

Katowice, 23 czerwca 2021 r.
NZ-NK.1711.5.2020

**Urząd Marszałkowski
Województwa Śląskiego
Departament Nadzoru Podmiotów Leczniczych
i Ochrony Zdrowia**
(oznaczenie jednostki kontrolującej)

**Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4
Al. Legionów 10, 41-902 Bytom**
(oznaczenie podmiotu kontrolowanego)

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

z kontroli przeprowadzonej na podstawie:

- 1) art. 121 oraz 122 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t. j.: Dz. U. z 2021 r. poz. 711),
- 2) 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),
- 3) planu kontroli na 2020 rok, załącznik nr 2, poz. 3 zatwierdzonego uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 5/91/VI/2020 z dnia 08.01.2020 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: Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu, Al. Legionów 10, 41-902 Bytom.

Kierownik jednostki kontrolowanej: w okresie objętym kontrolą funkcję Dyrektora Szpitala sprawował: Pan Jerzy Pieniążek od dnia 14.04.2014 r. do 30.11.2020 r.

Dyrektor na dzień przeprowadzenia kontroli wykonywał swoje zadania kierownicze i zarządcze przy pomocy:

- Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa – Pana Janusza Milejskiego,
 - Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomicznych – Pani Małgorzaty Smoleń,
 - Zastępcy Dyrektora ds. Techniczno-Administracyjnych:
 - Pana Macieja Zachwiei od 15.06.2016 r. do 20.08.2018 r.,
 - Pana Janusza Moszyńskiego od 03.01.2019 do nadal,
 - Główniej Księgowej- Pani Renaty Świętek,
 - Przełożonej Pielęgniarek – Pani Marzeny Huptas,
- oraz kierowników komórek organizacyjnych.

Termin przeprowadzenia czynności kontrolnych i zakres kontroli:

Kontrolę przeprowadzono w dniach 21-22.09 oraz 25.09.2020 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 2018-2020.

Jednostka prowadząca kontrolę: Departament Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w Katowicach.

Osoby przeprowadzające kontrolę:

Monika Mrozek - Główny Specjalista Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 387/NZ/2020 z dnia 17.09.2020 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 21 września 2020 r.

Weronika Loska-Tomanik - Inspektor Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 386/NZ/2020 z dnia 17.09.2020 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 21 września 2020 r.

Barbara Gwiazda-Amrosz – Główny Specjalista Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 388/NZ/2020 z dnia 17.09.2020 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 21 września 2020 r.

O kontroli Dyrektor jednostki został poinformowany pismem z dnia 10 września 2020 r. (osobisty odbiór pisemnego powiadomienia w dniu 15.09.2020 r.).

Kontrolę wpisano do książki kontroli pod pozycją 13/2020.

[Dowód: akta kontroli str. 1-11]

II. Działalność statutowa.

A. Ustalenia faktyczne:

Zgodność zakresu i rodzaju udzielanych świadczeń zdrowotnych lub usług z zakresem i rodzajem świadczeń lub usług przewidzianych w Statucie i Regulaminie Organizacyjnym Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 4 w Bytomiu.

1. Informacje ogólne.

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu zwany dalej „Szpitalem” jest samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej. Funkcję podmiotu tworzącego pełni Województwo Śląskie. Nadzór nad działalnością Szpitala sprawuje Zarząd Województwa Śląskiego. Szpital wpisany jest do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego pod numerem 000000013083 oraz posiada osobowość prawną i jest wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego w Katowicach pod numerem KRS 0000054127. Siedzibą Szpitala jest miasto Bytom.

Szpital działa na podstawie:

- 1) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t.j.: Dz. U. z 2021 r. poz. 711) 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 2019 r. poz. 1373 z późn. zm.),
- 3) Statutu Szpitala, przyjętego Uchwałą Nr V/42/13/2017 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 18 września 2017 r., w sprawie ogłoszenia tekstu jednolitego Uchwały Nr V/12/7/2015 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 21 września 2015 r.

- i ogłoszonego w Dzienniku Urzędowym Województwa Śląskiego w dniu 05.10.2017 r. pod pozycją 5295 (Dz. Urz. z dnia 05.10.2017 r., poz. 5295),
- 4) Regulaminu Organizacyjnego, którego ostatnie zmiany zostały pozytywnie zaopiniowane przez Radę Społeczną, uchwałą nr 9/2020 Rady Społecznej z dnia 25.06.2020 r. oraz wprowadzonego w życie Zarządzeniem Dyrektora nr 44/2020 z dnia 30.06.2020 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 06.08.2013 r., z późn. zm.,
 - b) zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie, określonych w Uchwale Zarządu Województwa Śląskiego nr 2232/288/V/2018 z dnia 25 września 2018 r. z późn. zm.,
 - 6) innych powszechnie obowiązujących przepisów prawa.

W Szpitalu zatrudnienie na dzień 21.09.2020 r. roku wynosiło ogółem 1 148 pracowników:

- 921 pracowników w ramach umowy o pracę,
- 227 pracowników w ramach umowy cywilnoprawnej (w tym 105 pracowników na umowę zlecenie, 2 pracowników na umowę o dzieło, 120 – w ramach kontraktu).

[Dowód: akta kontroli str. 12]

2. Prawdliwość wpisów w Krajowym Rejestrze Sądowym.

Ostatnie zgłoszenie do Krajowego Rejestru Sądowego z dnia 21 września 2020 r. dotyczy zmiany składu Rady Społecznej na podstawie Uchwały nr 1530/147/VI/2020 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 15.07.2020 r. Ustalono, że Szpital nie dopełnił ustawowego obowiązku wynikającego z art. 22 ustawy o Krajowym Rejestrze Sądowym z dnia 20 sierpnia 1997 r. (t. j.: Dz. U. z 2019 r. poz. 1500 z późn. zm.), który wskazuje 7 dni na zgłoszenie zmian do KRS. Uchwała dotycząca zmiany składu Rady Społecznej została podjęta 15.07.2020 r., natomiast wniosek do Krajowego Rejestru Sądowego złożono 21.09.2020 r. i według stanu na dzień 21.09.2020 r. w dalszym ciągu oczekiwał na wpis.

[Dowód: akta kontroli str. 13-33]

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 roku o działalności leczniczej. Ostatnie zmiany do Regulaminu, pozytywnie zaopiniowane przez Radę Społeczną uchwałą nr 9/2020 z dnia 25.06.2020 r., zostały wprowadzone w życie Zarządzeniem Dyrektora nr 44/2020 z dnia 30.06.2020 r.

W trakcie kontroli sprawdzono zgodność zapisów Regulaminu Organizacyjnego Szpitala z przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.

Kontrolujący stwierdzili, że cele podmiotu leczniczego wyszczególnione w Regulaminie Organizacyjnym Szpitala nie są w pełni tożsame z wpisanymi w Statut Szpitala (tabela nr 1):

	Regulamin Organizacyjny Szpitala	Statut Szpitala
Cele	Zachowanie, przywracanie, ratowanie i poprawa zdrowia ludności oraz promowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i niepełnosprawności.	1) Udzielanie świadczeń zdrowotnych służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania; 2) promocja zdrowia.

Tabela nr 1 – Porównanie zapisów Regulaminu Organizacyjnego ze Statutem Szpitala w zakresie celów samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

Ponadto, stwierdzono niespójność pomiędzy zadaniami Szpitala wyszczególnionymi w Regulaminie a wpisanymi w Statut. W Statucie wymieniono następujące zadania Szpitala:

- 1) udzielanie stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych szpitalnych;
- 2) udzielanie stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne;
- 3) udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych;
- 4) prowadzenie działalności diagnostycznej;
- 5) świadczenie usług farmaceutycznych;
- 6) prowadzenie banku krwi;
- 7) prowadzenie działań z zakresu zdrowia publicznego, w tym profilaktyka chorób, promocja zdrowia i edukacja zdrowotna;
- 8) uczestniczenie w realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia;
- 9) uczestniczenie w przygotowaniu osób do wykonywaniu zawodu medycznego i kształceniu osób wykonujących zawody medyczne na zasadach określonych w odrębnych przepisach regulujących kształcenie tych osób;
- 10) orzekanie o stanie zdrowia i czasowej niezdolności do pracy;
- 11) realizacja zleconych przez właściwy organ określonych zadań związanych z obroną cywilną, sprawami obronnymi i ochroną ludności.

W Regulaminie natomiast określono poniższe zadania:

- a) udzielanie świadczeń zdrowotnych stacjonarnych i ambulatoryjnych pacjentom w zakresach specjalności posiadanych przez Szpital,
- b) udzielanie świadczeń z zakresu przyłóżkowej rehabilitacji leczniczej,
- c) udzielanie świadczeń z zakresu pomocy doraźnej i transportu sanitarnego,
- d) wykonywanie badań diagnostycznych przez pracowników oraz zakłady,
- e) prowadzenie medycznej działalności usługowej dla innych podmiotów w tym podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
- f) prowadzenie działalności mającej na celu promocję i profilaktykę zdrowotną,
- g) organizowanie i prowadzenie szkoleń i doszkalanie pracowników,
- h) uczestniczenie w przygotowaniu osób do wykonywania zawodów medycznych i kształceniu osób wykonujących zawód medyczny w oparciu o obowiązujące w tym zakresie przepisy prawne,
- i) uczestniczenie w realizacji zadań i programów zdrowotnych oraz naukowych zalecanych przez instytucje naukowe, zakłady pracy, organizacje społeczne, komórki samorządu terytorialnego i inne podmioty,
- j) prowadzenie sprawozdawczości statystycznej,
- k) prowadzenie spraw osobowych, zatrudnianie, płac i spraw socjalnych,
- l) utrzymywanie obiektów, budowli, urządzeń technicznych, administracyjnych, i gospodarczych w należytym stanie,
- m) prowadzenie obsługi finansowo-księgowej i administracyjno-ekonomicznej,
- n) prowadzenie obsługi związanej z bezpieczeństwem i higieną pracy, ochroną przeciwpożarową, obroną cywilną i sprawami obronnymi,
- o) współdziałanie z pozostałymi podmiotami leczniczymi a także innymi instytucjami działającymi w ochronie zdrowia.

Nazwy zadań są odmienne a przeważająca część zadań ujętych w Regulaminie, nie została uwzględniona w Statucie Szpitala.

Należy zauważyć, że posługiwanie się w treści Regulaminu Organizacyjnego (§ 14 Sposób kierowania komórkami organizacyjnymi) nazwą przedsiębiorstwa podmiotu zamiast określenia „zakład leczniczy” jest niezgodne z nazewnictwem wynikającym z ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Stwierdzono, że w Załączniku nr 4 Regulaminu Organizacyjnego, zatytułowanym - *Cennik opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym Nr 4 w Bytomiu* błędnie wyceniono kwoty opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej.

Art. 24 ust. 1 pkt 9 ww. ustawy wymaga określenia w Regulaminie wysokości opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej ustalonej w sposób wskazany w art. 28 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t. j.: Dz. U. z 2020 r., poz. 849), zgodnie z którym maksymalna wysokość opłaty za:

- 1) jedną stronę wyciągu albo odpisu dokumentacji medycznej – nie może przekraczać 0,002,
- 2) jedną stronę kopii albo wydruku dokumentacji medycznej – nie może przekraczać 0,00007,
- 3) udostępnienie dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych – nie może przekraczać 0,0004 – przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski” na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, począwszy od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym nastąpiło ogłoszenie.

Zgodnie z treścią Regulaminu:

- 1) jedna strona wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej wynosi: 10,66 zł, podczas gdy maksymalna wartość powinna wynieść: 10,05 zł,
- 2) jedna strona kopii dokumentacji medycznej wynosi: 0,37 zł, podczas gdy maksymalna wartość powinna wynieść: 0,35 zł,
- 3) udostępnienie dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych wynosi: 2,13 zł, podczas gdy maksymalna wartość powinna wynieść: 2,00 zł.

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 prowadzonym przez Wojewodę Śląskiego według stanu na dzień 21.09.2020 r.

Porównanie zapisów Regulaminu Organizacyjnego z Rejestrem Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonym przez Wojewodę Śląskiego prezentuje przedstawiona poniżej tabela nr 2.

REGULAMIN ORGANIZACYJNY			REJESTR PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ PROWADZONY PRZEZ WOJEWODĘ	
L.P.	NAZWA JEDNOSTKI/ KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ	LICZBA ŁÓŻEK/ MIEJSC DZIENNEGO POBYTU/ STANOWISK/ INNE	NAZWA JEDNOSTKI/ KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ	LICZBA ŁÓŻEK/ MIEJSC DZIENNEGO POBYTU/ STANOWISK/ INNE
1	2	3	4	5
A	ZAKŁAD LECZNICZY			
I	JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZAKŁADU LECZNICZEGO			
	SZPITAL		SZPITAL	
1	KOMÓRKA DZIAŁALNOŚCI MEDYCZNEJ			
1.1.	Oddział Kardiologii	35 łóżek	Oddział Kardiologii	35 łóżek
1.2.	Pododdział Intensywnej Opieki Kardiologicznej	4 łóżka	Pododdział Intensywnej Opieki Kardiologicznej	4 łóżka

REGULAMIN ORGANIZACYJNY			REJESTR PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ PROWADZONY PRZEZ WOJEWODĘ	
L.P.	NAZWA JEDNOSTKI/ KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ	LICZBA ŁÓŻEK/ MIEJSC DZIENNEGO POBYTU/ STANOWISK/ INNE	NAZWA JEDNOSTKI/ KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ	LICZBA ŁÓŻEK/ MIEJSC DZIENNEGO POBYTU/ STANOWISK/ INNE
1	2	3	4	5
1.3.	Oddział Chorób Wewnętrznych	29 łóżek (w tym 2 łóżka IOM)	Oddział Chorób Wewnętrznych	29 łóżek (w tym 2 łóżka IOM)
1.4.	Oddział Chorób Płuc	30 łóżek (w tym 2 łóżka IOM)	Oddział Chorób Płuc	30 łóżek (w tym 2 łóżka IOM)
1.5.	Oddział Nefrologii	22 łóżka (w tym 2 łóżka IOM)	Oddział Nefrologii	22 łóżka (w tym 2 łóżka IOM)
1.6.	Oddział Onkologii Klinicznej	25 łóżek (w tym 2 łóżka IOM), 10 miejsc pobytu dziennego	Oddział Onkologii Klinicznej	25 łóżek (w tym 2 łożka IOM), 10 miejsc pobytu dziennego
1.7.	Oddział Chirurgii Naczyniowej i Ogólnej	40 łóżek (w tym 3 łóżka IOM)	Oddział Chirurgii Naczyniowej i Ogólnej	40 łóżek (w tym 3 łóżka IOM)
1.8.	Oddział Chirurgii Ogólnej	45 łóżek (w tym 3 łóżka IOM)	Oddział Chirurgii Ogólnej	45 łóżek (w tym 3 łóżka IOM)
1.9.	Oddział Ortopedyczno-Urazowy	40 łóżek (w tym 2 łóżka IOM)	Oddział Ortopedyczno-Urazowy	40 łóżek (w tym 2 łóżka IOM)
1.10.	Oddział Neurochirurgii i Neurotraumatologii	50 łóżek (w tym 4 łóżka IOM)	Oddział Neurochirurgii i Neurotraumatologii	50 łóżek (w tym 4 łóżka IOM)
1.11.	Oddział Dermatologii	20 łóżek	Oddział Dermatologii	20 łóżek
1.12.	Oddział Okulistyki	20 łóżek (w tym 2 łóżka IOM)	Oddział Okulistyki	20 łóżek (w tym 2 łóżka IOM)
1.13.	Oddział Neurologii	29 łóżek (w tym 2 łóżka IOM)	Oddział Neurologii	29 łóżek (w tym 2 łóżka IOM)
1.14.	Pododdział Udarowy	26 łóżek (w tym 4 łóżka IOM)	Pododdział Udarowy	26 łóżek (w tym 4 łóżka IOM)
1.15.	Oddział Psychiatrii	51 łóżek	Oddział Psychiatrii	51 łóżek
1.16.	Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	7 łóżek	Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	7 łóżek
1.17.	Oddział Urologii	20 łóżek	Oddział Urologii	20 łóżek
1.18.	Centralny Blok Operacyjny		Centralny Blok Operacyjny	
1.19.	Izba Przyjęć Ogólna		Izba Przyjęć Ogólna	
1.20.	Izba Przyjęć Urazowo – Ortopedyczna		Izba Przyjęć Urazowo – Ortopedyczna	
1.21.	Ambulatorium Ogólne		Ambulatorium Ogólne	
B	ZAKŁAD LECZNICZY			
I	JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZAKŁADU LECZNICZEGO			
AMBULATORYJNA OPIEKA ZDROWOTNA			AMBULATORYJNA OPIEKA ZDROWOTNA	
1	KOMÓRKA DZIAŁALNOŚCI MEDYCZNEJ		KOMÓRKA DZIAŁALNOŚCI MEDYCZNEJ	
1.1.	Poradnia Neurochirurgiczna		Poradnia Neurochirurgiczna	
1.2.	Poradnia Urazowo – Ortopedyczna, w tym: gabinet diagnostyczno – zabiegowy		Poradnia Urazowo – Ortopedyczna, w tym: gabinet diagnostyczno – zabiegowy	
1.3.	Poradnia Dermatologiczna, w tym: gabinet diagnostyczno – zabiegowy		Poradnia Dermatologiczna, w tym: gabinet diagnostyczno – zabiegowy	
1.4.	Poradnia Kardiologiczna		Poradnia Kardiologiczna	
1.5.	Poradnia Urologiczna		Poradnia Urologiczna	
1.6.	Poradnia Otolaryngologiczna, w tym: gabinet diagnostyczno – zabiegowy		Poradnia Otolaryngologiczna, w tym: gabinet diagnostyczno – zabiegowy	
1.7.	Poradnia Okulistyczna, w tym: gabinet diagnostyczno – zabiegowy		Poradnia Okulistyczna, w tym:	

REGULAMIN ORGANIZACYJNY			REJESTR PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ PROWADZONY PRZEZ WOJEWODĘ	
L.P.	NAZWA JEDNOSTKI/ KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ	LICZBA ŁÓŻEK/ MIEJSC DZIENNEGO POBYTU/ STANOWISK/ INNE	NAZWA JEDNOSTKI/ KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ	LICZBA ŁÓŻEK/ MIEJSC DZIENNEGO POBYTU/ STANOWISK/ INNE
1	2	3	4	5
			gabinet diagnostyczno – zabiegowy	
1.8.	Poradnia Chorób Płuc		Poradnia Chorób Płuc	
1.9.	Poradnia Chorób Naczyń, w tym: gabinet diagnostyczno – zabiegowy		Poradnia Chorób Naczyń, w tym: gabinet diagnostyczno – zabiegowy	
1.10.	Poradnia Onkologiczna, w tym: gabinet diagnostyczno – zabiegowy		Poradnia Onkologiczna, w tym: gabinet diagnostyczno – zabiegowy	
1.11.	Poradnia Chirurgiczna, w tym: gabinet diagnostyczno – zabiegowy		Poradnia Chirurgiczna, w tym: gabinet diagnostyczno – zabiegowy	
1.12.	Poradnia Chirurgii Naczyniowej		Poradnia Chirurgii Naczyniowej	
1.13.	Poradnia Neurologiczna		Poradnia Neurologiczna	
1.14.	Poradnia Nefrologiczna		Poradnia Nefrologiczna	
1.15.	Poradnia Gastrologiczna		Poradnia Gastrologiczna	
1.16.	Poradnia Zwalczania Bólu Przewlekłego		Poradnia Zwalczania Bólu Przewlekłego	
1.17.	Poradnia Zdrowia Psychicznego		Poradnia Zdrowia Psychicznego	
1.18.	Poradnia Medycyny Pracy		Poradnia Medycyny Pracy	
1.19.	Poradnia Żywieniowa		Poradnia Żywieniowa	
1.20.	Poradnia Anestezjologiczna		Poradnia Anestezjologiczna	
1.21.	Poradnia Chorób Wewnętrznych		Poradnia Chorób Wewnętrznych	
1.22.	Psychiatryczny Oddział Dzienny	20 miejsc	Psychiatryczny Oddział Dzienny	20 miejsc
1.23.	Stacja Dializ	28 stanowisk	Stacja Dializ	28 stanowisk
1.24.	Pracownia Immunologii Transfuzjologicznej z Bankiem Krwi		Pracownia Immunologii Transfuzjologicznej z Bankiem Krwi	
1.25.	Zakład Radiologii i Diagnostyki Obrazowej:		Zakład Radiologii i Diagnostyki Obrazowej:	
	Pracownia RTG Podstawowa		Pracownia RTG Podstawowa	
	Pracownia Tomografii Komputerowej		Pracownia Tomografii Komputerowej	
	Pracownia USG		Pracownia USG	
	Pracownia Mammograficzna		Pracownia Mammograficzna	
	Pracownia Rezonansu Magnetycznego		Pracownia Rezonansu Magnetycznego	
1.26.	Zakład Radiologii i Diagnostyki Zabiegowej:		Zakład Radiologii i Diagnostyki Zabiegowej:	
	Pracownia Diagnostyki i Terapii Endowaskularnej Neuroradiologii		Pracownia Diagnostyki i Terapii Endowaskularnej Neuroradiologii	
	Pracownia Hemodynamiki Serca i Terapii Endowaskularnej Naczyń Wieńcowych		Pracownia Hemodynamiki Serca i Terapii Endowaskularnej Naczyń Wieńcowych	
	Pracownia Diagnostyki i Terapii Endowaskularnej Naczyń Obwodowych		Pracownia Diagnostyki i Terapii Endowaskularnej Naczyń Obwodowych	
1.27.	Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej		Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej	
	Pracownia Mikrobiologii		Pracownia Mikrobiologii	
	Pracownia Biochemii		Pracownia Biochemii	
	Pracownia Elektrolitów		Pracownia Elektrolitów	
	Pracownia Hematologii		Pracownia Hematologii	
	Pracownia Badań Podstawowych		Pracownia Badań Podstawowych	
	Pracownia Elektroforezy		Pracownia Elektroforezy	
	Pracownia Serologii i Grup Krwi		Pracownia Serologii i Grup Krwi	
1.28.	Pracownia Audiometrii i Nystagmografii		Pracownia Audiometrii i Nystagmografii	
1.29.	Pracownia Endoskopii		Pracownia Endoskopii	
1.30.	Pracownia EKG		Pracownia EKG	
1.31.	Pracownia EEG		Pracownia EEG	
1.32.	Pracownia Elektromiografii i Potencjałów Wywołanych		Pracownia Elektromiografii i Potencjałów Wywołanych	
1.33.	Pracownia Histopatologii		Pracownia Histopatologii	
1.34.	Pracownia Mykologii		Pracownia Mykologii	
1.35.	Pracownia Nieinwazyjnych Badań Układu Naczyniowego		Pracownia Nieinwazyjnych Badań Układu Naczyniowego	
1.36.	Pracownia Badań Mikrokrążenia		Pracownia Badań Mikrokrążenia	
1.37.	Pracownia badań Nieinwazyjnych Serca		Pracownia badań Nieinwazyjnych Serca	

REGULAMIN ORGANIZACYJNY			REJESTR PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ PROWADZONY PRZEZ WOJEWODĘ	
L.P.	NAZWA JEDNOSTKI/ KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ	LICZBA ŁÓŻEK/ MIEJSC DZIENNEGO POBYTU/ STANOWISK/ INNE	NAZWA JEDNOSTKI/ KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ	LICZBA ŁÓŻEK/ MIEJSC DZIENNEGO POBYTU/ STANOWISK/ INNE
1	2	3	4	5
1.38.	Pracownia Laserowa – Okulistyczna		Pracownia Laserowa – Okulistyczna	
1.39.	Pracownia Angiografii Fluoresceinowej		Pracownia Angiografii Fluoresceinowej	
1.40.	Pracownia Komputerowego Badania Pola Widzenia		Pracownia Komputerowego Badania Pola Widzenia	
1.41.	Pracownia Endoskopii Urologicznej		Pracownia Endoskopii Urologicznej	
1.42.	Pracownia USG Oka		Pracownia USG Oka	
1.43.	Pracownia Cukrzycowo – Siatkówkowa		Pracownia Cukrzycowo – Siatkówkowa	
1.44.	Pracownia Rogówkowa		Pracownia Rogówkowa	
1.45.	Pracownia OCT		Pracownia OCT	
1.46.	Pracownia Jaskrowa		Pracownia Jaskrowa	
1.47.	Apteka Szpitalna		Apteka Szpitalna	

Tabela nr 2 – Porównanie zapisów Regulaminu Organizacyjnego z Rejestrem Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonym przez Wojewodę Śląskiego.

Podczas kontroli sprawdzono prawidłowość procesu dokonywania zmian w strukturze organizacyjnej Szpitala w oparciu o *Procedurę postępowania w przypadku dokonywania zmian struktury organizacyjnej zakładów leczniczych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej*, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie, wprowadzoną Uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 1327/201/VI/2017 z dnia 27.06.2017 r., a następnie Uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 801/36/VI/2019 z dnia 17.04.2019 r., a także zgodność z zapisami ustawy o działalności leczniczej. W okresie objętym kontrolą dokonano zmian w strukturze organizacyjnej Szpitala. Przebieg zmian zweryfikowano pod względem uzyskania pozytywnej opinii Rady Społecznej Szpitala w związku z dokonywaną zmianą. Uzyskaniem akceptacji podmiotu tworzącego, a także zgłoszeniem zmian w strukturze organizacyjnej do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego. Stwierdzono, że ww. procesy zostały zachowane a ich przebieg przedstawiono poniżej.

L.P.	OKREŚLENIE RODZAJU ZMIANY	OPINIA RADY SPOŁECZNEJ (NR UCHWAŁY Z DNIA)	WYMAGANA AKCEPTACJA PODMIOTU TWORZĄCEGO (TAK/ NIE/ NIE DOTYCZY)	CZYNNOŚĆ SPOWODOWAŁA ZMIANĘ UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ (TAK/ NIE/ NIE DOTYCZY)	DATA ROZPOCZĘCIA / ZAKOŃCZENIA DZIAŁALNOŚCI/ OKRES ZAWIESZENIA	DATA ZMIANY W REJESTRZE PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ	UWAGI
1	2	3	4	5	6	7	8
1	utworzenie komórki/jednostki organizacyjnej (nazwa utworzonej komórki):						
	Pracownia Rezonansu Magnetycznego	Uchwała nr 11/2018 z 27.04.2018 r.	Tak	Tak	1.04.2019 r.	25.02.2019 r.	-
	Poradnia Chorób Wewnętrznych	Uchwała nr 14/2018 z 27.04.2018 r.	Tak	Tak	1.04.2019 r.	25.02.2019 r.	-
	Poradnia Anestezjologiczna	Uchwała nr 13/2018 z 27.04.2018 r.	Tak	Tak	1.04.2019 r.	25.02.2019 r.	-
2	*likwidacja komórki/jednostki organizacyjnej (nazwa likwidowanej komórki):						
	Oddział Otorinolaryngologii	Uchwała nr 25/2019 z 17.12.2019 r.	Tak	Tak	13.02.2020 r.	25.02.2020 r.	-
3	zmiana nazwy komórki / jednostki organizacyjnej (z/na):						
	Poradnia Żywnieniowa	Uchwała nr 28/2018 z 30.11.2018 r.	Nie dotyczy	Nie dotyczy	1.04.2017 r.	25.02.2019 r.	-
6	zawieszenie działalności komórki / jednostki organizacyjnej (nazwa):						
	Poradnia Gastrologiczna	Uchwała nr 24/2018 z 30.08.2018 r.	Nie dotyczy	Tak	1.10.2018 r. - 31.12.2018 r.		-

L.P.	OKREŚLENIE RODZAJU ZMIANY	OPINIA RADY SPOŁECZNEJ (NR UCHWAŁY Z DNIA)	WYMAGANA AKCEPTACJA PODMIOTU TWORZĄCEGO (TAK/ NIE/ NIE DOTYCZY)	CZYNNOŚĆ SPOWODOWAŁA ZMIANĘ UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ (TAK/ NIE/ NIE DOTYCZY)	DATA ROZPOCZĘCIA / ZAKOŃCZENIA DZIAŁALNOŚCI/ OKRES ZAWIESZENIA	DATA ZMIANY W REJESTRZE PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ	UWAGI
1	2	3	4	5	6	7	8
	Oddział Psychiatrii	Uchwała nr 25/2018 z 01.10.2018 r.	Nie dotyczy	Tak	1.11.2018 r. - 31.01.2019 r.	-	-
	Oddział Otorinolaryngologii	Uchwała nr 26/2018 z 01.10.2018 r.	Nie dotyczy	Tak	1.11.2018 r. - 31.12.2018 r.	-	-
	Oddział Urologii	Uchwała nr 27/2018 z 01.10.2018 r.	Nie dotyczy	Tak	1.11.2018 r. - 31.12.2018 r.	-	-
	Oddział Otorinolaryngologii	Uchwała nr 14/2019 z 11.07.2019 r.	Nie dotyczy	Tak	15.08.2019 r. - 15.11.2019 r.	-	-
	Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	Uchwała nr 22/2019 z 11.10.2019 r.	Nie dotyczy	Tak	24.09.2019 r. - 15.12.2019 r.	-	-
	Oddział Dermatologii	Uchwała nr 16/2020 z 6.07.2020 r.	Nie dotyczy	Tak	7.08.2020 r. - 7.11.2020 r.	-	-

Tabela nr 3 – Zmiany struktury organizacyjnej w okresie objętym kontrolą (tj. 01.01.2018 r do 21.09.2020 r.)

Przeprowadzono kontrolę treści umieszczonych na stronie internetowej Szpitala pod względem spełnienia wymogów ustawy o działalności leczniczej. Szpital posiada własną stronę internetową pod adresem: <http://www.szpital4.bytom.pl/> oraz odrębną stronę podmiotową BIP pod adresem: <https://bip-slaskie.pl/szpital4bytom/>. Kontrola wykazała, że na stronie internetowej Szpitala umieszczono wszystkie informacje wymagane zgodnie z treścią art. 24 ust. 2 w zw. z ust. 1 u.d.l. Ponadto, stwierdzono, że Szpital spełnia ustawowy wymóg prowadzenia strony podmiotowej BIP i umieszczania na niej wymaganych prawem informacji, zgodnie z ustawą z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej.

[Dowód: akta kontroli str. 34-166]

B. Stwierdzone nieprawidłowości i uchybienia (przyczyny, skutki):

1. Nieprawidłowość polegająca na niedopełnieniu ustawowego obowiązku wynikającego z art. 22 ustawy o Krajowym Rejestrze Sądowym z dnia 20 sierpnia 1997 r. (t. j.: Dz. U. z 2019 r. poz. 1500 z późn. zm.), który wskazuje 7 dni na zgłoszenie zmian do KRS,
2. Nieprawidłowość w zakresie wskazania błędnych wartości opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej w treści Regulaminu Organizacyjnego,
3. Uchybienie polegające na braku zgodności pomiędzy zapisami Regulaminu Organizacyjnego Szpitala i Statutu w zakresie celów Szpitala.
4. Uchybienie polegające na wpisaniu w Regulamin Organizacyjny zadań nie będących w pełni tożsamymi z wyszczególnionymi w Statucie Szpitala,
5. Uchybienie polegające na posługiwaniu się w treści Regulaminu Organizacyjnego pojęciem „przedsiębiorstwo” zamiast określenia „zakład leczniczy”.

Przyczyny nieprawidłowości/uchybień:

1. Niedochowanie należytej staranności w zakresie spełnienia wymogów ustawowych poprzez:
 - przekroczenie ustawowego terminu zgłoszenia zmian do KRS,
 - brak aktualizacji zapisów Regulaminu Organizacyjnego w zakresie wskazania sposobu obliczania maksymalnej wysokości opłaty za jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej oraz udostępnienie dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych,
 - określenie w Regulaminie zadań i celów Szpitala, nie będących w pełni tożsamymi z wyszczególnionymi w Statucie,
 - brak aktualizacji zapisów Regulaminu polegających na zastąpieniu terminu „przedsiębiorstwo” określeniem „zakład leczniczy”.

2. Brak odpowiedniego nadzoru nad pracownikami odpowiedzialnymi za aktualizację Regulaminu Organizacyjnego Szpitala oraz zgłaszanie zmian do KRS,

Skutki nieprawidłowości/uchybień:

1. Naruszenie art. 22 ustawy o Krajowym Rejestrze Sądowym z dnia 20 sierpnia 1997 r.,
2. Naruszenie art. 28 ust. 4 pkt 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
3. Uchybienie skutkujące niepełną realizacją przepisu art. 24 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej w zakresie niespójnego określenia celów i zadań Szpitala w Regulaminie względem zapisów ujętych w Statucie Szpitala,
4. Uchybienie skutkujące niepełną realizacją przepisu art. 2 ust. 1 pkt 14 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej poprzez zastosowanie w treści Regulaminu Organizacyjnego określenia „przedsiębiorstwo” zamiast „zakład leczniczy”.

Wskazane nieprawidłowości i uchybienia nie stanowią rażącego naruszenia przepisów prawa.

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

D. Osoby odpowiedzialne: 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 kompleksie budynków zlokalizowanych w Bytomiu przy ulicy Aleja Legionów 10.

1. Funkcjonowanie wybranych komórek organizacyjnych.

W ramach prowadzonych czynności szczególną kontrolą objęto funkcjonowanie wybranych komórek medycznych – Oddział Ortopedyczno-Urazowy, Oddział Chorób Płuc, Oddział Neurologii oraz Poradnię Gastrologiczną.

1) Oddział Ortopedyczno-Urazowy

Oddział zlokalizowany w Bytomiu przy ul. Alei Legionów 10, 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: 4580 Oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej. Oddział został wpisany do Rejestru z dniem 18 lutego 1998 r. i dysponuje 40 łózkami. Podstawą leczenia jest wszechstronna diagnostyka urazów i schorzeń narządów ruchu. Oddział leczy choroby zwyrodnieniowe stawu biodrowego i kolanowego za pomocą endoprotezoplastyk z użyciem najnowszych typów protez. Diagnostyka wnętrza stawu wykonywana jest małoinwazyjną metodą artroskopii. Do leczenia złamań używane są różne typy zespołów, w tym nowoczesne zespoły śródstypkowe. Na terenie oddziału znajduje się również sala rehabilitacyjna wyposażona w nowoczesne aparaty rehabilitacyjne wspomagane elektrycznie szyny – CPM. Proces leczenia wspomagają urządzenia pozwalające w precyzyjny sposób prowadzić skomplikowane zabiegi operacyjne.

W okresie objętym kontrolą liczba hospitalizowanych pacjentów wyniosła:

- 1 762 w 2018 r.,

- 1 834 w 2019 r.,
- 788 w okresie od 01.01.2020 r. do 14.09.2020 r.

W Oddziale zatrudnionych jest 13 lekarzy, 26 pielęgniarek, 2 fizjoterapeutów oraz 1 osoba zaliczająca się do innych grup zgłoszonych do Portalu Potencjału NFZ.

2) Oddział Chorób Płuc

Oddział zlokalizowany w Bytomiu przy ul. Alei Legionów 10, wpisany jest do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 003 (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: 4272 Oddział chorób płuc. Oddział został wpisany do Rejestru z dniem 18 lutego 1998 r. i dysponuje 30 łózkami. Oddział wykonuje szybką, specjalistyczną, małoinwazyjną diagnostykę i leczenie wszystkich schorzeń układu oddechowego, począwszy od chorób obturacyjnych, poprzez choroby śródmiąższowe, zakażenia i nowotwory. U pacjentów z niewydolnością oddechową jest stosowana Nieinwazyjna Wentylacja Mechaniczna a pacjenci kwalifikowani są do DLT i NIV w warunkach domowych. Prowadzona jest również opieka nad pacjentami w programie Diagnostyka i Leczenie Onkologiczne.

W okresie objętym kontrolą liczba hospitalizowanych pacjentów wyniosła:

- 976 w 2018 r.,
- 1 027 w 2019 r.,
- 451 w okresie od 01.01.2020 r. do 14.09.2020 r.

W Oddziale zatrudnionych jest 7 lekarzy, 8 pielęgniarek oraz 1 fizjoterapeuta.

3) Oddział Neurologii

Oddział zlokalizowany w Bytomiu przy ul. Alei Legionów 10, wpisany jest do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 013 (kod resortowy identyfikujący komórkę organizacyjną stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych), kod resortowy charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych: 4220 Oddział neurologiczny. Oddział został wpisany do Rejestru z dniem 18 lutego 1998 r. i dysponuje 29 łózkami. Oddział Neurologii posiada możliwości kompleksowej, interdyscyplinarnej diagnostyki i leczenia chorób ośrodkowego oraz obwodowego układu nerwowego. Infrastruktura Oddziału i Szpitala jest ukierunkowana na intensywne leczenie ostrego udaru mózgu – leczenie trombolityczne, interwencyjne oraz wczesną rehabilitację. Oddział zajmuje się diagnostyką i leczeniem chorób takich jak: choroby naczyniowe mózgu, choroby nerwowo-mięśniowe, choroby neurozwyrodnieniowe, choroby demielinizacyjne. Oddział prowadzi i opiekuje się również pacjentami w programach lekowych.

W okresie objętym kontrolą liczba hospitalizowanych pacjentów wyniosła:

- 1 636 w 2018 r.,
- 1 615 w 2019 r.,
- 747 w okresie od 01.01.2020 r. do 14.09.2020 r.

W Oddziale zatrudnionych jest 23 lekarzy, 36 pielęgniarek, 7 fizjoterapeutów, 1 psycholog oraz 9 osób zaliczających się do innych grup zgłoszonych do Portalu Potencjału NFZ.

4) Poradnia Gastrologiczna

Poradnia zlokalizowana w Bytomiu przy ul. Alei Legionów 10, wpisana jest do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 031 (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: 1050 Poradnia gastroenterologiczna.

Poradnia została wpisana do Rejestru z dniem 18 lutego 1998 r.

W ww. komórce organizacyjnej udzielane są świadczenia w zakresie gastroenterologii, kontynuuje się leczenie szpitalne oraz realizowana jest opieka nad pacjentami w programie Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego.

W okresie objętym kontrolą liczba udzielonych porad wynosiła:

- 603 w 2018 r.,
- 179 w 2019 r.,
- 249 w okresie od 01.01.2020 r. do 14.09.2020 r.

W Poradni zatrudniony jest 1 lekarz.

Według harmonogramu pracy zamieszczonego w Portalu Świadczeniodawcy NFZ świadczenia są udzielane przez 4 dni w tygodniu. W poniedziałki od 12.00-14.00, wtorki od 10.00-14.00, środy od 12.00-18.00, czwartki od 10.00-14.00.

[Dowód: akta kontroli str. 167-170]

2. Udzielanie zamówień na świadczenia zdrowotne.

Przedmiotem weryfikacji przeprowadzonej przez kontrolujących były zapisy umów:

- 1) Nr 1/NP/ŚZ/1/2020 z dnia 09.03.2020 r. dotyczącej udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań molekularnych i cytogenetycznych,
- 2) Nr 1/NOP/ŚZ/8/2018 z dnia 03.12.2018 r. dotyczącej udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania konsultacji ginekologicznych.

Ad. 1) Nr 1/NP/ŚZ/1/2020 z dnia 09.03.2020 r.

Umowa została zawarta w wyniku przeprowadzonego przez Szpital zapytania ofertowego na udzielanie świadczeń zdrowotnych, 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.

W oparciu o zapisy określone w art. 27 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej stwierdza się, że umowa zawiera wszystkie wymagane zapisy.

Umowa została zawarta w formie pisemnej, na czas określony, tj. od dnia 01.04.2020 r. do dnia 31.03.2023 r. oraz wskazuje maksymalną wartość zamówienia.

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

W ramach kontroli realizacji umowy sprawdzono faktury nr:

- 2101/0431/20 z dnia 31.05.2020 r. - stawki jednostkowe zgodne z umową,
- 2101/0512/20 z dnia 30.06.2020 r. - stawki jednostkowe zgodne z umową.

Ad. 2) Nr 1/NOP/ŚZ/8/2018 z dnia 03.12.2018 r.

Umowa została zawarta w wyniku przeprowadzonego przez Szpital zapytania ofertowego na udzielanie świadczeń zdrowotnych, 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.

W oparciu o zapisy określone w art. 27 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej stwierdza się, że umowa zawiera wszystkie wymagane zapisy.

Umowa została zawarta w formie pisemnej, na czas określony, tj. od dnia 03.12.2018 r. do dnia 30.11.2020 r. oraz wskazuje maksymalną wartość zamówienia.

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

W ramach kontroli realizacji umowy sprawdzono faktury nr:

- 116/09/2019 z dnia 08.10.2019 r. - stawka jednostkowa niezgodna z umową. Zgodnie z Załącznikiem nr 1 do umowy 1/NOP/ŚZ/8/2018 - cena brutto za 1 konsultację ginekologiczną wynosi 80 zł. Faktura została wystawiona za 1 konsultację ginekologiczną na kwotę 160,00 zł.
- 111/03/2020 z dnia 14.04.2020 r. - stawka jednostkowa niezgodna z umową. Zgodnie z Załącznikiem nr 1 do umowy 1/NOP/ŚZ/8/2018 - cena brutto za 1 konsultację

ginekologiczną wynosi 80 zł. Faktura została wystawiona za 1 konsultację ginekologiczną na kwotę 160,00 zł.

[Dowód: akta kontroli str. 171-222]

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. lata 2018-2020 w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym nr 4 w Bytomiu miały miejsce dwa postępowania konkursowe na stanowiska kierownicze wskazane w art. 49 ww. ustawy.

Przeprowadzone postępowania konkursowe na stanowiska kierownicze:

- 1) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Neurologii (data konkursu: 27.11.2018 r., konkurs nierozstrzygnięty);
- 2) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Neurologii (data konkursu: 16.09.2019 r., okres zatrudnienia 20.09.2020 r. – 19.09.2025 r.).

Podczas czynności kontrolnych, kontrolującym nie została przedstawiona dokumentacja dotycząca pierwszego ww. postępowania konkursowego na stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Neurologii, co uniemożliwiło weryfikację właściwej realizacji zapisów wynikających z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 roku w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą (Dz. U. z 2018 r., poz. 393 z późn zm.). Zgodnie z informacją przekazaną kontrolującym ww. dokumenty zaginęły.

Ponadto, podczas weryfikacji dokumentacji dotyczącej wskazanego powyżej drugiego postępowania konkursowego, kontrolujący stwierdzili nieprawidłowość polegającą na braku pisemnego powiadomienia o wynikach konkursu kandydatów biorących w nim udział, zgodnie z §15 ust 3 ww. rozporządzenia.

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

- 1) Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 2) Oddział Chirurgii Ogólnej: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 3) Oddział Dermatologii: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 4) Oddział Psychiatrii: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 5) Oddział Kardiologii: kierownik oddziału, p.o. pielęgniarka oddziałowa;
- 6) Oddział Nefrologii: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 7) Oddział Neurochirurgii: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 8) Oddział Neurologii: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 9) Oddział Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 10) Oddział Chorób Płuc: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 11) Oddział Chorób Wewnętrznych: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 12) Oddział Okulistyki: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 13) Oddział Onkologii: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 14) Oddział Urazowo-Ortopedyczny: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 15) Oddział Urologii: 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 14 oddziałach zarządzają pielęgniarki oddziałowe, a na jednym (Oddział Kardiologii) osoba pełniąca obowiązki pielęgniarki oddziałowej.

Ww. stanowiska określone zostały zarówno w Regulaminie Organizacyjnym Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 4 w Bytomiu, jak i załączniku nr 1 (Wykaz stanowisk, na których przysługuje dodatek funkcyjny i stawek dodatku funkcyjnego) oraz w załączniku nr 3 (Tabela zaszeregowania stanowisk pracy dla pracowników szpitala) do Regulaminu Wynagradzania Pracowników Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 4 w Bytomiu.

[Dowód: akta kontroli str. 223-257]

4. Serwisowanie aparatury oraz sprzętu medycznego.

Kontrolujący w ramach kontroli jakości świadczonych usług zweryfikowali paszporty techniczne niżej wymienionych urządzeń, na których wykonywane są usługi medyczne:

- 1) Kardiomonitor Dash 3000, nr K1DJ5950G, Przegląd okresowy odbył się w dniu 19.05.2020r. – dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany w maju 2021r., zgodnie z wpisem: „Sprawdzenie stanu technicznego – brak akumulatorów. Możliwa praca jedynie z zasilania 230V”, Wynik testu bezpieczeństwa: pozytywny.
- 2) Defibrylator Cardio Aid 360 B, nr 14206075, przegląd okresowy odbył się w dniu 12.02.2019r. – dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany w lutym 2021 r., zgodnie z wpisem: „urządzenie sprawne”,

5. Czas oczekiwania na udzielenie świadczeń zdrowotnych.

W Szpitalu zgodnie z art. 20 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych prowadzone są listy osób oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego. W trakcie kontroli ustalono, że w Szpitalu działa „Zespół Oceny Przyjęć” powołany Zarządzeniem Dyrektora nr 10/2019 z dnia 07.02.2019 r. (wcześniej Zespół działał na podstawie Zarządzenia Dyrektora nr 1/2005 z dnia 17.01.2005 r., z późniejszymi zmianami wprowadzonymi aneksami). Do zadań Zespołu należy przeprowadzanie oceny list oczekujących na udzielenie świadczenia pod względem: prawidłowości prowadzenia dokumentacji, czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia, zasadności i przyczyn zmian terminów udzielania świadczeń. Przykładowe kopie protokołów z posiedzenia Zespołu Oceny List „kolejek oczekujących” na udzielanie świadczeń zdrowotnych za miesiąc styczeń 2020 r., luty 2020 r., marzec 2020 r., czerwiec 2020 r., lipiec 2020 r. oraz sierpień 2020 r. stanowią dowód kontroli.

Z listy oczekujących na udzielenie świadczenia sporządzonej na dzień 23.09.2020 r. wynika, że najdłuższy czas oczekiwania na przyjęcie do Szpitala dotyczy Oddziału Ortopedyczno-Urazowego:

- przypadki stabilne – termin: 07.11.2022 r.,
- przypadki pilne – termin: 07.07.2021 r.

Najkrótszy czas oczekiwania na przyjęcie do Szpitala odnotowano dla Oddziału Psychiatrycznego oraz Oddziału Psychiatrycznego Dziennego:

- przypadki stabilne – termin: 01.10.2020 r.,
- przypadki pilne – termin: 23.09.2020 r.

6. Rejestr skarg i wniosków – liczba i zasadność skarg w poszczególnych latach, procedura

rozpatrywania skarg składanych przez pacjentów.

Sprawdzeniem objęto Rejestr skarg i wniosków Szpitala w latach 2018-2020. Sposób rozpatrywania skarg i wniosków został określony w *Procedurze rozpatrywania skarg i wniosków*

w samodzielnym publicznym zakładzie opieki zdrowotnej Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym nr 4 w Bytomiu, wprowadzonej Zarządzeniem nr 8/26 Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 4 w Bytomiu z dnia 26 stycznia 2016 r. Zgodnie z procedurą, skargi i wnioski można składać pisemnie w Kancelarii Szpitala codziennie w godzinach urzędowania, jak również drogą elektroniczną oraz ustnie do protokołu.

Zgodnie z przyjętymi w ww. dokumencie regulacjami, Szpital przyjmuje i rozpatruje skargi i wnioski w sposób gwarantujący równe traktowanie stron, zachowanie obiektywizmu oraz przestrzeganie obowiązujących przepisów prawa. W Procedurze ujęto m.in. zapis dot. terminu załatwienia skargi lub wniosku bez zbędnej zwłoki. Osoba wskazana przez Dyrektora jako właściwa do rozpatrzenia skargi, niezwłocznie wzywa osobę na którą wpłynęła skarga, a w razie potrzeby również kierownika danej komórki organizacyjnej, do założenia wyjaśnień w przedmiocie skargi, w terminie 7 dni od jej otrzymania. Rozpatrzenie skargi lub wniosku powinno być poprzedzone analizą wszystkich okoliczności sprawy. Do rozpatrzenia skargi można powołać zespół złożony z osób posiadających kwalifikacje i kompetencje w przedmiocie będącym przedmiotem skargi.

Poniżej przedstawiono zestawienie skarg i wniosków w okresie objętym kontrolą (tabela nr 4).

L.P.	LATA	LICZBA SKARG	LICZBA SKARG UZNANYCH ZA ZASADNE	LICZBA SKARG UZNANYCH ZA NIEZASADNE	ODPOWIEDŹ UDZIELONA SKARŻĄCEMU	LICZBA ODPOWIEDZI NA SKARGI UDZIELONA W TERMINIE	OBSZARY DZIAŁALNOŚCI SZPITALA, KTÓRYCH SKARGI DOTYCZĄ	INFORMACJA PRZEDSTAWIONA NA RADZIE SPOŁECZNEJ
1	2018	8	1	7	Tak	7	Leczenie szpitalne, Izba przyjęć, poradnie przyszpitalne	30.11.2018 r.
2	2019	4	1	3	Tak	4	Leczenie szpitalne, Izba przyjęć, poradnie przyszpitalne	11.10.2019 r.
3	2020	3	0	3	Tak	2	Leczenie szpitalne, Izba przyjęć, poradnie przyszpitalne	25.06.2020 r.

Tabela nr 4 - zestawienie skarg w okresie od 2018 r. do 2020 r.

W zgodzie z zapisami ustawy o działalności leczniczej analiza skarg i wniosków jest przedstawiana okresowo Radzie Społecznej Szpitala, co potwierdzają protokoły z posiedzeń Rady.

W toku kontroli ustalono, że Rejestr prowadzony jest w sposób umożliwiający weryfikację przebiegu i terminów załatwienia spraw. W 2019 r. złożono 4 skargi, z czego 1 została rozpatrzona po terminie a w 2020 r. złożono 3 skargi, z czego 1 z odpowiedzi została udzielona po terminie, co stanowi naruszenie art. 237 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks Postępowania Administracyjnego, zgodnie z którym Organ właściwy do załatwienia skargi powinien załatwić skargę bez zbędnej zwłoki, nie później jednak niż w ciągu miesiąca.

7. Finansowanie /realizacja udzielanych świadczeń.

Szpital realizuje świadczenia zdrowotne w poszczególnych komórkach organizacyjnych przede wszystkim w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. Realizacja świadczeń wg stanu na dzień 16.09.2020 r. została szczegółowo przedstawiona poniżej (tabela nr 5):

L.P.	KOMÓRKI DZIAŁALNOŚCI MEDYCZNEJ	REALIZACJA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH			KOMÓRKA NIE REALIZUJE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
		W RAMACH RYCZAŁTU NFZ	W RAMACH KONTRAKTU Z NFZ	INNE ŹRÓDŁA FINANSOWANIA - JAKIE (W TYM PROGRAMY ZDROWOTNE, PROGRAMY UNIJNE, INNE)	
1	2	3	4	5	6
1	Apteka Szpitalna				X
2	Centralny Blok Operacyjny				
3	Izba Przyjęć Ogólna		X	Umowy podwykonawstwa	
4	Izba Przyjęć Urazowo-Ortopedyczna				

L.P.	KOMÓRKI DZIAŁALNOŚCI MEDYCZNEJ	REALIZACJA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH			KOMÓRKA NIE REALIZUJE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
		W RAMACH RYCZAŁTU NFZ	W RAMACH KONTRAKTU Z NFZ	INNE ŹRÓDŁA FINANSOWANIA - JAKIE (W TYM PROGRAMY ZDROWOTNE, PROGRAMY UNIJNE, INNE)	
1	2	3	4	5	6
5	Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	X			
6	Oddział Chirurgii Naczyniowej i Ogólnej	X			
7	Oddział Chirurgii Ogólnej	X	X		
8	Oddział Chorób Płuc	X	X		
9	Oddział Chorób Wewnętrznych	X			
10	Oddział Dermatologii	X			
11	Oddział Kardiologii	X	X		
12	Pododdział Intensywnej Opieki Kardiologicznej				
13	Oddział Nefrologii	X			
14	Oddział Neurochirurgii i Neurotraumatologii	X	X		
15	Oddział Neurologii	X			
16	Pododdział Udarowy	X			
17	Oddział Okulistyki	X	X		
18	Oddział Onkologii Klinicznej	X	X		
19	Oddział Ortopedyczno-Urazowy	X	X		
20	Oddział Urologii	X	X		
21	Oddział Psychiatrii		X		
22	Psychiatryczny Oddział Dzienny		X		
23	Poradnia Chirurgiczna	X	X		
24	Poradnia Chorób Naczyń	X			
25	Poradnia Dermatologiczna	X			
26	Poradnia Gastrologiczna	X	X		
27	Poradnia Kardiologiczna	X	X		
28	Poradnia Medycyny Pracy				
29	Poradnia Nefrologiczna	X	X		
30	Poradnia Neurochirurgiczna	X	X	X	
31	Poradnia Neurologiczna	X	X		
32	Poradnia Okulistyczna	X		X	
33	Poradnia Onkologiczna	X	X		
34	Poradnia Otolaryngologiczna	X	X		
35	Poradnia Urazowo-Ortopedyczna	X	X	X	
36	Poradnia Urologiczna	X	X		
37	Poradnia Zdrowia Psychicznego		X		
38	Poradnia Żywieniowa		X		
39	Pracownia Angiografii Fluoresceinowej				
40	Pracownia Audiometrii i Nystagmografii				
41	Pracownia Badań Mikrokrażenia				
42	Pracownia Badań Nieinwazyjnych Serca				
43	Pracownia Cukrzycowo-Siatkówkowa				
44	Pracownia EEG			Świadczenia komercyjne, Umowy podwykonawstwa	
45	Pracownia EKG				
46	Pracownia Elektromiografii i Potencjałów Wywołanych			Umowy podwykonawstwa	
47	Pracownia Endoskopii		X	Świadczenia komercyjne	
48	Pracownia Endoskopii Urologicznej				

L.P.	KOMÓRKA DZIAŁALNOŚCI MEDYCZNEJ	REALIZACJA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH			KOMÓRKA NIE REALIZUJE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
		W RAMACH RYCZAŁTU NFZ	W RAMACH KONTRAKTU Z NFZ	INNE ŹRÓDŁA FINANSOWANIA - JAKIE (W TYM PROGRAMY ZDROWOTNE, PROGRAMY UNIJNE, INNE)	
1	2	3	4	5	6
49	Pracownia Hemodynamiki Serca				
50	Pracownia Immunologii Transfuzjologicznej z Bankiem Krwi				
51	Pracownia Jaskrowa				
52	Pracownia Komputerowego Badania Pola Widzenia				
53	Pracownia Laserowa - Okulistyczna				
54	Pracownia Nieinwazyjnych Badań Układu Naczyniowego				
55	Pracownia OCT				
56	Pracownia Rezonansu Magnetycznego			Świadczenia komercyjne	
57	Pracownia Rogówkowa				
58	Pracownia USG Oka				
59	Stacja Dializ		X		
60	Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej			Świadczenia komercyjne	
61	Zakład Radiologii i Diagnostyki Zabiegowej - Pracownia Diagnostyki i Terapii Endowaskularnej Neuroradiologii				
62	Zakład Radiologii i Diagnostyki Obrazowej - Pracownia RTG Podstawowa			Świadczenia komercyjne	
63	Zakład Radiologii i Diagnostyki Obrazowej - Pracownia Tomografii Komputerowej		X	Świadczenia komercyjne	
64	Zakład Radiologii i Diagnostyki Obrazowej - Pracownia USG				
65	Zakład Radiologii i Diagnostyki Obrazowej - Pracownia Mammograficzna				
66	Zakład Radiologii i Diagnostyki Zabiegowej - Pracownia Diagnostyki i Terapii Endowaskularnej Naczyń Obwodowych				
67	Zakład Radiologii i Diagnostyki Zabiegowej - Pracownia Hemodynamiki Serca i Terapii Endowaskularnej Naczyń Wierćcowych				
68	Gabinet nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej		X		

Tabela nr 5 - realizacja świadczeń zdrowotnych wg stanu na dzień 16.09.2020 r.

Wyżej wymienione świadczenia w okresie objętym kontrolą były realizowane na podstawie umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresach wyszczególnionych w tabeli nr 6:

L.P.	KOD UMOWY	RODZAJ ŚWIADCZENIA (nazwa)	KWOTA (zł)	OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY
1	2	3	4	5
1	121/100463/03/5/2018	LSZ - programy lekowe	387 447,00 zł	01.01.2018 - 31.12.2018
2	121/100463/03/8/2018	LSZ - system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń (PSZ)	113 586 684,62 zł	01.01.2018 - 31.12.2018
3	121/100463/04/2018	PSY - opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	3 302 640,00 zł	01.01.2018 - 31.12.2018
4	121/100463/11/2018	SOK - świadczenia kontraktowane odrębnie	3 380 582,00 zł	01.01.2018 - 30.06.2018
5	121/100463/11/2018L	SOK - świadczenia kontraktowane odrębnie	4 358 165,39 zł	01.07.2018 - 31.12.2018
6	121/100463/03/5/2019	LSZ - programy lekowe	597 424,00 zł	01.01.2019 - 31.12.2019
7	121/100463/03/8/2019	LSZ - system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń (PSZ)	123 124 074,08 zł	01.01.2019 - 31.12.2019
8	121/100463/04/2019	PSY - opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	3 878 032,48 zł	01.01.2019 - 31.12.2019
9	121/100463/11/2019	SOK - świadczenia kontraktowane odrębnie	10 230 935,72 zł	01.01.2019 - 31.12.2019
10	121/100463/03/5/2020	LSZ - programy lekowe	518 833,00 zł	01.01.2020 - 31.12.2020
11	121/100463/03/8/2020	LSZ - system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń (PSZ)	124 043 848,41 zł	01.01.2020 - 31.12.2020
12	121/100463/04/2020	PSY - opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	4 138 441,32 zł	01.01.2020 - 31.12.2020
13	121/100463/11/2020	SOK - świadczenia kontraktowane odrębnie	10 386 173,60 zł	01.01.2020 - 31.12.2020
14	121/100463/19/1/2020	CHZ - zapobieganie, przeciwdziałanie i zwalczanie COVID-19		08.04.2020 - 31.12.2020
15	121/100463/19/1/2020/2	CHZ - zapobieganie, przeciwdziałanie i zwalczanie COVID-19		01.07.2020 - 31.12.2020

Tabela nr 6 - umowy realizowane przez Szpital w ramach finansowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

[Dowód: akta kontroli str. 258-368]

zdr H. Hronek

8. Kontrola zawieranych umów.

W związku z faktem, iż Szpital pozyskuje zewnętrzne usługi medyczne i niemedyczne dokonano weryfikacji, czy prowadzony jest nadzór nad wykonywaniem zleconych zadań prowadzący zarówno do zwiększenia jakości realizowanych świadczeń, jak i do efektywnego wydatkowania środków publicznych. Z otrzymanych informacji wynika, iż zawarte umowy zawierają zapisy uprawniające do dokonywania kontroli przez Szpital, poza trzema umowami dotyczącymi zlecenia wykonania badań laboratoryjnych (w przypadku jednej z nich w określonych sytuacjach Szpital zastrzegł sobie możliwość przeprowadzenia audytu). Kontrolujący zwracają uwagę, że zgodnie z art. 27 ust. 4 pkt 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, istnieje konieczność zawarcia w umowie na świadczenia zdrowotne zapisu dotyczącego przyjęcia przez przyjmującego zamówienie obowiązku poddania się kontroli przeprowadzanej przez udzielającego zamówienia.

9. Zaplecze diagnostyczne.

Ze względu na szeroki zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych, Szpital posiada bogate zaplecze sprzętu i aparatury medycznej. Dane w tym zakresie, ze szczególnym uwzględnieniem stopnia wykorzystania posiadanej aparatury i sprzętu, zostało przedstawione poniżej (tabela nr 7):

L.P.	RODZAJ APARATURY I PRZĘTU MEDYCZNEGO	LICZBA					LICZBA WYKONANYCH BADAŃ / ZABIEGÓW narastająco od początku 2020 roku
		OKRES UŻYTKOWANIA 0-3 LATA	OKRES UŻYTKOWANIA 4-8 LAT	OKRES UŻYTKOWANIA 9-11 LAT	OKRES UŻYTKOWANIA POWYŻEJ 12 LAT	OGÓŁEM	
1	Aparaty EKG	0	2	8	14	24	2 903
2	Aparaty EEG	0	0	0	1	1	183
3	Aparaty EMG	1	0	0	1	2	412
4	Aparaty RTG, w tym:	0	4	3	1	8	12 541
	- aparaty RTG z opcją naczyniową i obróbką cyfrową	0	1	0	0	1	607
	- aparaty RTG z torem wizyjnym	0	1	0	0	1	193
	- pozostałe	0	2	3	1	6	11 741
5	Aparaty USG, w tym:	4	5	5	5	19	1 455
	- kardiologiczne	2	3	1	1	7	868
	- pozostałe	2	2	4	4	12	587
6	Tomograf komputerowy	1	0	0	0	1	4 189
7	Rezonans Magnetyczny	1	0	0	0	1	390
8	Litotrypter	0	0	1	1	2	2
9	Laseroterapia	0	0	0	3	3	476
10	Respirator, w tym:	5	4	1	17	27	1 620
	- dla dorosłych	5	4	1	17	27	1 620
11	Aparat do znieczulenia ogólnego	2	1	0	10	13	1 620
12	Stoły operacyjne	0	0	1	12	13	1 999
13	Urządzenie angiograficzne, zestaw do badań naczyniowych	1	0	0	0	1	607
14	Aparatura endoskopowa, w tym:	2	5	9	4	20	1 982
	- gastroskop	0	1	2	2	5	367
	- kolonoskop	2	0	3	0	5	266
	- bronchoskop	0	3	2	2	7	257
	- laparoskop	0	0	1	0	1	318
	- pozostałe	0	1	1	0	2	774

Tabela nr 7 – zaplecze diagnostyczne – stan na dzień 30.06.2020 r.

Większość (51,11%) posiadanej przez Szpital aparatury i sprzętu medycznego jest użytkowana przez okres przekraczający 12 lat. 20,74% sprzętu i aparatury medycznej Szpital użytkuje od 9 do 11 lat, a 15,56% - od 4-8 lat. Przez maksymalnie 3 lata wykorzystywano sprzęt i aparaturę medyczną stanowiącą 12,59% zaplecza Szpitala.

10. Certyfikaty jakości.

W ramach kontroli jakości udzielanych świadczeń ustalono, że Szpital nie posiada Certyfikatu Akredytacyjnego Ministerstwa Zdrowia, jak również nie jest objęty systemem zarządzania jakością zgodnym z normą ISO.

W 2017 roku Szpital zawarł ze Skarbem Państwa - Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia Porozumienie o udziale w projekcie "Wsparcie szpitali we wdrażaniu standardów jakości i bezpieczeństwa opieki" część „Program Akredytacji Szpitali”. Z Raportu z Przeglądu Akredytacyjnego sporządzonego na podstawie wizyty akredytacyjnej, która odbyła się w terminie 05-07.12.2018 r., wynika, że poziom spełnienia standardów został oceniony na 67%, co oznacza, że Szpital nie osiągnął wówczas poziomu spełnienia wszystkich adekwatnych standardów (co najmniej 75%) i tym samym nie otrzymał certyfikatu akredytacyjnego.

W październiku 2020 r., Dyrektor Szpitala poinformował, że w Placówce kontynuowane są działania podnoszące standardy jakości i bezpieczeństwa opieki nad pacjentem, a także prowadzone są kontrole spełniania standardów akredytacyjnych w oddziałach. W chwili kiedy wyeliminowane zostaną wszystkie uchybienia zawarte w Raporcie z Przeglądu Akredytacyjnego, Szpital zamierza wystąpić do Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia z wnioskiem o wyznaczenie kolejnego terminu przeglądu standardów akredytacyjnych.

Szpital posiada Akredytację Klasy A przyznaną Pracowni Echokardiograficznej Oddziału Kardiologii przez Zarząd Sekcji Echokardiografii Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, wydaną na okres od 04.06.2018 r. do 03.06.2023 r.

11. Wykonywanie badań satysfakcji pacjenta.

Z wyjaśnień udzielonych przez Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa wynika, że badania satysfakcji pacjenta Szpital wprowadził dnia 13.04.2018 r. Informację na ten temat zamieszczono w szpitalnym Intranecie, celem rozpowszechnienia przez pracowników Oddziałów wydruków ankiety wśród wszystkich pacjentów wskazanych komórek działalności medycznej, którzy wyrażą chęć udziału w badaniu. Kontrolującym przedstawiono dwa przykładowe raporty z badania satysfakcji pacjenta – z dnia 11.06.2018 r. (badanie pilotażowe, za okres 04.2018 r. - 06.2018 r.) oraz z dnia 12.03.2019 r. (za okres od 06.2018 r. do 12.2018 r.).

Zgodnie z raportem z dnia 12.03.2019 r., zwrotność ankiet oceniono jako bardzo niską, zalecono zatem rozpowszechnienie informacji przypominającej o realizowanym w Szpitalu badaniu satysfakcji pacjenta. Z zapisów dokumentu wynika, że pacjenci dobrze ocenili proces przyjęcia do poszczególnych oddziałów, komunikację z personelem szpitalnym oraz warunki w oddziałach (choć niejednokrotnie wskazywali na zbyt niską temperaturę wody, problemy z ogrzewaniem czy braki i niedogodności w łazienkach oraz toaletach). Źle oceniono natomiast diety i posiłki szpitalne, wskazując na opóźnienia w ich podawaniu, zbyt niską temperaturę oraz słabą jakość. W raporcie wyszczególniono zalecenia, mając na uwadze zwiększenie satysfakcji pacjentów z pobytu w Szpitalu.

[Dowód: akta kontroli str. 369- 447]

12. Inwestycje współfinansowane z dotacji celowych z budżetu Województwa Śląskiego.

W okresie objętym kontrolą Szpital efektywnie wykorzystywał możliwość pozyskania dotacji z budżetu Województwa Śląskiego. Zakres przeprowadzonych inwestycji objął przede wszystkim zakup sprzętu i aparatury medycznej dla komórek Szpitala (łącznie wartość zadań: 4 839 436,99 zł). Z budżetu Województwa Śląskiego dofinansowano także zadania polegające na modernizacji budynków Szpitala: dokonano wymiany uszkodzonego pokrycia dachowego wraz z obróbkami blacharskimi w budynku K (wartość zadania: 796 777,70 zł), zmodernizowano system klimatyzacji w Centralnej Sterylizatorni w budynku A1 oraz przeprowadzono modernizację dachów budynków A2 i A3 (odpowiednio: 36 900,00 zł i 4 361 738,99 zł).

[Dowód: akta kontroli str. 447-452]

13. Braki kadrowe i normy zatrudnienia pielęgniarek.

Zgodnie z przedłożonymi kontrolującym informacjami, największe braki kadrowe w grupie zawodowej pielęgniarek odnotowano w następujących Oddziałach:

1. Oddział Dermatologii – ok. 8 brakujących etatów,
2. Oddział Chirurgii Ogólnej – ok. 8 brakujących etatów,
3. Oddział Chirurgii Naczyniowej i Ogólnej – ok. 12 brakujących etatów,
4. Oddział Neurochirurgii i Neurotraumatologii – ok. 18 brakujących etatów,
5. Oddział Psychiatrii – ok. 12 brakujących etatów.

Dyrekcja Szpitala zaznaczyła, że powyższe niedobory kadrowe wynikają z trudności w pozyskaniu personelu tej grupy zawodowej (brak wystarczającej liczby pielęgniarek na rynku pracy). Szpital podejmuje działania mające na celu uzupełnienie kadry pielęgniarskiej polegające na ogłaszaniu naborów na ww. stanowiska oraz konkursów na świadczenie usług w ramach kontraktów, a także realizuje praktyki zawodowe dla studentek pielęgniarstwa.

Dyrektor Szpitala poinformował, że od stycznia 2020 r. prowadzone były działania związane z planowaną likwidacją części łóżek w niektórych Oddziałach Szpitala, co wpłynęłoby na zmniejszenie zapotrzebowania na kadrę pielęgniarską. Na wniosek Dyrektora Szpitala, pismem z dnia 10 września 2020 r., na podstawie Procedury postępowania w przypadku dokonywania zmian dotyczących struktury organizacyjnej zakładów leczniczych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie, określonej w uchwale nr 801/36/VI/2019 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 17 kwietnia 2019 r., Zastępca Dyrektora Departamentu NZ wyraził akceptację dla zmniejszenia liczby łóżek: z 45 do 35 w Oddziale Chirurgii Ogólnej, z 40 do 25 w Oddziale Chirurgii Naczyniowej i Ogólnej, z 50 do 30 Oddziale Neurochirurgii i Neurotraumatologii, z 20 do 6 w Oddziale Okulistyki (przy jednoczesnym utworzeniu w ww. Oddziale 10 miejsc pobytu dziennego), z 20 do 12 w Oddziale Urologii oraz zwiększenia liczby łóżek z 4 do 6 w Pododdziale Intensywnej Opieki Kardiologicznej. Dla wnioskowanego zmniejszenia liczby łóżek: z 51 do 46 w Oddziale Psychiatrycznym, z 40 do 35 w Oddziale Ortopedyczno-Urazowym, z 25 do 23 w Oddziale Onkologii Klinicznej (przy jednoczesnym zwiększeniu z 10 do 12 liczby miejsc pobytu dziennego), z 35 do 30 w Oddziale Kardiologii, z 30 do 26 w Oddziale Chorób Płuc akceptacja podmiotu tworzącego nie była wymagana. Do dnia kontroli Szpital nie wprowadził opisanych powyżej wnioskowanych zmian.

W Szpitalu niedobory kadrowe dotyczą także lekarzy (5,1 etatu w Oddziale Dermatologii) oraz techników elektroradiologii (2 etaty w Zakładzie Radiologii).

W Szpitalu podejmowano działania w kierunku pozyskania wskazanej kadry medycznej, jednakże nie przyniosły one oczekiwanych rezultatów.

[Dowód: akta kontroli str. 453-458]

14. Inwestycje związane z dostosowaniem podmiotu do wymagań wynikających z przepisów prawa.

Szpital w okresie objętym kontrolą prowadził działania zmierzające do spełnienia wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność medyczną oraz dostosowania do przepisów przeciwpożarowych. Zgodnie z poniższą Tabelą nr 8 łączny poniesiony koszt dostosowania stanowił 1 010 580,71 zł. Do końca 2020 roku nie zaplanowano przeprowadzenia działań dostosowawczych we wskazanym zakresie.

KOSZTY PONIESIONE W OKRESIE OBJĘTYM KONTROLĄ				
L.P.	ZAKRES	WYNIKAJĄCY Z ROZPORZĄDZENIA	WYNIKAJĄCY Z PRZEPISÓW P/POŻ	KOSZT DOSTOSOWANIA
		DATA REALIZACJI	DATA REALIZACJI	
1	2	3	4	5
1	budynek A2: ściany oddzielenia p.poż.; czyszczenie i impregnacja p.poż więźby dachowej; okładziny GKFX2 płytą ognioodporną; klapy dymowe i wylazy.		2020 r.	169 580,08 zł
2	budynek A3: ściany oddzielenia p.poż.; czyszczenie i impregnacja p.poż więźby dachowej; okładziny GKFX2 płytą ognioodporną.		2020 r.	595 959,66 zł
3	Modernizacja pomieszczeń Oddziału Psychiatrii celem zwiększenia dostępności i poprawy jakości świadczeń medycznych dla osób uzależnionych od alkoholu.	2019 r.		245 040,97 zł

Tabela nr 8 – Zestawienie kosztów dostosowania podmiotu do wymagań podmiotu realizującego działalność leczniczą oraz do przepisów p/poż.

Zgodnie z przygotowanym przez Szpital dnia 25 maja 2018 roku dokumentem dotyczącym odstępstw od wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, zadania w przedmiotowym zakresie wyszczególniono łącznie w 29 zakresach i oszacowano na kwotę 74 960 000 zł.

Z kolei koszt inwestycji, w tym robót budowlanych, niezbędnych dla dostosowania Szpitala do przepisów przeciwpożarowych wstępnie oszacowano na kilkanaście mln zł (w oparciu o posiadaną ekspertyzę powstać ma projekt wykonawczy zabezpieczeń przeciwpożarowych budynków szpitalnych).

[Dowód: akta kontroli str. 459-483]

15. Funkcjonowanie systemu kontroli / oceny zakażeń.

W Szpitalu funkcjonuje Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych, powołany Zarządzeniem Dyrektora Szpitala nr 4/2010 z dnia 26.05.2010 r. 3 główne sfery działalności Zespołu to monitorowanie zagrożeń epidemiologicznych, nadzór nad stanem sanitarno-epidemiologicznym oraz szkolenia wewnętrzne personelu medycznego w zakresie zapobiegania zakażeniom szpitalnym. Zebrania Zespołu odbywają się co najmniej raz w miesiącu oraz w razie potrzeby.

W Szpitalu działa także Komitet Kontroli Zakażeń Szpitalnych, powołany Zarządzeniem Dyrektora Szpitala nr 25/2018 z dnia 28.03.2018 r. (zmienionym Zarządzeniem Dyrektora Szpitala nr 18/2020 z dnia 16.03.2020 r.). Zadaniem Komitetu jest opracowywanie planów i kierunków systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych, ocena wyników kontroli wewnętrznej przedstawianych przez Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych, opracowanie i aktualizacja standardów farmakoprofilaktyki i farmakoterapii zakażeń i chorób zakaźnych w Szpitalu. Zebrania Komitetu odbywają się dwa razy w roku i w razie potrzeby.

W Szpitalu prowadzone są zarówno wewnętrzne cykliczne szkolenia personelu w obszarze zakażeń (trzy razy w roku), jak też szkolenia zewnętrzne (do 2019 roku 3-4 razy w roku, w 2020 roku w związku z sytuacją epidemiologiczną wszystkie szkolenia zostały odwołane).

W okresie objętym kontrolą liczba zakażeń szpitalnych w Szpitalu kształtowała się następująco:

- 2018 rok – 326 zakażenia (w 13 oddziałach szpitalnych),
- 2019 rok – 334 zakażenia (w 15 oddziałach szpitalnych),
- 2020 rok (do dnia kontroli) - 264 zakażenia (w 13 oddziałach szpitalnych).

[Dowód: akta kontroli str. 585-622]

B. Stwierdzone nieprawidłowości:

1. Nieprawidłowość polegająca na niewłaściwej kontroli formalno-rachunkowej dokumentu księgowego związana z przyjęciem i rozliczeniem faktur zawierających niepoprawnie rozpisaną, co do ilości i ceny jednostkowej, należność za zrealizowane usługi medyczne (umowa Nr 1/NOP/ŚZ/8/2018 z dnia 06.12.2018 r.).
2. Nieprawidłowość polegająca na naruszeniu art. 237 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego, zgodnie z którym organ właściwy do załatwienia skargi powinien załatwić skargę bez zbędnej zwłoki, nie później jednak niż w ciągu miesiąca.
3. Brak dokumentacji dotyczącej pierwszego postępowania konkursowego na stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Neurologii, co uniemożliwiło weryfikację właściwej realizacji zapisów wynikających z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 roku w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą (Dz. U. z 2018 r., poz. 393 z późn. zm.).
4. Przeprowadzenie postępowania konkursowego niezgodnie z zapisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą w zakresie dot. § 15 ust. 3 ww. rozporządzenia tj. pisemnego powiadomienia kandydatów o wynikach konkursu.
5. Brak przeprowadzenia konkursu na stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Kardiologii, zgodnie z art. 49 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.

Przyczyny nieprawidłowości:

1. Niedochowanie należytej staranności przy weryfikacji formalno-rachunkowej faktur wystawionych z związku z realizacją umowy Nr 1/NOP/ŚZ/8/2018 z dnia 06.12.2018 r.
2. Niedochowanie należytej staranności w zakresie terminowości rozpatrywania skarg.
3. Niedochowanie należytej staranności w zakresie przechowywania dokumentacji dotyczącej postępowania konkursowego na stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Neurologii.
4. Niedochowanie należytej staranności w zakresie stosowania zapisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą (Dz. U. z 2018 r., poz. 393 z późn. zm.).
5. Niedochowanie należytej staranności w zakresie stosowania zapisów art. 49 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.

Skutki nieprawidłowości:

1. Naruszenie art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (t.j.: Dz.U. z 2019 r. poz. 351 z późn. zm.).
2. Naruszeniu art. 237 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego.
3. Naruszenie zapisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą (Dz. U. z 2018 r., poz. 393 z późn. zm.) w związku z art. 49 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.
4. Naruszenie zapisów art. 49 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.

Wskazane nieprawidłowości nie stanowią rażącego naruszenia przepisów prawa.

C. Ocena częściowa: pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości.

D. Osoba odpowiedzialna:

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

niebędącym przedsiębiorcą ponosi kierownik oraz Główny Księgowy w zakresie weryfikacji dokumentów pod względem merytorycznym oraz Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych zatwierdzający dokument do wypłaty.

IV. Prawidłowość gospodarowania mieniem.

A. Ustalenia faktyczne

W zakresie prawidłowości gospodarowania mieniem kontrolą objęto niżej wymienione zagadnienia:

1. Nabycie sprzętu i aparatury medycznej.

a) Aparat USG (Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii) o wartości 119 900,00 zł:

- zakup został ujęty w planie inwestycyjnym na 2019 r., którego korekta została pozytywnie zaopiniowana uchwałą nr 5/2020 Rady Społecznej Szpitala z dnia 28.06.2020 r. (z wyjaśnień Szpitala wynika, że dokument omyłkowo nie został przedstawiony Radzie Społecznej Szpitala na poprzednim jej posiedzeniu),
- brak opinii Rady Społecznej związanej z zakupem aparatury medycznej,
- zakup sfinansowany z wykorzystaniem dotacji Województwa Śląskiego (118 419,00 zł) oraz ze środków własnych (1 481,00 zł) - zgoda podmiotu tworzącego na nabycie nie była wymagana,
- zakup potwierdzony fakturą nr FVS/81/2019/12 z dnia 12.12.2019 r. na kwotę 119 900,00 zł, termin płatności 10.02.2020 r., zapłacono 20.12.2019 r.,
- protokół dostawy-odbioru z dnia 12.12.2019 r.,
- dowód przyjęcia OT0 – 00009/2019 z dnia 12.12.2019 r., numer inwentarzowy 002102.

a) Duodenoskop wideo (Pracownia Endoskopii Oddziału Chirurgii Ogólnej) o wartości 181 489,57 zł:

- zakup został ujęty w planie inwestycyjnym na 2020 r., który został pozytywnie zaopiniowany uchwałą nr 24/2019 Rady Społecznej Szpitala z dnia 17.12.2019 r.,
- brak opinii Rady Społecznej związanej z zakupem aparatury medycznej,
- zakup sfinansowany z wykorzystaniem dotacji Województwa Śląskiego (179 729,00 zł) oraz ze środków własnych (1 760,57 zł) - zgoda podmiotu tworzącego na nabycie nie była wymagana,
- zakup potwierdzony fakturą nr 9210102676 z dnia 31.07.2020 r. na kwotę 181 489,57 zł, termin płatności 30.09.2020 r., zapłacono 11.09.2020 r.,
- protokół instalacji z dnia 31.07.2020 r.,
- dowód przyjęcia OT0 – 00004/2020 z dnia 12.08.2020 r., numer inwentarzowy 002129.

Zgodnie z art. 48 ust. 2 pkt 2 lit. e ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej, do zadań Rady Społecznej należy przedstawianie kierownikowi wniosków i opinii w sprawach zakupu lub przyjęcia darowizny nowej aparatury i sprzętu medycznego. Kontrolującym nie przedłożono opinii Rady Społecznej w zakresie nabycia wskazanych powyżej urządzeń.

[Dowód: akta kontroli str. 623-658]

2. Zbycie sprzętu i aparatury medycznej.

W ramach kontroli prawidłowości gospodarowania mieniem sprawdzono procedurę zbycia niżej wymienionych środków trwałych:

a) Aparat EKG - nr inwentarzowy 802-1106; nr fabryczny 91164; rok przyjęcia do użytkowania 1992; wartość początkowa 29 466,80 zł; umorzenie 100%:

- ocena stanu technicznego z dnia 20.11.2019 r. – aparat jest uszkodzony, nie włącza się płyta główna, brak wsparcia technicznego ze strony producenta, propozycja kasacji aparatu,
- pozytywna opinia Rady Społecznej Szpitala wyrażona uchwałą nr 10/2020 z dnia

25.06.2020 r.,

- zgoda podmiotu tworzącego na zbycie nie była wymagana,
 - protokół z dnia 24.08.2020 r. z przeprowadzonej w Szpitalu w dniu 24.08.2020 r. kasacji sprzętu,
 - dowód LT0-00024/2020 z dnia 24.08.2020 r.,
 - do dnia kontroli nie została przeprowadzona fizyczna kasacja urządzenia.
- b) Gastroskop video - nr inwentarzowy 800-1932; nr fabryczny 2006398; rok produkcji 2010; wartość początkowa 66 840,76 zł; umorzenie 100%:
- ocena stanu technicznego z dnia 07.02.2020 r. – bardzo duży stopień wyeksploatowania urządzenia, uszkodzenia i rozwarstwienia pancerza i światłowodu, wysoki koszt naprawy, propozycja kasacji urządzenia,
 - pozytywna opinia Rady Społecznej Szpitala wyrażona uchwałą nr 10/2020 z dnia 25.06.2020 r.,
 - zgoda Dyrektora Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia na zbycie wyrażona pismem z dnia 05.08.2020 r.,
 - protokół z dnia 24.08.2020 r. z przeprowadzonej w Szpitalu w dniu 24.08.2020 r. kasacji sprzętu,
 - dowód LT0-00028/2020 z dnia 24.08.2020 r.,
 - do dnia kontroli nie została przeprowadzona fizyczna kasacja urządzenia.

Zgodnie z zapisami § 10 ust. 6 „Zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie”, procedura sprzedaży ruchomego środka trwałego lub jego kasacji powinna zostać zakończona w terminie nie dłuższym niż rok od daty wydania w przedmiotowej sprawie opinii przez radę społeczną zakładu. W przypadku ww. urządzeń będzie to dzień 25.06.2021 r.

[Dowód: akta kontroli str. 659-753]

3. Najem/dzierżawa pomieszczeń.

W ramach kontroli sprawdzeniem objęto prawidłowość zawarcia umów:

- a) na świadczenie usługi nr DZP-29/2019 z dnia 12.11.2019 r., zawartej w wyniku przeprowadzenia przetargu nieograniczonego (dot. działalności pomocniczej dla Szpitala) oraz, w zakresie dzierżawy części nieruchomości związanej z działalnością pomocniczą dla Szpitala, w trybie bezprzetargowym. Przedmiotem umowy jest kompleksowa usługa prania i dezynfekcji, suszenia oraz obróbki (pranie, maglowanie) pościeli i bielizny szpitalnej, czyszczenie chemiczne, naprawa i konserwacja oraz wynajem czystej bielizny i odzieży szpitalnej z wdrożeniem systemu RFID UHF wraz z transportem zewnętrznym, załadunkiem i rozładunkiem bielizny szpitalnej wraz z dzierżawą pomieszczeń przejętych od Zamawiającego do realizacji usługi (o powierzchni 49,29 m²). Umowa została zawarta na czas oznaczony od dnia 12.11.2019 r. do 11.11.2023 r.
- Zawarcie ww. umowy zostało poprzedzone wyrażeniem opinii przez Radę Społeczną Szpitala uchwałą nr 28/2016 z dnia 21.04.2016 r. Nie można przyjąć, iż wskazana uchwała stanowi wyrażenie opinii na temat niniejszej czynności prawnej chociażby ze względu na treść § 5 ust. 2 pkt. 7 „Zasad zbywania, wydzierżawiania, wynajmowania, oddania w użytkowanie lub użyczenie aktywów trwałych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie” przyjętych uchwałą nr 1784/277/IV/2013 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 13.08.2013 r. z późn. zm., która nakazuje kierownikowi zakładu określenie okresu na jaki planowane jest wydzierżawienie, wynajęcie, oddanie w użytkowanie lub użyczenie. Trudno przyjąć, iż w 2016 r. posiadano

Handwritten signature: H. Morul

wiedzę nt. okresu najmu na jaki w 2019 r. zostanie zawarta umowa stanowiącą przedmiot kontroli.

Zgodnie z zapisami umowy, Dzierżawca (Wykonawca) zobowiązany jest płacić Wydierżawiającemu czynsz dzierżawny, którego stawka zawiera ryczał za energię elektryczną oraz energię ciepłą, za każdy miesiąc z góry, na podstawie faktur VAT wystawianych przez Wydierżawiającego, w terminie 21 dni od daty wystawienia faktury VAT. Ponadto, Dzierżawca (Wykonawca) zobowiązany jest do ponoszenia dodatkowych kosztów: opłaty za zużytą wodę i wytworzone ścieki wg wskazań liczników, których instalacja leży po stronie Dzierżawcy (Wykonawcy).

Umowa nie zawiera niektórych zapisów określonych w § 3 „Zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnymi publicznymi zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie” - w jej treści brak jest postanowień dotyczących:

- ubezpieczenia przedmiotu umowy od następstw zdarzeń losowych,
- zakazu podnajmowania, poddzierżawiania i oddawania do bezpłatnego używania.

Jednocześnie, w § 17 ust. 1 ww. umowy zapisano, iż „w sprawach nieunormowanych w umowie będą miały zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego, jeżeli przepisy ustawy Prawo zamówień publicznych nie stanowią inaczej, załącznika do uchwały nr 804/36/VI/2019 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 17 kwietnia 2019 r. z późn. zm., tj. Zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnymi publicznymi zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie”. Kontrolujący uznali, że taki zapis nie jest wystarczający dla wypełnienia obowiązku wynikającego z § 3 „Zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnymi publicznymi zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie”.

Objęte kontrolą faktury z dnia 31.12.2019 r. (czynsz) oraz 31.01.2020 r. (czynsz) wystawione zostały zgodnie z terminami wynikającymi z umowy, w obu przypadkach dokonano kompensaty wzajemnych zobowiązań i należności na kwoty wskazane w fakturach. Jednakże, w obu przypadkach niewłaściwie (niezgodnie z treścią umowy) ustalono stawkę za m² dzierżawionej powierzchni. Zgodnie z zapisami § 14 ust. 6 umowy wysokość czynszu będzie waloryzowana co najmniej raz w roku w oparciu o wskaźnik cen towarów i usług ogłaszany przez Prezesa GUS, przy czym pierwsza waloryzacja nastąpi po upływie 6 miesięcy od dnia zawarcia umowy. W toku kontroli ustalono, że wskutek braku właściwego przepływu informacji pomiędzy komórkami organizacyjnymi Szpitala, jeden z jego działów nie otrzymał informacji o zawarciu kolejnej umowy z tym samym kontrahentem i przedwcześnie dokonywał waloryzacji wysokości czynszu.

- b) dzierżawy nr 2/D/2020 z dnia 20.04.2020 r., zawartej w wyniku przeprowadzenia przetargu nieograniczonego. Przedmiotem umowy jest dzierżawa lokalu użytkowego o powierzchni 21,55 m², zlokalizowanego na parterze budynku głównego A2 Szpitala, z przeznaczeniem na działalność handlowo-usługową. Umowa została zawarta na czas oznaczony od dnia 20.04.2020 r. do 19.04.2023 r.

Zawarcie ww. umowy zostało poprzedzone wyrażeniem opinii przez Radę Społeczną Szpitala uchwałą nr 17/2014 z dnia 16.06.2014 r. (zmienioną, w zakresie wysokości stawki wywoławczej czynszu dzierżawnego, uchwałą nr 39/2016 z dnia 29.11.2016 roku). Podobnie jak w przypadku uchwały Rady Społecznej przedstawionej do umowy nr DZP-29/2019 z dnia 12.11.2019 r., nie można przyjąć, iż wskazana uchwała stanowi wyrażenie opinii na temat niniejszej czynności prawnej.

Zgodnie z zapisami umowy, Dzierżawca zobowiązany jest płacić Wydierżawiającemu czynsz dzierżawny za każdy miesiąc z góry, na podstawie faktur VAT wystawianych przez Wydierżawiającego, w terminie 21 dni od daty wystawienia faktury VAT. Ponadto, Dzierżawca zobowiązany jest do ponoszenia wszelkich kosztów w zakresie energii elektrycznej, energii cieplnej, wody oraz odprowadzania ścieków za każdy miesiąc z dołu, na podstawie faktur VAT wystawianych przez Wydierżawiającego, w terminie 21 dni od daty

wystawienia faktury VAT, począwszy od maja 2020 r.

Objęte kontrolą faktury z dnia 29.05.2020 r. (czynsz), 30.06.2020 r. (energia elektryczna, energia ciepła), 30.06.2020 r. (czynsz) oraz 31.07.2020 r. (energia elektryczna, energia ciepła) wystawione zostały zgodnie z treścią umowy, a płatności zostały uregulowane w terminach wynikających z faktur. Umowa zawiera zapisy określone w § 3 „Zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie”.

Brak aktualnej zgody Rady Społecznej Szpitala na dzierżawę należy uznać za działanie niewłaściwe z uwagi na obowiązek jaki spoczywa na Dyrektorz Szpitala wynikający z zapisów:

- art. 48 ust. 2 pkt 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej gdzie wśród zadań Rady Społecznej wskazano wykonywanie innych zadań określonych w ustawie i statucie;
- § 4 ust. 1 „Zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie”, który stanowi, że opinii rady społecznej zakładu wyrażonej w formie uchwały wymaga m. in. oddanie nieruchomości w dzierżawę;
- § 9 ust. 2 Statutu Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 4 w Bytomiu stanowiącego, iż do zadań Rady Społecznej należy również wydawanie opinii w sprawach dotyczących Szpitala jeżeli wymóg taki wynika z uchwały organu Województwa Śląskiego.

[Dowód: akta kontroli str. 754-811]

B. Stwierdzona nieprawidłowość i uchybienia:

1. Nieprawidłowość polegająca na braku uzyskania opinii Rady Społecznej w zakresie zakupu aparatury medycznej – aparatu USG oraz duodenoskopu wideo.
2. Uchybienie polegające na braku uzyskania opinii Rady Społecznej poprzedzającej zawarcie umów dzierżawy nr DZP-29/2019 z dnia 12.11.2019 r. oraz nr 2/D/2020 z dnia 20.04.2020 r.
3. Uchybienie polegające na braku ujęcia w zawartej umowie dzierżawy nr DZP-29/2019 z dnia 12.11.2019 r. postanowień dotyczących ubezpieczenia przedmiotu umowy od zdarzeń losowych oraz zakazu podnajmowania, poddzierżawiania i oddawania do bezpłatnego używania,
4. Uchybienie polegające na przedwczesnym dokonywaniu waloryzacji wysokości wskazanego w umowie dzierżawy czynszu o wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych.

Przyczyny nieprawidłowości i uchybień:

- nie przedstawienie Radzie Społecznej do zaopiniowania wniosków w sprawie zakupu sprzętu i aparatury medycznej oraz zawarcia umów dzierżawy,
- niedochowanie należytej staranności przy przygotowaniu projektu umowy dzierżawy,
- brak właściwego przepływu informacji pomiędzy komórkami organizacyjnymi Szpitala.

Skutki nieprawidłowości i uchybień:

- naruszenie art. 48 ust. 2 pkt 2 lit. e ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej,
- naruszenie § 3 i 4 „Zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie”,
- naruszenie zapisów umowy na świadczenie usługi nr DZP-29/2019 z dnia 12.11.2019 r.

Wskazana nieprawidłowość oraz uchybienia nie stanowią rażącego naruszenia przepisów prawa.

C. Ocena częściowa: pozytywna pomimo nieprawidłowości i uchybień.

D. Osoba odpowiedzialna:

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

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 15-16 marca 2018 r. Przedmiotem kontroli objęto: realizację zadań statutowych, dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych, prawidłowość gospodarowania mieniem oraz gospodarkę finansową w latach 2016-2018.

Wydano następujące zalecenia pokontrolne:

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

- 1) *Dostosowania zapisu § 10 ust. 3 ppkt b Regulaminu Organizacyjnego do wymogów wynikających z art. 28 ust. 4 pkt 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta dotyczącego maksymalnej wysokości opłaty za jedną stronę kopii albo wydruku dokumentacji medycznej;*
- 2) *Przestrzegania przepisów art. 237 § 1 i art. 36 § 1 Kodeksu postępowania administracyjnego w zakresie terminowości załatwiania skarg.*

Pismem z dnia 14.06.2018 r., znak: 94/DN/2018/5758, Dyrektor Szpitala złożył do Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego sprawozdanie o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych. W toku kontroli stwierdzono, że zalecenia pokontrolne nie zostały wykonane.

B. Stwierdzone nieprawidłowości:

1. Brak realizacji zalecenia pokontrolnego dot. dostosowania zapisów Regulaminu Organizacyjnego do wymogów wynikających z art. 28 ust. 4 pkt 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta dotyczącego maksymalnej wysokości opłaty za jedną stronę kopii albo wydruku dokumentacji medycznej. Usunięto zapis dotyczący błędnego wskazania sposobu obliczania wysokości opłaty za jedną stronę dokumentacji medycznej, jednakże w Załączniku nr 4 do Regulaminu Organizacyjnego, zatytułowanym - *Cennik opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym Nr 4 w Bytomiu* błędnie wyliczono kwotę ww. opłaty.
2. Brak realizacji zalecenia pokontrolnego dotyczącego *Przestrzegania przepisów art. 237 § 1 i art. 36 § 1 Kodeksu postępowania administracyjnego w zakresie terminowości załatwiania skarg.*

Przyczyna nieprawidłowości:

- nienależyte wykonanie obowiązków przez Dyrektora Szpitala.

Skutek nieprawidłowości:

- brak realizacji zaleceń, do wykonania których Dyrektor Szpitala zobowiązany został przez Zarząd Województwa Śląskiego w wystąpieniu pokontrolnym z dnia 28 maja 2018 r.

C. Ocena częściowa: negatywna.

Dr H. Nowak

D. Osoby odpowiedzialne:

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 26 lutego 2021 r., znak: NZ-NK.1711.5.2020 (NZ-NK.KW-00061/21), Projekt wystąpienia pokontrolnego został przekazany Dyrektorowi Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 4 w Bytomiu. Ze "zwrotnego potwierdzenia odbioru" wynika, że pismo zostało doręczone do Szpitala w dniu 3 marca 2021 r.

Pismem z dnia 10 marca 2021 r., znak: NKJ/15/2021, Dyrektor Szpitala zgłosił zastrzeżenia do treści Projektu wystąpienia pokontrolnego. Z uwagi na fakt, że pismo zostało nadane w polskiej placówce pocztowej dnia 11 marca 2021 r., termin 7 dni od dnia otrzymania projektu wystąpienia pokontrolnego do zgłoszenia umotywowanych pisemnych zastrzeżeń do tego projektu nie został zachowany.

2. Zalecenia

W związku ze stwierdzonymi uchybieniami oraz nieprawidłowościami zalecam podjąć działania polegające na:

- 1) zgłoszeniu do KRS wymaganych danych w ustawowym terminie,
- 2) ustaleniu wysokości opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej w sposób uwzględniający zapisy art. 28 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
- 3) wpisaniu do Regulaminu Organizacyjnego celów będących w pełni tożsamymi z wyszczególnionymi w Statucie Szpitala,
- 4) wpisaniu do Regulaminu Organizacyjnego zadań będących w pełni tożsamymi z wyszczególnionymi w Statucie Szpitala,
- 5) posługiwaniu się w treści Regulaminu Organizacyjnego pojęciem "zakład leczniczy" zamiast określenia „przedsiębiorstwo”,
- 6) wzmocnieniu kontroli formalno-rachunkowej dokumentów księgowych,
- 7) prawidłowym przechowywaniu dokumentacji dotyczącej postępowań konkursowych przeprowadzanych w Szpitalu,
- 8) przeprowadzaniu postępowań konkursowych zgodnie z zapisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą w zakresie dot. § 15 ust. 3 ww. rozporządzenia tj. pisemnego powiadomienia kandydatów o wynikach konkursu,
- 9) przeprowadzeniu postępowania konkursowego na stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Kardiologii, zgodnie z art. 49 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej,
- 10) wzmocnieniu nadzoru nad przestrzeganiem procedury rozpatrywania skarg w zakresie dochowania terminu załatwienia skargi,
- 11) przedstawianiu Radzie Społecznej do zaopiniowania wniosków w sprawie zakupu nowej aparatury i sprzętu medycznego,
- 12) przedstawianiu Radzie Społecznej do zaopiniowania wniosków w sprawie planowanego zawarcia umowy dzierżawy,
- 13) uwzględnieniu w zawieranych umowach dzierżawy postanowień dotyczących ubezpieczenia

- przedmiotu umowy od zdarzeń losowych oraz zakazu podnajmowania, poddzierżawiania i oddawania przedmiotu umowy do bezpłatnego używania,
- 14) prawidłowym dokonywaniu waloryzacji wysokości wskazanego w umowie dzierżawy czynszu o wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych,
- 15) pełnej realizacji zaleceń pokontrolnych wydanych przez podmiot tworzący w wyniku przeprowadzonej kontroli.

3. Pouczenia

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

Wystąpienie pokontrolne zawiera 29 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 sposobie wykonania zaleceń, wykorzystaniu wniosków lub przyczynach ich niewykorzystania albo o innym sposobie usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości należy przekazać do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w terminie 30 dni od daty otrzymania niniejszego wystąpienia.

Podmiot uprawniony do kontroli

2012-12-20 WOJEWÓDZTWA ŚLĄSKIEGO
mgr Gwóźdź
Dyrektor
Departamentu Nadzoru Podmiotów
Leczniczych i Ochrony Zdrowia

Departament Nadzoru Podmiotów
Leczniczych i Ochrony Zdrowia
Katarzyna Raczek
Kierownik Referatu