

**UCHWAŁA NR 5774/22**  
**ZARZĄDU WOJEWÓDZTWA ŚWIĘTOKRZYSKIEGO**  
**Z DNIA 24 SIERPNIĄ 2022 ROKU**

**W SPRAWIE:**

**Przyjęcia Wystąpienia Pokontrolnego dotyczącego Wojewódzkiego Szpitala  
Zespolonego w Kielcach.**

**NA PODSTAWIE:**

§ 25 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 Wystąpienie Pokontrolne dotyczące Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Kielcach sporządzone 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) Sprawdzenia sposobu wykonania zaleceń zawartych w Wystąpieniu Pokontrolnym z dnia 24.06.2020 r. znak: OZ.IV.1711.4.2020.

2. Wystąpienie Pokontrolne 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 Wystąpienia Pokontrolnego dotyczącego**  
**Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego w Kielcach**

W dniu 3 sierpnia 2022 r. Uchwałą nr 5701/22 Zarząd Województwa Świętokrzyskiego przyjął Projekt Wystąpienia Pokontrolnego sporządzony po przeprowadzeniu kontroli planowej w Wojewódzkim Szpitalu Zespołonym w Kielcach w zakresie:

*1. Realizacji zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie, dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych w latach 2020 - 2021; 2. Sprawdzenia sposobu wykonania zaleceń zawartych w Wystąpieniu Pokontrolnym z dnia 26.04.2020 r. znak: OZ.IV.1711.4.2020.* Przedmiotowy dokument w dniu 4.08.2022 r. przekazano do jednostki kontrolowanej. Kierownik podmiotu leczniczego nie zgłosił umotywowanych zastrzeżeń do Projektu Wystąpienia Pokontrolnego, w związku z tym opracowano Wystąpienie Pokontrolne, uzupełnione o zalecenia dotyczące usunięcia stwierdzonych uchybień i nieprawidłowości.

Zgodnie z § 25 ust. 5 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych, wystąpienie pokontrolne podpisuje podmiot uprawniony do kontroli.

W związku z powyższym, podjęcie niniejszej uchwały jest uzasadnione.

Załącznik nr 1 do Uchwały Nr 5774/22  
Zarządu Województwa Świętokrzyskiego  
z dnia 24 sierpnia 2022 r.

OZ-I.1711.5.2022

### **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 Kielc

**Dane identyfikacyjne kontroli:**

**Jednostka Kontrolowana:** Wojewódzki Szpital Zespolony<sup>1</sup> w Kielcach, ul. Grunwaldzka 45, 25-736 Kielce

**Kierownik jednostki kontrolowanej:**

Pan Bartosz Stemplewski powołany na stanowisko Dyrektora z dniem 8.05.2019 r. Uchwałą nr 551/19 ZWŚ.

**Termin przeprowadzenia czynności kontrolnych i zakres kontroli:** kontrolę przeprowadzono w dniach od 11.05.2022 r. do 24.05.2022 r. w zakresie: realizacji zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie, dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych w latach 2020-2021 oraz sprawdzenia sposobu wykonania zaleceń zawartych w Wystąpieniu Pokontrolnym z dnia 24.06.2020 r. znak: OZ.IV.1711.4.2020. Szczegółowy zakres kontroli został wskazany w Programie kontroli, przyjętym Uchwałą Nr 5249/22 Zarządu Województwa Świętokrzyskiego z dnia 4 maja 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 9.

O kontroli Dyrektor jednostki został poinformowany drogą telefoniczną w dniu 4.05.2022 r.

**Osoby przeprowadzające kontrolę:**

**Jolanta Jesionowska** - Główny Specjalista na podstawie upoważnienia Nr OZ-I.1711.5.2022-1 z dnia 4 maja 2022 r. wydanego przez Marszałka Województwa Świętokrzyskiego w związku z Uchwałą Zarządu Województwa Świętokrzyskiego Nr 5250/22 z dnia 4 maja 2022 r., oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli.

**Karol Giemza** – Inspektor na podstawie upoważnienia Nr OZ-I.1711.5.2022-2 z dnia 4 maja 2022 r. wydanego przez Marszałka Województwa Świętokrzyskiego w związku z Uchwałą Zarządu Województwa Świętokrzyskiego Nr 5250/22 z dnia 4 maja 2022 r., oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli.

*[Dowód: akta kontroli str. 7-14]*

---

<sup>1</sup> Zwany również: WSZZ, szpitalem, podmiotem leczniczym, kontrolowanym, podmiotem, udzielającym zamówienia, jednostką kontrolowaną.

## Ocena ogólna

Ocena działalności podmiotu leczniczego, w zakresie objętym kontrolą została dokonana na podstawie ustalonego stanu faktycznego<sup>2</sup> przy zastosowaniu kryteriów kontroli wynikających z ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 roku<sup>3</sup> (zwana dalej u.d.l.) tj. *celowości, gospodarności i rzetelności*.

Mając na uwadze przyjętą skalę ocen<sup>4</sup>, 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:

Podmiot leczniczy w okresie objętym kontrolą działał w oparciu o Statut stanowiący załącznik do Uchwały Nr XXXVIII/545/17 Sejmiku Województwa Świętokrzyskiego z dnia 20.11.2017 r.<sup>5</sup>

Zgodnie z § 4 ust. 1 Statutu podstawowym celem zakładu jest (...) *udzielanie świadczeń zdrowotnych służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia fizycznego i psychicznego 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, a także uczestniczenie w realizacji zadań dydaktycznych i zadań powiązanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia*. Wojewódzki Szpital Zespolony wykonuje działalność leczniczą za pomocą zakładów: stacjonarnych i całodobowych szpitalnych świadczeń zdrowotnych oraz ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Udziela świadczeń w zakresie: a) leczenia szpitalnego; b) ambulatoryjnej opieki specjalistycznej; c) badań diagnostycznych, d) rehabilitacji leczniczej, e) świadczeń wysokospecjalistycznych; f) świadczeń odrębnie kontraktowanych; g) programów zdrowotnych i lekowych; h) badań

<sup>2</sup> W oparciu o dokumenty poddane kontroli, w odniesieniu do przyjętej próby kontrolnej.

<sup>3</sup> Dz.U.2022 poz. 633 z późn. zm.

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

<sup>5</sup> Dz.Urząd.Woj.Świet.2017., poz. 3542.

laboratoryjnych, rentgenowskich. Ustalono, iż w latach 2020- 2021 nie dokonywano zmian w treści Statutu.

[Dowód: akta kontroli str.15-30]

## **1.2. Regulamin Organizacyjny (zwany dalej Regulaminem)**

W oparciu o dokumenty źródłowe ustalono, że w okresie objętym kontrolą obowiązywały dwa teksty jednolite Regulaminu Organizacyjnego tj. z dnia 23.09.2019 r. oraz z dnia 6.07.2020 r., wprowadzone zarządzeniami wewnętrznymi Dyrektora podmiotu leczniczego odpowiednio nr: 47/2019 z dnia 24.09.2019 r. i 30/2020 z dnia 15.07.2020 r., poprzedzone pozytywnymi opiniami Rady Społecznej, wyrażonymi w uchwałach nr: 15/2019 z dnia 23.09.2019 r. i 14/2020 z dnia 6.07.2020 r.

Ustalono, iż w badanym okresie wprowadzano następujące zmiany:

### **• w 2020 r.:**

1. Zarządzeniem nr 12/2020<sup>6</sup> z dnia 6.03.2020 r. – zmiana schematu organizacyjnego w zakresie uwidocznienia, zmian nazwy oraz wykreślenia<sup>7</sup> komórek organizacyjnych Szpitala. Dodano m.in. komórkę organizacyjną pn. Poradnia Anestezjologiczna<sup>8</sup>, podległą pod Wojewódzką Przychodnię Przyszpitalną, dokonano zmiany nazwy Poradni Anestezjologicznej (podległej pod Klinikę Anestezjologii i Intensywnej Terapii Dziecięcej) na Poradnię Anestezjologiczną dla dzieci,
2. Zarządzeniem nr 30/2020<sup>9</sup> z dnia 15.07.2020 r. – zmiana treści §. 3 ust. 1 Regulaminu, w zakresie nazewnictwa zakładów leczniczych za pomocą, których szpital wykonuje działalność leczniczą oraz zmiana treści księgi rejestrowej nr 00000014597 (zwana dalej RPWDL) w zakresie dostosowania nazw zakładów leczniczych do zapisów Statutu i Regulaminu Organizacyjnego.

### **• w 2021 r.:**

1. Zarządzeniem nr 2/2021<sup>10</sup> z dnia 12.01.2021 r. i 9/2021 z dnia 26.03.2021 r. – zmiana podległości komórek organizacyjnych pn. Poradnia Neurologiczna i Poradnia Kardiologiczna (przypisanie do jednostki pn. Wojewódzka Przychodnia Przyszpitalna), wprowadzenie do schematu nowych komórek organizacyjnych, tj. Świętokrzyskiego

---

<sup>6</sup> Uchwała Rady Społecznej nr 07/2020 z dnia 2.03.2020 r.

<sup>7</sup> Nie dotyczy komórek medycznych.

<sup>8</sup> Uwidoczniona RPWDL z dniem 10.07.2020 r. – lp. 310, podległa jednostce pn. Wojewódzka Przychodnia Przyszpitalna. Poradnia Anestezjologii dla dzieci – zmiana nazwy nie wymaga odnotowania daty dokonanej czynności.

<sup>9</sup> Uchwała Rady Społecznej nr 14/2020 z dnia 6.07.2020 r.

<sup>10</sup> Uchwała Rady Społecznej nr 19/2020 z dnia 23.11.2020 r. (obejmuje również zmiany wprowadzone Zarządzeniem nr 9/2021 z dnia 26.03.2021 r.).

Szpitala Tymczasowego<sup>11</sup> i komórek mu podległych, tj.: Izby Przyjęć, Pracowni TK, Pracowni RTG.

2. Zarządzeniem nr 20/2021<sup>12</sup> z dnia 10.06.2021 r. - zmiana schematu organizacyjnego, poprzez dodanie nowej komórki organizacyjnej pn. Poradnia Neonatologiczna – Laktacyjna<sup>13</sup>, zmiana podległości wskazanych w ww. zarządzeniu komórek organizacyjnych funkcjonujących w strukturach placówki pod jednostki, m.in.: Szpital, Świętokrzyskie Centrum Neurologii, Świętokrzyskie Centrum Pediatrii, Laboratorium Diagnostyczne oraz usunięcie komórki organizacyjnej Świętokrzyski Szpital Tymczasowy i komórek jemu podległych<sup>14</sup>.

[Dowód: akta kontroli str.31-71]

Weryfikacja przedłożonych do kontroli uchwał rady społecznej, zarządzeń wewnętrznych Dyrektora z RPWDL, pozwoliła na ustalenie, że:

- a) do dnia rozpoczęcia kontroli nie wykonano Zarządzenia nr 30/2020 z dnia 15.07.2020 r. w zakresie zmiany treści zapisów RPWDL, tj. nie wprowadzono zmian nazw zakładów leczniczych. W Statucie i Regulaminie widnieją: *Zakład stacjonarnych i całodobowych szpitalnych świadczeń zdrowotnych* i *Zakład ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych*, natomiast w RPWDL na dzień 11.05.2022 r.– *Zakład świadczeń szpitalnych* i *Zakład świadczeń ambulatoryjnych*<sup>15</sup>,
- b) w dniu 4.01.2021 r. w RPWDL uwidoczniło Poradnię Immunologiczną dla dzieci, której wprowadzenie do schematu organizacyjnego, na zasadzie konwalidacji, Rada Społeczna zaopiniowała uchwałą nr 01/2021 z dnia 23.02.2021 r.; nie przedstawiono kontrolującemu zarządzenia Dyrektora w tym zakresie.

#### **Ad. a) i b)**

W odpowiedzi na powyższe:

- poinformowano kontrolujących o rozpoczęciu procedury dotyczącej zmiany nazw zakładów leczniczych w RPWDL,
- przedstawiono Zarządzenie wewnętrzne Dyrektora WSZZ nr 18/22 z dnia 24.05.2022 r. w sprawie zmian schematu organizacyjnego (...) sankcjonujące wykonanie uchwały nr 01/2021 Rady Społecznej Szpitala z dnia 23.02.2021 r.

---

<sup>11</sup> Podległy jako komórka organizacyjna jednostce Szpital. Wykonanie decyzji Ministra Zdrowia – pismo znak: DBC.532.2.87.2020.2(1) z dnia 25.03.2021 r.

<sup>12</sup> Uchwała Rady Społecznej nr 09/2021 z dnia 1.06.2021 r. Wszystkie zmiany zostały wprowadzone do RPWDL.

<sup>13</sup> Zamknięta w dniu 23.05.2022 r.

<sup>14</sup> Wykonanie Decyzji Wojewody Świętokrzyskiego – pismo znak: DBC.532.2.87.2020.2(2) z dnia 27.05.2021 r.

<sup>15</sup> W dniu zakończenia kontroli 24.05.2022r. w RPWDL nazwy zakładów nie uległy zmianie.

Jednocześnie kontrolujący ustalili, iż w RPWDL z datą:

- 16.01.2020 r. uwidoczniono 17 komórek organizacyjnych (wykonanie Zarządzenia wewnętrznego Dyrektora nr 64/2019 z dnia 19.12.2019 r., zaopiniowane przez Radę Społeczną w dniu 18.12.2019 r.),
- 20.01.2020 r. uwidoczniono komórkę organizacyjną pn. Pracownia Rezonansu Magnetycznego (konieczność utworzenia kolejnego miejsca udzielania świadczeń obrazowych z zakresu: badania rezonansu magnetycznego, na potrzeby postępowania konkursowego w sprawie zawarcia umowy w rodzaju AOS),
- 25.01.2021 r. rozpoczęły działalność 4 punkty szczepień w lokalizacji szpitala tymczasowego, które zamknięto z dniem 8.04.2021 r. (wykonanie decyzji Wojewody Świętokrzyskiego – pismo znak: PSZ.VIII.966.109.2021 z dnia 14.01.2021 r.).

[Dowód: akta kontroli str.78-81]

Analiza treści przedłożonych do kontroli dokumentów źródłowych pozwoliła kontrolującym na ustalenie, iż ww. zmiany, dotyczące komórek organizacyjnych realizujących świadczenia zdrowotne, dokonywane w schemacie organizacyjnym i w RPWDL nie wymagały zastosowania zapisów § 15 ust. 3 Statutu Szpitala.

Regulamin sporządzony został w oparciu o art. 24 u.d.l. W ww. dokumencie: a) określono zadania podmiotu leczniczego (§ 2 ust. 4 Regulaminu), b) wskazano zakłady za pomocą, których Szpital wykonuje działalność leczniczą (§ 3 ust. 1. Regulaminu), analogicznie do zapisów obowiązującego Statutu. Określono pozostałe zadania Szpitala do których należą m.in.: a) realizacja odpłatnej działalności leczniczej, w tym badań klinicznych, na zasadach określonych w odrębnych przepisach, b) współpraca z uczelniami medycznymi.

### **1.3. Zgodność zapisów Statutu i Regulaminu Organizacyjnego z księgą rejestrową**

W ramach oceny zgodności zapisów Statutu i Regulaminu z księgą rejestrową, dokonano porównania zapisów w ww. dokumentach w zakresie nazw: zakładów leczniczych, jednostek leczniczych oraz wybranych drogą wyboru losowego prostego poniższych komórek organizacyjnych:

- a) Klinika Chorób Zakaźnych,
- b) I Klinika Pediatrii II Oddział Chorób Dziecięcych,
- c) Poradnia Chorób Zakaźnych,



- d) Poradnia Chorób Płuc,
- e) Pracownia Badań Spirometrycznych,
- f) Pracownia Ph-metrii,
- g) Świętokrzyskie Centrum Laseroterapii.

Ustalono, że:

1. w trakcie prowadzonej kontroli nadal (nie wykonane zalecenie pokontrolne) istniała rozbieżność w nazwie zakładów leczniczych za pomocą, których szpital realizuje działalność leczniczą w Statucie, Regulaminie i RPWDL – patrz str. 5 protokołu,
2. wykaz jednostek organizacyjnych Szpitala w ww. dokumentach jest tożsamy,
3. komórki organizacyjne poddane kontroli ujęte są w schemacie organizacyjnym stanowiącym załącznik do Regulaminu oraz w RPWDL.

### **B. Ocena częściowa pozytywna mimo stwierdzonych uchybień i nieprawidłowości**

Pozytywna ocena dotyczy: a) zredagowania treści Regulaminu m.in. w oparciu o zapisy ustawy o działalności leczniczej; b) zgodności faktycznej struktury organizacyjnej podmiotu leczniczego na poziomie jednostek i wybranych do kontroli komórek organizacyjnych ujętych odpowiednio w: Regulaminie i RPWDL; c) posiadania opinii Rady Społecznej dotyczących wprowadzanych zmian i tekstów jednolitych Regulaminu organizacyjnego; d) wykonania decyzji Ministra Zdrowia i Wojewody Świętokrzyskiego wydawanych w związku z trwającym stanem epidemii na terenie Rzeczypospolitej dotyczących funkcjonowania szpitala tymczasowego i uruchomienia punktów szczepień w lokalizacji Targów Kielce.

Stwierdzone uchybienia i nieprawidłowości dotyczą: a) niewykonania Zarządzenia wewnętrznego Dyrektora nr 30/2020 z dnia 15.07.2020 r. w zakresie zmian treści zapisów księgi rejestrowej nr 00000014597 dotyczących nazw zakładów leczniczych Szpitala; b) braku aktu prawa wewnętrznego sankcjonującego wprowadzenie do schematu Poradni Immunologicznej dla dzieci.

### **C. Osoba odpowiedzialna**

Za stwierdzone uchybienia i nieprawidłowości odpowiedzialny jest:

- Pan Bartosz Stemplewski - 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. realizacja 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 2 203 osoby zatrudnione na 2 169,37 etatu. W 2021 r. łączna liczba zatrudnionych wzrosła do 2 240 (wzrost o 37 osób) pracujących na 2 205,39 etatu (wzrost o 36,02 etaty),
- liczba zatrudnionych pracowników pionu administracyjnego i ekonomicznego w 2020 r. wynosiła 129 osób (124,93 etatu). W 2021 r. w ww. grupach zawodowych liczba zatrudnionych wzrosła do 131 osób (wzrost o 2), pracujących łącznie na 126,61 etatu (wzrost o 1,68 etatu).

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	470/448,774	lekarze	umowa o pracę	480/457,091
	umowa cywilnoprawna	73		umowa cywilnoprawna	77
	kontrakt medyczny	47		kontrakt medyczny	54
pielęgniarki	umowa o pracę	995/992	pielęgniarki	umowa o pracę	1006/1002,75
	umowa cywilnoprawna	16		umowa cywilnoprawna	23
	kontrakt medyczny	4		kontrakt medyczny	8

Z przedstawionych powyżej danych wynika, iż:

- wśród dwóch najliczniejszych grup zawodowych dominującą formą zatrudnienia jest umowa o pracę (w 2020 r. - 470 lekarzy i 995 pielęgniarek; w 2021 r. – 480 lekarzy i 1006 pielęgniarek),
- wśród ogółu zatrudnionych w Szpitalu:
  - lekarze stanowili w 2020 r. – ok. 26,78%, a w 2021 r. – ok. 27,28% zatrudnionych,
  - pielęgniarki/pielęgniarze stanowili w okresie objętym kontrolą ok. 46% zatrudnionych,
  - pracownicy pionu administracyjnego i ekonomicznego stanowili w okresie objętym kontrolą ok. 5,8% zatrudnionych.

W trakcie czynności kontrolnych sprawdzono kwalifikacje losowo wybranych osób, tj.: Kierownika Kliniki Chorób Zakaźnych, Pielęgniarki Koordynującej w I Klinice Pediatrii – II Oddział Chorób Dziecięcych, 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 przedsiębiorcami<sup>16</sup> oraz aktualność szkoleń p.poż, bhp, dopuszczenia do stanowiska pracy (badania okresowe).

Według załącznika do ww. rozporządzenia: 1) Ordynator (lekarz kierujący oddziałem) i jego zastępca powinien posiadać tytuł zawodowy lekarza lub lekarza dentystry i tytuł specjalisty lub specjalisty II stopnia w dziedzinie medycyny zgodnej z profilem oddziału lub w dziedzinie pokrewnej<sup>17</sup>; 2) pielęgniarka koordynująca i nadzorująca pracę innych pielęgniarek - średnie wykształcenie medyczne w zawodzie pielęgniarka i tytuł specjalisty

<sup>16</sup>Rozporządzenie 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.).

<sup>17</sup> Pkt 5 załącznika do ww. rozporządzenia MZ z dn.20.07.2011 r.

w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, lub organizacji i zarządzania oraz 5 lat pracy w szpitalu<sup>18</sup>.

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

1) kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych spełnia wymogi określone w ww. rozporządzeniu tj.: posiada prawo wykonywania zawodu z 28.11.2002 r.; dyplom: a) ukończenia studiów Akademii Medycznej w Lublinie, b) specjalisty II stopnia w zakresie chorób zakaźnych<sup>19</sup>. Pracuje w zawodzie powyżej 8 lat - nieprzerwanie od 1993 r.<sup>20</sup>.

Ostatnie szkolenie: a) p.poż - 17.02.2017 r.; b) BHP - 31.08.2021 r.; orzeczenie lekarskie o zdolności do wykonywania pracy (...) z dnia 14.08.2019 r. (data kolejnego badania 14.08.2021 r. -przeprowadzone z uwagi na COVID – 19 w dniu 8.02.2022 r.- orzeczenie nr 280/2022);

2) pielęgniarka koordynująca I Kliniki Pediatricznej - II Oddział Chorób Dziecięcych spełnia wymogi określone ww. rozporządzeniu, tj.: posiada m.in. dyplom ukończenia: a) Wydziału<sup>21</sup> Nauk o Zdrowiu w Kielcach na kierunku pedagogika medyczna - opieka paliatywna, b) Studium Menadżerskiego dla kierowniczej kadry pielęgniarskiej<sup>22</sup>; c) specjalisty<sup>23</sup> w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego. Pracuje w Szpitalu nieprzerwanie od 15.10.1980 r.<sup>24</sup>

Ostatnie szkolenie: a) p. poz. -18.07.2018 r.; b) BHP – 9.11.2018 r.; orzeczenie lekarskie o zdolności do wykonywania pracy (...) nr 75/2021 z dnia 2.08.2021 r.

*[Dowód: akta kontroli str.81]*

## **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 Szpital dysponował 968 łózkami dostępnymi w klinikach i oddziałach Szpitala oraz

<sup>18</sup> Pkt 26 załącznika do ww. rozporządzenia MZ z dn.20.07.2011 r.

<sup>19</sup>Wydany przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie (nr 38579/7/1/2002 r. z dnia26.04.2002 r.)

<sup>20</sup> W okresie 1993 r.-2015 r. – Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach; 2015- r. -2016 r. Szpital Powiatowy w Skarżyski Kamiennej; od 2016 do nadal ponownie WSSZ w Kielcach.

<sup>21</sup> Uzyskany 6.06.2006 r. w Akademii Świętokrzyskiej im. Jana Kochanowskiego.

<sup>22</sup> Nr 11/18/98/99 z dnia 28.05.1999 r.

<sup>23</sup> Nr 6926/08 z dnia 28.10.2008 r.

<sup>24</sup> W okresie 1980 r. – 2008 r. zatrudniona -Wojewódzki Specjalistyczny ZOZ nad Matką i Dzieckiem w Kielcach (późniejszy WSSDz. im. Wł. Buszkowskiego); od 30.10.2015 r. – WSZZ w Kielcach. Pielęgniarka koordynująca od 2008 r.

115<sup>25</sup> miejscami pobytu dziennego. Zgodnie z informacją przekazaną przez kierownika Działu Statystyki Medycznej i Dokumentacji Chorych: *W styczniu 2020 r. zmniejszono łącznie liczbę łóżek w Szpitalu o 3 – po 1 łóżku: w I Klinice Pediatrii – II Oddział Chorób Dziecięcych na pododdziale Niemowląt i Dzieci Młodszych (dostosowanie do norm pielęgniarek/łóżko), w Klinice Chirurgii Naczyń (dostosowanie do norm pielęgniarek/łóżko), w Klinice Okulistyki (zmniejszenie powierzchni oddziału po remoncie - zwiększenie ilości łazienek w salach szpitalnych).*

W toku kontroli ustalono, że w ramach leczenia szpitalnego w okresie objętym kontrolą leczono 105 304 pacjentów, w tym: w 2020 r. – 48 316, w 2021 r. – 56 988. Oznacza to, iż liczba leczonych w 2021 r. wzrosła o 8 672 osób. W ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w latach 2020 -2021 leczono 239 325 pacjentów, w tym w 2020 r. - 107 137, a w 2021 r. 132 188 (wzrost liczby leczonych o 25 051). Łączna liczba pacjentów leczona w oddziałach dziennych wyniosła 1 471, w tym: w 2020 r. – 648, a w 2021 r. – 823 (wzrost o 175).

[Dowód: akta kontroli str.83-84]

### **Klinika Chorób Zakaźnych**

Klinika Chorób Zakaźnych w strukturach jednostki kontrolowanej działa od 1.11.2006 r. i posiada 40 łóżek. Widnieje w RPWDL pod pozycją 126 z kodem 4340 nadanym zgodnie Rozporządzeniem Ministra Zdrowia<sup>26</sup>; miejsce udzielania świadczeń – ul. Radiowa 7 Kielce. W okresie objętym kontrolą decyzjami Wojewody Świętokrzyskiego ws. przekształcenia Kliniki Chorób Zakaźnych w oddział „Covidowy”, w określonych przedziałach czasowych zabezpieczano stosowną liczbę łóżek w oddziale dla pacjentów z rozpoznaniem COVID-19, tj. odpowiednio: od 9.03.2020 r. do 28.02.2021 r. – 40 łóżek, od 1.03.2021 r. do 13.06.2021 r. – 34 łóżka, od 14.06.2021 r. do 7.11.2021 r. – 13 łóżek oraz od 8.11.2021 r. do 31.03.2022 r. – 34 łóżka.

Ww. komórka organizacyjna jest wiodącym ośrodkiem dla województwa świętokrzyskiego w zakresie leczenia chorych dorosłych z wirusowymi zapaleniami wątroby, chorobami zakaźnymi i pasożytniczymi. Profil działalności klinicznej, to m.in.: leczenie zachowawcze pacjentów z infekcyjnymi chorobami ośrodkowego układu nerwowego, kompleksowa diagnostyka i leczenie pacjentów z chorobami zakaźnymi i pasożytniczymi, diagnostyka i leczenie chorych z ostrymi zakażeniami przewodu pokarmowego wymagającymi izolacji,

---

<sup>25</sup> Wg RPWDL - Oddział Rehabilitacji Diennej ul. Kościuszki 3, Oddział Dzienny Terapii Uzależnienia ul. Grunwaldzka 45, Rehabilitacja Dzienna Kardiologiczna ul. Grunwaldzka 45.

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

zabiegi przeszczepienia mikroflory jelitowej u chorych z nawrotowymi zakażeniami przewodu pokarmowego, diagnostyka i leczenie chorych z ostrymi wirusowymi zapaleniami wątroby (również w ramach programów lekowych), biopsje diagnostyczne wątroby, nieinwazyjna diagnostyka włóknienia wątroby (elastografia AIXPLORER).

W 2020 r. w Klinice leczonych było 1 777 osób, w tym: a) spoza kolejki<sup>27</sup> 1 776, pilnych - 0, stabilnych – 1. Natomiast w 2021 r. leczono 1 548 pacjentów, w tym: a) spoza kolejki 1 503, pilnych – 0, stabilnych - 45.

W 2020 r. średni czas pobytu pacjenta w oddziale wynosił 6,72, procentowe wykorzystanie łóżek – 47,4%, natomiast obłożenie 173,57 dni. W 2021 r. średni czas pobytu pacjenta w oddziale zmniejszył się o 1,42 dni i wynosił 5,3, a w związku z tym procentowe wykorzystanie łóżek wzrosło do 56,2%, a obłożenie do 205,25 dni.

ICD-10 pacjentów oczekujący na udzielenie świadczenia w ww. komórce organizacyjnej obejmowały schorzenia wątroby różnego pochodzenia, nieprawidłowe wyniki badań obrazowych lub czynnościowych wątroby i dróg żółciowych, choroby z Lyme, bakteryjne zakażenia jelitowe, badania kontrolne po leczeniu innym niż nowotworowe.

Zgodnie z informacją przekazaną przez Kierownika Kadr i Szkolenia w okresie objętym kontrolą w ww. komórce organizacyjnej zatrudnionych było 8 lekarzy, w tym 7 specjalistów chorób zakaźnych oraz 28 pielęgniarek.

### **I Klinika Pediatrii – II Oddział Chorób Dziecięcych**

I Klinika Pediatrii - II Oddział Chorób Dziecięcych – w strukturach jednostki kontrolowanej działa od dnia 30.10.2015 r. i posiada 61 łóżek. Widnieje w Księdze Rejestrowej pod pozycją 237 z kodem 4401; miejsce udzielania świadczeń – ul. Grunwaldzka 45 Kielce.

Pododdział Neurologiczno – Infekcyjny znajduje się na parterze Świętokrzyskiego Centrum Pediatrii im. Wł. Buszkowskiego<sup>28</sup>, posiada 15 boksów Meltzerowskich, umożliwiających pełną izolację chorób zakaźnych. Oddział świadczy usługi medyczne w zakresie: pediatrii, neurologii dziecięcej, chorób zakaźnych wieku dziecięcego.

Pododdział Hepatologiczno – Gastroenterologiczny mieści się na I piętrze ŚCP. Dysponuje 21 łózkami. Jest jedynym oddziałem pediatrycznym o takim profilu w województwie świętokrzyskim. Świadczy usługi w zakresie specjalistycznej diagnostyki i leczenia dzieci do 18 roku życia z chorobami przewodu pokarmowego (tj. choroby przełyku, żołądka, dwunastnicy, jelita cienkiego i grubego, wątroby, trzustki). W obrębie oddziału znajduje się pracownia endoskopowa, gdzie wykonywane są badania endoskopowe górnego i dolnego

---

<sup>27</sup> Liczba leczonych *spoza kolejki* zawiera osoby hospitalizowane z powodu COVID -19, osoby przyjęte poza kolejnością oraz osoby pozostające w kontynuacji leczenia.

<sup>28</sup> Zwany dalej: ŚCP.

odcinka przewodu pokarmowego u pacjentów hospitalizowanych we wszystkich oddziałach pediatrycznych ŚCP.

Pododdział Niemowląt i Dzieci Młodszych jest to oddział gdzie leczone są: noworodki, niemowlęta i dzieci młodsze z chorobami ogólnopediatrycznymi, w tym schorzeniami infekcyjnymi dolnych i górnych dróg oddechowych, zakażeniami układu moczowego, chorobami alergicznymi w okresie rozwojowym.

W okresie objętym kontrolą decyzjami Wojewody Świętokrzyskiego ws. przekształcenia Odcinka Infekcyjno – Neurologicznego I Kliniki Pediatrii – II Oddziału Chorób Dziecięcych w oddział „Covidowy”, w określonych przedziałach czasowych zabezpieczano stosowną liczbę łóżek w oddziale dla pacjentów z rozpoznaniem COVID - 19, tj. odpowiednio: od 6.04.2020 r. do 31.05.2020 r. – 17 łóżek; od 1.09.2020 r. do 17.05.2021 r. – 13 łóżek; od 18.05.2021 r. do 20.07.2021 r. – 7 łóżek.

W 2020 r. leczonych było 3 119 dzieci, wszystkie spoza kolejki, w 2021 r. liczba leczonych wzrosła do 3 748 (zwiększenie o 629). W okresie objętym kontrolą 100% leczonych dzieci zakwalifikowano jako *spoza kolejki*.

Średni czas pobytu pacjenta w oddziale w 2020 r. wynosił 3,5 dnia, procentowe wykorzystanie łóżek – 44,3%, natomiast obłożenie 162,2 dni. W 2021 r. średni czas pobytu pacjenta w oddziale zmniejszył się do 3,3 dnia, a w związku z tym procentowe wykorzystanie łóżek i obłożenie wzrosło odpowiedni do 54% i do 197 dni.

Zgodnie z informacją przekazaną przez kierownika Działu Kadr i Szkolenia w okresie objętym kontrolą w ww. komórce organizacyjnej zatrudnionych było: 9 specjalistów z zakresu pediatrii, 3 specjalistów z zakresu gastroenterologii, 2 specjalistów w zakresie chorób zakaźnych oraz 1 specjalista z zakresu neurologii dziecięcej oraz 51 pielęgniarek.

*[Dowód: akta kontroli str. 85-90; patrz str.100]*

W oparciu o informacje kierownika Działu Kadr i Szkolenia w zestawieniu z danymi z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22.11.2013 r. w *sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego*<sup>29</sup> kontrolujący ustalili, iż wykazany potencjał ludzki, tj. liczba, wymiar etatu, kwalifikacje personelu medycznego są zgodne z wymogami Funduszu. W zakresie prowadzonych w Klinice Chorób Zakaźnych programów lekowych szpital spełnia wymagania płatnika w zakresie potencjału ludzkiego określone w Zarządzeniu

---

<sup>29</sup> 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. 15, 19, 30, 36).

Nr 75/2018/DGL Prezesa NFZ z dnia 31.07.2018 r. w sprawie określenia warunków i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe<sup>30</sup>.

### **Poradnia Chorób Zakaźnych**

Poradnia Chorób Zakaźnych w strukturach jednostki kontrolowanej działa od dnia 30.08.1975 r. Widnieje w Księdze Rejestrowej pod pozycją 34 z kodem 1340; miejsce udzielania świadczeń – ul. Radiowa 7 Kielce. W latach 2020 – 2021 liczba leczonych w ww. była taka sama i wynosiła 2 738 pacjentów. Zmianie uległa jedynie kwalifikacja leczonych gdzie w 2021 r. zarejestrowano wzrost pacjentów stabilnych o 512 osób (z 655 do 1 176) oraz spadek pacjentów spoza kolejki o 521 (z 2 083 do 1 562).

W ramach ww. komórki organizacyjnej wykonano w 2020 r. ok. 2,5% wszystkich porad udzielonych w placówce, a w 2021 r. – 2,07% wszystkich porad.

Na podstawie zestawienia podpisanego przez Dyrektora ustalono, że ww. komórka organizacyjna w okresie objętym kontrolą czynna była cztery dni w tygodniu, w tym: 3 dni przez 4 godz. dziennie i raz 7 godzin dziennie w przedziale od 11-18 (łącznie 19 godz. tygodniowo).

### **Poradnia Chorób Płuc**

Poradnia Chorób Płuc w strukturach Jednostki Kontrolowanej działa od dnia 30.10.2015 r. Widnieje w Księdze Rejestrowej pod pozycją 245 z kodem 1273; miejsce udzielania świadczeń – ul. Grunwaldzka 45 Kielce. W 2020 r. w poradni leczonych było 293 chorych, w tym: a) spoza kolejki 289, pilnych -0, stabilnych - 4. W 2021 r. leczono 375 chorych, w tym: a) spoza kolejki 354, pilnych – 1, stabilnych -20.

W ramach ww. komórki organizacyjnej wykonano w 2020 r. ok. 0,27% wszystkich porad udzielonych w placówce, a w 2021 r. – 0,28% wszystkich porad.

W odpowiedzi na pytanie kontrolujących o przyczyny niewielkiej liczby chorych objętych opieką ww. poradni Kierownik Działu Statystyki Medycznej i Dokumentacji Chorych wskazała: (...) iż wybrana drogą losową *Poradnia Chorób Płuc dla dzieci realizuje świadczenia związane z chorobami dróg oddechowych z wyłączeniem schorzeń alergicznych, które stanowią ostatnio coraz większą grupę schorzeń u dzieci. W związku z powyższym przedkładamy dodatkowe informacje dotyczące porad udzielanych w Poradni Chorób Płuc z zakresem Alergologicznym; 1. 2020 r. 2 181 porad, 2. 2021 r. 2 131 porad. W związku z powyższym łączne % wykonania w obu ww. poradniach w stosunku do wszystkich wykonanych w szpitalu wyniosła w: - 2020 r. (...) 2,3%, - w 2021 r. 1,8%.*

---

<sup>30</sup> Patrz załącznik nr 3 część B.1 i B.2.



Kontrolujący przyjmują wyjaśnienie, z uwagi na fakt, iż zakres realizowanych świadczeń w obu komórkach organizacyjnych jest komplementarny i dotyczy tej samej grupy populacyjnej (od 0 do 18 roku życia).

Na podstawie danych przekazanych kontrolującemu ustalono, że ww. komórka organizacyjna w okresie objętym kontrolą była czynna:

- od 1.01.2020 r. do 8.12.2020 r. - trzy dni w tygodniu w tym dwa dni 7, 35 godz. dziennie (w tym raz do godz. 18.00), jeden dzień w tygodniu 4,25 godz. dziennie (łącznie 19,35 godz. tygodniowo),

- od 9.12.2020 r. do 31.12.2021 r. – dwa dni w tygodniu w godzinach popołudniowych przez 6 godz. dziennie (łącznie 12 godzin).

Ustalono, iż kontrolowany posiada zgodę ŚOW NFZ (pismo znak: WSOZ-DLO.425.1.21.2021 z dnia 20.09.2021 r.) (...) *na funkcjonowanie w/w poradni w wymiarze 12 godz./tyg przez 2 dni w tygodniu (...)*<sup>31</sup>, wydaną w odpowiedzi na prośbę Szpitala, skierowaną do płatnika, po dokonaniu przez Fundusz wstecznej weryfikacji świadczeń udzielanych w ww. poradni i ich zakwestionowaniu z powodu niespełniania zapisów §10<sup>32</sup> Zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

[Dowód: patrz akta kontroli str.90 i str. 91 -94]

Mając na uwadze iż, poradnie przyszpitalne funkcjonują w obrębie szpitala i są przyporządkowane do jednoimiennych oddziałów szpitalnych lub profilu zbliżonego<sup>33</sup> oraz wymogi: a) rozporządzenia MZ z dnia 20 października 2014 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna<sup>34</sup>, b) zarządzenia Nr 121/2021/DSOZ Prezesa NFZ w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej z dnia 30.06.2021 r., kontrolujący ustalili, iż wykazany sposób zabezpieczenia świadczeń poprzez oddelegowanie lekarzy z oddziałów, a także godziny pracy poradni są zgodne z wymogami Funduszu.

---

<sup>31</sup> Par. 14b Zarządzenia nr 121/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30.06.2021 r. (...) *W przypadku braku możliwości zapewnienia dostępności do świadczeń w poszczególnych poradniach przyszpitalnych, dyrektor oddziału Funduszu, na wniosek świadczeniodawcy, może wyrazić zgodę na skrócenie czasu pracy poradni, o którym mowa w ust. 1.*”;

<sup>32</sup>Par.10 ust.1 Zarządzenia nr 121/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30.06.2021 r. (...). *Czas pracy poradni przyszpitalnej obejmuje co najmniej 3 dni w tygodniu, w wymiarze nie mniejszym niż 12 godzin tygodniowo (łącznie).*

<sup>33</sup> Zgodnie z załącznikiem nr 1 do rozporządzenia MZ z 13 czerwca 2017 r. w sprawie określenia szczegółowych kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców do poszczególnych poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. 2017 poz. 1163 z późn. zm.).

<sup>34</sup> Dz.U. 2014 poz. 1442 z późn. zm.

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

Z uwagi na fakt, iż harmonogram przyjęć 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 publicznych<sup>35</sup> (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 pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta<sup>36</sup>, Dyrektor przedstawił poniższe informacje: (...) *Listy oczekujących w komórkach organizacyjnych oraz na procedury medyczne prowadzone są (...) zgodnie z art. 20 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. (...). Listy oczekujących w WSZZ prowadzone są w formie elektronicznej w systemie informatycznym Szpitala: - AMMS (świadczenia dla dorosłych), - ESKULAP (świadczenia dla dzieci) oraz AP-KOLCE (strona internetowa udostępniona przez NFZ do prowadzenia wybranych list online).* Ponadto Dyrektor wskazał, iż (...) *WSZZ przekazuje do ŚwOW NFZ informację o listach oczekujących (...) – comiesięczne dane opisane w art. 23 ust. 1, oraz raz w tygodniu informacje wymagane w art. 23 ust. 4.* Jednocześnie przekazał, iż *W dniu 1 kwietnia 2020 r. weszły w życie przepisy ustawy z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, w której dodano art. 7b w brzmieniu „W przypadku ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii od dnia ogłoszenia owego stanu na okres jego trwania: 1) zawieszają się wykonywanie obowiązków wynikających z przepisów art. 23, art. 23a i 23b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej (...); co oznacza brak obowiązku sprawozdawania list oczekujących wraz z pierwszym wolnym terminem i harmonogramem przyjęć do odwołania stanu epidemii.* Z dalszej części informacji wiadomo, iż Szpital od września 2020 r. wrócił do pełnej sprawozdawczości w ww. zakresie. Jednocześnie czynności kontrolne pozwoliły na potwierdzenie, iż kontrolowany z uwagi na ograniczone możliwości techniczne, posiada bezterminową zgodę płatnika na przekazywanie danych o pierwszym wolnym terminie (o których mowa w art. 23 ust.4 u.o.ś.z.) raz w tygodniu.

[Dowód: akta kontroli str. 95 - 99]

Na podstawie zestawień sporządzonych na potrzeby kontroli ustalono, że:

<sup>35</sup> T.j. Dz.U. 2021 poz. 1285 z późn. zm.

<sup>36</sup> 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).

- 1) w Klinice Chorób Zakaźnych w ramach hospitalizacji na koniec 2020 r. na listach oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego oczekiwało łącznie 5 osób, w tym 1 przypadek pilny ze średnim czasem oczekiwania – 24 dni. Natomiast na koniec 2021 r. odnotowano na liście oczekujących na udzielenie świadczenia w ww. komórce organizacyjnej łącznie 4 osoby, zakwalifikowane jako 3 przypadki stabilne, oraz 1 pilny ze średnim czasem oczekiwania 32 (zwiększenie średniego czasu oczekiwania za udzielenie świadczenia o 8 dni); w ramach programów lekowych realizowanych w Klinice nie odnotowano oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego.
- 2) I Klinika Pediatrii – II Oddział Chorób Dziecięcych – w okresie objętym kontrolą przyjmowano pacjentów na bieżąco w dniu zgłoszenia.
- 3) Poradnia Chorób Zakaźnych - na koniec 2020 r. na listach oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego oczekiwało łącznie 88 osób, wszystkie zakwalifikowane jako przypadki stabilne ze średnim czasem oczekiwania – 48 dni. Natomiast na koniec 2021 r. odnotowano na liście oczekujących na udzielenie świadczenia w ww. komórce organizacyjnej łącznie 204 osoby, zakwalifikowane jako przypadki stabilne ze średnim czasem oczekiwania 67 (zwiększenie średniego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia o 19 dni); w ramach programów lekowych realizowanych w ww. poradni nie odnotowano oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego.
- 4) Poradnia Chorób Płuc - na koniec 2020 r. na listach oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego oczekiwały 4 osoby, wszystkie zakwalifikowane jako przypadki stabilne ze średnim czasem oczekiwania – 64 dni. Natomiast na koniec 2021 r. odnotowano na liście oczekujących łącznie 6 osób, zakwalifikowanych jako przypadki stabilne ze średnim czasem oczekiwania 38 (zmniejszenie średniego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia o 26 dni);

Przyczyny powstawania kolejek oczekujących Dyrektor wyjaśnił w następujący sposób: *Pacjenci zapisywani są do kolejki oczekujących w przypadku braku możliwości udzielenia im świadczenia w dniu zgłoszenia. Powodem mogą być względy organizacyjne, tj. ograniczona dostępność do lekarza specjalisty, do lekarza anestezjologa znieczulającego pacjenta do zabiegu operacyjnego, do Sali operacyjnej lub ograniczona liczba łóżek w komórce organizacyjnej. Ponadto limity finansowe na udzielane świadczenia i brak pewności co do finansowania przez NFZ ewentualnych nadwykonań powodują, że liczba i wartość zrealizowanych świadczeń w komórce org. Musi być zgodna z planem finansowym dla poszczególnych komórek.*

*[Dowód: akta kontroli str.100-102]*

## **Działalność Zespołu ds. oceny przyjęć**

Kontrolującym nie przedstawiono dokumentów potwierdzających działanie Zespołu ds. oceny przyjęć. W tej kwestii Dyrektor złożył obszernie wyjaśnienie w treści: (...) *składam wyjaśnienia względem braku aktywności w pracach Zespołu za okres odpowiadający okresowi podległemu niniejszej kontroli. Ustalono, że ze względu na działanie siły wyższej, jaką był okres epidemii COVID-19 niemożliwym było podejmowanie działań w ramach Zespołu. Wskazać należy, że jednym z czynników determinujących taki stan faktyczny były również decyzje właściwych organów względem przyjęć planowych w podmiotach leczniczych w czasie trwania epidemii COVID-19 a w tym: 1. Komunikat operatora systemu SZOI z dnia 06 kwietnia 2020 r. wskazujący na to, że „(...) nie ma obowiązku sprawozdawania list oczekujących wraz z pierwszym wolnym terminem i harmonogramem przyjęć do odwołania stanu epidemii” (...); 2. Decyzja wojewody Świętokrzyskiego z dnia 28 lutego 2020 r. w sprawie obowiązku pozostawania w stanie podwyższonej gotowości od dnia 29 lutego 2020 r. W WSZZ Kielce dochowuje się należytej staranności w zakresie powiadamiania właściwych merytorycznie komórek organizacyjnych o ogłaszaniu temu podobnych decyzji/komunikatów. Zespół ds. oceny przyjęć w WSZZ Kielce również dysponował wiedzą w powyższym zakresie. Należy wskazać, że w okresie trwającej epidemii COVID-19, zwłaszcza w pierwszych miesiącach pandemii odstępstwo od spotkań i zebrań, bowiem obawa przed zagrożeniem rozprzestrzeniania się zakażeń (zwłaszcza w czasie gdy jeszcze nie było szczepionek przeciwko COVID-19) była zbyt wysoka. Należy wskazać, że prace Zespołu ds. oceny przyjęć nie miały wpływu na sprawozdawanie list oczekujących do Narodowego Funduszu Zdrowia, bowiem ten zakres podlega względem jego wykonania Działowi Marketingu WSZZ, który w tym zakresie dochowuje należytej staranności. Istotnym dla niniejszych wyjaśnień jest to, że art. 21 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej (...) został uchylony na mocy art. 4 pkt 8 ustawy z dnia 14 sierpnia 2020 r. (...) zmieniającej nim ustawę z dnia 1 września 2020 r. Ustawodawca uznał tym samym brak zasadności utrzymania obowiązku po stronie podmiotów leczniczych w zakresie powoływania i pracy zespołów ds. oceny przyjęć.*

[Dowód: akta kontroli str.103-104]

Kontrolujący mają świadomość, iż placówki ochrony zdrowia w 2020 r. funkcjonowały w specyficznych warunkach w związku z rozprzestrzenianiem się zakażeń wirusem SARS-CoV-2. Jednakże wprowadzenie stanu epidemii nastąpiło dopiero na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze

*Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii*<sup>37</sup>, a zatem uzasadnienie braku działalności Zespołu ds. przyjęć stanem epidemii od dnia 1.01.2020 r. nie jest zasadne. Podjęcie przez Fundusz decyzji o zaprzestaniu sprawozdawania list oczekujących i pierwszego wolnego terminu od kwietnia do września 2020 r., nie oznaczało zaprzestania działalności Zespołu ds. oceny przyjęć. Jak wskazano w przytoczonym wyjaśnieniu ustawodawca uchylił art. 21 u.o.ś.z. z dniem 1.09.2020 r., wobec czego do końca sierpnia 2020 r. brak było podstaw prawnych do zaprzestania działalności ww. Zespołu. Niemniej kontrolujący mając na uwadze nietypową sytuację, w której funkcjonowała jednostka kontrolowana, mimo stwierdzonych nieprawidłowości przyjmują wyjaśnienie. W tej szczególnej sytuacji wzięto pod uwagę:

- a) decyzję Wojewody Świętokrzyskiego znak: BiZK.VII.6330.6.2020 z dnia 28.02.2020 r. nakładającą na szpital od dnia 29.02.2020 r. obowiązek pozostawania w stanie podwyższonej gotowości, co wiązało się z koniecznością ograniczenia przyjęć pacjentów planowych;
- b) wyodrębnienie łóżek dla pacjentów COVID-19 w kontrolowanych komórkach organizacyjnych (od lutego 2020 r.);
- c) wprowadzane w placówkach obostrzenia mające na celu ograniczenie transmisji wirusa wśród personelu medycznego i pacjentów.

#### **2.4. Odmowy przyjęć pacjentów**

W przedmiocie odmów przyjęć pacjentów kontrolowany złożył wyjaśnienie w brzmieniu: *Do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego oraz Izby Przyjęć (...) zgłasza się/przywożonych jest rocznie ok. 100 tys. pacjentów. Są to zarówno pacjenci w trybie planowym, bezpośrednio przyjmowani do Oddziału/Kliniki, oraz pacjenci w trybie nagłym przywiezieni przez Zespół Ratownictwa Medycznego lub samodzielnie zgłaszający się do SOR/IP. Pacjenci w trybie nagłym, po wstępnym zaopatrzeniu w SOR/IP są przekazywani do właściwego Oddziału/Kliniki. Pacjenci, którym udzielono pomocy, a ich stan nie wymaga hospitalizacji, po zaopatrzeniu i udzieleniu pomocy lekarskiej wypisywani są z SOR/IP lub kierowani do dalszego leczenia pozaszpitalnego – są to tzw. odmowy. Sprawozdawczość do NFZ z SOR i IP (będąca podstawą Ryczałtu SOR) opiera się wyłącznie na odmowach. Procedury wykonywane w SOR/IP pacjentom, którzy zostali przekazani do właściwego Oddziału/Kliniki stanowią część procedur mających wpływ na wyznaczenie JGP (jednorodnej Grupy Pacjentów) na oddziale rozliczającym usługę.*

Oceniając dostępność do świadczeń, na podstawie danych przekazanych przez kontrolowanego szczegółowej ocenie poddano Izby Przyjęć Szpitala. Ustalono, że w okresie objętym kontrolą kontrolowany odnotowywał odmowy w Izbie Przyjęć: Ogólnej, Kliniki Chorób Zakaźnych, Kliniki Dermatologii oraz Izbie Przyjęć Ogólnej Dziecięcej. Ustalono, że

---

<sup>37</sup> Dz.U. 2020 poz. 491 z późn. zm. – uchylone 16.05.2022 r.

w badanym okresie ilość odmów ogółem w ww. Izbach Przyjęć wyniosła w 2020 r. – 42 601, a w 2021 r. – 47 087 (wzrost o 4 486 pacjentów). Szczegółowe dane w tym zakresie przedstawia poniższa tabela.

Nazwa komórki organizacyjnej	2020 rok	2021 rok
Izba Przyjęć Ogólna	24 206	25 836
Izba Przyjęć Kliniki Chorób Zakaźnych	2 219	521
Izba Przyjęć Kliniki Dermatologii	674	504
Izba Przyjęć Ogólna Dziecięca	15 502	20 226
<b>RAZEM:</b>	<b>42 601</b>	<b>47 087</b>

[Dowód: patrz akta kontroli 92 i str.105]

## 2.5. Wykorzystanie sprzętu i aparatury medycznej

W toku kontroli, w ramach dostępności do świadczeń, losowo wytypowano do oceny komórki organizacyjne funkcjonujące w strukturach ŚCP, tj.: Pracownię Badań Spirometrycznych, Pracownię Ph-metrii oraz Świętokrzyskie Centrum Laseroterapii. W wyniku czego ustalono, że:

- 1) Pracownia Badań Spirometrycznych w strukturach jednostki pn. Wojewódzka Przychodnia Pediatria działa od dnia 30.10.2015 r. Widnieje w RPWDL pod pozycją 268 z kodem 7998; miejsce udzielania świadczeń - ul. Grunwaldzka 45 Kielce. W okresie objętym kontrolą w ww. komórce organizacyjnej wykonano łącznie: 155 badań, 2020 r. – 70, a w 2021 r. – 85 (wzrost o 15). Badania przeprowadzano na jednym z dwóch aparatów dostępnych w pracowni. Jak oświadczyła Z-ca pielęgniarki koordynującej *Spirometr nr 073S-B-00983 jest to spirometr zapasowy i w roku 2020 i 2021 nie były nim wykonywane badania.*
- 2) Pracownia Ph-metrii w strukturach jednostki pn. Świętokrzyskie Centrum Pediatrii im. Wł. Buszkowskiego uwidoczniona z datą 16.01.2020 r. Widnieje w RPWDL pod pozycją 308 z kodem 7998; miejsce udzielania świadczeń - ul. Grunwaldzka 45 Kielce. W okresie objętym kontrolą w pracowni wykonano łącznie 48 badań, tj. w 2020 r. – 13, a w 2021 r. – 35 (wzrost o 22 badania). Kontrolowany wyjaśnił, że: *(...) liczba wykonanych badań wynika ze zmniejszonej w tym czasie liczby diagnozowanych pacjentów w OHGA z uwagi na okres pandemii, wszystkie badania wykonano jednym aparatem, 2021 r. (...) w użyciu 2 dostępne aparaty.*
- 3) Świętokrzyskie Centrum Laseroterapii w strukturach jednostki pn. Świętokrzyskie Centrum Pediatrii im. Wł. Buszkowskiego uwidocznione z datą 16.01.2020 r. Widnieje w RPWDL pod pozycją 307 z kodem 7998; miejsce udzielania świadczeń - ul. Grunwaldzka 45 Kielce. W okresie objętym kontrolą w ww. komórce organizacyjnej

wykonano łącznie: 195 badań, tj. w 2020 r. – 164; w 2021 r. 31 (zmniejszenie o 133 badania). W związku z przedstawionymi danymi Kierownik Kliniki Chirurgii Dziecięcej, Urologii i Traumatologii poinformował, iż: *W roku 2021, ze względu na pandemię, zmieniła się organizacja pracy Kliniki Chirurgii Dziecięcej. Wydzielono odcinek izolacyjny, znacznie zmniejszono lub czasowo zawieszono hospitalizacje planowe. W związku z tym istotnie zmniejszyła się, w stosunku do lat poprzednich, liczba wykonywanych procedur z użyciem laserów. Ponadto z powodu uszkodzenia i koniecznej naprawy, laser barwnikowy wyłączony był z użytkowania od marca 2021 r. do marca 2022 r.*

*[Dowód: akta kontroli str. 106 - 109]*

W trakcie czynności kontrolnych ustalono, że w podmiocie funkcjonuje Instrukcja IN-7.1.3. Nadzór nad infrastrukturą (ostatnie wyd. IV z dnia 29.03.2021 r.) przedmiotem, której jest m.in. *utrzymanie w stanie zgodnym z przeznaczeniem infrastruktury, jak także przestrzeganie planowej konserwacji aparatury, urządzeń technicznych, budynków Szpitala. Zgodnie z treścią ww. instrukcji (...) Okresowo zależnie od instrukcji DTR lub zaleceń Dozoru Technicznego przeprowadzane są przeglądy urządzeń technicznych, instalacji oraz sieci Szpitala. Odbywa się to na podstawie sporządzonego wcześniej harmonogramu przez wyznaczone do tego osoby spośród pracowników Działu Technicznego (...). Wnioski notowane są na odpowiednich formularzach i przechowywane w paszportach urządzeń (...). Natomiast w przypadku awarii i nagłych remontów zgłaszanych przez personel Szpitala do Działu Technicznego (na stosownych drukach) podejmowana jest decyzja o wykonaniu naprawy bądź skierowaniu zgłoszenia do autoryzowanego serwisu. Usterka i naprawa są dokumentowane w paszportach urządzeń. Kierownik Działu Nadzoru i Napraw Aparatury Medycznej, przedstawił harmonogramy przeglądów aparatury medycznej w latach 2020-2021, z podziałem na poszczególne jednostki i komórki organizacyjne użytkujące sprzęt i aparaturę medyczną.*

*[Dowód: akta kontroli str. 110-114]*

Mając na uwadze powyższe oraz obowiązki kontrolowanego wynikające z art. 90 ust. 6-9 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych<sup>38</sup>, weryfikacji poddano raporty serwisowe/świadectwa sprawności potwierdzające wykonanie przeglądów

---

<sup>38</sup> 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, dokumentacji określającej terminy następnych konserwacji, działań serwisowych, przeglądów, obowiązku udostępniania tej dokumentacji organom i podmiotom sprawującym nadzór nad świadczeniodawcą lub upoważnionym do jego kontroli.

technicznych w latach 2020 - 2021 sprzętu i aparatury medycznej wykorzystywanego w ww. komórkach organizacyjnych Szpitala, tj.: a) spirometrów typ BTL-08 Spiro Pro nr fabryczny 073S-B-00981 i nr fabryczny 073S-B-00983; b) aparatów do ph-metrii typ Digitraper pH-Z, nr DTZ –IL02459 i nr DTZ –IL03355; c) laserów SCAHIL CO<sup>2</sup> sn.: A5SCH302-211, VBeam II Perfecta sn.: 9914-0300-3083 oraz Gentle YAG PRO-U sn.: 9914-00-9020-3412; d) analizatorów parametrów krytycznych o nr: ABL 90 FLEX o nr seryjnych: 090R0644N0002 (miejsce użytkowania Izba Przyjęć ŚCP), ABL830 sn. I902 754R1501N0005 (Klinika Położnictwa i Ginekologii) oraz ABL835 FLEX I902-754R1502N006 (Klinika Neonatologii).

Na podstawie przedłożonych dokumentów źródłowych ustalono, że:

- a) przeglądy techniczne spirometrów użytkowanych w Pracowni Badań Spirometrycznych przeprowadzono w okresie objętym kontrolą zgodnie z *Harmonogramem przeglądów*<sup>39</sup>,
- b) zgodnie z zaleceniami zawartymi w Dokumentacji Techniczno Ruchowej (DTR) dołączonej do sprzętu użytkowanego w Pracowni Ph-metrii, przeglądy techniczne nie są wymagane (konieczność kalibracji aparatury przed każdym użyciem).
- c) przeglądy techniczne laserów użytkowanych w Świętokrzyskim Centrum Laseroterapii<sup>40</sup> przedstawiały się w następujący sposób:
  - lasera SCAHIL CO<sup>2</sup> sn.: A5SCH302-211 – nie przedstawiono kontrolującym dokumentów z przeglądu technicznego z 2020 r.,
  - lasera VBeam II Perfecta sn.: 9914-0300-3083 – od marca 2021 r. do marca 2022 r. – sprzęt wyłączony z użytkowania z powodu awarii (protokół wykonania czynności serwisowych 21.03.2022 r.),
  - lasera Gentle YAG PRO-U sn.: 9914-00-9020-3412 – przegląd techniczny w 2021 r. wykonany niezgodnie z *Harmonogramem przeglądów*.
- d) przeglądy okresowe analizatorów parametrów krytycznych użytkowanych w:
  - Izbie Przyjęć ŚCP<sup>41</sup> - ABL 90 FLEX I393-090R0644N0002 – w 2020 r.,
  - Klinice Położnictwa i Ginekologii<sup>42</sup> ABL830 I902-754R1501N0005 - w 2020 r.,
  - Klinice Neonatologii<sup>43</sup> ABL837 FLEX I902 -754R1502N0006 – w 2020 r.,

---

<sup>39</sup> Wskazane miejsce – poradnia Pulmonologiczna; terminy przeglądów: – lipiec, wrzesień i listopad – grudzień 2020 r. i 2021 r.

<sup>40</sup> Wskazane miejsce – Klinika Chirurgii, Urologii i Traumatologii dziecięcej; terminy przeglądów: marzec i czerwiec 2020 r. oraz luty- marzec i czerwiec - 2021 r.

<sup>41</sup> Wskazane miejsce – Izba Przyjęć ŚCP; terminy przeglądów – luty-marzec i październik 2020 r. oraz styczeń-marzec i październik 2021 r.

<sup>42</sup> Wskazane miejsce – Klinika Położnictwa i Ginekologii; terminy przeglądów – marzec 2020 r. i marzec oraz listopad – grudzień 2021 r.

<sup>43</sup> Wskazane miejsce – Klinika Neonatologii; terminy przeglądów – marzec- kwiecień i październik 2020 r. oraz marzec- kwiecień i październik - grudzień 2021 r.



przeprowadzono w terminach niezgodnych z *Harmonogramem przeglądów*<sup>44</sup>.

[Dowód: akta kontroli str. 110-132A]

W trakcie kontroli ustalono, iż w 2021 r. dokonano wymiany aparatu ABL837 FLEX I902-754R1502N0006 na ABL837 FLEX I902-754R2649N0012. Kontrolującym przedstawiono m.in. *Zaświadczenie o stanie technicznym aparatu ABL 837 I902-754R1502NB0006*, wystawione przez firmę Radiometer z/s w Warszawie z treści, którego wiadomo, iż: (...) *ze względu na wiek aparatu oraz koszt usunięcia usterki (ok. 20 000 zł netto) wymieniono egzemplarz na nowszy (...)* oraz Protokół przekazania i instalacji analizatora parametrów krytycznych ABL I902-754R1502N0012 z dnia 28.10.2021 r.

Jednocześnie kontrolujący ustalili, że ww. aparat przyjęty Protokołem przekazania i instalacji z dnia 28.10.2021 r. nie został wprowadzony na stan szpitala. Nieprawidłowość została usunięta w trakcie kontroli – kontrolującym przekazano dokument OT nr 89/2022 datowany na 23.05.2022 r.

[Dowód: akta kontroli str. 133-140]

W związku z nieterminowo wykonanymi przeglądami sprzętu i aparatury medycznej Kierownik Nadzoru i Napraw Aparatury Medycznej złożył obszerne wyjaśnienia w brzmieniu: *Przedłożone dokumenty potwierdzające wykonanie przeglądów mogą odbiegać od założonych na lata 2020/2021 terminów związanych z sytuacją epidemiologiczną. (...) Sytuacja na świecie w związku z pandemią Covid-19 powoduje utrudnienia w realizacji planowych zadań w wyniku załamania tzw. łańcucha dostaw (jak w przypadku przeglądów urządzeń do laseroterapii czy aparatury anestezyjologicznej). W okresie stanu pandemii Kliniki zawiesiły przyjęcia pacjentów z ograniczeniem tylko sytuacji zagrożenia życia lub wypadków losowych wymagających natychmiastowej interwencji medycznej. Wiele zabiegów w związku z tym zostało zawieszonych. Problemem były również nasilone zachorowania personelu na którym spoczywały obowiązki wykonywania przeglądów.(...) Jak wspomniałem w okresie kontrolnym w czasie ograniczeń spowodowanych pandemią i zamknięciem szpitali jak też ilością zachorowań zarówno personelu oraz zewnętrznych usługodawców, terminy i realizacja przeglądów w incydentalnych przypadkach nie została wykonana wg założeń harmonogramu bądź nawet została wstrzymana. Na potwierdzenie powyższego do wyjaśnień dołączono przykładowe pisma firm odpowiedzialnych za okresowe przeglądy techniczne aparatury i sprzętu medycznego w WSZZ.*

[Dowód: akta kontroli str.141-145]

---

<sup>44</sup> Ustalono, że w kwietniu 2020 r. przy aktualizacji oprogramowania przedstawiciel firmy Radiometr w uwagach odnotował *Aparat sprawny technicznie*.

W świetle aktualnych przepisów prawa, za stan wszystkich urządzeń, z których korzysta się w placówce medycznej, odpowiada jej Dyrektor. Pracownicy nie mogą używać sprzętu, który nie jest na bieżąco kontrolowany. Każdy aparat musi mieć ważny przegląd techniczny. Wynika to z ustawy o wyrobach medycznych, która zobowiązuje użytkowników wyrobów medycznych do zachowania należytej staranności w zakresie doboru, instalowania, uruchamiania oraz przeprowadzania przeglądów i konserwacji, a w szczególności do przestrzegania instrukcji użytkowania dostarczonej przez wytwórcę. Kontrola techniczna aparatów jest bardzo ważna, gdyż jej brak zobowiązuje użytkowników do poniesienia odpowiedzialności za ewentualny incydent medyczny mogący spowodować uszczerbek na zdrowiu pacjenta. Mimo powyższego kontrolujący przyjmują wyjaśnienie z uwagi na utrudnione funkcjonowanie placówki w okresie objętym kontrolą z uwagi na trwający stan epidemii, ograniczenia wprowadzane przez firmy serwisujące sprzęt i aparaturę medyczną związane z pandemią, na które placówka nie miała wpływu oraz na fakt, iż część nieterminowych przeglądów dokonano wcześniej niż zaplanowano w Harmonogramie. Na potrzeby kontroli dokonano oceny realizowanych w latach 2020-2021 (wybór losowy prosty) umów serwisowych kontrolowanych analizatorów parametrów krytycznych firmy Radiometer, tj.:

1. umowy serwisowej nr 6\_MT\_2019 zawartej w dniu 11.07.2019 r. pomiędzy Wojewódzkim Szpitalem Zespolonym w Kielcach a firmą Radiometer Sp. z o.o. z/s w Warszawie, obowiązującej przez 24 miesiące. Przedmiotem umowy był (...) *nadzór serwisowy urządzeń ABL 810 FLEX o numerze seryjnym: 754R10700N0002, ABL835 FLEX 754R1502N0006 oraz ABL 90 FLEX o nr seryjnym 090R0644N0002 firmy Radiometer*. Maksymalne wynagrodzenie za prace konserwacyjne określone w § 2 ustalono na 26 400,00 zł netto, wypłacane w formie wynagrodzenia ryczałtowego, wypłacane co miesiąc jako 1/24 wartości ryczałtowej umowy, tj. 1100 zł netto. Zgodnie z § 8 ust. 4 *Należność zostanie uregulowana przelewem w ciągu 60 dni od daty otrzymania przez Zleceniodawcę poprawnie wystawionej faktury przez Zleceniobiorcę*. Strony w § 8 ust. 3 ustaliły, że na fakturze winno być oznaczenie: 2x Care Pact Premium: ABL 835 o nr kat. 5-0108 i 1x ABL 90 5-0203.
2. umowy serwisowej nr 11/7/2021/W zawartej w dniu 21.07.2021 r. pomiędzy Wojewódzkim Szpitalem Zespolonym w Kielcach a firmą Radiometer sp. z o.o. z/s w Warszawie, przedmiotem której jest (...) *świadczenie usługi serwisu dla niżej wymienionych urządzeń produkcji firmy Radiometer ABL830 sn. I902-754R1501N0005, ABL 837 sn. I902-754R1502N0006, ABL835 sn. I902-754R2534N0009, ABL 90 sn. I393-*

090R0644N0002. Zgodnie z § 5 ust. 1 ww. umowy łączna wartość umowy wynosi 80 352,00 zł brutto, płatne w 48 ratach miesięcznych w wysokości 1 647,00 zł z dołu. Zgodnie z ust. 4 ww. paragrafu faktura wystawiana (...) na 3 x Care Pact 5-0109 dla ABL8xxx) oraz Care Pack 5-0303 dla ABL90 – płatna (...) w ciągu 30 dni od daty otrzymania przez Zleceniodawcę poprawnie wystawionej faktury (...).

[Dowód: akta kontroli str.146 – 154A]

Analiza dokumentów przedłożonych kontrolującym w zakresie prawidłowości realizacji ww. umów ujawniły następujące problemy:

1. kontrolującym przedstawiono raporty serwisowe analizatora parametrów krytycznych użytkowanego w Klinice Neonatologii - ABL837 nr ser. I902-75R1502N0006<sup>45</sup>, wg kontrolowanego objętego nadzorem serwisowym zgodnie z umową 6\_MT\_2019 W ocenie kontrolujących ww. sprzęt nie został wskazany w przedmiocie ww. umowy, a faktury wystawiane były niezmiennie w sposób określony w § 8 ust. 3 ww. umowy,
2. w ww. umowie wprowadzono w § 15 zapis: *Strony umowy wyłączają w zakresie rozliczeń przedmiotowej umowy stosowanie ustawy z dnia 8 marca 2013 r. o terminach zapłaty w transakcjach handlowych,*
3. w elektronicznym rejestrze umów brak umowy nr 6\_MT\_2019,
4. w umowie nr 11/7/2021/W strony posługiwały się różnymi datami jej zawarcia, tj. a) w elektronicznym rejestrze umów prowadzonym na potrzeby Działu Technicznego oraz pismach firmy Radiometer Sp z o.o z/s w Warszawie z datą 21.07.2021 r., b) w ww. umowie – 20.07.2021 r., c) w dokumentach księgowych – 13.07.2021 r.
5. brak w umowie nr 11/7/2021/W danych osoby upoważnionej ze strony Zleceniodawcy do kontaktu ze Zleceniobiorcą, zlecenia usług i odbioru faktur VAT (§10).

#### **Ad. 1.**

W powyższej kwestii kontrolowany przedłożył odpowiedź w brzmieniu: *W związku z zapisami umowy 6\_MT\_2019 dotyczącymi wskazanych w raportach i powiązanych z nimi fakturach za świadczoną umowę zwrócono się do Usługodawcy w celu wyjaśnienia. W dniu 18.05.2022 r. przesłana została odpowiedź (...). W wyjaśnieniu Wykonawca informuje że: Umowa 6\_MT\_2019 (jak również Umowa 11/7/2021) dotyczą aparatów wymienionych w § 1 tj. ABL 830, ABL 837, ABL 835, ABL 810 wspomnianych umów. Wszystkie te aparaty są prawie identyczne z punktu widzenia obsługi technicznej (...). Różnią się konfiguracją parametrów dostosowanych do specyfiki lokalizacji, tj. inna dla Neonatologii w leczeniu dzieci i inna dla dorosłych w Klinice Położnictwa czy też Izbie Przyjęć ŚCP. W związku z tym*

---

<sup>45</sup> Z dnia 27.04.2020 r. i 24.11.2020 r.

pozycje pojawiające się na fakturze są ujednolicone i brzmią: *Care Packt dla ABL 835 (nr kat. 5-0109 lub 5-0108)*.

[Dowód: akta kontroli str.155-156]

Kontrolujący przyjmują wyjaśnienie, z uwagi na fakt, iż przedłożone stanowisko producenta wskazuje, że używane oznaczenia ABL 8xxx odnoszą się do poziomu/stopnia konfiguracji danego urządzenia (kontrolujący potwierdzili, iż w przeglądzie serwisowym z dnia 27.04.2020 r dokonano *aktualizacji oprogramowania do wersji 6.19*). Ponadto, w kolejnej umowie zawartej w tym samym zakresie z firmą Radiometer Sp. z o.o. z/s w Warszawie nr 11/7/2021/W z dnia 21.07.2021 r., powyższa kwestia została uregulowana w sposób adekwatny do podnoszonych w wyjaśnieniu argumentów, poprzez zapis § 5 ust 4 (...) *dla ABL8xxx (...)*. Jednakże w ocenie kontrolujących sformułowanie treści § 8 ust. 3 umowy nr 6\_MT\_2019 wymagało sporządzenia stosownego aneksu, zgodnie z § 16.

### **Ad. 2.**

W kwestii zapisów wyłączających w zakresie rozliczeń przedmiotowej umowy stosowanie ustawy z dnia 8 marca 2013 r. o terminach zapłaty w transakcjach handlowych, kontrolowany przedstawił wyjaśnienie w brzmieniu: (...) *taka linia interpretacji pojawiła się kilka lat temu (czas nieokreślony)*. *Jak wskazuje Koordynator Radców Prawnych – (...), taka linia została wystosowana przez radców prawnych już niezatrudnionych w Szpitalu. Ze względu na brak w tamtym okresie czasu orzecznictwa zdecydowano, iż zostanie podjęta próba uchronienia Szpitala przed dodatkowymi znacznymi kosztami jakimi były odsetki za opóźnienie naliczane wg wskazanej ustawy. Należy wskazać, że zgodnie z przepisami powszechnie obowiązującymi, postanowienie umowne niezgodne z prawem jest nieważne. Wprowadzając zatem do umowy zapis o wyłączeniu stosowania ustawy nie narażało w żaden sposób WSZZ Kielce na negatywne konsekwencje prawne, lecz stanowiło jedynie próbę (której zasadność miała być zweryfikowana podczas ewentualnego sporu z danym Wykonawcą/Dostawcą) uchronienia przed ponoszeniem dodatkowego ciężaru finansowego. Należy wskazać, iż wówczas ze względu na kondycję finansową WSZZ nie wszystkie zobowiązania były uiszczane w terminie.*

[Dowód: akta kontroli str.157]

Odnosząc się do przedstawionego wyjaśnienia, kontrolujący wskazują, iż w powyższym zakresie umowa nr 6\_MT\_2019 została sformułowana nieprawidłowo, sprzecznie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa.

### **Ad. 3.**

W kwestii braku rejestracji umowy nr 6\_MT\_2019 w rejestrze umów pracownik Działu Organizacyjno – Administracyjnego wyjaśnił: *Umowa o numerze 6\_MT\_2019 zawarta*

*z firmą Radiometer Sp. z o.o. na świadczenie nadzoru serwisowego (...) została błędnie wpisana w rejestrze umów pod numerem 1/7/219/P. Omyłka pisarska została skorygowana w dniu 20.05.2022 r.*

*[Dowód: akta kontroli str.158-161]*

#### **Ad. 4.**

*W kwestii rozbieżności w dacie zawarcia umowy nr 11/7/2021/W kontrolowany wyjaśnił: Przedmiotowa umowa została zarejestrowana w systemie do ewidencji umów w szpitala z datą 21.07.2021 r. W trakcie przygotowywania umowy do zarejestrowania zaszła oczywista omyłka pisarska i na pierwszej stronie wpisano błędnie datę 20.07.2021 r. Z niewiadomych mi powodów na fakturach za świadczone usługi z umowy 11/7/2021/W znajduje się zapis z odwołaniem do: „Umowa Serwisowa z dnia 13.07.2021 r.”, prawdopodobnie wynika to z błędu po stronie wykonawcy. Z-ca Dyrektora ds. Eksploatacyjno – Ekonomicznych. poinformował, iż w dniu 20.05.2022 r; (...) W związku z rozbieżnościami w treści umowy do Usługodawcy f-my Radiometer skierowano pismo informujące o konieczności sygnowania faktur za świadczone usługi umowne numerem 11/7/2021/W z dnia 21.07.2021 r.*

*[Dowód: akta kontroli str.162 – 162A]*

#### **Ad. 5.**

*W kwestii braku oznaczenia w umowie danych osoby upoważnionej ze strony Zleceniodawcy do kontaktu ze Zleceniobiorcą, zlecenia usług i odbioru faktur VAT, kontrolowany wskazał, iż: Względem uzupełniania umów na przykład poprzez wprowadzanie danych osób/pracowników wyznaczonych do kontaktu z Wykonawczymi ws. realizacji danych umów, odpowiedzialność za ten zakres spoczywa na komórce organizacyjnej przygotowującej umowę – ew. przez komórkę następczo ją realizującą, o ile istnieje taka rozbieżność w tym zakresie. Nie jest wymagane aby do Radcy Prawnego składany projekt umowy do zaopiniowania i zaparafowania przez niego posiadał te dane bowiem jest to związane z faktycznym realizowaniem umowy, zaś nie stanowi kwestii prawnej. Jednakże przedkładając umowę do podpisu do Dyrektora WSZZ wymagany jest aby była ona uzupełniona w całej swej treści.*

*[Dowód: akta kontroli, str.163]*

*Ustalony stan faktyczny wskazuje, iż przytoczona w wyjaśnieniu zasada postępowania, że (...) przedkładając umowę do podpisu do Dyrektora WSZZ wymagany jest aby była ona uzupełniona w całej swej treści,(...) nie jest normą bezwzględnie przestrzeganą. Kontrolujący wskazują zatem, iż przy ostatecznym redagowaniu treści zawieranych umów, osoby odpowiedzialne za tworzenie dokumentów winny dołożyć szczególnej staranności*

i uzupełniać wszystkie niezbędne jej pola, tak, aby zapisy podpisywanego dokumentu nie budziły zastrzeżeń stron umowy oraz osób trzecich.

Celem sprawdzenia prawidłowości realizacji ww. umów w zakresie terminowości dokonywania opłat z tytułu realizacji przedmiotowych umów wytypowano (na podstawie doboru prostego) do kontroli faktury VAT nr: F2014739 z dnia 12.11.2020 r., F2016298 z dnia 10.12.2020 r., F2106200 z dnia 12.04.2021 r. do umowy nr 6\_MT\_2019 oraz nr F2114754 z dnia 31.08.2021 r. i F2117155 z dnia 30.09.2021 r. do umowy 11/7/2021/W.

Na podstawie przedstawionej do kontroli próby w zestawieniu z przelewami bankowymi ustalono, że cztery spośród pięciu faktur wystawionych do ww. umów zostało opłacone po terminach wskazanych w umowach (w terminie – f-ra VAT nr F2117155 z dn. 30.09.2021 r.).

Z-ca Głównego Księgowego złożyła w tej kwestii obszernie wyjaśnienie w brzmieniu: *Przyczyną nieterminowego regulowania zobowiązań w 2020 i 2021 r. są trudności płatnicze, które w WSZ w Kielcach występują od kilku lat. (...) Mimo podejmowania szeregu działań restrukturyzacyjnych szpitalowi nie udało się uniknąć przeterminowanych zobowiązań. Wszystkie zobowiązania wymagalne na przestrzeni lat 2019-2021 dotyczą wyłącznie zobowiązań z tytułu dostaw towarów i usług, jednostka nie posiadała i nadal nie posiada wymagalnych zobowiązań publiczno – prawnych. Wymierne korzyści dla szpitala poprzez ograniczenie dochodzenia należności przez wierzycieli, przynoszą zawierane z dostawcami towarów i usług porozumienia rozkładające płatności na raty; (...)w roku 2020 na kwotę 43,0 mln zł, w roku 2021 na kwotę 36,7 mln zł. Dokładamy wszelkich starań aby uniknąć konsekwencji finansowych wynikających z nieterminowych płatności, na bieżąco negocjujemy z kontrahentami terminy zapłat za faktury. Dzięki temu firma „Radiometer” Warszawa nie obciążyla szpitala odsetkami za nieterminową zapłatę w/w faktur, co pozwoliło nam na uniknięcie dodatkowych obciążeń finansowych. Jednocześnie dodała, że: Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach podjął decyzję o nie naliczaniu na dzień bilansowy odsetek od zobowiązań wymagalnych, ujmując w księgach rachunkowych jedynie odsetki naliczone przez kontrahentów. Naliczanie przez Szpital odsetek mogłoby być odczytywane przez wierzycieli jako deklaracja do ich zapłaty i tym samym znacznie utrudnić negocjacje odnośnie ich umorzenia zwłaszcza, że zdecydowana większość firm odstępuje od całkowitego naliczania odsetek. Odsetki z tytułu zwłoki ujmowane są w ewidencji księgowej w momencie ich zapłaty na podstawie noty odsetkowej wystawionej przez wierzyciela, po zakończeniu procedury negocjacji odnośnie ich umorzenia lub odstąpienia od ich naliczania. Powyższe zostało ujęte w Polityce Rachunkowości Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Kielcach.*

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 publicznych<sup>46</sup>.

Na podstawie zestawienia przedstawionego przez Z-cę Głównego Księgowego wiadomo, iż w okresie trwania umowy nr 6\_MT\_2019 z dnia 1/07/2019 r. szpital wydatkował 26 400,00 zł netto, tj. kwotę ustaloną w § 8 ust. 1 ww. umowy. Natomiast w ramach umowy 11/7/2021/W z dnia 21.07.2021 r., w okresie objętym kontrolą, tj. od VII do XII 2021 r. szpital wydatkował 9 300,00 zł netto.

[Dowód: patrz akta kontroli str.148 i str. 180 A-180B]

Na podstawie próby pobranych do kontroli faktur kontrolujący ustalili, iż obieg dokumentów księgowych wskazuje na nieprzestrzeganie: a) Instrukcji Kancelaryjnej stanowiącej załącznik do Zarządzenia wewnętrznego nr 5/2017 Dyrektora WSZZ w Kielcach z dnia 17.02.2021 r.; b) Zarządzenia wewnętrznego nr 21/2017 Dyrektora WSZZ w Kielcach z dnia 30 czerwca 2017 roku w sprawie *wprowadzenia instrukcji obiegu i kontroli dowodów księgowych wraz ze wzorami podpisów* (zwane dalej Instrukcją). Zgodnie z pkt. 4 Obieg dokumentów, ppkt. 4.1. Instrukcji (...) *Osoba prowadząca kancelarie przyjmuje dokumenty zgodnie z instrukcją kancelaryjną. (...) Otrzymana korespondencja po dekretacji Dyrektora przekazywana jest za pokwitowaniem właściwym komórkom organizacyjnym. Zgodnie z ppkt. 4.4. ww. dokumentu (...) Ustala się 5- dniowy termin przekazania (liczony od dnia otrzymania dokumentu) do Działu Księgowo – Finansowego i nie dłuższy niż do 20-go następnego miesiąca, którego dotyczy.* Poniższe zestawienie przedstawia stwierdzone nieprawidłowości.

[Dowód: akta kontroli str.181-189]

Nr faktury	Data wystawienia dokumentu	Data wpływu do kancelarii*	Data wpływu do Działu Księgowo Finansowego *	Uwagi
<b>Umowa 6_MT_2019</b>				
2014739	12.11.2020 r.	17.11.2020 r.	8.01.2021 r.	Brak dekretacji Dyrektora, niedotrzymanie terminów ustalonych w ppkt. 4.4. Instrukcji,
2016298	10.12.2020 r.	15.12.2020 r.	26.01.2021 r.	Jak wyżej,
2106200	12.04.2021 r.	19.04.2021 r.	14.06.2021 r.	Jak wyżej.

<sup>46</sup> Tj. Dz. U. 2021, poz. 305 z późn. zm.

Nr faktury	Data wystawienia dokumentu	Data wpływu do kancelarii*	Data wpływu do Działu Księgowo Finansowego *	Uwagi
<b>Umowa 11/7/2021/W</b>				
2114754	31.08.2021 r.	28.09.2021 r.	28.09.2021 r.	Brak dekretacji Dyrektora,
2117155	30.09.2021 r.	14.10.2021 r.	15.10.2021 r.	Brak dekretacji Dyrektora.

\*Ustalono na podstawie pieczęci kancelaryjnej i pieczęci Działu Księgowo Finansowego widniejących na ww. fakturach.

W powyższej kwestii kontrolujący poinformowali kontrolowanego m.in. o swoich spostrzeżeniach, iż na podstawie przedłożonej próby (wybrane losowo faktury) obieg dokumentów nie jest prawidłowy, dołączając ich zestawienie. Jednocześnie zwrócono się o wyjaśnienie na piśmie powodów takiego stanu rzeczy. W odpowiedzi kontrolowany przekazał dokument pn. *Informacja dot. wydawania faktur z kancelarii do Działu Księgowości*. Treść informacji potwierdziła dokonane przez kontrolujących ustalenia<sup>47</sup>, dodatkowo wskazując, iż ww. faktury wystawiane do umowy nr 6\_MT\_2021 wpływały listem poleconym, a odbierał je osobiście kierownik Działu Nadzoru i Napraw Aparatury Medycznej. Natomiast kontrolowane faktury wystawiane do umowy 11/7/2021/W dostarczał do rejestracji w kancelarii kierownik ww. Działu, a odbierał pracownik Działu Księgowo Finansowego. Na podstawie przytoczonych informacji, można wnioskować, iż naruszenie obowiązujących terminów ustalonych aktami prawa wewnętrznego, tj. przekazywanie faktur odpowiednio do Działu Finansowo - Księgowego i Kancelarii, miało miejsce w komórce organizacyjnej odpowiadającej za nadzór i naprawę aparatury medycznej. Dodatkowo należy zaznaczyć, iż nie stosowano się do zapisów Instrukcji kancelaryjnej Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Kielcach (patrz: *Przyjmowanie, otwieranie i ewidencjonowanie korespondencji* – pkt . 15 i 17, str. 3 i 4 dokumentu), w zakresie przekazywania faktur do dekretacji Dyrektorowi Szpitala.

[Dowód: akta kontroli str.190]

## 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 świadczenia diagnostyczne kosztochłonne, programy lekowe, opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, podstawowy

<sup>47</sup> Poza fakturą nr 2106200 z dnia 12.04.2021 r., gdzie wskazano, iż 19.04.2021 r. wpłynęła do szpitala faktura wystawiona przez firmę Radiometer Sp. z o.o. z innym numerem.



system zabezpieczenia szpitalnego obejmujący ryczałt PSZ – szpital III stopnia, rehabilitacja lecznicza, świadczenia odrębnie kontraktowane, program kompleksowej diagnostyki niepłodności. 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 wynosiła – 397 833 453,98 zł, b) wykonanie kontraktu – 386 011 081,40 zł, c) wartość świadczeń niezrefundowanych – 0,00 zł ,
2. 2021 r.: a) wartość umów wraz z aneksami wynosiła – 451 361 969,91 zł, b) wykonanie kontraktu 430 738 579,77 zł , c) wartość świadczeń niezrefundowanych – 0,00 zł.

Dyrektor wskazał, iż w latach 2020 - 2021 : *Ze względu na obostrzenia pandemiczne, decyzje Wojewody Świętokrzyskiego ws. dedykowanych pacjentom z przeciwdziałania i zwalczania COVID-19 o konieczności wydzielenia łóżek (...) oraz obawy samych pacjentów przed zakażeniem, kontrolowane oddziały nie wykonały ryczałtu.* Dodał, iż: *W związku z pobieraniem przez WSzZ Kielce w okresach rozliczeniowych 2020 i 2021 zaliczek, stanowiących miesięcznie 1/12 rocznej wartości umowy, oraz koniecznością ich zwrotu, całe nadwykonanie wypracowane w 2021 roku zostanie przekazane na spłatę wspomnianych zaliczek. W 2020 roku WSzZ Kielce nie posiadał niezapłaconych przez NFZ świadczeń. WSzZ Kielce na spłatę pobranych zaliczek ma czas do końca 2023 roku.*

*[Dowód: akta kontroli str.191 - 227]*

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

Kontrolowany poinformował, że (...) *Szpital zapewnia dostęp do świadczeń poza kolejnością osobom uprawnionym w art. 47c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.* Kontrolujący dokonali oględzin losowo wybranych miejsc rejestracji pacjentów, tj.: rejestracji neurologicznej, Wojewódzkiej Poradni Kardiologicznej, rejestracji Poradni Pediatricznych, Poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, 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: patrz akta kontroli str. 95 i str. 228 - 232]*

## **2.8. Poziom satysfakcji pacjenta z otrzymanej usługi medycznej**

Na podstawie informacji udzielonej przez Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta (jednocześnie Radcę Prawnego) potwierdzonej okazanymi dokumentami źródłowymi ustalono, że w latach 2020 – 2021 w podmiocie leczniczym obowiązujący system oceny satysfakcji pacjentów

realizowany był w oparciu o *Zestaw Standardów Akredytacyjnych*, części PJ 3 – *Poprawa jakości i bezpieczeństwa pacjenta*. Według przytoczonego dokumentu (...) *Ocena opinii pacjentów powinna być prowadzona regularnie, przynajmniej raz w roku. Takie badanie służy uzyskaniu wiedzy na temat oczekiwań, preferencji i doświadczeń hospitalizowanych pacjentów. (...). Rezultaty i wnioski jakie wynikają z badania powinny być przedstawione kierownictwu szpitala oraz osobom zatrudnionym w szpitalu i stanowić cel poprawy (...)*. Według informacji Pełnomocnika: *W WSZZ Kielce analiza ankiet satysfakcji pacjentów (zbieranych przez okres całego roku) dokonywana jest dwukrotnie – po każdym półroczu. Analizy dokonuje Pełnomocnik ds. Pacjenta, który następnie sporządza pisemną ocenę tychże analiz, która następnie jest przedłożona Dyrektorowi celem zapoznania się. Na podstawie tych analiz następnie są wdrażane adekwatne względem wyników działania.(...)*.

Biorąc powyższe pod uwagę kontrolujący poprosili o dokumentację dotyczącą badania opinii pacjentów za lata 2020 – 2021, tj. półroczne analizy. Kontrolującemu przedłożono analizę oceny satysfakcji pacjentów za II półrocze 2020 r. oraz za 2021 r. wraz z wyjaśnieniem Pełnomocnika w brzmieniu (...) *za I półrocze 2020 r. nie przeprowadzono analizy ankiet satysfakcji pacjentów, z tego względu, że na ogłoszony stan epidemii COVID -19 i sytuację epidemiologiczną w Szpitalu nie uzyskano wystarczających ilości materiału celem przeprowadzenia analizy. Pełną i zadawalającą ilość ankiet przedłożyły: Ośrodek Terapii Uzależnień, Klinika Chirurgii, Urologii i Traumatologii Dziecięcej, Klinika Chirurgii Naczyniowej. Pozostałe zaś Kliniki i Oddziały podały po kilka ankiet lub w zupełności odstąpiły od ich przeprowadzania. Jako okoliczność uzasadniającą takie działanie należy wskazać niski stan wiedzy na temat transmisji wirusa który istniał we wskazanym okresie czasu, izolacje pacjentów oraz pobieranie od pacjentów dokumentów przez nich wypełnionych wyłącznie w sytuacjach temu koniecznych ze względu na proces udzielania świadczeń zdrowotnych, celem przeciwdziałania rozpowszechniania się zakażenia.*

Na podstawie zbiorczych analiz przekazywanych Dyrektorowi jednostki ustalono, iż w okresie objętym kontrolą ankiety satysfakcji pacjenta dotyczyły najistotniejszych, z punktu widzenia Szpitala, obszarów, tj. oceny:<sup>48</sup> pobytu w SOR/Izbie Przyjęć, podmiotu medycznego – oddziału, pozostałych usług medycznych, innych aspektów (m.in.: jakość posiłków i usług pozamedycznych, czystości i wyposażenia oddziału, strony internetowej). Analizy z otrzymanych wyników uznawano za satysfakcjonujące, gdyż oceny pacjentów we wskazanych ww. obszarach w II półroczu 2020 r. i I półroczu 2021 r. zawierały sporadycznie odpowiedzi 3 *źle* lub 4 *bardzo źle*. W ankietach za okres VII-XII 2021 r. odnotowano

---

<sup>48</sup> Czterostopniowa skala ocen – 1 bardzo dobrze, 2 dobrze, 3 źle, 4 bardzo źle.

wyłącznie odpowiedzi *bardzo dobrze i dobrze*. W części opisowej pacjenci nie wykazywali żadnych uwag (...) *nie nanosząc praktycznie w ogóle tekstu* (...).

Dokumenty źródłowe pozwoliły na ustalenie, iż w badanym okresie nie wszystkie komórki organizacyjne wywiązywały się z obowiązku przedkładania zebranych do analizy anonimowych ankiet satysfakcji pacjenta, co znalazło odzwierciedlenie w sporządzanych przez Pełnomocnika raportach. Pełnomocnik ds. Pacjenta w raporcie z dnia 2.08.2021 r. (ocena I półrocza 2021 r.) odnotował (...) *Podczas okresu sprawozdawczości ankiet satysfakcji pacjenta za okres II półrocza 2020 r. niektóre z Klinik/Oddziałów WSZZ szczególnie obciążone pod względem udzielania świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom z potwierdzonym COVID-19 przekazały pisemne wyjaśnienia na okoliczność niemożności i szczegółowego utrudnienia w zakresie możliwości przeprowadzania w tymże okresie ankiet. Co do wyjaśnień nie wniesiono żadnych zastrzeżeń, przyjmując je w pełni jako wiarygodne i uzasadnione. Mimo trwającego stanu pandemii względem sprawozdawczości za I półrocze 2021 żadna z Klinik/Oddziałów nie przedstawiła analogicznych wyjaśnień. Nie jest również zasadne uwzględnianie tych poprzednio złożonych, bowiem dotyczyły one ściśle sprecyzowanego okresu czasu. Dodatkowo wskazał, że (...) Wobec braku sprawozdawania ankiet, niestety z większości Klinik/Oddziałów, mimo podjęcia wszystkich ku temu działań, dla osiągnięcia celu jakim jest pozyskanie opinii pacjentów nt. całego podmiotu leczniczego należałoby rozważyć likwidację papierowego przeprowadzania ankiet na rzecz wyłącznie formy elektronicznej, możliwej do realizacji za pośrednictwem strony internetowej.*

[Dowód: akta kontroli str. 233 -246]

Pomimo utrudnień organizacyjnych, z którymi musiały zmierzyć się placówki opieki zdrowotnej z uwagi na wprowadzony stan epidemii na terenie kraju, kontrolujący wskazują, iż zarządzający powinien dołożyć wszelkich starań, aby komórki organizacyjne stosowały się do obowiązujących w szpitalu zasad ankietyzacji pacjentów uregulowanych w *Zestawie standardów akredytacyjnych, części PJ 3 – Poprawa jakości i bezpieczeństwa pacjenta*, gdzie wskazano, iż (...) *Takie badanie służy uzyskaniu wiedzy na temat oczekiwań, preferencji i doświadczenia hospitalizowanych pacjentów. Istotne jest, by badanie zostało przeprowadzone zgodnie z określoną i przyjętą metodologią prowadzenia badań społecznych oraz z wykorzystaniem właściwego narzędzia. Poprawna metodologia badania, określenie wielkości grupy badanej oraz istotnego poziomu zwrotności stanowią o wiarygodności uzyskanych wyników* (...)

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

Według zestawienia sporządzonego przez Kierownik Działu Marketingu, w latach 2020-2021, podmiot leczniczy przeprowadził na realizację świadczeń zdrowotnych łącznie 18 konkursów ofert oraz prowadził czynności w oparciu o art. 26 ust. 4a u.d.l. I tak: a) w 2020 r. w trybie konkursu ofert przeprowadzono 4 postępowania, w tym: 3 na realizację świadczeń zdrowotnych przez personel medyczny i 1 postępowanie na udzielenie świadczeń zdrowotnych przez podmioty zewnętrzne z wyłączeniem personelu medycznego; b) w 2021 r. w trybie konkursowym przeprowadzono łącznie 14 postępowań w tym: 13 na udzielenie świadczeń przez personel medyczny i 1 na udzielenie świadczeń przez podmioty zewnętrzne z wyłączeniem personelu medycznego.

W efekcie ww. działań zawarto łącznie 414 umów, z tym:

1) w roku 2020 r. szpital podpisał:

- 41 umów w trybie konkursowym, w tym: 33 na realizację świadczeń zdrowotnych z personelem medycznym, 8 na realizację świadczeń zdrowotnych z podmiotami zewnętrznymi z wyłączeniem personelu medycznego,
- 78 umów bez przeprowadzenia konkursu w tym: 68 na realizację świadczeń zdrowotnych z personelem medycznym, 10 na realizację świadczeń zdrowotnych z podmiotami zewnętrznymi z wyłączeniem personelu medycznego;

2) w roku 2021 r. podpisano:

- 139 umów w trybie konkursowym w tym: 138 na realizację świadczeń zdrowotnych z personelem medycznym, 1 na realizację świadczeń zdrowotnych z podmiotami zewnętrznymi z wyłączeniem personelu medycznego,
- 156 umów bez przeprowadzenia konkursu w tym: 151 na realizację świadczeń zdrowotnych z personelem medycznym, 5 na realizację świadczeń zdrowotnych z podmiotami zewnętrznymi z wyłączeniem personelu medycznego.

[Dowód: akta kontroli str.247]

Szczegółowym badaniem objęto postępowanie nr K/5/2021 na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie *leczenia arytmii serca metodą ablacji, kwalifikacja pacjentów do zabiegów ablacji, kontrola pozabiegowa oraz pełnienie dyżurów lekarskich w ŚCK.*

Na podstawie dokumentów źródłowych, tj.:

- dokumentu z dnia 18.03.2021 r. pn. szacunkowa wartość zamówienia<sup>49</sup>,

---

<sup>49</sup>od 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.

- pisma z dnia 16.03.2021 r., w którym Dyrektor powołał czteroosobową komisję konkursową do prowadzenia konkursu ofert,
- informacji o konkursie upublicznionej przez szpital w dniu 17.03.2021 r. (zamieszczona na tablicy ogłoszeń i na stronie internetowej szpitala <https://bip.wszkielce.pl>),
- opisu przedmiotu zamówienia w *szczegółowych warunkach konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych* (dalej SWKO)<sup>50</sup>, zawierających m.in. takie elementy jak: kody CPV, określenie przedmiotu zamówienia, kryteria oceny ofert<sup>51</sup>, wymagania od oferentów, sposób obliczania punktów za poszczególne kryteria, opis sposobu przygotowania ofert, a w załącznikach: formularz ofertowy, wymagane od świadczeniodawców oświadczenia, projekt umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych,
- zestawienia ocenionych ofert<sup>52</sup>, z którego wiadomo, iż do upływu terminu składania ofert do szpitala wpłynęły 3 oferty, ocenione wg. przyjętych kryteriów, uznane za zgodne z wymogami zamawiającego i przyjęte do dalszego etapu konkursu,
- ogłoszenia o rozstrzygnięciu konkursu upublicznionego w dniu 31.03.2021 r; na stronie <https://bip.wszkielce.pl>,

ustalono, że konkurs przeprowadzono zgodnie z art. 26 u.d.l, ustalając wartość zamówienia w oparciu o art. 26a u.d.l, wzór umowy zawiera elementy wskazane w art. 27 ust. 4, wszystkie oferty złożono zgodnie z SWKO.

[Dowód: akta kontroli str. 248 - 277]

Dalsze czynności kontrolne pozwoliły na ustalenie, że:

- w dniu 31.03.2021 r. podpisano trzy umowy na okres od 1.04.2021 r. do 31.03.2021 r.,
- podpisanie umów w ww. dacie umożliwiło złożenie przez oferentów oświadczeń o zrzeczeniu się prawa do złożenia odwołania, o którym mowa w art. 154 u.o.ś.z

Szczegółowej analizie pod kątem ilości wykonanych dyżurów, terminowości i prawidłowości wypłat wynagrodzenia poddano umowę nr 90/K/2021 podpisaną z Przemysławem Dąbkowskim Prywatny Gabinet Kardiologiczny z/s w Jędrzejowie (zwanym dalej przyjmującym zamówienie).

Z tytułu realizacji przedmiotu umowy tj. wykonywania świadczeń zdrowotnych, obejmujących m.in.; (...) *wykonanie procedur zachowawczych oraz interwencyjnych*

---

<sup>50</sup>Szczegółowe warunki konkursu ofert na udzielenie świadczeń zdrowotnych – pełnienie dyżurów kontraktowych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (...) zostały zatwierdzone przez p.o. Dyrektora Szpitala – dokument upubliczniono na stronach Podmiotu Leczniczego w dniu 11.03.2019 r.

<sup>51</sup> jakość – 15 %, kompleksowość – 15 %, dostępność – 15 %, ciągłość – 5%, cena – 50 %.

<sup>52</sup> Dokument stanowił równocześnie protokół z posiedzenia Komisji.

w zakresie kardiologii, wynikających z umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia, (...) kwalifikację pacjentów do zabiegów elektrofizjologii, konsultacje w poradni kardiologicznej, realizacja świadczeń zdrowotnych w ramach dyżurów medycznych w Świętokrzyskim Centrum Kardiologii, udzielanie konsultacji lekarskich<sup>53</sup>, pooperacyjny nadzór nad pacjentami, (...), w § 6 ust.1 umowy strony ustaliły wynagrodzenie,

- a) zakres elektrofizjologii: - E43 – 1 443,83 zł,- E44-625,62 zł,- E46- 1 905,81 zł, -E47- 2 979,07 zł, - E48-2 897,25 zł, - E21-1 988,84 zł, - 5.52.01.0001505 – 2 933,17 zł,
- b) w ramach dyżuru medycznego w ŚCK (poza pracownią elektrofizjologii) – 130,00 zł/ 1 godz. udzielania świadczeń,
- c) w ramach poradni kardiologicznej - 80,00 zł/1 godzina udzielania świadczeń.

Udzielający zamówienie był zobowiązany (...) wypłacać wynagrodzenie do 20-tego dnia następnego miesiąca po miesiącu realizacji świadczeń, na podstawie rachunku przedłożonego w terminie do 5-tego dnia miesiąca następnego po miesiącu realizacji świadczeń. (...)

Do ww. dokumentu przyjmujący zamówienie zobowiązany był przedłożyć wykaz udzielonych świadczeń zdrowotnych zgodnie z załącznikiem nr 1 do umowy, zatwierdzony pod względem merytorycznym przez kierownika Hemodynamiki oraz Kliniki, w której był pełniony dyżur.

Na podstawie wybranych losowo faktur nr: 13/10/2021 z dnia 30.10.2021 r.; 14/11/2021 z dnia 29.11.2021 r., 15/12/2011 z dnia 29.12.2021 r. – przedłożonych w umownym terminie wraz z zestawieniami zrealizowanych dyżurów w miesiącach październik - grudzień 2021 r. i przelewów bankowych ustalono, że należności były regulowane w wyznaczonej umową dacie. Ustalono, iż IV kwartale 2021 r. przedłużające się pobyty pacjentów, (powyżej 4 dób) Dyrektor ds. Medycznych uznał za zasadne.

[Dowód: akta kontroli str.278 - 307]

## **B. Ocena cząstkowa pozytywna mimo stwierdzonych uchybień i nieprawidłowości**

Pozytywna ocena dotyczy: a) wyodrębnienia łóżek dla pacjentów z rozpoznaniem COVID-19 w Klinice Chorób Zakaźnych i I Klinice Pediatrii – II Oddział Chorób dziecięcych; 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) stopnia wykorzystania wybranego sprzętu i aparatury medycznej z uwzględnieniem ograniczeń wynikających z obostrzeń związanych z trwającym

---

<sup>53</sup> W macierzystej komórce organizacyjnej lub innych komórkach udzielającego zamówienia

stanem epidemii; e) stosowania procedur gwarantujących sprawność aparatury i sprzętu medycznego poddanego kontroli, pomimo problemów związanych z terminowością dokonywania przeglądów przez firmy zewnętrzne z uwagi na trwający stan epidemii; f) prowadzenia list oczekujących na udzielanie świadczenia zdrowotnego i przekazywania ich do płatnika zgodnie z wytycznymi NFZ i obowiązującymi przepisami w tym zakresie; 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 w oparciu o dostępne dane; j) przeprowadzania postępowania nr K/5/2021 na udzielanie świadczeń zdrowotnych w *zakresie leczenia arytmii serca metodą ablacji, kwalifikacja pacjentów do zabiegów ablacji, kontrola pozabiegowa oraz pełnienie dyżurów lekarskich w ŚCK*, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie, tj. z zastosowaniem art. 26 i 27 u.d.l.; k) terminowego regulowania należności wynikających z realizacji umowy nr 90/K/2021 w poddanej kontroli próbie.

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczą: a) niewprowadzenia na stan szpitala analizatora parametrów krytycznych ABL I902-754R1502N0012 po otrzymaniu sprzętu w dniu 28.10.2021 r.; b) niesporządzenia aneksu do umowy nr 6\_MT\_2019 z dnia 11.07.2019 r. sankcjonującego zmianę nr seryjnego aparatu z ABL 835 na ABL 837 wskazanego w § 1 ww. dokumentu; c) wprowadzenia do treści umowy nr 6\_MT\_2019 zapisu dotyczącego wyłączenia stosowania ustawy o terminach zapłaty w transakcjach handlowych; d) niewłaściwego oznaczenia daty zawarcia umowy nr 11/7/2021/W; e) niewskazania w umowie nr 11/7/2021/W danych osoby upoważnionej ze strony szpitala do kontaktu ze zleceniobiorcą; f) nieterminowego regulowania należności z tytułu faktur wystawionych przez firmę Radiometer Sp z o.o. z/s w Warszawie do ww. umów; g) przekazywania dokumentów księgowych do Działu Księgowo-Finansowego z pominięciem zasad określonych w *Instrukcji obiegu i kontroli dokumentów księgowych (...)*; h) braku dekretacji Dyrektora na kontrolowanej próbie faktur, wystawianych z tytułu usług serwisowych świadczonych przez firmę Radiometer Sp. z o.o. z/s w Warszawie; i) zaprzestania działań Zespołu ds. oceny przyjęć, co w okresie objętym kontrolą stało w sprzeczności z art. 21 u.o.ś.z.; j) przeprowadzenia analiz ankiet satysfakcji pacjenta na podstawie niepełnego zestawu danych.

### **C. Osoba odpowiedzialna**

Za stwierdzone uchybienia i nieprawidłowości odpowiedzialny jest:

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

### **III. Sprawdzenie sposobu wykonania zaleceń zawartych w Wystąpieniu Pokontrolnym z dnia 24.06.2020 r. znak: OZ.IV.1711.4.2020**

W wyniku kontroli przeprowadzonej w dniach 18.02.2020 – 28.02.2020 r., wydano następujące zalecenia pokontrolne:

1. Stosować się do zapisów Statutu Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Kielcach w zakresie prowadzenia z Zarządem Województwa Świętokrzyskiego uzgodnień dotyczących spraw związanych z przekształceniem lub likwidacją, rozszerzeniem lub ograniczeniem działalności leczniczej;
2. Wyeliminować niezgodność w zakresie nazw *Zakładów Leczniczych* w Statucie, Regulaminie Organizacyjnym i Księdze Rejestrowej prowadzonej przez Wojewodę Świętokrzyskiego;
3. Zapewnić właściwe wykonywanie obowiązków przez członków Zespołu ds. Oceny Przyjęć zgodnie z art. 21 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
4. Na bieżąco dokonywać aktualizacji dokumentów prawa wewnętrznego regulujących: tryb rozpatrywania skarg i wniosków oraz ocenę satysfakcji pacjenta tak, aby ich treść była zgodna ze stanem faktycznym;
5. Monitorować stopień zadowolenia pacjentów ze świadczonych usług medycznych w Podmiocie Leczniczym poprzez dokonywanie analizy badań i przekazywanie wniosków Dyrektorowi Jednostki stosownie do obowiązujących w Szpitalu aktów prawa wewnętrznego;
6. Bezwzględnie wykonywać zalecenia pokontrolne formułowane przez kontrolujących po przeprowadzeniu kontroli w podmiocie leczniczym, zgodnie z informacjami wskazanymi przez Szpital w odpowiedzi na zalecenia pokontrolne.

Na podstawie czynności sprawdzających, ustalono, że: szpital zrealizował zalecenia pokontrolne, za wyjątkiem zaleceń sformułowanych w pkt 2 i 3 Wystąpienia Pokontrolnego znak: OZ.IV.1711.4.2020 z dnia 24.06.2020 r.

[Dowód: akta kontroli str. 308]



### ***Osoba odpowiedzialna***

Za stwierdzone uchybienia i nieprawidłowości odpowiedzialny jest:

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

## **IV. ZALECENIA I WNIOSKI**

W celu usunięcia stwierdzonych uchybień i nieprawidłowości oraz usprawnienia funkcjonowania jednostki, wnoszę o:

1. skuteczne wykonanie Zarządzenia wewnętrznego nr 30/2020 Dyrektora WSZZ z dnia 15.07.2020 r., w zakresie dokonania w księdze rejestrowej nr 00000014597, zmian nazw zakładów leczniczych, zgodnie z ww. dokumentem;
2. wprowadzanie treści uchwał Rady Społecznej Szpitala stosownymi aktami prawa wewnętrznego kierownika jednostki;
3. dołożenie szczególnej staranności w trakcie sporządzania umów zawieranych w przedmiocie serwisowania sprzętu i aparatury medycznej poprzez: a) formułowanie ich treści zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa – umowa 6\_MT\_2019; b) wypełnianie danych we wszystkich polach umów, tak aby ich zapisy nie budziły zastrzeżeń stron umowy i osób trzecich – umowa nr 11/7/2021/W;
4. wprowadzanie, zgodnie z treścią realizowanych umów, wszelkich zmian do umów, w tym w zakresie numerów seryjnych aparatury i sprzętu medycznego będących ich przedmiotem, stosownymi aneksami – umowa nr 6\_MT\_2019;
5. prawidłowe oznaczenie daty zawarcia umów, zgodnie z przyjętymi w jednostce procedurami – umowa 11/7/2021/W;
6. terminowe regulowanie należności wynikających z tytułu realizowania umów serwisowych, zgodnie z art. 44 ust. 3 pkt 3 ustawy z dnia 27.08.2009 r. o finansach publicznych<sup>54</sup>;
7. stosowanie się do obowiązujących w jednostce aktów prawa wewnętrznego regulujących: a) zasady obiegu i kontroli dokumentów księgowych; b) dekretowania przez Dyrektora dokumentów wpływających do podmiotu leczniczego, w tym faktur;
8. wzmocnienie nadzoru nad komórkami organizacyjnymi jednostki prowadzącymi ankietyzację pacjentów, w zakresie przekazywania danych niezbędnych Pełnomocnikowi

---

<sup>54</sup> T.j. Dz. U. 2021 r., poz. 305 ze zm.

ds. Pacjenta do przeprowadzenia analiz ankiet satysfakcji, zgodnie z obowiązującym w jednostce systemem oceny satysfakcji pacjentów, tak aby wnioski z nich płynące były reprezentatywne dla całego podmiotu leczniczego, oparte na pełnym zestawie danych ze szpitala;

9. realizowanie zaleceń i wniosków pokontrolnych formułowanych przez kontrolujących w wyniku ustaleń poczynionych w trakcie przeprowadzanych kontroli podmiotu leczniczego.

Jednocześnie kontrolujący odstąpili od sformułowania zaleceń pokontrolnych zawartych w ocenie cząstkowej dotyczących:

- a) niewprowadzenia na stan szpitala analizatora parametrów krytycznych ABL I902-754R1502N0012 po otrzymaniu sprzętu w dniu 28.10.2021 r., z uwagi na usunięcie opisanej nieprawidłowości w trakcie trwania czynności kontrolnych (wprowadzenie na stan szpitala ww. aparatury dokumentem OT nr 89/2022 z dnia 23.05.2022 r.);
- b) zaprzestania działań Zespołu ds. oceny przyjęć, z uwagi fakt, iż ustawodawca przez art. 4 pkt 8 ustawy<sup>55</sup> z dnia 14 sierpnia 2020 r. *o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID – 19 oraz po jej ustaniu* uchylił art. 21 u.ś.o.z.

---

<sup>55</sup> Dz.U.2020 poz. 1493.

#### IV. POUCZENIA

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

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

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

Kielce, dnia 24.08.2022 r.