

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

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 3 w Rybniku
ul. Energetyków 46, 44-200 Rybnik
(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. 13, 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: Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 3 w Rybniku, ul. Energetyków 46, 44-200 Rybnik.

Kierownik jednostki kontrolowanej: Pani Bożena Mocha-Dziechciarz (p.o. Dyrektora od 01.11.2014 r. do 30.09.2016 r., Dyrektor od 01.10.2016 r. do nadal).

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

- Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa - Pana Wojciecha Kreis (p.o. Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa od 01.09.2014 r. do 12.10.2016 r., Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa od 13.10.2016 r. do nadal),
- Zastępcy Dyrektora ds. Techniczno-Organizacyjnych – Pana Marcina Rybkowskiego od 25.11.2014 r. do 30.09.2017 r. (z dniem 01.10.2017 r. stanowisko zlikwidowano),
- Główniej Księgowej – Pani Pauliny Nosiadek,

oraz kierowników komórek organizacyjnych.

Termin przeprowadzenia czynności kontrolnych i zakres kontroli:

kontrolę przeprowadzono w dniach 7-8 listopada 2018 r. w zakresie: realizacji zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie; dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych; prawidłowości gospodarowania mieniem oraz środkami publicznymi w latach 2016-2018.

[Dowód: akta kontroli str. 1-5]

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 718/ZD/2018 z dnia 31.10.2018 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 07.11.2018 r.

[Dowód: akta kontroli str. 6-7]

Monika Mrozek – Inspektor Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w Katowicach, legitymacja służbowa nr 1100664, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 717/ZD/2018 z dnia 31.10.2018 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 07.11.2018 r.

[Dowód: akta kontroli str. 8-9]

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 716/ZD/2018 z dnia 31.10.2018 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 07.11.2018 r.

[Dowód: akta kontroli str.10-11]

O kontroli Dyrektor jednostki została poinformowana pismem przekazany pocztą elektroniczną dnia 31.10 2018 r.

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

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 3 w Rybniku zwany dalej „Szpitalem” jest podmiotem leczniczym prowadzonym w formie samodzielnego publicznego zakładu 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 000000012877 oraz posiada osobowość prawną i jest wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego w Gliwicach pod numerem KRS 0000067701. Siedzibą Szpitala jest miasto Rybnik.

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/12/29/2015 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 21.09.2015 r. z uwzględnieniem zmian wprowadzonych uchwałą Nr V/34/37/2017

- Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 13.02.2017 r. (t. j.: Dz. Urz. Województwa Śląskiego z dnia 05.10.2017 r. poz. 5314),
- 4) Regulaminu Organizacyjnego, którego ostatnie zmiany zostały pozytywnie zaopiniowane przez Radę Społeczną uchwałą nr 68/2018 z dnia 06.06.2018 r. oraz wprowadzone w życie Zarządzeniem nr 58/2018 Dyrektora Szpitala z dnia 12.06.2018 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.,
 - b) Zasad zbywania, wydzierżawiania, wynajmowania, oddania w użytkowanie lub użyczenie aktywów trwałych SP ZOZ, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie, określonych w uchwale nr 1784/277/IV/2013 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 13.08.2013 r. z późn. zm.,
 - c) Zasad gospodarowania aktywami trwałymi SP ZOZ, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie, określonych w uchwale nr 2232/288/V/2018 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 25.09.2018 r.,
 - 6) innych powszechnie obowiązujących przepisów prawa.

W Szpitalu zatrudnienie na dzień 07.11.2018 r. wynosiło:

- 1 290 pracowników w ramach umowy o pracę,
- 332 pracowników w ramach umów cywilnoprawnych.

[Dowód: akta kontroli str. 12]

2. Prawdliwość wpisów w Krajowym Rejestrze Sądowym

Ostatnie zgłoszenie do Krajowego Rejestru Sądowego z dnia 19.10.2017 r. dotyczyło tekstu jednolitego Statutu Szpitala przyjętego Uchwałą nr V/42/35/2017 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 18.09.2017 roku. Z uwagi na fakt, że ww. zgłoszenie zawierało jedynie informacje o ustaleniu tekstu jednolitego Statutu (nie dotyczyło zmian jego treści) kontrolą objęto wcześniejszy wniosek z dnia 16.03.2017 r., który dotyczył zmian Statutu przyjętych Uchwałą nr V/34/37/2017 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 13.02.2017 r. oraz zmiany danych dotyczących osoby wchodzącej w skład Rady Społecznej Szpitala. W wyniku kontroli wniosku ustalono, że Szpital nie dopełnił ustawowego obowiązku wynikającego z art. 22 ustawy o Krajowym Rejestrze Sądowym z dnia 20 sierpnia 1997 r. (tekst jednolity Dz. U. z 2018 r. poz. 986 z późn. zm.), który wskazuje 7 dni na zgłoszenie zmian do KRS.

W trakcie kontroli stwierdzono ponadto, że w Dziale I, Rubryce 2 – „Siedziba i adres podmiotu” nie wprowadzono informacji dotyczących:

- adresu poczty elektronicznej Szpitala,
- adresu strony internetowej Szpitala,

co stanowi naruszenie art. 38 pkt 1a w związku z art. 53a ww. ustawy.

[Dowód: akta kontroli str.13-28]

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

Regulamin Organizacyjny Szpitala (dalej: „Regulamin”) sporządzony został w oparciu o przepisy art. 24 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Ostatnie zmiany do Regulaminu zostały pozytywnie zaopiniowane przez Radę Społeczną Szpitala uchwałą nr 68/2018 z dnia 06.06.2018 r., a następnie wprowadzone Zarządzeniem nr 58/2018 Dyrektora Szpitala z dnia 12.06.2018 r.

W toku kontroli sprawdzono zgodność zapisów Regulaminu z przepisami ww. ustawy. Stwierdzono, że Regulamin Szpitala nie zawiera jednego z niezbędnych elementów, wskazanych w treści art. 24 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej tj. informacji o wysokości opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej ustalonej w sposób określony w art. 28 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j.: Dz. U. z 2017 r., poz. 1318 z późn. zm.). W § 62 ust. 6 Regulaminu zawarty został zapis informujący, że cennik odpisów, wyciągów, zaświadczeń oraz kserokopii wykonywanych w Szpitalu na rzecz wnioskodawców stanowi załącznik nr 3 do niniejszego Regulaminu - rzeczony załącznik nie stanowi jednak cennika, a jedynie ramowy wzór takiego dokumentu, ponieważ nie zostały w nim wskazane konkretne ceny za wykonanie określonych usług w tym zakresie. W § 62 ust. 7 widnieje informacja, że aktualizacja cennika jest dokonywana przez Dyrektora Szpitala w formie pisemnej, nie stanowi zmiany treści Regulaminu Organizacyjnego i nie wymaga opinii Rady Społecznej. Ponadto, w rzeczonym załączniku przywołana jest nieaktualna podstawa prawna – ustawa o zakładach opieki zdrowotnej.

Zamieszczenie w treści Regulaminu powyższych zapisów nie można uznać za tożsame z określeniem cennika, o którym mowa w ustawie o działalności leczniczej. Cennik jest częścią składową regulaminu organizacyjnego podmiotu leczniczego, a każda jego zmiana powinna być procedowana w sposób właściwy dla zmian zapisów regulaminu, tj. opiniowana przez radę społeczną i wprowadzana w życie zarządzeniem kierownika jednostki.

Sprawdzono zgodność zapisów Regulaminu w zakresie struktury organizacyjnej komórek działalności medycznej oraz miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych z Księgą Rejestrową widniejącą w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (dalej: Rejestr) według stanu na dzień 07.11.2018 r. Wprowadzone w życie Zarządzenia Dyrektora (nr 42/2018 z dnia 08.05.2018 r. oraz nr 58/2018 z dnia 12.06.2018 r.) zawierają zastrzeżenia, że niektóre wskazane zmiany w Regulaminie wymagają zgody Zarządu Województwa Śląskiego, przy czym są one jednocześnie uwzględniane w dokumencie. Ten tryb wprowadzania zmian w Regulaminie kontrolujący uznali za nieprawidłowy, ponieważ utrudnia to ustalenie obowiązującej treści Regulaminu w zakresie aktualnego na dany dzień wykazu funkcjonujących komórek medycznych.

Na potrzeby kontroli, w celu dokonania powyższej analizy zgodności zapisów Regulaminu z Księgą Rejestrową Szpitala, kontrolujący ujednolitali tekst Regulaminu na dzień 07.11.2018 r. Stwierdzono następujące różnice:

Lp.	Zapisy w Regulaminie Organizacyjnym Szpitala	Zapisy w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą
1.	Oddział Okulistyczny 15 łóżek a) Pododdział Okulistyczny dla Dzieci 5 łóżek	Oddział Okulistyczny 20 łóżek
2.	Oddział Chorób Wewnętrznych I 61 łóżek z Pododdziałem Nefrologicznym 10 łóżek w tym 4 łóżka intensywnej opieki medycznej	- Oddział Chorób Wewnętrznych I z Pododdziałem Nefrologicznym 51 łóżek w tym 4 łóżka intensywnej opieki medycznej - Pododdział Nefrologiczny 10 łóżek
3.	Oddział Chorób Wewnętrznych II 42 łóżka w tym 4 łóżka intensywnej opieki medycznej w tym 10 łóżek na odcinku dermatologicznym	Oddział Chorób Wewnętrznych II 62 łóżka w tym 4 łóżka intensywnej opieki medycznej
4.	(brak wpisu)	Oddział Dermatologiczny 20 łóżek
5.	Oddział Otolaryngologiczny 18 łóżek	Oddział Otolaryngologiczny 20 łóżek w tym 2 łóżka intensywnej opieki medycznej
6.	Pododdział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej dla Dzieci 10 łóżek	(brak wpisu)
7.	(brak wpisu)	Oddział Ortopedii Małoinwazyjnej 10 łóżek

Lp.	Zapisy w Regulaminie Organizacyjnym Szpitala	Zapisy w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą
8.	Oddział Onkologiczny z Pododdziałem Hematologicznym 42 łóżka a) 1 łóżko intensywnej opieki medycznej oraz b) Pododdział Hematologiczny 8 łóżek	- Oddział Onkologiczny z Pododdziałem Hematologicznym 42 łóżka w tym 2 łóżka intensywnej opieki medycznej - Pododdział Hematologiczny 8 łóżek
9.	Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii 13 łóżek w tym 13 łóżek intensywnej opieki medycznej	Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii 11 łóżek w tym 11 łóżek intensywnej opieki medycznej
10.	Oddział Endokrynologii i Chorób Metabolicznych 15 łóżek	Oddział Endokrynologii i Diabetologii 15 łóżek
11.	Szpitalny Oddział Ratunkowy 6 łóżek a) ambulatorium ogólne, b) ambulatorium chirurgiczne	- Szpitalny Oddział Ratunkowy 8 łóżek - Ambulatorium ogólne - Ambulatorium chirurgiczne
12.	(brak wpisu)	Zespół Transportu Międzyszpitalnego

Zgodnie z treścią przedstawionego Zarządzenia Dyrektora Szpitala nr 42/2018 z dnia 08.05.2018 r. dotyczącego zmiany Regulaminu, wyszczególnione w powyższej tabeli w pozycjach 3 i 6 zmiany organizacyjne wymagają akceptacji Zarządu Województwa Śląskiego - we wskazanych przypadkach Szpital nie wystąpił ze stosownymi wnioskami.

Kontrola strony Biuletynu Informacji Publicznej Szpitala wykazała, że zawiera ona informacje wymagane przez art. 24 ust. 2 o działalności leczniczej. Ponadto wszystkie informacje wskazane w ww. przepisie zostały poprawnie podane do wiadomości pacjentów poprzez ich wywieszenie w widocznych miejscach udzielania świadczeń.

Analizie poddano zgodność danych zamieszczonych na stronie BIP z zapisami 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.). Stwierdzono, że Szpital nie opublikował informacji wymaganych przez przepisy ww. ustawy w zakresie:

- 1) osób sprawujących funkcje w organach Szpitala (art. 6 ust. 1 pkt 2 lit. d),
- 2) majątku, którym dysponuje Szpital (art. 6 ust. 1 pkt 2 lit. f),
- 3) naboru kandydatów na wolne stanowiska, w zakresie określonym w przepisach odrębnych (art. 6 ust. 1 pkt 3 lit. g),
- 4) dokumentacji przebiegu i efektów kontroli oraz wystąpień, stanowisk, wniosków i opinii podmiotów ją przeprowadzających (art. 6 ust. 1 pkt 4 lit. a tiret drugie).

W przypadku osoby sprawującej funkcję dyrektora Szpitala oraz naboru kandydatów, informacje w tym zakresie widnieją na stronie internetowej Szpitala w zakładkach „Działalność” i „Praca”. Brak jest jednak odpowiednich odesłań do wskazanych działów bezpośrednio ze strony BIP.

[Dowód: akta kontroli str. 29-249]

B. Stwierdzone uchybienia i nieprawidłowości:

1. Nieprawidłowość dotycząca przekroczenia siedmiodniowego terminu zgłoszenia do Krajowego Rejestru Sądowego zmian w Statucie Szpitala, co stanowi naruszenie art. 22 ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym;
2. Nieprawidłowości dotyczące 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;
3. Nieprawidłowość polegająca na braku cennika opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej w Regulaminie Organizacyjnym, co stanowi naruszenie art. 24 ust. 1 pkt 9 ustawy o działalności leczniczej;

4. Nieprawidłowość polegająca na niezgodnościach pomiędzy zapisami Regulaminu Organizacyjnego Szpitala i Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą w zakresie komórek organizacyjnych działalności medycznej;
5. Uchybienia dotyczące niewłaściwego trybu wprowadzania zmian w Regulaminie Organizacyjnym Szpitala w zakresie tworzenia komórek organizacyjnych działalności medycznej, w sytuacji, gdy wymagana jest uprzednia zgoda podmiotu tworzącego;
6. Nieprawidłowości polegające na braku na stronie BIP Szpitala informacji o osobach sprawujących funkcje w organach Szpitala, majątku Szpitala, naborze kandydatów na wolne stanowiska, a także dokumentacji przebiegu i efektów kontroli zewnętrznych, co stanowi naruszenie art. 8 ust. 3 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej.

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

D. Osoby odpowiedzialne:

1. Kierownik Działu Organizacyjnego;
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 obiektach zlokalizowanych w Rybniku przy ulicy Energetyków 46.

1. Funkcjonowanie wybranych komórek organizacyjnych.

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

- 1) Oddziału Chorób Wewnętrznych II;
- 2) Oddziału Położniczo-Ginekologicznego;
- 3) Oddziału Pediatrycznego;
- 4) Poradni Hepatologicznej;
- 5) Poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej;
- 6) Poradni Onkologicznej.

1) Oddział Chorób Wewnętrznych II

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 26.11.1997 r. i dysponuje 62 łózkami.

W Oddziale wykonywane jest: diagnozowanie i leczenie chorób z zakresu wewnętrznego wydziałania i chorób metabolicznych oraz innych schorzeń internistycznych, w tym z zakresu pulmonologii, gastroenterologii, hematologii, reumatologii, diabetologii i endokrynologii oraz geriatry; wdrażanie nowoczesnej terapii kardiologicznej przy współpracy z ośrodkami klinicznymi; realizacja programów leczenia kardiologicznego obejmującego zawał mięśnia sercowego oraz niestabilną chorobę wieńcową; edukacja pacjentów.

Liczba hospitalizowanych pacjentów wyniosła:

- 2 589 w 2016 r.,
- 2 491 w 2017 r.,
- 1 670 w okresie 9 miesięcy 2018 r.

2) Oddział Położniczo-Ginekologiczny

Oddział wpisany jest do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 010 (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: 4450. Oddział został wpisany do Rejestru z dniem 26.11.1997 r. i dysponuje 40 łózkami.

Do zadań Oddziału w szczególności należy: diagnostyka i leczenie jednostek chorobowych z zakresu chorób kobiecych, poszerzenie powszechnie stosowanych zabiegów operacyjnych o nowe techniki leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet oraz wypadania narządu rodowego, zabiegi laparoskopowe; badania i zabiegi histeroskopowe i laparoskopowe; intensywny nadzór nad ciężarnymi z ciążą wysokiego ryzyka, prowadzenie porodów, leczenie powikłań okresu połogu, współpraca z Polskim Bankiem Komórek Macierzystych w zakresie pobierania krwi pępowinowej.

Liczba hospitalizowanych pacjentów wyniosła:

- 3 557 w 2016 r.,
- 3 601 w 2017 r.,
- 2 519 w okresie 9 miesięcy 2018 r.

3) Oddział Pediatriczny

Oddział wpisany jest do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 008 (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: 4401. Oddział został wpisany do Rejestru z dniem 26.11.1997 r. i dysponuje 30 łózkami.

Do zadań szczególnych Oddziału należy: kompleksowa diagnostyka i terapia schorzeń układu oddechowego, krążenia, pokarmowego, moczowego; opieka psychologa klinicznego; współpraca z wysokoreferencyjnymi ośrodkami klinicznymi.

Liczba hospitalizowanych pacjentów wyniosła:

- 1 532 w 2016 r.,
- 1 736 w 2017 r.,
- 1 364 w okresie 9 miesięcy 2018 r.

4) Poradnia Hepatologiczna

Poradnia wpisana jest do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 020 (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: 1056. Poradnia została wpisana do Rejestru z dniem 26.11.1997 r.

Poradnia zajmuje się kompleksową diagnostyką i leczeniem chorób wątroby.

Liczba udzielonych porad wyniosła:

- 2 489 w 2016 r.
- 2 524 w 2017 r.
- 1 907 w okresie 9 miesięcy 2018 r.

Według harmonogramu pracy zamieszczonego w Portalu Świadczeniodawcy NFZ oraz wywieszonego na drzwiach wejściowych Poradni świadczenia są udzielane następująco: poniedziałek – piątek 7:30-15:05. Kontrolujący stwierdzili, że w dniu 8 listopada 2018 r. (czwartek) przyjmowanie pacjentów przez lekarzy odbywało się zgodnie z powyższym harmonogramem.

5) Poradnia Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej

Poradnia wpisana jest do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 023 (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: 1580. Poradnia została wpisana do Rejestru z dniem 26.11.1997 r.

Poradnia diagnozuje oraz leczy urazy i choroby narządu ruchu. W ramach kompleksowej diagnostyki zlecane są badania specjalistyczne, takie jak: RTG, USG, rezonans magnetyczny, tomografia komputerowa.

Liczba udzielonych porad wyniosła:

- 15 372 w 2016 r.,
- 18 383 w 2017 r.,
- 12 748 w okresie 9 miesięcy 2018 r.

Według harmonogramu pracy zamieszczonego w Portalu Świadczeniodawcy NFZ oraz wywieszonego na drzwiach wejściowych Poradni świadczenia są udzielane następująco: poniedziałek 7:00-18:00, wtorek 7:00-17:00, środa 7:00-11:00 i 15:05-17:00, czwartek 7:00-13:00 i piątek 7:00-16:00. Kontrolujący stwierdzili, że w dniu 8 listopada 2018 r. (czwartek) przyjmowanie pacjentów przez lekarzy odbywało się zgodnie z powyższym harmonogramem.

6) Poradnia Onkologiczna

Poradnia wpisana jest do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 021 (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: 1240. Poradnia została wpisana do Rejestru z dniem 26.11.1997 r.

Poradnia zapewnia kompleksową opiekę nad Pacjentami z podejrzeniem nowotworu lub zdiagnozowaną chorobą nowotworową.

Liczba udzielonych porad wyniosła:

- 6 216 w 2016 r.,
- 6 405 w 2017 r.,
- 4 798 w okresie 9 miesięcy 2018 r.

Według harmonogramu pracy zamieszczonego w Portalu Świadczeniodawcy NFZ oraz wywieszonego na drzwiach wejściowych Poradni świadczenia są udzielane następująco: poniedziałek 10:00-18:00, wtorek 8:00-15:00, środa 09:00-15:00, czwartek 9:00-15:00 i piątek 10:00-15:00. Kontrolujący stwierdzili, że w dniu 8 listopada 2018 r. (czwartek) przyjmowanie pacjentów przez lekarzy odbywało się zgodnie z powyższym harmonogramem.

[Dowód: akta kontroli str.250-263]

2. Udzielanie zamówień na świadczenia zdrowotne.

Przedmiotem weryfikacji przeprowadzonej przez kontrolujących były zapisy umów:

- 1) Nr DO-M/ŚZ/5/2018 z dnia 02.01.2018 r. na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania konsultacji z Medycyny Pracy,
- 2) Nr DO-M/ŚZ/8/2018 z dnia 02.01.2018 r. na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania konsultacyjnych badań w kierunku serodiagnostyki kiły (FTA, TPHA, VDRL, FTA, ABS), prątka gruźlicy oraz HIV (wyłącznie test potwierdzenia Western Blot).

Ad. 1) Nr DO-M/ŚZ/5/2018 z dnia 02.01.2018 r.

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 Zarządzenia nr 82/2017 Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 3 w Rybniku z dnia 19.10.2017 r. w sprawie zmiany Regulaminu przeprowadzania konkursu ofert na świadczenia zdrowotne.

Umowa została zawarta w formie pisemnej, na czas określony, tj. od dnia 01.01.2018 r. do dnia 31.03.2022 r. i zawiera wszystkie niezbędne zapisy określone w art. 27 ustawy o działalności leczniczej. Umowa określa szacunkową wartość brutto zamówienia.

Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach i podpisana przez strony.

W ramach kontroli realizacji umowy sprawdzono rachunki nr:

- 2018/02/19 z dnia 28.02.2018 r. - stawka jednostkowa zgodna z umową,
- 2018/03/29 z dnia 31.03.2018 r. - stawka jednostkowa zgodna z umową.

Ad. 2) Nr DO-M/ŚZ/8/2018 z dnia 02.01.2018 r.

Umowa została zawarta w trybie postępowania konkursowego przeprowadzonego przez Szpital na podstawie przepisu art. 26 ustawy o działalności leczniczej oraz Zarządzenia nr 82/2017 Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 3 w Rybniku z dnia 19.10.2017 r. w sprawie zmiany Regulaminu przeprowadzania konkursu ofert na świadczenia zdrowotne.

Umowa została zawarta w formie pisemnej, na czas określony, tj. od dnia 01.01.2018 r. do dnia 31.03.2022 r. i zawiera wszystkie niezbędne zapisy określone w art. 27 ustawy o działalności leczniczej. Umowa określa szacunkową wartość brutto zamówienia.

Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach i podpisana przez strony.

W ramach kontroli realizacji umowy sprawdzono faktury nr:

- FA/106/03/2018 z dnia 06.04.2018 r. - stawka jednostkowa zgodna z umową;
- FA/052/08/2018 z dnia 05.09.2018 r. - w przypadku pozycji 3 faktury stawka jednostkowa nie została wyszczególniona w umowie.

[Dowód: akta kontroli str.264-304]

3. Realizacja zadań w zakresie doboru personelu szpitalnego i podstawy zatrudnienia.**Ogłaszanie i przeprowadzanie konkursów na następujące 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. lata 2016-2018 w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym Nr 3 w Rybniku miało miejsce sześć postępowań konkursowych na stanowiska kierownicze wskazane w art. 49 ww. ustawy.

Przeprowadzone postępowania konkursowe na stanowiska kierownicze:

- 1) pielęgniarki oddziałowej Oddziału Urologicznego (data konkursu: 17.10.2016 r., okres zatrudnienia 01.11.2016 r. – 31.10.2022 r.),
- 2) pielęgniarki oddziałowej Oddziału Kardiologicznego z pododdziałem intensywnej opieki kardiologicznej (data konkursu: 25.10.2016 r., okres zatrudnienia 01.11.2016 r. – 31.10.2022 r.),
- 3) pielęgniarki oddziałowej Oddziału Chorób Wewnętrznych I (data konkursu: 25.10.2016 r., okres zatrudnienia 01.11.2016 r. – 31.10.2022 r.),
- 4) pielęgniarki oddziałowej Oddziału Endokrynologii i Diabetologii (data konkursu: 27.10.2016 r., okres zatrudnienia 01.11.2016 r. – 31.10.2022 r.),

- 5) pielęgniarki oddziałowej Oddziału Rehabilitacji z pododdziałem rehabilitacji neurologicznej (data konkursu: 27.10.2016 r., okres zatrudnienia 01.11.2016 r. – 31.10.2022 r.),
- 6) pielęgniarki oddziałowej Oddziału Intensywnej Terapii (data konkursu: 27.10.2016 r., okres zatrudnienia 01.11.2016 r. – 31.10.2022r.).

Dodatkowo, zgodnie z pisemnymi informacjami przekazanymi kontrolującym przez Kierownika Działu Zarządzania Zasobami Ludzkimi, w Szpitalu na stanowisko kierownika oddziału przeprowadzany jest konkurs, zgodnie z wewnętrznym regulaminem przeprowadzania konkursu na stanowisko kierownika oddziału. W wyniku ww. postępowania wyłoniony kandydat zatrudniony zostaje na podstawie umowy o pracę na okres 6 lat.

Ponadto, w Szpitalu przeprowadzane są konkursy na udzielanie świadczeń zdrowotnych i kierowanie oddziałem, w wyniku których powierzenie obowiązków kierownika oddziału następuje w ramach umowy cywilnoprawnej, najczęściej na okres 3 lat.

Mając na uwadze, iż obowiązujący w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym Nr 3 w Rybniku Regulamin Organizacyjny nie zawiera zapisów umożliwiających zatrudnienie kierownika oddziału w sposób inny niż na podstawie umowy o pracę, należy je zmodyfikować, tak aby przewidywały również odmienną formę prawną nawiązania stosunku pracy z osobą kierującą oddziałem Szpitala.

Zatrudnienie na stanowiskach objętych konkursem na podstawie ww. przepisów prawa kształtuje się następująco:

- 1) Oddział Intensywnej Terapii: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 2) Oddział Anestezjologii: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 3) Oddział Chorób Wewnętrznych I z pododdziałem nefrologicznym: p.o. ordynatora, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
- 4) Oddział Chorób Wewnętrznych II: p.o. kierownika oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 5) Oddział Onkologiczny z pododdziałem hematologicznym: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 6) Oddział Pediatriczny: p.o. kierownika oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 7) Oddział Neonatologiczny: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 8) Oddział Ginekologiczno - Położniczy: kierownik oddziału, położna oddziałowa;
- 9) Oddział Chirurgii Ogólnej z pododdziałem chirurgii naczyniowej: p.o. ordynatora, pielęgniarka oddziałowa;
- 10) Oddział Chirurgii Dziecięcej: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 11) Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 12) Oddział Okulistyczny: p.o. ordynatora, pielęgniarka oddziałowa;
- 13) Oddział Otolaryngologiczny: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 14) Oddział Otolaryngologiczny Dzieci: p.o. kierownika oddziału, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
- 15) Oddział Neurologiczny z pododdziałem udarowym: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 16) Oddział Urologiczny: ordynator, pielęgniarka oddziałowa;
- 17) Oddział Rehabilitacyjny z pododdziałem rehabilitacji neurologicznej: ordynator, pielęgniarka oddziałowa;
- 18) Oddział Kardiologiczny z pododdziałem intensywnej opieki kardiologicznej: ordynator, pielęgniarka oddziałowa;
- 19) Szpitalny Oddział Ratunkowy: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 20) Oddział Endokrynologii i Diabetologii: p.o. kierownika oddziału, pielęgniarka oddziałowa.

Jak wskazano powyżej, poszczególnymi oddziałami zarządzają kierownicy oddziałów, osoby pełniące obowiązki kierownika oddziału, ordynatorzy oraz osoby pełniące obowiązki ordynatora.

Rozwiązanie takie jest zgodne z treścią art. 49 ust. 7 ww. 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.”

Mając na uwadze, iż w Oddziale Chorób Wewnętrznych I z pododdziałem nefrologicznym, Oddziale Chirurgii Ogólnej z pododdziałem chirurgii naczyniowej oraz Oddziale Okulistycznym osobom zatrudnionym na stanowisku ordynatora jedynie powierzono obowiązki, bez przeprowadzenia konkursu, należy wszcząć postępowania konkursowe na ww. stanowiska.

Pracą całego personelu pielęgniarskiego kieruje naczelna pielęgniarka, natomiast zespołem pielęgniarskim na poszczególnych oddziałach zarządzają pielęgniarki oddziałowe/położna oddziałowa, a w przypadku dwóch oddziałów tj. Oddziału Chorób Wewnętrznych I z pododdziałem nefrologicznym oraz Oddziału Otolaryngologicznego Dzieci, osoby pełniące obowiązki pielęgniarek oddziałowych, dlatego też należy wszcząć postępowania konkursowe na ww. stanowiska.

Ww. stanowiska określone zostały zarówno w Regulaminie Organizacyjnym Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 3 w Rybniku, jak i załączniku nr 2 (Tabela zaszeregowania stanowisk pracy dla pracowników Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 3 w Rybniku) oraz nr 3 (Wykaz stanowisk, na których przysługuje dodatek funkcyjny i stawek dodatku funkcyjnego) do Regulaminu Wynagradzania Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 3 w Rybniku.

[Dowód: akta kontroli str. 305-357]

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) Zakład Diagnostyki Obrazowej:

Tomograf komputerowy GE Healthcare, nr fabryczny 390617HM9, rok produkcji 2014. Przegląd okresowy odbył się w dniu 26.07.2018 r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany w listopadzie 2018 r., zgodnie z wpisem „system sprawny”,

2) Centrum Diagnostyki:

Aparat USG Hitachi Aloka Meducal LTD, nr fabryczny 202N7643, rok produkcji 2013. Przegląd okresowy odbył się w dniu 21.06.2018 r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany w czerwcu 2019 r., zgodnie z wpisem „aparat sprawny”,

3) Oddział Neurologii:

Pompa infuzyjna Ascor AP23, nr fabryczny 2301425/11, rok produkcji 2011. Przegląd okresowy odbył się w dniu 14.03.2018 r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany w marcu 2019 r., zgodnie z wpisem „urządzenie sprawne technicznie”,

4) Oddział Neonatologiczny:

Stanowisko otwarte do intensywnej opieki UNIMED SRN-10M, nr fabryczny 18-146, rok produkcji 2016. Przegląd okresowy odbył się w dniu 22.06.2018 r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany w czerwcu 2019 r., zgodnie z wpisem „aparat sprawny”,

- 5) Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii:
- a) Pompa infuzyjna VILTECHMEDA, nr fabryczny 09301, rok produkcji 2003. Przegląd okresowy odbył się w dniu 10.11.2017 r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany w listopadzie 2018 r., zgodnie z wpisem „pompa sprawna”,
 - b) Pompa do żywienia dojelitowego FRESENIUS, nr fabryczny 22984924, rok produkcji 2015. Przegląd okresowy odbył się w dniu 24.01.2018 r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany w styczniu 2020 r., zgodnie z wpisem „aparat sprawny”,
- 6) Blok operacyjny:
- Koagulator argonowy ERBE APC300, nr fabryczny B5122, rok produkcji 2002. Przegląd okresowy odbył się w dniu 29.08.2018 r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany w sierpniu 2019 r., zgodnie z wpisem „aparat sprawny”.

[Dowód: akta kontroli str.358-371]

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 wewnętrzną procedurę tj. „Zasady przyjmowania i rozpatrywania skarg, wniosków i opinii pacjentów/klientów”, wprowadzone Zarządzeniem Dyrektora nr 4/2015 z dnia 12.01.2015 r. Zgodnie ww. Zasadami skargi i wnioski mogą być wnoszone w formie pisemnej, elektronicznej oraz ustnie do protokołu. Dokument ten określa również sposób prowadzenia rejestru skarg, wniosków i opinii oraz tryb ich rozpatrywania. Rejestr prowadzi Rzecznik Praw Pacjenta działający przy Szpitalu. 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 2017 r. w przedmiotowym rejestrze odnotowano 3 wnioski i 31 skarg (z tego 12 skarg uznano za zasadne, 19 uznano za niezasadne). W 2018 r. do dnia kontroli zarejestrowano 4 wnioski i 34 skargi (z tego: 5 skarg uznano za zasadne, 26 uznano za niezasadne, 3 skargi były w trakcie rozpatrzenia).

Zarejestrowane skargi rozpatrzone zostały przez Szpital w terminie zgodnym z przyjętymi w Szpitalu „Zasadami ...”. 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.372-384]

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 44/2012 Dyrektora z dnia 05.06.2012 r. (ostatnia zmiana wprowadzona Zarządzeniem Nr 111/2018 Dyrektora Szpitala z dnia 05.11.2018 r.).

Do zadań Zespołu należy przeprowadzanie okresowej, co najmniej 1 raz w miesiącu oceny list oczekujących na udzielenie świadczenia pod względem prawidłowości prowadzenia dokumentacji, czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia oraz zasadności i przyczyn zmian terminów udzielania świadczeń. Prace Zespołu Oceny Przyjęć są protokołowane. W myśl przepisów art. 21 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Zespół Oceny Przyjęć raz w miesiącu sporządza raport z oceny i przedstawia go Dyrektorowi Szpitala. Dowód kontroli stanowią przykładowe protokoły Zespołu Oceny Przyjęć: nr 3/2018 z dnia 22.03.2018 r., nr 7/2018 z dnia 26.07.2018 r., nr 11/2018 z dnia 5.11.2018 r. oraz raport z oceny za m-c październik 2018 r.

Z ostatniego ze wskazanych powyżej raportów wynika, że na koniec m-ca października 2018 r.:

- 1) najdłuższy czas oczekiwania na przyjęcie dotyczył Oddziału Rehabilitacyjnego:
 - a) przypadki stabilne - średni rzeczywisty czas oczekiwania 1188 dni,
 - b) przypadki pilne - średni rzeczywisty czas oczekiwania 82 dni;
- 2) najkrótszy czas oczekiwania na przyjęcie dotyczył Oddziału Onkologicznego z Pododdziałem Hematologicznym:
 - a) przypadki stabilne - średni rzeczywisty czas oczekiwania 19 dni,
 - b) przypadki pilne - średni rzeczywisty czas oczekiwania 3 dni.

[Dowód: akta kontroli str.385-429]

7. Wykonywanie badań satysfakcji pacjenta.

Zarządzeniem Dyrektora Nr 33/2015 z dnia 21.04.2015r. w Szpitalu wprowadzono obowiązek przeprowadzania badania satysfakcji pacjenta ze świadczonych przez Szpital usług. Udział pacjentów w badaniach ankietowych jest dobrowolny a ankiety anonimowe. Ankietowanie pacjentów prowadzone jest w oddziałach Szpitala w systemie ciągłym, w trakcie wdrożenia jest również objęcie badaniami ankietowymi pacjentów Ambulatoryjnej Opieki Zdrowotnej. Działający w Szpitalu Zespół ds. Jakości sporządza okresowe analizy wyników badań ankietowych, które przedstawia Dyrekcji Szpitala. Dowód kontroli stanowią przykładowe analizy ankiet satysfakcji pacjentów za: III kwartał 2017 roku, I kwartał 2018 r., II kwartał 2018 r.

Z wyników analiz badań ankietowych wynika, że największe niezadowolenie (zarówno w roku 2017 jak i w roku 2018) wyrażają pacjenci Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, w szczególności zwracając uwagę na bardzo długi czas oczekiwania na badania, konsultacje i zabiegi. 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 oraz dokładane są szczególne starania w celu poprawy organizacji pracy Szpitalnego Oddziału Ratunkowego.

[Dowód: akta kontroli str.430-511]

B. Stwierdzone uchybienia i nieprawidłowości:

- 1) Uchybienie dotyczące rozliczenia faktury nr FA/052/08/2018 z dnia 05.09.2018 r. wystawionej przez kontrahenta w związku z zawartą umową nr DO-M/ŚZ/8/2018 z dnia 02.01.2018 r. na udzielanie świadczeń zdrowotnych, zawierającej w przypadku jednej pozycji stawkę jednostkową niewyszczególnioną w umowie;
- 2) Nieprawidłowość dotycząca braku przeprowadzenia konkursu na stanowisko ordynatora: Oddziału Chorób Wewnętrznych I z pododdziałem nefrologicznym, Oddziału Chirurgii Ogólnej z pododdziałem chirurgii naczyniowej oraz Oddziału Okulistycznego zgodnie z art. 49 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej;
- 3) Nieprawidłowość dotycząca braku przeprowadzenia konkursu na stanowisko pielęgniarki oddziałowej: Oddziału Chorób Wewnętrznych I z pododdziałem nefrologicznym oraz Oddziału Otolaryngologicznego Dzieci zgodnie z art. 49 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej;
- 4) Nieprawidłowość dotycząca braku zapisów w Regulaminie Organizacyjnym dotyczących możliwości kierowania oddziałami Szpitala przez osoby zatrudnione w ramach umów cywilnoprawnych.

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

D. Osoba odpowiedzialna:

1. Główna Księgowa - uchybienie wskazane w pkt. 1;
2. Kierownik Działu Zarządzania Zasobami Ludzkimi - nieprawidłowość wskazana w pkt. 2,3 i 4;
3. 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) Tomograf siatkówki z wyposażeniem o wartości 199 000,00 zł;
 - dowód przyjęcia OT 8/2016 z dnia 25.04.2016 r., numer inwentarzowy 04006;
 - zakup ujęty w planie inwestycyjnym Szpitala rok 2016, pozytywnie zaopiniowany przez Radę Społeczną Szpitala uchwałą nr 24/2016 z dnia 23.03.2016r.;
 - zakup sfinansowany z dotacji Województwa Śląskiego (zgodnie z umową 352/ZD/2016) - odrębna zgoda podmiotu tworzącego na nabycie nie była wymagana;
 - zakup potwierdzony fakturą VAT Nr FVS16/04/096 z dnia 18.04.2016 r. na kwotę 199 000,00 zł, termin płatności 20.06.2016 r., zapłacono 26.04.2016 r. (środki z budżetu Województwa Śląskiego);
 - protokół zdawczo-odbiorczy do umowy TAM-1230-PN/81-2015 z dnia 18.04.2016 r.;
- b) Aparat do chirurgicznego oczyszczania ran z wyposażeniem o wartości 76 680,00 zł;
 - dowód przyjęcia OT 73/2018 z dnia 15.10.2018 r., numer inwentarzowy 10002;
 - zakup ujęty w planie inwestycyjnym Szpitala na rok 2018, pozytywnie zaopiniowany przez Radę Społeczną Szpitala uchwałą nr 30/2018 z dnia 07.05.2018 r.;
 - zgoda podmiotu tworzącego na nabycie wyrażona w piśmie z dnia 07.08.2018 r. ZD.N.9024.5.15.2018 (KW-00620/18);
 - zakup potwierdzony fakturą VAT Nr 919100905 z dnia 12.10.2018 r. na kwotę 76 680 zł, termin płatności 11.12.2018 r., w dacie kontroli jeszcze nie upłynął termin płatności faktury;
 - protokół zdawczo-odbiorczy do umowy TAM-754-PN/81-2018 z dnia 15.10.2018 r.

Nabycie aparatury i sprzętu medycznego, w ww. zakresie objętym kontrolą nie budzi zastrzeżeń. W trakcie kontroli ustalono, że aparatura medyczna zakupiona z dotacji Województwa Śląskiego wskazana powyżej w pkt a jest wykorzystywana w Szpitalu do udzielania świadczeń zdrowotnych.

[Dowód: akta kontroli str.512-562]

2. Zbycie aparatury i sprzętu medycznego.

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

- a) Aparat RTG Multix Top PACSS - nr inwentarzowy 1772, rok produkcji 2003, wartość początkowa 516 608,69zł, umorzenie 100 %;
 - dowód LT z dnia 28.11.2016 r.
 - orzeczenie techniczne z dnia 21.01.2016 r. – naprawa uszkodzeń urządzenia byłaby nieopłacalna;
 - pozytywna opinia Rady Społecznej Szpitala wyrażona uchwałą nr 37/2016 z dnia 23.03.2016 r.;
 - zgoda na zbycie ww. środka trwałego wyrażona przez Zarząd Województwa Śląskiego w uchwale nr 1234/122/V/2016 z dnia 21.06.2016 r. (pismo z dnia 23.06.2016 r. ZD-NiP.9024.6.10.2016, KW-00323/16);
 - protokół kasacyjny z dnia 28.11.2016 r. w sprawie likwidacji zbędnych rzeczowych składników majątku Szpitala;
 - sprzęt został odsprzedany w trybie przetargowym;
- b) Kolonoskop Video - nr inwentarzowy ST 003012; rok produkcji 2008; wartość początkowa 72 760,00 zł; umorzenie 100 %;
 - dowód LT z dnia 05.09.2017 r.;

- orzeczenie techniczne z dnia 07.02.2017 r. – naprawa uszkodzeń urządzenia byłaby nieopłacalna;
- pozytywna opinia Rady Społecznej Szpitala wyrażona uchwałą nr 67/2017 z dnia 26.05.2017 r.;
- akceptacja dotycząca zbycia ww. środka trwałego wyrażona przez Członka Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 03.08.2017 r. (pismo z dnia 03.08.2017 r. ZD-NiP.9024.6.15.2017, KW-00395/17);
- protokół kasacyjny z dnia 05.09.2017 r. w sprawie likwidacji zbędnych rzeczowych składników majątku Szpitala;
- sprzęt został odsprzedany w trybie przetargowym.

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

[Dowód: akta kontroli str. 563-614]

3. Najem/dzierżawa pomieszczeń.

W ramach kontroli sprawdzaniem objęto prawidłowość zawarcia umowy dzierżawy nr TAG/575/P/2/2017 z dnia 21.05.2018 r.

Przedmiotem umowy jest dzierżawa pomieszczeń o łącznej powierzchni 158,78 m² zlokalizowanej na parterze w pawilonie nr 2 Szpitala z przeznaczeniem na prowadzenie apteki ogólnodostępnej. Umowa zawarta została w trybie przetargu nieograniczonego na okres 3 lat liczonych od dnia 21.05.2018 r. do dnia 20.05.2021 r. Rada Społeczna uchwałą nr 131/2017 z dnia 19.07.2017 r. pozytywnie zaopiniowała wniosek Dyrektora Szpitala dotyczący wydzierżawienia przedmiotowej powierzchni. Zarząd Województwa Śląskiego uchwałą nr 248/240/V/2018 z dnia 07.02.2018 r. wyraził zgodę na zawarcie umowy dzierżawy.

Zgodnie z zapisami umowy, dzierżawca zobowiązany jest płacić wydzierżawiającemu czynsz dzierżawny obejmujący również koszty eksploatacyjne na podstawie wystawionej przez wydzierżawiającego faktury VAT do 10-go dnia każdego miesiąca na konto wskazane w fakturze.

Umowa zawiera zapisy określone w § 15 „Zasad zbywania, wydzierżawiania, wynajmowania, oddania w użytkowanie lub użyczenie aktywów trwałych SP ZOZ, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie” określonych w uchwale nr 1784/277/IV/2013 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 13.08.2013 r. z późn. zm.. Objęte kontrolą faktury za czerwiec i sierpień 2018 r. wystawione zostały zgodnie z treścią umowy. Należności z tytułu faktur wpłynęły w terminie.

[Dowód: akta kontroli str. 615-693]

B. Stwierdzone uchybienia i nieprawidłowości: brak

C. Ocena cząstkowa: pozytywna

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 16-17 czerwca 2016 r. Przedmiotem kontroli objęto: realizację zadań statutowych, dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych, prawidłowość gospodarowania mieniem oraz gospodarkę finansową w okresie od 2015 r. do dnia kontroli. Wydano następujące zalecenia pokontrolne:

„W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami zalecam podjąć działania zmierzające do:

1. Prawidłowego wnioskowania o zmiany w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą.
2. Zamieszczenia na stronie podmiotowej BIP Szpitala informacji dotyczących: rodzaju działalności leczniczej oraz zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych, wysokości opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej, wysokości opłat za przechowywanie zwłok pacjenta powyżej 72 godzin, wysokości opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być, zgodnie z przepisami ustawy lub przepisami odrębnymi, udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością.
3. Wskazywania w treści zawieranych umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych łącznej wartości zamówienia, a także sposobu organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych przez przyjmującego zamówienie, w tym miejsca, dni i godzin udzielania świadczeń zdrowotnych.
4. Terminowego regulowania zobowiązań wynikających z zawartych przez Szpital umów.”

Dyrektor Szpitala, w ustawowym terminie, złożyła do Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego sprawozdanie o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych. Sprawdzono realizację zaleceń pokontrolnych w latach 2016-2018. Z uwagi na rozbieżności pomiędzy zapisami zawartymi w Regulaminie Organizacyjnym a Księgą Rejestrową, wyszczególnione w rozdz. II pkt 3 niniejszego wystąpienia, kontrolujący uznali, że nie zostało wykonane zalecenie pokontrolne dotyczące „prawidłowego wnioskowania o zmiany w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą”. Pozostałe zalecenia zostały wykonane, przy czym zalecenie dotyczące terminowego regulowania zobowiązań oceniono w zakresie umów na świadczenia zdrowotne wymienione w rozdz. III pkt 2 oraz zakupu urządzeń medycznych wymienionych w rozdz. IV pkt 1 niniejszego wystąpienia.

B. Stwierdzona nieprawidłowość:

Niewykonanie zalecenia z poprzedniej kontroli dotyczącego prawidłowego wnioskowania o zmiany w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą.

C. Ocena częściowa: pozytywna mimo stwierdzonej nieprawidłowości.

D. Osoby odpowiedzialne:

1. Kierownik Działu Organizacyjnego;
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.

VI. Pozostałe informacje, zalecenia i pouczenia.

1. Pozostałe informacje

Pismem z dnia 22 stycznia 2019 r., znak: ZD-N.1711.17.2018 (ZD-N.KW-00056/19), Projekt wystąpienia pokontrolnego został przekazany Dyrektorowi Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 3 w Rybniku. Ze „zwrotnego potwierdzenia odbioru” wynika, że pismo zostało doręczone do Szpitala w dniu 23 stycznia 2019 r.

Pismem z dnia 30 stycznia 2019 r., znak: DO5/2019, Dyrektor Szpitala zgłosiła zastrzeżenie do treści Projektu wystąpienia pokontrolnego, którego ocena wraz z uzasadnieniem została dokonana odrębnym pismem skierowanym do Dyrektora Szpitala. Zastrzeżenie oddalono.

2. Zalecenia

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami zalecam podjąć działania zmierzające do:

- 1) Dokonywania we właściwym terminie zgłoszeń aktualizujących do Krajowego Rejestru Sądowego, zgodnie z art. 22 ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym;
- 2) Zgłoszenia do Krajowego Rejestru Sądowego adresu strony internetowej i adresu poczty elektronicznej Szpitala, zgodnie z art. 38 pkt 1a w związku z art. 53a ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym;
- 3) Wprowadzenia do Regulaminu Organizacyjnego cennika opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej, zgodnie z art. 24 ust. 1 pkt 9 ustawy o działalności leczniczej;
- 4) Usunięcia niezgodności pomiędzy zapisami Regulaminu Organizacyjnego Szpitala i Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą w zakresie komórek organizacyjnych działalności medycznej;
- 5) Procedowania zmian w Regulaminie Organizacyjnym Szpitala w zakresie tworzenia komórek organizacyjnych działalności medycznej, w sposób zapewniający jego czytelność i przejrzystość, ze szczególnym uwzględnieniem sytuacji, w których do przeprowadzenia zmian struktury organizacyjnej Szpitala niezbędna jest uprzednia zgoda podmiotu tworzącego;
- 6) Umieszczenia na stronie BIP Szpitala informacji o osobach sprawujących funkcje w organach Szpitala, majątku Szpitala, naborze kandydatów na wolne stanowiska, a także dokumentacji przebiegu i efektów kontroli zewnętrznych, zgodnie z wymogiem art. 8 ust. 3 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej;
- 7) Należytej weryfikacji faktur wystawionych przez kontrahenta w związku z zawartymi umowami na udzielanie świadczeń zdrowotnych, z zakresie zgodności stawek jednostkowych z wyszczególnionymi w umowach;
- 8) Przeprowadzenia konkursu na stanowisko ordynatora: Oddziału Chorób Wewnętrznych I z pododdziałem nefrologicznym, Oddziału Chirurgii Ogólnej z pododdziałem chirurgii naczyniowej oraz Oddziału Okulistycznego, zgodnie z art. 49 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej;
- 9) Przeprowadzenia konkursu na stanowisko pielęgniarki oddziałowej: Oddziału Chorób Wewnętrznych I z pododdziałem nefrologicznym oraz Oddziału Otolaryngologicznego Dzieci, zgodnie z art. 49 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej;
- 10) Wprowadzenia w Regulaminie Organizacyjnym zapisów dotyczących możliwości kierowania oddziałami Szpitala przez osoby zatrudnione w ramach umów cywilnoprawnych;
- 11) Przestrzegania obowiązku realizacji zaleceń pokontrolnych wydanych przez podmiot tworzący w wyniku kontroli.

Wystąpienie pokontrolne sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, z których jeden przekazuje się do Szpitala.

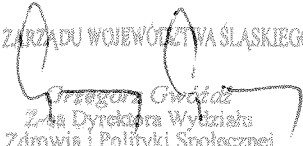
Wystąpienie pokontrolne zawiera 17 ponumerowanych stron.

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 ww. 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-44 Dyrektora Wydziału
Zdrowia i Polityki Społecznej