

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

**Szpital Chorób Płuc w Orzeszu  
ul. Gliwicka 20, 43-180 Orzesze**  
(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 2019 rok, załącznik nr 2, poz. 11, zatwierdzonego uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 205/7/VI/2018 z dnia 21.12.2018 r.,
- 4) regulaminu kontroli podmiotów leczniczych, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie, określonego uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 666/30/VI/2019 z dnia 27.03.2019 r. z późn. zm.

#### I. Dane identyfikacyjne kontroli:

**Jednostka kontrolowana:** Szpital Chorób Płuc w Orzeszu, ul. Gliwicka 20, 43-180 Orzesze.

**Kierownik jednostki kontrolowanej:** w okresie objętym kontrolą funkcję Dyrektora Szpitala sprawowali:

- Pani Sławomira Kuźmicka od 15.07.2005 r. do 27.07.2018 r.,
- Pani Katarzyna Wencel (p.o. Dyrektora) od 28.07.2018 r. do 31.03.2019 r.,
- Pan Łukasz Pach od 01.04.2019 r. do nadal.

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

- Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa – Pani Katarzyny Wencel,
- Główniej Księgowej:
  - Pani Małgorzaty Szymury od 15.02.2001 r. do 27.07.2018 r.,
  - Pani Ewy Godun od 30.07.2018 r.

oraz kierowników komórek organizacyjnych.

#### Termin przeprowadzenia czynności kontrolnych i zakres kontroli:

kontrolę przeprowadzono w dniach 11-12 kwietnia 2019 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 2018-2019.

[Dowód: akta kontroli str. 1-2]

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

Osoby przeprowadzające kontrolę:

**Tomasz Jarzab** – Inspektor Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w Katowicach, legitymacja służbowa nr 1102687, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 214/ZD/2019 z dnia 04.04.2019 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 11.04.2019 r.

[Dowód: akta kontroli str. 3-4]

**Monika Mrozek** – Inspektor Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w Katowicach, legitymacja służbowa nr 1100664, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 215/ZD/2019 z dnia 04.04.2019 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 11.04.2019 r.

[Dowód: akta kontroli str. 5-6]

**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 216/ZD/2019 z dnia 04.04.2019 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 11.04.2019 r.

[Dowód: akta kontroli str. 7-8]

O kontroli Dyrektor jednostki został poinformowany pismem przekazanym pocztą elektroniczną dnia 04.04.2019 r.

[Dowód: akta kontroli str. 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 Chorób Płuc w Orzeszu 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 000000012158 oraz posiada osobowość prawną i jest wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego w Katowicach pod numerem KRS 0000064521. Siedzibą Szpitala jest miasto Orzesze.

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/12/24/2015 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 21.09.2015 r. z uwzględnieniem zmian wprowadzonych uchwałą Nr V/34/32/2017 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 13.02.2017 r. (t. j.: Dz. Urz. Województwa

Śląskiego z dnia 05.10.2017 r. poz. 5305),

- 4) Regulaminu Organizacyjnego, którego ostatnie zmiany zostały pozytywnie zaopiniowane przez Radę Społeczną uchwałą nr 26/2018 z dnia 19.12.2018 r. oraz wprowadzone w życie Zarządzeniem nr 04/12/2018 Dyrektora Szpitala z dnia 19.12.2018 r.

W Szpitalu zatrudnienie na dzień 11.04.2019 r. wynosiło:

- 76 pracowników w ramach umowy o pracę,
- 42 pracowników w ramach umów cywilnoprawnych.

[Dowód: akta kontroli str. 10]

## **2. Prawidłowość wpisów w Krajowym Rejestrze Sądowym**

Ostatnie zgłoszenie do Krajowego Rejestru Sądowego z dnia 03.04.2019 r. dotyczyło zmiany na stanowisku Dyrektora Szpitala dokonanej Uchwałą nr 425/23/VI/2019 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 28.02.2019 roku. Powyższe zgłoszenie nastąpiło zgodnie z terminem wynikającym z art. 22 ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 roku o Krajowym Rejestrze Sądowym (t. j.: Dz. U. z 2018 r., poz. 986 z późn. zm.).

Ostatnie zgłoszenie do Krajowego Rejestru Sądowego dotyczące zmiany Statutu Szpitala miało miejsce dnia 15.03.2017 r., poza okresem objętym kontrolą.

Ustalono, że do Krajowego Rejestru Sądowego zostały zgłoszone wszystkie wymagane prawem informacje o Szpitalu.

[Dowód: akta kontroli str. 11-45]

## **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 oraz ogłoszenie tekstu jednolitego zostały pozytywnie zaopiniowane przez Radę Społeczną Szpitala uchwałą nr 26/2018 z dnia 19.12.2018 r., a następnie wprowadzone Zarządzeniem nr 04/12/2018 Dyrektora Szpitala z dnia 19.12.2018 r.

W toku kontroli sprawdzono zgodność zapisów Regulaminu z przepisami ww. ustawy. Ustalono, że Regulamin zawiera wszystkie niezbędne elementy, wskazane w treści art. 24 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej. Jednakże, w jego treści przyjęto nieprawidłowy sposób procedowania zmian dotyczących:

- 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 2019 r., poz. 1127 z późn. zm.) - § 76 Regulaminu,
- wysokości opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok na podstawie ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (t.j.: Dz. U. z 2017 r., poz. 912 z późn. zm.) oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym - § 78 Regulaminu,
- wysokości opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być, zgodnie z przepisami ustawy lub przepisami odrębnymi, udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością - § 79 Regulaminu.

We wskazanych jednostkach redakcyjnych Regulaminu zaznaczono, że aktualizacja cennika nie powoduje zmiany treści dokumentu.

Należy zauważyć, że wskazane powyżej cenniki są częścią składową regulaminu organizacyjnego każdego podmiotu leczniczego, zatem ich 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 11.04.2019 r. Stwierdzono następujące różnice:

Lp.	Zapisy w Regulaminie Organizacyjnym Szpitala	Zapisy w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą
1.	Oddział Chorób Płuc i Gruźlicy z Pododdziałem Gruźlicy, Pododdziałem Chemioterapii i Szybkiej Diagnostyki – 58 łóżek (w tym 1 intensywnej opieki medycznej i 2 pobytu dziennego)	Oddział Chorób Płuc i Gruźlicy z Pododdziałem Gruźlicy, Pododdziałem Chemioterapii i Szybkiej Diagnostyki – 58 łóżek (w tym 1 intensywnej opieki medycznej) i 2 miejsca pobytu dziennego
2.	Oddział Rehabilitacji Pulmonologicznej – 9 łóżek	(brak wpisu – komórka wykreślona)
3.	Pododdział Nieinwazyjnej Wentylacji Mechanicznej – 4 łóżka	Pododdział Nieinwazyjnej Wentylacji – 4 łóżka

Zgodnie z wyjaśnieniami Dyrektora Szpitala, w Oddziale Chorób Płuc i Gruźlicy z Pododdziałem Gruźlicy, Pododdziałem Chemioterapii i Szybkiej Diagnostyki znajduje się łącznie 58 łóżek, w tym 2 łóżka pobytu dziennego. Kontrolujący zaznaczają, że wskazane 2 łóżka winny być traktowane jako miejsca pobytu dziennego i nie powinny wliczać się w ogólną liczbę łóżek w Oddziale. Należytej korekty w powyższym zakresie wymagają zapisy zarówno Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą jak i Regulaminu Organizacyjnego Szpitala.

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 naboru kandydatów na wolne stanowiska, w zakresie określonym w przepisach odrębnych (art. 6 ust. 1 pkt 3 lit. g). Informacje takie widnieją na stronie internetowej Szpitala w zakładce „Ogłoszenia”, jednakże brak jest odpowiedniego odesłania do wskazanego działu bezpośrednio ze strony BIP.

[Dowód: akta kontroli str. 46-143 ]

#### **B. Stwierdzone uchybienia i nieprawidłowości:**

- 1) Uchybienie dotyczące niewłaściwego trybu wprowadzania zmian w zakresie 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, wysokości opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok na podstawie ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym oraz wysokości opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być, zgodnie z przepisami ustawy lub przepisami odrębnymi, udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością.
- 2) Nieprawidłowość polegająca na niezgodnościach pomiędzy zapisami Regulaminu Organizacyjnego Szpitala i Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą w zakresie komórek organizacyjnych działalności medycznej.
- 3) Nieprawidłowość polegająca na braku na stronie BIP Szpitala informacji o naborze kandydatów na wolne stanowiska, 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. Koordynator ds. Organizacyjnych;
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 Orzeszu przy ulicy Gliwickiej 20 i w miejscu pobytu pacjenta.

#### **1. Funkcjonowanie wybranych komórek organizacyjnych.**

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

- 1) Oddziału Chorób Płuc i Gruźlicy z Pododdziałem Gruźlicy, Pododdziałem Chemioterapii i Szybkiej Diagnostyki,
- 2) Poradni Domowego Leczenia Tlenem.

#### **1) Oddział Chorób Płuc i Gruźlicy z Pododdziałem Gruźlicy, Pododdziałem Chemioterapii i Szybkiej Diagnostyki**

Oddział wpisany jest do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 001 (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: 4270. Oddział został wpisany do Rejestru z dniem 01.10.1998 r. i dysponuje 56 łózkami (w tym 1 intensywnej opieki medycznej) i 2 miejscami pobytu dziennego.

W Oddziale wykonywana jest diagnostyka, leczenie i rehabilitacja pacjentów ze schorzeniami płuc, w tym gruźlicy i nowotworów. W Oddziale realizowany jest kontrakt z NFZ w ramach PSZ (podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej) oraz chemioterapii, a także program leczenia niedrobnokomórkowego raka płuca.

Liczba hospitalizowanych pacjentów wyniosła:

- 931 w 2018 r.,
- 249 w okresie 3 miesięcy 2019 r.

#### **2) Poradnia Domowego Leczenia Tlenem**

Poradnia wpisana jest do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 016 (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: 1860. Poradnia została wpisana do Rejestru z dniem 12.03.2008 r.

W Poradni przyjmowani są chorzy, którzy ze względu na przewlekłą niewydolność oddechową (spowodowaną głównie chorobami płuc, za wyjątkiem procesów nowotworowych) wymagają tlenoterapii przy użyciu koncentratorów tlenu. W Poradni realizowany jest kontrakt z NFZ w ramach PSZ. Pacjenci Poradni w pracowniach Szpitala mają wykonywane badania EKG, RTG, spirometryczne i laboratoryjne.

Liczba udzielonych porad wyniosła:

- 1 724 w 2018 r.,
- 439 w okresie 3 miesięcy 2019 r.

Według harmonogramu pracy zamieszczonego w Portalu Świadczeniodawcy NFZ oraz wywieszonego na drzwiach wejściowych Poradni świadczenia są udzielane następująco: poniedziałek 16:00 do 18:00, środa 10:00 do 13:00 oraz 15:00 do 18:00, piątek 15:00 do 18:00.

[Dowód: akta kontroli str. 144-154]

## **2. Udzielanie zamówień na świadczenia zdrowotne.**

Przedmiotem weryfikacji przeprowadzonej przez kontrolujących były zapisy umów:

- 1) Nr 70/2018 z dnia 30.10.2018 r. na udzielanie świadczeń pielęgniarskich,
- 2) Nr 2/2019 z dnia 10.01.2019 r. na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie badania „rezonans magnetyczny”.

### **Ad. 1) Nr 70/2018 z dnia 30.10.2018 r.**

Umowa została zawarta w wyniku przeprowadzonego przez Szpital postępowania konkursowego, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz 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 01.11.2018 r. do dnia 31.10.2020 r. i zawiera wszystkie niezbędne zapisy określone w art. 27 ustawy o działalności leczniczej. Umowa nie określa szacunkowej wartości brutto zamówienia.

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

W ramach kontroli realizacji umowy sprawdzono faktury nr:

- 35/2018 z dnia 31.12.2018 r. - stawka jednostkowa zgodna z umową,
- 05/2019 z dnia 28.02.2019 r. - stawka jednostkowa zgodna z umową.

### **Ad. 2) Nr 2/2019 z dnia 10.01.2019 r.**

Umowa została zawarta w wyniku przeprowadzonego przez Szpital postępowania konkursowego, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz 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 12.01.2019 r. do dnia 30.04.2021 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.

Do dnia 11.04.2019 r. nie wpłynęła żadna faktura związana z realizacją umowy (nie zostało wykonane świadczenie określone w umowie).

[Dowód: akta kontroli str. 155-193]

## **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, iż w okresie objętym kontrolą, tj. latach 2018-2019 w Szpitalu Chorób Płuc w Orzeszu nie miały miejsca żadne postępowania konkursowe na stanowiska kierownicze wskazane w art. 49 ww. ustawy.

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

- 1) Oddział Chorób Płuc i Gruźlicy z Pododdziałem Gruźlicy, Pododdziałem Chemioterapii i Szybkiej Diagnostyki: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 2) Oddział Medycyny Paliatywnej: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa.

Jak wskazano powyżej, oddziałami zarządzają kierownicy oddziałów. 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.”

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

Ww. stanowiska określone zostały zarówno w Regulaminie Organizacyjnym Szpitala Chorób Płuc w Orzeszu, jak i załączniku nr 1 (Wykaz stanowisk, minimalne wymagania kwalifikacyjne niezbędne do wykonywania pracy na poszczególnych stanowiskach oraz poziom miesięcznych wynagrodzeń zasadniczych dla pracowników Szpitala Chorób Płuc w Orzeszu) oraz nr 2 (Stanowiska, na których przysługuje dodatek funkcyjny i wysokość dodatku funkcyjnego) do Regulaminu Wynagradzania w Szpitalu Chorób Płuc w Orzeszu.

[Dowód: akta kontroli str. 194-229]

## **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) Izba Przyjęć:  
System ogrzewania pacjenta DM WARM 12, nr fabryczny 261555, rok produkcji 2011. Przegląd okresowy odbył się w dniu 25.05.2018 r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany w maju 2019 r., zgodnie z wpisem „aparat sprawny”,
- 2) Oddział Medycyny Paliatywnej:  
Ssak Elektryczny NEW ASKIR 20, nr fabryczny 12098, rok produkcji 2015. Przegląd okresowy odbył się w dniu 15.03.2017 r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany w marcu 2020 r., zgodnie z wpisem „aparat sprawny”,
- 3) Oddział Chorób Płuc i Gruźlicy:  
Kardiomonitor FX2000P s/n 4957, nr fabryczny 4657, rok produkcji 2011. Przegląd okresowy odbył się w dniu 29.01.2019 r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany styczniu 2020 r., zgodnie z wpisem „urządzenie sprawne technicznie”,
- 4) Oddział Chorób Płuc i Gruźlicy:  
Aparat EKG ASCARD Gold 3, nr fabryczny 0270, rok produkcji 2016. Przegląd okresowy odbył się w dniu 25.03.2019 r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany w czerwcu 2020 r., zgodnie z wpisem „aparat sprawny”.

[Dowód: akta kontroli str. 230-238]

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

W ramach kontroli dostępności świadczeń zdrowotnych sprawdzaniem objęto rejestr skarg i wniosków wpływających do Dyrekcji Szpitala. Skargi rozpatrywane są w oparciu o „Procedurę przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków w Szpitalu Chorób Płuc w Orzeszu”, będącą

załącznikiem nr 4 do Regulaminu Organizacyjnego Szpitala. Zgodnie z ww. Procedurą 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 Sekretariat Dyrektora w sposób umożliwiający kontrolę przebiegu i terminów załatwiania skarg. Rejestr zawiera informacje dotyczące daty wpływu skargi/wniosku oraz daty i sposobu załatwienia sprawy.

W 2018 r. w przedmiotowym rejestrze odnotowano jedną skargę, którą uznano za bezzasadną. Skargę rozpatrzono w terminie.

W 2019 r. do dnia kontroli zarejestrowano jedną skargę, która aktualnie była w trakcie rozpatrywania przez Szpital.

Zgodnie z ustawą o działalności leczniczej analiza skarg i wniosków jest przedstawiana okresowo Radzie Społecznej Szpitala. Niemniej jednak analiza skarg i wniosków za rok 2018 nie odbyła się ze względu na nieuzyskanie niezbędnego kworum do zwołania posiedzenia Rady Społecznej w dniu 28.03.2019 r. Analizę procedowano na posiedzeniu Rady Społecznej w dniu 29.04.2019 r.

[Dowód: akta kontroli str. 239- 248]

## **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 ds. Oceny Przyjęć powołany Zarządzeniem Nr 06/08/2017 Dyrektora z dnia 30.08.2017 r. (poprzednie zarządzenie nr 18/04/2017 z dnia 18.04.2017 r.)

Do zadań Zespołu należy przeprowadzanie okresowej, co najmniej 1 raz w miesiącu, oceny z 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 raportowane. W myśl przepisów art. 21 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Przewodniczący Zespołu co najmniej raz w miesiącu sporządza raport z oceny wraz z wydrukiem listy oczekujących za dany miesiąc i przedstawia go Dyrektorowi lub Zastępcy Dyrektora ds. lecznictwa Szpitala.

Dowód kontroli stanowią przykładowe raporty Zespołu Oceny Przyjęć za I kwartał 2018 roku oraz I kwartał 2019 roku. Zgodnie z raportem za miesiąc marzec 2019 roku średni czas oczekiwania na przyjęcie do Oddziału Chorób Płuc i Gruźlicy oraz Oddziału Opieki Paliatywnej wynosił 7 dni.

[Dowód: akta kontroli str. 249-269]

## **7. Wykonywanie badań satysfakcji pacjenta.**

Zgodnie z wymaganiami normy Systemu Zarządzania Jakością ISO 9001:2015 obowiązującej od 01.06.2018 roku w Szpitalu wprowadzono monitoring zadowolenia pacjenta oparty na informacjach z bezpośrednich kontaktów personelu z pacjentami, informacjach pochodzących z arkusza badania satysfakcji pacjenta wykonywanego na podstawie ankiet, skarg i interwencji.

Udział pacjentów w badaniach ankietowych jest dobrowolny, a ankiety anonimowe. Zgodnie z założeniami badania mają być prowadzone i analizowane pod koniec roku kalendarzowego. Kontrolujący zostali poinformowani, że Szpital w roku 2018 nie dopełnił przyjętego obowiązku przeprowadzenia i analizy ankiety satysfakcji pacjenta. Ostatnie badanie i analiza satysfakcji pacjenta miała miejsce 09.10.2017 roku.

[Dowód: akta kontroli str. 270-284]



## **B. Stwierdzone uchybienia i nieprawidłowości:**

- 1) Nieprawidłowość polegająca na braku określenia w jednej z kontrolowanych umów na świadczenia zdrowotne łącznej kwoty wartości zobowiązania, zgodnie z obowiązkiem wynikającym z art. 44 ust. 3 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych.
- 2) Uchybienie polegające na niedopełnieniu obowiązku przeprowadzenia i analizy ankiety satysfakcji pacjenta, zgodnie z wymogami przyjętej w dniu 01.06.2018 roku normy Systemu Zarządzania Jakością ISO 9001:2015.

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

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

1. Główna Księgowa;
2. Pełnomocnik ds. jakości;
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) Aparat do terapii polem magnetycznym EMILDUE o wartości 10 103,70 zł;
  - dowód przyjęcia OT 0-00007/2018 z dnia 31.12.2018 r., numer inwentarzowy 01/802/232;
  - zakup ujęty w planie inwestycyjnym Szpitala rok 2019, pozytywnie zaopiniowany przez Radę Społeczną Szpitala uchwałą nr 29/2018 z dnia 19.12.2018 r.;
  - zakup sfinansowany ze środków własnych;
  - zgoda podmiotu tworzącego na nabycie nie była wymagana;
  - zakup potwierdzony fakturą VAT Nr (S)FS-FT/18/12/330 z dnia 31.12.2018 r. na kwotę 10 103,70 zł, termin płatności 30.01.2019 r., zapłacono 29.01.2019 r. (środki własne);
  - protokół odbioru sprzętu nr WZ-G/18/12/415 z dnia 31.12.2018 r.;
- b) Macerator szpitalny TUV VERNACARE 750 o wartości 4 650,00 zł;
  - dowód przyjęcia OT 0-00005/2018 z dnia 20.12.2018 r., numer inwentarzowy 01/802/231;
  - zakup ujęty w planie inwestycyjnym Szpitala rok 2018, pozytywnie zaopiniowany przez Radę Społeczną Szpitala uchwałą nr 29/2018 z dnia 19.12.2018 r.;
  - zakup sfinansowany ze środków własnych;
  - zgoda podmiotu tworzącego na nabycie nie była wymagana;
  - zakup potwierdzony fakturą VAT Nr 336/2018 z dnia 20.12.2018 r. na kwotę 4 650,00 zł, termin płatności 20.12.2018 r., zapłacono 20.12.2018 r. (środki własne);
  - protokół zdawczo-odbiorczy z dnia 20.12.2018 r.

Nabycie aparatury i sprzętu medycznego w ww. zakresie nie budzi zastrzeżeń. Zgodnie z oświadczeniem Dyrektora w roku 2019 do dnia kontroli Szpital nie dokonał zakupu aparatury i sprzętu medycznego.

[Dowód: akta kontroli str. 285-309]

## 2. Zbycie aparatury i sprzętu medycznego.

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

- a. Bronchoskop video typ BF1T180 - nr inwentarzowy 01/802/027, rok produkcji 2006, wartość początkowa 81 516,88 zł, umorzenie 100 %;
  - dowód LT z dnia 21.12.2018 r.;
  - orzeczenie techniczne z dnia 25.10.2017 r. – aparat nie nadaje się do dalszej eksploatacji ze względu na stan techniczny (nieopłacalna naprawa);
  - pozytywna opinia Rady Społecznej Szpitala wyrażona uchwałą nr 27/2018 z dnia 19.12.2018 r.;
  - z uwagi na okres użytkowania dłuższy niż 10 lat zgoda podmiotu tworzącego na zbycie aparatu nie była wymagana;
  - protokół likwidacyjny nr 6/2018 z dnia 21.12.2018 r. postawienia składnika majątkowego w stan likwidacji na skutek zużycia oraz uszkodzenia uniemożliwiającego naprawę;
  - planowane przekazanie do utylizacji w lipcu 2019 roku;
- b. Puloksymetr Pulox - nr inwentarzowy 01/802/015; rok produkcji 2004; wartość początkowa 2 862,25 zł; umorzenie 100 %;
  - dowód LT z dnia 21.12.2018 r.;
  - orzeczenie techniczne z dnia 06.12.2018 r. – aparat nie nadaje się do dalszej eksploatacji ze względu na stan techniczny (nieopłacalna naprawa);
  - pozytywna opinia Rady Społecznej Szpitala wyrażona uchwałą nr 27/2018 z dnia 19.12.2018 r.;
  - z uwagi na wartość likwidowanego środka trwałego nie przekraczającą 50 000,00 zł zgoda podmiotu tworzącego na zbycie nie była wymagana;
  - protokół likwidacyjny nr 6/2018 z dnia 21.12.2018 r. postawienia składnika majątkowego w stan likwidacji na skutek zużycia oraz uszkodzenia uniemożliwiającego naprawę;
  - planowane przekazanie do utylizacji w lipcu 2019 roku;

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

[Dowód: akta kontroli str. 310-325]

## 3. Najem/dzierżawa pomieszczeń.

W ramach kontroli sprawdzaniem objęto prawidłowość zawarcia umowy:

1. Dzierżawy nr 37/2018 z dnia 26.04.2018 r.
2. Najmu nr 99/2018 z dnia 18.10.2018 r.

Ad 1. Przedmiotem umowy jest dzierżawa pomieszczenia socjalnego i magazynowego zlokalizowanych na parterze budynku administracyjno-mieszkalnego, oraz pomieszczenia gospodarczego zlokalizowanego w piwnicy Pawilonu A Szpitala o łącznej powierzchni ok 41 m<sup>2</sup> z przeznaczeniem na potrzeby realizacji umowy na usługi utrzymania czystości w Szpitalu. Umowa zawarta została na okres roku liczonego od dnia 01.05.2018 r. do dnia 01.05.2019 r. Rada Społeczna uchwałą nr 7/2018 z dnia 25.04.2018 r. pozytywnie zaopiniowała wniosek Dyrektora Szpitala dotyczący wydzierżawienia przedmiotowych pomieszczeń. 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 listopad 2018 r. i styczeń 2019 r. wystawione zostały zgodnie z treścią umowy. Należności z tytułu ww. faktur nie zostały uregulowane przez dzierżawcę w terminie zapłaty. Szpital wezwał dzierżawcę stosownymi notami odsetkowymi do zapłaty odsetek za zwłokę w płatności.

Ad 2. Przedmiotem umowy jest wynajem powierzchni parkingowej z możliwością podłączenia prądu 380 V zlokalizowanej na parkingu Szpitala o powierzchni ok. 80 m<sup>2</sup> z przeznaczeniem na umożliwienie cyklicznego ustawiania mammobusa do bezpłatnego wykonywania badań mammograficznych kobiet powyżej 50 roku życia. Umowa zawarta została na czas określony, tj. na dzień 22 stycznia, 13 lutego, 11 marca, 24 kwietnia, 28 maja, 25 czerwca, 9 lipca, 26 sierpnia, 25 września, 16 października, 14 listopada, 18 grudnia 2019 roku.

Objęte kontrolą faktury za postój mammobusa w dniu 13 lutego 2019 r. oraz w dniu 11 marca 2019 r. wystawione zostały zgodnie z treścią umowy. Należność z tytułu faktury za postój w dniu 11.03.2019 r. wpłynęła w terminie wynikającej z treści faktury, natomiast należność z tytułu faktury za postój w dniu 13.02.2019 r. została uiszczona z dwudniowym opóźnieniem. Ze względu na wysokość naliczonych odsetek (5 groszy) odstąpiono od sporządzenia noty odsetkowej.

Zgodnie z zapisami umowy, najemca zobowiązany jest płacić wynajmującemu opłatę za przedmiotowy postój. Umowa najmu nie zawiera zapisów określonych w § 3 ust. 4 i 5 „Zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnymi publicznymi zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie” określonych w uchwale nr 2232/288/V/2018 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 25.09.2018 r.

W trakcie kontroli ustalono, że Szpital podpisał przedmiotową umowę najmu chociaż nie uzyskał zgody na wynajem ww. powierzchni użytkowej, a jedynie na jej użyczenie. Zgodnie z uchwałą nr 8/2018 z dnia 25.04.2018 r. Rada Społeczna pozytywnie zaopiniowała wniosek Dyrektora Szpitala o użyczenie gruntu oraz odpłatne udostępnienie przyłącza energetycznego, jednocześnie zobowiązując Dyрекcję Szpitala do uzyskania zgody Zarządu Województwa Śląskiego na zawarcie umowy użyczenia. Zarząd Województwa uchwałą nr 1160/259/V/2018 z dnia 22.05.2018 r. wyraził zgodę na zawarcie przedmiotowej umowy. W związku z powyższym należy uznać, iż wykorzystana w umowie najmu zgoda Zarządu Województwa Śląskiego (udzielona na użyczenie przedmiotowej powierzchni) została użyta niezgodnie z jej przeznaczeniem.

[Dowód: akta kontroli str. 326-357]

## **B. Stwierdzone uchybienia i nieprawidłowości:**

1. Nieprawidłowość polegająca na wykorzystaniu zgody Zarządu Województwa Śląskiego udzielonej uchwałą nr 1160/259/V/2018 z dnia 22.05.2018 r. na zawarcie umowy użyczenia części nieruchomości (powierzchnia parkingowa) w celu zawarcia umowy najmu nr 99/2018 z dnia 18.10.2018 r. niezgodnie z zapisami § 15 „Zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnymi publicznymi zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie” określonych w uchwale nr 2232/288/V/2018 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 25.09.2018 r.;
2. Nieprawidłowość polegająca na braku w umowie najmu nr 99/2018 z dnia 18.10.2018 r. zapisów określonych w § 3 ust. 4 i 5 „Zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnymi publicznymi zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie” określonych w uchwale nr 2232/288/V/2018 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 25.09.2018 r.

**C. Ocena cząstkowa:** pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości.

**D. Osoby odpowiedzialne:**

1. Główna Księgowa;
2. Dyrektor Szpitala, na podstawie art. 46 ust. 1 ustawy 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 10-11.07.2017 r. Przedmiotem kontroli objęto: realizację zadań statutowych, dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych, prawidłowość gospodarowania mieniem oraz gospodarkę finansową w latach 2015-2017.

Wydano następujące zalecenia pokontrolne:

*„W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami zaleca się:*

*Zamieścić na stronie BIP Szpitala informacje zgodnie z art. 8 ust. 3 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (tekst jednolity: Dz. U. z 2016 r., poz. 1764), w szczególności informacje o:*

- *strukturze własnościowej i majątku (art. 6 ust. 1 pkt 2 lit. e i f),*
- *sposobach przyjmowania i załatwiania spraw, w tym przypadku spraw skarg i wniosków (art. 6 ust. Pkt 3 lit. d),*
- *dokumentacji przebiegu i efektów kontroli oraz wystąpień, stanowisk, wniosków i opinii podmiotów ją przeprowadzających (art. 6 ust. 1 pkt 4 lit. a) tiret drugie).”*

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 2018-2019 i stwierdzono, że zalecenia pokontrolne zostały wykonane.

**B. Stwierdzona nieprawidłowość:** brak

**C. Ocena cząstkowa:** pozytywna

**VI. Pozostałe informacje, zalecenia i pouczenia.**

**1. Pozostałe informacje**

Pismem z dnia 8 sierpnia 2019 r., znak: ZD-N.1711.5.2019 (ZD-N.KW-00664/19), Projekt wystąpienia pokontrolnego został przekazany Dyrektorowi Szpitala Chorób Płuc w Orzeszu. Ze „zwrotnego potwierdzenia odbioru” wynika, że pismo zostało doręczone do Szpitala w dniu 9 sierpnia 2019 r.

Dyrektor Szpitala nie zgłosił zastrzeżeń do treści Projektu wystąpienia pokontrolnego.

## 2. Zalecenia

W związku ze stwierdzonymi uchybieniami oraz nieprawidłowościami zalecam podjąć działania zmierzające do:

- 1) Przyjęcia właściwego trybu wprowadzania zmian w Regulaminie Organizacyjnym Szpitala w zakresie wysokości opłat, o których mowa w art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
- 2) Usunięcia niezgodności pomiędzy zapisami Regulaminu Organizacyjnego Szpitala i Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą w zakresie komórek organizacyjnych działalności medycznej;
- 3) Umieszczenia na stronie BIP Szpitala informacji o naborze kandydatów na wolne stanowiska, zgodnie z wymogiem art. 8 ust. 3 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej;
- 4) Wskazywania w treści zawieranych umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych łącznej kwoty wartości zobowiązania;
- 5) Przeprowadzania i analizowania ankiet satysfakcji pacjenta zgodnie z zapisami przyjętych przez Szpital regulacji w tym zakresie;
- 6) Przestrzegania procedur i unormowań zawartych w „Zasadach gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie”, przyjętych uchwałą Nr 2232/288/V/2018 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 25.09.2018 r. z późn. zm., w zakresie zawierania umów najmu, dzierżawy i użyczenia mienia Szpitala.

## 3. Pouczenia

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

Wystąpienie pokontrolne zawiera 13 ponumerowanych stron.

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-ca Dyrektora Wydziału  
Zdrowia i Polityki Społecznej