawnionego 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.

Z poważaniem

Bogumiła Niziołek

Dyrektor

Departamentu Ochrony Zdrowia

DYREKTOR
Departamentu Ochrony Zdrowia
Bogumiła Niziołek

16.11.2020
Z-ca Dyrektora
Departamentu Ochrony Zdrowia

Krzysztof Ołownia

Kierownik
Oddziału ds. Organizacji i Kontroli
16.11.2020 r.
Główny Specjalista

Ewa Murzec
Jolanta Jesionowska

tel.: 41 342 10 36
fax: 41 344 52 65
sekretariat.OZ@sejmik.kielce.pl
al. IX Wieków Kielc 3, 25-516 Kielce

Otrzymałem
17.11.2020
Strijnes

