

Urząd Marszałkowski
Województwa Śląskiego
Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej
(oznaczenie jednostki kontrolującej)

Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej
Al. Armii Krajowej 101, 43-318 Bielsko-Biała
(oznaczenie podmiotu kontrolowanego)

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

z kontroli przeprowadzonej na podstawie:

- 1) art. 121 oraz 122 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t. j. Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 z późn. zm.),
- 2) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych (Dz. U. z 2015 r., poz. 1331),
- 3) planu kontroli na 2018 rok, załącznik nr 3, poz. 1, zatwierdzonego uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 2797/233/V/2017 z dnia 28.12.2017 r.,
- 4) regulaminu kontroli podmiotów leczniczych, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie, określonego uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 1421/264/V/2018 z dnia 19.06.2018 r.

I. Dane identyfikacyjne kontroli:

Jednostka kontrolowana: Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej, Aleja Armii Krajowej 101, 43-318 Bielsko-Biała.

Kierownik jednostki kontrolowanej: w okresie objętym kontrolą funkcję Dyrektora Szpitala sprawował Pan Ryszard Batycki (od 01.02.1998 r. do nadal).

Dyrektor w okresie objętym kontrolą wykonywał swoje zadania kierownicze i zarządcze przy pomocy:

- Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa – Pana Wojciecha Muchackiego,
- Zastępcy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa, Przełożonej Pielęgniarek – Pani Barbary Wykręt,
- Zastępcy Dyrektora ds. Administracyjno-Technicznych – Pana Łukasza Matlakiewicza,
- Głównej Księgowej – Pani Marzenny Wawrzyniak,

oraz kierowników komórek organizacyjnych.

Termin przeprowadzenia czynności kontrolnych i zakres kontroli:

kontrolę przeprowadzono w dniach 22-24 października 2018 r. w zakresie: realizacji zadań określonych w statucie i regulaminie organizacyjnym; dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych; prawidłowości gospodarowania mieniem oraz środkami publicznymi w latach 2016-2018.

Jednostka prowadząca kontrolę: Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w Katowicach.

Osoby przeprowadzające kontrolę:

Joanna Dudek-Ślęczek – Główny Specjalista Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w Katowicach, legitymacja służbowa nr 1100215, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 663/ZD/2018 z dnia 16.10.2018 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 22.10.2018 r.

Agnieszka Wnuk – Inspektor Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w Katowicach, legitymacja służbowa nr 1100708, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 664/ZD/2018 z dnia 16.10.2018 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 22.10.2018 r.

Magdalena Majchrzak-Osiecka - Główny Specjalista Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w Katowicach, legitymacja służbowa nr 1100992, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 665/ZD/2018 z dnia 16.10.2018 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 22.10.2018 r.

O kontroli Dyrektor jednostki został poinformowany pismem przekazany pocztą elektroniczną w dniu 16 października 2018 r.

Kontrolę wpisano do książki kontroli pod pozycją 22.

[Dowód: akta kontroli str.1-9]

II. Realizacja zadań statutowych.

A. Ustalenia faktyczne:

Zgodność zakresu i rodzaju udzielanych świadczeń zdrowotnych z zakresem i rodzajem świadczeń przewidzianych w Statucie i Regulaminie Organizacyjnym Szpitala.

1. Informacje ogólne

Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej, zwany dalej „Szpitalem”, jest samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej. Funkcję podmiotu tworzącego pełni Województwo Śląskie. Nadzór nad działalnością Szpitala sprawuje Zarząd Województwa Śląskiego. Szpital wpisany jest do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego pod numerem 000000013794 oraz posiada osobowość prawną i jest wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego w Bielsku-Białej pod numerem KRS 0000063066. Siedzibą Szpitala jest miasto Bielsko-Biała.

Szpital działa na podstawie:

- 1) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 z późn. zm.) oraz przepisów wykonawczych do tej ustawy,
- 2) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz. U. z 2018 r. poz. 1510 z późn. zm.),
- 3) Statutu Szpitala nadanego Uchwałą Nr V/12/4/2015 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 21.09.2015 r. z uwzględnieniem zmian wprowadzonych uchwałą Nr V/34/12/2017 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 13 lutego 2017 r. (t. j. Dz. Urz. Województwa Śląskiego z dnia 05.10.2017 r. poz. 5309),
- 4) Regulaminu Organizacyjnego wprowadzonego w życie Zarządzeniem Dyrektora Szpitala nr 54/2012 z dnia 25 czerwca 2012 r., do którego ostatnie zmiany oraz tekst jednolity

zostały wprowadzone Zarządzeniem Dyrektora Szpitala nr 97/2018 z dnia 08.10.2018r. (Aneks nr 12 oraz tekst jednolity Regulaminu Organizacyjnego zostały pozytywnie zaopiniowane przez Radę Społeczną uchwałą nr 18/2018 z dnia 08.10.2018 r.),

- 5) w zakresie gospodarki mieniem:
 - a) procedury dotyczącej nabywania aparatury i sprzętu medycznego przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie, określonej w uchwale Zarządu Województwa Śląskiego nr 1745/276/IV/2013 z dnia 6.08.2013 r., zwanej dalej „Procedurą nabywania”,
 - b) zasad zbywania, wydzierżawiania, wynajmowania, oddania w użytkowanie lub użyczenie aktywów trwałych SP ZOZ, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie, określonych w uchwale Zarządu Województwa Śląskiego nr 1784/277/IV/2013 z dnia 13.08.2013 r. z późn. zm. (obowiązujących do dnia 24.09.2018 r.), zwanych dalej „Zasadami zbywania”,
 - c) zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie, określonych w uchwale Zarządu Województwa Śląskiego nr 2232/288/V/2018 z dnia 25.09.2018r.,
- 6) innych powszechnie obowiązujących przepisów prawa.

Na dzień 22.10.2018 r. zatrudnienie w Szpitalu wynosiło:

- 1133 pracowników w ramach umowy o pracę,
- 266 pracowników w ramach umów cywilnoprawnych.

[Dowód: akta kontroli str.10-16]

2. Prawdliwość wpisów w Krajowym Rejestrze Sądowym

Ostatnie zgłoszenie do Krajowego Rejestru Sądowego dotyczyło ogłoszenia tekstu jednolitego Statutu Szpitala przyjętego uchwałą nr V/42/4/2017 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 21.09.2017 r. oraz zmiany w składzie Rady Społecznej Szpitala. Zgłoszenia dokonano w terminie wynikającym z art. 22 ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 986 z późn. zm.).

W trakcie kontroli ustalono, że do Krajowego Rejestru Sądowego nie zostały wprowadzone wszystkie wymagane przepisami prawa informacje - w dziale 1 w rubryce 2 „Siedziba i adres podmiotu” brak jest wpisu dotyczącego adresu strony internetowej i adresu poczty elektronicznej, do zamieszczania których Szpital jest zobowiązany na mocy przepisu art. 38 pkt 1a, w związku z art. 53a ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym, jako podmiot posiadający własną stronę internetową (www.hospital.com.pl) oraz prowadzący korespondencję także w formie elektronicznej (szpital@hospital.com.pl). Przepis art. 53a ww. ustawy stanowi, że podmioty podlegające obowiązkowi wpisu do rejestru są obowiązane zgłaszać dotyczące ich informacje określone w ustawie oraz zmiany tych informacji, niezależnie od obowiązków wynikających z odrębnych przepisów, chyba że ustawa stanowi inaczej. Pozostałe wymagane przepisami prawa informacje zostały zamieszczone w Krajowym Rejestrze Sądowym.

[Dowód: akta kontroli str.17-29]

3. Zgodność zapisów Regulaminu Organizacyjnego z Rejestrem Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą i ustawą o działalności leczniczej.

Regulamin Organizacyjny Szpitala (zwany dalej: Regulaminem) sporządzony został w oparciu o przepisy art. 24 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Ostatnie zmiany do Regulaminu oraz tekst jednolity Regulaminu zostały pozytywnie zaopiniowane przez Radę Społeczną Szpitala uchwałą nr 18/2018 z dnia 08.10.2018 r., a następnie wprowadzone

Zarządzeniem nr 97/2018 Dyrektora Szpitala z dnia 08.10.2018 r.

W toku kontroli sprawdzono zgodność zapisów Regulaminu z przepisami w/w ustawy. Stwierdzono, że Regulamin zawiera wszystkie niezbędne elementy, wskazane w art. 24 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, przy czym zauważono w jego treści następujące nieścisłości dotyczące określenia struktury organizacyjnej Szpitala:

1. w § 5 pkt I ppkt 1A dla każdego oddziału Szpitala podana jest liczba łóżek z wyszczególnieniem liczby łóżek intensywnej opieki medycznej, natomiast w przypadku Oddziału Patologii Noworodka i Niemowląt podano liczbę 27 łóżek bez wskazania liczby łóżek intensywnej opieki medycznej - z zapisów w Księdze Rejestrowej wynika, że w Oddziale tym są 4 takie łóżka;
2. w § 5 pkt I ppkt 2B w strukturze Zakładu Patomorfologii nie zostało wymienione „Prosektorium z pracownią badań autopsyjnych”, natomiast komórka ta wymieniona została w § 30 Regulaminu.

Sprawdzono zgodność zapisów Regulaminu w zakresie struktury organizacyjnej komórek działalności medycznej oraz miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych z Księgą Rejestrową nr 000000013794 widniejącą w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (zwaną dalej: Księgą Rejestrową) według stanu na dzień 19.10.2018 r. Stwierdzono, że w Księdze Rejestrowej nie wpisano Poradni Anestezjologicznej, wykazanej w Regulaminie jako komórki organizacyjnej działającej w ramach Ambulatoryjnej Opieki Zdrowotnej.

Kontrola strony internetowej BIP Szpitala wykazała, że zawiera ona wymagane informacje wynikające zarówno z art. 24 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej, jak i art. 8 ust. 3 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 1330 z późn. zm.). Szpital posiada własną stronę internetową pod adresem: www.hospital.com.pl, która zawiera zakładkę przenoszącą do Biuletynu Informacji Publicznej pod adresem: <https://hospital.bip.gov.pl>. Obie strony internetowe są aktywne i zawierają wymagane przepisami informacje.

Obligatoryjne informacje, o których mowa art. 24 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej, zostały wywieszane w widocznych miejscach w poszczególnych jednostkach organizacyjnych Szpitala.

[Dowód: akta kontroli str.30-199]

B. Stwierdzone uchybienia i nieprawidłowości:

1. Nieprawidłowość dotycząca braku zgłoszenia do Krajowego Rejestru Sądowego adresu strony internetowej i adresu poczty elektronicznej, co stanowi naruszenie art. 38 pkt 1a w związku z art. 53a ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 986 z późn. zm.).
2. Uchybienie dotyczące treści Regulaminu Organizacyjnego polegające na braku informacji o liczbie łóżek intensywnej opieki medycznej w Oddziale Patologii Noworodka oraz niewymienienie w strukturze Zakładu Patomorfologii komórki „Prosektorium z pracownią badań autopsyjnych”.
3. Nieprawidłowość dotycząca braku wpisu w Księdze Rejestrowej „Poradni Anestezjologicznej”, wykazanej w Regulaminie jako komórki organizacyjnej działającej w ramach Ambulatoryjnej Opieki Zdrowotnej.

C. Ocena częściowa: pozytywna mimo stwierdzonych uchybień i nieprawidłowości.

D. Osoby odpowiedzialne:

1. Kierownik Działu Organizacji i Nadzoru, w oparciu o zakres czynności i obowiązków określony w § 38 Regulaminu Organizacyjnego Szpitala;
2. Dyrektor Szpitala, na podstawie art. 46 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, zgodnie z którym odpowiedzialność za zarządzanie podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą ponosi kierownik.

III. Dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych

A. Ustalenia faktyczne:

Podstawowym celem działalności Szpitala jest udzielanie świadczeń zdrowotnych i promocja zdrowia. Szpital prowadzi działalność medyczną w ramach umów zawartych z NFZ o świadczenie usług medycznych, w obiekcie zlokalizowanym w Bielsku-Białej przy Alei Armii Krajowej 101.

1. Funkcjonowanie wybranych komórek organizacyjnych.

W ramach czynności kontrolnych przeprowadzono wizytację wybranych komórek medycznych. Szczegółową kontrolą objęto funkcjonowanie:

1. Oddziału Chorób Wewnętrznych i Diabetologii,
2. Oddziału Hematologii,
3. Oddziału Neurologicznego,
4. Oddziału Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej,
5. Poradni Diabetologicznej,
6. Poradni Chirurgii Naczyniowej,
7. Poradni Endokrynologicznej,
8. Poradni Neurochirurgicznej.

1) Oddział Chorób Wewnętrznych i Diabetologii

Oddział wpisany jest do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 002 (kod resortowy identyfikujący komórkę organizacyjną stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych), kod resortowy charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych: 4000. Oddział został wpisany do Rejestru z dniem 27.03.1998 r. i dysponuje 42 łózkami, w tym 2 intensywnej opieki medycznej.

Oddział działa jako internistyczny o profilu diabetologicznym. Przyjmowani są w nim pacjenci z ostrymi schorzeniami internistycznymi oraz pacjenci do diagnostyki, przy czym większość pacjentów stanowią chorzy na cukrzycę. Średnio Oddział udziela rocznie około 1500 świadczeń. Liczba osób oczekujących na leczenie w Oddziale (stan na 22.10.2018 r.) wynosiła: 75.

Zatrudnienie w Oddziale: lekarze 15 osób, pielęgniarki 25 osób.

2) Oddział Hematologii

Oddział wpisany jest do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 105 (kod resortowy identyfikujący komórkę organizacyjną stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych), kod resortowy charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych: 4070. Oddział został wpisany do Rejestru z dniem 27.02.2017 r. i dysponuje 20 łózkami, w tym 2 intensywnej opieki medycznej.

Specyfiką działalności Oddziału jest kompleksowa diagnostyka i leczenie chorób hematologicznych u dorosłych. Średnio Oddział udziela rocznie około 1700 świadczeń.

Liczba osób oczekujących na leczenie w Oddziale (stan na 22.10.2018 r.) wynosiła: 33.

Zatrudnienie w Oddziale: lekarze 5 osób, pielęgniarki 17 osób.

3) Oddział Neurologiczny

Oddział wpisany jest do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 006 (kod resortowy identyfikujący komórkę organizacyjną stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych), kod resortowy charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych: 4220. Oddział został wpisany do Rejestru z dniem 27.03.1998 r. i dysponuje 21 łózkami, w tym 2 intensywnej opieki medycznej.

Oddział spełnia kryteria pełnoprofilowego oddziału neurologii, posiada odcinek udarowy, w którym leczone są świeże udary oraz wykonywana jest tromboliza. Oddział dysponuje sprzętem ułatwiającym oraz poprawiającym jakość procesu pielęgnacyjnego, wyposażony jest w salę rehabilitacyjną. Prowadzi diagnozy i postępowania psychoterapeutyczne, terapie logopedyczne oraz szkolenia pacjentów i ich rodzin w zakresie profilaktyki schorzeń oraz zasad postępowania szpitalnego. Oddział udziela rocznie około 1200 świadczeń. W terminie prowadzonej kontroli na Oddziale występowało większe niż przeciętne zagęszczenie pacjentów (dostawki łóżek) z powodu konieczności przyjmowania pacjentów w związku z czasowym zaprzestaniem udzielania świadczeń z zakresu neurologii przez Beskidzkie Centrum Onkologii Szpital Miejski w Bielsku-Białej. Liczba osób oczekujących na leczenie w Oddziale (stan na 22.10.2018 r.) wynosiła: 79, w tym 8 przypadków pilnych.

Zatrudnienie w Oddziale: lekarze 13 osób, pielęgniarki 28 osób.

4) Oddział Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej

Oddział wpisany jest do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 007 (kod resortowy identyfikujący komórkę organizacyjną stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych), kod resortowy charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych: 4530. Oddział został wpisany do Rejestru z dniem 27.03.1998 r. i dysponuje 46 łóżkami, w tym 4 intensywnej opieki medycznej.

Oddział prowadzi działalność diagnostyczną i leczniczą z zakresu chirurgii ogólnej i naczyniowej. Wykonuje procedury operacyjne i wewnątrznaczyniowe w Centralnym Bloku Operacyjnym i Pracowni Angiografii Zakładu Diagnostyki Obrazowej.

W chorobach naczyń przeprowadzane są specjalistyczne operacje chirurgiczne tętnic i żył oraz zabiegi wewnątrznaczyniowe (endowaskularne). Oddział jest akredytowany do prowadzenia specjalizacji w zakresie: chirurgii ogólnej, chirurgii naczyniowej, stażów w zakresie chirurgii naczyniowej dla innych specjalności.

Oddział pełni stały dyżur w zakresie chirurgii naczyniowej dla Bielska-Białej i powiatów: bielskiego, żywieckiego i cieszyńskiego, a także w koordynacji z pozostałymi oddziałami chirurgii z Bielska-Białej dyżur chirurgiczny. Wraz ze specjalistami z innych dziedzin medycyny prowadzi kompleksowe leczenie urazów wielonarządowych i wielomiejscowych.

Oddział udziela rocznie około 1950 świadczeń.

Liczba osób oczekujących na leczenie w Oddziale (stan na 22.10.2018 r.) wynosiła: 518, w tym 117 przypadków pilnych.

Zatrudnienie w Oddziale: lekarze 19 osób, pielęgniarki 27 osób.

5) Poradnia Diabetologiczna

Poradnia Diabetologiczna działa w oparciu o wytyczne Europejskiego Stowarzyszenia Badań nad Cukrzycą i Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. Obejmuje leczeniem: cukrzycę typu 1 (od 18 roku życia), cukrzycę typu 2, inne typy cukrzycy, cukrzycę ciężarnych, chorych z otyłością. Zespół pracowników Poradni zajmuje się kompleksowym leczeniem oraz edukacją chorych na cukrzycę. W ramach poradni prowadzona jest edukacja indywidualna dostosowana do potrzeb chorego oraz cykle edukacyjne (w 1-szym tygodniu każdego miesiąca) dostępne dla wszystkich chorych na cukrzycę, ponadto pacjentom Poradni wypożyczane są glukometry.

Godziny przyjęć w Poradni:

Poniedziałek	7:00	14:00
Wtorek	10:25	18:00
Środa	7:00	14:35
Czwartek	7:00	14:35
Piątek	7:00	14:00

Poradnia udziela rocznie około 8000 świadczeń.

Liczba osób oczekujących na leczenie w Poradni (stan na 22.10.2018 r.) wynosiła: 57.

Zatrudnienie w Poradni: lekarze 8 osób, pielęgniarki 2 osoby.

6) Poradnia Chirurgii Naczyniowej

Poradnia prowadzi działalność konsultacyjną, diagnostyczną i leczniczą obejmującą specjalistyczne porady dla dorosłych dotyczące schorzeń w zakresie chirurgii naczyniowej.

Godziny przyjęć w Poradni:

Poniedziałek	12:00	13:00
Wtorek	13:00	18:00
Środa	10:00	14:00
Czwartek	13:00	14:00
Piątek	8:00	12:00

Poradnia udziela rocznie około 6000 świadczeń.

Liczba osób oczekujących na leczenie w Poradni (stan na 22.10.2018 r.) wynosiła: 534.

Zatrudnienie w Poradni: lekarze 14 osób, pielęgniarki 2 osoby.

7) Poradnia Endokrynologiczna

Poradnia działa w oparciu o standardy endokrynologii zalecane przez Polskie Towarzystwo Endokrynologiczne. Diagnostuje choroby podwzgórza, przysadki, tarczycy, przytarczyc, nadnerczy oraz gonad.

Dzięki bazie diagnostycznej Szpitala oraz stałemu kontaktowi z ośrodkami klinicznymi Poradnia umożliwia pacjentom dostęp do obszernego zakresu badań hormonalnych oraz nowoczesnych badań obrazowych (USG, TK, MRI), zapewniając pacjentom optymalną diagnostykę oraz leczenie.

Godziny przyjęć w Poradni:

Poniedziałek	10:35	14:35
Wtorek	14:00	18:00
Środa	7:00	14:00
Czwartek	7:00	13:00

Poradnia udziela rocznie około 2700 świadczeń.

Liczba osób oczekujących na leczenie w Poradni (stan na 22.10.2018 r.) wynosiła: 228.

Zatrudnienie w Poradni: lekarze 3 osoby.

8) Poradnia Neurochirurgiczna

Poradnia udziela świadczeń przed i po leczeniu operacyjnym. Pacjenci konsultowani i leczeni w Poradni mogą korzystać z pełnego zakresu badań diagnostycznych, w tym TK, MRI, EEG, EMG i badań laboratoryjnych.

Godziny przyjęć w Poradni:

Poniedziałek	11:00	15:00
Wtorek	14:00	18:00
Środa	11:00	15:00
Czwartek	11:00	15:00
Piątek	11:00	15:00

Poradnia udziela rocznie około 3600 świadczeń.

Liczba osób oczekujących na leczenie w Poradni (stan na 22.10.2018 r.) wynosiła: 530.

Zatrudnienie w Poradni: lekarze 4 osoby.

W czasie wizytacji w/w Poradni przeprowadzonej przez Kontrolujących w dniu 24.10.2018 r. wszystkie poradnie były czynne zgodnie z wyznaczonym harmonogramem przyjęć. Zapisy do wszystkich poradni szpitalnych prowadzi Rejestracja Centralna. W poczekalni Rejestracji

Centralnej zlokalizowanej na parterze w budynku głównym oraz w poczekalniach przed wejściami do poszczególnych poradni zlokalizowanych w różnych częściach Szpitala umieszczone zostały aktualne informacje dla pacjentów dotyczące rejestracji, harmonogramu pracy lekarzy oraz informacje dotyczące ochrony danych osobowych i przepisów o prawach pacjenta.

[Dowód: akta kontroli str.200-202]

2. Udzielanie zamówień na świadczenia zdrowotne.

Przedmiotem weryfikacji przeprowadzonej przez Kontrolujących były dwie umowy na świadczenia zdrowotne zawarte przez Szpital w okresie objętym kontrolą:

- 1) umowa zawarta w dniu 29.12.2017 r. o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej Szpitala,
- 2) umowa zawarta w dniu 29.12.2017 r. o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w Oddziale Urologii i Urologii Onkologicznej oraz Poradni Urologicznej Szpitala.

Ad.1)

Umowa została zawarta w wyniku przeprowadzonego przez Szpital postępowania konkursowego na podstawie przepisu art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Umowa została zawarta w formie pisemnej, na czas określony, tj. od dnia 01.01.2018 r. do dnia 31.12.2022 r. i zawiera wszystkie niezbędne zapisy określone w art. 27 ustawy o działalności leczniczej.

Umowa została sporządzona w trzech jednobrzmiących egzemplarzach i podpisana przez strony. W ramach kontroli realizacji umowy sprawdzono fakturę nr 179/07/2018 z dnia 31.07.2018 r. - stawki jednostkowe zgodne z umową.

Ad.2)

Umowa została zawarta w wyniku przeprowadzonego przez Szpital postępowania konkursowego na podstawie przepisu art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Umowa została zawarta w formie pisemnej, na czas określony, tj. od dnia 01.01.2018 r. do dnia 31.12.2019 r. i zawiera wszystkie niezbędne zapisy określone w art. 27 ustawy o działalności leczniczej.

Umowa została sporządzona w trzech jednobrzmiących egzemplarzach i podpisana przez strony. W ramach kontroli realizacji umowy sprawdzono faktury nr 01/06/2018 i nr 02/06/2018 z dnia 05.06.2018 r. – wartość faktur zgodna z umową.

[Dowód: akta kontroli str.203-307]

3. Realizacja zadań w zakresie doboru personelu szpitalnego i podstawy zatrudnienia.

Ogłaszanie i przeprowadzanie konkursów na stanowiska kierownicze

Kontrola realizacji zadań na gruncie art. 49 ust. 1 pkt 2-5, ust. 2–6 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej wykazała, że w okresie objętym kontrolą, tj. latach 2016-2018 w Szpitalu miały miejsce cztery postępowania konkursowe na stanowiska kierownicze wskazane w art. 49 w/w ustawy.

Przeprowadzone postępowania konkursowe na stanowiska kierownicze:

- 1) Stanowisko przełożonej pielęgniarek (data konkursu: 25.04.2016 r., okres zatrudnienia 01.06.2016 r. – 31.05.2022 r.),

- 2) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Urologii i Onkologii Urologicznej (data konkursu: 11.10.2016 r., okres zatrudnienia 19.10.2016 r. – 18.10.2022 r.),
- 3) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej (data konkursu: 11.10.2016 r., okres zatrudnienia 19.10.2016 r. – 18.10.2022 r.),
- 4) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Nefrologicznego (data konkursu: 06.07.2017 r., okres zatrudnienia 07.07.2017 r. – 06.07.2023 r.).

Podczas czynności kontrolnych kontrolujący stwierdzili uchybienie popełnione w toku postępowania konkursowego dotyczącego stanowiska pielęgniarki oddziałowej Oddziału Nefrologicznego. Ogłoszenie o konkursie umieszczone zostało na stronie BIP Szpitala oraz na szpitalnej tablicy ogłoszeń, natomiast nie zostało opublikowane na stronie BIP podmiotu tworzącego, co jest niezgodne z § 9 ust. 3 rozporządzenia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą.

Zatrudnienie na stanowiskach objętych konkursem na podstawie w/w przepisów prawa kształtuje się następująco:

- 1) Oddział Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych z Pracownią Endoskopii: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 2) Oddział Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 3) Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 4) Oddział Nefrologiczny i Stacja Dializ: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 5) Oddział Kardiologiczny ze Stanowiskami Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 6) Oddział Laryngologii i Onkologii Laryngologicznej z Pracownią Audiologiczną i Pracownią Endoskopii: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 7) Oddział Okulistyczny: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 8) Oddział Neurochirurgiczny: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 9) Oddział Chorób Wewnętrznych i Diabetologii: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 10) Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 11) Szpitalny Oddział Ratunkowy: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 12) Oddział Urologii i Onkologii Urologicznej: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 13) Oddział Neurologiczny: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 14) Oddział Ginekologiczno-Położniczy: kierownik oddziału, położna oddziałowa;
- 15) Oddział Noworodkowy: kierownik oddziału, położna oddziałowa;
- 16) Oddział Patologii Noworodka i Niemowląt: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 17) Oddział Hematologii: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa.

Jak wskazano powyżej, poszczególnymi oddziałami zarządzają kierownicy oddziałów. Rozwiązanie takie jest zgodne z treścią art. 49 ust. 7 w/w ustawy, który przewiduje możliwość kierowania oddziałem przez lekarza nie będącego ordynatorem stanowiąc, iż „w przypadku gdy zgodnie z regulaminem organizacyjnym oddziałem kieruje lekarz niebędący ordynatorem, na stanowisko lekarza kierującego oddziałem konkursu nie przeprowadza się.”

Pracą całego personelu pielęgniarskiego kieruje przełożona pielęgniarek, natomiast zespołem pielęgniarskim na poszczególnych oddziałach zarządzają pielęgniarki/położne oddziałowe.

W/w stanowiska określone zostały zarówno w Regulaminie Organizacyjnym Szpitala, jak i załączniku nr 2 (Tabela zaszeregowania stanowisk pracy dla pracowników Szpitala Wojewódzkiego w Bielsku-Białej) oraz nr 3 (Wykaz stanowisk, na których przysługuje dodatek funkcyjny i stawek dodatku funkcyjnego) do Regulaminu Wynagradzania pracowników Szpitala Wojewódzkiego w Bielsku-Białej.

[Dowód: akta kontroli str.308-366]

4. Serwisowanie aparatury oraz sprzętu medycznego

W ramach kontroli jakości świadczonych usług kontrolujący zweryfikowali paszporty techniczne urządzeń wykorzystywanych do udzielania świadczeń zdrowotnych w poniżej wskazanych komórkach organizacyjnych Szpitala:

- 1) w Oddziale Neurologii:
 - a) Defibrylator, typ Beneheart D3, nr fabryczny EL-6A029503, rok produkcji 2016. Przegląd okresowy odbył się w dniu 14.11.2017 r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany do 14.11.2018 r., zgodnie z wpisem „aparat sprawny”,
 - b) Kardiomonitor, typ uMEC12, nr fabryczny KQ-66000480, rok produkcji 2016. Przegląd okresowy odbył się w dniu 10.10.2018 r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany w październiku 2019 r., zgodnie z wpisem „aparat sprawny”,
 - c) Kardiomonitor, typ MEC-1000, nr fabryczny AQ8B118095, rok produkcji 2008. Przegląd okresowy odbył się w dniu 01.02.2018 r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany do stycznia 2019 r., zgodnie z wpisem „aparat sprawny”;
- 2) w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej:

Tomograf komputerowy, typ Light Speed PRO16, nr fabryczny 103190ZYM8, rok produkcji 2005. Przegląd okresowy odbył się w dniu 22.08.2018 r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany do 30.11.2018 r., zgodnie z wpisem „system sprawny technicznie”;
- 3) w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym:
 - a) Diatermia elektrochirurgiczna, typ VIO100C, nr fabryczny 11427795, rok produkcji 2017. Przegląd okresowy odbył się w dniu 18.06.2018 r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany w czerwcu 2019 r., zgodnie z wpisem „aparat sprawny”,
 - b) Respirator transportowy, typ Oxylog 3000 Plus, nr fabryczny ASED-0011, rok produkcji 2016. Przegląd okresowy odbył się w dniu 21.06.2018 r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany w czerwcu 2020 r., zgodnie z wpisem „aparat sprawny technicznie”;
- 4) w Poradni Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej:

Lancetron, typ GT55A, nr fabryczny 980040, rok produkcji 1999. Przegląd okresowy odbył się w dniu 24.04.2018 r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany do 24.04.2019 r., zgodnie z wpisem „aparat sprawny technicznie”;
- 5) w Poradni Diabetologicznej:

Waga lekarska, typ WPL-150, nr fabryczny 10440/980, rok produkcji 1998. Przegląd okresowy odbył się w dniu 31.07.2018 r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany do 31.07.2020 r., zgodnie z wpisem „aparat sprawny technicznie”.

[Dowód: akta kontroli str.367-398]

5. Rejestr skarg i wniosków – liczba i zasadność skarg w poszczególnych latach, procedura rozpatrywania skarg składanych przez pacjentów.

W ramach kontroli dostępności świadczeń zdrowotnych sprawdzeniem objęto rejestr skarg i wniosków wpływających do Dyrekcji Szpitala. Skargi rozpatrywane są w oparciu o procedurę przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków, wprowadzoną w życie Zarządzeniem Dyrektora nr 63/2014 z dnia 02.06.2014 r. Zgodnie w/w procedurą skargi i wnioski mogą być wnoszone w formie pisemnej, elektronicznej oraz ustnie do protokołu. Rejestr skarg i wniosków prowadzi Pełnomocnik do spraw Praw Pacjenta. Rejestr jest prowadzony w sposób umożliwiający kontrolę przebiegu i terminów załatwiania skarg. Zawiera informacje dotyczące daty wpływu skargi/wniosku oraz daty i sposobu załatwienia sprawy.

W 2016 r. w przedmiotowym rejestrze umieszczono wpisy dotyczące 42 spraw (z tego: 1 skargę pozostawiono bez odpowiedzi, gdyż miała charakter anonimowy, 3 skargi uznano za zasadne, 38 uznano za niezasadne); w roku 2017 dokonano wpisu 40 skarg (z tego: 4 skargi uznano za zasadne, 36 uznano za niezasadne); w 2018 r. do dnia kontroli zarejestrowano 31 spraw (z tego

28 skarg uznano za niezasadne, 1 uznano za zasadną, 2 skargi były w trakcie rozpatrywania). Skargi zostały rozpatrzone przez Szpital, skarżącym udzielono odpowiedzi w terminie zgodnym z przyjętą procedurą.

Zgodnie z ustawą o działalności leczniczej analiza skarg i wniosków jest przedstawiana okresowo Radzie Społecznej Szpitala, co potwierdzają protokoły z posiedzeń Rady.

[Dowód: akta kontroli str.399-411]

6. Czas oczekiwania na udzielenie świadczeń zdrowotnych.

Zgodnie z art. 20 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w Szpitalu prowadzone są listy osób oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego. W trakcie kontroli ustalono, że w Szpitalu działa Zespół Oceny Przyjęć powołany Zarządzeniem Nr 100/2009 Dyrektora z dnia 11.12.2009 r. (z późniejszymi zmianami).

Do zadań Zespołu Oceny Przyjęć należy comiesięczna analiza list oczekujących na udzielenia świadczenia z uwzględnieniem: prawidłowości prowadzenia dokumentacji, czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia, zasadności i przyczyn zmian terminów udzielania świadczenia.

Zespół Oceny Przyjęć sporządza każdorazowo raport oceny i przedstawia go Dyrektorowi Szpitala. Obowiązek comiesięcznego przekazywania do Narodowego Funduszu Zdrowia informacji o kolejkach oczekujących na świadczenie Szpital realizuje za pomocą aplikacji informatycznej w systemie AMMS (Asseco Medical Management Solutions). Dane w systemie aktualizowane są na bieżąco, natomiast raporty o kolejkach w wersji elektronicznej przekazywane są do NFZ raz w miesiącu, w terminie do 7 dnia roboczego każdego miesiąca za miesiąc poprzedni.

Dowód kontroli stanowią przykładowe protokoły Zespołu Oceny Przyjęć: nr 8/2016 z dnia 08.11.2016 r., nr 5/2017 z dnia 13.06.2017 r., nr 4/2018 z dnia 2.06.2018 r. oraz sporządzony na dzień 23.10.2018 r. wydruk z systemu AMMS pt. „Eksport kolejek i pierwszych wolnych terminów”. Z w/w wydruku wynika, że na dzień jego sporządzenia:

- 1) najdłuższy czas oczekiwania na przyjęcie dotyczył Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej (w zakresie endoprotezoplastyki stawu kolanowego):
 - przypadki stabilne termin na 2023 r.,
 - przypadki pilne termin na 2021 r.
- 2) najkrótszy czas oczekiwania na przyjęcie dotyczył Oddziału Nefrologii:
 - przypadki stabilne – przyjęcia na bieżąco
 - przypadki pilne – przyjęcia na bieżąco.

[Dowód: akta kontroli str.412-428]

7. Wykonywanie badań satysfakcji pacjenta.

Ankietowe badania satysfakcji pacjentów prowadzone są w Szpitalu na podstawie wydawanych w każdym roku zarządzeń Dyrektora. W okresie objętym kontrolą badania prowadzone były na podstawie: Zarządzenia nr 44/2016 z dnia 21.04.2016 r., Zarządzenia nr 30/2017 z dnia 21.04.2017 r., Zarządzenia nr 54/2018 z dnia 28.06.2018 r. W zarządzeniach określany jest każdorazowo trzymiesięczny termin, w którym prowadzone jest ankietowanie. Badanie jakości świadczonych usług jest anonimowe i dobrowolne. Za wręczanie ankiet w oddziałach szpitalnych odpowiedzialne są pielęgniarki/położne oddziałowe a w poradniach – pielęgniarki i lekarze danej poradni. Ostatnie badanie przeprowadzono w okresie od 01.07.2018 r. do 30.09.2018 r., przy czym w terminie prowadzenia czynności kontrolnych w Szpitalu analiza ankiet nie została jeszcze opracowana. Analizy badań przeprowadzonych w latach 2016 i 2017 stanowią akta kontroli.

Z wyników badań przeprowadzonych w latach 2016 i 2017 wynika, że większość pacjentów wysoko oceniła jakość pracy personelu medycznego, w szczególności „pozytywne podejście do pacjenta”. Najczęstsze zastrzeżenia pacjentów (zarówno w oddziałach jak i w poradniach) dotyczyły zbyt

małej liczby personelu oraz związanego z tym zbyt krótkiego czasu poświęcanego pacjentom. Jak zapewnia Dyrekcja Szpitala w miarę możliwości i uwarunkowań stale podejmowane są działania doskonalące mające na celu poprawę zadowolenia pacjentów z usług zdrowotnych świadczonych w Szpitalu. Pozyskane w trakcie badań ankietowych dane oraz wnioski opracowane na podstawie ich analizy są wykorzystywane przez Dyrekcję Szpitala w ramach systemu kontroli zarządczej.

[Dowód: akta kontroli str.429-450]

B. Stwierdzone uchybienie:

Brak publikacji ogłoszenia o konkursie na stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Nefrologicznego na stronie BIP podmiotu tworzącego, co jest niezgodnie z zapisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą.

C. Ocena cząstkowa: pozytywna mimo stwierzonego uchybienia

D. Osoba odpowiedzialna:

Dyrektor Szpitala – na podstawie art. 46 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, zgodnie z którym odpowiedzialność za zarządzanie podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą ponosi kierownik.

IV. Prawidłowość gospodarowania mieniem.

A. Ustalenia faktyczne

W zakresie prawidłowości gospodarowania mieniem kontrolą objęto niżej wymienione zagadnienia:

1. Nabycie aparatury i sprzętu medycznego:

- a) Aparat do znieczulania Aespire View o wartości 136 880,01 zł;
 - dowód przyjęcia OT 067/2016 z dnia 13.06.2016 r., numer fabryczny APHV00607;
 - zakup ujęty w planie inwestycyjnym Szpitala na rok 2016, pozytywnie zaopiniowany przez Radę Społeczną Szpitala uchwałą nr 11/2016 z dnia 18.04.2016 r.;
 - zgoda podmiotu tworzącego wyrażona w piśmie z dnia 11.05.2016 r. ZD.NiP.9024.5.8.2016 (KW-00229/16);
 - zakup potwierdzony fakturą VAT Nr 5/AN/06/2016 z dnia 20.06.2016 r. (poz. 1 na kwotę 136 880,01 zł), termin płatności w ratach, zapłacono w dniach 13.07.2016 r. i 26.08.2016 r. – zakup sfinansowany ze środków własnych;
- b) Zestaw do neuronawigacji o wartości 374 652,00 zł;
 - dowód przyjęcia OT 061/2017 z dnia 17.08.2017 r., numer inwentarzowy 01/802/005771;
 - zakup ujęty w planie inwestycyjnym Szpitala na rok 2017, pozytywnie zaopiniowany przez Radę Społeczną Szpitala uchwałą nr 4/2017 z dnia 20.01.2017 r.;
 - brak akceptacji podmiotu tworzącego;
 - zakup potwierdzony fakturą VAT Nr 1072703727 z dnia 27.07.2017 r. na kwotę 374 652,00 zł, termin płatności w ratach, zapłacono każdą z rat w terminie (23.08.2017 r., 22.09.2017 r., 20.10.2017 r.) - zakup sfinansowany częściowo ze środków własnych (231.652,00 zł) a częściowo z dotacji Powiatu Bielskiego (113.000,00 zł);
- c) Aparat RTG przewoźny AeroDRX90 o wartości 449 280,00 zł;
 - dowód przyjęcia OT 155/2018 z dnia 31.08.2018 r., numer inwentarzowy 01/802/005981;
 - zakup ujęty w planie inwestycyjnym Szpitala na rok 2018, pozytywnie zaopiniowany przez Radę Społeczną Szpitala uchwałą nr 27/2018 z dnia 21.12.2018 r.;
 - brak akceptacji podmiotu tworzącego (zakup finansowany częściowo ze środków własnych (67.392,00 zł) a częściowo z dofinansowania EFRR (381.888,00zł) w ramach

doposażenia SOR w celu poprawy warunków udzielania świadczeń medycznych w stanach zagrożenia zdrowia i życia w ramach umowy nr POIS.09.01.00-00-0212/47-a), wniosek o wyrażenie zgody na zakup został wystosowany przez Dyrektora Szpitala dn. 27.12.2018 r. tj. już po dokonaniu zakupu;

- zakup potwierdzony fakturą VAT Nr FV/009/8/18/SPRO z dnia 31.08.2018 r. na kwotę 449 280,00 zł, termin płatności 30.10.2018 r. - w terminie kontroli nie upłynął jeszcze termin zapłaty faktury.

W przypadku zakupu sprzętu wymienionego w pkt b i c nabycie nastąpiło bez uzyskania akceptacji podmiotu tworzącego zgodnie z Rozdz. III pkt 3 Procedury nabywania. W pozostałym zakresie objętym kontrolą nabycie aparatury i sprzętu medycznego nie budzi zastrzeżeń.

[Dowód: akta kontroli str.451-468]

2. Zbycie aparatury i sprzętu medycznego:

W ramach kontroli prawidłowości gospodarowania mieniem sprawdzono procedurę zbycia niżej wymienionego sprzętu i aparatury medycznej:

- a) Aparat do reutilizacji DIAL, typ Renatron II Station System"- nr inwentarzowy 01/802/002049, rok produkcji 1999, wartość początkowa 36 206,19 zł, umorzenie 80 %;
- dowód LT-0029/16 z dnia 20.09.2016 r.;
 - orzeczenie techniczne z dnia 29.09.2015 r. – aparat „starszej generacji” nie spełniał aktualnych wymogów technicznych;
 - pozytywna opinia Rady Społecznej Szpitala wyrażona uchwałą nr 7/2016 z dnia 22.01.2016 r.;
 - na zbycie w/w środka trwałego nie była wymagana zgoda podmiotu tworzącego;
 - protokół kasacyjny nr 14/2016 z dnia 06.09.2016 r. w sprawie kasacji składników majątku Szpitala;
 - sprzęt został przekazany do utylizacji, karta przekazania odpadów z dnia 07.11.2016 r.
- b) Kolonoskop CF-1T20L - nr inwentarzowy 01/802/001950, rok produkcji 1991, wartość początkowa 42 857,28 zł, umorzenie 90 %;
- dowód LT-073/17 z dnia 17.05.2017 r.;
 - orzeczenie techniczne z dnia 19.04.2017 r. – nie jest możliwa naprawa urządzenia;
 - pozytywna opinia Rady Społecznej Szpitala wyrażona uchwałą nr 14/2017 z dnia 27.04.2017 r.;
 - na zbycie w/w środka trwałego nie była wymagana zgoda podmiotu tworzącego;
 - protokół kasacyjny nr 6/2017 z dnia 17.05.2017 r. w sprawie kasacji składników majątku Szpitala;
 - sprzęt wycofano z użytku, przy czym nie został jeszcze przekazany do utylizacji.

Zbycie w/w aparatury i sprzętu medycznego w zakresie objętym kontrolą nie budzi zastrzeżeń.

[Dowód: akta kontroli str.469-491]

3. Najem/dzierżawa pomieszczeń.

W ramach kontroli sprawdzaniem objęto prawidłowość zawarcia umów:

- 1) najmu nr 2/2017 z dnia 28.02.2017 r.,
- 2) dzierżawy nr 3/2017 z dnia 28.04.2017 r.

Ad.1) Przedmiotem umowy jest najem pomieszczenia o powierzchni 140,79 m² zlokalizowanego w budynku „F”, przeznaczanego na prowadzenie ogólnodostępnej apteki oraz części dachu o powierzchni 3 m² pod baner reklamowy najemcy.

Umowa zawarta została w trybie bezprzetargowym na okres 3 lat liczonych od dnia 01.03.2017 r. do dnia 29.02.2020 r. Rada Społeczna Szpitala uchwałą nr 6/2017 z dnia 20.01.2017 r. pozytywnie zaopiniowała wniosek Dyrektora Szpitala dotyczący wynajęcia przedmiotowej powierzchni. Zarząd Województwa Śląskiego uchwałą nr 391/172/V/2017 z dnia 21.02.2017 r. wyraził zgodę na zawarcie przedmiotowej umowy.

Zgodnie z zapisami umowy najemca zobowiązany jest płacić wynajmującemu czynsz najmu, obejmujący również koszty eksploatacyjne na podstawie wystawionej przez wynajmującego faktury VAT, w terminie 14 dni od wystawienia faktury, na konto wskazane w fakturze.

Umowa zawiera zapisy określone w § 15 „Zasad zbywania”, które obowiązywały w dacie zawarcia umowy. Objęte kontrolą faktury za marzec i kwiecień 2018 r. wystawione zostały zgodnie z treścią umowy. Należności z tytułu faktur wpłynęły w terminie.

Ad.2) Przedmiotem umowy jest dzierżawa terenu zewnętrznego o powierzchni 5660 m² stanowiącego parking główny przed budynkiem „C”.

Umowa zawarta została w trybie bezprzetargowym na okres 3 lat, począwszy od dnia 01.05.2017 r. do dnia 30.04.2020 r. Rada Społeczna Szpitala pozytywnie zaopiniowała wniosek Dyrektora Szpitala dotyczący wydzierżawienia przedmiotowego pomieszczenia uchwałą nr 7/2017 z dnia 20.01.2017 r. Zgoda podmiotu tworzącego nie była wymagana.

Zgodnie z zapisami umowy, dzierżawca zobowiązany jest płacić wydzierżawiającemu czynsz dzierżawny oraz opłaty za energię elektryczną na podstawie wystawionej przez wydzierżawiającego faktury VAT, w terminie 14 dni od wystawienia faktury, na konto wskazane w fakturze.

Umowa zawiera zapisy określone w § 15 „Zasad zbywania”, które obowiązywały w dacie zawarcia umowy. Objęte kontrolą faktury za czerwiec i wrzesień 2018 r. wystawione zostały zgodnie z treścią umowy. Należności z tytułu faktur wpłynęły w terminie.

[Dowód: akta kontroli str.492-521]

B. Stwierdzone uchybienie:

1. Brak uzyskania akceptacji podmiotu tworzącego na nabycie: w 2017 r. Zestawu do neuronawigacji o wartości 374 652,00 zł i w 2018 r. Aparatu RTG o wartości 449 280,00 zł; zgodnie z Rozdz. III pkt 3 Procedury nabywania.

C. Ocena cząstkowa: pozytywna pomimo stwierdzonych uchybień

D. Osoba odpowiedzialna:

1. Zastępca Dyrektora ds. Administracyjno-Technicznych, w oparciu o zakres czynności i obowiązków określony w § 23 Regulaminu Organizacyjnego Szpitala;
2. Dyrektor Szpitala, na podstawie art. 46 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, zgodnie z którym odpowiedzialność za zarządzanie podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą ponosi kierownik.

V. Realizacja zaleceń pokontrolnych z poprzedniej kontroli prowadzonej przez Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego.

A. Ustalenia faktyczne:

Ostatnia kontrola w Szpitalu przeprowadzona została przez pracowników Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w dniach

9-10 maja 2016 r. Przedmiotem kontroli objęto: realizację zadań statutowych, dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych, prawidłowość gospodarowania mieniem oraz gospodarkę finansową w okresie od 2014 r. do dnia kontroli.

Wydano następujące zalecenie pokontrolne: „*Podjąć działania zmierzające do zamieszczenia w Regulaminie Organizacyjnym Szpitala informacji dotyczących organizacji i zadań następujących komórek Szpitala: poradni, Pracowni elektrofizjologii, Pracowni urządzeń wszczepialnych serca, Ambulatorium ogólnego nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, mając na uwadze art. 24 ust. 1 pkt 7 ustawy o działalności leczniczej.*”

Dyrektor Szpitala, w ustawowym terminie, złożył do Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego sprawozdanie o sposobie realizacji zalecenia pokontrolnego. Sprawdzono realizację zalecenia pokontrolnego w latach 2016-2018 i stwierdzono, że zostało ono wykonane.

B. Stwierdzone nieprawidłowości: brak

C. Ocena cząstkowa: pozytywna

VI. Pozostałe informacje, zalecenia i pouczenia.

1. Pozostałe informacje

Pismem z dnia 16.01.2019 r. znak: ZD.N.1711.16.2018, ZD-NiP.KW.00027/19, Projekt wystąpienia pokontrolnego został przekazany Dyrektorowi Szpitala Wojewódzkiego w Bielsku-Białej. Ze „zwrotnego doręczenia odbioru” wynika, że pismo zostało doręczone do Szpitala w dniu 22.01.2019 r.

Dyrektor Szpitala nie zgłosił zastrzeżeń do treści Projektu wystąpienia pokontrolnego.

2. Zalecenia

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami zalecam podjąć działania zmierzające do:

- 1) zgłoszenia do Krajowego Rejestru Sądowego adresu strony internetowej i adresu poczty elektronicznej, zgodnie z wymogami ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym (tekst jednolity Dz. U. z 2018 r. poz. 986 z późn. zm.);
- 2) uzupełnienia w Regulaminie Organizacyjnym informacji o liczbie łóżek intensywnej opieki medycznej w Oddziale Patologii Noworodka oraz wymienienia w strukturze Zakładu Patomorfologii komórki „Prosektorium z pracownią badań autopsyjnych”;
- 3) wpisania do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą „Poradni Anestezjologicznej” działającej w ramach Ambulatoryjnej Opieki Zdrowotnej;
- 4) publikowania ogłoszeń o konkursach zgodnie z zapisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą;
- 5) uzyskiwania akceptacji podmiotu tworzącego dla nabycia aparatury i sprzętu medycznego zgodnie z rozdz. III pkt 3 Procedury nabywania.

Wystąpienie pokontrolne sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, z których jeden przekazuje się Dyrektorowi Szpitala Wojewódzkiego w Bielsku-Białej.

Wystąpienie pokontrolne zawiera 16 ponumerowanych stron.

3. Pouczenia

Zgodnie z § 25 ust. 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych (t. j. Dz. U. z 2015 r. poz. 1331) od wystąpienia pokontrolnego nie przysługują środki odwoławcze.

Na podstawie § 26 w/w rozporządzenia, informację o podjętych działaniach w zakresie zaleceń należy przekazać do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w terminie 30 dni od daty otrzymania niniejszego wystąpienia.

Podmiot uprawniony do kontroli

z up. ZARZĄDU WOJEWÓDZTWA ŚLĄSKIEGO

Grzegorz Gwóźdź
Z-ca Dyrektora Wydziału
Zdrowia i Polityki Społecznej