

Katowice, 23 czerwca 2021 r.
NZ-NK.1711.15.2020

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

**Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu**
(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. 15 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 5 im. Św. Barbary, Plac Medyków 1, 41-200 Sosnowiec.

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

- Pani Iwona Łobejko od 05.05.2008 r. do 02.01.2019 r.,
- Pani Alicja Cegłowska od 03.01.2019 r. 30.06.2019 r. (p.o. Dyrektora), od 01.07.2019 r. do 30.06.2020 r. (Dyrektor),
- Pani Ewa Fica od 26.05.2020 r. do 20.10.2020 r. (p.o. Dyrektora),
- Pan Krzysztof Bestwina od 21.10.2020 r. do nadal.

Dyrektor wykonywał swoje zadania kierownicze i zarządcze przy pomocy (stan na dzień rozpoczęcia kontroli):

- Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa – Pana Pawła Gruenpetera,
- Zastępcy Dyrektora ds. Organizacyjno – Prawnych i Polityki Personalnej - Pani Marii Brzezińskiej (do 30.04.2019 r.),
- Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomicznych i Zarządzania Majątkiem:
 - Pani Agaty Ślęzak (do 20.09.2020 r.),
 - Pana Krzysztofa Lehnorta (od 01.07.2019 r. do 20.09.2020 r.),
 - Pana Łukasza Dolata (od 21.10.2020 r.),
- Zastępcy Dyrektora ds. Kontraktowania Świadczeń i Rozwoju Usług – Pani Urszuli Milka (do 30.10.2019 r.),
- Dyrektora Operacyjnego:
 - Pani Grażyny Cader – Ziółkowskiej (do 27.05.2020 r.)
 - Pani Agaty Klimczak (p.o. Dyrektora Operacyjnego od 01.06.2020 r. do 10.06.2020r.)

- Pani Beaty Żoła – Kontny (od 14.07.2020 r. do 25.10.2020 r.)
- Głównej księgowej – Pani Justyny Bomba.

Termin przeprowadzenia czynności kontrolnych i zakres kontroli:

Kontrolę przeprowadzono w dniach 7 - 21.12.2020 r. oraz 8 - 19.02.2021 r. w zakresie: realizacji zadań określonych w statucie i regulaminie organizacyjnym; dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych; prawidłowości gospodarowania mieniem oraz środkami publicznymi w latach 2019-2020.

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

Osoby przeprowadzające kontrolę:

Katarzyna Bartoszek - Główny Specjalista Departamentu Nadzoru Podmiotów Lecznicznych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 553/NZ/2020 z dnia 30 listopada 2020 r. oraz Nr 56/NZ/2021 z dnia 05.02.2021 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 7 grudnia 2020 r.

Weronika Loska-Tomanik – Inspektor Departamentu Nadzoru Podmiotów Lecznicznych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 552/NZ/2020 z dnia 30 listopada 2020 r. oraz Nr 58/NZ/2021 z dnia 05.02.2021 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 7 grudnia 2020 r.

Barbara Gwiazda - Amrosz – Główny Specjalista Departamentu Nadzoru Podmiotów Lecznicznych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 551/NZ/2020 z dnia 30 listopada 2020 r. oraz Nr 57/NZ/2021 z dnia 05.02.2021 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 7 grudnia 2020 r.

O kontroli Dyrektor jednostki został poinformowany pismem z dnia 30 listopada 2020 r.

Kontrolę wpisano do książki kontroli pod pozycją 71.

[Dowód: akta kontroli str. 1-15]

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 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu.

1. Informacje ogólne.

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu, 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 000000014060 oraz posiada osobowość prawną i jest wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego w Katowicach pod numerem KRS 0000003544. Siedzibą Szpitala jest Sosnowiec.

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 2020 r. poz. 1398 z późn. zm.),
- 3) Statutu Szpitala przyjętego Uchwałą Nr V/12/33/2015 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 21.09.2015 r., tekst jednolity: Dz. Urz. Województwa Śląskiego z dnia 5.10.2017 r. poz. 5284,
- 4) Regulaminu Organizacyjnego, którego tekst jednolity został pozytywnie zaopiniowany przez Radę Społeczną uchwałą nr 2/2020 z dnia 03.02.2020 r. i wprowadzony w życie Zarządzeniem Dyrektora nr 35/2020 z dnia 11.02.2020 r. Ostatnie zmiany do tekstu jednolitego Regulaminu Organizacyjnego Szpitala zostały pozytywnie zaopiniowane przez Radę Społeczną uchwałą nr 19/2020 z dnia 31.08.2020 r. i wprowadzone Zarządzeniem Dyrektora nr 312/2020 z dnia 02.09.2020 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 6.08.2013 r.,
 - b) uchwały nr 1784/277/IV/2013 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 13.08.2013 r. w sprawie przyjęcia zasad zbywania, wydzierżawiania, wynajmowania, oddania w użytkowanie lub użyczenia aktywów trwałych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie, z późn. zm.,
 - c) zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie, określonych w Uchwale Zarządu Województwa Śląskiego nr 2232/288/V/2018 z dnia 25 września 2018 r. ze zmianami wprowadzonymi uchwałą nr 804/36/VI/2019 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 17 kwietnia 2019 r. oraz uchwałą nr 1966/161/VI/2020 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 26 sierpnia 2020 r.,
- 6) innych powszechnie obowiązujących przepisów prawa.

W Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu, zatrudnienie na dzień 07.12.2020 roku wynosiło:

- 1 265 pracowników w ramach umowy o pracę,
- 273 pracowników w ramach umów cywilnoprawnych.

2. Prawdliwość wpisów w Krajowym Rejestrze Sądowym.

Ostatnie zgłoszenie do Krajowego Rejestru Sądowego z dnia 21 września 2020 r. dotyczy zmiany na stanowisku Dyrektora Szpitala (wykreślenia byłego Dyrektora Pani Ewy Ficy i wpisanie obecnego Dyrektora Pana Krzysztofa Bestwiny). Ustalono, że Szpital nie dopełnił ustawowego obowiązku wynikającego z art. 22 ustawy o Krajowym Rejestrze Sądowym z dnia 20 sierpnia 1997r. (t. j.: Dz. U. z 2019 r. poz. 1500 z późn. zm.), który wskazuje 7 dni na zgłoszenie zmian do KRS. Zmiana na stanowisku dyrektora nastąpiła 20.10.2020 r. a wniosek do KRS został złożony 25.11.2020 r. i wg stanu na dzień 07.12.2020 r. w dalszym ciągu oczekiwał na wpis.

[Dowód: akta kontroli str. 16-23]

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 19/2020 z dnia 31.08.2020 r., zostały wprowadzone w życie Zarządzeniem wewnętrznym Dyrektora nr 312/2020 z dnia 02.09.2020 r.

W trakcie kontroli sprawdzono zgodność zapisów Regulaminu Organizacyjnego Szpitala z przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej. Stwierdzono, że Regulamin Organizacyjny zawiera wszystkie niezbędne elementy, wskazane w treści art. 24 ust. 1 ww. ustawy.

Kontrolujący stwierdzili, że cele podmiotu leczniczego wyszczególnione w Regulaminie Organizacyjnym Szpitala nie są w pełni tożsame z wpisanymi w Statut Szpitala.

	Regulamin Organizacyjny Szpitala	Statut Szpitala
Cele	<p>1.Podstawowym celem Szpitala jest działalność lecznicza polegająca na udzielaniu świadczeń szpitalnych, stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych, ambulatoryjnych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych, promocji zdrowia i diagnostyki medycznej, realizacji zadań szkoleniowych oraz dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia.</p> <p>2.Nadrzędnym celem Szpitala jest działanie ukierunkowane na utrzymanie wysokiego poziomu jakości świadczonych usług zgodnie z oczekiwaniami pacjentów.</p>	<p>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;</p> <p>2) promocja zdrowia.</p>

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

W statucie Szpitala nie zawarto informacji, że podstawowym celem Szpitala jest diagnostyka medyczna, realizacja zadań szkoleniowych oraz dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia.

Ponadto, stwierdzono niespójność pomiędzy zadaniami Szpitala wyszczególnionymi w Regulaminie a wpisanymi w Statut w poniższym zakresie:

- Regulamin Organizacyjny § 6 Zadania:

1. Udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w warunkach szpitalnych i ambulatoryjnych, z uwzględnieniem świadczeń wysokospecjalistycznych w ramach specjalności reprezentowanych przez komórki organizacyjne Szpitala.
3. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresach teleradioterapii, żywienia, patomorfologii, epidemiologii, świadczenia usług farmaceutycznych w aptece szpitalnej, leczenia jednego dnia, kompleksowej rehabilitacji leczniczej, w tym rehabilitacji osób niepełnosprawnych, konsultacji i świadczeń specjalistycznych dla innych podmiotów, pakietu onkologicznego, transplantologii w tym przeszczepy rogówek, tkanek, komórek i narządów.
5. Prowadzenie działalności w zakresie ratownictwa medycznego.
12. Prowadzenie na terenie Szpitala działalności związanej z bezpieczeństwem i higieną pracy oraz ochroną przeciwpożarową.
15. Prowadzenie spraw administracyjnych, ekonomicznych, i obsługi technicznej Szpitala.
16. Prowadzenie działalności gospodarczej na podstawie obowiązujących przepisów, która nie może ograniczyć dostępności i poziomu świadczeń zdrowotnych udzielanych osobom uprawnionym.

- Statut Szpitala § 4:

- 1) udzielanie stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych szpitalnych;
- 2) udzielanie stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne;
- 3) udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych.

Stwierdzono, że w Rozdziale 4 Załącznika nr 1 Regulaminu Organizacyjnego zatytułowanym – *Udostępnienie dokumentacji medycznej i wydawanie zaświadczeń związanych z przebiegiem leczenia pacjenta* (zgodnie z Zarządzeniem Nr 312/202 Dyrektora Szpitala) błędnie wyceniono kwoty opłat 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. 859), 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) Udostępnianie dokumentacji medycznej za jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej wynosi: 10,66 zł, podczas gdy maksymalna wartość powinna wynieść: 10,34 zł,
- 2) Za jedną stronę kopii dokumentacji cena wynosi 0,37 zł, podczas gdy maksymalna wartość powinna wynieść: 0,36 zł,
- 3) Za sporządzenie wyciągu, odpisu lub kopii dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku: 2,13 zł, podczas gdy maksymalna wartość powinna wynieść: 2,06 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 07.12.2020 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 ŁÓZEK/ MIEJSC DZIENNEGO POBYTU/ STANOWISK/ INNE (jeśli dotyczy)	NAZWA JEDNOSTKI/ KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ	LICZBA ŁÓZEK/ MIEJSC DZIENNEGO POBYTU/ STANOWISK/ INNE (jeśli dotyczy)	UWAGI
A	ZAKŁAD LECZNICZY				
	Szpital im. św. Barbary				
I	JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZAKŁADU LECZNICZEGO				
	Szpital im. św. Barbary				
1	KOMÓRKA DZIAŁANOŚCI MEDYCZNEJ				
1.1.	Kliniczny Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	17 (17 łóżek IT)	Kliniczny Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	17 (17 łóżek IT)	
1.2.	Kliniczny Oddział Chirurgii Ortopedyczno-Urazowej, Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej	34	Kliniczny Oddział Chirurgii Ortopedyczno-Urazowej, Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej	34	
1.3.	Oddział Chirurgii Naczyń	25 (w tym 3 łóżka intensywnej opieki medycznej)	Oddział Chirurgii Naczyń	25 (w tym 3 łóżka intensywnej opieki medycznej)	
1.4.	Kliniczny Oddział Chirurgii Ogólnej, Kolorektalnej i Urazów Wielonarządowych - Pododdział Chirurgii Onkologicznej	59 + 6	Kliniczny Oddział Chirurgii Ogólnej, Kolorektalnej i Urazów Wielonarządowych	64	Planowana zmiana nazwy Oddziału związana z wykreśleniem działającego w Oddziale

					pododdziału po wyrażeniu zgody przez UM
1.5	Oddział Chirurgii Plastycznej	12	Oddział Chirurgii Plastycznej	12	
1.6	Oddział Chirurgii Szczękowo - Twarzowej	10	Oddział Chirurgii Szczękowo - Twarzowej	10	
1.7	Oddział Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej	12	Oddział Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej	12	
1.8	Oddział Chorób Wewnętrznych	41 (w tym 2 łóżka intensywnej opieki medycznej)	Oddział Chorób Wewnętrznych	41	zmiana w Regulaminie Organizacyjnym w zakresie wyodrębnienia 2 łóżek IOM funkcjonujących w Oddziale została wprowadzona, jednak z uwagi na trwający proces zaopatrzenia i dostosowania miejsc IOM nie dokonano do tej pory zmian w RPWDL
1.9	Oddział Diabetologii i Chorób Metabolicznych z Pododdziałem Stopy Cukrzycowej	22 (w tym 2 łóżka IOM, 3 łóżka Pododdz. Stopy Cukrzycowej)	Oddział Diabetologii i Chorób Metabolicznych z Pododdziałem Stopy Cukrzycowej	22 (w tym 3 łóżka Pododdz. Stopy Cukrzycowej)	zmiana w Regulaminie Organizacyjnym w zakresie wyodrębnienia 2 łóżek IOM funkcjonujących w Oddziale została wprowadzona, jednak z uwagi na trwający proces zaopatrzenia i dostosowania miejsc IOM nie dokonano do tej pory zmian w RPWDL
1.10	Oddział Rehabilitacji Medycznej	11	Oddział Rehabilitacji Medycznej	11	
1.11	Oddział Rehabilitacji Neurologicznej	21	Oddział Rehabilitacji Neurologicznej	21	
1.12	Oddział Gastroenterologii i Onkologii Przewodu Pokarmowego	30	Oddział Gastroenterologii i Onkologii Przewodu Pokarmowego	30	
1.13	Oddział Nefrologii	28	Oddział Nefrologii	28	
1.14	Oddział Neurologii	15 (w tym 1 łóżko IOM)	Oddział Neurologii	15 (w tym 1 łóżko IOM)	
1.15	Poddział Udarowy	16 (w tym 4 łóżka IOM)	Poddział Udarowy	16 (w tym 4 łóżka IOM)	
1.16	Kliniczny Oddział Neurochirurgiczny	50	Kliniczny Oddział Neurochirurgiczny	50	
1.17	Kliniczny Oddział Urologii i Onkologii Urologicznej	26	Kliniczny Oddział Urologii i Onkologii Urologicznej	26	
1.18	Oddział Okulistyczny z Zespołem Zabiegowym i Pododdziałem Chirurgii Refrakcyjnej	28 (w tym 6 łóżek Pododdział Chirurgii Refrakcyjnej oraz 10 miejsc pobytu dziennego)	Oddział Okulistyczny z Zespołem Zabiegowym i Pododdziałem Chirurgii Refrakcyjnej	28 (w tym 6 łóżek Pododdział Chirurgii Refrakcyjnej oraz 10 miejsc pobytu dziennego)	
1.19	Oddział Okulistyki Dziecięcej	4	Oddział Okulistyki Dziecięcej	4	
1.20	Oddział Kardiologii Ogólnej z Pododdziałem Kardiochirurgii	30 (w tym 4 łóżka IOM)	Oddział Kardiologii Ogólnej z Pododdziałem Kardiochirurgii	30 (w tym 4 łóżka IOM)	
1.21	Oddział Intensywnej Opieki Kardiologicznej	14 (w tym 14 łóżek INK)	Oddział Intensywnej Opieki Kardiologicznej	14 (w tym 14 łóżek INK)	
1.22	Oddział Reumatologii	18	Oddział Reumatologii	18	
1.23	Oddział Pulmonologii, Nowotworów Płuc i Mukowiscydozy	20	Oddział Pulmonologii, Nowotworów Płuc i Mukowiscydozy	20	
1.24	Oddział Onkologii Klinicznej/Chemioterapii	20 (w tym 2 łóżka IOM) + 7 miejsc pobytu dziennego	Oddział Onkologii Klinicznej/Chemioterapii	20 (w tym 2 łóżka IOM) + 7 miejsc pobytu dziennego	
1.25	Szpitalny Oddział Ratunkowy	6 (w tym 2 łóżka IOM)	Szpitalny Oddział Ratunkowy	6 (w tym 2 łóżka IOM)	
1.26	Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej	26	Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej	26	
1.27	Centralny Trakt Operacyjny	-	Centralny Trakt Operacyjny	-	
1.28	Bank Tkanek i Komórek	-	Bank Tkanek i Komórek	-	
1.29	Apteka Szpitalna	-	Apteka Szpitalna	-	
1.30	Pracownia Bronchoskopii	-	Pracownia Bronchoskopii	-	
1.31	Pracownia Laseroterapii	-	Pracownia Laseroterapii	-	

9-10

	Oddział Toksykologii	18 (w tym 6 łózek intensywnej opieki toksykologicznej)	Oddział Toksykologii	18 (w tym 6 łózek intensywnej opieki toksykologicznej)
1.32.				
B	ZAKŁAD LECZNICZY			
	Ambulatorium im. św. Barbary			
I	JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZAKŁADU LECZNICZEGO			
	Zespół Przychodni Przychodni Specjalistycznych			
1.1.	Punkt Przyjęć Planowych		Punkt Przyjęć Planowych	
1.2.	Poradnia Gastroenterologiczna		Poradnia Gastroenterologiczna	
1.3.	Poradnia Hepatologiczna		Poradnia Hepatologiczna	
1.4.	Poradnia Nefrologiczna		Poradnia Nefrologiczna	
1.5.	Poradnia Reumatologiczna		Poradnia Reumatologiczna	
1.6.	Poradnia Otolaryngologiczna		Poradnia Otolaryngologiczna	
1.7.	Poradnia Chirurgii Naczyń		Poradnia Chirurgii Naczyń	
1.8.	Poradnia Chirurgii Szczękowej i Stomatologicznej		Poradnia Chirurgii Szczękowej i Stomatologicznej	
1.9.	Poradnia Okulistyczna		Poradnia Okulistyczna	
1.10.	Poradnia Neurologiczna		Poradnia Neurologiczna	
1.11.	Poradnia Neurochirurgiczna		Poradnia Neurochirurgiczna	
1.12.	Poradnia Chirurgii Ogólnej		Poradnia Chirurgii Ogólnej	
1.13.	Poradnia Proktologiczna		Poradnia Proktologiczna	
1.14.	Poradnia Urazowo – Ortopedyczna		Poradnia Urazowo – Ortopedyczna	
1.15.	Poradnia Chirurgii Plastycznej i Rekonstrukcyjnej		Poradnia Chirurgii Plastycznej i Rekonstrukcyjnej	
1.16.	Poradnia Urologiczna		Poradnia Urologiczna	
1.17.	Poradnia Rehabilitacji Medycznej		Poradnia Rehabilitacji Medycznej	
1.18.	Poradnia Medycyny Pracy		Poradnia Medycyny Pracy	
1.19.	Poradnia Leczenia Bólu		Poradnia Leczenia Bólu	
1.20.	Poradnia Diabetologiczna (cukrzycowa) i Leczenia Zespołu Stopy Cukrzycowej		Poradnia Diabetologiczna (cukrzycowa) i Leczenia Zespołu Stopy Cukrzycowej	
1.21.	Poradnia Kardiologiczna i Zaburzeń Rytmu Serca		Poradnia Kardiologiczna i Zaburzeń Rytmu Serca	
1.22.	Poradnia Onkologiczna		Poradnia Onkologiczna	
1.23.	Poradnia Dermatologiczna – konsultacyjna		Poradnia Dermatologiczna – konsultacyjna	
1.24.	Poradnia Ginekologiczna – konsultacyjna		Poradnia Ginekologiczna – konsultacyjna	
1.25.	Poradnia Endokrynologiczna – konsultacyjna		Poradnia Endokrynologiczna – konsultacyjna	
1.26.	Poradnia Anestezjologiczna – konsultacyjna		Poradnia Anestezjologiczna – konsultacyjna	
1.27.	Poradnia Alergologiczna Konsultacyjna			
1.28.	Poradnia Pulmonologiczna		Poradnia Pulmonologiczna	
1.29.	Poradnia Okulistyczna dla Dzieci		Poradnia Okulistyczna dla Dzieci	
1.30.	Poradnia Urazowo-Ortopedyczna dla Dzieci		Poradnia Urazowo-Ortopedyczna dla Dzieci	
1.31.	Poradnia Wad Serca		Poradnia Wad Serca	
1.32.	Poradnia Nadciśnienia Tętniczego		Poradnia Nadciśnienia Tętniczego	
1.33.	Poradnia Żywnościowa		Poradnia Żywnościowa	
1.34.	Poradnia Stomatologiczna		Poradnia Stomatologiczna	
1.35.	Poradnia Profilaktyki Chorób Piersi		brak wpisu	
1.36.	Poradnia Chorób Metabolicznych		Poradnia Chorób Metabolicznych	
1.37.	Poradnia Medycyny Sportowej		Poradnia Medycyny Sportowej	
1.38.	Poradnia Chorób Naczyń		Poradnia Chorób Naczyń	
1.39.	Poradnia Leczenia Mukowiscydozy		brak wpisu	
1.40.	Poradnia Chemioterapii		brak wpisu	
1.41.	Poradnia Rehabilitacji Kardiologicznej		brak wpisu	
1.42.	Poradnia Leczenia Stopy Cukrzycowej		brak wpisu	
1.43.	Poradnia Chirurgii Ręki		brak wpisu	
1.44.	Poradnia Konsultacyjno-Kwalifikacyjna		brak wpisu	
1.45.	Poradnia Chorób Wewnętrznych		Poradnia Chorób Wewnętrznych	
1.46.			Poradnia Alergologiczna	
1.47.	Poradnia Chorób Sutka		Poradnia Chorób Sutka	
II	JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZAKŁADU LECZNICZEGO			
	Zespół Przychodni Przychodni Specjalistycznych			
2	KOMÓRKA DZIAŁANOŚCI MEDYCZNEJ			
2.1.	Pracownia Endoskopii Przewodu Pokarmowego		Pracownia Endoskopii Przewodu Pokarmowego	
2.2.	Pracownia Densytometrii		Pracownia Densytometrii	
2.3.	Pracownia Audiometrii		Pracownia Audiometrii	
2.4.	Pracownia Dopplerowska		Pracownia Dopplerowska	
2.5.	Pracownia Perymetrii		Pracownia Perymetrii	
2.6.	Pracownia Angiografii Oka		Pracownia Angiografii Oka	
2.7.	Pracownia Ultrasonografii		Pracownia Ultrasonografii	
2.8.	Pracownia Elektroencefalografii		Pracownia Elektroencefalografii	
2.9.	Pracownia Elektromiografii i Potencjałów Wywołanych		Pracownia Elektromiografii i Potencjałów Wywołanych	
2.10.	Pracownia Psychologii Klinicznej		Pracownia Psychologii Klinicznej	
2.11.	Pracownia UKG		Pracownia UKG	
2.12.	Pracownia Badań Czynnościowych Układu Krążenia		Pracownia Badań Czynnościowych Układu Krążenia	
2.13.	Pracownia Echokardiografii Przepłykowej		Pracownia Echokardiografii Przepłykowej	
2.14.	Pracownia Pomiarowa		Brak wpisu	
2.15.	Pracownia Chromatograficzna		Pracownia Chromatograficzna	
2.16.	Pracownia Toksykologii		Pracownia Toksykologii	
III	JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZAKŁADU LECZNICZEGO			
	Zespół Pracowni Hemodynamiki, Elektroterapii, Elektrofizjologii i Urządzeń Wszczepialnych			
3	KOMÓRKA DZIAŁANOŚCI MEDYCZNEJ			

3.1.	Pracownia Hemodynamiki		Pracownia Hemodynamiki		
3.2.	Pracownia Elektrofizjologii i Ablacji		Pracownia Elektrofizjologii i Ablacji		
3.3.	Pracownia Urządzeń Wszczepialnych Serca		Pracownia Urządzeń Wszczepialnych Serca		
3.4.	Pracownia Elektroterapii		Pracownia Elektroterapii		
IV	JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZAKŁADU LECZNICZEGO				
Zespół Pracowni Radiologii Zabiegowej					
4	KOMÓRKA DZIAŁAŃŚCI MEDYCZNEJ				
4.1.	Pracownie Radiologii Zabiegowej		Pracownie Radiologii Zabiegowej		
V	JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZAKŁADU LECZNICZEGO				
Zespół Gabinetów Diagnostyczno-Zabiegowych					
5	KOMÓRKA DZIAŁAŃŚCI MEDYCZNEJ				
5.1.	Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy dla Poradni Otolaryngologicznej		Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy dla Poradni Otolaryngologicznej		
5.2.	Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy dla Poradni Chirurgii Naczyń		Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy dla Poradni Chirurgii Naczyń		
5.3.	Gabinety Diagnostyczno-Zabiegowe dla Poradni Chirurgii Szczękowej i Stomatologicznej		Gabinety Diagnostyczno-Zabiegowe dla Poradni Chirurgii Szczękowej i Stomatologicznej		
5.4.	Gabinety Diagnostyczno-Zabiegowe dla Poradni Okulistycznej		Gabinety Diagnostyczno-Zabiegowe dla Poradni Okulistycznej		
5.5.	Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy dla Poradni Okulistycznej dla Dzieci		Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy dla Poradni Okulistycznej dla Dzieci		
5.6.	Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy dla Poradni Chirurgii Ogólnej		Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy dla Poradni Chirurgii Ogólnej		
5.7.	Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy dla Poradni Onkologicznej		Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy dla Poradni Onkologicznej		
5.8.	Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy dla Poradni Proktologicznej		Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy dla Poradni Proktologicznej		
5.9.	Gabinety Diagnostyczno-Zabiegowe z Gipsownią dla Poradni Urazowo-Ortopedycznej		Gabinety Diagnostyczno-Zabiegowe z Gipsownią dla Poradni Urazowo-Ortopedycznej		
5.10.	Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy z Gipsownią dla Poradni Urazowo-Ortopedycznej dla Dzieci		Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy z Gipsownią dla Poradni Urazowo-Ortopedycznej dla Dzieci		
5.11.	Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy dla Poradni Chirurgii Plastycznej i Rekonstrukcyjnej		Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy dla Poradni Chirurgii Plastycznej i Rekonstrukcyjnej		
5.12.	Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy dla Poradni Urologicznej		Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy dla Poradni Urologicznej		
5.13.	Gabinety Diagnostyczno-Zabiegowe dla Poradni Neurochirurgicznej, Poradni Reumatologicznej, Poradni Pulmonologicznej, Poradni Żywniowej, Poradni Diabetologicznej (cukrzycowej) i Leczenia Zespołu Stopy Cukrzycowej, Poradni Gastroenterologicznej, Poradni Neurologicznej.		Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy dla Poradni Neurochirurgicznej Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy dla Poradni Reumatologicznej Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy dla Poradni Pumonologicznej Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy dla Poradni Żywniowej Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy dla Poradni Diabetologicznej (cukrzycowej) i Leczenia Zespołu Stopy Cukrzycowej Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy dla Poradni Gastroenterologicznej Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy dla Poradni Neurologicznej		
5.14.	Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy dla Poradni Profilaktyki Chorób Piersi		Brak wpisu		
VI	JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZAKŁADU LECZNICZEGO				
Pozostałe jednostki i komórki organizacyjne					
6	KOMÓRKA DZIAŁAŃŚCI MEDYCZNEJ				
6.1.	Centrum Diagnostyki Laboratoryjnej:		Centrum Diagnostyki Laboratoryjnej:		
6.2.	Zakład Immunodiagnostyki i Markerów Nowotworowych		Zakład Immunodiagnostyki i Markerów Nowotworowych		
6.3.	Zakład Mikrobiologii		Zakład Mikrobiologii		
6.4.	Pracownia Immunologii Transfuzjologicznej		Pracownia Immunologii Transfuzjologicznej		
6.5.	Bank Krwi		Bank Krwi		
6.6.	Zakład Analityki Medycznej		Zakład Analityki Medycznej		
6.7.	Zespół Domowego Leczenia Tlenem		Zespół Domowego Leczenia Tlenem		
6.8.	Zespół Psychologów		Zespół Psychologów		
6.9.	Zakład Rehabilitacji		NIE ZREJESTROWANY - powołany w Regulaminie organizacyjnym w trakcie przygotowań pod kątem zakontraktowania rehabilitacji ogólnoustrojowej w trybie dziennym		
6.10.	Dział (pracownia) fizjoterapii		Dział (pracownia) fizjoterapii		
6.11.	Ośrodek rehabilitacji dziennej		Ośrodek rehabilitacji dziennej		
6.12.	Stacja Dializ	15	Stacja Dializ	11	Zmiana w Regulaminie Organizacyjnym w zakresie zmiany ilości stanowisk została wprowadzona, jednak z uwagi na aktualny brak możliwości modernizacji

9-7-21

					i rozbudowy Stacji Dializ nie dokonano zmiany w RPWDL
6.13.	Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej		Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej		
6.14.	Ośrodek Rehabilitacji Kardiologicznej Diennej		Ośrodek Rehabilitacji Kardiologicznej Diennej		
6.15.	Ośrodek Ostrych Zatruc		Ośrodek Ostrych Zatruc		

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

Podczas kontroli stwierdzono następujące różnice pomiędzy wpisami do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą a wpisami w Regulaminie Organizacyjnym, w części dotyczącej struktury organizacyjnej Szpitala:

L.P	Zapisy w Regulaminie Organizacyjnym Szpitala	Zapisy w Rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą
1	§ 14 pkt III Zakład Leczniczy Szpital św. Barbary: • pkt 4 a) Pododdział Chirurgii Onkologicznej	Brak wpisu
2	§ 14 pkt IV Zakład Leczniczy Ambulatorium im. św. Barbary, Zespół Przychodni Przychodni Specjalistycznych: • pkt 27 Poradnia Alergologiczna Konsultacyjna, • pkt 35 Poradnia Profilaktyki Chorób Piersi, • pkt 39 Poradnia Leczenia Mukowiscydozy, • pkt 40 Poradnia Chemioterapii, • pkt 42 Poradnia Leczenia Stopy Cukrzycowej, • pkt 43 Poradnia Chirurgii Ręki, • pkt 44 Poradnia Konsultacyjno-Kwalifikacyjna	Brak wpisu
3	§ 14 pkt IV Zakład Leczniczy Ambulatorium im. św. Barbary, Zespół Pracowni Diagnostycznych: • pkt 14 Pracownia Pomiarowa	Brak wpisu
4	§ 14 pkt IV Zakład Leczniczy Ambulatorium im. św. Barbary, Pozostałe jednostki i komórki organizacyjne: • pkt 4 Zakład Rehabilitacji	Brak wpisu
5	§ 14 pkt IV Zakład Leczniczy Ambulatorium im. św. Barbary, Zespół Gabinetów Diagnostyczno-Zabiegowych: • pkt 14 Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy dla Poradni Profilaktyki Chorób Piersi	Brak wpisu
6	§ 14 pkt IV Zakład Leczniczy Ambulatorium im. św. Barbary, Zespół Przychodni Przychodni Specjalistycznych Pkt 41 Poradnia Rehabilitacji Kardiologicznej	Wpis o zakończeniu działalności komórki z dniem 6.09.2012 r.
7	Brak wpisu	Pracownia Rentgenodiagnostyki
8	Brak wpisu	Pracownia Tomografii Komputerowej

Tabela nr 3 Różnice pomiędzy wpisami do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą a wpisami w Regulaminie Organizacyjnym (wg. Stanu na 07.12.2020 r.)

Już podczas poprzedniej kontroli, przeprowadzonej w 2018 r. stwierdzono naruszenie przepisu art. 24 ust. 1 oraz art. 107 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej poprzez nieusunięcie rozbieżności dotyczących struktury organizacyjnej Szpitala występujących pomiędzy zapisami w Regulaminie Organizacyjnym oraz w Rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą. W dalszym ciągu, nie wpisano do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą poniższych komórek organizacyjnych:

- Pododdział Chirurgii Onkologicznej,
- Poradnia Profilaktyki Chorób Piersi,
- Poradnia Leczenia Mukowiscydozy,
- Poradnia Chemioterapii,
- Poradnia Chirurgii Ręki,
- Poradnia Konsultacyjno – Kwalifikacyjna,
- Zakład Rehabilitacji,
- Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy dla Poradni Profilaktyki Chorób Piersi.

W przedstawionych dokumentach wykazano, że zmieniono nazwę Poradni Alergologiczno-Konsultacyjnej na Poradnię Alergologiczną. Wpisu do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą dokonano 19.03.2020 r.

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
utworzenie komórki/jednostki organizacyjnej (nazwa utworzonej komórki):						
1	Oddział Toksykologii	27/2019 z dnia 30.04.2019	TAK	TAK	01.06.2019	07.05.2019
	Ośrodek Ostrego Zatrucia	27/2019 z dnia 30.04.2019	TAK	TAK	01.06.2019	07.05.2019
	Pracownia Chromatograficzna	27/2019 z dnia 30.04.2019	TAK	TAK	01.06.2019	07.05.2019
	Pracownia Toksykologii	27/2019 z dnia 30.04.2019	TAK	TAK	01.06.2019	07.05.2019
	Poradnia Chorób Sętka	38/2019 z dnia 03.09.2019	TAK	TAK	-	19.03.2020
zmiana nazwy komórki / jednostki organizacyjnej (z/na):						
2	z: Kliniczny Oddział Chirurgii Ogólnej i Urazów Wielonarządowych wraz z Zakładem Pielęgniarstwa Chirurgicznego na: Kliniczny Oddział Chirurgii Ogólnej, Kolorektalnej i Urazów Wielonarządowych	4/2019 z dnia 08.04.2019	Poinformowanie	NIE	-	28.05.2019
	z: Oddział Chirurgii Małoinwazyjnej, Metabolicznej, Plastycznej i Rekonstrukcyjnej na: Oddział Chirurgii Plastycznej	4/2019 z dnia 08.04.2019	Poinformowanie	NIE	-	28.05.2019
	z: Oddział Chorób Wewnętrznych i Onkologii Klinicznej na: Oddział Chorób Wewnętrznych	4/2019 z dnia 08.04.2019	Poinformowanie	NIE	-	28.05.2019
	z: Kliniczny Oddział Neurochirurgiczny z Pododdziałem Neurochirurgii Dziecięcej na: Kliniczny Oddział Neurochirurgiczny	4/2019 z dnia 08.04.2019	Poinformowanie	NIE	-	28.05.2019
	z: Kliniczny Oddział Chirurgii Ortopedyczno-Urazowej, Onkologicznej i rekonstrukcyjnej z Pododdziałem Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej Dziecięcej na: Kliniczny Oddział Chirurgii Ortopedyczno-Urazowej, Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej	4/2019 z dnia 08.04.2019	Poinformowanie	NIE	-	28.05.2019
	z: Poradnia Alergologiczna Konsultacyjna na: Poradnia alergologiczna	38/2019 z dnia 03.09.2019	Poinformowanie	NIE	01.05.2020	19.03.2020

Tabela nr 4 – Zmiany struktury organizacyjnej w okresie objętym kontrolą (tj. 01.01.2019 r do 07.12.2020 r.)

Kontrolą objęto również prawidłowość procesu dokonywania zmian w strukturze organizacyjnej Szpitala w związku ze zmianą ilości łóżek 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 27.06.2017r., 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.

L.P.	NAZWA ODDZIAŁU	WYJŚCIOWA LICZBA ŁÓŻEK	LICZBA ŁÓŻEK ZLIKwidOWANYCH	LIKwidACJA ŁÓŻEK W %	LICZBA ŁÓŻEK UTWORZONYCH	UTWORZENIE ŁÓŻEK W %	LICZBA ŁÓŻEK PO ZMIANACH	WYMAGANA AKCEPTACJA PODMIOTU TWORZĄCEGO (jeśli dotyczy – data, znak pisma)	OPINIA RADY SPOŁECZNEJ (NR UCHWAŁY, Z DNIA)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	11
1	Kliniczny Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	16	4	25%	-	0%	12	22.05.2019 ZD-N.9024.14.24.2019, ZD-NIP. KW-00442/19)	4/2019 z dnia 08.04.2019

2	Oddział Gastroenterologii i Onkologii Przewodu Pokarmowego	23	0%	7	30%	30	10.07.2019 ZD-N.9024.14.35.2019, ZD-NIP.KW-00567/19)	31/2019 z dnia 10.06/2019
3	Kliniczny Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	12	0%	4	33%	16	23.12.2019 ZD-N.9024.14.63.2019, ZD-NIP.KW-01142/19)	60/2019 z dnia 25.11.2019
4	Kliniczny Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	16	0%	1	6%	17	31.01.2020 ZD-NK.9024.14.3.2020, ZD-NK.KW-00015/20)	72/2019 z dnia 30.12.2019
5	Oddział Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej	9	0%	3	33%	12	11.05.2020 ZD-NK.9024.14.12.2020, ZD-NK.KW-00343/20)	2/2020 z dnia 03.02.2020

Tabela nr 5 – Zmiana ilości łóżek w okresie objętym kontrolą (tj. 01.01.2019 r do 07.12.2020 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://wss5.pl/>. 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 sprawdzono czy Szpital spełnia ustawowy wymóg prowadzenia strony podmiotowej BIP i umieszczania na niej wymaganych prawem informacji. Przedmiotowy obowiązek wynika z ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej. Zgodnie z treścią art. 8 pkt. 2 w związku z art. 4 ust. 1 w/w ustawy, do udostępniania informacji publicznej w Biuletynie Informacji Publicznej zobowiązane są m.in. podmioty reprezentujące państwowe osoby prawne albo osoby prawne samorządu terytorialnego oraz podmioty reprezentujące inne państwowe jednostki organizacyjne albo jednostki organizacyjne samorządu terytorialnego, a także podmioty reprezentujące inne osoby lub jednostki organizacyjne, które wykonują zadania publiczne lub dysponują majątkiem publicznym.

Szpital prowadzi odrębną stronę BIP, do której odniesienie znajduje się na stronie internetowej Szpitala. Na stronie BIP Szpitala zostały umieszczone wszystkie wymagane informacje zgodnie z treścią art. 24 u.d.l. Nie umieszczono natomiast niektórych informacji publicznych, określonych w ustawie o dostępie do informacji publicznej. Zgodnie z treścią art. 8 ust. 3 ww. ustawy, Szpital zobowiązany jest do udostępnienia m.in. dokumentacji przebiegu i efektów kontroli oraz wystąpień, stanowisk, wniosków i opinii podmiotów ją przeprowadzających (art. 6 pkt 4 lit. A tiret drugie w zw. z art. 8 ust. 3 ustawy o dostępie do informacji publicznej). Na stronie podmiotowej BIP Szpitala brak jest wskazanych powyżej informacji.

[Dowód: akta kontroli str. 24-228]

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

1. Nieprawidłowość polegająca na niedopełnieniu ustawowego obowiązku poprzez przekroczenie siedmiodniowego terminu zgłoszenia zmian do KRS.
2. Nieprawidłowość w zakresie wskazania w treści Rozdziału 4 - Załącznika nr 1 Regulaminu Organizacyjnego błędnych wartości opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej.
3. Nieprawidłowość polegająca na nieusunięciu rozbieżności dotyczących struktury organizacyjnej Szpitala występujących pomiędzy zapisami w Regulaminie Organizacyjnym oraz w Rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
4. Nieprawidłowość w zakresie naruszenia art. 8 ust. 3 w związku z art. 6 pkt 4 lit. A tiret drugie ustawy o dostępie do informacji publicznej, poprzez nieumieszczenie na stronie podmiotowej BIP Szpitala dokumentacji przebiegu i efektów kontroli oraz wystąpień, stanowisk, wniosków i opinii podmiotów ją przeprowadzających.

9-10

5. Uchybienie polegające na braku zgodności pomiędzy zapisami Regulaminu Organizacyjnego Szpitala i Statutu w zakresie celów i zadań Szpitala.

Przyczyny nieprawidłowości/uchybień:

1. Niedochowanie należytej staranności w zakresie:
 - przestrzegania ustawowego terminu zgłoszenia zmian do KRS,
 - aktualizacji przepisów Regulaminu Organizacyjnego w zakresie wskazania sposobu obliczania maksymalnej wysokości opłaty za jedną stronę wyciągu albo odpisu dokumentacji medycznej, jedną stronę kopii albo wydruku dokumentacji medycznej, udostępnienie dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych,
 - aktualizacji wpisów w Regulaminie Organizacyjnym oraz Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą,
 - wprowadzania ustawowych informacji na stronę BIP Szpitala,
 - określania w Regulaminie zadań i celów Szpitala, tożsamy z wyszczególnionymi w Statucie.

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. Naruszenie art. 24 ust. 1 oraz art. 107 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
4. Naruszenia art. 8 ust. 3 w związku z art. 6 pkt 4 lit. A tiret drugie ustawy o dostępie do informacji publicznej,
5. 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.

C: Ocena cząstkowa: pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości i uchybień

D. Osoby odpowiedzialne:

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

III. Dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych.

A. Ustalenia faktyczne:

Podstawowym celem działalności Szpitala jest udzielanie świadczeń zdrowotnych i promocja zdrowia. Szpital prowadzi działalność medyczną w ramach umów zawartych z NFZ o świadczenie usług medycznych, w obiektach zlokalizowanych w Sosnowcu przy Placu Medyków 1.

1. Funkcjonowanie wybranych komórek organizacyjnych.

W ramach czynności kontrolnych szczegółową kontrolą objęto funkcjonowanie Oddziału Chirurgii Plastycznej, Oddziału Gastroenterologii i Onkologii Przewodu Pokarmowego, Oddziału Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej oraz Poradni Okulistycznej.

1) Oddział Chirurgii Plastycznej

Oddział wpisany jest do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 005 (kod resortowy identyfikujący komórkę organizacyjną stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych), kod resortowy charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych

g-12h

kodów identyfikacyjnych: 4550 Oddział chirurgii plastycznej. Oddział został wpisany do rejestru podmiotów leczniczych z dniem 10.03.1998 r. i dysponuje 12 łózkami. Oddział prowadzi między innymi:

- leczenie schorzeń: diagnostyka i leczenie zniekształceń wrodzonych, nabytych (ponowotworowych, pourazowych, pozapalnych),
- leczenie operacyjne i zabiegowe np.: przeszczepy skóry, kości, ścięgien, nerwów, wszczepianie różnych protez ekspanderów i ekspanderoprotez, leczenie zniekształceń pourazowych (w zakresie twarzoczaszki, tułowia i kończyn), leczenie stanów przednowotworowych i nowotworowych skóry, leczenie zniekształceń pochorobowych, leczenie oparzeń i ich powikłań, leczenie chorób ręki o różnej etiologii.

W okresie objętym kontrolą liczba hospitalizowanych pacjentów wyniosła:

- 562 w 2019 r.
- 263 w okresie od 01.01.2020 r. do 30.11.2020 r.

2) Oddział Gastroenterologii i Onkologii Przewodu Pokarmowego

Oddział wpisany jest do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 108 (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: 4050 Oddział gastroenterologiczny. Oddział został wpisany do rejestru podmiotów leczniczych z dniem 08.11.2006 r. i dysponuje 30 łózkami. Oddział zajmuje się leczeniem schorzeń układu pokarmowego – między innymi choroby przełyku, żołądka i dwunastnicy, jelita grubego, trzustki, pęcherzyka i dróg żółciowych, wątroby.

W okresie objętym kontrolą liczba hospitalizowanych pacjentów wyniosła:

- 1 497 w 2019 r.
- 1 211 w okresie od 01.01.2020 r. do 30.11.2020 r.

3) Oddział Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej

Oddział wpisany 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: 4610 Oddział otolaryngologiczny. Oddział został wpisany do rejestru podmiotów leczniczych z dniem 01.03.2002 r. i dysponuje 12 łózkami.

W ramach badań diagnostycznych Oddział zajmuje się diagnostyką endoskopową i mikroskopową nosa, badaniem wideostroboskopowym krtani, diagnostyką zaburzeń słuchu, zawrotów głowy i szumów usznych. Ponadto w Oddziale dokonuje się zabiegów operacyjnych i zabiegowych w zakresie narządów laryngologicznych.

W okresie objętym kontrolą liczba hospitalizowanych pacjentów wyniosła:

- 567 w 2019 r.
- 323 w okresie od 01.01.2020 r. do 30.11.2020 r.

4) Poradnia Okulistyczna

Poradnia wpisana do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 032 (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: 1600 Poradnia okulistyczna. Poradnia została wpisana do rejestru podmiotów leczniczych z dniem 10.03.1998 r.

Zadaniem poradni jest działalność diagnostyczna, lecznicza i profilaktyczna z zakresu okulistyki.

W okresie objętym kontrolą liczba udzielonych porad wynosiła:

- 4 260 w 2019 r.,

- 2 772 w okresie od 01.01.2020 r. do 30.11.2020 r.

Na listę oczekujących wpisano 69 przypadków pilnych i 4 111 przypadków stabilnych.

Według harmonogramu pracy zamieszczonego na Portalu Świadczeniodawcy NFZ świadczenia są udzielane przez 5 dni w tygodniu - od poniedziałku do piątku w godzinach: 7.00-14.00.

[Dowód: akta kontroli str.229-232]

2. Udzielanie zamówień na świadczenia zdrowotne.

W Szpitalu funkcjonuje Zarządzenie nr 144/2019 Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu z dnia 15 kwietnia 2019 roku w sprawie wprowadzenia regulaminu przeprowadzania postępowania konkursowego na świadczenia zdrowotne oraz zawierania umów celem wykonywania świadczeń zdrowotnych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu, wydane w oparciu o art. 26 i nast. ustawy o działalności leczniczej. Zgodnie z treścią zapisów ww. Regulaminu (załącznik nr 1 do Zarządzenia Dyrektora), w Szpitalu umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne o wartości przekraczającej wyrażoną w złotych równowartości 30.000 Euro zawiera się w trybie przeprowadzonego konkursu ofert na udzielenie zamówienia. Przywołany zapis jest powtórzeniem regulacji ustawowej. Zgodnie z treścią § 2 pkt 1 ww. Regulaminu: „W celu wszczęcia postępowania konkursowego/zawarcia umowy na świadczenie zdrowotne każdorazowo wymagane jest złożenie pisemnego *Wniosku w sprawie wszczęcia postępowania konkursowego na świadczenie zdrowotne*, którego wzór stanowi *Załącznik nr 1* do niniejszego Regulaminu”. W pkt 2 par. 1 Regulaminu wskazane są osoby odpowiedzialne za złożenie i treść merytoryczną *Wniosku*. Wniosek winien określać m.in. „przewidywaną wartość zamówienia zgodnie z art. 26a ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej”. W myśl § 2 pkt 3 lit d) Regulaminu: „Wniosek powinien być złożony najpóźniej 3 miesiące przed końcem umowy zabezpieczającej świadczenia zdrowotne objęte przedmiotem wniosku”. Regulamin szczegółowo określa obieg *Wniosku*, w tym m. in. obowiązek przekazania wniosku do Działu Controllingu Finansowego, który m.in. określa szacunkową wartość postępowania a także do Głównego Księgowego w celu oceny zgodności wniosku z planem finansowym. Za formalne przeprowadzenie postępowania konkursowego – zgodnie ze złożonym wnioskiem i zapisami Regulaminu, odpowiedzialny jest Dział Organizacyjno – Prawny Szpitala. W myśl § 12 pkt 1 Regulaminu, udzielenie zamówienia na świadczenie zdrowotne następuje na podstawie umowy zawartej po przeprowadzeniu postępowania konkursowego, lub – w przypadku postępowań, których wartość wynosi mniej niż równowartość w złotych 30 000 Euro – po przeprowadzeniu protokołowanych negocjacji z jednym lub większą ilością podmiotów wykonujących działalność leczniczą lub osób legitymujących się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny.

Przedmiotem weryfikacji przeprowadzonej przez kontrolujących były zapisy umów:

- 1) Nr 15598/ŚW/2019 z dnia 31.05.2019 r. dotyczącej udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie badań laboratoryjnych;
- 2) Nr 43/ZP-IMM/19 z dnia 30.10.2019 r. dotyczącej wykonywania badań konsultacyjnych immunohepatologicznych;
- 3) Nr 16919/ŚW/2020 z dnia 17.04.2020 r. dotyczącej udzielania specjalistycznych świadczeń zdrowotnych polegających na wykonywaniu badań laboratoryjnych w zakresie badań histopatologicznych, genetycznych i cytologicznych przez okres 24 miesięcy.

Ad. 1) Nr 15598/ŚW/2019 z dnia 31.05.2019 r.

Umowa została zawarta na podstawie art. 26 ustawy o działalności leczniczej, po przeprowadzeniu postępowania konkursowego. Zgodnie z wymogami art. 26a ww. ustawy, Szpital dokonał oszacowania wartości przedmiotu zamówienia, co znalazło odzwierciedlenie w treści wniosku w sprawie wszczęcia postępowania konkursowego na świadczenia zdrowotne z dnia 4.02.2019 r. Umowa została zawarta w formie pisemnej, na czas określony, tj. od dnia 01.06.2019 r.

do dnia 31.05.2021 r. Spośród wymogów określonych w art. 27 u.d.l., umowa nie zawiera wskazania minimalnej liczby osób udzielających świadczeń zdrowotnych (art. 27 ust. 4 pkt 3 u.d.l.).

Umowa nie określa ponadto szacunkowej wartości brutto zamówienia, zgodnie z obowiązkiem wynikającym z przepisów ustawy o finansach publicznych (art. 44 ust. 3 pkt. 3).

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

W ramach kontroli realizacji umowy sprawdzono faktury nr:

- 279/09/2019 z dnia 30.09.2019 r. - stawki jednostkowe zgodne z umową
- 163/08/2020 z dnia 31.08.2020 r. - stawki jednostkowe zgodne z umową.

Ad. 2) Nr 43/ZP-IMM/19 z dnia 30.10.2019 r.

Umowa została zawarta bez przeprowadzenia postępowania konkursowego, choć zgodnie z przekazanymi przez Szpital danymi, do dnia rozpoczęcia kontroli (do 7.12.2020 r.) z tytułu realizacji umowy przekazano kontrahentowi kwotę 268 186,35 zł (umowa zawarta została na okres dwóch lat, w związku z czym należy domniemywać, iż całkowita wartość zamówienia wyniesie przynajmniej dwukrotność tej sumy). Z uwagi na powyższe, zgodnie z zapisami art. 26 ustawy o działalności leczniczej, niniejsza umowa winna zostać zawarta po przeprowadzeniu postępowania konkursowego. Z wyjaśnień przedstawionych kontrolującym wynika, iż Dział Organizacyjno-Prawny Szpitala pismem z dnia 3.10.2019 r. przedstawił Lekarzowi Naczelnemu oraz Kierownikowi Działu Kontraktowania Świadczeń wykaz umów, których okres obowiązywania kończy się w dniu 31.12.2019 r. W przedmiotowym wykazie znalazła się również poprzednia umowa z tym samym kontrahentem, obejmująca tożsamy zakres świadczeń. Nowa umowa zawarta została zgodnie z pisemną dyspozycją Lekarza Naczelnego Szpitala, na polecenie Dyrektora Operacyjnego. Pismem z dnia 15.10.2019 r. ówczesna Dyrektorka Operacyjna wystąpiła do kontrahenta z prośbą o „przedłużenie na okres do 31 grudnia 2021 roku” poprzedniej umowy. Pismem z dnia 07.11.2019 r. kontrahent przesłał do Szpitala dwa egzemplarze umowy, z prośbą o jej podpisanie i zwrotne odesłanie jednego egzemplarza.

Umowa została zawarta w formie pisemnej, na czas określony, tj. od dnia 01.01.2020 r. do dnia 31.12.2021 r. Spośród wymogów określonych w art. 27 u.d.l., umowa nie zawiera:

- określenia sposobu organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych - dni i godzin udzielania świadczeń zdrowotnych (art. 27 ust. 4 pkt 2 u.d.l.);
- wskazania minimalnej liczby osób udzielających świadczeń zdrowotnych (art. 27 ust. 4 pkt 3 u.d.l.);
- przyjęcia przez przyjmującego zamówienie obowiązku poddania się kontroli przeprowadzanej przez udzielającego zamówienia;
- zobowiązania przyjmującego zamówienie do prowadzenia określonej sprawozdawczości statystycznej.

Umowa nie określa ponadto szacunkowej wartości brutto zamówienia, zgodnie z obowiązkiem wynikającym z przepisów ustawy o finansach publicznych (art. 44 ust. 3 pkt. 3).

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

W ramach kontroli realizacji umowy sprawdzono faktury nr:

- FSBS/0036/07/20 z dnia 13.07.2020 r. - stawki jednostkowe zgodne z umową
- FSBS/0095/07/20 z dnia 01.08.2020 r. - stawki jednostkowe zgodne z umową

Ad. 3) Nr 16919/ŚW/2020 z dnia 17.04.2020 r.

Umowa została zawarta na podstawie art. 26 ustawy o działalności leczniczej, po przeprowadzeniu postępowania konkursowego. Jak wynika z treści notatki z dnia 19.03.2020 r. sporządzonej przez Dział Organizacyjno-Prawny Szpitala, postępowanie konkursowe w zakresie udzielania specjalistycznych świadczeń zdrowotnych polegających na wykonywaniu badań laboratoryjnych w zakresie badań histopatologicznych, genetycznych i cytologicznych przez okres 24 miesięcy

zostało wszczęte na ustne polecenie Dyrektora Operacyjnego Szpitala w dniu 18.03.2020 r. a Dział Organizacyjny – Prawny „otrzymał wówczas przygotowane materiały do konkursu”. Kontrolujący wskazują, iż takie działanie było niezgodne z zapisami „Regulaminu przeprowadzania postępowania konkursowego na świadczenia zdrowotne oraz zawierania umów celem wykonywania świadczeń zdrowotnych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu”. Ponadto w przekazanych kontrolującym materiałach brak informacji, iż przed wszczęciem postępowania konkursowego, została oszacowana wartość zamówienia (zgodnie z art. 26 a u.d.l.).

Umowa została zawarta w formie pisemnej, na czas określony, tj. od dnia 21.04.2020 r. do dnia 21.04.2022 r. Spośród wymogów określonych w art. 27 u.d.l., umowa nie zawiera wskazania minimalnej liczby osób udzielających świadczeń zdrowotnych (art. 27 ust. 4 pkt 3 u.d.l.). Umowa określa szacunkową wartość brutto zamówienia, zgodnie z obowiązkiem wynikającym z przepisów ustawy o finansach publicznych (art. 44 ust. 3 pkt. 3).

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

W ramach kontroli realizacji umowy sprawdzono faktury nr:

- 371/9/2020 z dnia 30.09.2020 r. – stawki jednostkowe zgodne z umową
- 361/10/2020 z dnia 31.10.2020 r. - stawki jednostkowe zgodne z umową.

[Dowód: akta kontroli str. 233-579]

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

Ogłaszanie i przeprowadzanie konkursów na stanowiska kierownicze

Kontrola realizacji zadań na gruncie art. 49 ust. 1 pkt 2-5, ust. 2-6 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej wykazała, że w okresie objętym kontrolą, tj. lata 2019-2020 w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu miały miejsce dwa postępowania konkursowe na stanowiska kierownicze wskazane w art. 49 w/w ustawy.

Przeprowadzone postępowania konkursowe na stanowiska kierownicze:

- 1) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Pulmonologii, Nowotworów Płuc i Mukowiscydozy (data konkursu: 29.01.2020 r., okres zatrudnienia 10.02.2020 r. – 09.02.2026 r.),
- 2) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Onkologii Klinicznej/ Chemioterapii (data konkursu: 29.01.2020 r., okres zatrudnienia 14.02.2020 r. – 13.02.2026 r.).

Podczas czynności kontrolnych kontrolujący stwierdzili nieprawidłowość popełnioną w toku ww. postępowań konkursowych polegającą na braku pisemnego powiadomienia o wynikach konkursu kandydatów biorących w nim udział, zgodnie z §15 ust 3 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.).

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

- 1) Kliniczny Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii: kierownik oddziału, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
- 2) Kliniczny Oddział Urologii i Onkologii Urologicznej: kierownik oddziału, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
- 3) Oddział Chirurgii Plastycznej: kierownik oddziału, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
- 4) Oddział Reumatologii: kierownik oddziału, p.o. pielęgniarki oddziałowej;

g-12

- 5) Kliniczny Oddział Chirurgii Ortopedyczno-Urazowej, Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej: kierownik oddziału, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
- 6) Oddział Chirurgii Szczękowo-Twarzowej: kierownik oddziału, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
- 7) Oddział Okulistyczny z Zespołem Zabiegowym i Pododdziałem Chirurgii Refrakcyjnej /Oddział Okulistyki Dziecięcej/ Pracownia Laseroterapii: kierownik oddziału, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
- 8) Oddział Chirurgii Naczyń: kierownik oddziału, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
- 9) Kliniczny Oddział Chirurgii Ogólnej, Kolorektalnej i Urazów Wielonarządowych: kierownik oddziału, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
- 10) Oddział Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej: kierownik oddziału, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
- 11) Oddział Pulmonologii, Nowotworów Płuc i Mukowiscydozy/ Pracownia Bronchoskopii: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 12) Oddział Onkologii Klinicznej/Chemioterapii: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 13) Oddział Nefrologii: kierownik oddziału, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
- 14) Oddział Chorób Wewnętrznych: kierownik oddziału, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
- 15) Oddział Diabetologii i Chorób Metabolicznych z Pododdziałem Stopy Cukrzycowej: kierownik oddziału, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
- 16) Kliniczny Oddział Neurochirurgiczny: kierownik oddziału, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
- 17) Oddział Gastroenterologii i Onkologii Przewodu Pokarmowego: kierownik oddziału, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
- 18) Oddział Kardiologii Ogólnej z Pododdziałem Kardiochirurgii/ Oddział Intensywnej Opieki Kardiologicznej: kierownik oddziału, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
- 19) Oddział Neurologii/Pododdział Udarowy: kierownik oddziału, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
- 20) Oddział Rehabilitacji Neurologicznej: kierownik oddziału, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
- 21) Oddział Rehabilitacji Medycznej: kierownik oddziału, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
- 22) Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej: kierownik oddziału, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
- 23) Szpitalny Oddział Ratunkowy: kierownik oddziału, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
- 24) Oddział Toksykologii: kierownik oddziału, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
- 25) Stacja Dializ: kierownik oddziału, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
- 26) Centralny Trakt Operacyjny: kierownik oddziału, p.o. pielęgniarki oddziałowej;

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

Pracą całego personelu pielęgniarskiego kieruje osoba pełniąca obowiązki naczelnej pielęgniarki, natomiast zespołem pielęgniarskim na dwóch Oddziałach zarządzają pielęgniarki oddziałowe, natomiast na pozostałych osoby pełniące obowiązki pielęgniarek oddziałowych.

Zgodnie z wyjaśnieniami Dyrektora Szpitala, w związku z ogłoszonym stanem epidemii począwszy od marca 2020 roku zawieszono postępowania konkursowe, w tym również postępowanie na stanowisko pielęgniarki naczelnej. Z uwagi na konieczność przeprowadzenia 24 postępowań konkursowych na stanowiska pielęgniarek oddziałowych, proces ten będzie prowadzony w dwóch etapach. Obecnie została wszczęta procedura dotycząca postępowań konkursowych na stanowiska pielęgniarek oddziałowych w 14 oddziałach, natomiast w drugim etapie rozpocznie się procedura konkursowa na stanowisko pielęgniarki naczelnej oraz pielęgniarek oddziałowych w pozostałych 10 oddziałach.

Ww. stanowiska określone zostały zarówno w Regulaminie Organizacyjnym Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu, jak i załączniku nr 2 (Tabela zaszerogowania stanowisk pracy dla pracowników Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego

gtd

Nr 5 w Sosnowcu) oraz nr 3 (Wykaz stanowisk, na których przysługuje dodatek funkcyjny i stawek dodatku funkcyjnego) do Regulaminu Wynagrodzeń Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu.

[Dowód: akta kontroli str. 580-650]

4. Serwisowanie aparatury oraz sprzętu medycznego.

Kontrolujący w ramach kontroli jakości świadczonych usług zweryfikowali paszporty techniczne niżej wymienionych urządzeń, wykorzystywanych do udzielania świadczeń zdrowotnych:

- 1) Kardiomonitor FX 200P s/n, nr 5343, rok produkcji 2018, przegląd okresowy odbył się 10.11.2020 r. – dokonany w terminie, następny przegląd 09.11.2021 r., zgodnie z wpisem – „Kardiomonitor sprawny”.
- 2) Inhalator typ 84.0100, nr AZY ZA 0018, rok produkcji 1998, przegląd okresowy odbył się 09.02.2021 r., data następnego badania 08.02.2022 r. Zgodnie z adnotacją zawartą w paszporcie technicznym urządzenie sprawne.
- 3) Lampa zabiegowa jezdna typ CHROMOPHARE F- 300, nr 7738170-V11871, rok produkcji 2014, przegląd okresowy odbył się 27.10.2020 r. – w terminie, następny przegląd do 26.10.2021 r. Zgodnie z adnotacją zawartą w paszporcie technicznym urządzenie sprawne.
- 4) Ssak elektryczny NEW HOSPIVAC 350, nr 5531, rok produkcji 2014, przegląd okresowy odbył się 27.10.2020 r. – dokonany w terminie, następny przegląd do 26.10.2021 r.
- 5) Aparat Ultrasonograficzny GE LOGIQ P9, nr LP000333, rok produkcji 2016, przegląd okresowy odbył się 04.09.2020 r. – dokonany w terminie, następny przegląd – 09.2021 r. Zgodnie z wpisem urządzenie sprawne.

[Dowód: akta kontroli str. 651-708]

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

W ramach kontroli dostępności świadczeń zdrowotnych sprawdzeniem objęto rejestr skarg i wniosków kierowanych do Szpitala. Rozpoznawanie skarg i wniosków odbywa się w trybie określonym Zarządzeniem Nr 281/2014 Dyrektora Szpitala z dnia 6 sierpnia 2014 r. w sprawie organizacji przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków. Skargi i wnioski przyjmowane są: w Sekretariacie Dyrektora Szpitala w zakresie spraw związanych z realizacją zadań statutowych Szpitala; u Pełnomocnika Dyrektora Szpitala ds. Praw Pacjenta w zakresie spraw związanych z poszanowaniem praw pacjentów; w Sekretariacie Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa w zakresie spraw związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych; w Sekretariacie Zastępcy Dyrektora ds. Kontraktowania Świadczeń i Rozwoju Usług w zakresie spraw związanych z organizacją udzielania świadczeń zdrowotnych. Skargi i wnioski mogą być wnoszone do Szpitala pisemnie, za pomocą telefaksu, poczty elektronicznej, ustnie „do protokołu” a także za pośrednictwem materiałów prasowych i innych publikowanych wiadomości, jeżeli mają znamiona skargi lub wniosku i zostały przekazane przez redakcje prasowe, radiowe i telewizyjne. Skargi i wnioski rejestrowane są w prowadzonym w Szpitalu „Rejestrze skarg i wniosków”. Rejestr zawiera wszystkie niezbędne rubryki, pozwalające na przeprowadzenie kontroli przebiegu i terminów załatwienia spraw. W 2019 roku w przedmiotowym rejestrze umieszczono wpisy dotyczące 97 spraw, z których 13 skarg uznanych zostało za zasadne. W 2020 roku, do dnia kontroli w rejestrze umieszczono wpisy dotyczące 79 spraw, spośród których 25 z wniesionych skarg uznane zostały za zasadne. Odpowiedzi na skargi zostały udzielone skarżącym w terminie wynikającym z przepisów prawa.

Analiza skarg i wniosków jest przedstawiana okresowo Radzie Społecznej Szpitala, do czego obligują zapisy ustawy o działalności leczniczej (art. 48 ust. 2 pkt. 3 u.d.l.). Analiza skarg wniesionych do Szpitala w 2019 roku została przeprowadzona przez Radę Społeczną Szpitala

g-td

na posiedzeniu w dniu 31.08.2020r. (uchwała Rady Społecznej Nr 20/2020 z dnia 31.08.2020r.). Analiza skargi i wniosków, które wpłynęły do Szpitala w 2020 roku zostanie przeprowadzona w 2021 roku.

[Dowód: akta kontroli str. 709-763]

6. Czas oczekiwania na udzielenie świadczeń zdrowotnych.

W Szpitalu, zgodnie z art. 20 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, prowadzone są listy osób oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego. W trakcie kontroli ustalono, że na podstawie - obowiązującego do dnia 31.08.2020 r. - art. 21 ust. 1 pkt 1 w/w ustawy w Szpitalu działa „Zespół Oceny Przyjęć”, powołany Zarządzeniem Dyrektora Szpitala nr 109/2018 z dnia 4.04.2018 r. Do zadań Zespołu należy przeprowadzanie okresowej (raz w miesiącu, zgodnie z art. 21 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych) oceny list oczekujących na udzielenie świadczenia pod względem: prawidłowości prowadzenia dokumentacji, czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia oraz zasadności i przyczyn zmian terminów udzielenia świadczenia. Zespół każdorazowo sporządza raport z oceny i przedstawia go Dyrektorowi Szpitala.

Przykładowe kopie protokołów sporządzonych przez Zespół z dnia: 21.03.2019 r. (za miesiąc luty 2019 r.), 25.04.2019 r. (za miesiąc marzec 2019 r.), 20.08.2019 r. (za miesiąc lipiec 2019 r.), 27.09.2019 r. (za miesiąc sierpień 2019 r.) stanowią akta kontroli. Z uwagi na sytuację epidemiczną, decyzją Dyrekcji Szpitala w 2020 roku spotkania Zespołu Oceny Przyjęć nie odbywały się.

Na dzień 30.11.2020 r. najdłuższy czas oczekiwania na hospitalizację dotyczył Oddziału Chirurgii Plastycznej i wynosił 502 dni w przypadkach stabilnych, 83 dni w przypadkach pilnych. Na przyjęcie do Klinicznego Oddziału Chirurgii Ortopedyczno-Urazowej, Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej kolejka w dniu 30.11.2020 r. wynosiła 497 dni w przypadkach stabilnych, 426 dni w przypadkach pilnych. Spośród procedur medycznych najdłuższy czas oczekiwania dotyczył zabiegu endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego, endoprotezy stawu kolanowego i wynosił 410 dni w przypadkach stabilnych, 236 w przypadkach pilnych. Najdłuższy czas oczekiwania na przyjęcie do poradni dotyczył natomiast Poradni Chirurgii Szczękowej i Stomatologicznej (2158 dni przypadki stabilne, 3 dni przypadki pilne), Poradni Neurochirurgicznej (2128 dni przypadki stabilne, 3 dni przypadki pilne), Poradni Diabetologicznej (cukrzycowej) i Leczenia Zespołu Stopy Cukrzycowej (1482 dni przypadki stabilne, 2 dni przypadki pilne).

[Dowód: akta kontroli str. 764-904]

7. Wykonywanie badań satysfakcji pacjenta.

W celu zbadania jakości świadczonych usług zdrowotnych oferowanych pacjentom, w Szpitalu prowadzone są Ankiety Badania Opinii Pacjenta. Wzór ankiet został przygotowany przez Pełnomocnika Dyrektora Szpitala ds. Zintegrowanego Systemu Zarządzania. W Szpitalu Ankiety przeprowadzane są w oddziałach szpitalnych, poradniach i w Stacji Dializ. Osobna ankieta dotyczy oceny monitorowania i skuteczności leczenia bólu u pacjentów po zabiegu operacyjnym w Klinicznym Oddziale Urologii i Onkologii Urologicznej. W przypadku ankiet dotyczących oddziałów szpitalnych ocenie pacjentów podlegają m.in.: funkcjonowanie Izby Przyjęć i Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, przyjęcie do oddziału, warunki pobytu w oddziale (m.in. wyżywienie, czystość), praca personelu lekarskiego i personelu pielęgniarskiego. Przy pomocy ankiety dotyczącej poradni pacjenci oceniają m.in.: pracę personelu w rejestracji, warunki w poczekalni, uprzejmość i życzliwość personelu, sposób realizacji usługi w poradni, czas oczekiwania na wizytę w poradni, system kolejkowy oraz system e-rejestracji. Ankieta Badania Opinii Pacjenta Stacji Dializ zawiera m.in. ocenę: funkcjonowania transportu szpitalnego, warunków pobytu w Stacji Dializ, pracy personelu lekarskiego i pielęgniarskiego, sposobu udzielania informacji przez lekarza a także

sposobu edukowania pacjenta. Ostatnia z ankiet stosowanych w Szpitalu dotyczy oceny monitorowania i skuteczności leczenia bólu w Klinicznym Oddziale Urologii i Onkologii Urologicznej i dotyczy m.in. sposobu udzielania informacji dotyczących skutecznych metod leczenia bólu oraz systematycznego monitorowania bólu po zabiegu operacyjnym czy też skuteczności leczenia bólu po podaniu leku przeciwbólowego. Podczas wypełniania ankiet pacjenci mają możliwość wyrażenia opinii za pomocą skali czterech ocen (od „bardzo dobrze” do „źle”) oraz przedstawienia własnej opinii w zakresie działania danych komórek organizacyjnych Szpitala.

Analizy wyników Ankiet Badania Opinii Pacjenta przeprowadzane są przez Obszar Polityki Jakości. Badanie ankiet wypełnionych w 2019 rok przeprowadzono za okres od 1.07.2019r. do 31.11.2019r. Z przedstawionych kontrolującym wyników analizy ankiet wynika, iż w większości zakresów ocena funkcjonowania Szpitala przez pacjentów była porównywalna z 2018 rokiem (nieznaczny spadek ocen „bardzo dobrych” przy większym wzroście ocen „dobrych”). W oddziałach ankietowani pozytywnie ocenili m.in. pracę personelu lekarskiego, pracę oraz życzliwość i uprzejmość personelu pielęgniarskiego, sposób informowania pacjentów o prawach pacjenta, planowanych zabiegach i badaniach. Pozytywnie zostały również ocenione warunki panujące w oddziałach szpitalnych (czystość, wyposażenie sal, warunki sanitarno-higieniczne oraz przystosowanie łazienek). Najniższy odsetek ocen pozytywnych dotyczy czasu oczekiwania i załatwiania formalności w Izbie Przyjęć i Szpitalnym Oddziale Ratunkowym.

W zakresie funkcjonowania poradni przyszpitalnych bardzo wysoko oceniono m.in. życzliwość i fachowość personelu oraz system e-rejestracji. Najniżej oceniany był m.in. czas oczekiwania na połączenie telefoniczne z rejestracją, dostępność terminów wizyt oraz warunki w poczekalni (w tym dostępność do toalet).

W przypadku ankiet dotyczących Stacji Dializ najwyżej oceniono pracę personelu pielęgniarskiego natomiast największe zastrzeżenia pacjentów dotyczyły czasu oczekiwania na transport po zabiegu dializy oraz warunków i wyposażenia sali dializ.

W przypadku ankiet dotyczących monitorowania i skuteczności leczenia bólu w Klinicznym Oddziale Urologii i Onkologii Urologicznej, około 90 % (najmniej 86% w jednym, najwięcej – 93% w trzech obszarach) uzyskanych odpowiedzi wskazywało na zadowolenie pacjentów zarówno ze sposobu udzielania informacji dotyczących skuteczności metod łagodzenia bólu po zabiegu operacyjnym lub w trakcie hospitalizacji oraz o systematycznym monitorowaniu bólu, jak też skuteczności leczenia bólu w Oddziale.

W 2020 roku termin przeprowadzenia badania ankiet satysfakcji w Szpitalu obejmował okres od 01.09 do 30.11.2020 r. Do czasu przeprowadzenia czynności kontrolnych nie opracowano wyników analizy ankiet satysfakcji za 2020 rok.

Wzory ankiety oraz analizy wyników ankiet stanowią akta kontroli.

[Dowód: akta kontroli str. 905-1101]

8. Finansowanie udzielanych świadczeń.

Szpital na dzień rozpoczęcia kontroli realizował świadczenia zdrowotne w poszczególnych komórkach organizacyjnych w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. Realizacja świadczeń i czas oczekiwania na udzielenie świadczenia wg. stanu na dzień 30.11.2020 r. zostały szczegółowo przedstawione w poniższej tabeli.

REALIZACJA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH						
L.P.	KOMÓRKA DZIAŁALNOŚCI MEDYCZNEJ	W RAMACH RYCZAŁTU NFZ	W RAMACH KONTRAKTU Z NFZ	INNE ŹRÓDŁA FINANSOWANIA - JAKIE (W TYM PROGRAMY ZDROWOTNE, PROGRAMY UNIJNE, INNE)	KOMÓRKA NIE REALIZUJE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH	UWAGI
1	2	3	4	5	6	10
1	Oddział Chorób Wewnętrznych	x				
2	Oddział Diabetologii i Chorób Metabolicznych z Pododdziałem Stopy Cukrzycowej	x				
3	Poradnia Diabetologiczna (cukrzycowa) i Leczenia Zespołu Stopy Cukrzycowej	x				
4	Oddział Gastroenterologii i Onkologii Przewodu Pokarmowego	x	x			
4	Oddział Gastroenterologii i Onkologii Przewodu Pokarmowego		x			
5	Poradnia Gastroenterologiczna	x	x			
6	Poradnia Hepatologiczna	x	x			
7	Pracownia Endoskopii Przewodu Pokarmowego		x			
7	Pracownia Endoskopii Przewodu Pokarmowego		x			
8	Oddział Nefrologii	x				
9	Poradnia Nefrologiczna	x	x			
10	Stacja Dializ		x			
10	Stacja Dializ		x			
11	Oddział Neurologii / Pododdział Udarowy	x				
12	Poradnia Neurologiczna		x			do 28.02.2020 r. poradnia posiadała kontrakt z NFZ w ramach ryczałtu PSZ
13	Oddział Pulmonologii Nowotworów Płuc i Mukowicydozy	x	x			
14	Poradnia Pulmonologiczna	x	x			
15	Zespół Domowego Leczenia Tlenem	x				
16	Oddział Reumatologii	x				
16	Oddział Reumatologii		x			jedna (wspólna) kolejka oczekujących do programu lekowego z dwóch miejsc realizacji
17	Poradnia Reumatologiczna	x				
17	Poradnia Reumatologiczna		x			jedna (wspólna) kolejka oczekujących do programu lekowego z dwóch miejsc realizacji
17	Poradnia Reumatologiczna		x			
17	Poradnia Reumatologiczna		x			
18	Kliniczny Oddział Chirurgii Ogólnej, Kolorektalnej i Urazów Wielonarządowych	x	x			
18	Kliniczny Oddział Chirurgii Ogólnej, Kolorektalnej i Urazów Wielonarządowych	x				oddział zobowiązany jest prowadzić odrębną kolejkę do operacji przepukliny pachwinowej
19	Poradnia Chirurgii Ogólnej	x	x			
20	Poradnia Proktologiczna	x	x			
21	Poradnia Żywnościowa	x				
21	Poradnia Żywnościowa	x				
22	Oddział Chirurgii Naczyń	x				
22	Oddział Chirurgii Naczyń	x				oddział zobowiązany jest prowadzić odrębną kolejkę do operacji usunięcia zylaków kończyny dolnej

23	Poradnia Chirurgii Naczyń	x				
24	Oddział Chirurgii Plastycznej	x	x			
25	Poradnia Chirurgii Plastycznej i Rekonstrukcyjnej	x				
26	Kliniczny Oddział Neurochirurgiczny	x	x			
26	Kliniczny Oddział Neurochirurgiczny	x				oddział zobowiązany jest prowadzić odrębną kolejkę do procedury implantacji neurostymulatora mózgu
26	Kliniczny Oddział Neurochirurgiczny	x				oddział zobowiązany jest prowadzić odrębną kolejkę do procedury leczenia z zastosowaniem pompy baklofenowej
27	Poradnia Neurochirurgiczna	x	x			
28	Kliniczny Oddział Chirurgii Ortopedyczno-Urazowej, Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej	x	x			
28	Kliniczny Oddział Chirurgii Ortopedyczno-Urazowej, Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej	x				oddział zobowiązany jest prowadzić odrębną kolejkę do procedury
28	Kliniczny Oddział Chirurgii Ortopedyczno-Urazowej, Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej	x				oddział zobowiązany jest prowadzić odrębną kolejkę do procedury
28	Kliniczny Oddział Chirurgii Ortopedyczno-Urazowej, Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej	x				oddział zobowiązany jest prowadzić odrębną kolejkę do procedury
28	Kliniczny Oddział Chirurgii Ortopedyczno-Urazowej, Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej	x				oddział zobowiązany jest prowadzić odrębną kolejkę do procedury
28	Kliniczny Oddział Chirurgii Ortopedyczno-Urazowej, Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej	x				oddział zobowiązany jest prowadzić odrębną kolejkę do procedury
28	Kliniczny Oddział Chirurgii Ortopedyczno-Urazowej, Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej	x				oddział zobowiązany jest prowadzić odrębną kolejkę do procedury
28	Kliniczny Oddział Chirurgii Ortopedyczno-Urazowej, Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej		x			oddział zobowiązany jest prowadzić odrębną kolejkę do procedury
28	Kliniczny Oddział Chirurgii Ortopedyczno-Urazowej, Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej		x			oddział zobowiązany jest prowadzić odrębną kolejkę do procedury
28	Kliniczny Oddział Chirurgii Ortopedyczno-Urazowej, Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej		x			oddział zobowiązany jest prowadzić odrębną kolejkę do procedury
28	Kliniczny Oddział Chirurgii Ortopedyczno-Urazowej, Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej		x			oddział zobowiązany jest prowadzić odrębną kolejkę do procedury
29	Poradnia Urazowo-Ortopedyczna		x			do 28 02 2020 r. poradnia posiadała kontrakt z NFZ w ramach ryczałtu PSZ
30	Oddział Okulistyczny z Zespołem Zabiegowym i Pododdziałem Chirurgii Refrakcyjnej	x	x			
30	Oddział Okulistyczny z Zespołem Zabiegowym i Pododdziałem Chirurgii Refrakcyjnej	x				oddział zobowiązany jest prowadzić odrębną kolejkę do procedury
30	Oddział Okulistyczny z Zespołem Zabiegowym i Pododdziałem Chirurgii Refrakcyjnej	x				oddział zobowiązany jest prowadzić odrębną kolejkę do procedury
30	Oddział Okulistyczny z Zespołem Zabiegowym i Pododdziałem Chirurgii Refrakcyjnej	x				oddział zobowiązany jest prowadzić odrębną kolejkę do procedury
30	Oddział Okulistyczny z Zespołem Zabiegowym i Pododdziałem Chirurgii Refrakcyjnej		x			oddział zobowiązany jest prowadzić odrębną kolejkę do procedury
31	Oddział Okulistyki Dziecięcej	x	x			świadczenia zakontraktowane w ramach Oddziału Okulistycznego z Zespołem Zabiegowym i Pododdziałem Chirurgii Refrakcyjnej
32	Poradnia Okulistyczna	x				
32	Poradnia Okulistyczna		x			

c. 102

33	Oddział Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej	x	x		
33	Oddział Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej	x			oddział zobowiązany jest prowadzić odrębną kolejkę do procedury
33	Oddział Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej				oddział zobowiązany jest prowadzić odrębną kolejkę do procedury
34	Poradnia Otolaryngologiczna	x	x		
35	Oddział Chirurgii Szczękowo-Twarzowej	x	x		
36	Poradnia Chirurgii Szczękowej i Stomatologicznej	x	x		
37	Kliniczny Oddział Urologii i Onkologii Urologicznej	x	x		
37	Kliniczny Oddział Urologii i Onkologii Urologicznej	x			oddział zobowiązany jest prowadzić odrębną kolejkę do procedury
38	Poradnia Urologiczna	x	x		
39	Oddział Kardiologii Ogólnej z Pododdziałem Kardiologii	x	x		
39	Oddział Kardiologii Ogólnej z Pododdziałem Kardiologii	x			oddział zobowiązany jest prowadzić odrębną kolejkę do procedury
39	Oddział Kardiologii Ogólnej z Pododdziałem Kardiologii	x			oddział zobowiązany jest prowadzić odrębną kolejkę do procedury
39	Oddział Kardiologii Ogólnej z Pododdziałem Kardiologii	x			oddział zobowiązany jest prowadzić odrębną kolejkę do procedury
39	Oddział Kardiologii Ogólnej z Pododdziałem Kardiologii	x			oddział zobowiązany jest prowadzić odrębną kolejkę do procedury
39	Oddział Kardiologii Ogólnej z Pododdziałem Kardiologii		x		świadczenie kompleksowe zakontraktowane w Oddziale Kardiologii Ogólnej z Pododdziałem Kardiologii, realizowane w 4 komórkach organizacyjnych: Oddziale Kardiologii Ogólnej, Poradni Kardiologicznej, Oddziale Rehabilitacji Kardiologicznej oraz w Ośrodku Oddziale Dziennym Rehabilitacji Kardiologicznej
40	Oddział Intensywnej Opieki Kardiologicznej	x	x		świadczenia zakontraktowane w ramach Oddziału Kardiologii Ogólnej z Pododdziałem Kardiologii
41	Poradnia Kardiologiczna i Zaburzeń Rytmu Serca		x		do 28.02.2020 r. poradnia posiadała kontrakt z NFZ w ramach ryczałtu PSZ
42	Kliniczny Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	x			
43	Szpitalny Oddział Ratunkowy		x		
44	Oddział Onkologii Klinicznej/Chemioterapii		x		do chemioterapii prowadzona jest jedna (wspólna) kolejka oczekujących
44	Oddział Onkologii Klinicznej/Chemioterapii		x		do chemioterapii prowadzona jest jedna (wspólna) kolejka oczekujących
44	Oddział Onkologii Klinicznej/Chemioterapii		x		do chemioterapii prowadzona jest jedna (wspólna) kolejka oczekujących
45	Poradnia Onkologiczna	x	x		
45	Poradnia Onkologiczna		x		
46	Poradnia Alergologiczna		x		
47	Oddział Toksykologii		x		
48	Poradnia Rehabilitacji Medycznej		x		
49	Dział (pracownia) fizjoterapii		x		
49	Dział (pracownia) fizjoterapii		x		
50	Oddział Rehabilitacji Medycznej		x		
51	Oddział Rehabilitacji Neurologicznej		x		
52	Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej		x		
53	Ośrodek Rehabilitacji Kardiologicznej Diennej		x		
54	Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej		x		
55	Poradnia Medycyny Pracy				działalność poradni poza kontraktem z NFZ - świadczenia na rzecz pracowników szpitala
56	Poradnia Leczenia Bólu				brak kontraktu z NFZ
57	Poradnia Dermatologiczna - konsultacyjna				brak kontraktu z NFZ

58	Poradnia Ginekologiczna - konsultacyjna					brak kontraktu z NFZ, konsultacje wewnętrzne
59	Poradnia Endokrynologiczna - konsultacyjna					brak kontraktu z NFZ, konsultacje wewnętrzne
60	Poradnia Anestezjologiczna - konsultacyjna					brak kontraktu z NFZ, konsultacje wewnętrzne
61	Poradnia Okulistyczna dla Dzieci	x	x			brak odrębnego kontraktu z NFZ- świadczenia realizowane w ramach Poradni Okulistycznej
62	Poradnia Urazowo-Ortopedyczna dla Dzieci	x	x			brak odrębnego kontraktu z NFZ- świadczenia realizowane w ramach Poradni Urazowo - Ortopedycznej
63	Poradnia Wad Serca	x				brak odrębnego kontraktu z NFZ (świadczenia realizowane w ramach Poradni Kardiologicznej)
64	Poradnia Nadciśnienia Tętniczego	x				brak odrębnego kontraktu z NFZ (świadczenia realizowane w ramach Poradni Kardiologicznej)
65	Poradnia Stomatologiczna				x	brak kontraktu z NFZ
66	Poradnia Chorób Metabolicznych				x	brak kontraktu z NFZ
67	Poradnia Medycyny Sportowej				x	brak kontraktu z NFZ
68	Poradnia Chorób Naczyń				x	brak kontraktu z NFZ - utworzona dla potrzeb postępowania konkursowego, Poradnia ta była świadczeniem rankingującym ofertę dla zakresu Chirurgia Naczyń - II poziom referencyjny
69	Poradnia Chorób Wewnętrznych				x	brak kontraktu z NFZ - postępowanie konkursowe wstrzymane przez NFZ w 2020 r. (COVID-19)
70	Zespół Psychologów	x	x			komórka działalności pomocniczej wspomagająca komórki realizujące kontrakt z NFZ
71	Ośrodek Rehabilitacji Diennej				x	brak kontraktu z NFZ

Tabela nr 6- Realizacja świadczeń zdrowotnych wg. stanu na dzień 30.11.2020 r.

Wyżej wymienione świadczenia realizowane są na podstawie umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia. Poniższa tabela zawiera szczegółowe dane o umowach z Narodowym Funduszem Zdrowia obowiązujących w dniu rozpoczęcia kontroli w Szpitalu.

L.P.	KOD UMOWY	RODZAJ ŚWIADCZENIA (nazwa)	KWOTA (zł)	OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY
1	2	3	4	5
1	125/100468/11/2020	Świadczenia zdrowotne odrębnie kontraktowane	5 334 422,40	01-01-2020 do 31-12-2020
2	125/100468/05/2020	Rehabilitacja lecznicza	2 129 967,86	01-01-2020 do 31-12-2020
3	125/100468/03/1/2020	Leczenie szpitalne	4 767 832,57	01-01-2020 do 31-12-2020
4	125/100468/03/5/2020	Leczenie szpitalne	238 702,00	01-01-2020 do 31-12-2020
5	125/100468/03/8/2020	Leczenie szpitalne	201 207 032,40	01-01-2020 do 31-12-2020
6	125/100468/19/1/2020	Zapobieganie, przeciwdziałanie i zwalczanie COVID-19	0,00	08-04-2020 - bezterminowo
7	125/100468/19/2/2020	Zapobieganie, przeciwdziałanie i zwalczanie COVID-19	0,00	29-05-2020 - bezterminowo
8	125/100468/19/1/2020/2	Zapobieganie, przeciwdziałanie i zwalczanie COVID-19	0,00	01-07-2020 - bezterminowo
9	125/100468/19/3/2020	Zapobieganie, przeciwdziałanie i zwalczanie COVID-19	0,00	01-08-2020 - bezterminowo
10	CRU w WSS5 w Sosnowcu 17474/FZ/2020	Zapobieganie, przeciwdziałanie i zwalczanie COVID-19	0,00	01-10-2020 - bezterminowo

11	125/100468 - LAB	Zapobieganie, przeciwdziałanie i zwalczanie COVID-19	0,00	01-11-2020 - bezterminowo
12	125/100468 - RTM - IP	Zapobieganie, przeciwdziałanie i zwalczanie COVID-19	0,00	01-11-2020 - bezterminowo

Tabela nr 7- umowy realizowane przez Szpital w ramach finansowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

[Dowód: akta kontroli str. 1102-1113]

9. Certyfikaty jakości.

Szpital posiada Certyfikat akredytacyjny Ministerstwa Zdrowia, a także jest objęty systemem zarządzania jakością zgodną z normą ISO. Szczegółowe informacje o posiadanych przez Szpital certyfikatach jakości zawarte zostały w poniższej tabeli:

L.P.	DOTYCZY (KOMÓRKA ORGANIZACYJNA/ JEDNOSTKA/ ITP.)	RODZAJ CERTYFIKATU	DATA PRYZNANIA CERTYFIKATU	DATA WAŻNOŚCI CERTYFIKATU	UWAGI
1	2	3	4	5	6
1	cały Szpital	ISO 9001:2015	2018-06-11	2021-06-10	
2	cały Szpital	ISO 14001:2015	2018-06-11	2021-06-10	
3	cały Szpital	ISO PN-N-18001:2004	2019-12-30	2021-03-31	Skrócony okres obowiązywania certyfikatu wynika z opublikowanego przez PCA komunikatu nr 304 z dnia 04.11.2019 "Akredytowane certyfikaty wydane wg PN-N-18001:2004 / BS OHSAS 18001:2007 tracą ważność z dniem 12.03.2021 r."
4	cały Szpital	DIN EN ISO/IEC 27001:2017	2020-07-30	2023-07-12	
5	lecznictwo szpitalne	Certyfikat Akredytacyjny	2018-09-03	2021-09-02	

Tabela nr 8- certyfikaty jakości posiadane przez Szpital.

[Dowód: akta kontroli str. 1115-1120]

10. Kontrola zawieranych umów.

W związku z faktem, iż Szpital pozyskuje zewnętrzne usługi medyczne i niemedyce 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 Szpital kontroluje realizację zawieranych umów co najmniej w zakresie rzeczowo-ilościowym i formalno-rachunkowym. Faktury/rachunki wystawiane przez kontrahentów są weryfikowane pod względem merytorycznym przez kierowników komórek organizacyjnych Szpitala, na zlecenie których zostały wykonane świadczenia przez podwykonawców. Wskazać należy iż nie wszystkie umowy na świadczenia zdrowotne zlecane podmiotom zewnętrznym zawierają zapis o przyjęciu przez przyjmującego zamówienie obowiązku poddania się kontroli przeprowadzanej przez udzielającego zamówienia (wymóg określony w treści art. 27 ust. 4 pkt 4 ustawy o działalności leczniczej). Pracownicy Szpitala kontrolują również realizację umów na świadczenia pozamedyczne – pranie oraz żywienie pacjentów. W poniższej tabeli zawarto szczegółowe informacje dotyczące kontroli zawieranych przez Szpital umów.

L.P.	RODZAJ DZIAŁALNOŚCI ZLECANY PODMIOTOM ZEWNĘTRZNYM	CZY AKTUALNE UMOWY REGULUJĄ KWESTIE ZWIĄZANE Z KONTROLĄ ŚWIADCZONYCH USŁUG	ZAKRES UPRAWNIENI KONTROLNYCH PODMIOTU LECZNICZEGO OBJĘTY UMOWĄ	OPIS DZIAŁAŃ KONTROLNYCH WOBEC PODMIOTU ZEWNĘTRZNEGO REALIZUJĄCEGO UMOWĘ (jeśli są podejmowane)
1	2	3	4	6
1	ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE (wymienić jakie)*:			
a	badania urodynamiczne oraz USG	tylko zapis o kontroli NFZ	brak	pod względem merytorycznym, rzeczowo-ilościowym oraz formalnorachunkowym wystawianych faktur
b	konsultacje dermatologiczne i badania dermatoskopowe	tylko zapis o kontroli NFZ	brak	pod względem merytorycznym, rzeczowo-ilościowym oraz formalnorachunkowym wystawianych faktur
c	udział specjalisty w Wielodyscyplinarnym Zespole Terapeutycznym	tylko zapis o kontroli NFZ	brak	pod względem merytorycznym, rzeczowo-ilościowym oraz formalnorachunkowym wystawianych faktur
d	prace protetyczne	tak	w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych i ich jakości, prowadzenia dokumentacji medycznej i sprawozdawczości	pod względem merytorycznym, rzeczowo-ilościowym oraz formalnorachunkowym wystawianych faktur
e	konsultacje ginekologiczno-położnicze	tylko zapis o kontroli NFZ	brak	pod względem merytorycznym, rzeczowo-ilościowym oraz formalnorachunkowym wystawianych faktur
f	udział lekarza specjalisty w konsylium onkologicznym	tak	w zakresie sposobu i terminowości udzielania świadczeń, gospodarowania użytkowaniem sprzętem i aparaturą medyczną, wyrobami medycznymi, produktami leczniczymi, zalecanych badań diagnostycznych, właściwego prowadzenia dokumentacji medycznej i sprawozdawczości, należytej realizacji przedmiotu umowy	pod względem merytorycznym, rzeczowo-ilościowym oraz formalnorachunkowym wystawianych faktur
g	badania genetyczne	tak	brak uszczegółowionego zakresu kontroli	pod względem merytorycznym, rzeczowo-ilościowym oraz formalnorachunkowym wystawianych faktur
h	badania konsultacyjne immunohematologiczne	tak	W zakresie sposobu wypełniania postanowień umowy związanych z RODO	pod względem merytorycznym, rzeczowo-ilościowym oraz formalnorachunkowym wystawianych faktur
i	konsultacje hematologiczne	tylko zapis o kontroli NFZ	brak	pod względem merytorycznym, rzeczowo-ilościowym oraz formalnorachunkowym wystawianych faktur
j	biopsje	tak	w zakresie sposobu udzielania świadczeń, prowadzenia dokumentacji i sprawozdawczości	pod względem merytorycznym, rzeczowo-ilościowym oraz formalnorachunkowym wystawianych faktur
1.1.	dyżury lekarskie	tak	w zakresie sposobu i terminowości udzielania świadczeń zdrowotnych i ich jakości, gospodarowania użytkowaniem sprzętem, aparaturą medyczną, wyrobami medycznymi, produktami leczniczymi oraz innymi środkami niezbędnymi do udzielania świadczeń zdrowotnych, właściwego prowadzenia dokumentacji medycznej	bieżąca kontrola udzielania świadczeń i prowadzenia dokumentacji medycznej, kontrola pod względem merytorycznym, rzeczowo-ilościowym oraz formalno-rachunkowym wystawianych faktur

9-101

1.2.	dyżury pielęgniarskie	tak	w zakresie sposobu i terminowości udzielania świadczeń zdrowotnych i ich jakości, gospodarowania użytkowanymi sprzętem, aparaturą medyczną, wyrobami medycznymi, produktami leczniczymi oraz innymi środkami niezbędnymi do udzielania świadczeń zdrowotnych, zlecanych badań diagnostycznych, właściwego prowadzenia dokumentacji medycznej i sprawozdawczości	bieżąca kontrola udzielania świadczeń, kontrola stanu sanitarno-epidemiologicznego, kontrola prawidłowości prowadzenia dokumentacji medycznej, pod względem merytorycznym, rzeczowo-ilościowym oraz formalno-rachunkowy, wystawianych faktur
1.3.	badania laboratoryjne	tak	w zakresie sposobu wykonywania przedmiotu umowy, prowadzenia dokumentacji medycznej i sprawozdawczej	pod względem merytorycznym, rzeczowo-ilościowym oraz formalnorachunkowym wystawianych faktur
1.4.	badania diagnostyczne pozostałe	tak	w zakresie sposobu udzielania świadczeń i ich jakości, gospodarowania dzierżawionym sprzętem medycznym oraz stanem sanitarno-epidemiologicznym, zalecanych badań diagnostycznych, prowadzenia dokumentacji medycznej i sprawozdawczości	pod względem merytorycznym, rzeczowo-ilościowym oraz formalnorachunkowym wystawianych faktur
2	ZYWIENIE PACJENTÓW	tak	w zakresie przestrzegania przepisów norm i zasad sanitarno-epidemiologicznych przy przygotowywaniu, dostarczaniu, posiłków, myciu i dezynfekcji naczyń oraz utylizacji odpadów; przestrzegania diet, normatywnych wartości energetycznych, wartości odżywczych, smakowych oraz sezonowości i gramatury; przestrzegania harmonogramów wydawania posiłków oraz jadłospisów; wgląd do protokołów kontroli służb sanitarno-epidemiologicznych; przebiegu procesu technologicznego przygotowania posiłków, mycia i dezynfekcji	zgodnie z 1/PZ 4/2011 wydanie III Procedura nadzoru nad prawidłowym realizowaniem usługi żywienia pacjentów świadczona przez firmę zewnętrzną miesięczne rozliczenia za należyte wykonanie usługi z podziałem na osobodni i poszczególne komórki organizacyjne
3	TRANSPORT SANITARNY	tylko zapis o kontroli NFZ	brak	pod względem merytorycznym, rzeczowo-ilościowym oraz formalno-rachunkowym wystawianych faktur
4	PRANIE	tak	Bieżąca realizacja Umowy kontrolowana jest poprzez system RFID-UHF na oddziałach oraz poprzez szafy Vendingowe na Blokach operacyjnych	zgodnie z 1/PH 12/2020 wydanie III Nadzór nad prawidłowym realizowaniem usługi pralniczej przez firmę zewnętrzną 2/PH 25/20214 wydanie VI procedura postępowania z bielizną w szpitalu, miesięczne rozliczenia za należyte wykonanie usługi z podziałem na asortyment i poszczególne komórki organizacyjne

Tabela nr 9 – Kontrola zawieranych umów

[Dowód: akta kontroli str. 1121-1122]

11. Zaplecze diagnostyczne.

Ze względu na zakres udzielanych świadczeń, podstawowym rodzajem używanej aparatury przez pracowników medycznych Szpitala są: respiratory (82 sztuki), aparaty EKG (około 22.000 wykonanych badań w pierwszych trzech kwartałach 2020 roku), USG oraz aparatura endoskopowa (odpowiednio ponad: 3 800 i 3 200 wykonanych badań). Szpital dysponuje także m.in. 20 aparatami do znieczulenia ogólnego, 17 stołami operacyjnymi, 12 aparatami RTG. Wyszczególnienie posiadanej aparatury i sprzętu wraz z okresem użytkowania, zostało przedstawione w poniżej tabeli.

102

L.P.	RODZAJ APARATURY I SPRZĘTU MEDYCZNEGO	LICZBA				OGÓLEM	LICZBA WYKONANYCH BADAŃ / ZABIEGÓW *
		OKRES UŻYTKOWANIA 0-3 LATA	OKRES UŻYTKOWANIA 4-8 LAT	OKRES UŻYTKOWANIA 9-11 LAT	OKRES UŻYTKOWANIA POWYŻEJ 12 LAT		
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Aparaty EKG	3	7	19	11	40	21948
2.	Aparaty EEG	0	0	0	1	1	130
3.	Aparaty EMG	0	0	0	1	1	160
4.	Aparaty RTG, w tym:	2	1	2	7	12	9698
4.1	- aparaty RTG z opcją naczyniową i obróbką cyfrową	1	0	0	0	1	808
4.2	- aparaty RTG z torem wizyjnym	0	0	2	4	6	4849
4.3	- pozostałe	1	1	0	3	5	4041
5.	Aparaty USG, w tym:	3	14	5	8	30	3842
5.1	- kardiologiczne	0	3	0	1	4	272
5.2	- pozostałe	3	11	5	7	26	3570
6.	Mammograf	0	1	0	0	1	34
7.	Tomograf komputerowy	0	1	0	1	2	4928
8.	Rezonans Magnetyczny	0	1	0	0	1	670
9.	Litotrypter	0	2	0	0	2	39
10.	Laseroterapia	2	0	0	3	5	4102
11.	Analizator biochemiczny wieloparametrowy	1	0	0	0	1	197571
12.	Respirator	33	9	17	23	82	0
13.	Aparat do znieczulenia ogólnego	0	7	5	8	20	4265
14.	Stoły operacyjne	0	2	5	10	17	4003
15.	Urządzenie angiograficzne, zestaw do badań naczyniowych	2	1	1	0	4	1388
16.	Aparatura endoskopowa, w tym:	7	12	5	3	27	3218
16.1	- gastroskop	3	1	3	0	7	1059
16.2	- kolonoskop	0	3	1	0	4	893
16.3	- bronchoskop	1	2	0	0	3	1009
16.4	- laparoskop	0	5	0	3	8	90
16.5	- pozostałe	3	1	1	0	5	167

* narastająco od początku roku

Tabela nr 10 – zaplecze diagnostyczne na dzień 30.09.2020 r.

Na podstawie powyższej tabeli stwierdzić można, iż największa liczba sprzętu i aparatury medycznej (30,89 %) będąca w posiadaniu Szpitala mieści się w okresie użytkowania powyżej 12 lat. 23,98% sprzętu i aparatury medycznej Szpital użytkuje od 9 do 11 lat, a 23,57% - od 4-8 lat. 21,54% zaplecza infrastrukturalnego Szpitala stanowi sprzęt użytkowany krócej niż 3 lata.

[Dowód: akta kontroli str. 1123-1124]

12. Koszty dostosowania podmiotu do wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą oraz koszty dostosowania do przepisów P/poż

Szpital w okresie objętym kontrolą prowadził działania zmierzające do spełnienia wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność medyczną, w zakresie ulepszenia budynku – Blok zabiegowy „B” KOIT. Łączny koszt działania realizowanego w okresie od 07.2019 r. do 05.2020 r. wyniósł 1 046 705, 40 zł. Przedmiotowe działania polegały na przeprowadzeniu remontu pomieszczeń II kondygnacji budynku B w tym: instalacji elektrycznych, instalacji sanitarnych, instalacji gazów medycznych, instalacji ppoż.

W okresie do końca 2021 roku Szpital planuje przebudowę i dostosowanie pomieszczeń Szpitalnego Oddziału Ratunkowego zgodnie z wymaganiami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27.06.2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego. Szacunkowy koszt realizacji inwestycji to 50.000 zł. Ponadto Szpital do końca 2021 roku planuje wykonanie remontu instalacji zbiornika głównego wody dla zabezpieczenia p.poż. Szacowany koszt inwestycji to 50 000 zł.

[Dowód: akta kontroli str. 1125]

13. Normy zatrudnienia pielęgniarek

W Szpitalu normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych nie są spełnione są w następujących komórkach organizacyjnych:

- Oddział Chorób Wewnętrznych (brakuje 3,6 etatu)
- Oddział Diabetologii i Chorób Metabolicznych z Pododdziałem Stopy Cukrzycowej (brakuje 0,2 etatu)
- Oddział Gastroenterologii i Onkologii Przewodu Pokarmowego (brakuje 1 etatu)
- Oddział Nefrologii (brakuje 0,8 etatu)
- Oddział Toksykologii (brakuje 2,3 etatu)
- Oddział Onkologii Klinicznej/Chemioterapii (brakuje 1 etatu)
- Oddział Rehabilitacji neurologicznej (brakuje 1 etatu)
- Oddział Okulistyki z Zespołem Zabiegowym i Pododdziałem Chirurgii Refrakcyjnej (brakuje 1,35 etatu)
- Oddział Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej (brakuje 0,025 etatu)
- Kliniczny Oddział Neurochirurgii (brakuje 4,5 etatu)
- Kliniczny Oddział Chirurgii Ogólnej, Kolorektalnej i Urazów Wielonarządowych /Pododdział Chirurgii Onkologicznej (brakuje 8,5 etatu)
- Oddział Chirurgii Naczyń (brakuje 1,5 etatu)
- Stacja Dializ (brakuje 0,25 etatu)

Dyrekcja Szpitala podejmuje działania mające na celu pozyskanie personelu medycznego do zatrudnienia. Prowadzona jest bieżąca rekrutacja w grupie zawodowej pielęgniarek. Umieszczane są ogłoszenia ofert pracy na stronie internetowej Szpitala, w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Katowicach a także ogłaszane są konkursy w zakresie świadczeń usług pielęgniarskich w oddziałach Szpitala. Efektem podjętych działań jest zatrudnienie od dnia 15 grudnia 2020 r. jednej pielęgniarki w Oddziale Onkologii Klinicznej/Chemioterapii na umowę zlecenie w wymiarze 0,75 etatu.

Szczegółowe informacje dotyczące spełniania w Szpitalu na dzień rozpoczęcia kontroli norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych prezentuje poniższa tabela.

KOMÓRKI	ZATRUDNIENIE WG STANU NA DZIEŃ 01.12.2020 r. (w etatach)	OBOWIĄZUJĄCA NORMA W PRZELICZENIU NA LICZBĘ ŁÓŻEK	WSKAŹNIK ZATRUDNIENIA W PRZELICZENIU NA LICZBĘ ŁÓŻEK	LICZBA BRAKUJĄCYCH ETATÓW	PRZYCZYNY BRAKU SPEŁNIENIA NORM
1	2	3	4	5	6
1. Oddział Chorób Wewnętrznych	21	24,6	0,6	3,6	wypowiedzenia z tytułu uzyskania świadczenia emerytalnego lub z powodu zmiany pracodawcy,
2. Oddział Diabetologii i chorób metabolicznych z Pododdziałem stopy cukrzycowej	13	13,2	0,6	0,2	wypowiedzenia z powodu zmiany pracodawcy
3. Oddział Gastroenterologii i onkologii przewodu pokarmowego	17	18	0,6	1	wypowiedzenia z powodu zmiany pracodawcy
4. Oddział Nefrologii	16	16,8	0,6	0,8	wypowiedzenia z tytułu uzyskania świadczenia emerytalnego
5. Oddział Reumatologii	11	10,8	0,6	0	
6. Oddział Neurologii a) Pododdział Udarowy	26,75	26,5	0,6	0	
7. Oddział Kardiologii Ogólnej z Pododdziałem Kardiologii / Oddział Intensywnej Opieki Kardiologicznej	46,55	35,1	0,6	0	
8. Oddział Pulmonologii, Nowotworów Płuc i Mukowiscydozy/ Pracownia Bronchoskopii /Zespół Domowego Leczenia Tlenem	15,75	12	0,6	0	
9. Oddział Toksykologii	14	16,3	0,6	2,3	wypowiedzenia z tytułu uzyskania świadczenia emerytalnego
10. Oddział Onkologii Klinicznej/ Chemioterapii	14	15	0,6	1	wypowiedzenie z powodu zmiany pracodawcy
11. Oddział Rehabilitacji Medycznej	6	6	nie dotyczy	0	
12. Oddział Rehabilitacji Neurologicznej	11	12	nie dotyczy	1	wypowiedzenie z tytułu uzyskania świadczenia emerytalnego
13. Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej	15	10	nie dotyczy	0	
14. Kliniczny Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	38,75	38	2,22	0	
15. Szpitalny Oddział Ratunkowy	30,25	27	nie dotyczy	0	
1. Oddział Okulistyki z Zespołem Zabiegowym i Pododdziałem Chirurgii Refrakcyjnej	21,85	19,6	0,7	1,35	
2. Oddział Okulistyki dziecięcej		3,6	0,9		
3. Oddział Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej	8,375	8,4	0,7	0,025	
4. Oddział Chirurgii Szczękowej	7	7	0,7	0	
5. Kliniczny Oddział Neurochirurgii	30,5	35	0,7	4,5	wypowiedzenia z tytułu uzyskania świadczenia emerytalnego lub z powodu zmiany pracodawcy
6. Kliniczny Oddział Chirurgii Ogólnej, Kolorektalnej i Urazów Wielonarządowych / Pododdział Chirurgii Onkologicznej	37	45,5	0,7	8,5	wypowiedzenia z powodu zmiany pracodawcy
7. Oddział Chirurgii Naczyń	16	17,5	0,7	1,5	wypowiedzenia z powodu zmiany pracodawcy
8. Oddział Chirurgii Plastycznej	8,5	8,4	0,7	0	
9. Kliniczny Oddział Chirurgii Ortopedyczno-Urazowej, Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej	24	23,8	0,7	0	
10. Kliniczny Oddział Urologii i Onkologii Urologicznej	18	17,5	0,7	0	
11. Stacja Dializ	17,75	18	1 pielęgniarka na 5 stanowisk dializacyjnych	0,25	wypowiedzenie z powodu zmiany pracodawcy

Tabela nr 11 – Normy zatrudnienia pielęgniarek

[Dowód: akta kontroli str. 1126-1131]

14. Funkcjonowanie systemu kontroli / oceny zakażeń.

W Szpitalu funkcjonuje Procedura pn. „Monitorowanie i rejestracja zakażeń szpitalnych, czynników alarmowych oraz czynników ryzyka wystąpienia cech infekcji lub zastosowania antybiotyku”. Powołany w podmiocie został zarówno Komitet Kontroli Zakażeń Szpitalnych, jak też Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych, zgodnie z wymogami przepisów ustawy z dnia 5 grudnia 2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Członkowie Zespołu i Komitetu odbywają cykliczne spotkania (Zespół – raz na kwartał lub częściej w razie potrzeby, Komitet - w zależności od potrzeb). Z informacji uzyskanych ze Szpitala wynika, iż w podmiocie prowadzi się wewnętrzne szkolenia personelu w obszarze zakażeń (zgodnie z planem szkoleń, każdorazowo przy przyjęciu pracownika do pracy w Szpitalu, a także w zależności od potrzeb wynikających z sytuacji epidemiologicznej), jak również szkolenia zewnętrzne. W 2019 roku odbyły się dwa szkolenia z udziałem wykładowców zewnętrznych oraz cykliczne z zakresu „Higiena rąk”. W 2020 roku z uwagi na sytuację epidemiczną, nie prowadzono szkoleń zewnętrznych w Szpitalu.

W okresie objętym kontrolą, tj. od 2019r. – do dnia rozpoczęcia kontroli, liczba zakażeń szpitalnych w Szpitalu maleje i kształtuje się następująco:

1	LICZBA ZAKAŻEŃ SZPITALNYCH W ROKU 2019	286
1.1.	Kliniczny Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	59
1.2.	Kliniczny Oddział Chirurgii Ortopedyczno- Urazowej, Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej	2
1.3.	Kliniczny Oddział Neurochirurgiczny	12
1.4.	Oddział Chirurgii Naczyń	14
1.5.	Kliniczny Oddział Chirurgii Ogólnej, Kolorektalnej i Urazów Wielonarządowych	40
1.6.	Oddział Chorób Wewnętrznych	17
1.7.	Oddział Gastroenterologii i Onkologii Przewodu Pokarmowego	2
1.8.	Oddział Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej	1
1.9.	Oddział Nefrologii	41
1.10.	Oddział Neurologii a) pododdział Udarowy	58
1.11.	Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej	9
1.12.	Oddział Reumatologii	2
1.13.	Oddział Diabetologii i Chorób Metabolicznych z Pododdziałem Stopy Cukrzycowej	26
1.14.	Oddział Toksykologii	3
2	LICZBA ZAKAŻEŃ SZPITALNYCH W ROKU 2020 (NA DZIEŃ ROZPOCZĘCIA KONTROLI)	205
2.1.	Kliniczny Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	158
2.2.	Kliniczny Oddział Chirurgii Ortopedyczno- Urazowej, Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej	3
2.3.	Kliniczny Oddział Neurochirurgiczny	1
2.4.	Oddział Chirurgii Naczyń	4
2.5.	Kliniczny Oddział Chirurgii Ogólnej, Kolorektalnej i Urazów Wielonarządowych	1
2.6.	Oddział Nefrologii	8
2.7.	Oddział Neurologii a) pododdział Udarowy	8
2.8.	Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej	7
2.9.	Oddział Reumatologii	2
2.10.	Oddział Diabetologii i Chorób Metabolicznych z Pododdziałem Stopy Cukrzycowej	1
2.11.	Oddział Toksykologii	12

Tabela nr 12 – Zakażenia w komórkach szpitalnych

[Dowód: akta kontroli str. 1132-1266]

512

15. Braki kadrowe.

Na dzień kontroli w Szpitalu występują braki kadrowe w grupie personelu – pielęgniarki (26,025 brakującego etatu).

Braki dotyczą personelu w: Oddziale Chorób Wewnętrznych, Oddziale Diabetologii i Chorób Metabolicznych z Pododdziałem Stopy Cukrzycowej, Oddziale Gastroenterologii i Onkologii Przewodu Pokarmowego, Oddziale Nefrologii, Oddziale Toksykologii, Oddziale Onkologii Klinicznej/ Chemioterapii, Oddziale Okulistyki z Zespołem Zabiegowym i Pododdziałem Chirurgii Refrakcyjnej, Oddziale Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej, Klinicznym Oddziale Neurochirurgii, Klinicznym Oddziale Chirurgii Ogólnej, Kolorektalnej i Urazów Wielonarządowych / Pododdziale Chirurgii Onkologicznej, Oddziale Chirurgii Naczyń, Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej oraz Stacji Dializ.

Dyrekcja Szpitala podejmuje działania w kierunku pozyskania brakującej kadry medycznej – prowadzona jest bieżąca rekrutacja pielęgniarek, ogłaszane są postępowania konkursowe w zakresie świadczenia usług pielęgniarskich w komórkach Szpitala a także umieszczane są ogłoszenia ofert pracy na stronie internetowej Szpitala oraz w OIPiP w Katowicach.

[Dowód: akta kontroli str. 1267]

B. Stwierdzone nieprawidłowości oraz przyczyny, zakres i skutki stwierdzonych nieprawidłowości:

- 1) brak umieszczenia w treści umów na świadczenia zdrowotne: Nr 15598/ŚW/2019 z dnia 31.05.2019 r., Nr 43/ZP-IMM/19 z dnia 30.10.2019 r. oraz Nr 16919/ŚW/2020 z dnia 17.04.2020r. zapisów wskazanych w art. 27 ustawy o działalności leczniczej, tj:
 - wskazania minimalnej liczby osób udzielających świadczeń zdrowotnych
 - a ponadto w treści umowy Nr 43/ZP-IMM/19 z dnia 30.10.2019 r.:
 - określenia sposobu organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych - dni i godzin udzielania świadczeń zdrowotnych;
 - przyjęcia przez przyjmującego zamówienie obowiązku poddania się kontroli przeprowadzanej przez udzielającego zamówienia;
 - zobowiązania przyjmującego zamówienie do prowadzenia określonej sprawozdawczości statystycznej;
- 2) zawarcie umowy Nr 43/ZP-IMM/19 z dnia 30.10.2019 r. bez przeprowadzenia postępowania konkursowego, tj. niezgodnie z trybem wskazanym w art. 26 ustawy o działalności leczniczej;
- 3) brak umieszczenia w treści umów na świadczenia zdrowotne: Nr 15598/ŚW/2019 z dnia 31.05.2019 r. oraz Nr 43/ZP-IMM/19 z dnia 30.10.2019 r. określenia szacunkowej wartości brutto zamówienia, zgodnie z obowiązkiem wynikającym z przepisów ustawy o finansach publicznych (art. 44 ust. 3 pkt. 3);
- 4) brak dokonania oszacowania wartości zamówienia (zgodnie z art. 26 a ustawy o działalności leczniczej) przed wszczęciem postępowania na świadczenia zdrowotne w zakresie udzielania specjalistycznych świadczeń zdrowotnych polegających na wykonywaniu badań laboratoryjnych w zakresie badań histopatologicznych, genetycznych i cytologicznych przez okres 24 miesięcy (umowa Nr 16919/ŚW/2020 z dnia 17.04.2020 r.);
- 5) 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;
- 6) brak przeprowadzenia konkursu na stanowisko naczelniej pielęgniarki oraz stanowiska pielęgniarek oddziałowych w poszczególnych oddziałach, zgodnie z art. 49 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.

Przyczyny nieprawidłowości:

- niedochowanie należytej staranności w zakresie stosowania zapisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej dotyczących zawierania umów na świadczenia zdrowotne;
- niedochowanie należytej staranności w zakresie stosowania zapisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 roku o finansach publicznych poprzez brak określenia maksymalnej wysokości zobowiązania wynikającego z zawartych umów na świadczenia zdrowotne;
- brak należytego nadzoru nad wykonywaniem czynności 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.);
- brak należytego nadzoru nad wykonaniem czynności w zakresie spełnienia wymogów ustawowych dotyczących przeprowadzenia postępowań konkursowych na stanowiska: naczelniej pielęgniarki oraz pielęgniarek oddziałowych, zgodnie z zapisami art. 49 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.

Skutki nieprawidłowości:

- naruszenie art. 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej;
- naruszenie art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej;
- naruszenie art. 44 ust. 3 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 roku o finansach publicznych;
- naruszenie art. 26a ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej;
- 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;
- naruszenie zapisów art. 49 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.

C: Ocena cząstkowa: pozytywna z nieprawidłowościami

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

IV. Prawidłowość gospodarowania mieniem.

A. Ustalenia faktyczne

W zakresie prawidłowości gospodarowania mieniem kontrolą objęto niżej wymienioną aparaturę i sprzęt medyczny:

1. Nabycie sprzętu i aparatury medycznej.

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

- a) Aparat RTG przenośny - przyłóżkowy (Kliniczny Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii) o wartości 198 722,16 zł:
 - zakup został ujęty w planie inwestycyjnym na 2019 r., który został pozytywnie zaopiniowany uchwałą nr 47/2018 Rady Społecznej Szpitala z dnia 18.12.2018 r.,
 - pozytywna opinia Rady Społecznej dotycząca zakupu wyrażona uchwałą nr 48/2018 z dnia 18 grudnia 2018 r.,
 - zakup sfinansowany z wykorzystaniem dotacji Województwa Śląskiego (197 450,00 zł) oraz ze środków własnych (1 272,16 zł) - zgoda podmiotu tworzącego na nabycie nie była wymagana,
 - zakup potwierdzony fakturą nr 1059155792 z dnia 23.09.2019 r. na kwotę 198 722,16 zł, termin płatności 02.12.2019 r., zapłacono 19.11.2019 r.
 - protokół przekazania/oddania do użytkowania z dnia 25.09.2019 r.,
 - dowód przyjęcia OTO – 00113/2019 z dnia 25.09.2019 r., numer inwentarzowy 015779.

S 704

- b) Wiertarka szybkoobrotowa MIDAS REX (Oddział Neurochirurgii) o wartości 81 102,60 zł:
- zakup został ujęty w planie inwestycyjnym na 2020 r., którego korekta została pozytywnie zaopiniowana uchwałą nr 4/2020 Rady Społecznej Szpitala z dnia 03.03.2020 r.
 - pozytywna opinia Rady Społecznej dotycząca zakupu wyrażona uchwałą nr 5/2020 z dnia 03.02.2020 r.,
 - zakup sfinansowany ze środków własnych (81 102,60 zł) – otrzymano zgodę podmiotu tworzącego,
 - zakup potwierdzony fakturą nr 1073112342 z dnia 08.04.2020 r. na kwotę 81 102,60 zł, termin płatności na fakturze - 07.06.2020 r., zapłacono 30.06.2020 r., jednakże, zgodnie z umową nr 4/PNE/SW/2020 z dnia 2020 r. na dostawę zestawu wiertarkowego szybkoobrotowego zapłata wynagrodzenia miała nastąpić w terminie do 60 dni kalendarzowych od dnia otrzymania prawidłowo wystawionej faktury VAT. Faktura wpłynęła do Szpitala – 03.06.2020 r. – zapłacono w terminie,
 - protokół przekazania/oddania do użytkowania z dnia 24.03.2020 r.,
 - dowód przyjęcia OTO – 00259/2020 z dnia 29.05.2020 r., numer inwentarzowy 016331.

2. Zbycie sprzętu i aparatury medycznej.

W ramach kontroli prawidłowości gospodarowania mieniem sprawdzono procedurę zbycia niżej wymienionej aparatury i sprzętu medycznego:

- a) Videogastroskop EG-2980K – nr inwentarzowy 001180; rok przyjęcia do użytkowania 2003; wartość początkowa 89 834,54, umorzenie 100%:
- orzeczenie techniczne z dnia 19.04.2018 r. – „Endoskop w obecnym stanie nie nadaje się do eksploatacji. Urządzenie nieszczelne”. Ze względu na wiek aparatu, rozległe uszkodzenia jak i wysoki koszt naprawy zalecono kasację urządzenia;
 - pozytywna opinia Rady Społecznej Szpitala wyrażona uchwałą nr 31/2018 z dnia 28 czerwca 2018 r.
 - protokół kasacyjny nr 2/ST/2019 z dnia 12.11.2019 r.,
 - dowód LT nr 45 zatwierdzony 12.11.2019 r.,
 - karta przekazania odpadów z dnia 4.06.2019 r.
- b) Defibrylator Lifepak 10 P – nr inwentarzowy 000581, rok przyjęcia do użytkowania 1999; wartość początkowa 29 280,00 zł, umorzenie 100%:
- orzeczenie techniczne z dnia 19.12.2018 r. – urządzenie niesprawne, naprawa niemożliwa ze względu na wiek urządzenia i brak dostępnych części zamiennych,
 - pozytywna opinia Rady Społecznej szpitala wyrażona uchwałą nr 10/2020 z dnia 24 kwietnia 2020 r.,
 - protokół kasacyjny nr 2/ST/2020 z dnia 06.07.2020 r.,
 - dowód LT nr 46 zatwierdzony 13.07.2020 r.,
 - karta przekazania odpadów z dnia 29.05.2020 r.

[Dowód: akta kontroli str. 1268-1339]

3. Najem/dzierżawa pomieszczeń.

W ramach kontroli sprawdzeniem objęto prawidłowość zawarcia:

- 1) Umowy dzierżawy lokalu użytkowego Nr 15820/D/2019 z dnia 05.07.2019 r.
- 2) Umowy najmu lokalu użytkowego Nr 17269/D/2020 z dnia 13.05.2020 r.

Ad. 1) Przedmiotem umowy jest dzierżawa lokalu użytkowego o powierzchni 21,00 m², położonego w Sosnowcu przy Placu Medyków 1 z przeznaczeniem na prowadzenie działalności handlowo – usługowej niekonkurencyjnej dla Wyzierżawiającego (Szpitala). Umowa zawarta została na podstawie przeprowadzonego pisemnego przetargu nieograniczonego.

Umowa zawarta została na czas oznaczony 3 lat od dnia 05.07.2019 r. do dnia 05.07.2022 r. Rada Społeczna pozytywnie zaopiniowała wniosek Dyrektora Szpitala dotyczący wydzierżawienia przedmiotowej nieruchomości uchwałą nr 9/2019 z dnia 08.04.2019 r.

Zgoda podmiotu tworzącego na zawarcie umowy nie była wymagana.

Zgodnie z zapisami umowy, dzierżawca zobowiązany jest płacić czynsz dzierżawny miesięcznie, z góry w terminie do 10-tego każdego miesiąca, natomiast opłaty eksploatacyjne wskazane w umowie (woda i kanalizacja, odbiór odpadów komunalnych, energia elektryczna) - w terminie 21 dni od dnia wystawienia faktury VAT przez Szpital.

Zgodnie z treścią § 3 pkt 8 „Zasad zbywania, wydzierżawiania, wynajmowania, oddania w użytkowanie lub użyczenie aktywów trwałych SP ZOZ, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie”, umowa winna zawierać m.in. zapis o zakazie podnajmowania, poddzierżawiania i oddawania do bezpłatnego używania przedmiotu umowy. Kontrolowana umowa nie spełnia powyższego wymogu, gdyż w § 6 umowy wskazano jedynie, iż Dzierżawca nie jest uprawniony do zawarcia umowy użyczenia lub podnajmu całości lub części lokalu (brak zapisu o zakazie poddzierżawiania).

Umowa zawiera pozostałe zapisy określone w § 3 „Zasad zbywania, wydzierżawiania, wynajmowania, oddania w użytkowanie lub użyczenie aktywów trwałych SP ZOZ, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie”.

Objęte kontrolą faktury za listopad 2019 r. i maj 2020 r. wystawione zostały zgodnie z treścią umowy.

Ad 2) Przedmiotem umowy jest najem lokalu użytkowego o powierzchni 101,6 m², położonego w Sosnowcu przy Placu Medyków 1 z przeznaczeniem na prowadzenie apteki. Umowa zawarta została na podstawie przeprowadzonego pisemnego przetargu nieograniczonego.

Umowa zawarta została na czas oznaczony 3 lat od dnia 13.05.2020 r. do dnia 13.05.2023 r. Rada Społeczna pozytywnie zaopiniowała wniosek Dyrektora Szpitala dotyczący wynajęcia przedmiotowej nieruchomości uchwałą nr 66/2019 z dnia 30.12.2019 r.

Na zawarcie przedmiotowej umowy Szpital uzyskał zgodę podmiotu tworzącego (uchwała Zarządu Województwa Śląskiego nr 662/111/VI/2020 z dnia 12.03.2020r.).

Zgodnie z zapisami umowy, Najemca zobowiązany jest płacić czynsz najmu, z góry w terminie do 10-tego każdego miesiąca. Ponadto Najemca zobowiązany jest płacić Wynajmującemu określone w umowie opłaty (odbiór odpadów komunalnych, energia cieplna, opłata za połączenia telefoniczne, energii elektryczna, woda i kanalizacja) - w terminie 21 dni od daty wystawienia faktury VAT. Umowa zawiera zapisy określone w § 3 „Zasad zbywania, wydzierżawiania, wynajmowania, oddania w użytkowanie lub użyczenie aktywów trwałych SP ZOZ, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie”.

Objęte kontrolą faktury za lipiec i sierpień 2020 r. wystawione zostały zgodnie z treścią umowy.

[Dowód: akta kontroli str. 1340-1374]

4. Inwestycje współfinansowane z dotacji celowych Województwa Śląskiego.

W okresie objętym kontrolą Szpital zawarł 7 umów o dotacje celowe z budżetu Województwa Śląskiego, z których sfinansowano zakupy niezbędnego sprzętu i aparatury medycznej a także

E-1024

jedną inwestycję budowlaną (rozbudowa parkingu przy Szpitalu). Szczegółowy zakres przeprowadzonych inwestycji prezentuje poniższa tabela.

LP	NR UMOWY	PRZEDMIOT UMOWY	KOSZT REALIZACJI / ZAKUPU	KOMÓRKA, W KTÓREJ WYKORZYSTYWANY JEST SPRZĘT I APARATURA MEDYCZNA (jeśli dotyczy)
1	2	3	4	5
1	1707/ZD/2019	Zakup sprzętu medycznego dla potrzeb Oddziału Chirurgii Małoinwazyjnej, Metabolicznej, Plastycznej i Rekonstrukcyjnej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 5 km. Św. Barbary w Sosnowcu.	211 202,64 zł	Oddział Chirurgii Małoinwazyjnej, Metabolicznej, Plastycznej i Rekonstrukcyjnej
2	1706/ZD/2019	Zakup sprzętu medycznego dla potrzeb Oddziału Chorób Wewnętrznych i Onkologii Klinicznej z Pododdziałem Diabetologii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 5 km. Św. Barbary w Sosnowcu.	150 644,00 zł	Oddział Chorób Wewnętrznych i Onkologii Klinicznej z Pododdziałem Diabetologii
3	1289/ZD/2019	Zwiększenie efektywności i jakości udzielanych świadczeń medycznych poprzez wymianę aparatury i sprzętu medycznego w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym nr 5 km. Św. Barbary w Sosnowcu.	2 261 186,02 zł	SOR, Oddział Gastroenterologii, Oddział Neurologii/udarowy, KOIT, Oddział Chirurgii Ogólnej, Oddział Neurochirurgii, Oddział Chorób Wewnętrznych i Onkologii Klinicznej, Oddział Chirurgii Szczękowej, Oddział Otolaryngologii, Oddział Nefrologii/Stacja Dializ, Oddział Reumatologii, Oddział Pulmonologii
4	1551/ZD/2019	Remont Klinicznego Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 5 km. Św. Barbary w Sosnowcu.	977 850,00 zł	Kliniczny Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii
5	1233/ZD/2020	Zakup sprzętu i aparatury medycznej ratującej życie i zdrowie pacjentów przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu.	4 558 151,98 zł	OIOM, SOR, Kliniczny Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Kliniczny Oddział Neurochirurgiczny, Oddział Neurologii, Oddział Kardiologii Ogólnej z Pododdziałem Kardiochirurgii/Oddział Intensywnej Opieki Kardiologicznej, Oddział Toksykologii, Kliniczny Oddział Chirurgii Ogólnej, Kolorektalnej i Urazów Wielonarządowych, Oddział Gastroenterologii i Onkologii Przewodu Pokarmowego, Pracownia Endoskopii Przewodu Pokarmowego, Oddział Chorób Wewnętrznych
6	931/IR/2020	Rozbudowa parkingu przy Szpitalu im. św. Barbary w Sosnowcu	560 000,00 zł	Szpital
7	645/ZD/2020	Doposażenie w sprzęt medyczny Bloku Operacyjnego Neurochirurgii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu.	4 877 272, 46 zł	Blok Operacyjny Neurochirurgii

Tabela nr 13 – inwestycje współfinansowane z dotacji celowych Województwa Śląskiego – stan na dzień 30.11.2020r.

[Dowód: akta kontroli str.1375-1377]

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

Uchybienie polegające na braku w umowie dzierżawy lokalu użytkowego Nr 15820/D/2019 z dnia 05.07.2019 r. zapisu dot. zakazu poddzierżawy przedmiotu umowy.

Przyczyny uchybień:

Niedochowanie należytej staranności w zakresie spełnienia wymogów proceduralnych poprzez skonstruowanie zapisów umowy dzierżawy bez uwzględnienia wszystkich zapisów obowiązujących procedur.

Skutki uchybień:

Naruszenie zapisów § 3 pkt 8 „Zasad zbywania, wydzierżawiania, wynajmowania, oddania w użytkowanie lub użyczenie aktywów trwałych SP ZOZ, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie”

C. Ocena częściowa: pozytywna mimo stwierdzonych 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.

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

A. Ustalenia faktyczne:

Ostatnia kontrola planowa w Szpitalu przeprowadzona została przez pracowników Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w dniach 6 - 7 września 2018 r., w zakresie: realizacji zadań określonych w statucie i regulaminie organizacyjnym; dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych; prawidłowości gospodarowania mieniem oraz środkami publicznymi w latach 2017 – 2018.

Wydano następujące zalecenia pokontrolne:

1. *Przestrzeganie zapisów art. 24 ust. 1 oraz art. 107 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej oraz usunięcia istniejących rozbieżności w zapisach Regulaminu Organizacyjnego i Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą w zakresie struktury organizacyjnej Szpitala.*
2. *Opublikowanie na stronie BIP Szpitala dokumentacji przebiegu i efektów kontroli, wystąpień, stanowisk, wniosków i opinii podmiotów je przeprowadzających zgodnie z art. 8 ust. 3 w związku z art. 6 pkt 4 lit. a tiret drugie ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej.*
3. *Zgłoszenie do Krajowego Rejestru Sądowego adresu strony internetowej i adresu poczty elektronicznej Szpitala, zgodnie z wymogiem art. 38 pkt 1a, w związku z art. 53a ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym.*
4. *Przestrzeganie zapisów art. 49 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej, w zakresie organizacji postępowań konkursowych na stanowisko ordynatora: Klinicznego Oddziału Chirurgii Ogólnej i Urazów Wielonarządowych wraz z Zakładem Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej oraz Oddziału Rehabilitacji Medycznej, stanowisko naczelnej pielęgniarki oraz pielęgniarek oddziałowych w poszczególnych oddziałach.*

Dyrektor Szpitala złożył do Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego sprawozdanie o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych pismem WSS5/DS/DO/PDOP/148/2019 z dnia 4.03.2019 r.

W ww. piśmie Dyrektor Szpitala poinformowała m.in., że podejmowane będą działania mające na celu wyeliminowanie rozbieżności pomiędzy zapisami Regulaminu Organizacyjnego Szpitala a wpisem w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą a zalecenie pokontrolne dotyczące umieszczania wymaganych przepisami prawa treści na stronie podmiotowej BIP podmiotu zostało zrealizowane. W piśmie z dnia 4.03.2019 r. Dyrektora poinformowała również, iż sukcesywnie będzie podejmować działania w zakresie przeprowadzania procedur konkursowych dla personelu pielęgniarskiego w oparciu o obowiązujące przepisy prawa w przedmiotowym zakresie.

Do czasu przeprowadzenia obecnej kontroli przez podmiot tworzący, Szpital nie przeprowadził postępowań konkursowych na stanowisko naczelnej pielęgniarki oraz pielęgniarek oddziałowych w poszczególnych oddziałach.

Sprawdzono realizację zaleceń pokontrolnych w latach 2019-2020 i stwierdzono, że nie zostały one w pełni wykonane. Spośród 4 wydanych zaleceń nie zrealizowano 3.

B: Stwierdzone nieprawidłowości (przyczyny, skutki):

1. Nieprawidłowość polegająca na braku wykonania zalecenia pokontrolnego w części dotyczącej usunięcia rozbieżności w zapisach dotyczących struktury organizacyjnej Szpitala występujących pomiędzy zapisami w Regulaminie Organizacyjnym oraz w Rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
2. Nieprawidłowość polegająca na braku wykonania zaleceń pokontrolnego w części dotyczącej opublikowania na stronie BIP Szpitala dokumentacji przebiegu i efektów kontroli, wystąpień, stanowisk, wniosków i opinii podmiotów je przeprowadzających zgodnie z art. 8 ust. 3 w związku z art. 6 pkt 4 lit. a tiret drugie ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej.
3. Nieprawidłowość polegająca na braku wykonania zalecenia pokontrolnego w części dotyczącej przestrzegania zapisów art. 49 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej, w zakresie organizacji postępowań konkursowych na stanowisko naczelnego pielęgniarki oraz pielęgniarek oddziałowych w poszczególnych oddziałach.

Przyczyna nieprawidłowości:

Brak należytego nadzoru nad pracownikami odpowiedzialnymi za wykonywanie czynności objętych zaleceniami pokontrolnymi.

Skutki nieprawidłowości:

Brak realizacji zaleceń, do wykonania których Dyrektor Szpitala zobowiązany został przez Zarząd Województwa Śląskiego w wystąpieniu pokontrolnym z dnia 29 stycznia 2019 r.

C: Ocena częściowa: negatywna

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.

VI. Pozostałe informacje, zalecenia i pouczenia.

1. Pozostałe informacje.

Pismem z dnia 26 kwietnia 2021 r., znak: NZ-NK.1711.15.2020 (NZ-NK.KW-000158/21), Projekt wystąpienia pokontrolnego został przekazany Dyrektorowi Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu. Pismo zostało doręczone do Szpitala w dniu 4 maja 2021 r. Dyrektor Szpitala nie zgłosił zastrzeżeń do treści Projektu wystąpienia pokontrolnego.

2. Zalecenia

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

- 1) Przestrzeganiu obowiązku wynikającego z art. 22 ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym (t.j.: Dz. U. z 2021 r. poz. 112), który wskazuje 7 dniowy termin na zgłoszenie zmian do KRS;
- 2) Wskazywaniu w treści Regulaminu Organizacyjnego właściwych wartości opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej;
- 3) Usunięciu niezgodności pomiędzy zapisami Regulaminu Organizacyjnego Szpitala i Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą w zakresie komórek organizacyjnych działalności medycznej;
- 4) Umieszczeniu na stronach BIP informacji dot. przebiegu i efektów kontroli oraz wystąpień, stanowisk, wniosków i opinii podmiotów ją przeprowadzających;

- 5) Wpisaniu w treść Regulaminu Organizacyjnego celów i zadań będących w pełni tożsamymi z wyszczególnionymi w Statucie Szpitala;
- 6) Umieszczeniu w treści umów na świadczenia zdrowotne zapisów wskazanych w art. 27 ustawy o działalności leczniczej;
- 7) Zawieraniu umów zgodnie z trybem wskazanym w art. 26 ustawy o działalności leczniczej;
- 8) Umieszczaniu w treści umów na świadczenia zdrowotne wartości brutto zamówienia, zgodnie z obowiązkiem wynikającym z przepisów ustawy o finansach publicznych (art. 44 ust. 3 pkt. 3);
- 9) Dokonywaniu oszacowania wartości zamówienia (zgodnie z art. 26 a ustawy o działalności leczniczej) przed wszczęciem postępowania na świadczenia zdrowotne;
- 10) 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;
- 11) Przeprowadzeniu konkursów na stanowisko naczelniej pielęgniarki oraz stanowiska pielęgniarek oddziałowych w poszczególnych oddziałach, zgodnie z art. 49 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej;
- 12) Umieszczaniu w treści zawieranych umów najmu i dzierżawy wszystkich zapisów wskazanych w „Zasadach zbywania, wydzierżawiania, wynajmowania, oddania w użytkowanie lub użyczenie aktywów trwałych SP ZOZ, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie”;
- 13) Przestrzeganiu w pełni obowiązku realizacji zaleceń pokontrolnych wydanych przez podmiot tworzący w wyniki przeprowadzonej kontroli.

3. Pouczenia

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

Wystąpienie pokontrolne zawiera 39 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 nieprawidłowościach 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
Zastępca Dyrektora
Departamentu Nadzoru Podmiotów
Leczniczych i Ochrony Zdrowia

7.01

