

Katowice, 18 sierpnia 2021r.
NZ-NK.1711.5.2021

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

Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach - s.p.z.o.z.
ul. Panewnicka 65, 40-760 Katowice
(oznaczenie podmiotu kontrolowanego)

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

z kontroli przeprowadzonej na podstawie:

- 1) art. 121 oraz 122 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t. j.: Dz. U. z 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. 2015, poz. 1331),
- 3) planu kontroli na 2021 rok, załącznik nr 2, poz. 4 zatwierdzonego uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 469/213/VI/2021 z dnia 24.02.2021 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.,
- 5) regulaminu kontroli jednostek organizacyjnych Województwa Śląskiego określonego uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 1057/229/VI/2021 z dnia 28.04.2021 r.

I. Dane identyfikacyjne kontroli:

Jednostka kontrolowana: Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach – s.p.z.o.z.,
ul. Panewnicka 65, 40-760 Katowice.

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

- Pan Janusz Orman od 01.10.2017 r. do 20.10.2020 r.,
- Pani Ewa Fica (p.o. Dyrektora) od 21.10.2020 r. do 16.12.2020 r.,
- Pan Bohdan Kozak (p.o. Dyrektora) od 17.12.2020 r. do nadal.

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

- Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa:
 - Pan Janusz Pabian (p.o. Zastępcy Dyrektora) od 22.10.2020 r do nadal.
- Zastępcy Dyrektora ds. Administracyjno-Ekonomicznych:
 - stanowisko od dnia 13.01.2017 r. nie zostało obsadzone.
- Główniej Księgowej:

– Pani Karina Kabalec (p.o. Głównej Księgowej) od 01.10.2018 r. do dnia 31.03.2020 r.

– Pani Justyna Bomba od 01.04.2020 r do nadal.
oraz kierowników komórek organizacyjnych.

Termin przeprowadzenia czynności kontrolnych i zakres kontroli:

Kontrolę przeprowadzono w dniach 26.04.2021 r. do 10.05.2021 r. w zakresie: realizacji zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie; dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych; prawidłowości gospodarowania mieniem oraz środkami publicznymi w latach 2020-2021.

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

Osoby przeprowadzające kontrolę:

Agnieszka Wnuk – Główny Specjalista Departamentu Nadzoru Podmiotów Lecznicznych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w Katowicach, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 150NZ/2021 z dnia 26 kwietnia 2021 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 23 kwietnia 2021 r.

Tomasz Jarzab – Inspektor Departamentu Nadzoru Podmiotów Lecznicznych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w Katowicach, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 149/NZ/2021 z dnia 26 kwietnia 2021 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 23 kwietnia 2021 r.

Barbara Gwiazda - Amrosz – Główny Specjalista Departamentu Nadzoru Podmiotów Lecznicznych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 151/NZ/2021 z dnia 26 kwietnia 2021 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 23 kwietnia 2021 r.

O kontroli Dyrektor jednostki został poinformowany drogą mailową w dniu 23 kwietnia 2021 r. oraz pismem doręczonym przez kontrolujących.

Kontrolę wpisano do książki kontroli pod pozycją 99.

[Dowód: akta kontroli str. 1-20]

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.

1. Informacje ogólne.

Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach – s.p.z.o.z. 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 000000014032 oraz posiada osobowość prawną i jest wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy Katowice – Wschód pod numerem KRS 0000102533. Siedziba Szpitala znajduje się w Katowicach.

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/42/24/2017 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 18 września 2017 r., w sprawie ogłoszenia tekstu jednolitego Uchwały Nr V/12/18/2015 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 21 września 2015 r. i ogłoszonego w Dzienniku Urzędowym Województwa Śląskiego w dniu 05.10.2017 r. pod pozycją 5282 (Dz. Urz. z dnia 05.10.2017 r., poz. 5299),
- 4) Regulaminu Organizacyjnego, którego ostatnie zmiany zostały pozytywnie zaopiniowane przez Radę Społeczną Szpitala uchwałą nr 19/2019 z dnia 27.11.2020 r., a następnie wprowadzone Zarządzeniem Dyrektora Szpitala nr 32/2019 z dnia 31.05.2019 r.
- 5) w zakresie gospodarki mieniem:
 - a) procedury dotyczącej nabywania aparatury i sprzętu medycznego przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie określonej w uchwale Zarządu Województwa Śląskiego nr 1745/276/IV/2013 z dnia 06.08.2013 r., z późn. zm.,
 - b) zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie określonych w uchwale Zarządu Województwa Śląskiego nr 2232/288/V/2018 z dnia 25.09.2018 r., z późn. zm.
- 6) innych powszechnie obowiązujących przepisów prawa.

W Szpitalu zatrudnienie na dzień 26.04.2021 r. roku wynosiło ogółem 315 pracowników:

- 276 pracowników w ramach umowy o pracę,
- 39 pracowników w ramach umowy cywilnoprawnej (w tym 25 pracowników realizujących zadania w ramach umowy zlecenia oraz 14 pracowników realizujących zadania, w tym świadczenia zdrowotne, w ramach umowy kontraktowej).

[Dowód: akta kontroli str. 21]

2. Prawdliwość wpisów w Krajowym Rejestrze Sądowym.

Ostatnie zgłoszenie do Krajowego Rejestru Sądowego dotyczyło powołania Dyrektora Szpitala dokonanego uchwałą nr 2932/196/VI/2020 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 16.12.2020 roku.

Ustalono, że został dopełniony ustawowy obowiązek wynikający z art. 22 ustawy o Krajowym Rejestrze Sądowym z dnia 20 sierpnia 1997 r. (t. j.: Dz. U. z 2021 r. poz. 112), który wskazuje 7- dniowy termin na zgłoszenie zmian do KRS. Wpis został dokonany w dniu 11.01.2021 r.

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

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

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

Ustalono, że do Krajowego Rejestru Sądowego poza powyższym zgłoszone zostały pozostałe

wymagane prawem informacje o Szpitalu.

[Dowód: akta kontroli str. 22-28]

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

Regulamin Organizacyjny Szpitala (dalej: „Regulamin”) sporządzony został w oparciu o przepisy art. 24 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej. Ostatnie zmiany do Regulaminu zostały pozytywnie zaopiniowane przez Radę Społeczną Szpitala uchwałą nr 19/2019 z dnia 24.05.2019 r., a następnie wprowadzone Zarządzeniem Dyrektora Szpitala nr 32/2019 z dnia 31.05.2019 r.

W trakcie kontroli sprawdzono zgodność zapisów Regulaminu Organizacyjnego Szpitala z przepisami ustawy. Ustalono, że Regulamin zawiera wszystkie zapisy wymagane przez art. 24 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej.

Kontrolujący stwierdzili, że cele, działania i zadania Szpitala w Regulaminie Organizacyjnym są tożsame z wpisanymi w Statut Szpitala w obowiązującym brzmieniu nadanym Uchwałą Nr V/42/24/2017 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 18 września 2017 r. w sprawie zmiany uchwały Nr V/12/18/2015 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 21 września 2015 roku w sprawie nadania statutu Okręgowemu Szpitalowi Kolejowemu w Katowicach – s.p.z.o.z., za wyjątkiem zapisów dot.:

- a) świadczenia usług farmaceutycznych, które realizuje komórka organizacyjna w postaci Apteki Zakładowej;
- b) prowadzenia działalności gospodarczej w zakresie wynajmu/dzierżawy/użyczenia: pomieszczeń, powierzchni, gruntu oraz sprzętu i aparatury medycznej, jako zadanie statutowe;
- c) realizacji zleconych przez właściwy organ określonych zadań związanych z obroną cywilną, sprawami obronnymi i ochroną ludności.

	Regulamin Organizacyjny Szpitala – Rozdział II Cele i zadania podmiotu	Statut Szpitala – Rozdział 2 Cele i zadania
Cele	1) Podstawowym celem Szpitala jest udzielanie świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia.	1) Udzielanie świadczeń zdrowotnych służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania; 2) Promocja zdrowia.
Zadania	1) Udzielanie świadczeń medycznych w następujących rodzajach: a) Podstawowa opieka zdrowotna, w tym pielęgniarstwa i położnej opieki środowiskowej, b) Ambulatoryjna specjalistyczna opieka zdrowotna, c) Medycyna pracy, d) Diagnostyka medyczna, e) Stacjonarna opieka zdrowotna, f) Orzekanie o stanie zdrowia i czasowej niezdolności do pracy, g) Profilaktyka i promocja zdrowia. 2) Uczestnictwo w przygotowaniu osób do wykonywania zawodów medycznych i kształceniu osób wykonujących zawód medyczny na zasadach określonych w odrębnych przepisach regulujących kształcenie tych osób. 3) Wykonywanie innych zadań wynikających z obowiązujących przepisów prawa lub zleconych przez organ założycielski innych przepisów prawa. 4) Realizacja zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzieleniem świadczeń zdrowotnych	1) udzielanie stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych szpitalnych, 2) udzielanie stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne, 3) udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych, 4) prowadzenie działalności diagnostycznej, 5) świadczenie usług farmaceutycznych, 6) prowadzenie działań z zakresu zdrowia publicznego, w tym profilaktyka chorób, promocja zdrowia i edukacja zdrowotna, 7) uczestniczenie w realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia, 8) uczestniczenie w przygotowywaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i kształceniu osób wykonujących zawody medyczne na zasadach określonych w odrębnych przepisach regulujących kształcenie tych osób, 9) orzekanie o stanie zdrowia i czasowej niezdolności do pracy,

	Regulamin Organizacyjny Szpitala – Rozdział II Cele i zadania podmiotu	Statut Szpitala – Rozdział 2 Cele i zadania
	i promocji zdrowia, w tym wdrażanie nowych technologii medycznych oraz metod leczenia. 5) Szpital prowadzi działalność gospodarczą w zakresie wynajmu/dzierżawy/użyczenia: pomieszczeń, powierzchni, gruntu oraz sprzętu i aparatury medycznej.	10) realizacja zleconych przez właściwy organ określonych zadań związanych z obroną cywilną, sprawami obronnymi i ochroną ludności.

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

Zwraca się uwagę na konieczność zmiany stosowanego w Regulaminie Organizacyjnym zwrotu „organ założycielski” w zadaniu dot. wykonywania innych zadań wynikających z obowiązujących przepisów prawa lub zleconych przez organ założycielski innych przepisów prawa. Właściwym jest zastosowanie terminu „podmiot tworzący”.

Sprawdzono zgodność zapisów Regulaminu w zakresie struktury organizacyjnej komórek działalności medycznej oraz miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych z Księgą Rejestrową nr 0000102533 widniejącą w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (dalej: Rejestr) według stanu na dzień 26.04.2021 r.

Kontrolujący wskazują na rozbieżność ww. wpisów w zakresie:

- Oddziału Ginekologiczno-Położniczego – nie wprowadzono zmiany nazwy Oddziału na Oddział Ginekologiczny w Regulaminie Organizacyjnym w związku ze zmianą polegającą na:
 - likwidacji części położniczej Oddziału Ginekologiczno-Położniczego (Rozdział III § 6, VI § 12, Załącznik nr 1, załącznik nr 2),
 - przekształceniu Oddziału Ginekologiczno-Położniczego w Oddział Ginekologiczny z dniem 01.10.2020 r. (przekształcenie uwidocznione w Rejestrze jako zmiana nazwy Oddziału oraz ilości łóżek);
- Oddziału Neonatologicznego – nie usunięto komórki z Regulaminu, którą wykreślono z Rejestru w dniu 01.10.2020 r. (Rozdział III § 6, VI § 12, Załącznik nr 1, załącznik nr 2);
- Oddziału Klinicznego Okulistyki z Pododdziałem Okulistyki Dziecięcej – w Rejestrze Oddział Kliniczny Okulistyki oraz Pododdział Okulistyki Dziecięcej funkcjonują jako odrębne komórki organizacyjne (Rozdział III § 6, VI § 12, Załącznik nr 1, załącznik nr 2);
- Gabinetu Diagnostyczno-Zabiegowego chirurgii ogólnej, okulistyki, ginekologicznego oraz POZ – nie dokonano wpisu ww. komórek w Regulaminie.

Zgodność Regulaminu Organizacyjnego Szpitala z Rejestrem Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonym przez Wojewodę Śląskiego prezentuje przedstawiona poniżej tabela:

L.P.	REGULAMIN ORGANIZACYJNY		REJESTR PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ PROWADZONY PRZEZ WOJEWODĘ		UWAGI
	NAZWA JEDNOSTKI/ KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ	LICZBA ŁÓŻEK/ MIEJSC DZIENNEGO POBYTU/ STANOWISK/ INNE <i>(jeśli dotyczy)</i>	NAZWA JEDNOSTKI/ KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ	LICZBA ŁÓŻEK/ MIEJSC DZIENNEGO POBYTU/ STANOWISK/ INNE <i>(jeśli dotyczy)</i>	
1	2	3	4	5	6
A	ZAKŁAD LECZNICZY		ZAKŁAD LECZNICZY		
	Szpital		Szpital		
	Zespół Poradni i Pracowni Specjalistycznych		Zespół Poradni i Pracowni Specjalistycznych		

REGULAMIN ORGANIZACYJNY			REJESTR PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ PROWADZONY PRZEZ WOJEWODĘ		UWAGI
L.P.	NAZWA JEDNOSTKI/ KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ	LICZBA ŁÓŻEK/ MIEJSC DZIENNEGO POBYTU/ STANOWISK/ INNE <i>(jeśli dotyczy)</i>	NAZWA JEDNOSTKI/ KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ	LICZBA ŁÓŻEK/ MIEJSC DZIENNEGO POBYTU/ STANOWISK/ INNE <i>(jeśli dotyczy)</i>	
1	2	3	4	5	6
I	JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZAKŁADU LECZNICZEGO		JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZAKŁADU LECZNICZEGO		
	Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach s.p.z.o.z.		Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach s.p.z.o.z.		
	KOMÓRKA DZIAŁANOŚCI MEDYCZNEJ		KOMÓRKA DZIAŁANOŚCI MEDYCZNEJ		
	Oddział Chorób Wewnętrznych	24	Oddział Chorób Wewnętrznych	24	
	Oddział Chirurgii Ogólnej	22	Oddział Chirurgii Ogólnej	22	
	Oddział Ginekologiczno- Położniczy	18	Oddział Ginekologiczny	8	Nie wprowadzono zmiany nazwy Oddziału w Regulaminie Organizacyjnym
	Oddział Neonatologiczny	13+3+1	-	-	Oddział wykreślony z RPMWDL 01.10.2020 r.
	Oddział Kliniczny Okulistyki z Pododdziałem Okulistyki Dziecięcej	27+6	Oddział Kliniczny Okulistyki	27	W RPMWDL wydzielono Pododdział Okulistyki Dziecięcej z 6 łózkami
	Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	5	Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	5	Liczba łóżek intensywnej terapii
	-	-	Pododdział Okulistyki Dziecięcej	6	Pododdział nie funkcjonuje w Regulaminie jako osobna komórka
	Poradnia Lekarza POZ	x	Poradnia Lekarza POZ	x	
	Poradnia Medycyny Pracy	x	Poradnia Medycyny Pracy	x	
	Poradnia Neurologiczna	x	Poradnia Neurologiczna	x	
	Poradnia Ginekologiczno- Położnicza	x	Poradnia Ginekologiczno- Położnicza	x	
	Poradnia Chirurgii Ogólnej	x	Poradnia Chirurgii Ogólnej	x	
	Poradnia Urazowo- Ortopedyczna	x	Poradnia Urazowo- Ortopedyczna	x	
	Poradnia Urazowo- Ortopedyczna dla Dzieci	x	Poradnia Urazowo- Ortopedyczna dla Dzieci	x	
	Poradnia Okulistyczna	x	Poradnia Okulistyczna	x	
	Poradnia Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej	x	Poradnia Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej	x	
	Poradnia Anestezjologiczna	x	Poradnia Anestezjologiczna	x	
	Pracownia EEG	x	Pracownia EEG	x	
	Pracownia EKG	x	Pracownia EKG	x	
	Pracownia EMG	x	Pracownia EMG	x	

L.P.	REGULAMIN ORGANIZACYJNY		REJESTR PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ PROWADZONY PRZEZ WOJEWODĘ		UWAGI
	NAZWA JEDNOSTKI/ KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ	LICZBA ŁÓŻEK/ MIEJSC DZIENNEGO POBYTU/ STANOWISK/ INNE (jeśli dotyczy)	NAZWA JEDNOSTKI/ KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ	LICZBA ŁÓŻEK/ MIEJSC DZIENNEGO POBYTU/ STANOWISK/ INNE (jeśli dotyczy)	
1	2	3	4	5	6
	Pracownia Endoskopowa	x	Pracownia Endoskopowa	x	
	Pracownia Rentgenodiagnostyki Ogólnej	x	Pracownia Rentgenodiagnostyki Ogólnej	x	
	Pracownia Optycznej Tomografii Koherentnej OCT	x	Pracownia Optycznej Tomografii Koherentnej OCT	x	
	Pracownia Angiografii Oka	x	Pracownia Angiografii Oka	x	
	Pracownia Ultrasonografii Okulistycznej	x	Pracownia Ultrasonografii Okulistycznej	x	
	Pracownia Schorzeń Rogówki	x	Pracownia Schorzeń Rogówki	x	
	Pracownia Elektrofizjologii Narządu Wzroku	x	Pracownia Elektrofizjologii Narządu Wzroku	x	
	Pracownia Doboru Pomocy Optycznej dla Słabowidzących	x	Pracownia Doboru Pomocy Optycznej dla Słabowidzących	x	
	Pracownia Laserowa	x	Pracownia Laserowa	x	
	Pracownia USG	x	Pracownia USG	x	
	Izba Przyjęć	x	Izba Przyjęć	x	
	Blok Operacyjny	x	Blok Operacyjny	x	
	Apteka Zakładowa	x	Apteka Zakładowa	x	
	Szkoła Rodzenia	x	Szkoła Rodzenia	x	
	Bank Tkanek Oka	x	Bank Tkanek Oka	x	
	Gabinet Pielęgniarki POZ	x	Gabinet Pielęgniarki POZ	x	
	Gabinet Położnej POZ	x	Gabinet Położnej POZ	x	
	-	-	Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy (chirurgia ogólna)	x	Niewskazana w Regulaminie
	-	-	Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy (okulistyka)	x	Niewskazana w Regulaminie
	-	-	Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy (ginekologia)	x	Niewskazana w Regulaminie
	-	-	Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy (POZ)	x	Niewskazana w Regulaminie
	Centralna Sterylizatornia	x	-	x	Komórka niemedyczna
	Prosektorium	x	-	x	Komórka niemedyczna

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

Ponadto dokonano porównania poszczególnych elementów Regulaminu pod kątem zgodności zapisów dotyczących komórek działalności medycznej Szpitala wyszczególnionych w §6 i §12 Regulaminu oraz w załączniku 1 i 2 do Regulaminu. Stwierdzono następujące różnice:

L.p.	Wykaz zakładów leczniczych wraz z podległymi komórkami medycznymi (załącznik nr 2 do Regulaminu)	Struktura organizacyjna Szpitala (załącznik nr 1 do Regulaminu)	§6 Regulaminu	§12 Regulaminu
1.	Oddział Kliniczny Okulistyki	Oddział Kliniczny Okulistyki z Pododdziałem Okulistyki Dziecięcej	Oddział Kliniczny Okulistyki z Pododdziałem Okulistyki Dziecięcej	Oddział Kliniczny Okulistyki z Pododdziałem Okulistyki Dziecięcej
2.	Pododdział Okulistyki Dziecięcej			
3.	Poradnia Urazowo-Ortopedyczna dla Dzieci	Poradnia Urazowo-Ortopedyczna dla Dzieci	Poradnia Urazowo-Ortopedyczna dla Dzieci	-
4.	Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy (POZ)	-	-	-
5.	Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy (chirurgia ogólna)	-	-	-
6.	Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy (okulistyka)	-	-	-
7.	Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy (ginekologia)	-	-	-

Tabela nr 3 – Porównanie zapisów poszczególnych elementów Regulaminu pod kątem zgodności zapisów dotyczących komórek działalności medycznej Szpitala.

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/V/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, iż w okresie od 01.01.2019 r. do dnia kontroli Dyrektor Szpitala dokonał zmian w strukturze komórek działalności medycznej z zachowaniem ww. Procedury, polegających na: przekształceniu poprzez likwidację Oddziału Ginekologiczno-Położniczego w Oddział Ginekologiczny z dniem 01.10.2020 r. (likwidacja uwidoczniła w Rejestrze jako zmiana nazwy Oddziału oraz ilości łóżek) przy jednoczesnej likwidacji części położniczej ww. Oddziału oraz likwidacji Oddziału Neonatologicznego z dniem 30.09.2020 r.

Przebieg procesów przedstawiono poniżej.

L.P.	OKREŚLENIE RODZAJU ZMIANY	OPINIA RADY SPOŁECZNEJ (NR UCHWAŁY, Z DNIA)	WYMAGANA AKCEPTACJA PODMIOTU TWORZĄCEGO (TAK/ NIE/ NIE DOTYCZY)	CZYNNOŚĆ SPOWODOWAŁA ZMIANĘ UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ (TAK/ NIE/ NIE DOTYCZY)	DATA ROZPOCZĘCIA / ZAKOŃCZENIA DZIAŁALNOŚCI/ OKRES ZAWIESZENIA	DATA ZMIANY W REJESTRZE PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ	UWAGI
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Utworzenie Oddziału Ginekologicznego	9/2020 z dnia 16.09.2020 r.	tak	tak	2020-10-01	Brak danych	Zmiana uwidoczniła
2	Likwidacja Oddziału Neonatologicznego oraz części	9/2020 z dnia 16.09.2020 r.	tak	tak	2020-09-30	01.10.2020 r.	Zmiana uwidoczniła

położniczej Oddziału Ginekologiczno - Położniczego.							
--	--	--	--	--	--	--	--

Tabela nr 4 – zmiany struktury organizacyjnej w okresie objętym kontrolą (t. j. od 1.01.2020 r. do 24.06.2021 r.).

Szpital posiada własną stronę internetową pod adresem: www.kolejowy.katowice.pl oraz odrębną stronę podmiotową BIP pod adresem: bip.kolejowy.katowice.pl.

Analizie poddano zgodność danych zamieszczonych na stronie internetowej Szpitala i stronie BIP z art. 24 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej oraz zgodność danych zamieszczonych na stronie BIP z zapisami art. 8 ust. 3 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (t. j.: Dz. U. z 2020 r. poz. 2176).

Kontrola strony internetowej Biuletynu Informacji Publicznej Szpitala wykazała, że zawiera ona informacje wymagane przez art. 24 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej. Ponadto wszystkie informacje wskazane w ww. przepisie zostały poprawnie podane do wiadomości pacjentów poprzez ich wywieszenie w widocznych miejscach udzielania świadczeń.

Jednocześnie analiza zgodności danych zamieszczonych na stronie BIP z zapisami art. 8 ust. 3 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej uwidoczniała brak publikacji informacji wymaganych przez przepisy ww. ustawy dotyczących:

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

W przypadku naboru kandydatów, informacje takie widnieją na stronie internetowej Szpitala, jednakże brak jest odpowiedniego odesłania do wskazanego miejsca bezpośrednio ze strony BIP. Zwraca się uwagę, iż strona winna być na bieżąco aktualizowana.

[Dowód: akta kontroli str. 29-87]

B. Stwierdzone nieprawidłowości (przyczyny, skutki):

1. Brak zgodności pomiędzy zapisami Regulaminu Organizacyjnego Szpitala i Statutu w zakresie zadań Szpitala:
 - niewskazanie w Regulaminie zadania pn. świadczenie usług farmaceutycznych;
 - niewskazanie w Regulaminie zadania pn. realizacja zleconych przez właściwy organ określonych zadań związanych z obroną cywilną, sprawami obronnymi i ochroną ludności.
 - wskazanie w Regulaminie działania dot. prowadzenia działalności gospodarczej w zakresie wynajmu/dzierżawy/użyczenia: pomieszczeń, powierzchni, gruntu oraz sprzętu i aparatury medycznej, jako zadanie statutowe.
2. Brak zgłoszenia do Krajowego Rejestru Sądowego adresu strony internetowej i adresu poczty elektronicznej, co stanowi naruszenie art. 38 pkt 1a w związku z art. 53a ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym;
3. Rozbieżności pomiędzy zapisami Regulaminu Organizacyjnego Szpitala i Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą oraz brak spójności poszczególnych

- elementów Regulaminu Organizacyjnego Szpitala w zakresie zgodności zapisów dotyczących poszczególnych komórek organizacyjnych działalności medycznej;
4. Brak na stronie BIP Szpitala informacji nt.:
 - osób sprawujących funkcje w organach Szpitala,
 - majątku, którym dysponuje Szpital,
 - sposobach przyjmowania i załatwiania spraw,
 - naboru kandydatów na wolne stanowiska, w zakresie określonym w przepisach odrębnych,
 - dokumentacji przebiegu i efektów kontroli oraz wystąpień, stanowisk, wniosków i opinii podmiotów ją przeprowadzających.

Przyczyny nieprawidłowości:

1. Brak należytej staranności w zakresie:
 - konstruowania zapisów w Regulaminie Organizacyjnym Szpitala;
 - stosowania zapisów ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym;
 - aktualizacji Regulaminu Organizacyjnego Szpitala;
 - aktualizacji oraz wytwarzania wymaganych informacji i zamieszczanie ich na stronie internetowej BIP Szpitala.

Skutki nieprawidłowości:

1. Niepełna realizacja przepisu art. 24 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej w zakresie określenia zadań Szpitala w Regulaminie Organizacyjnym;
2. Naruszenie 38 pkt 1a w związku z art. 53a ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym;
3. Brak czytelności zapisów Regulaminu Organizacyjnego Szpitala;
4. Naruszenie art. 8 pkt. 3 w związku z art. 6 ust. 1 ustawy o dostępie do informacji publicznej.

C. Ocena cząstkowa: pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości.

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

III. Dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych.

A. Ustalenia faktyczne:

Podstawowym celem działalności Szpitala jest udzielanie świadczeń zdrowotnych i promocja zdrowia. Szpital prowadzi działalność medyczną w ramach umów zawartych z NFZ o świadczenie usług medycznych w obiektach zlokalizowanych w siedzibie Szpitala przy ul. Panewnickiej 65 w Katowicach.

1. Funkcjonowanie wybranych komórek organizacyjnych.

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

- 1) Oddziału Chorób Wewnętrznych;
- 2) Poradni Urazowo-Ortopedycznej.

1) Oddział Chorób Wewnętrznych

Oddział wpisany jest do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego

przez Wojewodę Śląskiego – kod 001 (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: 4000 Oddział chorób wewnętrznych. Oddział został wpisany do Rejestru z dniem 28.03.1994 r. i dysponuje 24 łózkami.

W Oddziale udzielane są świadczenia zdrowotne z dziedziny diagnostyki i leczenia chorób wewnętrznych w zakresie pierwszego stopnia referencji. Oddział posiada również akredytację do prowadzenia specjalizacji lekarskich w zakresie chorób wewnętrznych oraz szkoleń lekarzy w ramach stażu podyplomowego.

Liczba hospitalizowanych w Oddziale pacjentów wyniosła:

- 584 w 2020 r.,
- 123 w 2021 r.

Sprawozdana liczba osób oczekujących na leczenie w Oddziale (stan na 24.05.2021 r.) wynosiła: przypadki pilne – 0, przypadki stabilne – 0.

Zatrudnienie w Oddziale to m.in.: lekarze 5 osób, pielęgniarki 11 osób oraz 2 osoby z innej grupy zawodowej.

2) Poradnia Urazowo-Ortopedyczna

Komórka wpisana jest do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 025 (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 chirurgii urazowo-ortopedycznej. Komórka została wpisana do Rejestru z dniem 01.01.1999 r.

W Poradni wykonuje się świadczenia z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu, przy czym specjalizuje się w profilaktyce i terapii schorzeń wrodzonych i nabytych.

Liczba porad udzielonych w komórce wyniosła:

- 467 w 2020 r.,
- 44 w 2021 r.

W chwili obecnej ze względu na braki w personelu Poradnia nie udziela świadczeń medycznych. Zgodnie z przekazaną informacją Dyrekcja podejmuje wszystkie możliwe czynności w celu pozyskania wykwalifikowanej kadry lekarskiej do realizacji świadczeń z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu celem zachowania ciągłości udzielania świadczeń, realizacji przedmiotowych zadań i realizacji umów z NFZ.

Zgodnie z wpisem w Portalu potencjału zgłoszono następujący harmonogram pracy Poradni:

- poniedziałek od 11:00 do 15:00,
- wtorek od 14:00 do 18:00,
- piątek od 14:00 do 18:00.

[Dowód: akta kontroli str. 88-89]

2. Udzielanie zamówień na świadczenia zdrowotne.

Przedmiotem weryfikacji przeprowadzonej przez kontrolujących były umowy:

- 1) Nr OPO/2/K/2020 z dnia 28.02.2020 r. na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii,
- 2) Nr OPO/12/K/2020 z dnia 12.10.2020 r. na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii.

Ad. 1) Nr OPO/2/K/2020 z dnia 28.02.2020 r.

Umowa została zawarta w wyniku przeprowadzonego przez Szpital postępowania konkursowego na podstawie przepisu art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej

oraz przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Umowa została zawarta w formie pisemnej, na czas określony tj. od dnia 04.02.2020 r. do 31.01.2021 r.

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

Umowa nie określa wartości zamówienia, zgodnie z obowiązkiem wynikającym z przepisów ustawy o finansach publicznych (art. 44 ust. 3 pkt 3). W dokumentacji przetargowej określono szacunkową wartość na 129 000,00 zł.

Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach i podpisana przez strony. W ramach kontroli realizacji umowy sprawdzono fakturę nr 1/08/2020 z dnia 21.08.2020 r. – stawka za zrealizowane świadczenia zgodna z umową.

Ad. 2) Nr OPO/12/K/2020 z dnia 12.10.2020 r.

Umowa została zawarta w wyniku przeprowadzonego przez Szpital postępowania konkursowego na podstawie przepisu art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Umowa została zawarta w formie pisemnej, na czas określony tj. od dnia 12.10.2020 r. do dnia 11.10.2021 r.

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

Umowa nie określa wartości zamówienia, zgodnie z obowiązkiem wynikającym z przepisów ustawy o finansach publicznych (art. 44 ust. 3 pkt 3). W dokumentacji przetargowej określono szacunkową wartość na 383 040,00 zł.

Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach i podpisana przez strony. W ramach kontroli realizacji umowy sprawdzono fakturę nr 1/10/2020 z dnia 26.10.2020 r. – stawka za zrealizowane świadczenia zgodna z umową.

[Dowód: akta kontroli str. 90-110]

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

Ogłaszanie i przeprowadzanie konkursów na stanowiska kierownicze

Kontrola realizacji zadań na gruncie art. 49 ust. 1 pkt 2 – 5, ust. 2 – 6 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej wykazała, iż w okresie objętym kontrolą, tj. lata 2020-2021 w Okręgowym Szpitalu Kolejowym w Katowicach – s.p.z.o.z. nie miały miejsca żadne postępowania konkursowe na stanowiska kierownicze wskazane w art. 49 ww. ustawy.

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

- 1) Oddział Chorób Wewnętrznych: kierownik oddziału, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
- 2) Oddział Chirurgii Ogólnej: kierownik oddziału, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
- 3) Oddział Okulistyczny: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 4) Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii: z-ca kierownika oddziału, p.o. pielęgniarki oddziałowej i pielęgniarka koordynująca.
- 5) Oddział Neonatologiczny – data zakończenia działalności z dniem 01.10.2020 r.
- 6) Oddział Ginekologiczno – Położniczy – część położnictwa wykreślona z dniem

30.09.2020r., Oddział Ginekologiczny zawieszony do 20.04.2021 r. z wnioskiem o przedłużenie zawieszenia do 30.06.2021r.

Jak wskazano powyżej, poszczególnymi oddziałami zarządzają kierownicy oddziałów. Rozwiązanie takie jest zgodne z treścią art. 49 ust. 7 ww. ustawy, który przewiduje możliwość kierowania oddziałem przez lekarza niebędącego ordynatorem stanowiąc, że „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 naczelna pielęgniarka, natomiast zespołem pielęgniarskim na jednym oddziale (Oddział Okulistyczny) zarządza pielęgniarka oddziałowa, a na trzech osoby pełniące obowiązki pielęgniarki oddziałowej.

Ww. stanowiska określone zostały zarówno w Regulaminie Organizacyjnym Szpitala, jak i w załączniku nr 2 (Tabela zaszerogowania pracowników zatrudnionych w Szpitalu) oraz załączniku nr 4 (Wykaz stanowisk, na których przysługuje dodatek funkcyjny i stawek dodatku funkcyjnego) do Regulaminu Wynagradzania pracowników Szpitala.

[Dowód: akta kontroli str. 111-151]

4. Serwisowanie aparatury oraz sprzętu medycznego.

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

- 1) Kardiomonitor Typ ePM10M wraz ze statywem jezdny, rok produkcji: 2020. Uruchomienie urządzenia: 12.11.2020r.- aparat sprawny. Najbliższy przegląd do 12.11.2021r.,
- 2) Ssak elektryczny, Nr DB0982, rok produkcji: 2015. Ostatni przegląd okresowy odbył się 12.01.2021r. – dokonany po terminie (zgodnie z wpisem w paszporcie powinien być wykonany w październiku 2020r.) – aparat sprawny. Kolejny przegląd winien być wykonany w styczniu 2022r.,
- 3) Defibrylator Typ DefiMax Biphasic, nr 10150762, rok produkcji 2015. Ostatni przegląd okresowy odbył się 08.01.2020r. – dokonany w terminie; jak wynika z wpisu: „wszystkie parametry i funkcje zgodne z wymaganiami”. Przegląd ważny do 08.01.2021r.; zgodnie z adnotacją w paszporcie: „ważność przeglądu została przedłużona do 04.2021r. z powodu COVID-19” – przegląd wykonany w dniu 16.04.2021r. – aparat sprawny. Kolejny przegląd powinien być wykonany do 16.04.2022r.,
- 4) Ssak elektryczny Typ VICTORIA II, nr 07122831, rok produkcji 2007. Ostatni przegląd okresowy odbył się 18.01.2021r. – dokonany w terminie – aparat sprawny. Kolejny przegląd winien być wykonany do stycznia 2022r. Kontrolujący zwrócili uwagę na fakt, iż poprzedni przegląd został dokonany po terminie - w dniu 21.05.2020r. (zgodnie z wpisem w paszporcie powinien być wykonany do 13.02.2020r).

[Dowód: akta kontroli str. 152-169]

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 Szpitala w latach 2020-2021 (do dnia kontroli). Skargi rozpatrywane są w oparciu o Procedurę NR 1/DOP : „Postępowanie w przypadku skarg i wniosków”, przyjętą Zarządzeniem

Dyrektora z dnia 29 listopada 2019r. Zgodnie z ww. Procedurą, skargi i wnioski mogą być przyjmowane w formie pisemnej, w tym za pośrednictwem poczty elektronicznej, a także ustnie do protokołu. Kontrolujący ustalili, że Rejestr prowadzony jest w sposób umożliwiający kontrolę przebiegu i terminów załatwiania skarg. Poniżej przedstawiono zestawienie skarg w okresie objętym kontrolą:

L.P.	LATA	LICZBA SKARG	LICZBA SKARG UZNANYCH ZA ZASADNE	LICZBA SKARG UZNANYCH ZA NIEZASADNE	ODPOWIEŹ UDZIELONA SKARŻĄCEMU	LICZBA ODPOWIEDZI NA SKARGI UDZIELONA W TERMINIE	OBSZARY DZIAŁALNOŚCI SZPITALA, KTÓRYCH DOTYCZA SKARGI	INFORMACJA PRZEDSTAWIONA NA RADZIE SPOŁECZNEJ
1	01.01.2020-31.12.2020	14	6 –zasadnych	8 – niezasadnych	tak	14	Niewłaściwe funkcjonowanie rejestracji w poradniach, zła jakość usług świadczonych przez podwykonawcę (ochrona), jakość udzielanych świadczeń medycznych, niedopełnienie obowiązków przez personel, zarządzanie przyjęciami pacjentów	Protokół Nr 1/2021 z dnia 8.04.2021 (informacja za rok 2020)
2	01.01.2021-27.04.2021	8	1- zasadne, 3- częściowo zasadne	3 – niezasadne	tak	8	Niedopełnienie obowiązków pracowniczych, niewłaściwe funkcjonowanie rejestracji, naruszenie praw pacjenta, zła jakość świadczonych usług przez podwykonawcę (ochrona), braki w zakresie wyposażenia jednostki, naruszenie dóbr osobistych pacjenta.	

Tabela nr 5 – Zestawienie skarg wpływających do Szpitala w okresie objętym kontrolą.

Skargi zostały rozpatrzone przez Dyrektora Szpitala, skarżącemu udzielono odpowiedzi w ustawowym terminie. Zgodnie z ustawą o działalności leczniczej analiza skarg i wniosków jest przedstawiana okresowo Radzie Społecznej Szpitala. Protokół z posiedzenia Rady stanowi akta kontroli.

[Dowód: akta kontroli str.170 -178]

6. Czas oczekiwania na udzielenie świadczeń zdrowotnych.

W trakcie kontroli ustalono, że Zarządzeniem wewnętrznym Dyrektora nr 126/2018 z dnia 28 grudnia 2018 r. w Okręgowym Szpitalu Kolejowym w Katowicach – s.p.z.o.o. powołano Zespół Oceny Przyjęć. Do zadań Zespołu należy przeprowadzanie oceny list oczekujących na świadczenia realizowane przez Szpital. Listy oczekujących poddawane są ocenie Zespołu co najmniej raz w miesiącu. Z przeprowadzonych czynności Zespołu sporządzany jest protokół, który następnie przedstawiany jest Dyrektorowi Szpitala. Przykładowe protokoły z oceny list oczekujących (na świadczenia w rodzaju: leczenie szpitalne oraz ambulatoryjna opieka specjalistyczna) za miesiące: kwiecień, październik i listopad 2020r. oraz za miesiąc styczeń 2021r. stanowią akta kontroli.

Z raportu okresowej oceny list osób oczekujących na świadczenia w rodzaju leczenie szpitalne za miesiąc styczeń 2021r. wynika, że najwięcej osób oczekiwało na przyjęcie do Oddziału Okulistycznego (w przypadkach pilnych – 148 osób, w przypadkach stabilnych – 133 osoby). Najdłuższy czas oczekiwania dotyczył operacji usunięcia zylaków kończyny dolnej (123 dni dla przypadków stabilnych). W zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej najwięcej osób oczekiwało na udzielenie świadczenia w Poradni Okulistycznej, w przypadkach pilnych – 177 osób (średni czas oczekiwania 58 dni) w przypadkach stabilnych – aż 9 446 osób (średni czas oczekiwania 132 dni). Zgodnie z ww. raportem, z uwagi na trwającą pandemię (zachorowania na COVID-19), dopiero od dnia 15 stycznia 2021r. w Szpitalu przywrócono przyjęcia pacjentów

w trybie planowym, zarówno w oddziałach, jak i poradniach specjalistycznych, z zachowaniem zasad obowiązującego reżimu sanitarnego.

[Dowód: akta kontroli str.179-205]

7. Finansowanie udzielanych świadczeń.

Zestawienie podpisanych przez Szpital umów z Narodowym Funduszem Zdrowia przedstawia poniższa tabela (lata 2020-2021):

L.P	KOD UMOWY	RODZAJ ŚWIADCZENIA (nazwa)	KWOTA (zł)	OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY	UWAGI
1	121/100229/03/8/2021	Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej	29 063 444,07 zł	01.01.2020-31.12.2020	umowa podstawowa
			11 983 196,26 zł	01.01.2021-30.06.2021	
2	121/100229/03/8/2021	Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej	29 063 444,07 zł	01.01.2020-31.12.2020	Oświadczenie o wysokości ryczałtu
			11 873 265,26 zł	01.01.2021-30.06.2021	
3	121/100229/03/8/2021	Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej	29 044 011,18 zł	01.01.2020-31.12.2020	aneks nr 4
			11 983 197,38 zł	01.01.2021-30.06.2021	
4	121/100229/03/8/2021	Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej	29 063 444,07 zł	01.01.2020-31.12.2020	aneks nr 5
			12 943 196,98 zł	01.01.2021-30.06.2021	
5	121/100229/03/8/2021	Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej	29 063 444,07 zł	01.01.2020-31.12.2020	aneks nr 7
			12 943 196,98 zł	01.01.2021-30.06.2021	
6	121/100229/03/1/2021	Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej- leczenie szpitalne- oddziały szpitalne	4 045 622,49 zł	01.01.2020-31.12.2020	Umowa podstawowa
			726 924,00 zł	01.01.2021-30.06.2021	
7	121/100229/03/1/2021	Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej- leczenie szpitalne- oddziały szpitalne	4 045 622,49 zł	01.01.2020-31.12.2020	aneks nr 1
			873 555,38 zł	01.01.2021-30.06.2021	
8	121/100229/02/1/2021	Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – ambulatoryjna opieka specjalistyczna	11 440,00 zł	01.01.2020-31.12.2020	Umowa podstawowa
			6 459,73 zł	01.01.2021-30.06.2021	
9	121/100229/01/2020	Umowa o udzielanie świadczeń gwarantowanych w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna	0,00 zł	01.01.2021-31.12.2021	Umowa podstawowa
10	121/100229/03/5/2021	Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej- leczenie szpitalne- programy lekowe	12,00 zł	01.01.2021-30.06.2021	Umowa podstawowa
11	121/100229/19/1/2021	ZAPOBIEGANIE, PRZECIWDZIAŁANIE I ZWALCZANIE COVID-19	0,00 zł	01.01.2021-31.12.2021	Umowa podstawowa
12	121/100229/19/1/2021A	ZAPOBIEGANIE, PRZECIWDZIAŁANIE I ZWALCZANIE COVID-19	0,00 zł	01.01.2021-28.02.2021	Umowa podstawowa
13	121/100229/19/1/2021B	ZAPOBIEGANIE, PRZECIWDZIAŁANIE I ZWALCZANIE COVID-19	0,00 zł	01.01.2021-31.12.2021	Umowa podstawowa
14	121/100229/19/1/2021C	ZAPOBIEGANIE, PRZECIWDZIAŁANIE I ZWALCZANIE COVID-19	0,00 zł	01.01.2021-31.12.2021	Umowa podstawowa
15	121/100229/19/3/2021	UMOWA NA WYKONYWANIE SZCZEWPIEŃ OCHRONNYCH PRZECIW GRYPPIE	0,00 zł	01.01.2021-31.12.2021	Umowa podstawowa
16	121/100229/19/4/2021	ZAPOBIEGANIE, PRZECIWDZIAŁANIE I ZWALCZANIE COVID-19	0,00 zł	01.01.2021-31.12.2021	Umowa podstawowa

Tabela nr 6- Wykaz umów zawartych z NFZ w latach 2020 -2021,

Ww. świadczenia były realizowane na podstawie umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie: Leczenia szpitalnego i Ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Dodatkowo w 2021 roku Szpital zawarł umowy na realizację świadczeń zdrowotnych związanych

z zapobieganiem przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 oraz wykonywanie szczepień ochronnych przeciw grypie.

[Dowód: akta kontroli str.206]

8. Certyfikaty jakości.

W ramach kontroli jakości udzielanych świadczeń ustalono, że Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach – s.p.z.o.z. w okresie objętym kontrolą nie posiadał Certyfikatu akredytacyjnego Ministerstwa Zdrowia.

Zgodnie z przekazanymi wyjaśnieniami Dyrektora Placówki, ważność Certyfikatu ISO 9001:2015 (w zakresie świadczenia usług medycznych w oddziałach szpitalnych, poradniach, pracowniach diagnostycznych oraz w zakresie sterylizacji wyrobów medycznych) upłynęła z dniem 18.01.2021r. Z uwagi na sytuację epidemiczną w kraju (wysoka zachorowalność na COVID-19) oraz sytuację finansową Szpitala nie przystąpiono do kolejnego audytu certyfikacyjnego w roku bieżącym. Wskazano ponadto, iż Dyrekcja Szpitala rozważa przystąpienie w przyszłości do programu akredytacji prowadzonej przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia.

9. Zaplecze diagnostyczne.

W okresie objętym kontrolą (01.01.2020-26.04.2021r.), podstawowym rodzajem używanej aparatury przez pracowników medycznych pozostawały aparaty: EKG, RTG, stoły operacyjne aparaty do znieczulania ogólnego oraz aparaty EMG (wykonanych odpowiednio około: 1500, 950, 700, 660 oraz 450 badań/ zabiegów). Wyszczególnienie posiadanej aparatury wraz z okresem użytkowania sprzętu zostało przedstawione w poniższej tabeli.

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.	Aparaty EKG	4	1	0	2	7	1482
2.	Aparaty KTG	0	0	1	0	1	0
3.	Aparaty EEG	0	0	1	2	3	69
4.	Aparaty EMG	0	0	1	1	2	455
5.	Aparaty RTG, w tym:	2	0	1	1	4	943
6.	Aparaty USG, w tym:	4	5	0	2	11	277
7.	Litoltryktor	0	0	0	0	0	0
8.	Laseroterapia	1	10	0	3	14	61
9.	Analizator biochemiczny wieloparametrowy	0	0	0	0	0	0
10.	Respirator, w tym:	2	2	6	1	11	0
11.	Aparat do znieczulenia ogólnego	0	0	3	2	5	663
12.	Stoły operacyjne	2	0	5	1	8	703
13.	Inkubatory	0	2	0	0	2	0
14.	Aparatura endoskopowa	5	5	0	0	10	148

Tabela nr 7- Zaplecze diagnostyczne (01.01.2020r. - 26.04.2021r.).

Na podstawie ww. tabeli stwierdzić można, iż największa liczba sprzętu i aparatury medycznej będąca w posiadaniu Szpitala mieści się w okresie użytkowania, 4-8 lat.

Należy przy tym zaznaczyć, że z uwagi na występującą pandemię koronawirusa SARS CoV-2, liczba wykonywanych badań i zabiegów oraz specyfika udzielanych czynności medycznych w kontrolowanym okresie mogła ulec zmianie.

[Dowód: akta kontroli str.207-209]

10. Braki kadrowe.

Zgodnie z przedstawionymi informacjami przez Dyрекcję Szpitala, na dzień kontroli odnotowano braki w zatrudnieniu, zarówno w grupach zawodowych personelu medycznego: pielęgniarki (łącznie 10 osób) oraz lekarze (2 osoby), jak i personelu administracyjnego (łącznie 8 osób). Występujący niedobór kadry medycznej dotyczy Oddziału Chorób Wewnętrznych oraz Oddziału Okulistycznego. Zarządzający Placówką sukcesywnie podejmuje starania w celu dotrudnienia personelu medycznego, m.in. poprzez umieszczanie ogłoszeń o pracę na stronie internetowej Szpitala czy też zgłaszanie potrzeb kadrowych do Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Katowicach.

Jak wynika z przekazanych wyjaśnień, w chwili obecnej istniejące braki kadrowe nie zagrażają ciągłości udzielanych świadczeń medycznych.

[Dowód: akta kontroli str. 210]

11. Wykonywanie badań satysfakcji pacjenta.

Badanie ankietowe satysfakcji pacjenta prowadzone są na podstawie Zarządzenia nr 52/2019 z dnia 05.09.2019 r. Zgodnie z ww. Zarządzeniem, pielęgniarki oddziałowe są zobowiązane do „bieżącego przekazywania pacjentom Karty Satysfakcji Pacjenta nie rzadziej niż raz do roku (...)”. Wypełnione przez pacjentów ankiety są następnie przekazywane do Pielęgniarki Naczelnej Szpitala, która odpowiedzialna jest za ich bieżącą analizę oraz sporządzenie pisemnych raportów z przeprowadzonej analizy.

Kontrolujący zwrócili uwagę, iż treść § 2 ww. Zarządzenia, określająca częstotliwość wydawania ankiet badanym - zapis dot. „bieżącego” ich przekazywania, jednakże „nie rzadziej niż raz do roku” wymaga doprecyzowania i zmiany.

Karta Satysfakcji Pacjenta to anonimowe ankiety skierowane do pacjentów oddziałów szpitalnych i poradni specjalistycznych, których wzory załączono do akt kontroli. Ankieta przeznaczona dla pacjentów Szpitala obejmuje kilka obszarów m.in.: przyjęcie do Placówki, ocenę przez pacjenta procedury przekazania z izby przyjęć do danego oddziału, warunków pobytu oraz jakości opieki lekarskiej i pielęgniarskiej. Ankieta przekazywana chorym w poradniach specjalistycznych dotyczy oceny pracy personelu w rejestracji Szpitala, przyjęcia do danej poradni czy też dostępności do lekarza specjalisty.

Kontrolującym przedstawiono analizę Kart za 2020 rok. Z przekazanych dokumentów wynika, że ankietowaniu poddani zostali pacjenci hospitalizowani w Oddziałach: Chorób Wewnętrznych, Chirurgii Ogólnej oraz Okulistyki z Pododdziałem Okulistyki Dziecięcej. Łącznie wydano 120 Kart, z czego otrzymano 92 wypełnione ankiety, co stanowiło zwrot na poziomie ok. 77%. Większość badanych (ok. 60%) oceniło usługi świadczone w Szpitalu na poziomie bardzo dobrym, ok. 40% na poziomie dobrym. Opinie negatywne dotyczyły jakości i temperatury wydawanych posiłków (zastrzeżenia w tym obszarze zgłosiło 40% ankietowanych pacjentów).

[Dowód: akta kontroli str. 211-225]

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

Szpital w okresie objętym kontrolą prowadził działania zmierzające do spełnienia wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność medyczną. Łączny poniesiony koszt dostosowania w roku 2020 wyniósł 262 194,44 zł. Tabela obrazująca przeprowadzone inwestycje w ww. zakresie stanowi akta kontroli.

[Dowód: akta kontroli str. 226]

13. System kontroli/oceny zakażeń.

W trakcie kontroli ustalono, iż w Szpitalu funkcjonuje Zespół ds. kontroli zakażeń szpitalnych oraz Komitet ds. kontroli zakażeń szpitalnych, powołane odpowiednio Zarządzeniami wewnętrznymi Dyrektora nr 12/2015 z dnia 16.04.2015 r. i nr 7/2021 z dnia 15.03.2021r.

Zgodnie z zapisami ww. Zarządzeń do zadań:

- 1) Zespołu należy:
 - a) opracowanie i aktualizacja systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych,
 - b) prowadzenie kontroli wewnętrznej, o której mowa w ustawie o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi oraz przedstawienie wyników i wniosków z tej kontroli Kierownikowi Szpitala i Komitetowi ds. zakażeń szpitalnych,
 - c) szkolenie personelu w zakresie kontroli zakażeń szpitalnych,
 - d) konsultowanie osób podejrzanych o zakażenie lub chorobę zakaźną oraz tych, u których rozpoznano zakażenie lub chorobę zakaźną;
- 2) Komitetu należy:
 - a) opracowywanie i zatwierdzenie programu kontroli zakażeń oraz zatwierdzenie innych działań w zakresie zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych,
 - b) ocena i analiza wyników działań podejmowanych w Szpitalu przez Zespół ds. kontroli zakażeń szpitalnych,
 - c) zapewnienie środków finansowych niezbędnych do realizacji programu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych,
 - d) opracowywanie standardów profilaktyki i terapii antybiotykowej w Szpitalu.

Jak wynika z przekazanych informacji, w Szpitalu prowadzone są zarówno szkolenia wewnętrzne, jak i zewnętrzne dla personelu w obszarze zakażeń (wewnętrzne - zgodnie z prowadzonym harmonogramem na dany rok, zewnętrzne – od 2020 r. do chwili obecnej, z uwagi na zagrożenie epidemiczne, wyłącznie w formie on-line). Dodatkowo w obszarze zakażeń szkoleni są pracownicy nowo przyjęci oraz studenci i stażyści. W celu zapewnienia bezpieczeństwa udzielania świadczeń, zarówno pacjentom jak i personelowi medycznemu, w Szpitalu wprowadzono do stosowania liczne procedury w zakresie kontroli i oceny zakażeń m.in.: „Procedurę postępowania w przypadku podejrzenia lub wystąpienia ogniska epidemicznego”, „Procedurę izolacji pacjentów”, „Procedurę zgłaszania podejrzenia/rozpoznania choroby zakaźnej lub zgonu z powodu choroby zakaźnej pacjentów Okręgowego Szpitala Kolejowego w Katowicach” czy też „Procedurę rejestracji zakażenia szpitalnego/czynnika alarmowego”.

Przykładowe protokoły z działalności Zespołu ds. Kontroli Zakażeń Szpitalnych (z dnia 10 lutego i 27 lipca 2020r. oraz ostatni (do dnia kontroli) protokół z posiedzenia Komitetu ds. Kontroli Zakażeń Szpitalnych (z dnia 24 marca 2021r.) stanowią akta kontroli.

[Dowód: akta kontroli str. 227 - 312]

B. Stwierdzone nieprawidłowości (przyczyny, skutki):

1. Opóźnienie w wykonaniu przeglądów technicznych części użytkowanej przez Szpital aparatury medycznej (Ssak elektryczny Nr DB0982 oraz Ssak elektryczny Typ VICTORIA II, nr 07122831),
2. Brak przeprowadzenia konkursu na stanowiska pielęgniarek oddziałowych w trzech Oddziałach (Oddział Chorób Wewnętrznych, Chirurgii Ogólnej oraz Anestezjologii i Intensywnej Terapii) zgodnie z art. 49 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.

Przyczyny nieprawidłowości:

1. Niedochowanie należytej staranności w zakresie terminowości dokonywania przeglądów technicznych urządzeń i aparatury medycznej,
2. Niedochowanie należytej staranności w zakresie stosowania zapisów art. 49 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.

Skutki nieprawidłowości:

1. Naruszenie zapisów art. 90 ust. 6 i 7 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych,
2. Naruszenie zapisów art. 49 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

C. Ocena cząstkowa: pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości.

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

IV. Prawidłowość gospodarowania mieniem.

A. Ustalenia faktyczne.

W zakresie prawidłowości gospodarowania mieniem kontrolą objęto niżej wymienione zagadnienia:

1. Nabycie sprzętu i aparatury medycznej

a) Zestaw endoskopowy o wartości: 239 040,00 zł;

- dowód przyjęcia OT0 – 00078/2020 z dnia 31.12.2020 r., numer inwentarzowy: 001251, nr zewnętrzny 4/Szp011/940/802;
- zakup został ujęty w planie inwestycyjnym Szpitala na 2020 r.;
- sprzęt został zakupiony w 100 % ze środków pochodzących z darowizny pieniężnej;
- zakup potwierdzony fakturą VAT nr (S) FS- MED-42/12/2020 z dnia 30.12.2020 r. na kwotę 230 040,00 zł, termin płatności do dnia: 30.01.2021 r., zapłacono w terminie (07.01.2021 r.)

W toku kontroli ustalono, iż Dyrektor Szpitala nie wystąpił:

- do Rady Społecznej o wyrażenie opinii w przedmiocie zakupu/przyjęcia darowizny ww. sprzętu,
- do podmiotu tworzącego z wnioskiem o wyrażenie akceptacji dla nabycia /przyjęcia darowizny Zestawu endoskopowego.

[Dowód: akta kontroli str.313- 318]

2. Zbycie sprzętu i aparatury medycznej.

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

- a) Lampa do fototerapii z wyposażeniem dodatkowym – nr fabryczny: 190301457, nr zewnętrzny: 4/Szp011/0822/802; rok produkcji: 2019; data przyjęcia do użytkowania: wrzesień 2019 r. (Oddział Neonatologiczny – darowizna Fundacji Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy), wartość początkowa: 8 914,19 zł; wartość umorzenia: 1 931,41 zł (21,67%);
- z uwagi na likwidację Oddziału Neonatologicznego z dniem 01.10.2020 r. Szpital wystąpił do darczyńcy o wyrażenie zgody na przekazanie ww. sprzętu do innej placówki medycznej (zgodnie z zawartą umową wymagana zgoda darczyńcy na powyższe);
 - zgoda Zarządu Fundacji na przeniesienie Lampy do fototerapii do Oddziału Noworodkowego Centrum Zdrowia w Mikołowie (pismo z dnia 09.11.2020r.);
 - protokół odbioru sprzętu ze Szpitala przez wyznaczoną do tego firmę odpowiedzialną za odbiór, przewiezienie i zainstalowanie Lampy u nowego użytkownika (z dnia 09.11.2020r.);
 - dowód LT0-00013/2020 z dnia 26.11.2020 r.

W toku kontroli ustalono, iż Dyrektor Szpital nie wystąpił do Rady Społecznej o wyrażenie opinii w przedmiocie zbycia ww. sprzętu medycznego.

[Dowód: akta kontroli str. 319-326]

3. Najem/dzierżawa pomieszczeń.

Zgodnie z przekazanymi informacjami, w kontrolowanym okresie Szpital zawarł 1 umowę dzierżawy - nr AZP/01/K/2021 z dnia 03.02.2021r.

Przedmiotem umowy jest udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w zakresie wykonywania badań laboratoryjnych wraz z dzierżawą pomieszczeń Szpitala o łącznej powierzchni użytkowej 108,79 m² zlokalizowanych na II piętrze Bloku Diagnostyczno – Zabiegowego, z przeznaczeniem na prowadzenie działalności pomocniczej dla Szpitala – Laboratorium analitycznego. W związku z powyższym, sprawdzaniem objęto zapisy dot. zawarcia umowy dzierżawy z Przyjmującym zamówienie.

Umowa została zawarta na czas określony - 24 miesiące, począwszy od dnia 03.02.2021 r. do dnia 02.02.2023 r. Z uwagi na okres, na jaki została zawarta umowa, zgoda podmiotu tworzącego nie była wymagana.

Rada Społeczna Szpitala pozytywnie zaopiniowała wniosek w sprawie wydzierżawienia ww. pomieszczeń (uchwała nr 10/2020 z dnia 14.10.2020 r.).

Zgodnie z § 3 pkt. 5 „Zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie” przyjętych uchwałą nr 1966/161/VI/2020 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 26.08.2020 r. umowa powinna zawierać m.in. postanowienia dotyczące ubezpieczenia przedmiotu umowy od następstw zdarzeń losowych oraz od odpowiedzialności cywilnej.

Zapisy zawartej umowy nie uwzględniają ubezpieczenia przedmiotu umowy od następstw zdarzeń losowych. Pozostałe wymogi określone ww. uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego zostały zawarte w przedmiotowej umowie.

Objęte kontrolą faktury za miesiąc marzec i kwiecień 2021 r. zostały wystawione zgodnie z treścią umowy.

[Dowód: akta kontroli str. 326-338]

B: Stwierdzone nieprawidłowości (przyczyny, skutki):

1. Brak uzyskania opinii Rady Społecznej dotyczącej:
 - nabycia Zestawu endoskopowego,
 - zbycia Lampy do fototerapii;
2. Niezłożenie do podmiotu tworzącego wniosku o wyrażenie zgody na nabycie Zestawu endoskopowego,
3. Nieuwzględnienie w zawartej umowie nr AZP/01/K/2021 z dnia 03.02.2021 r. zapisów dot. ubezpieczenia przedmiotu umowy od następstw zdarzeń losowych.

Przyczyny nieprawidłowości:

Niedochowanie należytej staranności:

- w zakresie przestrzegania procedury dotyczącej nabywania oraz zbywania sprzętu i aparatury medycznej,
- w procesie konstruowania treści umowy nr AZP/01/K/2021 poprzez nieuwzględnienie w jej zapisach ubezpieczenia przedmiotu umowy od następstw zdarzeń losowych.

Skutki nieprawidłowości:

1. Naruszenie zapisów art. 48 ust. 2 pkt 1 lit. a) i pkt 2 lit. e) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej oraz Rozdz. III pkt 1 i 2 „ Procedury nabywania aparatury i sprzętu medycznego przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie”,
2. Naruszenie zapisów art. 48 ust. 2 pkt 1 lit. a) i pkt 2 lit. e) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej oraz § 4 ust.1 „Zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie”,
3. Naruszenie § 3 pkt. 5 „Zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie”.

C. Ocena częściowa: pozytywna z nieprawidłowościami.

D. Osoba odpowiedzialna:

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

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

A. Ustalenia faktyczne.

Ostatnia kontrola w Okręgowym Szpitalu Kolejowym w Katowicach – s.p.z.o.z. przeprowadzona została przez pracowników Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w dniach 05.09.2019 r. – 06.09.2019 r.

Przedmiotem kontroli objęto: realizację zadań statutowych, dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych, prawidłowość gospodarowania mieniem oraz gospodarkę finansową w okresie od 2017 r. do 2019 r.

Wydano następujące zalecenia pokontrolne:

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

- 1) *dokonywania we właściwym terminie zgłoszeń aktualizujących do Krajowego Rejestru*

- Sądowego, zgodnie z art. 22 ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym;
- 2) zgłoszenia do Krajowego Rejestru Sądowego adresu strony internetowej i adresu poczty elektronicznej Szpitala, zgodnie z art. 38 pkt 1a w związku z art. 53a ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym;
 - 3) usunięcia niezgodności pomiędzy zapisami Regulaminu Organizacyjnego Szpitala i Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą w zakresie komórek organizacyjnych działalności medycznej;
 - 4) usunięcia niezgodności pomiędzy elementami Regulaminu Organizacyjnego Szpitala w zakresie wyszczególnienia komórek organizacyjnych działalności medycznej;
 - 5) umieszczenia na stronie BIP Szpitala informacji o osobach sprawujących funkcje w organach Szpitala, majątku, którym dysponuje Szpital, sposobach przyjmowania i załatwiania spraw, naboru kandydatów na wolne stanowiska, w zakresie określonym w przepisach odrębnych, a także dokumentacji przebiegu i efektów kontroli oraz wystąpień, stanowisk, wniosków i opinii podmiotów ją przeprowadzających, zgodnie z art. 8 ust. 3 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej;
 - 6) zawierania umów na realizację świadczeń zdrowotnych po uprzednim przeprowadzeniu konkursu ofert w sytuacji, gdy wartość świadczeń objętych umową przekracza kwotę 30 000 euro, zgodnie z art. 26 ust. 3 oraz art. 26a ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
 - 7) umieszczania w zawieranych umowach na realizację świadczeń zdrowotnych postanowień dotyczących szczegółowych okoliczności uzasadniających rozwiązanie umowy za wypowiedzeniem, zgodnie z art. 27 ust. 4 pkt 8) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
 - 8) przeprowadzania postępowań konkursowych zgodnie z zapisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą w zakresie dot. §15 ust 3 ww. rozporządzenia tj. pisemnego powiadomienia kandydatów o wynikach konkursu;
 - 9) przeprowadzenia postępowań konkursowych na stanowiska pielęgniarek oddziałowych/położnej oddziałowej w czterech Oddziałach (Oddział Chorób Wewnętrznych, Oddział Chirurgii Ogólnej, Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Oddział Ginekologiczno - Położniczy) zgodnie z art. 49 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej;
 - 10) występowania do Rady Społecznej Szpitala o opinię w sprawie zakupu nowej aparatury i sprzętu medycznego, zgodnie z art. 48 ust. 2 pkt 2 lit. e ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
 - 11) występowania do podmiotu tworzącego o akceptację dla nabycia aparatury i sprzętu medycznego, zgodnie z Procedurą dotyczącą nabywania aparatury i sprzętu medycznego przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie, określonej w uchwale Zarządu Województwa Śląskiego nr 1745/276/IV/2013 z dnia 06.08.2013 r. z późn. zm.;
 - 12) przestrzegania obowiązku realizacji zaleceń pokontrolnych wydanych przez podmiot tworzący w wyniku przeprowadzonej kontroli.

Dyrektor Szpitala, w ustawowym terminie, złożył do Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego sprawozdanie o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych pismem z dnia 13.03.2020 r.

Sprawdzono realizację zaleceń pokontrolnych i stwierdzono, że wskazane powyżej zalecenia nie zostały wykonane w całości.

B: Stwierdzone nieprawidłowości (przyczyny, skutki):

1. Niepełna realizacja zalecenia pokontrolnego dot. zgłoszenia do Krajowego Rejestru Sądowego adresu strony internetowej i adresu poczty elektronicznej Szpitala, zgodnie z art. 38 pkt 1a w związku z art. 53a ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym;
2. Niepełna realizacja zalecenia pokontrolnego dot. usunięcia niezgodności pomiędzy zapisami Regulaminu Organizacyjnego Szpitala i Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą w zakresie komórek organizacyjnych działalności medycznej;
3. Niepełna realizacja zalecenia pokontrolnego dot. usunięcia niezgodności pomiędzy elementami Regulaminu Organizacyjnego Szpitala w zakresie wyszczególnienia komórek organizacyjnych działalności medycznej;
4. Brak realizacji zalecenia dot. umieszczenia na stronie BIP Szpitala informacji o osobach sprawujących funkcje w organach Szpitala, majątku, którym dysponuje Szpital, sposobach przyjmowania i załatwiania spraw, naboru kandydatów na wolne stanowiska, w zakresie określonym w przepisach odrębnych, a także dokumentacji przebiegu i efektów kontroli oraz wystąpień, stanowisk, wniosków i opinii podmiotów ją przeprowadzających, zgodnie z art. 8 ust. 3 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej;
5. Brak realizacji zalecenia dot. przeprowadzenia postępowań konkursowych na stanowiska pielęgniarek oddziałowych w Oddziałach Chorób Wewnętrznych, Chirurgii Ogólnej, Anestezjologii i Intensywnej Terapii;
6. Brak realizacji zalecenia dot. występowania do Rady Społecznej Szpitala o opinię w sprawie zakupu nowej aparatury i sprzętu medycznego, zgodnie z art. 48 ust. 2 pkt 2 lit. e ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
7. Brak realizacji zalecenia dot. występowania do podmiotu tworzącego o akceptację dla nabycia aparatury i sprzętu medycznego, zgodnie z Procedurą dotyczącą nabywania aparatury i sprzętu medycznego przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie, określonej w uchwale Zarządu Województwa Śląskiego nr 1745/276/IV/2013 z dnia 06.08.2013 r. z późn. zm.;
8. Brak przestrzegania obowiązku realizacji zaleceń pokontrolnych wydanych przez podmiot tworzący podczas poprzedniej kontroli.

Przyczyny nieprawidłowości:

Zaniedbania w zakresie sprawowanego nadzoru nad poszczególnymi komórkami organizacyjnymi (pracownikami) Szpitala odpowiedzialnymi za realizację ww. czynności.

Skutki nieprawidłowości:

Brak realizacji zaleceń pokontrolnych, do wykonania których Dyrektor Szpitala zobowiązany został przez Zarząd Województwa Śląskiego w wystąpieniu pokontrolnym z dnia 27 lutego 2020 r.

C: Ocena cząstkowa: negatywna - z uwagi na brak przestrzegania obowiązku realizacji wydanych zaleceń pokontrolnych.

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.

Na tym ustalenia kontrolne zakończono.

VI. Pozostałe informacje i pouczenia.

1. Pozostałe informacje.

Pismem z dnia 23 lipca 2021 r., znak: NZ-NK.1711.5.2021(NZ-NK.KW-00418/21), Projekt wystąpienia pokontrolnego został przekazany Dyrektorowi Okręgowego Szpitala Kolejowego w Katowicach – s.p.z.o.z.. Pismo zostało doręczone w dniu 26 lipca 2021 r. Dyrektor Szpitala nie zgłosił zastrzeżeń do treści Projektu wystąpienia pokontrolnego.

2. Zalecenia

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami zalecam podjąć działania polegające na:

- 1) Wpisaniu w treść Regulaminu Organizacyjnego zadań będących w pełni tożsamymi z wyszczególnionymi w Statucie Szpitala;
- 2) Zgłoszeniu do Krajowego Rejestru Sądowego adresu strony internetowej i adresu poczty elektronicznej Szpitala;
- 3) Usunięciu rozbieżności pomiędzy zapisami Regulaminu Organizacyjnego Szpitala i Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą oraz poszczególnych elementów Regulaminu Organizacyjnego Szpitala w zakresie zgodności zapisów dotyczących poszczególnych komórek organizacyjnych działalności medycznej;
- 4) Umieszczeniu na stronie BIP Szpitala wszystkich informacji wymaganych przepisami prawa;
- 5) Każdorazowym terminowym wykonywaniu przeglądów technicznych użytkowanego sprzętu i aparatury medycznej;
- 6) Niezwłocznym przeprowadzeniu konkursu na stanowiska pielęgniarek oddziałowych;
- 7) Przedstawianiu Radzie Społecznej do zaopiniowania wniosków w sprawie zakupu lub likwidacji aparatury i sprzętu medycznego;
- 8) Każdorazowym przestrzeganiu zapisów „Procedury nabywania aparatury i sprzętu medycznego przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie” szczególnie w zakresie uzyskiwania akceptacji podmiotu tworzącego na nabycie aparatury i sprzętu medycznego;
- 9) Każdorazowym umieszczaniu w treści zawieranych umów najmu i dzierżawy wszystkich zapisów wskazanych w „Zasadach gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnymi publicznymi zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie”;
- 10) Pełnej realizacji zaleceń pokontrolnych wydanych przez podmiot tworzący w wyniku przeprowadzonej kontroli.

3. Pouczenia

Wystąpienie pokontrolne sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, z których jeden przekazuje się do Okręgowego Szpitala Kolejowego w Katowicach – s.p.z.o.z.

Wystąpienie pokontrolne zawiera 24 ponumerowane strony.

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

Na podstawie § 26 ww. rozporządzenia, informację o sposobie wykonania zaleceń, wykorzystaniu wniosków lub przyczynach ich niewykorzystania albo o innym sposobie usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości należy przekazać do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w terminie 30 dni od daty otrzymania niniejszego wystąpienia.

Podmiot uprawniony do kontroli

z up. ZARZĄDU WOJEWÓDZTWA ŚLĄSKIEGO

Grzegorz Gwóźdź
Zastępca Dyrektora
Departamentu Nadzoru Podmiotów
Leczniczych i Ochrony Zdrowia