

**UCHWAŁA NR 6385/22**  
**ZARZĄDU WOJEWÓDZTWA ŚWIĘTOKRZYSKIEGO**  
**Z DNIA 29 GRUDNIA 2022 ROKU**

**W SPRAWIE:**

**Przyjęcia Projektu Wystąpienia Pokontrolnego dotyczącego Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach.**

**NA PODSTAWIE:**

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

**§ 1**

1. Przyjmuje się Projekt Wystąpienia Pokontrolnego dotyczący Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach, sporządzony po przeprowadzeniu kontroli w zakresie:

- 1). Realizacji zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie, dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych w latach 2020-2021;
- 2). Sprawdzenia sposobu wykonania zaleceń zawartych w Wystąpieniu Pokontrolnym z dnia 26.08.2020 r. znak: OZ- IV.1711.6.2020.

2. Projekt Wystąpienia Pokontrolnego stanowi załącznik do niniejszej Uchwały.

**§ 2**

Wykonanie uchwały powierza się Marszałkowi Województwa Świętokrzyskiego.

**§ 3**

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**MARSZAŁEK**  
**WOJEWÓDZTWA ŚWIĘTOKRZYSKIEGO**

**ANDRZEJ BĘTKOWSKI**  
*(dokument podpisano elektronicznie)*

## **Uzasadnienie**

### **do uchwały w sprawie przyjęcia Projektu Wystąpienia Pokontrolnego dotyczącego Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach.**

W dniach od 14.11.2022 r. do 25.11.2022 r. pracownicy Departamentu Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego, na podstawie imiennych upoważnień udzielonych przez podmiot uprawniony do kontroli, przeprowadzili kontrolę planową w Świętokrzyskim Centrum Onkologii w Kielcach. Kontrola obejmowała: *1). Realizację zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie, dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych w latach 2020-2021. 2). Sprawdzenie sposobu wykonania zaleceń zawartych w Wystąpieniu Pokontrolnym z dnia 26.08.2020 r. znak: OZ- IV.1711.6.2020.*

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

W związku z powyższym, podjęcie niniejszej uchwały jest uzasadnione.

Załącznik nr 1 do Uchwały Nr 6385/22  
Zarządu Województwa Świętokrzyskiego  
z dnia 29.12.2022 r.

OZ-I.1711.12.2022

**PROJEKT**  
**WYSTĄPIENIA POKONTROLNEGO**

sporządzony na podstawie § 20 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r.  
w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych.



URZĄD MARSZAŁKOWSKI  
WOJEWÓDZTWA ŚWIĘTOKRZYSKIGO  
ul. Al. IX Wieków Kielc 3, 25-516 Kielc

**Dane identyfikacyjne kontroli:**

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

**Kierownik jednostki kontrolowanej:**

Pan prof. dr hab. n. med. Stanisław Gózdź – powołany na stanowisko Dyrektora z dniem 15 listopada 2001 r. Uchwałą nr 541/01 Zarządu Województwa Świętokrzyskiego z dnia 12 listopada 2001 r.

**Termin przeprowadzenia czynności kontrolnych i zakres kontroli:** kontrolę przeprowadzono w dniach od 14.11.2022 r. do 25.11.2022 r. 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 pokontrolnych zawartych w Wystąpieniu Pokontrolnym z dnia 26.08.2020 r., znak: OZ- IV.1711.6.2020. Szczegółowy zakres kontroli został wskazany w Programie kontroli, przyjętym Uchwałą Nr 6097/22 Zarządu Województwa Świętokrzyskiego z dnia 2 listopada 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 32.

O kontroli Dyrektor jednostki został poinformowany drogą telefoniczną w dniu 2.11.2022 r.

**Osoby przeprowadzające kontrolę:**

**Jolanta Jesionowska** - Główny Specjalista na podstawie upoważnienia Nr OZ-I.1711.12.2022-1 z dnia 2 listopada 2022 r. wydanego przez Marszałka Województwa Świętokrzyskiego w związku z Uchwałą Zarządu Województwa Świętokrzyskiego Nr 6098/22 z dnia 2 listopada 2022 r., oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli.

**Karol Giemza** – Inspektor na podstawie upoważnienia Nr OZ-I.1711.12.2022-2 z dnia 2 listopada 2022 r. wydanego przez Marszałka Województwa Świętokrzyskiego w związku

---

<sup>1</sup> Dalej zwana również: ŚCO, jednostką kontrolowaną, kontrolowanym, szpitalem, podmiotem leczniczym, udzielającym zamówienia.

z Uchwałą Zarządu Województwa Świętokrzyskiego Nr 6098/22 z dnia 2 listopada 2022 r., oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli.

[Dowód: akta kontroli str. 7-14]

## 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:

W okresie objętym kontrolą podmiot leczniczy działał w oparciu o statut z dnia 20 listopada 2017 r. stanowiący załącznik do Uchwały Nr XXXVIII/544/17 Sejmiku Województwa Świętokrzyskiego z dnia 20.11.2017 r.<sup>5</sup>;

Zgodnie z § 4 ust. 1 Statutu podstawowym celem zakładu jest m.in.: *a) prowadzenie działalności leczniczej, polegającej na udzielaniu stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych, w tym świadczeń szpitalnych, innych niż szpitalne obejmujących pielęgnację i rehabilitację pacjentów niewymagających hospitalizacji oraz świadczeń ambulatoryjnych; b) prowadzenie w sposób ciągły badań podstawowych, przemysłowych lub eksperymentalnych prac rozwojowych oraz rozpowszechnianie ich wyników poprzez działalność dydaktyczną; c) publikację lub transfer wiedzy oraz tworzenie warunków dla rozwoju innowacyjnych metod badawczych w leczeniu pacjentów.*

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

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

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

<sup>5</sup> Dziennik Urzędowy Województwa Świętokrzyskiego 2017, poz. 3541.

Dla realizacji ww. celów zakład udziela świadczeń w rodzaju: a) badania i porady ambulatoryjne, b) leczenie pacjentów, c) pielęgnowanie chorych, d) badania diagnostyczne, w szczególności w zakresie markerów nowotworowych, hormonów i enzymów, mammografii., tomografii komputerowej, rtg, rezonansu magnetycznego oraz badań strukturalnych narządów wewnętrznych, e) rehabilitacji leczniczej, f) zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, g) terapii psychologicznej, h) opieki paliatywnej, i) działań profilaktycznych, edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia. Do podstawowych zadań zakładu należą m.in.: a) udzielanie indywidualnych, specjalistycznych świadczeń zdrowotnych; b) udzielanie opieki onkologicznej uzupełniającej świadczenia zdrowotne udzielane przez inne podmioty lecznicze; c) udział w realizacji zadań i programów zdrowotnych oraz prowadzenie działalności profilaktycznej oraz edukacji zdrowotnej. Zakład jest uprawniony m.in. do: organizowania i prowadzenia kształcenia oraz doskonalenia zawodowego pracowników, prowadzenia badań naukowych i prac badawczo – rozwojowych, a także do opracowywania danych epidemiologicznych z zakresu nowotworów złośliwych. ŚCO wykonuje działalność leczniczą za pomocą następujących zakładów: a) zakład stacjonarnych i całodobowych szpitalnych świadczeń zdrowotnych; b) zakład stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne; c) zakład ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych.

W okresie objętym kontrolą nie dokonywano zmian Statutu.

*[Dowód: akta kontroli str. 15-28]*

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

W oparciu o dokumenty źródłowe ustalono, że w okresie objętym kontrolą obowiązywały następujące teksty jednolite Regulaminu Organizacyjnego z dnia tj.: a) marzec 2018 r., pozytywnie zaopiniowany uchwałą nr 46/2017 Rady Społecznej w dniu 18.12.2017 r., b) maj 2021 r. pozytywnie zaopiniowany uchwałą nr 8/2021 RS z dnia 26.04.2021 r., c) lipiec 2021 r. pozytywnie zaopiniowany uchwałą nr 10/2021 RS z dnia 29.06.2021 r.; d) grudzień 2021 r. pozytywnie zaopiniowany uchwałą 12/2021 z dnia 16.11.2021 r. Kolejne wymienione teksty jednolite wprowadzono zarządzeniami wewnętrznymi Dyrektora podmiotu leczniczego odpowiednio nr: 11/2018 z dnia 20.03.2018 r., 12/2021 z dnia 10.05.2021 r., 21A/2021 z dnia 7.07.2021 r. oraz 32/2021 z dnia 17.12.2021 r.

*[Dowód: akta kontroli str. 29, patrz str. 120]*

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

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

L P	JEDNOSTKA/KOMÓRKA ORGANIZACYJNA	DATA ZAPRZESTANIA/ ZAWIESZENIA/ PRZEKSZTAŁCENIA/ ROZPOCZĘCIA FUNKCJONOWANIA	PRZYCZYNY ZAPRZESTANIA/ ZAWIESZENIA/PRZEKSZTAŁCENIA ROZPOCZĘCIA FUNKCJONOWANIA	OCENA I UWAGI KONTROLUJĄCYCH
<b>2020 ROK</b>				
1.	Filie i Ośrodki zamiejscowe w Sandomierzu, Włoszczowie, Końskich	02.07.2020 r.	Zakończenie działalności	<p>Poradnia Onkologiczna w Sandomierzu (lp. 138 rozpoczęcie działalności 1.01.2017 r.). Wykreślenie z rejestru podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą (zwanego dalej RPWDL) w dniu 29.06.2021 r., z naruszeniem art. 107 ust. u.d.l.</p> <p>Pozostałe komórki organizacyjne wykreślone z Regulaminu</p> <p>Podstawa prawna: Zarządzenie nr 13/2020 z dnia 02.07.2020 r., opinia Rady Społecznej nr 24/2020 z 04.06.2020 r.</p>
2	Filie i Ośrodki zamiejscowe w Busku – Zdroju i Opatowie	02.07.2020	Kontynuacja działalności	<p>Poradnia Onkologiczna w Opatowie - zgodnie z RPWDL rozpoczęła działalność w dniu 30.05.2020 r. – wprowadzenie do Regulaminu.</p> <p>Gabinet Onkologiczny - Punkt konsultacyjny w Busku – Zdroju - zgodnie z RPWDL rozpoczęła swoją działalność w dniu 1.01.2017 r. – wprowadzenie do Regulaminu</p> <p>Podstawa prawna: Zarządzenie nr 13/2020 z dnia 02.07.2020 r., opinia Rady</p>

L P	JEDNOSTKA/KOMÓRKA ORGANIZACYJNA	DATA ZAPRZESTANIA/ ZAWIESZENIA/ PRZEKSZTAŁCENIA/ ROZPOCZĘCIA FUNKCJONOWANIA	PRZYCZYNY ZAPRZESTANIA/ ZAWIESZENIA/PRZEKSZTAŁCENIA ROZPOCZĘCIA FUNKCJONOWANIA	OCENA I UWAGI KONTROLUJĄCYCH
				Społecznej nr 24/2020 z 04.06.2020 r.
<b>2021 ROK</b>				
1	Filie i Ośrodki zamiejscowe w Ostrowcu Świętokrzyskim, Pińczowie, Staszowie	10.05.2021 r.	Zakończenie działalności	<p>Poradnie Onkologiczne w: Ostrowcu Świętokrzyskim, Pińczowie, Staszowie, zgodnie z RPWDL zakończyły swoją działalność w dniu 29.06.2021 r., z naruszeniem art. 107 ust. u.d.l. – usunięcie z Regulaminu</p> <p>Podstawa Prawna: Zarządzenie nr 12/2021 z dnia 10.05.2021 r., opinia Rady Społecznej nr 8/2021 z dnia 26.04.2021 r.</p>
2	Poradnia Hematologii i Nowotworów Krwi, oraz Laboratorium Hodowli Komórkowych i Inżynierii Genetycznej	10.05.2021 r.	Uwidocznienie, funkcjonujących w strukturze Kliniki Hematologii, Transplantacji Szpiku i Immunologii Klinicznej, komórek organizacyjnych. Zmiany miały charakter organizacyjno - porządkujący, dotyczyły nazewnictwa i nie wiązały się z rozszerzeniem działalności czy rozpoczęciem działalności nowej komórki szpitala.	<p>Poradnia Hematologii i Nowotworów Krwi - zgodnie z RPWDL rozpoczęła swoją działalność w dniu 1.01.2004 r. – wpisanie do Regulaminu i schematu organizacyjnego.</p> <p>Laboratorium Hodowli Komórkowych i Inżynierii Genetycznej - <b>brak uwidocznienia komórki organizacyjnej w RPWDL oraz w schemacie organizacyjnym.</b></p> <p>Podstawa Prawna: Zarządzenie nr 12/2021 z dnia 10.05.2021 r., opinia Rady Społecznej nr 8/2021 z dnia 26.04.2021 r. - Zmiana porządkująca, bez zmian zakresu świadczeń.</p>
3	Mobilna Pracownia Badań	07.07.2021 r.	Uwidocznienie w strukturze szpitala komórki	Mobilna Pracownia Badań Diagnostycznych



L P	JEDNOSTKA/KOMÓRKA ORGANIZACYJNA	DATA ZAPRZESTANIA/ ZAWIESZENIA/ PRZEKSZTAŁCENIA/ ROZPOCZĘCIA FUNKCJONOWANIA	PRZYCZYNY ZAPRZESTANIA/ ZAWIESZENIA/PRZEKSZTAŁCENIA ROZPOCZĘCIA FUNKCJONOWANIA	OCENA I UWAGI KONTROLUJĄCYCH
	Diagnostycznych (Cytomammobus)		organizacyjnej.  Uwidocznienie w strukturze Zakładu Profilaktyki Onkologicznej	(Cytomammobus) - zgodnie z RPWDL rozpoczęła swoją działalność w dniu 15.11.2006 r. – wpisanie do Regulaminu  Podstawa Prawna: Zarządzenie nr 21A/2021 z dnia 07.07.2021 r., opinia Rady Społecznej nr 10/2021 z dnia 29.06.2021 r. - Zmiana porządkująca, bez zmian zakresu świadczeń.
4	Pracownia Urodynamiczna	07.07.2021 r.,	Uwidocznienie w strukturze Kliniki Urologii komórki organizacyjnej.	Pracownia Urodynamiczna - zgodnie z RPWDL rozpoczęła swoją działalność w dniu 10.07.2018 r. – wpisanie do Regulaminu.  Podstawa Prawna: Zarządzenie nr 21A/2021 z dnia 07.07.2021 r., w sprawie zmian w Regulaminie Organizacyjnym Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach Uchwała nr 10/2021 Rady Społecznej z dnia 29.06. 2021 r., w sprawie wyrażenia opinii dot. zmian w Regulaminie ŚCO.
5.	Gabinet Diagnostyczno – Zabiegowy Przychodni Onkologicznego  Gabinet Diagnostyczno - Zabiegowy Poradni Chirurgii Onkologicznej	17.12.2021 r.,	Uszczegółowienie Schematu Organizacyjnego poprzez uwidocznienie w strukturze organizacyjnej. Zmiany miały charakter organizacyjno - porządkujący, dotyczyły zmiany nazewnictwa i nie wiązały się z rozszerzeniem działalności czy	<b>Komórka organizacyjna nie uwidoczniła w RPWDL</b>  Komórka organizacyjna - zgodnie z RPWDL rozpoczęła swoją działalność w dniu 01.02.1991 r. – wpisanie do Regulaminu

L P	JEDNOSTKA/KOMÓRKA ORGANIZACYJNA	DATA ZAPRZESTANIA/ ZAWIESZENIA/ PRZEKSZTAŁCENIA/ ROZPOCZĘCIA FUNKCJONOWANIA	PRZYCZYNY ZAPRZESTANIA/ ZAWIESZENIA/PRZEKSZTAŁCENIA ROZPOCZĘCIA FUNKCJONOWANIA	OCENA I UWAGI KONTROLUJĄCYCH
	Gabinet Diagnostyczno - Zabiegowy Poradni Onkologicznej		rozpoczęciem działalności nowej komórki szpitala.	Komórka organizacyjna - zgodnie z RPWDL rozpoczęła swoją działalność w dniu 01.02.1991 r. – jak wyżej
	Gabinet Diagnostyczno - Zabiegowy Poradni Proktologicznej – Stomijnej			Komórka organizacyjna zgodnie z RPWDL rozpoczęła swoją działalność w dniu 01.01.1991 r. – jak wyżej
	Gabinet Diagnostyczno – Zabiegowy Poradni Otolaryngologii, Chirurgii Głowy i Szyi			Komórka organizacyjna - zgodnie z RPWDL rozpoczął swoją działalność w dniu 01.01.2000 r. – jak wyżej
	Gabinet Diagnostyczno - Zabiegowy Poradni Chirurgii Szcękowo- Twarzowej i Stomatologicznej			Komórka organizacyjna - zgodnie z RPWDL rozpoczęła swoją działalność w dniu 01.10.1996 r.- jak wyżej
	Gabinet Diagnostyczno - Zabiegowy Poradni Urologii			Komórka organizacyjna - zgodnie z RPWDL rozpoczęła swoją działalność w dniu 10.06.1995 r. – jak wyżej
	Gabinet Diagnostyczno - Zabiegowy Poradni Dermatologicznej			Komórka organizacyjna - zgodnie z RPWDL rozpoczęła swoją działalność w dniu 01.06.1998 r. – jak wyżej
	Gabinet Diagnostyczno - Zabiegowy Poradni Hematologii i Nowotworów Krwi			Komórka organizacyjna - zgodnie z RPWDL rozpoczęła swoją działalność w dniu 01.01.2004 r. – jak wyżej
	Gabinet Diagnostyczno - Zabiegowy Poradni Ginekologicznej			Komórka organizacyjna - zgodnie z RPWDL rozpoczęła swoją działalność w dniu 15.11.2006 r. – jak wyżej

L P	JEDNOSTKA/KOMÓRKA ORGANIZACYJNA	DATA ZAPRZESTANIA/ ZAWIESZENIA/ PRZEKSZTAŁCENIA/ ROZPOCZĘCIA FUNKCJONOWANIA	PRZYCZYNY ZAPRZESTANIA/ ZAWIESZENIA/PRZEKSZTAŁCENIA ROZPOCZĘCIA FUNKCJONOWANIA	OCENA I UWAGI KONTROLUJĄCYCH
	Gabinet Diagnostyczno - Zabiegowy Poradni Onkologicznej – Ginekologii Onkologicznej			Komórka organizacyjna - zgodnie z RPWDL rozpoczęła swoją działalność w dniu 01.06.2012 r. – jak wyżej
	Gabinet Diagnostyczno - Zabiegowy Poradni Radioterapii			Komórka organizacyjna - zgodnie z RPWDL rozpoczęła swoją działalność w dniu 03.11.1997 r. – jak wyżej
	Gabinet Diagnostyczno - Zabiegowy Poradni Chirurgii Klatki Piersiowej			Komórka organizacyjna – zgodnie z RPWDL rozpoczęła swoją działalność w dniu 05.06.2009 r. – jak wyżej
	Zakład Inżynierii Genetycznej			<p><b>Komórka organizacyjna nie uwidoczniła w RPWDL</b></p> <p>Podstawa prawna: Zarządzenie nr 32/2021 z dnia 17.12.2021 r., w sprawie zmian w Regulaminie Organizacyjnym ŚCO. Uchwała Rady Społecznej nr 12/2021 z dnia 16.11.2021 r.</p>

[Dowód: akta kontroli str. 30 - 116]

Uwzględniając powyższe ustalono, że:

- podmiot leczniczy zgodnie z Zarządzeniem nr 13/2020 z dnia 02.07.2020 r., wykreślił Filie i Ośrodek Zamiejscowy w Sandomierzu, natomiast zmiany w RPWDL nastąpiły dopiero w dniu 29.06.2021 r., tj. po terminie wynikającym z art. 107 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej. Na tą okoliczność Z-ca Dyrektora złożył wyjaśnienia o treści: (...) *W związku z wykreśleniem Filii i Ośrodka Zamiejscowego w Sandomierzu z uwagi na zakończenie działalności, poprzez Zarządzenie nr 13/2020 z dnia 02.07.2020 r., w sprawie zmian w Regulaminie Organizacyjnym ŚCO oraz Uchwały Rady Społecznej nr 24/2020 z 04.06.2020 r., wyjaśniam, że wykreślenie Filii w Sandomierzu z RPWDL nastąpiło 29.06.2021 r., zważywszy, że na terenie Rzeczypospolitej Polskiej trwał stan epidemii wirusa SARS-CoV2 (...).*

- Kontrolowany nie uwidoczniał w RPWDL oraz w załączniku nr 1 stanowiącym schemat organizacyjny ŚCO - Laboratorium Hodowli Komórkowych i Inżynierii Genetycznej. Z-ca Dyrektora ds. Finansowo – Administracyjnych wyjaśnił, że: *W związku z rozbieżnością polegającą na wykazaniu w regulaminie organizacyjnym Laboratorium Hodowli Komórkowych i Inżynierii Genetycznej a brakiem przedmiotowego laboratorium w księdze oraz brakiem w załączniku nr 1 do regulaminu, wskazuję że Laboratorium Hodowli Komórkowych i Inżynierii Genetycznej znajduje się w strukturze Banku Komórek Krwiotwórczych i wyszczególnienie go nie miało na celu rozszerzać działalności. Zmiana ta miała charakter porządkujący (...).*
- ŚCO nie wykazało w RPWDL:
  - Gabinetu Diagnostyczno - Zabiegowego Przychodni Onkologicznej. W tej kwestii Z-ca Dyrektora ds. Finansowo – Administracyjnych złożył wyjaśnienie w brzmieniu: (...) *w ramach Przychodni Onkologicznej funkcjonuje komórka: Gabinet Diagnostyczno – Zabiegowy Przychodni Onkologicznej (VII cz. k. r.: 110), wykonująca świadczenia diagnostyczno – zabiegowe u pacjentów wszystkich poradni, wchodzących w skład jednostki – Przychodnia Onkologiczna, które nie posiadają własnego, wyodrębnionego gabinetu. Rozbieżność występuje jedynie w nazewnictwie jako omyłka pisarska, ponieważ w RPWDL funkcjonuje zapis Gabinet Zabiegowy dla Przychodni. Zmiana nazwy zostanie dostosowana do zapisu Regulaminu podczas najbliższej aktualizacji księgi rejestrowej ŚCO w RPWDL.*
  - Zakładu Inżynierii Genetycznej. W związku z powyższym kontrolowany wyjaśnił: *W związku z podjętą uchwałą Rady Społecznej nr 12/2021 z dnia 16 listopada 2021 r., dokonano zmianę w Regulaminie (...) oraz w załącznikach nr 1 i 2 do Regulaminu Organizacyjnego polegającą na wprowadzeniu Zakładu Inżynierii Genetycznej. Jednocześnie wyjaśniam, że zmiana ta została zaktualizowana w księdze rejestrowej w RPWDL 9 maja 2022 r., z uwagi na obowiązującą na obszarze Rzeczypospolitej pandemię termin ten uległ przedłużeniu przekraczając okres objęty niniejszą kontrolą.*

*[Dowód: akta kontroli str. 117 – 119A]*

W regulaminach organizacyjnych ŚCO wprowadzonych zarządzeniami: nr 12/2021 z dnia 10.05.2021 r., nr 21A/2021 z dnia 07.07.2021 r. oraz 32/2021 z dnia 17.12.2021 r., w § 5 ust 6 części opisowej oraz w punkcie I, II, III załącznika nr 2 widnieją niezgodne z RPWDL i zapisami Statutu nazwy zakładów leczniczych tj.: Zakład stacjonarnych i całodobowych szpitalnych świadczeń zdrowotnych – Szpital, Zakład ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych – Poradnie oraz Zakład stacjonarnych i całodobowych świadczeń

zdrowotnych inne niż szpitalne – Paliacja. Z wyjaśnień Z-ca Dyrektora wynika, że: (...) *Poprawki zostały wprowadzone w Aneksie do Regulaminu Organizacyjnego z dnia 16 marca 2022 r., pozytywnie zaopiniowanym Uchwałą Rady Społecznej nr 14/2022 z dnia 7 czerwca 2022 r., oraz wprowadzonym zarządzeniem Dyrektora 19/2022.*

[Dowód: akta kontroli str. 120]

Kontrolujący przyjmują wyjaśnienia, niemniej wskazują, iż: a) struktura szpitala uwidoczniła w Regulaminie (w tym w schemacie organizacyjnym) winna być tożsama z księgą rejestrową prowadzoną przez Wojewodę Świętokrzyskiego; b) wszelkie zmiany w RPWDL należy dokonywać zgodnie z art. 107 ust. 1 u.d.l., w którym wskazano, iż: *Podmiot wykonujący działalność leczniczą, wpisany do rejestru jest obowiązany zgłaszać organowi prowadzącemu rejestr wszelkie zmiany danych objętych rejestrem w terminie 14 dni od dnia ich powstania.*

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

W oparciu o przedłożone do kontroli dokumenty uznano, iż nie wymagały one zastosowania zapisów § 16 ust. 3 obowiązującego Statutu Szpitala w zakresie uzgodnień z Zarządem WŚ (...) *spraw związanych z przekształceniem lub likwidacją, rozszerzeniem lub ograniczeniem działalności leczniczej.*

Regulamin sporządzony został w oparciu o art. 24 u.d.l. W ww. dokumencie w części ogólnej:

a) określono cele i zadania podmiotu leczniczego, b) wskazano zakłady za pomocą, których Szpital wykonuje działalność leczniczą. Określono pozostałe zadania Szpitala do których należą m.in.: a) przebieg procesu diagnostyczno – leczniczo - pielęgnacyjnego w komórkach działalności podstawowej, b) realizacja odpłatnej działalności leczniczej, m.in. za przechowywania zwłok, udostępnienie dokumentacji medycznej, cennik badań laboratoryjnych oraz cennik świadczeń zdrowotnych dla osób nieubezpieczonych i obcokrajowców.

Zespół kontrolny podczas analizy Regulaminu ŚCO stwierdził brak wymaganej informacji określonej w art. 24 ust 1 pkt 5 u.d.l., tj. brak wskazania wszystkich miejsc udzielania świadczeń zdrowotnych,<sup>6</sup> a w ślad za powyższym brak w treści ww. dokumentu, w części dedykowanej strukturze organizacyjnej szpitala, *Filii i Ośrodków Zamiejscowych*, adekwatnie do schematu organizacyjnego i RPWDL. Na tą okoliczność Z-ca Dyrektora ds. Finansowo –

---

<sup>6</sup> Brak informacji, że świadczenia będą udzielane w Busku – Zdroju i Opatowie.

Administracyjnych wyjaśnił, że: *Rozbieżności w zakresie Filii i Ośrodków Zamiejscowych, które istnieją w zapisach Regulaminu oraz RPWDL nie zostały na ten moment ujednolicone. Jednocześnie wyjaśniamy, że zostały podjęte działania, które mają na celu zweryfikowanie, które filie będą kontynuować działalność leczniczą. Wówczas dokonamy stosownej aktualizacji zapisów w Regulaminie oraz w RPWDL.*

*[Dowód: akta kontroli str. 121]*

Kontrolujący przyjmują wyjaśnienia niemniej stoją na stanowisku, że ustawodawca jasno określił w art. 24 ust 1 pkt 5 u.d.l. wymagania, co do treści regulaminu organizacyjnego podmiotu wykonującego działalność leczniczą. W związku z powyższym, zdaniem kontrolujących, w Regulaminie podmiotu leczniczego konieczne jest zamieszczanie informacji dot. wszystkich miejsc udzielania świadczeń zdrowotnych.

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

W ramach oceny zgodności zapisów Regulaminu z RPWDL, dokonano porównania treści ww. dokumentów w zakresie nazw: jednostek leczniczych wybranych drogą wyboru losowego prostego poniżej wskazanych oddziałów, poradni i pracowni:

- a) Dział Chirurgii Onkologicznej,
- b) Dział Endokrynologii,
- c) Poradnia Dermatologiczna,
- d) Poradnia Chorób Piersi,
- e) Pracownia USG,
- f) Pracownia RTG,

ustalając, że ujęte są tożsamo w Regulaminie (w tym schemacie organizacyjnym) oraz w RPWDL nr 000000014611 prowadzonym dla podmiotu leczniczego przez Wojewodę Świętokrzyskiego.

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

Pozytywna ocena dotyczy: a) zredagowania treści Regulaminu w oparciu o zapisy ustawy o działalności leczniczej; b) zgodności faktycznej struktury organizacyjnej podmiotu leczniczego na poziomie 6 kontrolowanych komórek organizacyjnych odpowiednio w Regulaminie i RPWDL; c) posiadania opinii Rady Społecznej dotyczących wprowadzanych zmian i tekstów jednolitych Regulaminu.

Stwierdzone uchybienia i nieprawidłowości dotyczyły: a) nieuwidocznienia we wprowadzanych tekstach jednolitych Regulaminu, w okresie objętym kontrolą, wszystkich miejsc udzielania świadczeń zdrowotnych przez ŚCO (filie zamiejscowe); b) rozbieżności w nazwach zakładów leczniczych za pomocą, których sp zoz wykonuje działalność leczniczą

uwidocznionych w Regulaminie i załączniku nr 2 pkt I,II,III, a Statutem i księgą rejestrową prowadzoną przez Wojewodę Świętokrzyskiego; c) rozbieżności w zapisach Regulaminu i schematu organizacyjnego, a RPWDL dotyczących komórek organizacyjnych poddanych ocenie w ramach czynności kontrolnych; d) wprowadzania zmian do RPWDL z naruszeniem art. 107 ust. 1 u.d.l.

### **C. Osoba odpowiedzialna**

Za stwierdzone uchybienia i nieprawidłowości odpowiedzialny jest:

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

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

### **A. Ustalenia faktyczne**

#### **2. Oznaczenie zagadnień poddanych ocenie**

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

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

#### **2.1. Stan zatrudnienia**

Zgodnie z przedłożonymi kontrolującym informacjami w:

- 2020 r. stan zatrudnienia w jednostce wynosił ogółem 1657 osób zatrudnionych na 1635,072 etatu. W 2021 r. łączna liczba zatrudnionych wzrosła do 1703 (wzrost o 46 osób) pracujących na 1676,937 etatu (wzrost o 41,865 etatu),
- liczba zatrudnionych pracowników pionu administracyjnego w 2020 r. wynosiła 81 osób (81 etatu). W 2021 r. w ww. grupie zawodowej liczba zatrudnionych wzrosła do 83 osób (wzrost o 2), pracujących łącznie na 82,5 etatu (wzrost o 1,5 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	229/215,347	lekarze	umowa o pracę	232/217,872
	umowa cywilnoprawna	4		umowa cywilnoprawna	6
	kontrakt medyczny	24		kontrakt medyczny	26
pielęgniarki	umowa o pracę	489/487,75	pielęgniarki	umowa o pracę	507/504,75
	umowa cywilnoprawna	0		umowa cywilnoprawna	0
	kontrakt medyczny	0		kontrakt medyczny	0

Z przedstawionych powyżej danych wynika, iż:

- wśród dwóch najliczniejszych grup zawodowych dominującą formą zatrudnienia jest umowa o pracę (w 2020 r. – 229 lekarzy i 489 pielęgniarek; w 2021 r.– 232 lekarzy i 507 pielęgniarek),
- wśród ogółu zatrudnionych w Szpitalu w 2020 – 2021:
  - lekarze stanowili – ok. 15,5 % zatrudnionych ogółem,
  - pielęgniarki/pielęgniarze stanowili ok. 29,5 % zatrudnionych ogółem,
  - pracownicy pionu administracyjnego stanowili ok. 4,9 % zatrudnionych.

[Dowód: akta kontroli str. 122]

W trakcie czynności kontrolnych sprawdzono kwalifikacje losowo wybranych osób, tj.: Kierownika Działu Endokrynologii i koordynującej pracę pielęgniarek w Klinice Chirurgii Onkologicznej, 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>7</sup> oraz aktualność szkoleń p.poż, bhp, dopuszczenia do stanowiska pracy (badania okresowe).

Według załącznika do ww. rozporządzenia: 1) ordynator (lekarz kierujący oddziałem) powinien posiadać tytuł zawodowy lekarza lub lekarza dentysty i tytuł specjalisty lub specjalisty II stopnia w dziedzinie medycyny zgodnej z profilem oddziału lub w dziedzinie pokrewnej i staż pracy 8 lat<sup>8</sup>; 2) pielęgniarka koordynująca i nadzorująca pracę innych pielęgniarek powinna posiadać m.in.: tytuł magistra na kierunku pielęgniarstwo oraz 1 rok stażu pracy w szpitalu<sup>9</sup>.

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

1) kierownik Kliniki Endokrynologii - spełnia wymogi określone w ww. rozporządzeniu tj. posiada dyplom: a) ukończenia Akademii Medycznej w Lublinie z dnia 6.12.1988 r., b) specjalisty II stopnia w zakresie chorób wewnętrznych (26.04.1995 r.); endokrynologii (2.04.1997 r.) oraz medycyny nuklearnej (14.04.2000 r.). Uzyskał stopień naukowy - dr hab. nauk medycznych w dyscyplinie medycyna (28.09.2016 r.) oraz prawo wykonywania zawodu lekarza nr 8773721 z dnia 13.06.2002 r. Pracuje w zawodzie powyżej 34 lat.

Ostatnie szkolenie: a) BHP i p.poż dla wyższej kadry medycznej z dnia 3.12.1997 r.; b) orzeczenie lekarskie o zdolności do wykonywania pracy nr 1136/2017 z dnia 4.09.2017 r. i kolejne nr 2199/2021 z dnia 4.08.2021 r. oraz orzeczenie lekarskie do celów sanitarno – epidemiologicznych nr 281/2021 z dnia 4.08.2021 r.

2) koordynator ds. pielęgniarstwa Kliniki Chirurgii Onkologicznej - spełnia wymogi określone ww. rozporządzeniu, tj. posiada m.in.: a) dyplom ukończenia Akademii Medycznej w Lublinie i tytuł magistra pielęgniarstwa (21.09.2000 r.); b) studia podyplomowe w zakresie zarządzania ochroną zdrowia (8.06.2001 r.) oraz prawo wykonywania zawodu pielęgniarki nr 1405044P z dnia 1.11.2007 r. Staż pracy w szpitalu – powyżej 36 lat.

Ostatnie szkolenie BHP i p.poż z dnia 17.01.2001 r.; orzeczenie lekarskie o zdolności do wykonywania pracy (...) nr 494/2018 z dnia 19.11.2018 r. (termin kolejnego badania 30.11.2020 r. – wykonane w dniu 14.03.2022 r. z uwagi na trwający stan epidemii).

---

<sup>7</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>8</sup> Pkt 5 załącznika do ww. rozporządzenia MZ z dn.20.07.2011 r.

<sup>9</sup> Pkt 26 załącznika do ww. rozporządzenia MZ z dn.20.07.2011 r.

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

Na podstawie informacji przekazanych przez kontrolowanego ustalono, iż w latach 2020-2021 liczba łóżek w szpitalu wyniosła 346 w działach/klinikach. Dodatkowo jednostka dysponowała 47 stanowiskami ośrodka chemioterapii dziennej oraz 2 stanowiskami zespołu dziennej opieki gastroenterologicznej.

W toku kontroli ustalono, że w ramach lecznictwa szpitalnego w okresie objętym kontrolą leczono 83 883 pacjentów, w tym: w 2020 r. – 42 005, w 2021 r. – 41 878. Oznacza to, iż liczba leczonych w 2021 r. wzrosła o 127 pacjentów. W ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (poradnie i działy) w latach 2020 - 2021 leczono 205 132 pacjentów, w tym w 2020 r. – 98 498<sup>10</sup>, a w 2021 r. 106 634<sup>11</sup> (wzrost liczby leczonych o 8 136). W okresie objętym kontrolą udzielono łącznie 493 345 porad, w tym: w 2020 r. – 235 370, w 2021 r. – 257 975 (wzrost o 22 605).

*[Dowód: akta kontroli str. 123]*

### **Dział Chirurgii Onkologicznej**

W strukturach jednostki kontrolowanej działła od 16.10.2000 r. i posiada 34 łóżka. Widnieje w RPWDL pod pozycją 001<sup>12</sup> z kodem 4540 nadanym zgodnie Rozporządzeniem Ministra Zdrowia<sup>13</sup>; miejsce udzielania świadczeń – ul. Prezydenta Stefana Artwińskiego 3, Kielce.

Głównym celem działalności ww. komórki organizacyjnej jest zapewnienie pacjentom wysokiego poziomu opieki lekarsko – pielęgniarskiej, diagnostyki, leczenia i profilaktyki w powiązaniu z realizacją zadań dydaktycznych i naukowo – badawczych. W oddziale pełniona jest całodobowa opieka lekarska i pielęgniarska we wszystkie dni tygodnia. Praca całego zespołu działu zmierza do odtworzenia lub kompensacji funkcji utraconych w wyniku choroby tak, aby pacjent mógł maksymalnie samodzielnie realizować swoje potrzeby życiowe. W okresie objętym kontrolą w ww. komórce leczono łącznie 4 600 pacjentów, w tym: w 2020 r. - 2 274 pacjentów (25 zakwalifikowanych jako pilny i 2 249 – jako stabilny), w 2021 r. - 2 326 (17 zakwalifikowanych jako pilny i 2 309 – jako stabilny). W 2021 r. nastąpił wzrost liczby leczonych o 52 osoby. W 2020 r. średni czas pobytu pacjenta

---

<sup>10</sup> Wraz z pacjentami ośrodka chemioterapii dziennej i stanowisk zespołu dziennej opieki gastroenterologicznej.

<sup>11</sup> Jak wyżej.

<sup>12</sup> Kod resortowy identyfikujący komórkę organizacyjną stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych.

<sup>13</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).

w oddziale wynosił 3,4 dnia, procentowe wykorzystanie i średnie obłożenie łóżek wyniosło – 62,6%. W 2021 r. średni czas pobytu pacjenta w oddziale zwiększył się o 0,2 dnia i wynosił 3,6 dnia, procentowe wykorzystanie łóżek i obłożenie wzrosło do 68,3%.

Zgodnie z informacją przekazaną przez Z-cę Dyrektora ds. Finansowo – Administracyjnych w latach 2020 -2021 w ww. komórce organizacyjnej zatrudnionych było łącznie 18 lekarzy w tym: ze specjalizacją odpowiednio w dziedzinie: chirurgia dziecięca-1, chirurgia ogólna – 4, chirurgia onkologiczna 13<sup>14</sup>. Łączna liczba etatów specjalistów wyniosła 16,042. W oddziale w 2020 r. zatrudnionych było 39 pielęgniarek na 39 etatów, w 2021 r. nastąpiło zwiększenie stanu zatrudnienia o 1 pielęgniarkę (dodatkowy 1 etat). W 2020 r. wśród zatrudnionych pielęgniarek: 13 posiadało specjalizację z pielęgniarstwa chirurgicznego, 3 z pielęgniarstwa onkologicznego. W 2021 r. nastąpił wzrost liczby specjalistek z zakresu pielęgniarstwa chirurgicznego (o 5).

### **Dział Endokrynologii**

W strukturach jednostki kontrolowanej działa od dnia 31.05.1999 r. i posiada 20 łóżek. Widnieje w RPWDL pod pozycją 007 z kodem 4030; miejsce udzielania świadczeń – ul. Prezydenta Stefana Artwińskiego 3, Kielce. W okresie objętym kontrolą w ww. komórce leczono łącznie 4 154 pacjentów, w tym: w 2020 r. – 1 906 pacjentów (8 zakwalifikowanych jako pilny i 1 898 – jako stabilny), w 2021 r. - 2 248 (12 zakwalifikowanych jako pilny i 2 236 – jako stabilny). Nastąpił wzrost liczby leczonych o 342.

Klinika Endokrynologii jest jednym z czterech ośrodków w Polsce oferującym chorym na raka tarczycy kompleksowe, interdyscyplinarne leczenie w oparciu o chirurgię i jodoterapię. Komórka prowadzi specjalistyczne terapie izotopowe z użyciem beta i alfa emiterów dedykowanych chorym z: nowotworami tarczycy, guzami neuroendogennymi, rakiem prostaty, przerzutami nowotworowymi do kości. Pacjentom, u których mimo zastosowania dostępnych metod leczenia (totalna operacja, leczenie uzupełniające jodem radioaktywnym) dochodzi do postępu choroby, stosowana jest terapia celowana z wykorzystaniem inhibitorów kinaz tyrozynowych, które blokują mechanizm namnażania się komórek nowotworowych.

W 2020 r. średni czas pobytu pacjenta w oddziale wynosił 2,4 dnia, procentowe wykorzystanie łóżek i średnie obłożenie łóżek wyniosło 61,7%. W 2021 r. średni czas pobytu pacjenta w oddziale zmniejszył się o 0,1 dnia i wynosił 2,3 dni, procentowe wykorzystanie łóżek i średnie obłożenie łóżek wzrosło do 71,2%.

---

<sup>14</sup> W 2021 r. 1 specjalista chirurgii ogólnej uzyskał tytuł specjalisty w zakresie chirurgii onkologicznej.

Zgodnie z informacją przekazaną przez kontrolowaną jednostkę w okresie objętym kontrolą w ww. komórce organizacyjnej zatrudnionych było łącznie: 17 lekarzy (10 specjalistów i 7 rezydentów), w tym ze specjalizacją odpowiednio w dziedzinie: endokrynologia - 8, medycyna nuklearna - 2. Łączna liczba etatów lekarzy wyniosła 15,5. W oddziale w latach 2020 – 2021 zatrudnionych było 21 pielęgniarek na 21 etatu. W 2020 r. wśród zatrudnionych pielęgniarek: 15 posiadało specjalizację z pielęgniarstwa onkologicznego, 2 z pielęgniarstwa zachowawczego. W 2021 r. 1 pielęgniarka uzyskała specjalizację w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii i 1 w zakresie opieki paliatywnej.

[Dowód: akta kontroli str.124 - 128]

W oparciu o powyższe informacje w zestawieniu z danymi z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22.11.2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego<sup>15</sup> kontrolujący ustalili, iż wykazany potencjał ludzki, tj. liczba, wymiar etatu, kwalifikacje personelu medycznego są zgodne z wymogami płatnika.

### **Poradnia Dermatologiczna**

W strukturach jednostki kontrolowanej działa od dnia 01.06.1998 r. Widnieje w RPWDL pod pozycją 020 z kodem 1200; miejsce udzielania świadczeń – ul. Prezydenta Stefana Artwińskiego 3, Kielce. Do zadań poradni należy m.in.: a) udzielanie świadczeń medycznych, diagnozowanie i leczenie chorób skóry; b) spersonalizowane planowanie i koordynowanie postępowania diagnostycznego; c) prowadzenie badań przedmiotowych pacjentów; d) wykonywanie zabiegów dermochirurgii: usuwanie zmian skórnych, elektrokoagulacja, kriochirurgia; e) przeprowadzanie diagnostycznych badań inwazyjnych, takich jak: biopsja, nakłucia diagnostyczne, pobieranie wycinków do badań.

W okresie objętym kontrolą w ww. komórce organizacyjnej leczono łącznie 3 330 pacjentów, w tym: w 2020 r. liczba leczonych wynosiła 1 502 zakwalifikowanych jako pacjent stabilny, a w 2021 r. - 1 828 (wzrost o 326), wszyscy zakwalifikowani jako pacjent stabilny.

W ramach ww. komórki organizacyjnej wykonano zarówno w 2020 r. jak i 2021 r. ok. 1 % wszystkich porad udzielonych w placówce.

Na podstawie przedłożonego zestawienia ustalono, że ww. komórka organizacyjna w latach 2020 - 2021 czynna była pięć dni w tygodniu, w tym: 4 dni przez 7 godz. dziennie i raz 5 godzin dziennie (łącznie 33 godz. tygodniowo). W ww. komórce organizacyjnej świadczenia zdrowotne realizuje 1 lekarz dermatolog oraz 1 pielęgniarka.

---

<sup>15</sup> Obwieszczenie z dnia 31 grudnia 2021 r - Dz.U.2021 r. poz. 290 z późn. zm. Oddziały spełniają warunki załącznika nr 3 pn. Warunki szczegółowe realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego - lp. 10, 18.

## **Poradnia Chorób Piersi**

W strukturach jednostki kontrolowanej działa od dnia 1.02.1991 r. Widnieje w RPWDL pod pozycją 021 z kodem 1458; miejsce udzielania świadczeń ul. Prezydenta Stefana Artwińskiego 3, Kielce.

W okresie objętym kontrolą w ww. komórce organizacyjnej leczono łącznie 9 272 osoby, w tym: w 2020 r. liczba leczonych wynosiła 4 558 zakwalifikowanych jako pacjent stabilny, a w 2021 r. – 4 714 (wzrost o 156), wszyscy zakwalifikowani jako pacjent stabilny.

Do podstawowych zadań ww. poradni należy m.in.: a) zapewnienie specjalistycznej opieki pacjentom po leczeniu szpitalnym, b) diagnozowanie i leczenie pacjentów w ramach szybkiej diagnostyki onkologicznej (zielona karta), c) udzielanie świadczeń zdrowotnych pacjentkom kierowanym z poradni chirurgii onkologicznej i lekarzy POZ, d) kontrola onkologiczna.

Na podstawie zestawienia podpisanego przez Z - ca Dyrektora ds. Finansowo – Administracyjnych ustalono, że ww. komórka organizacyjna w latach 2020 - 2021 czynna była pięć dni w tygodniu, w tym: 4 dni przez 7 godz. dziennie i raz 5 godzin dziennie (łącznie 33 godz. tygodniowo). Ww. komórka organizacyjna jest obsługiwana przez pracowników Kliniki Ginekologii Onkologicznej.

[Dowód: patrz akta kontroli str.129 -133]

Mając powyższe na uwadze ustalono, iż kontrolowane poradnie spełniają wymogi rozporządzenia MZ z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna<sup>16</sup>.

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

Z uwagi na fakt, iż harmonogram przyjęć<sup>17</sup>, 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>18</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>19</sup>, Z-ca Dyrektora ds. Finansowo – Administracyjnych przedstawił poniższe: *Pacjenci leczeni w ŚCO przyjmowani są w oparciu o przepisy ogólne,*

---

<sup>16</sup> Dz.U. 2013 poz. 1413 z późn. zm. Poradnia Dermatologiczna – poz. nr 20 i Poradnia Chorób Piersi – poz. nr 25 załącznika nr 1 do ww. rozporządzenia.

<sup>17</sup> Którego integralną częścią są listy oczekujących na świadczenie medyczne.

<sup>18</sup> T.j. Dz.U. 2021 poz. 1285 z późn. zm.

<sup>19</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) – Dz.U. 2022.1876.

*tj. ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z późn. zm. (art. 19-22), rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych, rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z późn. zm. (par. 13) oraz Zarządzeniami Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Dodatkowo przebieg procesu udzielania świadczeń określa rozdział VIII Regulaminu Organizacyjnego ŚCO (par. 129-132) oraz Procedura Przyjęcia Pacjenta Do Komórek Organizacyjnych ŚCO (PS-02-DP, wyd. 4).*

*Pacjent w ŚCO może zarejestrować się osobiście lub za pośrednictwem osoby trzeciej. Rejestracji dokonuje w punktach rejestracyjnych, nadzorowanych i organizowanych przez kierowników poszczególnych komórek organizacyjnych. Personel punktów rejestracyjnych odpowiedzialny jest za wprowadzanie danych pacjentów do systemu CliniNET, w celu prowadzenia kolejek oczekujących/harmonogramów przyjęć, zgodnie z zasadami określonymi w w/w przepisach.*

*Rejestracji do wszystkich komórek organizacyjnych ŚCO można dokonać w formie bezpośredniej (w punkcie rejestracyjnym), jak również telefonicznie. Dla części komórek organizacyjnych ŚCO wydzielono call-center, obsługujące obecnie 26 poradni ŚCO. Rejestracji telefonicznej do pozostałych komórek, w tym Pracowni TK, MR, scyntygrafii, PET-CT czy mammograficznej, można dokonać dzwoniąc pod odpowiedni numer podany do wiadomości publicznej, w tym do NFZ i na stronie [www.onkol.kielce.pl](http://www.onkol.kielce.pl) (zakładka DLA PACJENTA, gdzie znajdują się informacje dot. zasad rejestracji oraz dane kontaktowe do poszczególnych komórek organizacyjnych ŚCO).*

*Dane o kolejkach oczekujących na świadczenia/harmonogramach przyjęć wysyłane są do NFZ przez pracowników Działu Kontraktowania, Rozliczeń i Statystyki Medycznej ŚCO. Informacje do raportów generowane są na podstawie danych wprowadzonych przez osoby rejestrujące do systemu CliniNET jeden raz w tygodniu (zgodnie ze zgodą ŚwOW NFZ), a w okresie epidemii SARS-CoV-2, decyzją Ministra Zdrowia zostało zawieszona (Art. 7b ustawa z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, Dz. U. 2020 r. poz. 567).*

Na podstawie zestawień sporządzonych na potrzeby kontroli ustalono, że:

- 1) w Działach: Chirurgii Onkologicznej i Endokrynologii, w ramach hospitalizacji, w okresie objętym kontrolą pacjenci byli przyjmowani na bieżąco w dniu zgłoszenia,

2) w Poradniach: Dermatologicznej i Chorób Piersi w okresie objętym kontrolą nie odnotowano oczekujących na udzielenie świadczenia.

[Dowód: akta kontroli str.134-137]

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

W trakcie czynności kontrolnych zbadano działalność Zespołu ds. Oceny Przyjęć pod kątem przepisów, o których mowa w art. 21 u.s.o.z. Ustalono, że w okresie objętym kontrolą funkcjonowało, Zarządzenie wewnętrzne nr 32 Dyrektora ŚCO z dnia 28.12.2011 r. Ww. dokument określał trzyosobowy skład Zespołu Oceny Przyjęć<sup>20</sup> (zwany w dalszej części Zespołem) i jego zadania<sup>21</sup>. Kontroli poddano prawidłowość realizacji zadań Zespołu dokonując oględzin 24 przedłożonych do kontroli dokumentów pn. *Raport z oceny listy oczekujących na udzielenie świadczenia* (zwany dalej Raportem).

W oparciu o przedłożone materiały kontrolujący ustalili, że:

- a) Zespół zbierał się w każdym miesiącu 2020 r. i 2021 r., pomimo uchylenia z dniem 1 września 2020 r. (na mocy art. 4 pkt 8 ustawy z dnia 14 sierpnia 2020 r. *o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia (...)*<sup>22</sup>, art. 21 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej (...)*,
- b) każdorazowo sporządzano *Raporty z oceny list oczekujących na udzielenie świadczenia* i przedkładano je Dyrektorowi Szpitala;
- c) treść poszczególnych Raportów zawiera informację o dokonaniu przez Zespół analizy list oczekujących w zakresie: prawidłowości prowadzenia dokumentacji, czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia, zasadności i przyczyn zmian terminów udzielanych świadczeń. W każdym raporcie prezentowano szczegółową analizę przestrzegania ww. elementów w wybranych komórkach organizacyjnych Szpitala.

Jak poinformował Zastępca Dyrektora ds. Finansowo – Administracyjnych *W związku z uchynieniem art. 21 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. (...), który nakładał na świadczeniodawcę (szpital) obowiązek powołania zespołu oceny przyjęć, informujemy, że do chwili obecnej w Świętokrzyskim Centrum Onkologii w Kielcach formalnie istnieje zespół oceny przyjęć, wprowadzony zarządzeniem Dyrektora 32/2011, jednakże w związku z uchynieniem w/w artykułu zostaną podjęte kroki mające na celu zakończenie działalności zespołu oceny przyjęć w ŚCO.*

[Dowód: akta kontroli str.138 - 143]

---

<sup>20</sup> lekarz specjalista w specjalności zabiegowej, lekarz specjalista w specjalności niezabiegowej, naczelnia pielęgniarka

<sup>21</sup> Ocenę: prawidłowości prowadzenia dokumentacji, czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia, zasadności i przyczyn zmian terminów udzielania świadczeń.

<sup>22</sup> Dz.U. 2020 poz. 1493.

Uchylenie z dniem 1.09.2020 r. art. 21 u.ś.o.z., dotyczącego powoływania w szpitalach zespołów oceny przyjęć, oznacza, że szpitale nie mają obowiązku tworzenia ani dalszego utrzymywania powołanych wcześniej zespołów oceny. Jednakże nie ma też żadnych ograniczeń prawnych, dla których kierownik jednostki z uwagi na spełnianie innych wymogów np. akredytacyjnych, nie byłby władny utrzymać dalszej działalności zespołu w kierowanej przez siebie placówce. Kontrolujący przyjmują powyższe wyjaśnienie.

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

Przyjęcia pacjentów do ŚCO odbywają się w komórce organizacyjnej pn. Izba Przyjęć – Recepcja, która w RPWDL widnieje pod poz. 011; działa nieprzerwanie od 1.10.2000 r. – miejsce udzielania świadczeń – ul. Prezydenta Stefana Artwińskiego 3, Kielce. Zgodnie z oświadczeniem kontrolowanego ŚCO (...) *prowadzi przyjęcia w trybie planowym. Pacjenci są przyjmowani po przedstawieniu skierowania na leczenie szpitalne w ustalonym terminie. Jednocześnie wskazuję, że zdarzały się przypadki, w których pacjenci otrzymywali odmowy przyjęcia do szpitala ze względu na brak odpowiedniego skierowania lub zgłoszenia bez wskazanego terminu. (...)*. Na podstawie danych przekazanych w trakcie kontroli, w 2020 r. odnotowano łącznie 8 odmów, a w 2021 r. – 6.

[Dowód: akta kontroli str.144 - 146]

#### **2.5. Wykorzystanie sprzętu i aparatury medycznej**

W toku kontroli, w ramach dostępności do świadczeń, losowo wytypowano do oceny komórki organizacyjne funkcjonujące w strukturach ŚCO, tj.: Pracownię USG oraz Pracownię RTG, znajdujące się w strukturach Zakładu Diagnostyki Obrazowej (zwany dalej ZDO). W wyniku przeprowadzonych czynności kontrolnych ustalono, że:

**Pracownia USG** funkcjonuje w strukturach jednostki pn. Zakład Diagnostyki Obrazowej i działa od dnia 1.02.1992 r. Widnieje w RPWDL pod pozycją 064 z kodem 7210; miejsce udzielania świadczeń - ul. Prezydenta Stefana Artwińskiego 3, Kielce. Zgodnie ze zleceniami, w okresie objętym kontrolą, na wszystkich 10<sup>23</sup> aparatach USG, dla których miejscem użytkowania jest ZDO wykonano łącznie: 98 161 badań, 2020 r. – 44 865, a w 2021 r. – 53 296 (zwiększenie o 8 431 badań). Jak wyjaśnił kontrolowany: *W ŚCO nie dokonuje się podziału na aparaty w przypadku badań USG, dlatego wskazujemy liczbę wykonanych badań ogółem i liczbę aparatów USG użytkowanych w ZDO obsługujących zarówno Pracownię USG, Pracownię Mammograficzną, Pracownię Mammotoniczną oraz*

---

<sup>23</sup> W samej Pracowni USG – badania przeprowadza się na 6 aparatach.



w Zakładzie Patologii Nowotworów przy wykonywaniu biopsji cienkoigłowej przez radiologa wspólnie z patologiem.

Dalsze czynności kontrolne pozwoliły na ustalenie, iż w okresie objętym kontrolą Pracownia USG czynna była 5 dni w tygodniu, łącznie 38 godz. tygodniowo, w tym: 4 dni w tygodniu przez 7 godz. i 1 raz – 10 godzin.

**Pracownia RTG** funkcjonuje w strukturach jednostki pn. Zakład Diagnostyki Obrazowej, uwidoczniła w RPWDL z datą 1.01.1996 r. Widnieje pod pozycją 066 z kodem 7240; miejsce udzielania świadczeń - ul. Prezydenta Stefana Artwińskiego Kielce. W okresie objętym kontrolą na 3 aparatach wykonano łącznie 30 556 badań, tj. w 2020 r. – 12 892, a w 2021 r. – 17 664 (wzrost o 4 772). W okresie objętym kontrolą pracownia czynna była 5 dni w tygodniu, łącznie 65 godz. tygodniowo (13 godz. dziennie).

Pracę ww. pracowniach zabezpieczają pracownicy ZDO.

[Dowód: akta kontroli str. 147 - 150]

W trakcie czynności kontrolnych ustalono, że w ŚCO, w okresie objętym kontrolą, obowiązywała Procedura Nr: PS-08/TT (wyd. II/2) z dnia 24.07.2018 r. pn. *Procedura nadzór nad aparaturą i sprzętem medycznym w Świętokrzyskim Centrum Onkologii w Kielcach* (zwana dalej Procedurą). Dokument określa m.in.: 1) osoby odpowiedzialne za wdrożenie procedury i nadzór nad jej realizacją, 2) sposób postępowania w zakresie nadzoru nad aparaturą i sprzętem medycznym, w tym wadliwym – naprawa; 3) sposób postępowania z aparaturą i sprzętem medycznym w przypadku zawartej umowy serwisowej oraz braku umowy serwisowej z podmiotem zewnętrznym, 4) zasady zakupu, zmiany miejsca użytkowania, dzierżawy oraz likwidacji sprzętu i aparatury medycznej; 5) system szkoleń dotyczących sprzętu i aparatury medycznej; 5) zasady gromadzenia niezbędnych dokumentów aparatury i sprzętu medycznego. Z treści przedłożonej Procedury wynika, że pracownicy Zespołu Aparatury Medycznej (zwanego ZAM) odpowiedzialni są m. in. za: a) sporządzenie elektronicznego dokumentu pn. *Ewidencja i nadzór nad aparaturą i sprzętem medycznym*, b) odnotowywanie napraw, c) prowadzenie działań koordynujących między ŚCO, a jednostkami serwisowymi (zewnętrznymi), d) nadzór nad realizacją harmonogramu serwisowania i przeglądów, e) odnotowywanie odbytych szkoleń.

Biorąc powyższe pod uwagę Z-ca Dyrektora ds. Finansowo - Administracyjnych oświadczył, iż: *Świętokrzyskie Centrum Onkologii prowadzi ewidencję aparatury w formie elektronicznej tj. program MMewidencja. Nie ma harmonogramu w formie papierowej. Paszporty są prowadzone w formie elektronicznej (możliwość wydruku). (...) wszelkie obowiązujące przeglądy oraz naprawy wynikające z awarii w okresie 2020-2021 r. były wykonane*

w terminie zgodnie z harmonogramem i zaleceniami producenta, tj. aparaty USG i aparaty RTG co 12 miesięcy, z wyjątkiem aparatu RTG Sanialvision, co 6 miesięcy. Działania odnotowane były w kartach serwisowych/raportach.

[Dowód: akta kontroli patrz str.151 - 156]

Mając powyższe na uwadze oraz obowiązki kontrolowanego wynikające z art. 90 ust. 6-9 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych<sup>24</sup>, opierając się na przedłożonych do kontroli wydrukach, ocenie poddano raporty serwisowe/świadectwa sprawności potwierdzające wykonanie przeglądów technicznych w latach 2020 - 2021 sprzętu i aparatury medycznej wykorzystywanego w ww. komórkach organizacyjnych Szpitala, tj.: a) aparaty USG: Arietta S60, nr fabr. G3040547; Hitachi Aloka Alpha 6 ProSound, nr fabr. 204Q4521; Arietta V70A, nr fabr. 205T 4876; Arietta V70A, nr fabr. 205T 4875; Hitachi EUB6500HV nr fabr. KE12009707<sup>25</sup>; Arietta 65 nr.fabr. G3111673<sup>26</sup>; Resona 6 Mindray, nr fabr. VT7B000137; b) aparaty RTG: Bucky Diagnost FS nr fabr. 12000186; Practix 160 przyłóżkowe, nr fabr. P31007; Sanialvision G4, nr fabr. MP0000C83008.

Na podstawie przedłożonych dokumentów źródłowych ustalono, że w okresie objętym kontrolą przeglądy techniczne aparatów USG i RTG użytkowane w kontrolowanych pracowniach funkcjonujących w strukturze ZDO, przeprowadzono zgodnie z zaleceniami serwisanta i odnotowano w paszportach aparatów.

[Dowód: akta kontroli str. 157 - 165]

Metodą doboru losowego prostego Kontrolujący wytypowali dwa aparaty RTG: Bucky Diagnost FS i Practix 160, użytkowane w Pracowni RTG i poprosili o umowę serwisową ww. sprzętu. Ustalono, iż w okresie objętym kontrolą serwis i naprawy ww. aparatów RTG zapewniała firma Philips Polska Sp. z o.o., na podstawie dwóch umów:

- w 2020 r. - umowa nr 428/117/2017 z dnia 8.11.2017 r., obowiązująca od 8.11.2017 r. do 7.11.2020 r.,
- w 2021 r. - umowa nr 355/151/2020 z dnia 14.01.2021 r., obowiązująca od 14.01.2021 r. do 13.01.2024 r.

---

<sup>24</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.

<sup>25</sup> Wycofany z eksploatacji 15.06.2021 r.

<sup>26</sup> Wprowadzony do eksploatacji 27.05.2021 r.

Na potrzeby kontroli dokonano oceny realizowanej w 2021 r. umowy<sup>27</sup> serwisowej aparatów RTG Bucky Diagnost FS i Practix 160, ustalając, że umowę zawarto na okres 3 lat (począwszy od dnia 14.01.2021 r. do 13.01.2024 r.). Przedmiotem umowy jest zgodnie z § 3 (...) wykonanie wszystkich czynności związanych z serwisowaniem i naprawą uszkodzonego sprzętu wyłącznie przez autoryzowanych przedstawicieli serwisu (...). Przeglądy dokonywane są zgodnie z harmonogramem przeglądów ustalonych przez obie strony z uwzględnieniem zaleceń producenta i załącznikiem nr 2 do umowy. Maksymalną łączną wartość umowy określono w § 7 ust. 1 na 75 240,00 zł netto (81 250,20 zł brutto). Ustalono, że wynagrodzenie wypłacane będzie w ratach miesięcznych w wysokości 2 090,00 zł netto (2 257,20 zł brutto) przez okres 36 m-cy. Zgodnie z § 7 ust. od 2 do 7 (...) Okresem rozliczeniowym jest miesiąc kalendarzowy. Wynagrodzenie (...) płatne w ciągu 60 dni od daty wystawienia faktury VAT. (...) Koszty części zamiennych pokrywa Zamawiający (...), zapłata za części (...) na podstawie odrębnej faktury VAT (...). Podstawą wystawienia faktury VAT (...) protokoły odbioru usługi (karty pracy) podpisane przez upoważnionych pracowników stron umowy.

[Dowód: akta kontroli str.165A - 168]

Celem sprawdzenia terminowości regulowania zobowiązań z tytułu realizacji umowy nr 355/151/2020 z dnia 14.01.2021 r., wytypowano do kontroli (na podstawie doboru losowego prostego) 3 faktury VAT nr: 7271015948 z dnia 25.02.2021 r., 7271016375 z dnia 31.03.2021 r. oraz 7271016732 z dnia 29.04.2021 r.

[Dowód: akta kontroli str.169 -177]

Na podstawie przedstawionej do kontroli próby w zestawieniu z okazanymi przelewami bankowym<sup>28</sup>, ustalono że 100% wytypowanych do kontroli dokumentów księgowych zostało opłaconych po terminie określonym w umowie serwisowej.

W powyższej kwestii kontrolowany wyjaśnił, iż wydatki dokonywane były po terminie: *W związku z trudną sytuacją finansową Szpitala i brakiem środków na koncie bankowym (...). Jednocześnie poinformował, że (...) kontrahent Philips Polska Sp. z o.o. nie obciążył Świętokrzyskiego Centrum Onkologii odsetkami za zwłokę w regulowaniu zobowiązań.*

[Dowód: akta kontroli str. 178]

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>29</sup>.

<sup>27</sup> Wybranej metodą doboru losowego prostego.

<sup>28</sup> Daty dokonania przelewów zgodne z datami widocznymi na dokumentach księgowych na pieczęciach z adnotacją *zapłacono w dniu .....*, widniejących na pobranej do kontroli próbie faktur.

Na podstawie zestawienia sporządzonego przez Głównego Księgowego wiadomo, iż w 2021 r. w ramach umowy nr 355/151/2020 z dnia 14.01.2021 r. szpital wydatkował, 22 803,54 zł netto (24 627,82 zł brutto).

[Dowód: akta kontroli str.179]

## **2.6. Stopień realizacji umów z NFZ w poszczególnych zakresach**

Na podstawie *Zestawienia umów zawartych z NFZ (...)* ustalono, że w okresie objętym kontrolą przedmiotem kontraktowania były m.in.: a) leczenie szpitalne, w tym: rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym, oddziały szpitalne – hospitalizacje, teleradioterapia, brachyterapia, terapia izotopowa, ambulatoryjna opieka specjalistyczna-porady oraz badania tzw. kosztochłonne, chemioterapia, świadczenia odrębnie kontraktowane; b) ryczałt; c) gastroskopia – zespół opieki dziennej; d) programy zdrowotne (lekowe) oraz profilaktyczne programy zdrowotne; e) opieka paliatywna i hospicyjna; f) świadczenia psychiatryczne i psychologiczne dla dorosłych; g) rehabilitacja lecznicza wykonywana ambulatoryjnie; h) świadczenia związane ze stanem nadzwyczajnym, tj.: testy na obecność wirusa SARS-CoV – 2, testy antygenowe na obecność wirusa SARS-CoV-2, ryczałt za gotowość do udzielania świadczeń w reżimie sanitarnym, szczepienia przeciw grypie.

W oparciu o ww. dokument, ustalono, że w:

1. 2020 r.: a) wartość umów wraz z aneksami i ryczałtem PSZ wynosiła – 314 210 870,00 zł  
b) łączna realizacja kontraktu – 293 748 723,00 zł; c) wartość świadczeń niezrefundowanych – 0,00 zł;
2. 2021 r.: a) wartość umów wraz z aneksami i ryczałtem PSZ wynosiła – 334 510 093,00 zł;  
b) łączna realizacja kontraktu – 323 626 109,00 zł, c) wartość niezrefundowanych – 0,00 zł.

Powyższe dane wskazują, że w okresie objętym kontrolą jednostka nie wykonała kontraktu. Zastępca Dyrektora ds. Finansowo – Administracyjnych wskazał, iż: *W 2020 kontrolowane oddziały nie wykonały planowanego ryczałtu PSZ w wysokości 17%. (...) W 2021 r. kontrolowane oddziały nie wykonały planowanego ryczałtu PSZ w 8%. Wpływ na to miała pandemia COVID-19, która spowodowała ograniczenia w funkcjonowaniu naszego szpitala oraz mniejszą liczbę pacjentów zgłaszających się do ŚCO. (...) W okresie kwiecień – lipiec 2020 r. wprowadzony został przez NFZ system finansowania 1/12 wartości zawartych umów. Oznaczało to wypłaty placówce części środków w ramach umów, pomimo niewykonania lub częściowego wykonania świadczeń. Dodatkowo wyjaśniono, że: (...) w roku 2021*

---

<sup>29</sup> Tj. Dz. U. 2021, poz. 305 z późn. zm.

*Świętokrzyskie Centrum Onkologii zostało zobowiązane (przez ŚwOW NFZ) do spłaty całkowitej kwoty środków pobranych w okresie III-VIII 2020 r. w formie 1/12 rocznej wartości kontraktu, bez uwzględnienia poziomu faktycznego wykonania. Termin spłaty pobranych środków z tytułu 1/12 został ustalony na 31.12.2021 r. Łączna kwota do spłaty wyniosła 13 511 217,41 zł, z czego kwota 11 633 541,44 zł została spłacona w formie obniżenia wartości wykonania świadczeń za 2021 r. (nie możliwe było rozliczenie tych świadczeń w ramach umowy na 2021 r. – w systemie informatycznym NFZ świadczenia te zostały oznaczone jako „zapłacone”), a pozostała kwota – jako faktury korygujące (zwrot środków).*

*[Dowód: patrz akta kontroli str. 180 - 182]*

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

Kontrolowany oświadczył, że: (...) *Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach zapewnia dostęp do świadczeń poza kolejnością osobom uprawnionym zgodnie z art. 47 c Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r., o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.* W związku z powyższym kontrolujący dokonali oględzin Izby Przyjęć – recepcja oraz tablicy informacyjnej w holu głównym (zbiorcze informacje dla pacjentów o różnej tematyce), stwierdzając, iż w każdym z ww. miejsc widoczna była, identyczna w swej treści, informacja dotycząca szczególnych uprawnień do korzystania ze świadczeń poza kolejnością.

*[Dowód: akta kontroli str. 183 - 187]*

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

Według informacji pisemnej uzyskanej od Pełnomocnika Dyrektora ds. Zintegrowanego Systemu Zarządzania Jakością (zwany dalej Pełnomocnikiem) oraz dokumentów źródłowych ustalono, że system oceny satysfakcji pacjentów dotyczący realizowanych usług, jest monitorowany w oparciu o schemat postępowania zawarty w Planie Przebiegu Procesu nr 6/ŚCO *Proces badania percepcji ŚCO przez pacjenta* (wydanie II/1 z 1.02.2010 r.). Ww. dokument określa: cel procesu, działania bezpośrednio inicjujące poszczególne jego etapy, schemat przebiegu procesu, osoby odpowiedzialne za jego wykonanie, dokumenty/pliki jakie powinny zostać wygenerowane w związku z jego realizacją.

Według dalszej części informacji przekazanej przez Pełnomocnika (...) *Badanie poziomu zadowolenia pacjentów Podmiotu Leczniczego dokonywane jest w obszarach:*

- *ośrodków leczenia stacjonarnego,*
- *poradni specjalistycznych,*

- Zakładu Rehabilitacji,
- Działu Diagnostyki i Terapii Gastroenterologicznej,
- Punktu Zaopatrzenia Ortopedycznego Zakładu Rehabilitacji<sup>30</sup>. (...).

Ocenie poddano roczne zestawienia danych z ośrodka leczenia stacjonarnego<sup>31</sup> za lata 2020 – 2021 pod nazwą: *Badanie percepcji Świętokrzyskiego Centrum Onkologii przez pacjentów od 01.03.2021 r. do 28.02.2022 r.*<sup>32</sup> (zwane dalej badaniem). Analiza danych zawartych w ww. dokumentach pozwoliła na ustalenie, że:

- a) badanie przeprowadzono na podstawie 714 ankiet<sup>33</sup>;
- b) najliczniejszą grupą wśród ankietowanych stanowili pacjenci przebywający w Szpitalu od 3 do 7 dni;
- c) największą liczbę ankiet wypełnili i zwrócili pacjenci Kliniki: Urologii (54%) oraz Hematologii i Transplantologii Szpiku (17,5%),
- d) najmniejszą liczbę ankiet wypełnili i zwrócili pacjenci Kliniki: Onkologii Klinicznej, Radioterapii, Ginekologii oraz Działu Medycyny Paliatywnej.

Oceniano m.in.:

- a) czas oczekiwania na przyjęcie do Szpitala. Według treści dokumentu 63% ankietowanych stwierdziło, iż czas przyjęcia do Szpitala wynosił poniżej 1 godziny. *Jest to spadek odsetka badanych w tej kategorii odpowiedzi o 6 % (z 69 do 63 %). Natomiast czas oczekiwania powyżej 3 godzin wskazało 32 osoby – 5 % - stanowi to wzrost o 1% w stosunku do ubiegłorocznego badania (...).*
- b) żywienie pacjentów podczas pobytu w Szpitalu – 51 % badanych oceniło żywienie w szpitalu jako „bardzo dobre”(wzrost o 11% w stosunku do 2020 r.), 47 % jako „dobre”, 2 % pacjentów określiło go jako „złe”; żaden jako „bardzo złe”.
- c) życzliwość personelu lekarskiego (...) pacjenci na poziomie 98 % wskazywali odpowiedzi „bardzo życzliwy” i „życzliwy”. W badaniu wskazano, że: (...) *tak wysokie oceny poziomu życzliwości utrzymują się od roku 2009.*
- d) ocena procesu diagnostyki i leczenia, w tym:
  - kontakt z lekarzem – odpowiedź „na każde żądanie” wskazało 49% badanych (spadek o 7% w stosunku do badania z 2020 r.), przy czym odnotowano również spadek odpowiedzi dotyczących rzadkiego kontaktu z lekarzem. (...) *60 osób wskazało, że lekarz*

<sup>30</sup> W okresie objętym kontrolą z ww. obszaru – brak zwrotu ankiet.

<sup>31</sup> Największy obszar badań.

<sup>32</sup> Gdy mowa o roku 2020 – dotyczy badania za okres 01.03.2020-28.02.2021 ; gdy mowa o roku 2021 – dotyczy badania za okres 01.03.2021 – 28.02.2022.

<sup>33</sup> Stanowiło to wzrost zwróconych ankiet o 35% w stosunku do badania z 2020 roku.

kontaktuje się z nimi 1 raz dziennie lub rzadziej, co stanowiło 8% otrzymanych odpowiedzi (spadek o 4 % w stosunku do roku 2020);

- 97 % ankietowanych potwierdziło, iż (...) otrzymało informacje dotyczące przebiegu choroby (wzrost o 1 % w stosunku do 2020 r.), a 2 % ankietowanych uważało, że nie uzyskało informacji na ten temat (spadek o 2 % w tej kategorii odpowiedzi w stosunku do 2020 r.);
- 94 % ankietowanych uznało, że wyjaśniono im na czym będą polegać badania diagnostyczne, którym zostaną poddani (wzrost o 1 % w stosunku do 2020 r.), a 3 % uznała, iż nie zostali zaznajomieni ze specyfiką badań (ten sam poziom co w roku poprzednim);
- 96 % badanych uznało, iż wyjaśniono im na czym będą polegać zabiegi, którym zostaną poddani (spadek o 2 % w stosunku do 2020 r.);
- 85 % ankietowanych stwierdziło, że zostało poinformowanych o skutkach ubocznych leków (spadek o 3% w stosunku do 2020 r.), 8 % uznało, że ich to nie dotyczy, a 7 % odpowiedziało, że nie uzyskało takiej informacji.

e) warunki sanitarne i bytowe – dla 93 % ankietowanych liczba chorych na salach jest odpowiednia; 61 % pacjentów oceniło wyposażenie jako bardzo dobre (wzrost o 3 % w stosunku do 2020 r.) Oceny pozytywne w kategorii czystości były bardzo wysokie - 67% ankietowanych uznała je za *bardzo czyste*, a 33 % za *czyste*, podobnie jak i oceny czystości łazienek, gdzie 63 % wskazało odpowiedź *bardzo czyste*, a 37 % *czyste*.

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

[Dowód: patrz akta kontroli str. 188 - 195]

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

Według zestawienia sporządzonego przez kontrolowaną jednostkę, w latach 2020-2021, podmiot leczniczy przeprowadził na realizację świadczeń zdrowotnych łącznie 9 postępowań w oparciu o art. 26 u.d.l. I tak: 1) w 2020 r. przeprowadzono 5 postępowań, w tym: a) w trybie konkursu ofert przeprowadzono 3 postępowania: 2 na realizację świadczeń zdrowotnych przez personel medyczny; 1 postępowanie na realizację świadczeń zdrowotnych z podmiotami leczniczymi; b) 2 w trybie pozakonkursowym na realizację świadczeń zdrowotnych przez personel medyczny; 2) w 2021 r. przeprowadzono 4 postępowania,

w tym: trybie konkursowym przeprowadzono 3 postępowania na udzielenie świadczeń przez personel medyczny; b) 1 w trybie pozakonkursowym w ww. zakresie.

W efekcie ww. działań zawarto łącznie 22 umowy, z tym:

1) w roku 2020 r. szpital podpisał:

- 11 umów w trybie konkursowym, w tym: 10 na realizację świadczeń zdrowotnych przez personel medyczny, 1 na realizację świadczeń zdrowotnych z podmiotami zewnętrznymi z wyłączeniem personelu medycznego,
- 2 umowy bez przeprowadzenia konkursu na realizację świadczeń zdrowotnych przez personel medyczny;

2) w roku 2021 r. podpisano:

- 8 umów w trybie konkursowym na realizację świadczeń zdrowotnych przez personel medyczny;
- 1 umowę bez przeprowadzenia konkursu na realizację świadczeń zdrowotnych w ww. zakresie.

[Dowód: akta kontroli str. 196]

Szczegółowym badaniem objęto postępowanie na udzielanie świadczeń zdrowotnych na *implantację i usuwanie podskórnych systemów dostępu żylnego (portów naczyniowych) oraz konsultacje pacjentów z dysfunkcją podskórnych systemów dostępu żylnego (portów naczyniowych) z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii przez lekarzy w Dziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach (kod CPV: 851 211 00-4 Ogólne usługi lekarskie)* – zwany dalej Konkursem.

Na podstawie dokumentów źródłowych, tj.:

- Regulaminu *przeprowadzania konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Świętokrzyskim Centrum Onkologii SPZOZ w Kielcach*<sup>34</sup> (zwany dalej Regulaminem),
- szacunkowej wartości zamówienia, sporządzonej w dniu 10.11.2020 r.,
- decyzji Dyrektora ŚCO z dnia 11.12.2020 r. w sprawie powołania Komisji Konkursowej do przeprowadzenia ww. konkursu ofert,
- ogłoszenia o konkursie ofert upublicznionego przez szpital na stronie internetowej i tablicy ogłoszeń w dniu 11.12.2020 r.,
- Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert (zwanym dalej SWKO), zawierających m.in.: warunki wymagane od oferenta, kryteria oceny ofert, sposób przyznawania punktacji

---

<sup>34</sup> Wprowadzony Zarządzeniem nr 21/2020 Dyrektora ŚCO z dniem 8 października 2020 r.



w każdym z nich, tryb i zakres pracy komisji, informacje dotyczące rozstrzygnięcia konkursu i przysługujące oferentom środki odwoławcze, itp.;

- protokołu z otwarcia ofert (część jawna) z dnia 17.12.2020 r. godz. 10.30, z którego wiadomo m.in.: iż do upływu terminu składania ofert do szpitala wpłynęło 5 ofert,
- protokołu z otwarcia ofert (część niejawna) z dnia 17.12.2020 r. godz. 11.30, w którym m.in.: 100% ofert uznano za spełniające warunki określone w SWKO, odnotowano, iż żaden z oferentów nie złożył oferty na konsultacje pacjentów z dysfunkcją podskórnych systemów dostępu żylnego (portów naczyniowych),
- zestawienia ofert, w którym uwidoczniono punkty<sup>35</sup> przyznane poszczególnym oferentom w każdym z 5 kryteriów i łącznie uzyskaną punktację,
- ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania konkursowego w trybie konkursu ofert z dnia 21.12.2020 r., z którego wiadomo, iż do udzielenia świadczeń w ww. konkursie zostali wybrani wszyscy oferenci biorący udział w postępowaniu,

ustalono, że postępowanie konkursowe przeprowadzono w oparciu o art. 26 u.d.l. oraz *Regulamin przeprowadzania konkursu ofert (...)*.

[Dowód: akta kontroli str. 197 - 246]

Drogą wyboru losowego prostego, kontrolujący ocenili ofertę złożoną przez lek. med. I. Marczewskiego prowadzącego Indywidualną Specjalistyczną Praktykę Lekarską Ireneusz Marczewski z/s w Skarżysku – Kamiennej, ocenioną na 100 pkt<sup>36</sup>, ustalając, iż została złożona w terminie<sup>37</sup> i spełnia wymogi określone w SWKO<sup>38</sup>.

W wyniku badania przedłożonych do kontroli dokumentów z ww. konkursu, kontrolujący wskazują, że:

#### **1. w SWKO wadliwie ustalono sposób:**

a) obliczania punktów w kryterium cena:

Kontrolowany wskazał, że (...) *Oceniając cenę w ofercie każdego z oferentów Udzielający Zamówienia ustalił na początku najniższą oferowaną cenę spośród ważnych ofert poprzez zsumowanie dwóch najniższych cen spośród ważnej oferty (w przypadku w/w konkursu wynosiła ona  $650+450=1\ 100$ ). Ceną badanej oferty była suma dwóch cen zaproponowanych przez tego oferenta (łącznie jako cena badanej oferty). W niniejszym postępowaniu konkursowym w każdej z ofert ceny zaproponowane (ceny badanych ofert) wynosiły 650 zł*

<sup>35</sup> Każda z 5 ofert została oceniona łącznie na 100 pkt.

<sup>36</sup> Cena - 60 pkt, jakość 10 pkt, kompleksowość -10 pkt, dostępność -10, ciągłość - 10 pkt.

<sup>37</sup> 17.12.2020 r. godz. 8.40 – zarejestrowano wpływ 5 ofert.

<sup>38</sup> Komisja oceniając ww. ofertę wzięła pod uwagę złożone w części jawnej oświadczenie o doświadczeniu zawodowym powyżej 5 lat oraz udzieleniu świadczeń medycznych na sprzęcie użyczonym przez Udzielającego Zamówienie.

*i 450 zł łącznie 1 100 zł. Udzielający obliczył liczbę punktów według wzoru wskazanego w SWKO, dzieląc najniższą oferowaną cenę spośród ważnych ofert poprzez cenę badanej oferty, tj.  $A=1100/1100 \times 60\% \times 100$ . Wynikiem wskazanego działania w każdej badanej ofercie było otrzymanie przez Oferentów maksymalnej liczby 60 punktów. Kryterium ceny zostało dobrane prawidłowo, jednakże sposób obliczania ceny został nietrafnie dobrany. Jednakże wskazuję, że kryterium to nie miało wpływu na wybór ofert, ponieważ Oferenci przedstawili takie same ceny oraz takie same warunki w pozostałych kryteriach.*

*[Dowód: akta kontroli str. 247]*

Kontrolujący wskazują, iż przyjęty i opisany powyżej sposób przyznawania punktów w kryterium ceny jest możliwy tylko w określonym przypadku, tj. takim, gdzie wszyscy oferenci zadeklarowali chęć realizacji zadania na ten sam rodzaj świadczeń zdrowotnych. W ocenianym konkursie 5 oferentów zadeklarowało realizację dwóch świadczeń w zakresie: implantacji i usunięcia portów naczyniowych (odpowiednio: 650,00 zł i 450,00 zł), co potwierdzono w trakcie prowadzonych czynności kontrolnych. Zdaniem kontrolujących, w przypadku złożenia oferty na 3 rodzaje świadczeń, tj.: implantację portów, usunięcie portów oraz na konsultacje wadliwych portów, przyjęty sposób obliczania ceny byłby wadliwy. Doszłoby bowiem do sytuacji, w której ofercie na 3 rodzaje świadczeń w kryterium ceny, przyznano by niższą punktację, niż ofertom, w których oferowano jedynie implantację i usunięcie portów. Dla przykładu: implantacja portu – 650,00 zł, usunięcie portu – 450,00 zł, konsultacje - 100,00 zł. Zsumowana cena oferty – 1 200,00 zł., cena najniższej złożonej oferty - 1 100,00 zł. Zgodnie ze wzorem: *najniższa oferowana cena spośród ważnych ofert/cena badanej oferty x 60% x 100* - przyznana ofercie (na 3 świadczenia), punktacja w kryterium ceny wynosiłaby **55 pkt.** Zdaniem kontrolujących sposób obliczania ww. kryterium powinien uwzględniać osobno cenę każdego produktu, czyli implantacji, usunięcia portów i konsultacji. Przy założeniu, że za kryterium *cena* można osiągnąć łącznie, maksymalnie 60 pkt., w każdym odrębnie ocenianym świadczeniu, maksymalna punktacja powinna wynosić 20 punktów.

b) punktacji w kryterium ciągłość zamówienia:

Kontrolowany wskazał: (...) *Oceniając ciągłość Udzielający Zamówienia przyznaje punkty za okres trwania umowy Przyjmującego Zamówienie. Za deklarowany okres trwania umowy mniej niż 3 lata Udzielający Zamówienie przyznaje 5 pkt, za okres trwania umowy 3 lata przyznaje 10 pkt. Kryterium to było nietrafnie ustalone przez Udzielającego Zamówienie, ponieważ w ogłoszeniu o konkursie ofert Udzielający Zamówienie wskazał określony czas trwania umowy, tj. od 1.01.2021 r., do 31.12.2023 r. Jednakże wskazuję, że kryterium to nie*

*mialo wpływu na wybór ofert, ponieważ Oferenci zadeklarowali podpisanie umowy na okres wskazany w ogłoszeniu i przedstawili takie same warunki w pozostałych kryteriach.*

*[Dowód: akta kontroli str. 248]*

Przeprowadzone czynności kontrolne pozwoliły na potwierdzenie, iż każdy z 5 oferentów zadeklarował w formularzu ofertowym podpisanie umowy od 1.01.2021 r. do 31.12.2023 r. i uzyskał w tym kryterium 10 pkt. Jednakże wskazują, że przyznawanie punktów w zależności od deklarowanego czasu realizacji świadczeń będących przedmiotem konkursu jest właściwe w przypadku, gdy ogłaszający konkurs wskaże w ogłoszeniu i SWKO, że umowa zawarta będzie np. *od 1.01.2021 r. maksymalnie na okres 3 lat lub 36 miesięcy.* W ogłoszeniu z dnia 11.12.2020 r. oraz SWKO szpital wyznaczył sztywne ramy obowiązywania umowy, tj.: od dnia 1.01.2021 r. do 31.12.2023 r.

**2. Wskazane w SWKO poniższe kryteria nie znalazły odzwierciedlenia w pytaniach formularza ofertowego i dokumentach składanych wraz z ofertą:**

a) dostępność, gdzie liczba przyznanych punktów zależała od składanego w ofertach: (...) *zobowiązania Przyjmującego Zamówienie do realizacji przedmiotu zamówienia wg harmonogramu ustalonego przez strony (10 pkt) i harmonogramu zaproponowanego przez Oferenta wskazanych przez niego terminach (5 pkt).* W związku z powyższym kontrolujący poprosili o wskazanie dokumentu dedykowanego ww. kryterium, otrzymując wyjaśnienie w brzmieniu: (...) *oceniając dostępność Udzielający Zamówienie brał pod uwagę punkt 13 formularza oferty dotyczący czasu udzielania świadczeń przez Oferenta, w którym oferenci wskazali, że czas udzielenia świadczeń będzie ustalony według harmonogramu ustalonego wspólnie przez obie strony. W związku z powyższym oceniając dostępność Udzielający Zamówienie przyznał maksymalną liczbę 10 punktów za zobowiązanie się Przyjmującego Zamówienie do realizacji przedmiotu zamówienia według harmonogramu ustalonego przez strony.*

*[Dowód: akta kontroli: str. 249]*

Kontrolujący stoją na stanowisku, że literalne brzmienie pkt 13 oferty: *Czas udzielania świadczeń przez oferenta (w przypadku, gdy oferent jest zatrudniony na umowę o pracę, deklarowany przez niego czas udzielania świadczeń w ramach umowy cywilnej nie może obejmować godzin świadczenia pracy określonych w umowie o pracę),* nie wskazuje, iż jest to miejsce na określenie, w jaki sposób tworzony będzie harmonogram udzielania świadczeń. Faktem jest, że dokumenty źródłowe potwierdzają, iż każdy z oferentów w tym pkt odniósł się do harmonogramu, czyli kryterium opisanego w SWKO, co pozwoliło komisji przyznać punkty w ww. kryterium, w każdej z 5 ofert. Tym samym jednak żaden z oferentów nie

odpowiedział wprost na wskazane w pkt 13 pytanie. Ponadto, kontrolujący wskazują na zapis wzoru umowy udostępnionej oferentom, gdzie w § 1 ust. 1 lit a. wskazano, iż (...) *Przyjmujący Zamówienie zapewnia udzielanie świadczeń zdrowotnych odpowiednio do swoich kwalifikacji w Dziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii (...) w dni robocze (...) od godz. 8.00 do 15.00, a za zgodą przyjmującego zamówienie, także do godz. 20.00.* (patrz akta kontroli str. 232). W ocenie kontrolujących przytoczony zapis umowy czyni ww. pytanie bezzasadnym. Każdy z oferentów miał wiedzę, że w przypadku wyboru jego oferty świadczenia realizować będzie 35 godzin tygodniowo w określonym przedziale czasu lub za zgodą zainteresowanego, w większym wymiarze godzinowym.

b) jakość i kompleksowość, gdzie oceniano m.in. doświadczenie zawodowe:

Kontrolujący stwierdzili, że w dokumentach wymaganych od oferentów brak informacji w tym zakresie. Jednocześnie ustalono, że komisja konkursowa w protokole (część jawna) odebrała od oferentów ustne oświadczenia, że posiadają doświadczenie zawodowe powyżej 5 lat, tj. uzyskała informacje niezbędne do przydzielenia punktów w ww. kryterium. Zgodnie z oświadczeniem złożonym przez Z-cę Dyrektora ds. Finansowo-Administracyjnych (...) *podczas otwarcia ofert (w części jawnej) byli obecni wszyscy oferenci. Na pytanie komisji konkursowej w zakresie posiadanego doświadczenia zawodowego każdy z oferentów udzielił odpowiedzi, że posiada doświadczenie zawodowe powyżej 5 lat, z uwagi na dotychczasowe zatrudnienie w Świętokrzyskim Centrum Onkologii.*

*[Dowód: akta kontroli str. 250]*

Kontrolujący stoją na stanowisku, iż informacje niezbędne do oceny złożonych ofert, w poszczególnych kryteriach wskazanych w SWKO, powinny być zawarte w złożonych ofertach, tj. w samym formularzu ofertowym lub wymaganych w danym postępowaniu oświadczeniach składanych wraz z ofertą. Posiłkowanie się odbieranymi w części jawnej konkursu ustnymi oświadczeniami oferentów, w zakresie danych niezbędnych do oceny złożonych ofert jest obarczone tą wadą, iż uczestnictwo w otwarciu ofert jest przywilejem oferentów, a nie obowiązkiem i nie zawsze zainteresowani korzystają z tej możliwości. Mimo ww. zastrzeżeń kontrolujący potwierdzają uzyskanie przez komisję konkursową niezbędnych informacji do oceny ww. kryterium, zgodnie z § 14 ust. 1 pkt e Regulaminu.

### **3. Brak w udostępnionych oferentom dokumentach postępowania konkursowego możliwości zadeklarowania późniejszego dostarczenia ubezpieczenia OC.**

Kontrolujący ustalili, iż części IV SWKO, pkt. 2 lit. f Udzielający Zamówienia wymagał dołączenia do ofert aktualnej umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, dopuszczając jednocześnie możliwość przedłożenia jej przed faktycznym rozpoczęciem

udzielania świadczeń zdrowotnych. Kontrolujący stwierdzili, iż brak w dokumentach postępowania stosownego oświadczenia lub informacji o konieczności jego dołączenia do oferty, w przypadku skorzystania przez oferenta z możliwości późniejszego dostarczenia ww. umowy.

Kontrolowany wyjaśnił, że: (...) *W niniejszym postępowaniu konkursowym wszyscy oferenci dostarczyli jednocześnie z ofertą kserokopię dowodu zawarcia aktualnie obowiązującej na czas złożenia oferty umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmującego szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych.*

[Dowód: akta kontroli: patrz str. 251]

Kontrolujący potwierdzili powyższe w materiałach źródłowych przedstawionych do kontroli, niemniej wskazują, że przy tak sformułowanym warunku, powinna istnieć możliwość wskazania, że wymagany dokument zostanie dostarczony w późniejszym terminie, by nie powstała wątpliwość, iż przyjęto niekompletną ofertę lub nie wezwano oferenta do uzupełnienia braków formalnych.

#### **4. Wątpliwości kontrolujących wzbudziły również:**

a) pkt. 17 oferty zatytułowany *Załączniki do oferty*, gdzie w kolejnych ppkt wymagano dołączenia m.in.: (...) *oświadczenia według załącznika nr 1 do formularza ofertowego.* W badanych ofertach ww. dokument (załącznik nr 1 do oferty) nie występował. W tej kwestii kontrolowany złożył wyjaśnienie w brzmieniu (...) *Był to wyłącznie błąd pisarski wynikający z przeoczenia podczas sporządzania obszernej dokumentacji konkursowej i nie miał wpływu na wynik niniejszego postępowania konkursowego.*

[Dowód: akta kontroli: patrz str. 229-230 i str. 252]

b) 3 oferty, w których oferenci w pkt 17 nie wskazali, które załączniki dołączają do oferty (różne w zależności od formy prawnej). W tej kwestii Z-ca Dyrektora ds. Finansowo - Administracyjnych wyjaśnił: (...) *Komisja Konkursowa oceniając oferty nie stwierdziła uchybienia w postaci braku zaznaczenia formy prawnej wykonywanej działalności, ponieważ w pkt 1. Formularza oferty, tj. Dane podmiotu uprawnionego ubiegającego się o realizację zadania w ppkt 2 Oferenci samodzielnie wpisali formę prawną podmiotu. Ponadto dołączona do formularza oferty dokumentacja, w tym wyciąg CEIDG w sposób odpowiedni zaświadczył o formie prawnej prowadzonej działalności przez Oferenta.*

[Dowód: akta kontroli: str. 253]

Kontrolujący przyjmują powyższe wyjaśnienia, niemniej wskazują, że dokumenty do konkretnego postępowania konkursowego (m.in.: treść formularza ofertowego i załączniki składane wraz z ofertą) należy formułować ze szczególną starannością, po dokonaniu analizy zasadności sformułowanych pytań i zbieranych informacji.

c) zapis § 7 ust 1. wzoru umowy, gdzie nie przewidziano składnika wynagrodzenia za konsultacje pacjentów z dysfunkcją podskórnych systemów dostępu żylnego (...), stanowiącego wraz z implantacją i usunięciem portów naczyniowych, przedmiot konkursu ofert.

W związku z powyższymi ustaleniami kontrolowany wyjaśnił, iż (...) we wzorze umowy w punkcie dotyczącym składników wynagrodzenia nie uwzględniono ceny za konsultacje. Była to oczywista omyłka pisarska. Jednakże wskazuję, że omyłka ta nie miała wpływu na wybór ofert i zawarcie umów z oferentami, ponieważ żaden z oferentów nie złożył oferty na konsultacje pacjentów, a jedynie na implantację i usunięcie portów naczyniowych.

[Dowód: akta kontroli: patrz str.234 i str. 254]

Kontrolujący potwierdzają podnoszone w wyjaśnieniu argumenty, jednakże wskazują, iż należy ze szczególną starannością redagować treść wzoru umowy, dostosowując jego zapisy do wymogów danego konkursu.

#### **5. Rozstrzygnięcia konkursu dokonano 21.12.2020 r, tj. po terminie wskazanym w pkt. 5 ogłoszenia.**

W tej kwestii kontrolowany złożył wyjaśnienie w treści: (...) w Ogłoszeniu o konkursie na udzielenie świadczeń zdrowotnych z dnia 11.12.2020 r., doszło do oczywistej omyłki pisarskiej w określeniu terminu rozstrzygnięcia konkursu: w ogłoszeniu jest „nie później niż 2 dni”, a winno być „nie później niż w ciągu 2 dni roboczych”. Przy omyłkowym zapisie termin rozstrzygnięcia wypadł 19.12.2020 r., tj. w sobotę. Komisja konkursowa działała zgodnie z pierwotnymi ustaleniami i rozstrzygnięcie zostało przeprowadzone w dacie 21.12.2020 r., mieszcząc się w dwóch dniach roboczych od daty otwarcia ofert.

[Dowód: akta kontroli: str. 255]

Kontrolujący wskazują, iż w każdym rodzaju postępowań konkursowych wszelkiego rodzaju terminy mają zasadnicze znaczenie. Od ich prawidłowego wskazania zależą terminy kolejnych czynności podejmowanych w postępowaniu. W tym konkretnym przypadku, oczywista omyłka pisarska, mogła skutkować zawarciem umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej bez zachowania przewidzianych prawem terminów (7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania), o czym mowa w art. 154 ust.1 u.ś.o.z.

W tej kwestii kontrolowany wyjaśnił że: (...) wszystkie umowy na udzielenie świadczeń zdrowotnych z Oferentami, którzy zostali wybrani przez Udzielającego zamówienie do realizacji przedmiotu zamówienia w w/w postępowaniu konkursowym zostały zawarte tego

samego dnia tj. 28.12.2020 r., co potwierdzili kontrolujący w oparciu o dokumenty przedłożone do kontroli.

[Dowód: akta kontroli: str.256]

**6. Treść Regulaminu nie odzwierciedlała zapisów u.ś.o.z.,** dedykowanych do przeprowadzenia konkursu ofert na świadczenia zdrowotne, wskazanych w art. 26 ust. 4 u.d.l, w szczególności dotyczących: a) wskazania pełnego katalogu przypadków, w których środki odwoławcze nie przysługują, o których mowa w art. 152 ust.2 (patrz § 23 Regulaminu – brak informacji, iż środki odwoławcze nie przysługują na wybór trybu postępowania), b) nieuwzględnienia w ww. dokumencie zapisów art. 153 ust. 4<sup>39</sup> i 6<sup>40</sup> oraz nieprecyzyjnego zacytowania ust. 5<sup>41</sup> ww. art. (patrz § 24 Regulaminu), c) wskazania w § 25 ust. 2 Regulaminu, 7 dniowego terminu na rozpatrzenie odwołania, tj. niezgodnie z art. 154 ust. 2 u.ś.o.z., który stanowi o 14 dniach na rozpatrzenie odwołania.

W tej kwestii kontrolowany wyjaśnił: (...) poszczególne zapisy regulaminu, które nie są jednolite z ustawą o działalności leczniczej lub ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zostaną zaktualizowane i ujednolicone z zapisami w/w ustaw.

[Dowód: akta kontroli str. 257]

Dalsze czynności kontrolne pozwoliły na ustalenie, iż w dniu 28.12.2020 r., z 5 oferentami wyłonionymi w toku postępowania konkursowego ŚCO podpisało umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia. Kontrolujący wytypowali do kontroli umowę nr 1/AP/2020 z lek. med. Ireneuszem Marczewskim<sup>42</sup> prowadzącym działalność w formie indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej z/s w Skarżysku – Kamienna ustalając, że:

- przedmiotem umowy jest udzielanie świadczeń zdrowotnych odpowiednio do swoich kwalifikacji w Dziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii ŚCO w Kielcach, polegającej m.in. na implantacji i usuwaniu podskórnych systemów dostępu żylnego (portów naczyniowych);
- z tytułu udzielania ww. świadczeń ustalono wynagrodzenie w wysokości: a) 650,00 zł – implantacja podskórnego systemu dostępu żylnego (portu naczyniowego); b) 450,00 zł – usunięcie podskórnego systemu dostępu żylnego (portu naczyniowego);

---

<sup>39</sup> Protest złożony po terminie nie podlega rozpatrzeniu.

<sup>40</sup>W przypadku uwzględnienia protestu komisja powtarza zaskarżoną czynność.

<sup>41</sup>Informację o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu niezwłocznie zamieszcza się na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej Funduszu.

<sup>42</sup> Którego ofertę badano.

- warunkiem wypłaty wynagrodzenia jest przedstawienie przez Przyjmującego Zamówienie rachunku wraz z zestawieniem wykonanych świadczeń do piątego dnia po zakończeniu miesiąca kalendarzowego;
- wypłata wynagrodzenia następuje przelewem do 10 dnia następnego miesiąca.

[Dowód: akta kontroli str. 258 - 262]

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

Celem sprawdzenia terminowości regulowania zobowiązań przez szpital z tytułu realizacji umowy nr 1/AP/2020 kontrolujący, metodą doboru losowego prostego, wytypowali do kontroli 2 rachunki z 2021 r. nr: 10/20/21 z dnia 31.10.2021 r. (wpływ 2.11.2021 r.), oraz 11/2021 z dnia 30.11.2021 r. (wpływ 1.12.2021 r.).

[Dowód: akta kontroli str. 263 - 268]

Na podstawie dokumentów źródłowych, tj. ww. rachunków i okazanych przelewów<sup>43</sup> kontrolujący ustalili, że rachunki za udzielone świadczenia medyczne składane były Udzielającemu Zamówienie w terminie ustalonym w § 7 ust. 2 umowy i regulowane zgodnie z ww. umową. Do każdego dokumentu księgowego przejmujący zamówienie dołączał *Zestawienie dokonanych świadczeń medycznych w ramach umowy (...)*. Ustalono, iż w ramach wskazanej umowy szpital poniósł w 2021 r. koszty w wysokości 70 550,00 zł. Koszty ŚCO poniesione z tytułu realizacji 5 umów podpisanych w wyniku przeprowadzonego postępowania wyniosły w 2021 r. łącznie 192 800,00 zł.

[Dowód: akta kontroli str.269 -270]

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

Pozytywna ocena dotyczy: a) spełniania wymogów płatnika w zakresie potencjału ludzkiego oraz dostępności pacjenta do świadczeń realizowanych w komórkach organizacyjnych poddanych kontroli; b) kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk, dokumentowania przebytych szkoleń p.poż, bhp oraz przeprowadzonych badań okresowych w poddanej kontroli próbie; c) stosowania procedur gwarantujących sprawność aparatury i sprzętu medycznego poddanego kontroli; d) prowadzenia list oczekujących na udzielanie świadczenia zdrowotnego, przekazywania ich do płatnika zgodnie z wytycznymi NFZ i obowiązującymi przepisami w tym zakresie; e) działalności Zespołu ds.

<sup>43</sup> Daty dokonania przelewów zgodne z datami widocznymi na dokumentach księgowych na pieczęciach z adnotacją *zapłacono w dniu .....*, widniejących na pobranej do kontroli próbie faktur.



Oceny Przyjęć; f) realizacji kontraktów z ŚOW NFZ; g) informowania pacjentów o przysługujących im prawach do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej; h) przeprowadzenia oceny poziomu satysfakcji pacjenta z otrzymanej usługi medycznej w okresie objętym kontrolą, zgodnie z obowiązującymi aktami prawa wewnętrznego; i) przeprowadzania postępowania na udzielanie świadczeń zdrowotnych *na implantację i usuwanie podskórnych systemów dostępu żylnego (portów naczyniowych) oraz konsultacje pacjentów z dysfunkcją podskórnych systemów dostępu żylnego (portów naczyniowych) z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii przez lekarzy w Dziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach z zastosowaniem art. 26 u.d.l.*; j) terminowego dokonywania wydatków, zgodnie z zapisami umowy nr 1/AP/2020 r. z dnia 28.12.2020 r., w poddanej kontroli próbie.

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczą: a) nieterminowego dokonania płatności faktur, wystawionych do umowy serwisowej nr 355/151/2020 z dnia 14.01.2021 r. w poddanej kontroli próbie; b) wadliwie sformułowanych zapisów w kontrolowanym postępowaniu na udzielenia świadczenia zdrowotnego, w zakresie: 1) sposobu punktowania kryterium cena oraz ciągłość zamówienia, 2) braku odzwierciedlenia w zapytaniu ofertowym ww. postępowania pytań na podstawie, których gromadzono informację w zakresie kryterium: dostępność, jakość i kompleksowość, 3) braku możliwości potwierdzenia przez oferenta dostarczenia umowy odpowiedzialności cywilnej przed faktycznym rozpoczęciem udzielania świadczeń; 4) umieszczenia w zapytaniu ofertowym informacji o konieczności dołączenia do oferty nieistniejącego załącznika, 5) nie uwzględnienia we wzorze umowy składnika wynagrodzenia za konsultacje pacjentów z dysfunkcją podskórnych systemów dostępu żylnego, c) omyłki pisarskiej w ustalonym terminie rozstrzygnięcia konkursu; d) nie odzwierciedlenia treści zapisów u.s.o.z., wskazanych przez ustawodawcę w art. 26 ust. 4 u.d.l., w Regulaminie *przeprowadzania konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Świętokrzyskim Centrum Onkologii SPZOZ w Kielcach.*

### **C. Osoba odpowiedzialna**

Za stwierdzone uchybienia i nieprawidłowości odpowiedzialny jest:

- Pan Stanisław Gózdź- 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 POKONTROLNYCH ZAWARTYCH W WYSTĄPIENIU POKONTROLNYM Z DNIA 26.08.2020 R. ZNAK: OZ-IV.1711.6.2020**

W wyniku kontroli przeprowadzonej w dniach 20.05.2020 r. do 4.06.2020 r., wydano następujące zalecenia pokontrolne:

1. Wskazać w Regulaminie Organizacyjnym wszystkie miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie ze stanem faktycznym;
2. Doprowadzić do zgodności zapisów w zakresie faktycznej struktury organizacyjnej w Regulaminie Organizacyjnym (Schemat Organizacyjny) i Księdze Rejestrowej prowadzonej dla Zakładu przez Wojewodę Świętokrzyskiego;
3. W przeprowadzonych postępowaniach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stosować się do zasad określonych przepisami prawa, w szczególności poprzez:
  - a) upublicznianie ogłoszenia o konkursie ofert na tablicy ogłoszeń i stronie internetowej Szpitala w tym samym dniu;
  - b) stosowanie do opisu przedmiotu zamówienia nazw i kodów ustalonych we Wspólnym Słowniku Zamówień, określonym w rozporządzeniu nr 2195/2002 z dnia 05.11.2002 r. w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień (Dz. Urz. WE L 340 z 16.12.2002, str. 1 i n. z późn. zm.), zarówno w ogłoszeniu o konkursie jak i Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert;
  - c) zamieszczanie informacji o rozstrzygnięciu konkursu w miejscach wskazanych w ogłoszeniu w tym samym dniu;
  - d) zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej po upublicznieniu ogłoszeń o rozstrzygnięciu konkursu, z zachowaniem przewidzianych prawem terminów.
4. W dokumentach prawa wewnętrznego, tworzonych na potrzeby przeprowadzanych postępowań konkursowych, usankcjonować możliwość pracy komisji konkursowej w niepełnym składzie.
5. Bezwzględnie wykonywać zalecenia pokontrolne formułowane przez kontrolujących realizując je zgodnie z informacjami zawartymi w odpowiedzi na zalecenia pokontrolne.

#### **Mając powyższe na uwadze kontrolujący dokonali:**

1. Sprawdzenia zapisów wskazujących miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych, w kolejno wprowadzanych w okresie objętym kontrolą, tekstów jednolitych Regulaminu.

2. Sprawdzenia zgodności zapisów Regulaminu Organizacyjnego<sup>44</sup> z RPWDL<sup>45</sup>, w zakresie 11 komórek organizacyjnych, co do których stwierdzono rozbieżności podczas kontroli w 2020 r. w ww. dokumentach.
3. Oceny postępowania na udzielanie świadczeń zdrowotnych *na implantację i usuwanie podskórnych systemów dostępu żylnego (portów naczyniowych) oraz konsultacje pacjentów z dysfunkcją podskórnych systemów dostępu żylnego (portów naczyniowych) z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii przez lekarzy w Dziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach (kod CPV: 851 211 00-4 Ogólne usługi lekarskie)*, w ramach bieżącej kontroli.
4. Oceny treści Regulaminu *przeprowadzania konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Świętokrzyskim Centrum Onkologii SPZOZ w Kielcach*

Na podstawie czynności sprawdzających, ustalono, że:

1. Nie zrealizowano zalecenia - w badanych dokumentach prawa wewnętrznego brak uwidocznienia filii zamiejscowych, w których ŚCO realizuje świadczenia zdrowotne (wyjaśnienie kontrolowanego patrz akta kontroli str. 121).
2. Częściowo zrealizowano zalecenie pokontrolne sformułowane w pkt 2. Wystąpienia Pokontrolnego z dnia 26.08.2020 r. Rozbieżności pomiędzy zapisami Regulaminu i RPWDL dotyczą nadal:
  - a) Poradni Radioterapii - Gabinet Brachyterapii, uwidocznionej pod wskazaną nazwą w Regulaminie<sup>46</sup> oraz schemacie organizacyjnym jako *Poradnia Radioterapii - gabinet*, a której w RPWDL (jak wskazał kontrolowany) odpowiada komórka organizacyjna - *Poradnia Brachyterapii: Rozbieżność pomiędzy zapisami regulaminu organizacyjnego i schematu a RPWDL powstała wyłącznie w wyniku oczywistej omyłki pisarskiej. Zapis w Regulaminie (...) zostanie zmieniony i ujednolicony zgodnie z zapisem w RPWDL – Poradnia Brachyterapii (VII cz. K.r.: 026).*

[Dowód: akta kontroli str. 271]

- b) Poradni Promocji Zdrowia, która jest aktywna w RPWDL od 1.06.1988 r., a nie została uwzględniona w Regulaminie, ani załączniku nr 1 stanowiącym schemat organizacyjny. Kontrolowany wyjaśnił, iż: *Rozbieżność pomiędzy zapisami schematu organizacyjnego i księgą rejestrową zostaną poprawione podczas najbliższej aktualizacji regulaminu organizacyjnego i struktury.*

[Dowód: akta kontroli str.272]

---

<sup>44</sup> Wzięto pod uwagę ostatni tekst jednolity Regulaminu wprowadzony Zarządzeniem nr 32/2021 z dnia 17.12.2021 r. łącznie ze schematem organizacyjnym, stanowiącym załącznik nr 1 do dokumentu.

<sup>45</sup> Stan na dzień 31.12.2021 r.

<sup>46</sup> Uwidocznionej w § 29 ust. 1 pkt. 2.10. ppkt 2.11.3 dokumentu.

c) Poradni Ginekologicznej widniejącej w Regulaminie,<sup>47</sup> której nie uwzględniono w schemacie organizacyjnym, a w RPWDL widnieje jako zamknięta z dniem 14.11.2006 r. Kontrolowany poinformował m.in.: (...) *W schemacie organizacyjnym uwidoczniono Poradnię Ginekologiczną z Mobilnym Gabinetem Pobrań Cytologicznych. Podczas najbliższej aktualizacji Regulaminu organizacyjnego umieścimy Poradnię Ginekologiczną z Mobilnym Gabinetem Pobrań Cytologicznych w jego treści. (...) Poradnia Ginekologiczna nie widnieje w strukturze szpitala.*

[Dowód: akta kontroli str. 273 - 274]

3. Zrealizowano zalecenia i wnioski pokontrolne sformułowane w pkt. 3 i 4.
4. Nie zrealizowano w pełni zaleceń pokontrolnych, zgodnie z informacją zawartą w odpowiedzi na sformułowane przez kontrolujących zalecenia pokontrolne.<sup>48</sup>

#### **D. Osoba odpowiedzialna**

Za stwierdzone uchybienia i nieprawidłowości odpowiedzialny jest:

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

---

<sup>47</sup> W § 29 ust. 2 pkt. 2,9 ppkt 2.9.2 dokumentu.

<sup>48</sup> Pismo znak: DN-0722-32-2020 z dnia 5.09.2020 r., w którym wskazano: (...) *informujemy, że w chwili obecnej podjęte zostały działania mające na celu usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości.*

#### IV. POZOSTAŁE INFORMACJE I POUCZENIA

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

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

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

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

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

Jolanta Jesionowska, Karol Giemza

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

Kielce, dnia 29.12.2022 r.