

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

**Szpital Specjalistyczny Nr 2 w Bytomiu  
ul. Stefana Batorego 15  
41 - 902 Bytom**  
(oznaczenie podmiotu kontrolowanego)

### WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

z kontroli przeprowadzonej na podstawie:

- 1) art. 121 oraz 122 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t. j. Dz. U. z 2018 r. poz. 160 z późn. zm.),
- 2) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych (Dz. U. 2015, poz. 1331),
- 3) planu kontroli na 2018 rok, załącznik nr 3, poz. 2 zatwierdzonego uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 2797/233/V/2017 z dnia 28 grudnia 2017 roku,
- 4) regulaminu kontroli podmiotów leczniczych, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie określonego uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 698/108/V/2016 z dnia 19.04.2016 r.

#### I. Dane identyfikacyjne kontroli:

**Jednostka kontrolowana: Szpital Specjalistyczny Nr 2 w Bytomiu**

**Kierownik jednostki kontrolowanej: Kornelia Cieśla** - Dyrektor Szpitala od dnia 1 sierpnia 2008 roku, do nadal.

Dyrektor wykonuje swoje zadania kierownicze i zarządzające przy pomocy:

- Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa – Krystyny Nickiel – Łukomskiej,
- Z-cy Dyrektora ds. Administracyjno - Technicznych – Wojciecha Wieczorka,
- Głównej Księgowej – Kariny Kusz.

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

kontrolę przeprowadzono w dniach 22-23 marca 2018 roku 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.

[Dowód: akta kontroli str. 1-3]

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

Osoby przeprowadzające kontrolę:

Marzena Chwałek – główny specjalista Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 203/ZD/2018 z dnia 21.03.2018 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 21.03.2018 r.

Magdalena Majchrzak - Osiecka – główny specjalista Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 197/ZD/2018 z dnia 16.03.2018 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 21.03.2018 r.

Tomasz Jarząb – inspektor Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 198/ZD/2018 z dnia 16.03.2018r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 21.03.2018 r.

O kontroli Dyrektor jednostki została poinformowana dnia 19.03.2018 r.

[Dowód: akta kontroli str. 4-9]

Kontrolę wpisano do książki kontroli pod pozycją nr 8.

## **II. Realizacja zadań statutowych.**

### **A. Ustalenia faktyczne:**

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

##### **1. Informacje ogólne**

Szpital Specjalistyczny Nr 2 w Bytomiu zwany dalej „Szpitalem” jest samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej. Funkcję podmiotu tworzącego pełni Województwo Śląskie. Nadzór nad działalnością Szpitala sprawuje Zarząd Województwa Śląskiego. Szpital wpisany jest do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego pod numerem 000000013466 oraz posiada osobowość prawną i jest wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego w rejestrze stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej pod numerem KRS 0000050872. Siedzibą Szpitala jest miasto Bytom.

Szpital działa na podstawie:

- 1) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j.: Dz. U. z 2018r. poz. 160 z późn. zm.) oraz przepisów wykonawczych do tej ustawy,
- 2) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j.: Dz. U. z 2017r. poz. 1938 z późn. zm.),
- 3) Statutu Szpitala przyjętego Uchwałą Nr VI/12/6/2015 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 21.09.2015 r., tekst jednolity Dz. Urz. Województwa Śląskiego z dnia 18.09.2017 r. poz. 5313,

- 4) Regulaminu Organizacyjnego, którego ostatnie zmiany zostały pozytywnie zaopiniowane przez Radę Społeczną, uchwałą nr 35/12/2017 z dnia 06.12.2017 r. oraz wprowadzonego w życie Zarządzeniem Dyrektora nr 888/2017 z dnia 08.12.2017 r.,
- 5) w zakresie gospodarki mieniem:
  - a) procedury dotyczącej nabywania aparatury i sprzętu medycznego przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie określonej w uchwale Zarządu Województwa Śląskiego nr 1745/276/IV/2013 z dnia 6.08.2013 r.,
  - b) zasad zbywania, wydzierżawiania, wynajmowania, oddania w użytkowanie lub użyczenie aktywów trwałych SP ZOZ, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie określonych w uchwale Zarządu Województwa Śląskiego nr 1784/277/IV/2013 z dnia 13.08.2013 r.
- 6) innych powszechnie obowiązujących przepisów prawa.

W Szpitalu Specjalistycznym Nr 2 w Bytomiu zatrudnienie na dzień 23.03.2018 roku wynosiło:

- 766 pracowników w ramach umowy o pracę,
- 98 pracowników w ramach umowy zlecenia,
- 89 pracowników w ramach kontraktu.

[Dowód: akta kontroli str. 10]

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

Szpital wnioskiem z dnia 14.12.2017 roku zgłosił do Krajowego Rejestru Sądowego tekst jednolity Statutu Szpitala ogłoszony Uchwałą nr V/42/12/2017 z dnia 18.09.2017 rok. Wniosek ten został zwrócony Szpitalowi przez Sąd Rejonowy w Katowicach - Zarządzeniem z dnia 12.01.2018 r., ze względu na niewłaściwe wypełnienie – wniosek nie zawierał danych dotyczących zmiany Statutu Szpitala, a zawierał niepodlegające wpisowi do Rejestru dane dotyczące ustalenia tekstu jednolitego Statutu.

W związku z powyższym Szpital przedłożył nowy wniosek z dnia 07.03.2018 r. do Krajowego Rejestru Sądowego, który dotyczył zmian Statutu przyjętych Uchwałą nr V/34/14/2017 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 13.02.2017 r.

Tym samym Szpital nie dopełnił ustawowego obowiązku wynikającego z art. 22 ustawy o Krajowym Rejestrze Sądowym z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym, który wskazuje 7 dni na zgłoszenie zmian do KRS.

W trakcie kontroli stwierdzono również braki we wpisie w KRS dotyczące wskazania adresu poczty elektronicznej oraz adresu strony internetowej, co narusza art. 38 pkt 1a, w związku z art. 53a ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym.

[Dowód: akta kontroli str. 11-29]

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

Regulamin Organizacyjny Szpitala sporządzony został w oparciu o przepisy art. 24 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej. Ostatnie zmiany w Regulaminie Organizacyjnym wprowadzone zostały z dniem 08.12.2017 r. Zarządzeniem Dyrektora o numerze 888/2017 w oparciu o uchwałę Rady Społecznej nr 35/12/2017 z dnia 06.12.2017.

W trakcie kontroli sprawdzono zgodność zapisów Regulaminu Organizacyjnego Szpitala z przepisami w/w ustawy. Ustalono, że Regulamin Organizacyjny zawiera wszystkie niezbędne elementy, wskazane w treści art. 24 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej.

W toku kontroli ustalono brak zgodności zapisów Regulaminu Organizacyjnego z Rejestrem Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, naruszający art. 107 ust. 1. ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Niezgodność dotyczy Poradni Angiologicznej oraz Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej (Laboratorium Analityczne, Pracownia Immunologii Transfuzjologicznej z Banku Krwi, Laboratorium Bakteriologiczne) wpisanych do Regulaminu Organizacyjnego, a nie zgłoszonych do Rejestru Wojewody.

Kontrola strony internetowej BIP Szpitala wykazała, że nie zawiera ona wymaganych informacji wynikających z art. 24 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej – informacji o rodzaju działalności leczniczej (art. 24 ust. 1 pkt 4).

Informacje wskazane w cytowanym powyżej przepisie zostały natomiast wywieszane w widocznych miejscach w poszczególnych jednostkach organizacyjnych Szpitala.

Poddano analizie zgodność danych zamieszczonych na stronie BIP z art. 8 ust. 3 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej i stwierdzono brak informacji w zakresie:

- 1) struktury własnościowej i majątku (art. 6 ust.1 pkt 2 lit. e i f) – ostatnia aktualizacja informacji o wysokości kapitału zakładowego miała miejsce w 2004 roku,
- 2) dokumentacji przebiegu i efektów kontroli oraz wystąpień, stanowisk, wniosków i opinii podmiotów ją przeprowadzających (art. 6 ust. 1 pkt 4 lit. a tiret drugie),
- 3) aktualnych danych dotyczących statusu prawnego i organizacji (art. 6 ust. 1 pkt 2 lit a i b) – pojawia się informacja, iż Szpital jest spółką (zakładka w brzmieniu „Status prawny spółki”). Podano również nieprawdziwy numer, pod którym Szpital wpisano do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego.

[Dowód: akta kontroli str. 30-151]

#### **B: Stwierdzone nieprawidłowości: Tak**

1. Brak zgłoszenia do Krajowego Rejestru Sądowego adresu strony internetowej i adresu poczty elektronicznej, co stanowi naruszenie art. 38 pkt 1a oraz art. 53a ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym;
2. Przekroczenie siedmiodniowego terminu składania wniosku ze zmianami w Statucie Szpitala do Krajowego Rejestru Sądowego, co stanowi naruszenie art. 22 ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym;
3. Niezgodności w informacjach zawartych w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą oraz Regulaminie Organizacyjnym dotyczące komórek organizacyjnych, tj. Poradni Angiologicznej oraz Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej, co stanowi naruszenie art. 24 ust.1 pkt.3 oraz art. 107 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
4. Brak na stronie BIP Szpitala wymaganych ustawowo informacji wynikających z art. 6 ust.1 pkt 2 lit. a,b,e i f , pkt 4 lit a w nawiązaniu do art. 8 ust. 3 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej oraz art. 24 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

#### **C: Ocena częściowa: pozytywna z nieprawidłowościami**

#### **D: Osoby odpowiedzialne:**

1. Kierownik Działu Organizacji, Kontraktowania i Statystyki.
2. Dyrektor Szpitala, na podstawie art. 46 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, zgodnie, z którym odpowiedzialność za zarządzanie podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą ponosi kierownik.

### III. Dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych

#### A. Ustalenia faktyczne:

Podstawowym celem działalności Szpitala jest udzielanie świadczeń zdrowotnych i promocja zdrowia. Szpital prowadzi działalność medyczną w ramach umów zawartych z NFZ o świadczenie usług medycznych, w obiektach zlokalizowanych w Bytomiu przy ulicy Stefana Batorego 15.

#### 1. Funkcjonowanie wybranych komórek organizacyjnych.

W ramach czynności kontrolnych przeprowadzono wizytację wybranych komórek medycznych. Szczegółową kontrolą objęto funkcjonowanie Oddziału Położnictwa i Ginekologii oraz Poradni Chirurgicznej.

##### 1) Oddział Położnictwa i Ginekologii

Oddział wpisany jest do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 007 (kod resortowy identyfikujący komórkę organizacyjną stanowiącą część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych), kod resortowy charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych: 4450. Oddział został wpisany do rejestru podmiotów leczniczych z dniem 04.12.1996 r. i dysponuje 40 łózkami.

Oddział rocznie hospitalizuje około 2 000 pacjentek, zatrudnia 10 lekarzy (w ramach umów o pracę i cywilnoprawnych), 19 położnych oraz 7 pielęgniarek. W 2017 roku wykonano:

- 212 zabiegów, w tym 25 laparoskopii;
- 251 cięć cesarskich,
- 196 porodów samoistnych.

Oddział Położnictwa i Ginekologii realizuje świadczenia z zakresu ginekologii i położnictwa na II stopniu referencyjnym. W ramach Oddziału funkcjonuje Blok Operacyjny i Blok Porodowy wyposażony w dwa stanowiska porodowe. Główne świadczenia medyczne Oddziału to:

- opieka nad kobietą ciężarną w okresie ciąży, porodu i połogu,
- prowadzenie ciąży wysokiego ryzyka,
- leczenie nawykowych poronień i endometriozy,
- diagnostyka i leczenie schorzeń układu rozrodczego zachowawcze oraz zabiegowe,
- leczenie w zakresie uroginekologii,
- diagnostyka w zakresie chorób piersi w ramach wykonywanych biopsji mamentomicznych.

Ponadto Oddział realizuje zajęcia dydaktyczne w ramach umowy ze Śląskim Uniwersytetem Medycznym, jak również prowadzi specjalizację lekarzy w zakresie położnictwa i ginekologii. Przy oddziale funkcjonuje Poradnia Położniczo – Ginekologiczna oraz Oddział Noworodkowy, zapewniając tym samym kompleksowość udzielanych świadczeń medycznych.

##### 2) Poradnia Chirurgiczna

Poradnia Chirurgiczna wpisana jest do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 016 (kod resortowy identyfikujący komórkę organizacyjną stanowiącą część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych), kod resortowy charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych: 1580. Poradnia została wpisana do rejestru podmiotów leczniczych z dniem 04.12.1996 r.

Poradnia Chirurgiczna jest jedną z największych wśród poradni specjalistycznych funkcjonujących w Szpitalu. Zapewnia dostęp do diagnostyki oraz leczenia zachowawczego i zabiegowego w zakresie schorzeń chirurgicznych w trybie ambulatoryjnym. Główne obszary

świadczeń medycznych realizowanych przez Poradnię to:

- kwalifikacja do zabiegów operacyjnych,
- pobranie materiału do badań histopatologicznych,
- leczenie chorób układu pokarmowego,
- leczenie żyłaków kończyn dolnych i odbytu,
- leczenie chorób jelita grubego,
- leczenie chorób sutka,
- leczenie ran pourazowych i pooperacyjnych,
- leczenie trudno gojących się ran, odleżyn i owrzodzeń,
- wykonywanie drobnych zabiegów chirurgicznych tj. wycinanie guzków, znamion, brodawek i narośli.

Ponadto Poradnia Chirurgiczna zapewnia pacjentom opiekę pooperacyjną oraz prowadzi diagnostykę i leczenie chorób nowotworowych w ramach Pakietu Onkologicznego (DILLO).

Poradnia realizuje rocznie około 22 000 porad, a roczna wysokość kontraktu wynosi 1 270 816 zł, co stanowi ponad 20% całego kontraktu poradni specjalistycznych. Świadczenia realizowane są przez 16 lekarzy specjalistów chirurgii ogólnej.

Poradnia Chirurgiczna Szpitala pracuje zgodnie z poniższym harmonogramem:

- poniedziałek: 8.00 – 18.00
- wtorek: 8.00 – 15.30
- środa: 8.30 – 15.30
- czwartek: 8.00 – 15.30
- piątek: 8.00 – 15.30.

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

Przedmiotem weryfikacji przeprowadzonej przez kontrolujących były umowy:

- 1) Nr 37/2017 z dnia 28.12.2017 r. o świadczenie usług zdrowotnych w zakresie badań rezonansu magnetycznego wykonywanych na rzecz pacjentów Szpitala Specjalistycznego Nr 2 w Bytomiu,
- 2) Nr 68/2018/D z dnia 28.02.2018 r. o świadczenie usług zdrowotnych w zakresie pełnienia dyżurów medycznych w Oddziale Klinicznym Chorób Wewnętrznych, Angiologii i Medycyny Fizykalnej w Szpitalu Specjalistycznym Nr 2 w Bytomiu.

### **Ad. 1) Umowa Nr 37/2017 z dnia 28.12.2017 r. o świadczenie usług zdrowotnych w zakresie badań rezonansu magnetycznego wykonywanych na rzecz pacjentów Szpitala Specjalistycznego Nr 2 w Bytomiu.**

Umowa została zawarta w trybie postępowania konkursowego na podstawie art. 26 ustawy o działalności leczniczej.

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

Ponadto 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 28/SS/2017 z dnia 24.01.2017 r. - stawka jednostkowa zgodna z załącznikiem Nr 1 do umowy nr 37/2017;
- Nr 74/CH/2018 z dnia 31.01.2018 r - stawka jednostkowa zgodna z załącznikiem Nr 1 do umowy nr 37/2017.

**Ad. 2) Umowa Nr 68/2018/D z dnia 28.02.2018 r. o świadczenie usług zdrowotnych w zakresie pełnienia dyżurów medycznych w Oddziale Klinicznym Chorób Wewnętrznych, Angiologii i Medycyny Fizykalnej w Szpitalu Specjalistycznym Nr 2 w Bytomiu.**

Umowa została zawarta w trybie postępowania konkursowego na podstawie art. 26 ustawy o działalności leczniczej.

Umowa została zawarta w formie pisemnej, na czas określony, tj. od dnia 01.03.2018 r. do dnia 28.02.2021 r. i zawiera wszystkie niezbędne zapisy określone w art. 27 w/w ustawy.

Ponadto 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. Z uwagi na fakt, iż od dnia obowiązywania umowy tj. od 01.03.2018 r. nie upłynął jeszcze pierwszy okres rozliczeniowy (okresy miesięczne), w ramach kontroli nie było możliwości sprawdzenia faktur związanych z realizacją umowy.

[Dowód: akta kontroli str. 152-197]

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

**1) 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 2017-2018 w Szpitalu Specjalistycznym Nr 2 w Bytomiu miało miejsce jedno postępowanie konkursowe, a cztery postępowania są w toku - na stanowiska kierownicze wskazane w art. 49 w/w ustawy.

**2) Przeprowadzone/prowadzone postępowania konkursowe na stanowiska kierownicze:**

- 1) Stanowisko naczelnego pielęgniarki (data konkursu: 28.03.2017 r., okres zatrudnienia 12.04.2017 r. – 11.04.2023 r.),
- 2) Stanowisko położnej oddziałowej Oddziału Klinicznego Ginekologii, Położnictwa i Ginekologii Onkologicznej (termin składania ofert przez kandydatów: 23.04.2018 r.),
- 3) Stanowisko pielęgniarki/położnej oddziałowej Oddziału Noworodków Bl. VA (termin składania ofert przez kandydatów: 23.04.2018 r.),
- 4) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Klinicznego Chirurgii Ogólnej i Chirurgii Endokrynologicznej (termin składania ofert przez kandydatów: 23.04.2018 r.),
- 5) Stanowisko pielęgniarki/położnej oddziałowej Oddziału Noworodków Bl. III (termin składania ofert przez kandydatów: 23.04.2018 r.).

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

- 1) Oddział Kliniczny Chorób Wewnętrznych, Angiologii i Medycyny Fizykalnej: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 2) Oddział Kliniczny Pediatrii: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 3) Oddział Kliniczny Ginekologii, Położnictwa i Ginekologii Onkologicznej: kierownik oddziału, p.o. położnej oddziałowej;
- 4) Oddział Kliniczny Chirurgii Ogólnej i Chirurgii Endokrynologicznej: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 5) Oddział Położnictwa i Ginekologii Bl. III: kierownik oddziału, położna oddziałowa;
- 6) Oddział Noworodków Bl. III: kierownik oddziału, p.o. pielęgniarki oddziałowej;

- 7) Oddział Noworodków Bl. V: kierownik oddziału, położna oddziałowa;
- 8) Oddział Chirurgii Małoinwazyjnej i Zabiegów Krótkoterminowych: ordynator, pielęgniarka oddziałowa;
- 9) Oddział Laryngologii Dzieci: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 10) Oddział Chirurgii Dzieci: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 11) Oddział Dermatologii i Wenerologii: p.o. ordynatora, pielęgniarka oddziałowa;
- 12) Oddział Anestezjologii: ordynator, pielęgniarka oddziałowa.

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

Mając na uwadze, iż w Oddziale Dermatologii i Wenerologii osobie zatrudnionej na stanowisku ordynatora jedynie powierzono obowiązki, bez przeprowadzenia konkursu, należy wszcząć postępowanie konkursowe na ww. stanowisko.

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

Ww. stanowiska określone zostały zarówno w Regulaminie Organizacyjnym Szpitala Specjalistycznego Nr 2 w Bytomiu, jak i Regulaminie Wynagradzania Szpitala Specjalistycznego Nr 2 w Bytomiu (dodatek funkcyjny) oraz załączniku nr 1 (Tabela zaszeregowania stanowisk pracy dla pracowników Szpitala Specjalistycznego Nr 2 w Bytomiu) do ww. Regulaminu Wynagradzania.

[Dowód: akta kontroli str. 198-237]

#### **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) Aparat do nieinwazyjnego wspomaganie oddechu INFANT FLOW - nr seryjny AKN 02/21, rok produkcji 2010. Przegląd okresowy odbył się w dniu 12.10.2017 r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany w październiku 2018 r., zgodnie z wpisem aparat sprawny;
- 2) Kardystymulator przezprzełykowy - typ SP 5 PLUS, rok produkcji 1986. Przegląd okresowy odbył się w lipcu 2017 r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany w listopadzie 2018 r., zgodnie z wpisem urządzenie jest sprawne;
- 3) Diatermia elektrochirurgiczna ES350 - nr seryjny 35258, rok produkcji 2003. Przegląd okresowy odbył się w dniu 30.01.2018 r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany w styczniu 2019 r., zgodnie z wpisem urządzenie jest sprawne;
- 4) Pompa infuzyjna objętościowa AZARIS AG - nr seryjny 135350375, rok produkcji 2015. Przegląd okresowy odbył się 08.06.2017 r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany 08.06.2020 r., zgodnie z wpisem urządzenie jest sprawne;
- 5) Diatermia chirurgiczna - nr seryjny 36972, rok produkcji 2008. Przegląd okresowy odbył się w dniu 30.01.2018 r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany 31.01.2019 r., zgodnie z wpisem urządzenie jest sprawne;
- 6) Diatermia chirurgiczna - nr seryjny 50030, rok produkcji 2013. Przegląd okresowy odbył się w dniu 30.01.2018 r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany 31.01.2019 r., zgodnie z wpisem urządzenie jest sprawne.

[Dowód: akta kontroli str. 238-251 ]



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

W ramach kontroli dostępności świadczeń zdrowotnych sprawdzeniem objęto rejestr skarg i wniosków za rok 2017 i 2018 do dnia kontroli. Skargi rozpatrywane są w oparciu o procedurę przyjmowania i rozpatrywania skarg i zażaleń, wprowadzoną w życie Zarządzeniem Dyrektora nr 797/2016 z dnia 27.10.2016 roku. Zgodnie z w/w procedurą, skargi i zażalenia przyjmowane są w formie pisemnej, drogą elektroniczną oraz ustnie do protokołu. Rozpoznawanie skarg i wniosków odbywa się w trybie określonym przepisami Kodeksu postępowania administracyjnego. Skargi i wnioski rejestrowane są w prowadzonym w Dziale Organizacji, Kontraktowania i Statystyki Rejestrze skarg i wniosków. W 2017 roku w przedmiotowym Rejestrze umieszczono wpisy dotyczące 25 spraw, natomiast w 2018 roku, do dnia kontroli, zarejestrowano 2 sprawy. Skargi zostały rozpatrzone przez dyrektora ds. Lecznictwa, Rzecznika Etyki oraz Kierownika Poradni Specjalistycznej, skarżącym udzielono odpowiedzi pisemnych w ustawowym terminie. Zgodnie z ustawą o działalności leczniczej, analiza skarg i wniosków jest przedstawiana okresowo – raz w roku Radzie Społecznej (za rok 2016 na posiedzeniu Rady w dniu 20.01.2017 roku – Uchwała Rady Społecznej Nr 2/01/2017 w sprawie analizy skarg i wniosków wnoszonych przez osoby korzystające ze świadczeń Szpitala Specjalistycznego Nr 2 w Bytomiu z wyłączeniem spraw podległych nadzorowi medycznemu). Z kolei analiza skarg i wniosków za rok 2017 odbędzie się na posiedzeniu Rady Społecznej, które zgodnie z informacją przedstawioną przez Dyrektora Szpitala, planowane jest w III dekadzie kwietnia 2018 r.

[Dowód: akta kontroli str. 252-273]

## **6. Czas oczekiwania na udzielenie świadczeń zdrowotnych.**

W Szpitalu Specjalistycznym Nr 2 w Bytomiu, zgodnie z art. 20 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych prowadzone są listy osób oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego. W trakcie kontroli ustalono, że w Szpitalu działa „Zespół Oceny Przyjęć w Szpitalu Specjalistycznym Nr 2 w Bytomiu” powołany, na podstawie art. 20 ust. 6 w/w ustawy, Zarządzeniem Dyrektora Szpitala Nr 731/2015 z dnia 6 lutego 2015 roku.

Do zadań Zespołu należy przeprowadzanie oceny list oczekujących na udzielenie świadczenia pod względem:

- prawidłowości prowadzenia dokumentacji,
- czasu oczekiwania na udzielanie świadczenia,
- zasadności i przyczyn zmiany terminów udzielania świadczeń.

Zespół Oceny Przyjęć, w myśl przepisów art. 21 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, raz w miesiącu sporządza raport z okresowej oceny list oczekujących, który przedstawiany jest Dyrektorowi Szpitala.

Kopie raportów za miesiące: maj i wrzesień 2017 roku oraz luty 2018 roku stanowią akta kontroli.

Z listy oczekujących na udzielenie świadczenia za miesiąc luty 2018 roku wynika, że realizacja przyjęć pacjentów odbywa się „na bieżąco”, bez czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia.

[Dowód: akta kontroli str. 274-290]

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

Zarządzeniem nr 576/2013 z dnia 13.08.2013 r. w sprawie wprowadzenia ankiety „Badanie poziomu oczekiwań i oceny satysfakcji pacjenta oddziałów Szpitala Specjalistycznego Nr 2

w Bytomiu”, Dyrektor Szpitala wprowadziła w życie ankietę pn. „Badanie poziomu oczekiwań i oceny satysfakcji pacjenta oddziałów Szpitala Specjalistycznego Nr 2 w Bytomiu”, w celu podniesienia poziomu satysfakcji i zadowolenia z usług świadczonych w Szpitalu.

Badanie poziomu satysfakcji pacjentów przeprowadza się w celu podnoszenia jakości świadczonych przez Szpital usług i spełnienia standardów bezpiecznej i przyjaznej placówki.

Badanie jakości świadczonych usług jest anonimowe i dobrowolne. Prowadzone jest poprzez „Ankiety badania poziomu oczekiwań i oceny satysfakcji pacjenta oddziałów Szpitala Specjalistycznego Nr 2 w Bytomiu”, których wzory stanowią załączniki do ww. Zarządzenia.

Ostatnie badanie przeprowadzono za II kwartał 2017 roku. Dokonano analizy ankiet i sformułowano wnioski, w oparciu o które podjęte zostaną działania mające na celu poprawę zadowolenia pacjentów z usług zdrowotnych świadczonych w Szpitalu. Najlepiej ocenione zostały kryteria czystości oddziałów oraz personel medyczny, a najniżej bezpieczeństwo Szpitala (dot. stosowanych systemów dozoru i monitorowania terenu Szpitala) oraz smak posiłków.

[Dowód: akta kontroli str. 291-319]

#### **B: Stwierdzone nieprawidłowości: Tak**

Brak przeprowadzenia konkursu na stanowisko ordynatora Oddziału Dermatologii i Wenerologii zgodnie z art. 49 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

#### **C: Ocena częściowa: pozytywna z nieprawidłowościami**

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

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

#### **IV. Prawidłowość gospodarowania mieniem.**

##### **A. Ustalenia faktyczne**

W zakresie prawidłowości gospodarowania mieniem kontrolą objęto niżej wymienione zagadnienia:

##### **1. Nabycie aparatury i sprzętu medycznego.**

- a) Respirator noworodkowy o wartości 63 612,00 zł:
  - zakup ujęty w planie inwestycyjnym na 2017r. poz. 19, dział II - Zakupy Inwestycyjne;
  - pozytywna opinia Rady Społecznej Szpitala, wyrażona w uchwale nr 32/09/2017 z dnia 11.09.2017 r.;
  - akceptacja dla zakupu respiratora została wyrażona przez Dyrektora Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej w dniu 25.09.2017 r.;
  - zakup potwierdzony fakturą VAT Nr 729/2017 z dnia 13.12.2017r. na kwotę 63 612,00 zł, termin płatności 12.01.2018 r., zapłacono 11.01.2018 r.;
  - protokół dostawy-odbioru sprzętu z dnia 13.12.2017 r.;
  - dowód przyjęcia OT nr 37 z dnia 13.12.2017 r., numer inwentarzowy T/8/802/1675.
- b) Aparat do znieczulenia o wartości 130 000,00 zł:
  - zakup ujęty w planie inwestycyjnym na 2017 r. poz. 2; dział II - Zakupy Inwestycyjne;

- pozytywna opinia Rady Społecznej Szpitala, wyrażona w uchwale nr 12/04/2017 z dnia 19.04.2017 r.;
- akceptacja dla zakupu respiratora została wyrażona przez Zastępcę Dyrektora Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej w dniu 23.05.2017 r.
- zakup potwierdzony fakturą VAT Nr 2017/08/FV/01/00626 z dnia 28.08.2017 r. na kwotę 123 994,80 zł;  
Terminarz płatności faktury: I rata: 27.09.2017 r. kwota 62 997,40 zł, zapłacona 27.09.2017 r. oraz II rata: 27.10.2017 r. kwota 62 997,40 zł, zapłacona 27.10.2017 r.;
- protokół dostawy-odbioru sprzętu z dnia 28.08.2017 r.;
- dowód przyjęcia OT nr 10 z dnia 28.08.2017 r., numer inwentarzowy T/8/802/1654.

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

W trakcie kontroli ustalono, że w 2017 oraz w 2018 roku do dnia kontroli Szpital nie zakupił sprzętu i aparatury medycznej z dotacji Województwa Śląskiego.

[Dowód: akta kontroli str. 320-362]

## 2. Zbycie aparatury i sprzętu medycznego

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

- a) Aparat do znieczulenia ogólnego TYP Perlon Prima 102 - nr inwentarzowy T8/802/707; nr fabryczny SP0305-35; rok produkcji 2003; wartość początkowa 213 069,10 zł; umorzenie całkowite;
  - orzeczenie techniczne z dnia 30.03.2015 r. – niesprawna płyta respiratora, nieszczelności w układzie pacjenta oraz w układzie zasilania gazowego – naprawa nieopłacalna;
  - pozytywna opinia Rady Społecznej Szpitala wyrażona uchwałą nr 21/11/2015 z dnia 10.11.2015 r.;
  - zgoda na zbycie wyrażona przez Członka Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 04.12.2017 r.;
  - protokół Nr LT/3/2017 z dnia 05.12.2017 r. Komisji Kasacyjnej środków trwałych;
  - sprzęt został przekazany na złom firmie z Siemianowic Śląskich faktura nr 028/DF/03/2018 z dnia 21.03.2018 r.
  
- b) Fiberokolonoskop - nr inwentarzowy T8/802/678; nr fabryczny 2301049; rok produkcji 2003; wartość początkowa 53 151,90 zł; umorzenie całkowite;
  - orzeczenie techniczne z dnia 15.10.2015 r. – kosztowna naprawa w wysokości 28 198,73 zł, polegająca na wymianie głównych podzespołów lub wycofanie aparatu z eksploatacji;
  - pozytywna opinia Rady Społecznej Szpitala wyrażona uchwałą nr 22/10/2016 z dnia 10.10.2016 r.;
  - zgoda na zbycie wyrażona przez Członka Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 25.11.2016 r.;
  - protokół Nr LT/8/2017 z dnia 06.12.2017 r. Komisji Kasacyjnej środków trwałych;
  - sprzęt został przekazany na złom firmie z Siemianowic Śląskich faktura nr 028/DF/03/2018 z dnia 21.03.2018 r.

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

[Dowód: akta kontroli str. 363-403]

### **3. Najem/dzierżawa pomieszczeń.**

W ramach kontroli sprawdzaniem objęto prawidłowość zawarcia umów dzierżawy:

- 1) Nr 24/DO/2017/R z dnia 31.03.2017 r.
- 2) Nr 6/DO/2018/R z dnia 01.02.2018 r.

#### **Ad. 1)**

Przedmiotem umowy jest dzierżawa pomieszczenia o powierzchni użytkowej 80 m<sup>2</sup> zlokalizowanego w budynku Szpitala, przy ul. Batorego 15.

Umowa zawarta została w trybie przetargowym na okres 3 lat od daty zawarcia umowy. Rada Społeczna pozytywnie zaopiniowała wniosek Dyrektora Szpitala dotyczący dzierżawy przedmiotowego pomieszczenia uchwałą nr 9/04/2017 z dnia 19.04.2017 r. Z uwagi na okres na jaki została zawarta umowa zgoda podmiotu tworzącego nie była wymagana. Zgodnie z zapisami umowy, dzierżawca zobowiązany jest płacić wydzierżawiającemu czynsz dzierżawny, na podstawie wystawionej przez wynajmującego faktury VAT, do 21 dni od daty wystawienia faktury. Umowa zawiera zapisy określone w § 15 „Zasad zbywania, wydzierżawiania, wynajmowania, oddania w użytkowanie lub użyczenie aktywów trwałych SP ZOZ, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie”.

Objęte kontrolą faktury za listopad 2017 r. i styczeń 2018 r. wystawione zostały zgodnie z treścią umowy. Należności z tytułu faktur wpłynęły w terminie.

#### **Ad 2)**

Przedmiotem umowy dzierżawy pomieszczenia o powierzchni użytkowej 4 m<sup>2</sup> zlokalizowanego w budynku Szpitala, przy ul. Batorego 15.

Umowa zawarta została w trybie przetargowym na okres 3 lat od daty zawarcia umowy. Rada Społeczna pozytywnie zaopiniowała wniosek Dyrektora Szpitala dotyczący dzierżawy przedmiotowego pomieszczenia uchwałą nr 10/04/2017 z dnia 19.04.2017 r. Z uwagi na okres na jaki została zawarta umowa zgoda podmiotu tworzącego nie była wymagana. Zgodnie z zapisami umowy, dzierżawca zobowiązany jest płacić wydzierżawiającemu czynsz dzierżawny, na podstawie wystawionej przez wynajmującego faktury VAT, do 21 dni od daty wystawienia faktury. Umowa zawiera zapisy określone w § 15 „Zasad zbywania, wydzierżawiania, wynajmowania, oddania w użytkowanie lub użyczenie aktywów trwałych SP ZOZ, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie”.

Objęta kontrolą faktura za luty 2018 r. wystawiona została zgodnie z treścią umowy. Należność z tytułu faktury wpłynęła w terminie.

[Dowód: akta kontroli str. 404-418]

### **B: Stwierdzone nieprawidłowości: Tak**

Uchwała Rady Społecznej nr 9/04/2017 z dnia 19.04.2017 r. została podjęta po terminie zawarcia umowy dzierżawy nr 24/DO/2017/R z dnia 31.03.2017 r.

### **C: Ocena częściowa: pozytywna z nieprawidłowościami**

#### **D: Osoby odpowiedzialne:**

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

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

#### **A. Ustalenia faktyczne:**

Ostatnia kontrola w Szpitalu Specjalistycznym Nr 2 w Bytomiu przeprowadzona została przez pracowników Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w dniach 09 -10 listopada 2016 r.

Przedmiotem kontroli objęto: realizację zadań statutowych, dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych, prawidłowość gospodarowania mieniem oraz gospodarkę finansową w okresie od 2015 r. do 2016 r.

Wydano następujące zalecenia pokontrolne:

1. Zgłoszenia do Krajowego Rejestru Sądowego danych dotyczących powołanej Rady Społecznej Szpitala.
2. Określenia w zawieranych umowach na świadczenia zdrowotne maksymalnej łącznej kwoty zobowiązania, zgodnie z art. 44 ust. 3 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2016 r. poz. 1870).
3. Zamieszczania w zawieranych umowach najmu postanowień określonych przez Zarząd Województwa Śląskiego uchwałą nr 1784/277/IV/2013 z dnia 13.08.2013 r. w sprawie przyjęcia zasad zbywania, wdzierżawiania, wynajmowania, oddania w użytkowanie lub użyczenie aktywów trwałych SP ZOZ, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie, z późn. zm.

Dyrektor Szpitala w ustawowym terminie, złożyła do Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego sprawozdanie o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych.

Sprawdzono realizację zaleceń pokontrolnych w latach 2017-2018 i stwierdzono, że zalecenia pokontrolne zostały wykonane.

**B: Stwierdzone nieprawidłowości i uchybienia: Brak**

**C: Ocena częściowa: pozytywna**

Na tym ustalenia kontrolne zakończono.

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

### **1. Pozostałe informacje**

Projekt wystąpienia pokontrolnego wraz z pismem przewodnim znak: ZD-NiP.1711.4.2018, ZD-NiP.KW-00349/18 z dnia 30.04.2018 r. został przekazany Dyrektor Szpitala Specjalistycznego Nr 2 w Bytomiu. Ze „zwrotnego potwierdzenia odbioru” wynika, że pismo zostało doręczone do Szpitala w dniu 02.05.2018 r. Dyrektor Szpitala nie zgłosiła zastrzeżeń do treści Projektu wystąpienia pokontrolnego.

### **2. Zalecenia pokontrolne**

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami zalecam podjęcie nw. działań:

- 1) dokonywać we właściwym terminie zgłoszeń aktualizujących do Krajowego Rejestru Sądowego oraz zgłosić adres strony internetowej i adres poczty elektronicznej, zgodnie z art. 22, art. 38 pkt 1a oraz art. 53a ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 roku o Krajowym Rejestrze Sądowym;
- 2) dokonać aktualizacji i ujednoczenia zapisów dotyczących nazewnictwa komórek organizacyjnych ujętych w Regulaminie Organizacyjnym i Rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonym przez Wojewodę Śląskiego, zgodnie z art. 24 ust. 1 pkt 3 ustawy o działalności leczniczej;
- 3) uaktualnić dane zawarte na stronie BIP Szpitala, zgodnie z art. 6 ust.1 pkt 2 lit. a,b,e i f, pkt 4 lit a w nawiązaniu do art. 8 ust. 3 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej oraz art. 24 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
- 4) przeprowadzić konkurs na stanowisko ordynatora w Oddziale Dermatologii i Wenerologii zgodnie z art. 49 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;

- 5) występować o opinię Rady Społecznej w sprawach wyrażenia zgody na dzierżawę, najem lub użyczenie aktywów trwałych Szpitala, przed datą podpisania umowy w przedmiotowym zakresie, zgodnie z § 5 „Zasad zbywania, wydzierżawiania, wynajmowania, oddania w użytkowanie lub użyczenie aktywów trwałych SP ZOZ, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie”.

Wystąpienie pokontrolne sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, z których jeden przekazuje się do Szpitala Specjalistycznego Nr 2 w Bytomiu.

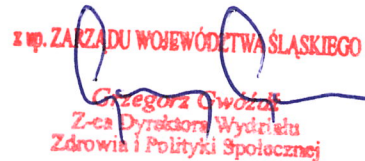
Wystąpienie pokontrolne zawiera 14 ponumerowanych stron.

### 3. Pouczenia

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

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

Podmiot uprawniony do kontroli

  
z up. ZARZĄDU WOJEWÓDZTWA ŚLĄSKIEGO  
Grzegorz Cwodziński  
Z-ca Dyrektora Wydziału  
Zdrowia i Polityki Społecznej

