

UCHWAŁA NR 6153/22
ZARZĄDU WOJEWÓDZTWA ŚWIĘTOKRZYSKIEGO
Z DNIA 16 LISTOPADA 2022 ROKU

W SPRAWIE:

Przyjęcia Projektu Wystąpienia Pokontrolnego dotyczącego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.

NA PODSTAWIE:

§ 20 ust. 5 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych (t. j. Dz.U. 2015, poz. 1331), Zarząd Województwa Świętokrzyskiego uchwała, co następuje:

§ 1

1. Przyjmuje się Projekt Wystąpienia Pokontrolnego dotyczący Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze, sporządzony po przeprowadzeniu kontroli w zakresie:

1). Realizacji zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie, dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych w latach 2020-2021.

2. Projekt Wystąpienia Pokontrolnego stanowi załącznik do niniejszej Uchwały.

§ 2

Wykonanie uchwały powierza się Marszałkowi Województwa Świętokrzyskiego.

§ 3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

MARSZAŁEK
WOJEWÓDZTWA ŚWIĘTOKRZYSKIEGO

ANDRZEJ BĘTKOWSKI

(dokument podpisano elektronicznie)

Uzasadnienie

do uchwały w sprawie przyjęcia Projektu Wystąpienia Pokontrolnego dotyczącego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rafała w Czerwonej Górze.

W dniach od 10.10.2022 r. do 21.10.2022 r. pracownicy Departamentu Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego, na podstawie imiennych upoważnień udzielonych przez podmiot uprawniony do kontroli, przeprowadzili kontrolę planową w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Św. Rafała w Czerwonej Górze. Kontrola obejmowała: *1). Realizację zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie, dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych w latach 2020 – 2021.*

Po zakończeniu czynności kontrolnych, sporządzono Projekt Wystąpienia Pokontrolnego obejmujący ustalenia dokonane w trakcie kontroli. Zgodnie z § 20 ust. 5 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 roku w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych, projekt wystąpienia pokontrolnego podpisuje kontrolujący i podmiot uprawniony do kontroli.

W związku z powyższym, podjęcie niniejszej uchwały jest uzasadnione.

Załącznik nr 1 do Uchwały Nr 6153/22
Zarządu Województwa Świętokrzyskiego
z dnia 16 listopada 2022 r.

OZ-I.1711.10.2022

PROJEKT

WYSTĄPIENIA POKONTROLNEGO

sporządzony na podstawie § 20 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 Kielc

Dane identyfikacyjne kontroli:

Jednostka Kontrolowana: Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Św. Rafała w Czerwonej Górze 10, 26-060 Chęciny¹

Kierownik jednostki kontrolowanej:

Pan Youssef Sleiman, powołany na stanowisko Dyrektora z dniem 23.01.2020 r. Uchwałą nr 1575/20 Zarządu Województwa Świętokrzyskiego z dnia 22.01.2020 r.

Termin przeprowadzenia czynności kontrolnych i zakres kontroli: kontrolę przeprowadzono w dniach od 10.10.2022 r. do 21.10.2022 r. w zakresie: realizacji zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie, dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych w latach 2020-2021. Szczegółowy zakres kontroli został wskazany w Programie kontroli, przyjętym Uchwałą Nr 5887/22 Zarządu Województwa Świętokrzyskiego z dnia 21 września 2022 r.

[Dowód: akta kontroli str. 1- 6]

Jednostka prowadząca kontrolę: Departament Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Świętokrzyskiego.

Czynności kontrolne prowadzono w siedzibie podmiotu leczniczego – dokonano wpisu do Książki kontroli pod pozycją nr 81.

O kontroli Dyrektor jednostki został poinformowany drogą telefoniczną w dniu 28.09.2022 r.

Osoby przeprowadzające kontrolę:

Jolanta Jesionowska - Główny Specjalista na podstawie upoważnienia Nr OZ-I.1711.10.2022-1 z dnia 21 września 2022 r. wydanego przez Marszałka Województwa Świętokrzyskiego w związku z Uchwałą Zarządu Województwa Świętokrzyskiego Nr 5888/22 z dnia 21 września 2022 r., oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli.

Karol Giemza – Inspektor na podstawie upoważnienia Nr OZ-I.1711.10.2022-2 z dnia 21 września 2022 r. wydanego przez Marszałka Województwa Świętokrzyskiego w związku z Uchwałą Zarządu Województwa Świętokrzyskiego Nr 5888/22 z dnia 21 września 2022 r., oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli.

[Dowód: akta kontroli str. 7-14]

Ocena ogólna

¹ Zwany również: WSS, Szpitalem, podmiotem leczniczym, kontrolowanym, podmiotem udzielającym zamówienia, jednostką kontrolowaną.

Ocena działalności podmiotu leczniczego, w zakresie objętym kontrolą została dokonana na podstawie ustalonego stanu faktycznego² przy zastosowaniu kryteriów kontroli wynikających z ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 roku³ (zwana dalej u.d.l.) tj. *celowości, gospodarności i rzetelności*.

Mając na uwadze przyjętą skalę ocen⁴, na podstawie analizy dokumentacji źródłowej, jak również otrzymanych wyjaśnień, działalność Jednostki Kontrolowanej w zakresie objętym kontrolą oceniono pozytywnie mimo stwierdzonych uchybień i nieprawidłowości.

I. Realizacja zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie

A. Ustalenia faktyczne

1. Zgodność zakresu i rodzaju udzielanych świadczeń zdrowotnych w Statucie, Regulaminie Organizacyjnym oraz księdze rejestrowej prowadzonej przez Wojewodę Świętokrzyskiego

1.1. Statut – informacje ogólne:

W okresie objętym kontrolą w podmiot leczniczy działał w oparciu o statuty:

a) z dnia 20 listopada 2017 r. stanowiący załącznik do Uchwały Nr XXXVIII/546/17 Sejmiku Województwa Świętokrzyskiego z dnia 20.11.2017 r.⁵;

b) z dnia 29 czerwca 2020 r. stanowiący załącznik do Uchwały Nr XXII/287/20 Sejmiku Województwa Świętokrzyskiego z dnia 29.06.2020 r.⁶

Zgodnie z § 4 ust. 1 Statutu podstawowym celem zakładu jest m.in.: (...) *udzielanie świadczeń zdrowotnych służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia, sprawowanie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi oraz podejmowanie innych działań medycznych wynikających z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania i realizowanie zadań z zakresu promocji zdrowia oraz prowadzenie działalności humanitarnej na rzecz pacjentów*.

Jednostka udziela świadczeń w rodzaju: a) stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych szpitalnych i innych niż szpitalne, b) ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Szpital może prowadzić działalność leczniczą w zakresie: a) promocji zdrowia; b) realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych

² W oparciu o dokumenty poddane kontroli, w odniesieniu do przyjętej próby kontrolnej.

³ Dz.U.2022 poz. 633 z późn. zm.

⁴ Kontrolujący stosują 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości i uchybień, negatywna.

⁵ Dz.Urząd.Woj.Święt.2017., poz. 3543.

⁶ Dz.Urząd.Woj.Święt.2020., poz. 2614.

i promocją zdrowia, w tym wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej;

Ustalono, iż zmiana Statutu w 2020 r. wiązała się z: a) zawarciem przez kontrolowany podmiot leczniczy umowy z Uniwersytetem Jana Kochanowskiego w Kielcach o udostępnienie określonych komórek organizacyjnych Szpitala na rzecz Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach na wykonywanie zadań dydaktycznych i badawczych powiązanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, b) dostosowaniem zapisów Statutu do ustawy o działalności leczniczej w zakresie źródeł finansowania sp zoz oraz przeznaczenia otrzymanych środków publicznych, a także w przedmiocie funduszu założycielskiego, c) zmianami redakcyjnymi o charakterze porządkowym w zakresie aktualizacji publikatorów aktów prawnych oraz ujednoczeniem nazewnictwa (w zakresie zwrotu „zakład” na „szpital”).

Zgodnie z obowiązującym statutem, Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. Św. Rafała wykonuje działalność leczniczą za pomocą trzech odrębnych zakładów: 1) Szpital w Czerwonej Górze, ul. Czerwona Góra 10, 26-060 Chęciny, 2) Przychodnia przy szpitalu w Czerwonej Górze ul. Czerwona Góra 10, 26-060 Chęciny, 3) Wojewódzka Przychodnia Specjalistyczna Szpitala w Czerwonej Górze ul. Jagiellońska 72, 25-734 Kielce.

Szpital po uprzednim zaopiniowaniu przez Radę Społeczną⁷, dokonał w listopadzie 2021 r. zmian w zakresie liczby i nazw zakładów leczniczych. W trakcie trwania czynności kontrolnych ustalono, iż w chwili obecnej podmiot tworzący jest w trakcie procedowania statutu jednostki kontrolowanej w nowym brzmieniu, tj. m.in. uwzględniającym aktualne zakłady lecznicze⁸.

[Dowód: akta kontroli str. 15-33]

1.2. Regulamin Organizacyjny (zwany dalej Regulaminem)

W oparciu o dokumenty źródłowe ustalono, że w okresie objętym kontrolą obowiązywały następujące teksty jednolite Regulaminu Organizacyjnego z dnia tj. a) 20.03.2018 r., pozytywnie zaopiniowany uchwałą nr 14/2018 Rady Społecznej w dniu 20.03.2018 r., b) 25.02.2021 r. pozytywnie zaopiniowany uchwałą na 2/2021 RS z dnia 25.02.2021 r., c) 29.10.2021 r. pozytywnie zaopiniowany uchwałą nr 9/2021 RS z dnia 29.10.2021 r. Kolejne wymienione teksty jednolite wprowadzono zarządzeniami wewnętrznymi Dyrektora podmiotu leczniczego odpowiednio nr: 11/2018 z dnia 20.03.2018 r., 8/2021 z dnia 26.02.2021 r. oraz 33/2021 z dnia 15.11.2021 r.

⁷ Uchwała nr 10/2021 z dnia 29.10.2021 r.

⁸ Zakład świadczeń szpitalnych, zakład świadczeń diagnostyczno – ambulatoryjnych, zakład świadczeń opieki długoterminowej – opisane w dalszej części Projektu Wystąpienia Pokontrolnego.

Wprowadzane w badanym okresie zmiany związane z bezpośrednią działalnością medyczną kontrolowanej jednostki przedstawia poniższa tabela nr 1.

Tabela nr 1. ZESTAWIENIE JEDNOSTEK I KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH, KTÓRE ZAPRZESTAŁY/ ZAWIESIŁY/ PRZEKSZTAŁCIŁY SIĘ /BĄDŹ ROZPOCZĘŁY SWOJĄ DZIAŁALNOŚĆ

L P	JEDNOSTKA/KOMÓRKA ORGANIZACYJNA	DATA ZDARZENIA	RODZAJ ZDARZENIA [ZAPRZESTANIE/ ZAWIESZENIE/PRZEKSZTAŁCENIE/ROZPOCZĘCIE FUNKCJONOWANIA]	UWAGI KONTROLUJĄCYCH
2020 ROK				
1.	Pracownia Badań Czynnościowych Układu Oddechowego/Dział Badań Czynnościowych Układu Oddechowego	09.03.2020 r.	Zmiana nazwy Pracownia Badań Czynnościowych Układu Oddechowego na Dział Badań Czynnościowych Układu (wyodrębniony w strukturze Szpitala jako samodzielna komórka organizacyjna). W ramach Działu funkcjonują dwie pracownie: Pracownia Pletyzmografii i Pracownia Spirometrii. Pracownia Badań Układu Oddechowego wykonywała badania tylko dla pacjentów Oddziału II Chorób Płuc i Gruźlicy i bezpośrednio podlegała pod ww. oddział. Obecnie badania są wykonywane dla pacjentów ze wszystkich oddziałów Szpitala.	RPWDL ⁹ - Dział Badań Czynnościowych Układu Oddechowego od 12.11.2021 r.; id jednostki – 08 RPWDL - Pracownia Pletyzmografii id. kom. – 097; id. jedn. - 08 – rozpoczęcie działalności 20.03.2020 r ¹⁰ RPWDL - Pracownia Spirometrii id. kom. - 096 – id. jedn. 08 - rozpoczęcie działalności 20.03.2020 r. Opinia Rady Społecznej – uchwała 3/2020 z dnia 9.03.2020 r.; Zarządzenie Dyrektora – 9/2020 z dnia 9.03.2020 r. Zmiana porządkująca, bez zmian zakresu świadczeń – nie zgłaszano wniosku do Zarządu WŚ o wyrażenie opinii w przedmiotowej sprawie.
2	Oddział I Pulmonologii	05.06.2020	Wyodrębnienie w ogólnej liczbie łóżek - łóżek do nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej.	RPWDL ¹¹ - id. kom. 051; id. jedn. – 01; liczba łóżek do nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej- 4. Opinia Rady Społecznej – uchwała 9/2020 z dnia 5.06.2020 r.; Zarządzenie Dyrektora – 16/2020 z dnia 9.03.2020 r. Zmiana

⁹ Na dzień rozpoczęcia kontroli.

¹⁰ W RPWDL poz. 097 – rozpoczęcie działalności 20.03.2020 r.

¹¹ Na dzień 30.11.2021 r. Zmiana nazwy na Oddział I Chorób Płuc i Gruźlicy w 2022 r.

L P	JEDNOSTKA/KOMÓRKA ORGANIZACYJNA	DATA ZDARZENIA	RODZAJ ZDARZENIA [ZAPRZESTANIE/ ZAWIESZENIE/PRZEKSZTAŁCE NIE/ROZPOCZĘCIE FUNKCJONOWANIA]	UWAGI KONTROLUJĄCYCH
				porządkująca, bez zmian zakresu świadczeń – nie zgłaszano wniosku do Zarządu WŚ o wyrażenie opinii w przedmiotowej sprawie.
3	Oddział II Chorób Płuc i Gruźlicy	05.06.2020	Wyodrębnienie w ogólnej liczbie łóżek w oddziale - łóżek do nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej.	RPWDL ¹² - id. kom. 007; id. jedn. – 01; liczba łóżek do nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej- 4. Opinia Rady Społecznej – uchwała 9/2020 z dnia 5.06.2020 r.; Zarządzenie Dyrektora – 16/2020 z dnia 5.06.2020 r. Zmiana porządkująca, bez zmian zakresu świadczeń – nie zgłaszano wniosku do Zarządu WŚ o wyrażenie opinii w przedmiotowej sprawie.
4	Oddział IV Pulmonologiczno - Alergologiczny	05.06.2020	Zmniejszenie liczby łóżek z 37 na 35. Ze względów epidemiologicznych koniecznym stało się zmniejszenie liczby łóżek na 5 łóżkowej sali do 3 łóżek. Wyodrębnienie w ogólnej liczbie łóżek - łóżek do nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej.	RPWDL ¹³ - id. kom. 009; id. jedn. – 01; liczba łóżek – 35 liczba łóżek do nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej- 3. Opinia Rady Społecznej – uchwała 9/2020 z dnia 5.06.2020 r.; Zarządzenie Dyrektora – 16/2020 z dnia 5.06.2020 r. Zmiana porządkująca, bez zmian zakresu świadczeń – nie zgłaszano wniosku do Zarządu WŚ o wyrażenie opinii w przedmiotowej sprawie.
5	Pracownia Biologii Molekularnej	18.08.2020 18.08.2020 (wpis do Księgi Rejestrowej)	W strukturze Działu Diagnostyki Laboratoryjnej utworzono Pracownię Biologii Molekularnej . W związku z ogłoszeniem	RPWDL ¹⁴ - id. kom. 098; id. jedn. – 11; data rozpoczęcia działalności – 18.08.2020 r. Opinia Rady Społecznej – uchwała 7/2020 z dnia

¹² Na dzień rozpoczęcia kontroli.

¹³ Jak wyżej.

¹⁴ Na dzień rozpoczęcia kontroli.

L P	JEDNOSTKA/KOMÓRKA ORGANIZACYJNA	DATA ZDARZENIA	RODZAJ ZDARZENIA [ZAPRZESTANIE/ ZAWIESZENIE/PRZEKSZTAŁCE NIE/ROZPOCZĘCIE FUNKCJONOWANIA]	UWAGI KONTROLUJĄCYCH
			na terenie Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii związanego z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2, wychodząc naprzeciw potrzebom, Szpital podjął decyzję o utworzeniu laboratorium wykonującego testy na obecność wirusa u pacjentów.	26.05.2020 r.; Zarządzenie Dyrektora – 23/2020 z dnia 18.08.2020 r. Szpital zwrócił się do Zarządu WŚ o wyrażenie zgody na rozszerzenie działalności leczniczej poprzez utworzenie pracowni – zgoda podmiotu tworzącego uchwała nr 2276/2020 z dnia 24.06.2020 r.
6	Poradnia Leczenia Bólu	28.09.2020 01.10.2020 (wpis do Księgi Rejestrowej)	Przeniesienie Poradni Leczenia Bólu z lokalizacji: Wojewódzka Przychodnia Specjalistyczna Szpitala w Czerwonej Górze ul. Jagiellońska 72, Kielce do lokalizacji: Przychodnia przy Szpitalu w Czerwonej Górze ul. Czerwona Góra 10, Chęciny.	RPWDL ¹⁵ - id. kom. 099; id. jedn. – 04 ; data rozpoczęcia* działalności – 1.10.2020 r. pod nowym adresem. Opinia Rady Społecznej – uchwała 12/2020 z dnia 3.09.2020 r.; Zarządzenie Dyrektora – 24/2020 z dnia 28.09.2020 r. Zmiana porządkująca, bez zmian zakresu świadczeń – nie zgłaszano wniosku do Zarządu WŚ o wyrażenie opinii w przedmiotowej sprawie.
2021 ROK				
1.	Poradnia Chirurgiczna	26.02.2021 15.02.2021 (wpis w Księdze rejestrowej)	Utworzenie nowej komórki organizacyjnej w lokalizacji Przychodnia przy Szpitalu w Czerwonej Górze, podyktowane było analizą rynku usług medycznych – wyjście naprzeciw oczekiwaniom pacjentów, oraz zmniejszenie kolejek i liczby nieuzasadnionych wizyt chorych w Izbie Przyjęć.	RPWDL ¹⁶ - id. kom. 100; id. jedn. – 04 ; data rozpoczęcia działalności – 15.02.2021 r. Opinia Rady Społecznej – uchwała 29/2019 z dnia 19.12.2019 r.; Zarządzenie Dyrektora – 8/2021 z dnia 26.02.2021 r. Szpital zwrócił się do Zarządu WŚ o wyrażenie zgody na uruchomienie dodatkowej poradni – zgoda podmiotu tworzącego uchwała nr 1539/2020 z dnia 15.01.2020 r.

¹⁵ Na dzień rozpoczęcia kontroli.

*Zmiany miejsca udzielania świadczeń.

¹⁶ Na dzień rozpoczęcia kontroli.

L P	JEDNOSTKA/KOMÓRKA ORGANIZACYJNA	DATA ZDARZENIA	RODZAJ ZDARZENIA [ZAPRZESTANIE/ ZAWIESZENIE/PRZEKSZTAŁCENIE/ ROZPOCZĘCIE FUNKCJONOWANIA]	UWAGI KONTROLUJĄCYCH
2.	<p>ZAKŁAD ŚWIADCZEN OPIEKI DŁUGOTERMINO WEJ Zakład Opiekuńczo – Lecznicy</p> <p>Oddział Wentylacji Mechanicznej</p>	<p>14.06.2021</p> <p>01.06.2021 (wpis do Księgi Rejestrowej)</p>	<p>Utworzenie Zakładu Opiekuńczo – Lecznicygo wypełnia lukę w istniejącym systemie opieki zdrowotnej i umożliwia mieszkańcom woj. świętokrzyskiego dostęp do specjalistycznego ośrodka. W ramach ZOL-u utworzono 66 łóżek dedykowanych stacjonarnej opiece długoterminowej, w tym 22 łóżka dla pacjentów wentylowanych mechanicznie, wymagających mechanicznego lub ciśnieniowego wspomagania lecz niewymagających hospitalizacji w oddziałach intensywnej terapii.</p>	<p>RPWDL¹⁷ - Zakład opiekuńczo leczniczy - id. jedn. – 05 ; data rozpoczęcia działalności – 1.06.2021 r. RPWDL - Oddział wentylacji mechanicznej – id. kom. 101; id. jedn. – 05; data rozpoczęcia działalności – 1.06.2021 r. Opinia Rady Społecznej – uchwała 5/2021 z dnia 11.06.2021 r.; Zarządzenie Dyrektora – 20/2021 z dnia 14.06.2021 r. Szpital zwrócił się do Zarządu WŚ o wyrażenie zgody na rozszerzenie działalności – zgoda podmiotu tworzącego uchwała nr 3856/2021 z dnia 16.06.2021 r.</p>
3.	<p>Trzy Zakłady Lecznicze:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zakład Świadczeń Szpitalnych • Zakład Świadczeń Diagnostyczno- Ambulatoryjnych • Zakład Świadczeń Opieki Długoterminowej <p>Nowe Jednostki Organizacyjne:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dział Diagnostyki i Leczenia Zaburzeń Oddychania • Dział Rehabilitacji Medycznej • Dział Badań 	<p>15.11.2021</p> <p>12.11.2021 (wpis do Księgi Rejestrowej)</p>	<p>Dotychczas w strukturze WSS były wyodrębnione 4 zakłady lecznicze. Podjęto decyzję o konieczności dokonania zmian w strukturze Szpitala poprzez zmianę nazw Zakładów Leczniczych funkcjonujących w Szpitalu, bez zmiany ich zakresu świadczeń. I tak: a) Zakład Lecznicy Szpital w Czerwonej Górze z zakresem świadczeń – stacjonarne i całodobowe świadczenia szpitalne po zmianie otrzymał nazwę Zakład Świadczeń Szpitalnych z przypisaną do niego Jednostką</p>	<p>RPWDL¹⁸ - zmiany zakładów zgodne z opisanymi przez kontrolowanego. Opinia Rady Społecznej dotycząca wprowadzenie 3 zakładów – uchwała 10/2021 z dnia 29.10.2021 r.; Powyższe zmiany wprowadzone Zarządzeniem Dyrektora – 33/2021 z dnia 15.11.2021 r. wraz ze zmianami zaopiniowanymi uchwałą Rady Społecznej nr 9/2021 z dnia 29.10. 2021 r. Zmiana porządkująca, bez zmian zakresu świadczeń – nie zgłaszano wniosku do Zarządu WŚ o wyrażenie opinii w przedmiotowej sprawie.</p>

¹⁷ Na dzień rozpoczęcia kontroli.

¹⁸ Na dzień rozpoczęcia kontroli.

L P	JEDNOSTKA/KOMÓRKA ORGANIZACYJNA	DATA ZDARZENIA	RODZAJ ZDARZENIA [ZAPRZESTANIE/ ZAWIESZENIE/PRZEKSZTAŁCENIE/ROZPOCZĘCIE FUNKCJONOWANIA]	UWAGI KONTROLUJĄCYCH
	<p>Czynnościowych Układu Oddechowego</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dział Diagnostyki Obrazowej • Dział Endoskopii • Dział Diagnostyki Laboratoryjnej • Przychodnia przy Szpitalu w Czerwonej Górze • Wojewódzka Przychodnia Specjalistyczna Szpitala w Czerwonej Górze w lokalizacji Kielce ul. Jagiellońska 72 		<p>Organizacyjną – Szpital w Czerwonej Górze oraz komórkami organizacyjnymi: oddziały Szpitala, Apteka Szpitalna i Prosektorium, b) Zakład Świadczeń Diagnostycznych – Ambulatoryjnych powstał z połączenia zakładów leczniczych: Przychodnia przy Szpitalu w Czerwonej Górze oraz Wojewódzka Przychodnia Specjalistyczna w Czerwonej Górze z zakresem świadczeń – ambulatoryjne świadczenia zdrowotne. W ramach tego zakładu funkcjonują następujące Jednostki Organizacyjne: Przychodnia przy Szpitalu w Czerwonej Górze oraz Wojewódzka Przychodnia Specjalistyczna Szpitala w Czerwonej Górze w lokalizacji Kielce ul. Jagiellońska 72, Dział Diagnostyki i Leczenia Zaburzeń Oddychania, Dział Rehabilitacji Medycznej, Dział Badań Czynnościowych Układu Oddechowego, Dział Diagnostyki Obrazowej, Dział Endoskopii, Dział Diagnostyki Laboratoryjnej wraz z funkcjonującymi w ich strukturach komórkami organizacyjnymi, c) Zakład Świadczeń Opieki Długoterminowej z zakresem świadczeń stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne</p>	

L P	JEDNOSTKA/KOMÓRKA ORGANIZACYJNA	DATA ZDARZENIA	RODZAJ ZDARZENIA [ZAPRZESTANIE/ ZAWIESZENIE/PRZEKSZTAŁCE NIE/ROZPOCZĘCIE FUNKCJONOWANIA]	UWAGI KONTROLUJĄCYCH
			niż szpitalne.	
4	Dział Rehabilitacji Medycznej: Zespół Rehabilitacji Domowej Rehabilitacja AmbulATORYJNA	15.11.2021 12.11.2021 (wpis do Księgi Rejestrowej)	Po wyodrębnieniu Działu Rehabilitacji Medycznej, jako odrębnej Jednostki Organizacyjnej, komórka o nazwie - Dział Rehabilitacji Medycznej otrzymała nazwę Rehabilitacja AmbulATORYJNA, z przypisanym zakresem zadań Działu Rehabilitacji Medycznej. Dotychczasowa nazwa Rehabilitacja Domowa została zastąpiona nazwą Zespół Rehabilitacji Domowej.	RPWDL - Dział Rehabilitacji Medycznej – id. jedn.07; data rozpoczęcia działalności 12.11.2021 r. RPWDL - Zespół Rehabilitacji Domowej – id. kom. 094; id. jedn. 07; RPWDL - Rehabilitacja AmbulATORYJNA – id. kom. 061; id. jedn. 07. Opinia Rady Społecznej uchwała nr 9/2021 z dnia 29.10.2021; Zarządzenie Dyrektora – 33/2021 z dnia 15.11.2021 r. Zmiana porządkująca, bez zmian zakresu świadczeń – nie zgłaszano wniosku do Zarządu WŚ o wyrażenie opinii w przedmiotowej sprawie.
5	Gabinety Diagnostyczno - Zabiegowe	15.11.2021 12.11.2021 (wpis do Księgi Rejestrowej)	W strukturach oddziałów i poradni zostały wyodrębnione Gabinety Diagnostyczno – Zabiegowe funkcjonujące już w komórkach organizacyjnych, ale nie wyodrębnione w schemacie organizacyjnym. Dodatkowo wyodrębniono Gabinet Diagnostyczno – Zabiegowy funkcjonujący w ramach Oddziału I Pulmonologii, Oddziału II Chorób Płuc i Gruźlicy, Oddziału IV Pulmonologiczno – Alergologicznego, Oddziału V Chorób Wewnętrznych oraz Poradni Pulmonologicznej w	Opinia Rady Społecznej uchwała nr 9/2021 z dnia 29.10.2021; Zarządzenie Dyrektora – 33/2021 z dnia 15.11.2021 r. Zmiana porządkująca, bez zmian zakresu świadczeń – nie zgłaszano wniosku do Zarządu WŚ o wyrażenie opinii w przedmiotowej sprawie.

L P	JEDNOSTKA/KOMÓRKA ORGANIZACYJNA	DATA ZDARZENIA	RODZAJ ZDARZENIA [ZAPRZESTANIE/ ZAWIESZENIE/PREKSZTAŁCENIE/ROZPOCZĘCIE FUNKCJONOWANIA]	UWAGI KONTROLUJĄCYCH
			Przychodni przy Szpitalu w Czerwonej Górze. Gabinety Zabiegowe nie są odrębnymi komórkami organizacyjnymi, ich działalność jest ściśle związana z działalnością oddziałów i poradni.	

[Dowód: akta kontroli str. 34-201]

Weryfikacja przedłożonych do kontroli uchwał Rady Społecznej, zarządzeń wewnętrznych Dyrektora, pozwoliła na ustalenie, że:

1. w uchwale Rady Społecznej nr 9/2021 oraz w Zarządzeniu nr 33/2021 Dyrektora z dnia 15.11.2021 r., w § 1 ust. 3 pkt 3.1 ppkt 3.1.1 widnieje (...) *Dział Diagnostyki i Leczenia Zaburzeń Oddychania podczas Snu*, natomiast w schemacie organizacyjnym (załącznik nr 1 do Regulaminu¹⁹), w załączniku nr 2 – *Zadania komórek działalności podstawowej* (§ 39) oraz w RPWDL nr 000000014607²⁰, uwidoczniono *Dział Diagnostyki i Leczenia Zaburzeń Oddychania*.

W tej kwestii Dyrektor kontrolowanej jednostki złożył wyjaśnienie w treści: (...) *Zarówno w uchwale nr 9/2021 r. jak i w Zarządzeniu nr 33/2021 omyłkowo wpisano błędnie nazwę Dział Diagnostyki i Zaburzeń Oddychania podczas Snu – prawidłowa nazwa pod jaką funkcjonuje w Regulaminie Organizacyjnym to Dział Diagnostyki i Leczenia Zaburzeń Oddychania*.

[Dowód: akta kontroli patrz str. 50, 56, 57,121, 201 oraz str. 202]

Kontrolujący przyjmują wyjaśnienie, niemniej wskazują, iż przy redagowaniu treści uchwał i zarządzeń należy dołożyć szczególnej staranności, gdyż wprowadzane na ich podstawie zmiany organizacyjne muszą być tożsame z podstawą ich wprowadzania.

Ocena ww. dokumentów źródłowych pozwoliła na stwierdzenie, iż pozostałe zmiany wprowadzone były zgodnie z aktami prawa wewnętrznego do kolejno obowiązujących wersji Regulaminu organizacyjnego, w tym schematu organizacyjnego stanowiącego załącznik nr 1 do regulaminu.

Ponadto w oparciu o przedłożone do kontroli wnioski kierowane do podmiotu tworzącego uznano, iż prawidłowo stosowano się do zapisów § 15 ust. 3 kolejno obowiązujących

¹⁹ Wydanie 5. Obowiązuje od 12.11.2021 r.

²⁰ Na rozpoczęcia kontroli.

Statutów Szpitala w zakresie uzgodnień z Zarządem WŚ (...) *spraw związanych z przekształceniem, rozszerzeniem lub ograniczeniem działalności leczniczej.*

Regulamin sporządzony został w oparciu o art. 24 u.d.l. W ww. dokumencie w rozdziale II Część organizacyjna: a) określono cele i zadania podmiotu leczniczego, b) wskazano zakłady za pomocą, których Szpital wykonuje działalność leczniczą. Określono pozostałe zadania Szpitala do których należą m.in.: a) przebieg procesu diagnostyczno – leczniczo-pielęgnacyjnego w komórkach działalności podstawowej, b) realizacja odpłatnej działalności leczniczej, m.in. za: przechowywanie zwłok, udostępnienie dokumentacji medycznej, badania laboratoryjne oraz świadczenia zdrowotne dla osób nieubezpieczonych i obcokrajowców.

1.3. Zgodność zapisów Regulaminu Organizacyjnego z księgą rejestrową

W ramach oceny zgodności zapisów Regulaminu z księgą rejestrową, dokonano porównania treści ww. dokumentów w zakresie nazw: zakładów leczniczych, jednostek leczniczych i komórek organizacyjnych wskazanych w tabeli nr 1 oraz wybranych drogą wyboru losowego prostego poniżej wskazanych oddziałów, poradni i pracowni:

- a) VI Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej,
- b) V Oddział Chorób Wewnętrznych,
- c) Poradnia Chirurgiczna,
- d) Poradnia Pulmonologiczna,
- e) Pracownia EKG,
- f) Pracownia Gastroskopii,

ustalając, że ujęte są tożsamo w schemacie organizacyjnym oraz w RPWDL²¹ nr 000000014607, prowadzonym dla podmiotu leczniczego przez Wojewodę Świętokrzyskiego.

B. Ocena cząstkowa pozytywna mimo stwierdzonych uchybień i nieprawidłowości

Pozytywna ocena dotyczy: a) zredagowania treści Regulaminu w oparciu o zapisy ustawy o działalności leczniczej; b) zgodności faktycznej struktury organizacyjnej podmiotu leczniczego na poziomie Zakładów, jednostek i kontrolowanych komórek organizacyjnych ujętych odpowiednio w: Regulaminie i RPWDL; c) posiadania opinii Rady Społecznej dotyczących wprowadzanych zmian i tekstów jednolitych Regulaminu organizacyjnego; d) właściwego stosowania zapisów § 15 ust. 3 Statutu.

²¹ Poza gabinetami diagnostyczno – zabiegowymi, zgodnie z wyjaśnieniami zawartymi w pkt. 5 Tabeli nr 1. Na potrzeby kontroli oparto się na ostatniej wersji Regulaminu obowiązującej od 15.11.2021 r.

Stwierdzone uchybienia i nieprawidłowości dotyczyły: niewłaściwego zredagowania treści uchwały Rady Społecznej nr 9/2021 oraz w Zarządzenia nr 33/2021 Dyrektora z dnia 15.11.2021 r. w zakresie nazwy Działu Diagnostyki i Leczenia Zaburzeń Oddychania.

C. Osoba odpowiedzialna

Za stwierdzone uchybienia i nieprawidłowości odpowiedzialny jest:

- Pan Youssef Sleiman- na podstawie art. 46 ust. 1 u.d.l, zgodnie, z którym odpowiedzialność za zarządzanie podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą ponosi kierownik.

II. Dostępność i jakość udzielanych świadczeń

A. Ustalenia faktyczne

2. Oznaczenie zagadnień poddanych ocenie

W zakresie dostępności do udzielanych świadczeń zdrowotnych i ich jakości zgromadzono informacje dotyczące podmiotu leczniczego w zakresie:

- 2.1. stanu zatrudnienia w placówce w okresie objętym kontrolą,
- 2.2. liczby leczonych w placówce, w tym w komórkach organizacyjnych poddanych kontroli - analiza porównawcza wybranych komórek organizacyjnych w zakresie: stanu zatrudnienia w okresie objętym kontrolą, wskaźników dostępności, godzin pracy poszczególnych komórek organizacyjnych,
- 2.3. prowadzenia list oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego i działalności Zespołu ds. oceny przyjęć,
- 2.4. odmów przyjęć pacjentów,
- 2.5. wykorzystania sprzętu i aparatury medycznej,
- 2.6. stopnia realizacji umów z NFZ w poszczególnych zakresach,
- 2.7. realizacji prawa pacjentów do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej,
- 2.8. poziomu satysfakcji pacjenta z otrzymanej usługi medycznej,
- 2.9. zlecenia podmiotom zewnętrznym świadczeń zdrowotnych na podstawie art. 26 ustawy o działalności leczniczej.

2.1. Stan zatrudnienia

Zgodnie z przedłożonymi kontrolującym informacjami w:

- 2020 r. stan zatrudnienia w jednostce wynosił ogółem 703 osoby zatrudnione na 687,096 etatu. W 2021 r. łączna liczba zatrudnionych wzrosła do 761 (wzrost o 58 osób) pracujących na 745,651 etatu (wzrost o 58,555 etaty),

- liczba zatrudnionych pracowników pionu administracyjnego w 2020 r. wynosiła 54 osób (53,5 etatu). W 2021 r. w ww. grupie zawodowej liczba zatrudnionych wzrosła do 58 osób (wzrost o 4), pracujących łącznie na 57,5 etatu (wzrost o 4 etaty).

Kontrolujący w oparciu o przedłożone zestawienia ustalili liczbę zatrudnionych w dwóch największych grupach pracowników medycznych. Dane w tym zakresie przedstawia poniższa tabela.

2020 r.	Podstawa zatrudnienia	Liczba zatrudnionych/liczba etatów	2021 r.	Podstawa zatrudnienia	Liczba zatrudnionych/liczba etatów
lekarze	umowa o pracę	94/87,88	lekarze	umowa o pracę	119/113,028
	umowa cywilnoprawna	14		umowa cywilnoprawna	16
	kontrakt medyczny	59		kontrakt medyczny	63
pielęgniarki	umowa o pracę	343/337,75	pielęgniarki	umowa o pracę	361/354,50
	umowa cywilnoprawna	22		umowa cywilnoprawna	24
	kontrakt medyczny	2		kontrakt medyczny	2

Z przedstawionych powyżej danych wynika, iż:

- wśród dwóch najliczniejszych grup zawodowych dominującą formą zatrudnienia jest umowa o pracę (w 2020 r. – 94 lekarzy i 343 pielęgniarki; w 2021 r.– 119 lekarzy i 361 pielęgniarek),
- wśród ogółu zatrudnionych w Szpitalu:
 - lekarze stanowili w 2020 r. – ok. 23,75% a w 2021 r. – ok. 26% zatrudnionych,
 - pielęgniarki/pielęgniarze w 2020 r. stanowili ok. 52% zatrudnionych, a w 2021 r. – ok. 50,85% zatrudnionych ogółem,
 - pracownicy pionu administracyjnego i ekonomicznego stanowili w okresie objętym kontrolą ok. 7,6 % zatrudnionych.

W trakcie czynności kontrolnych sprawdzono kwalifikacje losowo wybranych osób, tj.: Kierownika Oddziału VI Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, starszego asystenta w dziedzinie pielęgniarstwa w ww. oddziale, pod kątem wymagań szczegółowo określonych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20.07.2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych

niebędących przedsiębiorcami²² oraz aktualność szkoleń p.poż, bhp, dopuszczenia do stanowiska pracy (badania okresowe).

[Dowód: akta kontroli str. 203-204]

Według załącznika do ww. rozporządzenia: 1) kierownik komórki organizacyjnej przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego/zastępca kierownika komórki organizacyjnej przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego powinien posiadać wyższe wykształcenie medyczne i tytuł specjalisty lub specjalizację II stopnia w odpowiedniej dziedzinie medycyny i staż pracy 5 lat²³; 2) starszy asystent w dziedzinie pielęgniarstwa lub położnictwa powinien posiadać tytuł magistra na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo i studia podyplomowe lub tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, lub organizacji i zarządzania, lub w innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia oraz 5 lat²⁴.

Biorąc powyższe pod uwagę, na podstawie okazanych dokumentów ustalono, że:

1) kierownik Oddziału VI Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej spełnia wymogi określone w ww. rozporządzeniu tj.: posiada prawo wykonywania zawodu lekarza nr 1326290 z 13.11.2003 r.; dyplom: a) ukończenia studiów Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie z dnia 9.07.2002 r., b) specjalisty w dziedzinie chirurgia ogólna oraz w dziedzinie chirurgia onkologiczna. Pracuje w zawodzie powyżej 19.

Ostatnie szkolenie: a) p.poż – 29.12.2020 r.; b) BHP – 16.05.2014 r.; orzeczenie lekarskie o zdolności do wykonywania pracy nr 1113/2020 z dnia 16.12.2020 r. (data kolejnego badania 16.12.2022 r.);

2) starszy asystent w dziedzinie pielęgniarstwa – Oddział VI Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej - spełnia wymogi określone ww. rozporządzeniu, tj.: legitymuje się prawem wykonywania zawodu pielęgniarki nr 1410746P z dnia 12.08.2014 r.; posiada m.in.: dyplom ukończenia a) Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach na kierunku pielęgniarstwo I stopnia (2014 r.) i II stopnia (2016 r.); b) tytuł specjalisty²⁵ w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego. Staż pracy – powyżej 8 lat.

Ostatnie szkolenie BHP – 29.12.2020 r.; orzeczenie lekarskie o zdolności do wykonywania pracy (...) nr 2851/2020 z dnia 15.10.2020 r. (data następnego badania – 15.10.2022 r.).

W ramach szkolenia p.poż – oświadczenie pracownika o zapoznaniu się z instrukcją

²²Rozporządzenie MZ z dnia 20.07.2011r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. 2011 Nr 151 poz. 896 z późn. zm.).

²³ Pkt 3 załącznika do ww. rozporządzenia MZ z dn.20.07.2011 r.

²⁴ Pkt 29 załącznika do ww. rozporządzenia MZ z dn.20.07.2011 r.

²⁵ W oparciu o decyzje Wojewody Świętokrzyskiego w latach 2020-2021 z tzw. łózkami covidowymi okresowo – 829 łóżek.

bezpieczeństwa pożarowego WSS im. Św. Rafała w Czerwonej Górze wraz z zobowiązaniem do jej przestrzegania z dnia 2.11.2020 r.

2.2. Liczba leczonych w placówce, w tym w komórkach organizacyjnych poddanych kontroli - analiza porównawcza wybranych komórek organizacyjnych w zakresie: stanu zatrudnienia w okresie objętym kontrolą, wskaźników dostępności, godzin pracy poszczególnych komórek organizacyjnych

Na podstawie informacji przekazanych przez kontrolowanego ustalono, iż w latach 2020-2021 maksymalna liczba łóżek, którą dysponował Szpital wyniosła 677.²⁶

Szczegółowe dane w tym zakresie przedstawia poniższa tabela.

	Stan łóżek na 01.01.2020 r.	Stan łóżek na 31.12.2020 r.*	Stan łóżek na 01.01.2021 r.	Stan łóżek na 31.12.2021 r.*
LICZBA ŁÓŻEK	341	339*	339-liczba łóżek rzeczywistych 432 - liczba łóżek z uwzględnieniem decyzji Wojewody	338- liczba łóżek rzeczywistych 397 - liczba łóżek z uwzględnieniem decyzji Wojewody

Zestawienie decyzji wojewody w sprawie zapewnienia w podmiocie leczniczym łóżek dla pacjentów z podejrzeniem lub zakażeniem SARS-CoV-2 dołączone do akt kontroli. Z dokumentu wiadomo, iż decyzją nr PSZ.VIII.967.14.2020 z dnia 3.09.2020 r. *od dnia 15 września 2020 r.* nałożono na szpital obowiązek zabezpieczenia tzw. łóżek covidowych. Decyzja nr PSZ.VIII.967.23.2022 z dnia 24.03.2022 r. odwoływała z dniem 31.03.2022 r. wszystkie *polecenia Wojewody Świętokrzyskiego polecające podmiotom leczniczym zapewnienie w ramach I i II poziomu zabezpieczenia, realizację świadczeń opieki zdrowotnej w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem Covid-19.* W okresie marzec 2020 r. – marzec 2022 r. szpital na podstawie kolejno wydawanych decyzji utrzymywał łóżka covidowe na konkretnie oznaczonych oddziałach lub w ramach wskazanych zakresów.

Jednocześnie kontrolowany poinformował, iż *Na oddziale IV Pulmonologiczno-Alergologicznym od czerwca 2020 została zmniejszona liczba łóżek z 37 na 35 ze względów epidemiologicznych jedna z sal została przekształcona z sali 5-łóżkowej na 3-łóżkową.*

[Dowód: akta kontroli patrz 203 i str.204-209]

W toku kontroli ustalono, że w ramach leczenia szpitalnego w okresie objętym kontrolą leczono 26 924 pacjentów, w tym: w 2020 r. – 12 403, w 2021 r. – 14 521. Oznacza to, iż liczba leczonych w 2021 r. wzrosła o 2 118 osób. W ramach ambulatoryjnej opieki

²⁶ Zwiększenie zgodnie z decyzjami wojewody.

specjalistycznej (poradnie i działy) w latach 2020 -2021 leczono 137 806 pacjentów, w tym w 2020 r. - 61 219²⁷, a w 2021 r. 76 587²⁸ (wzrost liczby leczonych o 15 638).

[Dowód: patrz akta kontroli str. 203]

Oddział VI Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej

W strukturach jednostki kontrolowanej działa od 1.09.1975 r. i posiada 42 łóżka. Widnieje w RPWDL pod pozycją 003 z kodem 4500 nadanym zgodnie Rozporządzeniem Ministra Zdrowia²⁹; miejsce udzielania świadczeń – ul. Czerwona Góra 10, Chęciny.

W okresie objętym kontrolą w związku z decyzjami Wojewody Świętokrzyskiego w 2021 r. w oddziale wyodrębniono 1 łóżko dla pacjentów covidowych, tj. 42 rzeczywiste in plus 1.

Do podstawowych zadań oddziału należy m.in.: specjalistyczne leczenie chirurgiczne a) chorych onkologicznych, b) chorych oparzonych, c) leczenie zabiegowe i zachowawcze chorych ogólnochirurgicznych, d) diagnostyka chorych, e) ciągłość nadzoru nad chorym, poprzez leczenie ambulatoryjne chorych chirurgicznych. W ramach ww. oddziału funkcjonuje gabinet diagnostyczno- zabiegowy.

W 2020 r. w Oddziale leczonych było 1 900 osób, a w 2021 r. - 2 321, wszyscy zakwalifikowani jako pacjenci spoza kolejki³⁰.

W 2020 r. średni czas pobytu pacjenta w oddziale wynosił 3,5 dnia, procentowe wykorzystanie łóżek – 43,3%, natomiast średnie obłożenie łóżek 45,24 dni. W 2021 r. średni czas pobytu pacjenta w oddziale zwiększył się o 0,50 dnia i wynosił 4, a w związku z tym procentowe wykorzystanie łóżek wzrosło do 59%, a obłożenie do 53,98 dni.

Zgodnie z informacją przekazaną przez Dyrektora w okresie objętym kontrolą w ww. komórce organizacyjnej zatrudnionych było łącznie 9 lekarzy (8 specjalistów i 1 rezydent), w tym: ze specjalizacją odpowiednio w dziedzinie: chirurgii ogólnej i onkologicznej – 3, chirurgii ogólnej – 5. Łączna liczba etatów specjalistów wyniosła 7,8. W oddziale w 2020 r. zatrudnionych było 26 pielęgniarek na 30,5 etatu (w 2021 r. zwiększenie stanu zatrudnienia o 2,75 etatu).

Oddział V Chorób Wewnętrznych

W strukturach jednostki kontrolowanej działa od dnia 1.01.2011 r. i posiada 35 łóżek. Widnieje w Księdze Rejestrowej pod pozycją 62 z kodem 4000; miejsce udzielania świadczeń – ul. Czerwona Góra 10, Chęciny. W okresie objętym kontrolą w związku z decyzjami

²⁷ Poradnie – 25 689, Działy (z wyłączeniem rehabilitacji) - 35 530.

²⁸ Poradnie – 30 141, Działy (z wyłączeniem rehabilitacji) - 46 446.

²⁹ 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).

³⁰ Liczba leczonych *spoza kolejki* zawiera osoby hospitalizowane z powodu COVID -19, osoby przyjęte poza kolejnością oraz osoby pozostające w kontynuacji leczenia.

Wojewody Świętokrzyskiego w 2021 r. w oddziale wyodrębniono 8 łóżek dla pacjentów covidowych, tj. 35 rzeczywiste in plus 8, łącznie 43.

Do podstawowych zadań oddziału należy: a) wykonywanie pełnego zakresu procedur diagnostycznych i terapeutycznych z dziedziny chorób wewnętrznych i kardiologii, b) zapewnienie pacjentom stałej opieki lekarskiej i pielęgniarstwa, c) konsultowanie pacjentów z Izby Przyjęć i innych oddziałów, d) rehabilitacja chorych. W ramach ww. oddziału funkcjonuje gabinet diagnostyczno – zabiegowy.

W 2020 r. średni czas pobytu pacjenta w oddziale wynosił 7,7 dnia, procentowe wykorzystanie łóżek – 52,7%, a średnie obłożenie łóżek - 25 dni. W 2021 r. średni czas pobytu pacjenta w oddziale zwiększył się o 1,50 dnia i wynosił 9,2 dnia, w związku z tym procentowe wykorzystanie łóżek wzrosło do 60%, a obłożenie do 23,88 dni.

Zgodnie z informacją przekazaną przez kontrolowaną jednostkę w 2020 r. w ww. komórce organizacyjnej zatrudnionych było łącznie: 10 lekarzy (5 specjalistów i 5 rezydentów), w tym ze specjalizacją odpowiednio w dziedzinie: choroby wewnętrzne i endokrynologia - 1, choroby wewnętrzne i kardiologia – 1, choroby wewnętrzne - 3. Łączna liczba etatów specjalistów wyniosła 4,5. W 2021 r. stan lekarzy specjalistów zwiększył się o 0,5 etatu. W oddziale w 2020 r. zatrudnionych było 26 pielęgniarek na 24,5 etatu (w 2021 r. zwiększenie stanu zatrudnienia o 1 etat).

[Dowód: akta kontroli str. 210-211 i str. 225-227]

W oparciu o powyższe informacje w zestawieniu z danymi z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22.11.2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego³¹ kontrolujący ustalili, iż wykazany potencjał ludzki, tj. liczba, wymiar etatu, kwalifikacje personelu medycznego są zgodne z wymogami Funduszu.

Poradnia Chirurgiczna (Kielce)

W strukturach jednostki kontrolowanej działa od dnia 01.09.1975 r. Widnieje w Księdze Rejestrowej pod pozycją 023 z kodem 1500; miejsce udzielania świadczeń – ul. Jagiellońska 72, Kielce.

W 2020 r. liczba leczonych wynosiła 2 702, w tym: 9 zakwalifikowanych jako pilny, 87 – stabilny i 2606 – spoza kolejki. W 2021 r. liczba leczonych wynosiła 2 220 (spadek o 482), w tym: 18 zakwalifikowanych jako pilny, 72- stabilny i 2130 – spoza kolejki.

W ramach ww. komórki organizacyjnej wykonano w 2020 r. ok. 10,50 % wszystkich porad udzielonych w placówce, a w 2021 r. – ok. 7,36 % wszystkich porad.

³¹ Obwieszczenie z dnia 31 grudnia 2021 r - Dz.U.2021 r. poz. 290. Oddziały spełniają warunki załącznika nr 3 pn. Warunki szczegółowe realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego - lp. 9, 10, 14.

Na podstawie zestawienia podpisanego przez Dyrektora ustalono, że ww. komórka organizacyjna w 2020 r. czynna była trzy dni w tygodniu, w tym: 2 dni przez 4 godz. dziennie i raz 5 godzin dziennie (łącznie 13 godz. tygodniowo). W 2021 r. zmniejszono liczbę dni i godzin pracy do 2 w tygodniu i liczbę godzin udzielania świadczeń do 12 w tygodniu. Dyrektor szpitala poinformował, że: (...) *Zmiana godzin pracy poradni od kwietnia 2021 r. związana była z dodatkowym otwarciem Poradni Chirurgicznej w Przychodni Przychodni Przychodni w Czerwonej Górze.*

Poradnia Chirurgiczna (Czerwona Góra)

W strukturach jednostki kontrolowanej działa od dnia 15.02.2021 r. Widnieje w Księdze Rejestrowej pod pozycją 100 z kodem 1500; miejsce udzielania świadczeń – Czerwona Góra 10, Chęciny.

W 2021 r. liczba leczonych wynosiła 1 138, w tym: 92 zakwalifikowanych jako stabilny i 1 046 – spoza kolejki. W ramach ww. komórki organizacyjnej wykonano w 2021 r. – ok. 3,78 % wszystkich porad.

Do podstawowych zadań obu ww. poradni należy: a) zapewnienie specjalistycznej opieki pacjentom po leczeniu szpitalnym, b) diagnozowanie i leczenie pacjentów ze schorzeniami chirurgicznymi ogólnymi i onkologicznym niewymagających leczenia stacjonarnego, c) kwalifikowanie i kierowanie pacjentów do leczenia szpitalnego, d) wydawanie zaświadczeń lekarskich, wniosków do ZUS, orzekanie o czasowej niezdolności do pracy, e) udzielanie specjalistycznych porad pacjentom zgłaszającym się do poradni, f) konsultowanie pacjentów kierowanych przez jednostki zewnętrzne. Przy Poradniach funkcjonują Gabinety Diagnostyczno – Zabiegowe.

Na podstawie zestawienia podpisanego przez Dyrektora ustalono, że ww. komórka organizacyjna w 2021 r. czynna była trzy dni w tygodniu przez 4 godz. dziennie przedziale od 10-13 (łącznie 12 godz. tygodniowo). W ramach poradni świadczeń zdrowotnych udzielają lekarze zatrudnieni w Oddziale VI Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej.

Poradnia Pulmonologiczna

W strukturach kontrolowanej jednostki działa od dnia 24.09.2015 r. Widnieje w Księdze Rejestrowej pod pozycją 92 z kodem 1 270; miejsce udzielania świadczeń – ul. Czerwona Góra 10. W 2020 r. w poradni leczonych było 1 753 chorych, w tym: a) pilnych -0, stabilnych – 310, spoza kolejki 1 443. W 2021 r. leczono 4 531 chorych, w tym: a) pilnych – 0, stabilnych -292, spoza kolejki 4 239.

W ramach ww. komórki organizacyjnej wykonano w 2020 r. ok. 6,82 % wszystkich porad udzielonych w placówce, a w 2021 r. – ok. 15,03 % wszystkich porad.

Do podstawowych zadań poradni należy: a) diagnostyka i leczenie chorób układu oddechowego, b) zapewnienie ciągłości opieki specjalistycznej pacjentom ze schorzeniami płuc wypisywanym z oddziałów WSS im. Św. Rafała w Czerwonej Górze c) udzielanie w warunkach ambulatoryjnych specjalistycznych świadczeń diagnostyczno – terapeutycznych pacjentom kierowanym z innych podmiotów leczniczych, d) kwalifikowanie i kierowanie do leczenia szpitalnego pacjentów z chorobami układu oddechowego. W ramach Poradni Pulmonologicznej funkcjonuje Gabinet Diagnostyczno – Zabiegowy.

Na podstawie danych przekazanych kontrolującym ustalono, że w ww. komórce organizacyjnej w okresie objętym kontrolą dokonywano zmian w dniach i godzinach przyjęć poradni. Ustalono, iż:

- a) w 2020 r. poradnia czynna była okresowo 3 lub 4 razy w tygodniu, minimalny czas pracy w tygodniu wynosił 10 godzin, a maksymalny – 16.
- w 2021 r. poradnia czynna była okresowo 3 lub 5 dni w tygodniu, a liczba godzin pracy poradni wahała się od 14 do 20 godzin tygodniowo. Ustalono, że ww. poradni przyjmują lekarze z Oddziału I,II, Chorób Płuc i IV Pulmonologiczno - Alergicznego.

[Dowód: patrz akta kontroli str. 212 – 213 i str. 230-231]

Mając powyższe na uwadze ustalono iż, kontrolowane poradnie spełniają wymogi rozporządzenia MZ z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna³², oraz Zarządzeń Prezesa NFZ³³ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

2.3. Prowadzenie list oczekujących na udzielenie świadczeń zdrowotnych i działalności Zespołu ds. oceny przyjęć

Z uwagi na fakt, iż harmonogram przyjęć³⁴, stanowi integralną część dokumentacji medycznej prowadzonej przez świadczeniodawcę zgodnie z art. 19 a ust. 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych³⁵ (zwana dalej u.o.ś.z.), a prawo do wydania lub uzyskania wglądu do dokumentacji medycznej przechowywanej w zakładzie opieki zdrowotnej szczegółowo określa ustawa o prawach

³² Dz.U. 2013 poz. 1413 z późn. zm.

³³ Zarządzenie Nr 182/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 grudnia 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (obowiązywało ze zmianami w okresie objętym kontrolą). Zgodnie z § 9 ust.1 Świadczenia objęte przedmiotem umowy, udzielane są osobiście przez osoby posiadające określone kwalifikacje zgodnie z „Harmonogramem – zasoby”, którego wzór określony jest w załączniku nr 2 do umowy.

³⁴ Którego integralną częścią są listy oczekujących na świadczenie medyczne.

³⁵ T.j. Dz.U. 2021 poz. 1285 z późn. zm.

pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta³⁶, Dyrektor przedstawił poniższe informacje: (...) *Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Św. Rafała w Czerwonej Górze prowadzi harmonogram przyjęć w postaci elektronicznej za pomocą programu informatycznego AMMS, który dodatkowo jest zsynchronizowany z portalem AP-KOLCE. Sekretarki Medyczne na bieżąco wprowadzają pacjentów do harmonogramu przyjęć wyznaczając termin udzielenia świadczenia. Ponadto pacjent ma możliwość umówienia się na wizytę telefonicznie, za pośrednictwem osób trzecich oraz przez e- Rejestrację. Harmonogram prowadzony jest o podział pacjentów, którzy zgłaszają się po raz pierwszy i kontynuujących leczenie. W przypadku pacjentów pierwszorazowych na kategorie pilny, stabilny oraz z uprawnieniami dodatkowymi zgodnie z Ustawą o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. W harmonogramie umieszczane są m.in. data wpisu, (...) imię i nazwisko osoby dokonującej wpisu, dane dotyczące terminu udzielenia świadczenia oraz kategorię, jak również datę i przyczynę skreślenia pacjenta w harmonogramie przyjęć. Z dalszej części informacji wiadomo, iż WSS im. Św. Rafała w Czerwonej Górze (...) był powołany Decyzjami Wojewody Świętokrzyskiego do realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w związku z zapobieganiem, rozprzestrzenianiem i zwalczaniem COVID-19 w okresie od 15.09.2020 r. do 31.03.2022 r. Na podstawie ustawy z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 (z późn. zm.) został zawieszony obowiązek sprawozdawania list oczekujących wraz z pierwszym wolnym terminem i harmonogramem przyjęć do dnia 5 września 2020 r. W przypadku ograniczenia udzielania świadczeń w związku z realizacją świadczeń w ramach I i II poziomu zabezpieczenia COVID-19 w/w sprawozdawczość mogła być zawieszona, aż do dnia 23 marca 2022 r. (...) Przy czym należy podkreślić, iż mimo braku obowiązku raportowania informacji, o których mowa powyżej Wojewódzki szpital Specjalistyczny raportował harmonogramy przyjęć i pierwsze wolne terminy.*

Kontrolujący ustalili, iż podmiot kontrolowany w okresie objętym kontrolą, zgodnie z art. 23 ust.4 u.o.ś.z (...) *sprawozdaje informacje o pierwszym wolnym terminie raz w tygodniu ze zgodą wydaną przez Świętokrzyski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia.*

[Dowód: akta kontroli str. 214-223]

Na podstawie zestawień sporządzonych na potrzeby kontroli ustalono, że:

- 1) w Oddziale VI Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej w ramach hospitalizacji w okresie objętym kontrolą pacjenci byli przyjmowani na bieżąco,

³⁶ Art. 26 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta określa zamknięty katalog osób upoważnionych przez pacjenta oraz instytucji, którym w określonych sytuacjach może być udostępniona dokumentacja medyczna (np. Sąd, ATOM, Instytuty Badawcze) – Dz.U. 2022.1876.

- 2) w Oddziale V Chorób Wewnętrznych – w latach 2020 -2021 przyjmowano pacjentów na bieżąco w dniu zgłoszenia,
- 3) w Poradni Chirurgicznej (Kielce) - na koniec 2020 r. na listach oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego oczekiwało łącznie 111 osób, w tym: 12 zakwalifikowane jako przypadki pilne ze średnim czasem oczekiwania – 7,58 dnia i 99 osób zakwalifikowanych jako stabilne, ze średnim czasem oczekiwania 16,25 dnia. Natomiast na koniec 2021 r. ww. komórce organizacyjnej odnotowano na liście oczekujących na udzielenie świadczenia łącznie 112 osób, w tym: 93 zakwalifikowane jako przypadki stabilne ze średnim czasem oczekiwania 15,63 (zmniejszenie średniego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia o 0,62 dnia) i 19 zakwalifikowane jako przypadki pilne ze średnim czasem oczekiwania 8,37 dnia (wzrost o 0,79 dnia).
- 4) w Poradni Chirurgicznej (Czerwona Góra) - na koniec 2021 r. na listach oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego odnotowano łącznie 109 osób, zakwalifikowanych jako przypadki stabilne ze średnim czasem oczekiwania 5,50 dnia (rozpoczęcie działalności w 2021 r.).
- 5) w Poradni Pulmonologicznej – na koniec 2020 r. na listach oczekujących na udzielenie świadczenia oczekiwało 346 pacjentów stabilnych, ze średnim czasem oczekiwania 6,40 dnia. Natomiast w 2021 r. w tej samej kategorii odnotowano 373 pacjentów ze średnim czasem oczekiwania 10,30 dnia. Nastąpił wzrost liczby pacjentów o 27 z jednoczesnym wzrostem średniego czasu oczekiwania o 3,9 dnia.
- 6) Pracownia Gastroskopii - na koniec 2020 r. na listach oczekujących na udzielenie świadczenia oczekiwało łącznie 1 266 pacjentów, w tym: 2 zakwalifikowanych jako pilny, ze średnim czasem oczekiwania 4,50 dnia i 1 264 – stabilnych ze średnim czasem oczekiwania – 20,10 dni. Natomiast w 2021 r. odnotowano 1 524 pacjentów, w tym: 18 zakwalifikowanych jako pilny, ze średnim czasem oczekiwania – 11,78 dnia (wzrost liczby oczekujących przełożył się na wydłużenie czasu oczekiwania na świadczenie o 7,28 dnia) i 1 506 pacjentów stabilnych ze średnim czasem oczekiwania 12,83 dnia (zmniejszenie o 7.27 dnia).

[Dowód: akta kontroli str. 224, 227 i str.232]

Działalność Zespołu ds. oceny przyjęć

W trakcie czynności kontrolnych zbadano działalność Zespołu Oceny Przyjęć pod kątem przepisów, o których mowa w art. 21 u.ś.o.z. Ustalono, że w okresie objętym kontrolą szczegółowe wytyczne dotyczące m.in. działania ww. zespołu określono dokumencie pn. *Zasady działania Zespołów, Komitetów, Komisji*” - DO-02, zatwierdzonym przez

Dyrektora Podmiotu Leczniczego. W Załączniku nr 7 do ww. dokumentu, pn. *Zespół ds. Oceny Przyjęć Pacjentów* (wydanie 4 – obowiązujące od 18.06.2019 r. i 5 obowiązujące od 18.10.2021 r.), określono m.in.: skład Zespołu ds. Oceny Przyjęć Pacjentów³⁷ (zwanego w dalszej części Zespołem), jego zadania³⁸ i częstotliwość zebrań Zespołu³⁹. Według dalszej treści załącznika opracowywane miesięczne Raporty z analizy i oceny list oczekujących miały być przekazywane Dyrektorowi Szpitala. Zespół realizując standard akredytacyjny CO 8, dokonywać miał półrocznej i rocznej analizy przyczyn odmów hospitalizacji, dokonywanej zarówno pod względem liczebności jak i przyczyn, z uwzględnieniem wszystkich pacjentów ponownie zgłaszających się do Izby Przyjęć w ciągu 72 godzin od odmowy.

Biorąc powyższe pod uwagę na podstawie okazanych materiałów źródłowych tj. *Protokołów z zebrań Zespołu do Spraw Oceny Przyjęć Pacjentów*⁴⁰, *Raportu z Działalności Zespołu* za lata 2020-2021, protokołów z analizy przyczyn odmowy hospitalizacji za 2021 r., list obecności⁴¹ ustalono, że Zespół działał zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz procedurami realizowanymi w podmiocie leczniczym. Dalsze czynności kontrolne pozwoliły na ustalenie, że pomimo uchylenia z dniem 1 września 2020 r. (na mocy art. 4 pkt 8 ustawy z dnia 14 sierpnia 2020 r. (...) zmieniającej nim ustawę z dnia 1 września 2020 r.), art. 21 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej (...), podmiot kontrolowany nie zawiesił działalności zespołu ds. oceny przyjęć, który realizował swoje zadania w oparciu o opisany powyżej akt prawa wewnętrznego.

Jak poinformował kierownik jednostki: *Szpital (...) kontynuuje działania Zespołu ds. Oceny Przyjęć z uwagi na utrzymanie Standardu Akredytacyjnego Ciągłość Opieki CO 8: W szpitalu prowadzi się okresową analizę przyczyn odmów hospitalizacji (...).*

[Dowód: akta kontroli str. 235-255]

Powyższe kontrolujący ocenili pozytywnie. Uchylenie z dniem 1.09.2020 r. art. 21 u.ś.o.z., dotyczącego powoływania w szpitalach zespołów oceny przyjęć, oznacza, że szpitale nie mają obowiązku tworzenia ani dalszego utrzymywania powołanych wcześniej zespołów oceny. Jednakże nie ma też żadnych ograniczeń prawnych, dla których kierownik jednostki z uwagi

³⁷ lekarz specjalista w specjalności zabiegowej, lekarz specjalista w specjalności niezabiegowej, naczelną pielęgniarka.

³⁸ Do zadań Zespołu należy miesięczna analiza i ocena list oczekujących na udzielenie świadczenia pod względem: prawidłowości prowadzenia dokumentacji, czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia, zasadności i przyczyn zmian terminów udzielenia świadczeń.

³⁹ Spotkania 1 raz w miesiącu dokumentowane w postaci list obecności, protokołów oraz raportów z analizy i oceny list oczekujących na udzielenie świadczenia.

⁴⁰ Protokoły: nr 1/2019 z dn. 31.01.2019 r., nr 2/2019 z dn. 28.02.2019 r., nr 3/2019 z dn. 29.03.2019 r., nr 4/2019 z dn. 29.04.2019 r., nr 5/2019 z dn. 30.05.2019 r., nr 6/2019 z dn. 28.06.2019 r., nr 7/2019 z dn. 31.07.2019 r., nr 8/2019 z dn. 30.08.2019 r., nr 9/2019 z dn. 27.09.2019 r., nr 10/2019 z dn. 31.10.2019 r., nr 11/2019 z dn. 28.11.2019 r., nr 12/2019 z dn. 30.12.2019 r.

⁴¹ Listy za styczeń – luty 2020 r. Od marca 2020 r. ze względu na wprowadzony stan epidemii zebrania Zespołu prowadzono w kontakcie telefonicznym.

na spełnianie innych wymogów np. akredytacyjnych, nie byłby władny utrzymać dalszej działalności zespołu w kierowanej przez siebie placówce.

Sporządzane każdorazowo protokoły z zebrań Zespołu przedstawiano Dyrektorowi Szpitala.

2.4. Odmowy przyjęć pacjentów

Oceniając dostępność do świadczeń, na podstawie danych przekazanych przez kontrolowanego, ustalono, że w okresie objętym kontrolą WSS im. Św. Rafała odnotowywał w badanym okresie ogółem 9 281 odmów. W 2020 r. – 4443, a w 2021 r. – 4838 (wzrost o 395 odmów). Szczegółowe dane przyczyn i liczby odmów przedstawia poniższa tabela.

Przyczyny odmowy	2020 rok	2021 rok
Brak wskazań do hospitalizacji	3999	4303
Skierowanie do innego szpitala	117	150
Inne	15	29
Odmowa hospitalizacji przez pacjenta	151	186
Brak wolnych łóżek	28	10
Ustalenie terminu	105	137
Brak odpowiedniego zakresu świadczeń	3	1
Zgon pacjenta	12	10
Odmowa hospitalizacji ze względów epidemiologicznych	10	10
Brak możliwości ze strony szpitala	0	2
Samowolne opuszczenie izby przyjęć	3	0
RAZEM:	4443	4838

[Dowód: akta kontroli str. 256-257]

2.5. Wykorzystanie sprzętu i aparatury medycznej

W toku kontroli, w ramach dostępności do świadczeń, losowo wytypowano do oceny komórki organizacyjne funkcjonujące w strukturach WSS im. Św. Rafała w Czerwonej Górze, tj.: Pracownię EKG, funkcjonującą w strukturach Wojewódzkiej Przychodni Specjalistycznej Szpitala oraz Pracownię Gastroskopii, funkcjonującą w Dziale Endoskopii. W wyniku czego ustalono, że:

Pracownia EKG funkcjonuje w strukturach jednostki pn. Wojewódzka Przychodnia Specjalistyczna Szpitala w Czerwonej Górze, działa od dnia 1.09.1975 r. Widnieje w RPWDL pod pozycją 031 z kodem 7998; miejsce udzielania świadczeń - ul. Jagiellońska 72, Kielce. W okresie objętym kontrolą w ww. komórce organizacyjnej wykonano zgodnie ze zleceniami łącznie: 212 badań, 2020 r. – 126, a w 2021 r. – 86 (zmniejszenie o 40 badań). Pracę pracowni zabezpieczają 3 pielęgniarki zatrudnione w Przychodni. W okresie objętym kontrolą czynna była pięć dni w tygodniu, łącznie 43,40 godz. tygodniowo.

Pracownia Gastroskopii w strukturach jednostki pn. Dział Endoskopii, uwidoczniła w RPWDL z datą 1.01.2013 r. Widnieje pod pozycją 068 z kodem 7910; miejsce udzielania świadczeń - ul. Czerwona Góra 10, Chęciny. W okresie objętym kontrolą w pracowni wykonano łącznie 4 418 badań, tj. w 2020 r. – 1 991, a w 2021 r. – 2 427 (wzrost o 436 badania). W Dziale Endoskopii zatrudnionych jest 8 pielęgniarek, w tym w Pracowni Gastroskopii 5 pielęgniarek oraz 5 lekarzy. W okresie objętym kontrolą czynna była cztery dni w tygodniu, łącznie 24 godz. tygodniowo.

W ramach świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej wykonano w ww. pracowni: a) w 2020 r. - 1 089 gastrokopii; b) w 2021 r. – 1 368 gastrokopii

[Dowód: akta kontroli patrz str. 228-229 i str. 231-232]

W trakcie czynności kontrolnych ustalono, że w Podmiocie Lecznicy, w okresie objętym kontrolą, obowiązywała Procedura Nr: P-03/KP-03⁴² (wyd. 2) z dnia 17.03.2020 r. pn. *Nadzór nad aparaturą medyczną*⁴³ (zwana w dalszej części niniejszego punktu Procedurą), określająca zasady postępowania związane z serwisowaniem oraz nadzorem nad sprzętem medycznym wykorzystywanym do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w Szpitalu.

Stosownie do ww. dokumentu *pracownik zatrudniony w Sekcji ds. Aparatury Medycznej*⁴⁴ tworzy okresowe zestawienie aparatury medycznej wymagającej przeglądu na podstawie posiadanych rejestrów oraz informacji przekazanych w formie elektronicznej i pisemnej do 15 dnia każdego miesiąca przez osoby odpowiedzialne za sprzęt w poszczególnych komórkach organizacyjnych, tj. Kierowników komórek organizacyjnych/Pielęgniarki koordynujące.

Mając powyższe na uwadze, na prośbę kontrolujących p.o. Koordynatora Sekcji ds. Aparatury Medycznej przedstawił tzw. *Ewidencję aparatury medycznej i diagnostycznej* (czyt. zestawienie sprzętu medycznego wymagającego przeglądu (...) sporządzoną w 2020 r. i 2021 r. z Działu Endoskopii i Pracowni EKG). Dokumenty były opracowane wg ustalonego formularza nr 1/P-03/KP-03 do Procedury osobno dla każdej z ww. komórki organizacyjnej i zawierały m.in. dane dotyczące nazwy aparatury medycznej i diagnostycznej, nazwy producenta, typ, nr seryjny (rok produkcyjny), nr inwentarzowy, daty przeglądu (następny), uwagi dotyczące gwarancji, umów serwisowych. Aktualizowane na bieżąco w zakresie zmian dokonywanych przeglądów (np. z uwagi na awarię sprzętu).

Mając na uwadze powyższe oraz obowiązki kontrolowanego wynikające z art. 90 ust. 6-9 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych⁴⁵, wrywkowej kontroli poddano

⁴² Zastąpiła procedurę nr P-03/KP-03 *Nadzór nad sprzętem i aparaturą medyczną* wydanie 1 z dnia 27.03.2017 r.

⁴³ Zastąpiona Procedurą Nr: P-03/KP-03 wyd. 2 z dn. 17.03.2020r.

⁴⁴ Obecnie „Pracownik zatrudniony w Sekcji ds. Aparatury Medycznej”.

⁴⁵ Ustawa z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. 2021, poz. 1565) – w art. 90 ust. 6-9 uregulowane są kwestie, m.in. dotyczące: posiadania dokumentacji wykonanych działań serwisowych,

raporty serwisowe/świadectwa sprawności potwierdzające wykonanie przeglądów technicznych w latach 2020 - 2021 sprzętu i aparatury medycznej wykorzystywanego w ww. komórkach organizacyjnych Szpitala, tj.: a) elektrokardiografu typ E 60 nr 2008-10041 (nr inw. 8-80-802-36/17); b) videogastrosków: typ GIF-Q165 nr ser. 2601845/2006 r., GIF – 1TQ160 nr ser. 2901829/2009 r., GIF – H185 nr ser. 2622226/2016, GIF-H190 nr ser. 2753437/2017, GIF –H185 nr ser. 2934232, GIF-H185 nr ser. 2511427.

Na podstawie przedłożonych dokumentów źródłowych ustalono, że w okresie objętym kontrolą:

- a) przeglądy techniczne aparatu EKG użytkowanego w Pracowni EKG w Wojewódzkiej Przychodni Specjalistycznej Szpitala w Czerwonej Górze przeprowadzono 11.09.2020 r. i 14.09.2021 r., zgodnie z zaleceniami serwisanta odnotowanymi w paszporcie technicznym i *Ewidencją aparatury medycznej* (zwanej dalej ewidencją) po aktualizacji⁴⁶,
- b) przeglądy techniczne videogastroskopów użytkowanych w Dziale Endoskopii przedstawiały się w następujący sposób:
 - ✓ GIF-Q165 nr ser. 2601845/2006 r.,
 - ✓ GIF – 1TQ160 nr ser. 2901829/2009 r.
 - ✓ GIF – H185 nr ser. 2934232,
 - ✓ -GIF-H190 nr ser. 2753437/2017,
 - ✓ GIF –H185 nr ser. 2622226/2016,
 - ✓ GIF-H185 nr ser. 2511427,

przeglądy techniczne dokonane zgodnie z zaleceniami serwisanta, odnotowane w paszporcie technicznym (z uwzględnieniem przesunięć związanych z awarią sprzętu), procedura zakończona wpisem do paszportu serwisowego urządzenia i dokonaną adnotacją (aktualizacją danych) w ewidencji. Do akt kontroli pobrano 100% paszportów z Pracowni EKG i 50% z Pracowni Gastroskopii (wybór losowy prosty).

[Dowód: akta kontroli str. 258 - 286]

Na potrzeby kontroli dokonano oceny realizowanych w latach 2020-2021 umów serwisowych kontrolowanego sprzętu i aparatury medycznej, tj.:

1. umowy serwisowej nr 19/U/2019 zawartej w dniu 1.07.2019 r. pomiędzy Wojewódzkim Szpitalem Specjalistycznym im. Św. Rafała w Czerwonej Górze a firmą Olympus Polska

dokumentacji określającej terminy następnych konserwacji, działań serwisowych, przeglądów, obowiązku udostępniania tej dokumentacji organom i podmiotom sprawującym nadzór nad świadczeniodawcą lub upoważnionym do jego kontroli.

⁴⁶⁴⁶ Ewidencja aparatury medycznej, w której wskazane są daty kolejnych przeglądów prowadzona jest elektronicznie i na bieżąco aktualizowana w zależności od sytuacji np. zmiana terminu wynika z awarii aparatu – przestój w użytkowaniu.

Sp. z o.o. z/s w Warszawie, obowiązującej przez 30 miesięcy od dnia 2.07.2019 r. do 2.01.2022 r. lub do wykorzystania całkowitej wartości umowy. Przedmiotem umowy był (...) *serwis aparatury firmy Olympus (...) użytkowanej w Dziale Endoskopii, Bloku Operacyjnym, Oddziale Urologicznym. (...) Wykonywanie konserwacji i okresowych przeglądów technicznych zgodnie z zaleceniami producenta i załącznikiem nr 2 do umowy. (...)* Maksymalną łączną wartość umowy określono w § 3 na 833 333,33 zł⁴⁷ netto, (1 025 000,00 zł brutto). Płatności dokonywano w formie wynagrodzenia ryczałtowego, co miesiąc jako 1/30 wartości ryczałtowej umowy, tj. 27 777,77 zł netto. Zgodnie z § 4 ust. 2 umowy *Termin płatności wynosi 60 dni od daty doręczenia przez Wykonawcę prawidłowo wystawionej faktury VAT. Na fakturze VAT musi być wskazany nr umowy oraz wyszczególnione kwoty za poszczególne pakiety.*

2. umowy serwisowej nr 59/U/2019 zawartej w dniu 2.12.2019 r. pomiędzy Wojewódzkim Szpitalem Specjalistycznym im. Św. Rafała w Czerwonej Górze a Wojciechem Kutnik oraz Mirosławą Kutnik prowadzącymi działalność gospodarczą w ramach spółki cywilnej Tvel Med z/s w Chęcinach, której przedmiotem było m.in. (...) *przeгляд okresowy sprzętu medycznego w postaci (...) aparatu EKG Farum.* Umowa zawarta na okres 12 miesięcy licząc od dnia podpisania umowy. Zgodnie z § 3 ust. 1 ww. umowy łączna wartość przedmiotu umowy to 57 220,00 zł netto (70 380,60 zł brutto), płatna w ciągu 60 dni od daty doręczenia przez Wykonawcę prawidłowo wystawionej faktury VAT do siedziby zamawiającego, po uprzednim wykonaniu usługi.

[Dowód: akta kontroli str. 287 - 319]

Celem sprawdzenia prawidłowości realizacji ww. umów w zakresie terminowości dokonywania opłat z tytułu realizacji przedmiotowych umów wytypowano do kontroli (na podstawie doboru losowego prostego),

- do umowy nr 19/U/2019 faktury VAT nr: 8800002988 z dnia 31.08.2020 r. (wpływ 31.08.2020 r.), 8800002950 z dnia 31.07.2020 r. (wpływ 31.07.2020 r.);
- do umowy nr 59/U/2019 faktury VAT nr: 86u/07/20 z dnia 1.07.2020 r. (wpływ 28.07.2020 r.), 89u/07/20 z dnia 17.07.2020 r. (wpływ 28.07.2020 r.); nr 109u/09/20 z dnia 3.09.2020 r. (wpływ 10.09.2020 r.) i 134u/10/20 z dnia 1.10.2020 r. (wpływ 5.10.2020 r.).

[Dowód: akta kontroli str. 320-350]

Na podstawie przedstawionej do kontroli próby w zestawieniu z przelewami bankowym/wyciągami dziennymi z rachunku, ustalono że 5 spośród 6 wytypowanych

⁴⁷ Kwota rozbita w umowie na 3 pakiety.

do kontroli dokumentów księgowych zostało opłaconych po terminie określonym w ww. umowach serwisowych.

W powyższej kwestii Dyrektor szpitala złożył wyjaśnienie w brzmieniu: (...) *na terminowość płatności faktur miał wpływ ogłoszony na terenie Rzeczypospolitej Polskiej stan epidemii związany z rozprzestrzenieniem się SARS-CoV-2. (...) Wykonawcy nie naliczyli dla Szpitala opłat z tytułu nieterminowej zapłaty.*

[Dowód: akta kontroli str.351]

Kontrolujący przyjmują wyjaśnienie, niemniej wskazują, iż powyższe stoi w sprzeczności z zapisami art. 44 ust. 3 pkt 3) ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych⁴⁸.

Na podstawie zestawienia p.o. Kierownika Działu Finansowo- Księgowego wiadomo, iż w okresie trwania umowy nr 19/U/2019 z dnia 1.07.2019 r. szpital wydatkował łącznie 720 848,63 zł (w 2020 r. - 360 848,75 zł, a w 2021 r. – 359 999,88 zł). Natomiast w ramach umowy 59/U/2019 z dnia 2.12.2019 r. w okresie objętym kontrolą, tj. w 2020 r. szpital wydatkował 62 627,40 zł.

[Dowód: akta kontroli str. 352]

2.6. Stopień realizacji umów z NFZ w poszczególnych zakresach

Na podstawie *Zestawienia umów zawartych z NFZ (...)* ustalono, że w okresie objętym kontrolą przedmiotem kontraktów były m.in.: ambulatoryjne opieka specjalistyczna, w tym badania kosztochłonne, programy lekowe, świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze, rehabilitacja lecznicza, lecznictwo szpitalne, w tym ryczałt – szpital pulmonologiczny, hospitalizacje w określonych zakresach. W oparciu o ww. dokument, kontrolujący sporządzili zestawienie wartości: zawartych z ŚOW NFZ umów, ostatecznego ich wykonania, wielkości świadczeń niezrefundowanych przez płatnika. I tak w:

1. 2020 r.: a) wartość umów wraz z aneksami i ryczałtem PSZ wynosiła – 97 929 975,14 zł⁴⁹
b) łączna realizacja kontraktu – 73 549 159,15 zł (wykonanie świadczeń poza ryczałtowych – 35 158 135,86 zł, wykonanie ryczałtu – 38 391 023,29 zł); c) wartość świadczeń zrefundowanych – 696 816,70 zł; d) wartość świadczeń niezrefundowanych – 490 067,63 zł;
2. 2021 r.: a) wartość umów wraz z aneksami i ryczałtem PSZ wynosiła – 106 596 454,53 zł⁵⁰, b) łączna realizacja kontraktu – 84 017 822,36 zł (wykonanie świadczeń poza ryczałtowych- 41 629 156,53 zł, wykonanie ryczałtu – 42 388 665,83 zł);

⁴⁸ Tj. Dz. U. 2021, poz. 305 z późn. zm.

⁴⁹ W tym ryczałt PZ – 61 431 457,00 zł.

⁵⁰ W tym ryczałt PZ – 64 346 667,00 zł.

3. łączna wartość dodatkowych środków otrzymanych w okresie objętym kontrolą z tytułu realizacji umów związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 – 33 267 268,32 zł (w 2020 r. – 9 606 970,86 zł, w 2021 r. – 23 660 297,46 zł).

[Dowód: akta kontroli str. 353-375]

Dyrektor kontrolowanej jednostki wskazał, iż w latach 2020 - 2021 (...) wartość ryczałtu całego szpitala jak i udział przydzielony w ryczałcie oddziałom kontrolowanym nie został zrealizowany. Powyższe uwarunkowane było sytuacją pandemiczną na świecie wywołaną wirusem SARS - CoV-2 wywołującym chorobę COVID-19. W związku z powyższym szpital został powołany Decyzjami Wojewody Świętokrzyskiego do objęcia opieką pacjentów zakażonych wirusem SARS - CoV-2. Świadczenia powyższe były finansowane z odrębnych środków finansowych. Ponadto (...) Szpital leczył pacjentów zgodnie z zachowaniem najwyższego reżimu sanitarnego. Dodatkowo z uwagi na pandemię bardzo dużo osób bało się przychodzić do Szpitala z obawy na możliwość potencjalnego zarażenia się wirusem SARS-CoV-2. Dodał, iż: a) w 2020 r. Narodowy Fundusz Zdrowia płacił 100% nadwykonań (...) z wyjątkiem umowy SPO51. Szpital w drodze negocjacji z NFZ z posiadanych nadwykonań wynoszących 1 130 257,99 zł pozyskał kwotę zapłaty za świadczenia wynoszącą 696 816,70 zł., w związku z powyższym (...) zrzekł się pozostałej kwoty 433 440,89 zł.⁵²; b) w 2021 r. Narodowy Fundusz Zdrowia płacił 100% nadwykonań. Dodatkowo Szpital zobowiązany był do spłaty pozyskanych środków w 2020 roku bez ich realizacji na podstawie Rozporządzenia MZ z dnia 2 grudnia 2020 r. w sprawie zmiany rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej § 3b (...).

[Dowód: patrz akta kontroli str. 361-362 i 374]

Kontrolujący ustalili, iż powyższe płatnik ogłosił w pierwotnym komunikacie z dnia 16.12.2020 r.⁵³, z którego wiadomo m.in. że rozliczenie należności dla danego zakresu świadczeń, wypłaconych świadczeniodawcom w ramach tzw. 1/12 (rachunki ryczałtowe) będzie zrealizowane przez stworzenie w systemie informatycznym NFZ dodatkowych funkcjonalności, które umożliwią spłatę (odrobienie) przez świadczeniodawców należności wypłaconych na podstawie rachunków ryczałtowych, w okresie 2020-2021 r. Ostatecznie na spłatę pobranych zaliczek podmioty mają czas do końca 2023 roku. Według ww. komunikatu nie będzie możliwości automatycznego rozliczenia w 2021 r. świadczeń

⁵¹ Świadczenia Pielęgnacyjno – Opiekuńcze.

⁵² Różnica w kwotach świadczeń niezrefundowanych wynika z faktu, iż NFZ płacąc nadwykonania przyjmował dane stan na konkretny dzień i w przypadku dokonywania zmian w sprawozdawczości dodatkowe dane nie były brane pod uwagę.

⁵³ <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/sposob-rozliczania-przez-placowki-medyczne-tzw-112-kontraktu,7877.html>

udzielonych ponad kwoty zobowiązań określone w planie rzeczowo-finansowym na 2021 r., w tym w zakresie kwot zobowiązań niewykorzystanych z planu rzeczowo-finansowego na 2020 r.

2.7. Sposób realizacji prawa pacjentów do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej

Kontrolowany poinformował, że w oświadczeniu Dyrektora o sposobie zapewnienia dostępu do świadczeń poza kolejnością osobom uprawnionym w art. 47c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W związku z powyższym kontrolujący dokonali oględzin losowo wybranych miejsc rejestracji pacjentów, tj.: Ogólnej Izby Przyjęć, Przychodni Przyszpitalnej w Czerwonej Górze, Rejestracji Działu Endoskopii, stwierdzając, iż w każdym z ww. miejsc udzielania świadczeń widoczna była, identyczna w swej treści, informacja dotycząca szczególnych uprawnień do korzystania ze świadczeń poza kolejnością.

[Dowód: akta kontroli str. 376-380]

2.8. Poziom satysfakcji pacjenta z otrzymanej usługi medycznej

Na podstawie informacji udzielonej przez kierownika jednostki, potwierdzonej okazanymi dokumentami źródłowymi ustalono, że w latach 2020 – 2021 w podmiocie leczniczym obowiązywała (...) *Procedura nr P-04/KP-02 „Badanie satysfakcji Pacjenta” wyd. 3 z dnia 01.06.2018 r.*, określająca m.in.: cel przeprowadzania ankietyzacji, zakres, przedmiot, uprawnienia i odpowiedzialność oraz tryb postępowania oraz załącznik nr 32 do ww. dokumentu obowiązujący od 18.10.2021 r.⁵⁴ Stopień zadowolenia pacjenta objęty jest ciągłym monitorowaniem. Informacje dotyczące satysfakcji pacjenta uzyskiwane są poprzez:

- a) systematyczną analizę i ocenę ankiet;
- b) analizę złożonych skarg, pochwał, wniosków;
- c) rozmowy bezpośrednie z pacjentem i jego opiekunami;
- d) obserwację.

W Szpitalu prowadzone jest kwartalne badanie satysfakcji pacjenta za pomocą kwestionariusza ankiety składającego się z trzech części: a) pierwsza – ocena pracy personelu i podstawowych świadczeń, b) druga - pytania zamknięte z zakresu respektowania Praw Pacjenta, c) trzecia - krótka charakterystyka badanego. Ankieta zawiera rubrykę dedykowaną na uwagi pacjenta.

Badaniem objęty jest każdy hospitalizowany pacjent (ankietę otrzymuje w momencie przyjęcia do Oddziału z zaleceniem wypełnienia jej po zakończeniu pobytu). Analizy ankiet

⁵⁴ W okresie objętym kontrolą obowiązywał pierwotnie załącznik – wydanie 4 obowiązujący od 18.06.2019 r., wydanie 5 obowiązujące od 22.09.2021 r.

dla każdego Oddziału oraz zbiorczo dla całego Szpitala, dokonuje Pełnomocnik ds. Systemu Zarządzania Jakością wraz z Zespołem ds. Badania Satysfakcji Pacjenta 1x kwartał (po zakończeniu roku przygotowywane jest roczne podsumowanie wyników badania satysfakcji pacjenta z porównaniem do lat poprzednich).

Z rocznych analiz dokonanych w okresie objętym kontrolą wiadomo, że:

- 1) liczba hospitalizacji w Oddziałach Szpitala w 2020 r. wyniosła 12 403 – zwrócono 2 645 ankiet (21,3 % wszystkich hospitalizowanych); 2) wśród ankietowanych przeważali pacjenci w wieku powyżej 60 lat z wykształceniem średnim, mieszkańcy miast – dla większości był to kolejny pobyt w szpitalu; 3) w średniej ocenie pracowników Izby Przyjęć przeważają oceny bardzo dobre i dobre (łącznie 85,6%); 4) w ocenie pracowników Oddziałów Szpitala przeważają oceny bardzo dobre i dobre (łącznie 91,1%); 5) Pacjenci wnieśli uwagi dotyczące jakości żywienia (serwowanych potraw, ich temperatury i czasu podawania; stanu technicznego, wyposażenia i funkcjonowania łazienek, zbyt długiego oczekiwania na przyjęcie do szpitala. 6) w ogólnej ocenie pobytu w Szpitalu dominują oceny bardzo dobre;
- 1) liczba hospitalizacji w Oddziałach Szpitala w 2021 r. wyniosła 14 521 – zwrócono 2 596 ankiet (17,9 % wszystkich hospitalizowanych); 2) wśród ankietowanych przeważali pacjenci w wieku powyżej 60 lat z wykształceniem średnim, mieszkańcy miast – dla większości był to kolejny pobyt w szpitalu; 3) w średniej ocenie pracowników Izby Przyjęć przeważają oceny bardzo dobre i dobre (łącznie 86,1%); 4) w średniej ocenie jakości usług Oddziałów Szpitala przeważają oceny bardzo dobre i dobre (łącznie 90,5%); 5) stan sanitarny ankietowani ocenili w 86,4% jako bardzo dobry i dobry – najwyższy wynik od 2014 r.; 6) uwagi pacjentów były analogiczne do wniesionych w roku poprzednim; 7) w ogólnej ocenie pobytu w Szpitalu dominują oceny bardzo dobre.

Analiza uzyskanych danych dostarcza informacji na temat: a) poziomu spełniania wymagań pacjenta; b) zgodności świadczonych usług z obowiązującymi wymaganiami; c) obszarów, które należy doskonalić; d) respektowania prawa dostępu pacjenta do informacji, itp.

Raporty z analizy ankiet kwartalne i roczne⁵⁵ przekazywane są Dyrekcji Szpitala oraz Naczelnej Pielęgniarce.

⁵⁵ Kierownicy/koordynatorzy, Pielęgniarki Koordynujące komórki organizacyjnych otrzymują drogą e-mail raporty dotyczące ich komórki organizacyjnej z zaleceniem zapoznania z wynikami analizy podległego personelu i podjęcia działań zmierzających do poprawy jakości udzielanych świadczeń w zakresie własnej komórki organizacyjnej. Ponadto Pełnomocnik ds. Systemu Zarządzania Jakością umieszcza raporty z wynikami analizy w odniesieniu do całego Szpitala na serwerze szpitalnym, do którego ma dostęp każdy pracownik.

Wnioski z analizy i podejmowane działania przedstawiane są na zebraniach Dyrekcji z kierownikami komórek organizacyjnych, zebraniach z Pielęgniarkami Koordynującymi, Przeglądach Zarządzania.

[Dowód: patrz akta kontroli str. 232-234 i str. 381- 400]

2.9 Zlecenie podmiotom zewnętrznym świadczeń zdrowotnych na podstawie art. 26 ustawy i działalności leczniczej

Według zestawienia sporządzonego przez kierownika jednostki, w latach 2020-2021, podmiot leczniczy przeprowadził na realizację świadczeń zdrowotnych łącznie 58 postępowań w oparciu o art. 26 u.d.l. I tak: a) w 2020 r. w trybie konkursu ofert przeprowadzono 25 postępowań, w tym: 23 na realizację świadczeń zdrowotnych przez personel medyczny; 2 postępowania na realizację świadczeń zdrowotnych z podmiotami leczniczymi oraz 2 w trybie pozakonkursowym na realizację świadczeń zdrowotnych z podmiotami leczniczymi; b) w 2021 r. w trybie konkursowym przeprowadzono łącznie 30 postępowań, w tym: 29 na udzielenie świadczeń przez personel medyczny, 1 na udzielenie świadczeń przez podmioty zewnętrzne z wyłączeniem personelu medycznego oraz 1 w trybie pozakonkursowym na realizację świadczeń zdrowotnych z podmiotami leczniczym.

W efekcie ww. działań zawarto łącznie 109 umów, z tym:

1) w roku 2020 r. szpital podpisał:

- 41 umów w trybie konkursowym, w tym: 39 na realizację świadczeń zdrowotnych z personelem medycznym, 2 na realizację świadczeń zdrowotnych z podmiotami zewnętrznymi z wyłączeniem personelu medycznego,
- 7 umów bez przeprowadzenia konkursu na realizację świadczeń zdrowotnych z podmiotami zewnętrznymi z wyłączeniem personelu medycznego;

2) w roku 2021 r. podpisano:

- 50 umów w trybie konkursowym w tym: 49 na realizację świadczeń zdrowotnych z personelem medycznym, 1 na realizację świadczeń zdrowotnych z podmiotami zewnętrznymi z wyłączeniem personelu medycznego,
- 11 umów bez przeprowadzenia konkursu na realizację świadczeń zdrowotnych z podmiotami zewnętrznymi z wyłączeniem personelu medycznego.

[Dowód: akta kontroli str. 401]

Szczegółowym badaniem objęto zapytanie ofertowe nr AO-ŚM-3-2020 na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie *wykonywanie badań laboratoryjnych*.

Na podstawie dokumentów źródłowych, tj.:

- dokumentu z dnia 18.03.2021 r. pn. szacunkowa wartość zamówienia⁵⁶, dokonana zgodnie z art. 26a ust. 5 pkt 1 u.d.l.,
- zaproszenia do składania ofert upublicznionego przez szpital w dniu 1.07.2020 r.,
- dokumentu pn. *Warunki i wymagania* (załącznik nr 1 do zaproszenia), zawierającego m.in. wymogi: posiadania własnego laboratorium wpisanego do Krajowej Izby Diagnostów, dotyczące organizacji: przyjmowania, transportu, odbioru, przechowywania materiałów biologicznych, kwalifikacji kierownika laboratorium i zapewnienia kadry w ilości gwarantującej prawidłową realizację świadczeń będących przedmiotem zapytania ofertowego, itp.;
- pozostałych załączników dołączonych do zaproszenia, tj. formularza ofertowego, formularza cenowego, projektu umowy,
- zaproszeń skierowanych przez WSS im. Św. Rafała w Czerwonej Górze skierowanych do Lider Konsorcjum ALAB laboratorium Sp. z o.o. z/s w Kielcach, SYVENO Sp. z o.o. z/s w Warszawie i Diagnostyka Sp. z o.o. z/s w Krakowie,
- zestawienia i oceny ofert z którego wiadomo, iż do upływu terminu składania ofert do szpitala wpłynęły 2⁵⁷ oferty, ocenione wg przyjętych kryteriów, uznane za zgodne z wymogami zamawiającego,
- protokołu z postępowania o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne przeprowadzonego w trybie zaproszenia do składania ofert,
- ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania w trybie zaproszenia do składania ofert z dnia 10.07.2021 r., z którego wiadomo, iż w postępowaniu przyjęto ofertę firmy Diagnostyka Sp. z o.o z/s w Krakowie,

ustalono, że zapytanie ofertowe przeprowadzono zgodnie z art. 26 ust. 4a u.d.l.

[Dowód: akta kontroli str. 402 - 427]

Kontrolujący ustalili, iż w okresie objętym kontrolą w jednostce obowiązywał *Regulamin wewnętrzny udzielania zamówień na świadczenia zdrowotne o wartości nieprzekraczającej kwoty (...)*, (zwany dalej Regulaminem). Zgodnie z jego treścią ww. zapytanie powinno zostać przeprowadzone w oparciu o § 8 *Zapytanie ofertowe bez ogłoszenia*⁵⁸. Jak ustalono procedurę zmodyfikowano poprzez upublicznienie zaproszenia wraz z załącznikami na stronie BIP Szpitala (o czym mowa w § 9 Regulamin, pn. *Zapytania ofertowe*

⁵⁶od IV-XII 2021 r. na kwotę 928 662 00 zł od I-XII 2022 r. na kwotę 1 235 814,09 zł i I-III. 2023 r. – 94 647,14 zł – łączna maksymalna wartość zamówienia IV 2021-I II 2023 – 2 259 123,23 zł.

⁵⁷ W formularzu: Zestawienie i Ocena ofert, w kolumnie ilość złożonych ofert omyłkowo wpisano 3 powinno być 2 – omyłka pisarska. Złożono 2 oferty (...), co zostało potwierdzone w dokumencie Ogłoszenie o rozstrzygnięciu.

⁵⁸ Dla zamówień, których wartość jest równa lub wyższa od 5 000,00 zł i nie przekracza 40 000,00 zł.

z ogłoszeniem)⁵⁹. Jak wyjaśnił Dyrektor placówki: (...) Postępowanie było przeprowadzone zgodnie z regulaminem wewnętrznym udzielania zamówień na świadczenia zdrowotne o wartości nieprzekraczającej kwoty wskazanej w art. 26 ust 4a u.d.l. z dnia 15 kwietnia 2011 r. Zdecydowano o przeprowadzeniu postępowania w trybie zapytanie ofertowe z ogłoszeniem, mając na względzie trwającą pandemię, system pracy zdalnej i przymusowe kwarantanny.

[Dowód: akta kontroli str. 427]

Kontrolujący przyjmują wyjaśnienie, z uwagi na specyficzną sytuację, w której w 2020 r. działały placówki ochrony zdrowia w kraju z powodu stanu epidemii. Podjęcie czynności mającej na celu ewentualne dotarcie do większej liczby świadczeniodawców poprzez ogłoszenie zapytania ofertowego na stronie internetowej szpitala, w ocenie kontrolujących było działaniem zwiększającym szanse na dotarcie do większej liczby ewentualnych oferentów i zakończenie procedury podpisaniem umowy. Zdaniem kontrolujących w sytuacji trwania stanu epidemii, podejmowanie tego typu działań, celem utrzymania ciągłości udzielania świadczeń dla pacjentów szpitala, należy ocenić pozytywnie.

Dalsze czynności kontrolne pozwoliły na ustalenie, iż:

- w dniu 14.07.2020 r. pomiędzy WSS im. Św. Rafała w Czerwonej Górze, a Diagnostyką⁶⁰ Sp. z o.o. z/s Krakowie podpisano umowę nr 7/B/2020 na okres 12 miesięcy, tj. od dnia 15.07.2020 r. do dnia 14.07.2021 r.;
- wartość ww. umowy wynosiła 28 170,00 zł brutto;
- należność za świadczenia naliczono w okresach miesięcznych, na podstawie zrealizowanych skierowań. Podstawą zapłaty było wystawione przez przyjmującego zamówienie faktury z załączonym wykazem osób, które skorzystały z poszczególnych rodzajów badań wg cennika stanowiącego załącznik nr 2 do umowy;
- zapłata miała być dokonywana po zweryfikowaniu przez osobę wyznaczoną przez udzielającego zamówienia pod kątem zgodności z umową z terminem zapłaty 30 dni od daty doręczenia faktury.

[Dowód: akta kontroli str. 428-438]

⁵⁹Realizowane dla zamówień, których wartość jest równa lub wyższa od 40 000,00 zł i nie przekracza w PLN równowartości 30 000,00 Euro.

⁶⁰Reprezentowaną przez Dyrektora Regionu – Dariusza Adamczyka (pełnomocnictwo załącznik nr 5).

Analiza treści ww. umowy pozwoliła kontrolującemu na ustalenie, iż jej treść spełniała kryteria określone w art. 27 ust.4 u.d.l.

Celem sprawdzenia terminowości regulowania należności przez szpital z tytułu realizacji umowy nr 7/B/2020 kontrolujący metodą doboru losowego prostego wytypowali do kontroli 3 faktury VAT z 2021 r. nr: 1201/0418/21 z dnia 28.02.2021 r. (wpływ 9.03.2021 r.), 1201/0686/21 z dnia 31.03.2021 r. (wpływ 14.04.2021 r.) oraz 1201/0969/21 z dnia 30.04.2021 r. (wpływ 11.05.2021 r.).

[Dowód: akta kontroli str. 439 -445]

Na podstawie dokumentów źródłowych, tj. ww. faktur i przelewów kontrolujący ustalili, że faktury za udzielone świadczenia medyczne regulowane były w terminie zgodnym z umową. Do każdego dokumentu księgowego przejmujący zamówienie dołączał wykaz osób, którym wykonano w danym miesiącu sprawozdawczym zlecone badania.

Ocena cząstkowa pozytywna mimo stwierdzonych uchybień i nieprawidłowości

Pozytywna ocena dotyczy: a) wyodrębnienia łóżek dla pacjentów z rozpoznaniem COVID-19 w kontrolowanych oddziałach, zgodnie z Decyzjami Wojewody Świętokrzyskiego; b) spełniania wymogów płatnika w zakresie potencjału ludzkiego oraz dostępności pacjenta do świadczeń realizowanych w komórkach organizacyjnych poddanych kontroli; c) kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk oraz dokumentowania przebytych szkoleń p.poż, bhp oraz przeprowadzonych badań okresowych w poddanej kontroli próbie; d) stosowania procedur gwarantujących sprawność aparatury i sprzętu medycznego poddanego kontroli; e) prowadzenia list oczekujących na udzielanie świadczenia zdrowotnego i przekazywania ich do płatnika zgodnie z wytycznymi NFZ i obowiązującymi przepisami w tym zakresie; f) działalności Zespołu ds. Oceny Przyjęć; g) realizacji kontraktów z ŚOW NFZ; h) informowania pacjentów o przysługujących im prawach do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej; i) przeprowadzenia oceny poziomu satysfakcji pacjenta z otrzymanej usługi medycznej, zgodnie z obowiązującymi aktami prawa wewnętrznego; j) realizacji zamówienia: AO-ŚM-3-2020 na udzielanie świadczeń zdrowotnych w *wykonywanie badań laboratoryjnych*, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie.; k) terminowego regulowania należności wynikających z realizacji ww. umowy w poddanej kontroli próbie.

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczą: a) nieterminowego uregulowania należności z tytułu 5 faktur z poddanej kontroli próbie, wystawionych do umów serwisowych nr: 19/U/2019 z dnia 1.07.2019 r. i 59/U/2019 z dnia 2.12.2019 r.

C. Osoba odpowiedzialna

Za stwierdzone uchybienia i nieprawidłowości odpowiedzialny jest:

- Pan Youssef Sleiman- na podstawie art. 46 ust. 1 u.d.l, zgodnie, z którym odpowiedzialność za zarządzanie podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą ponosi kierownik.

IV. POZOSTAŁE INFORMACJE I POUCZENIA

Projekt Wystąpienia Pokontrolnego został sporządzony w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, jeden dla jednostki kontrolowanej, drugi do akt kontroli.

Zgodnie z § 22 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 roku w sprawie sposobu trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych.

1. kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo w terminie 7 dni, od otrzymania projektu wystąpienia pokontrolnego do zgłoszenia umotywowanych pisemnych zastrzeżeń do tego projektu, przy czym termin ten uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem pismo zostało nadane w polskiej placówce pocztowej operatora publicznego;
2. na umotywowany wniosek kierownika jednostki kontrolowanej, złożony przed upływem terminu na zgłoszenie zastrzeżeń, przy zaistnieniu szczególnie ważnych przyczyn termin na zgłoszenie zastrzeżeń może zostać przedłużony przez podmiot uprawniony do kontroli na dalszy czas oznaczony;
3. podmiot uprawniony do kontroli ma prawo sprostowania w projekcie wystąpienia pokontrolnego, w każdym czasie, z urzędu lub na wniosek kierownika jednostki kontrolowanej, błędów pisarskich lub innych oczywistych omyłek;
4. projekt wystąpienia pokontrolnego, w którym dokonano sprostowania, przekazuje się kierownikowi jednostki kontrolowanej wraz z informacją o dokonanych zmianach;
5. sprostowanie nie ma wpływu na bieg terminu zgłoszenia zastrzeżeń do projektu wystąpienia pokontrolnego.

W przypadku niezgłoszenia zastrzeżeń sporządza się Wystąpienie Pokontrolne obejmujące treść Projektu Wystąpienia Pokontrolnego uzupełnione o zalecenia lub wnioski dotyczące usunięcia nieprawidłowości i uchybień lub usprawnienia funkcjonowania jednostki kontrolowanej.

Marszałek
Województwa Świętokrzyskiego
Andrzej Bętkowski
(dokument podpisano elektronicznie)
/podmiot uprawniony do kontroli/

Jolanta Jesionowska, Karol Giemza

.....
/podpisy osób sporządzających Projekt Wystąpienia Pokontrolnego/

Kielce, dnia 16 listopada 2022 r.