

Katowice, 4 maja 2021 r.
NZ-NK.1711.7.2020

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

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Szpital Psychiatryczny
ul. Gliwicka 5, 44-180 Toszek**
(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 2020 r. poz. 295 z późn. zm.),
- 2) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych (t. j.: Dz. U. z 2015 r., poz. 1331),
- 3) planu kontroli na 2020 rok, załącznik nr 2, poz. 16 zatwierdzonego uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 5/91/VI/2020 z dnia 08.01.2020 r.,
- 4) regulaminu kontroli podmiotów leczniczych, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie określonego uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 666/30/VI/2019 z dnia 27.03.2019 r. z późn. zm.

I. Dane identyfikacyjne kontroli:

Jednostka kontrolowana: Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Szpital Psychiatryczny, ul. Gliwicka 5, 44-180 Toszek.

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

- Pani Anna Rusek od 15.10.1993 r. do 31.07.2020 r.,
- Pan Erwin Janysek od 01.08.2020 r. do nadal.

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

- Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa - Pani Joanny Mikołajczyk-Wenzel,
- Naczelnej Pielęgniarki/Zastępcy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa i Jakości – Pani Grażyny Zarzyckiej,
- Główniej Księgowej – Pani Aldony Sierocińskiej.

Termin przeprowadzenia czynności kontrolnych i zakres kontroli:

Kontrolę przeprowadzono w dniach 01-07.10.2020 r. w zakresie: realizacji zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie, dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych, prawidłowości gospodarowania mieniem oraz środkami publicznymi w latach 2018-2020.

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

Osoby przeprowadzające kontrolę:

Tomasz Jarzab - Inspektor Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 413/NZ/2020 z dnia 25 września 2020 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 1 października 2020 r.

Weronika Loska-Tomanik - Inspektor Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 412/NZ/2020 z dnia 25 września 2020 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 1 października 2020 r.

Barbara Gwiazda-Amrosz – Główny Specjalista Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 422/NZ/2020 z dnia 29 września 2020 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 1 października 2020 r.

O kontroli Dyrektor jednostki został poinformowany pismem z dnia 22 września 2020 r. (odbior przez Szpital pisemnego powiadomienia w dniu 24 września 2020 r.).

Kontrolę wpisano do książki kontroli pod pozycją 6/2020.

[Dowód: akta kontroli str. 1-13]

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 Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szpitala Psychiatrycznego w Toszku.

1. Informacje ogólne.

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Psychiatryczny z siedzibą w Toszku 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 000000013832 oraz posiada osobowość prawną i jest wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego w Gliwicach pod numerem KRS 0000044032. Siedzibą Szpitala jest Toszek.

Szpital działa na podstawie:

- 1) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t. j.: Dz. U. z 2020 r. poz. 295 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 2020 r. poz. 1398 z późn. zm.),
- 3) Statutu Szpitala, przyjętego Uchwałą Nr V/42/41/2017 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 18 września 2017 r., w sprawie ogłoszenia tekstu jednolitego Uchwały Nr V/12/35/2015 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 21 września 2015 r.

- i ogłoszonego w Dzienniku Urzędowym Województwa Śląskiego w dniu 20.02.2017 r. pod pozycją 1040 (Dz. Urz. z dnia 20.02.2017 r., poz. 1040),
- 4) Regulaminu Organizacyjnego, którego ostatnie zmiany, pozytywnie zaopiniowane przez Radę Społeczną uchwałą nr 22/2019 z dnia 28.11.2019 r., wprowadzone zostały w życie Zarządzeniem Dyrektora nr 77/2019 z dnia 30.12.2019 r., a także 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 samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie, określonych w Uchwale Zarządu Województwa Śląskiego nr 2232/288/V/2018 z dnia 25 września 2018 r. z późn. zm.,
 - 5) innych powszechnie obowiązujących przepisów prawa.

W Szpitalu zatrudnienie na dzień 01.10.2020 r. wynosiło:

- 541 pracowników w ramach umowy o pracę,
- 16 pracowników w ramach umowy zlecenie.

[Dowód: akta kontroli str.14]

2. Prawdliwość wpisów w Krajowym Rejestrze Sądowym.

Ostatnie zgłoszenie do Krajowego Rejestru Sądowego z dnia 05.08.2020 r. (złożone w Sądzie Rejonowym w Gliwicach dnia 05 sierpnia 2019 r.) dotyczy zmiany na stanowisku Dyrektora Szpitala (wykreślenia byłego Dyrektora Pani Anny Rusek i wpisanie obecnego Dyrektora Pana Erwina Janyska). 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 2019 r. poz. 1500 z późn. zm.), który wskazuje 7 dni na zgłoszenie zmian do KRS (powołanie nowego dyrektora z dniem 01.08.2020 r., wniosek z dnia 05.08.2020 r., wysłanie wniosku listem poleconym za potwierdzeniem odbioru w dniu 05.08.2020 r.). Ustalono, że do Krajowego Rejestru Sądowego zgłoszone zostały wszystkie wymagane prawem informacje o Szpitalu. Zostały zrealizowane zalecenia pokontrolne z poprzedniej kontroli prowadzonej przez pracowników Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej, dotyczące zgłoszenia do Krajowego Rejestru Sądowego adresu strony internetowej i adresu poczty elektronicznej Szpitala.

[Dowód: akta kontroli str. 15-34]

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

Regulamin Organizacyjny Szpitala (dalej: „Regulamin”) sporządzony został w oparciu o przepisy art. 24 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej. Ostatnie zmiany do Regulaminu, pozytywnie zaopiniowane przez Radę Społeczną uchwałą nr 22/2019 z dnia 28.11.2019 r., zostały wprowadzone w życie Zarządzeniem Dyrektora nr 77/2019 z dnia 30 grudnia 2019 r.

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

Stwierdzono błędny zapis w Regulaminie dotyczący jednego z elementów wskazanych w art. 24 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, ponadto zapisy nie pokrywają się z Załącznikiem Nr 2 do Regulaminu. Art. 24 ust. 1 pkt 9 ww. ustawy wymaga określenia w Regulaminie wysokości opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej ustalonej w sposób wskazany w art. 28 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t. j.: Dz. U. z 2020 r., poz. 849).

Handwritten signature and initials

W § 16 Działu V Regulaminu zatytułowanym "Wysokość opłaty za udostępnianie dokumentacji medycznej" wskazany został sposób obliczania wysokości opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej. Zapis w ust. 1 pkt 2 nie jest zgodny z brzmieniem art. 28 ust. 4 pkt 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Maksymalna wysokość opłaty za jedną stronę kopii albo wydruku dokumentacji medycznej nie może przekraczać 0,00007 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej "Monitor Polski" - a nie 0,0002 jak wskazano w Regulaminie. Ponadto zapis w § 16 Działu V ust. 1 pkt 3 nie jest zgodny z brzmieniem art. 28 ust. 4 pkt 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, który wskazuje, że maksymalna wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych – nie może przekraczać 0,0004 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej "Monitor Polski". W Regulaminie jest zapis że sporządzenie wyciągu, odpisu lub kopii dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych, jeżeli podmiot wykonujący działalność medyczną prowadzi dokumentację medyczną w postaci elektronicznej – nie może przekraczać 0,002 przeciętnego wynagrodzenia o którym mowa powyżej. Określenie kwot wyrażonych w złotych polskich zawiera Załącznik nr 2 do Regulaminu Organizacyjnego.

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

Sprawdzono zgodność zapisów Regulaminu w zakresie struktury organizacyjnej komórek działalności medycznej oraz miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych z Księgą Rejestrową widniejącą w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonym przez Wojewodę Śląskiego według stanu na dzień 01.10.2020 r.

Porównanie zapisów Regulaminu z Rejestrem Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonym przez Wojewodę Śląskiego prezentuje przedstawiona poniżej Tabela nr 1.

REGULAMIN ORGANIZACYJNY			REJESTR PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ	
I.p.	Nazwa jednostki/ komórki organizacyjnej	Liczba łóżek/ miejsc dziennego pobytu/ stanowisk/ inne	Nazwa jednostki/ komórki organizacyjnej	Liczba łóżek/ miejsc dziennego pobytu/ stanowisk/ inne
1	2	3	4	5
A	ZAKŁAD LECZNICZY		ZAKŁAD LECZNICZY	
	SZPITAL		SZPITAL	
I	JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZAKŁADU LECZNICZEGO		JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZAKŁADU LECZNICZEGO	
	SP ZOZ Szpital Psychiatryczny		SZPITAL	
1	KOMÓRKA DZIAŁALNOŚCI MEDYCZNEJ		KOMÓRKA DZIAŁALNOŚCI MEDYCZNEJ	
1.1.	Oddział internistyczny VIII	28	Oddział internistyczny VIII	28
1.2.	Oddział psychiatryczny ogólny I	40	Oddział psychiatryczny ogólny I	40
1.3.	Oddział psychiatryczny ogólny II	45	Oddział psychiatryczny ogólny II	45
1.4.	Oddział psychiatryczny ogólny III	45	Oddział psychiatryczny ogólny III	45

[Handwritten signature]

REGULAMIN ORGANIZACYJNY			REJESTR PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ	
I.p.	Nazwa jednostki/ komórki organizacyjnej	Liczba łóżek/ miejsc dziennego pobytu/ stanowisk/ inne	Nazwa jednostki/ komórki organizacyjnej	Liczba łóżek/ miejsc dziennego pobytu/ stanowisk/ inne
1	2	3	4	5
1.5.	Oddział psychiatryczny ogólny IV	45	Oddział psychiatryczny ogólny IV	45
1.6.	Oddział psychiatryczny ogólny IX	45	Oddział psychiatryczny ogólny IX	45
1.7.	Oddział psychiatryczny ogólny X	45	Oddział psychiatryczny ogólny X	45
1.8.	Oddział psychiatryczny sądowy VI	30	Oddział psychiatryczny sądowy VI	30
1.9.	Oddział psychiatryczny sądowy odwykowy VII	30	Oddział Psychiatryczny sądowy odwykowy VII	30
1.10.	Oddział psychiatryczny sądowy V	30	Oddział psychiatryczny sądowy V	30
1.11.	Oddział psychiatryczny przewlekły XI	45	Oddział psychiatryczny przewlekły XI	45
1.12.	Oddział psychiatryczny przewlekły XIV	30	Oddział psychiatryczny przewlekły XIV	30
1.13.	Oddział psychiatryczny przewlekły XV	32	Oddział psychiatryczny przewlekły XV	32
1.14.	Oddział rehabilitacji psychiatrycznej XVI w Dąbrówce	40	Oddział rehabilitacji psychiatrycznej XVI w Dąbrówce	40
1.15.	Oddział detoksykacji alkoholowej XII	25	Oddział detoksykacji alkoholowej XII	25
1.16.	Oddział odwykowy alkoholowy XIII	26	Oddział odwykowy alkoholowy XIII	26
1.17.	Oddział psychiatryczny sądowy dla nieletnich o wzmocnionym zabezpieczeniu XVII	25	Oddział psychiatryczny sądowy dla nieletnich o wzmocnionym zabezpieczeniu XVII	25
1.18.	Medyczne laboratorium diagnostyczne		Medyczne laboratorium diagnostyczne	
1.19.	Pracownia diagnostyki obrazowej		Pracownia diagnostyki obrazowej	
1.20.	Pracownia diagnostyki ultradźwiękowej		Pracownia diagnostyki ultradźwiękowej	
1.21.	Pracownia diagnostyki kardiologicznej		Pracownia diagnostyki kardiologicznej	
1.22.	Pracownia endoskopii		Pracownia endoskopii	
1.23.	Ośrodek rehabilitacyjno- terapeutyczny		Ośrodek rehabilitacyjno-terapeutyczny	
1.24.	Pracownia psychologiczna		Pracownia psychologiczna	
1.25.	Apteka szpitalna		Apteka szpitalna	
1.26.	Izba przyjęć		Izba przyjęć	
1.27.	Zespół pracowników socjalnych		Zespół pracowników socjalnych	
B	ZAKŁAD LECZNICZY		ZAKŁAD LECZNICZY	
AMBULATORYJNA OPIEKA ZDROWOTNA			AMBULATORYJNA OPIEKA ZDROWOTNA	
I	JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZAKŁADU LECZNICZEGO		JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZAKŁADU LECZNICZEGO	
	SP ZOZ Szpital Psychiatryczny		SP ZOZ Szpital Psychiatryczny	
1	KOMÓRKA DZIAŁANOŚCI MEDYCZNEJ		KOMÓRKA DZIAŁANOŚCI MEDYCZNEJ	
1.1.	Oddział dzienny psychogeriatryczny XVIII	20 miejsc	Oddział dzienny psychogeriatryczny XVIII	20 miejsc
1.2.	Poradnia zdrowia psychicznego		Poradnia zdrowia psychicznego	

REGULAMIN ORGANIZACYJNY		REJESTR PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ		
I.p.	Nazwa jednostki/ komórki organizacyjnej	Liczba łóżek/ miejsc dziennego pobytu/ stanowisk/ inne	Nazwa jednostki/ komórki organizacyjnej	Liczba łóżek/ miejsc dziennego pobytu/ stanowisk/ inne
1	2	3	4	5
1.3.	Poradnia chorób wewnętrznych-gastroenterologia		Poradnia chorób wewnętrznych-gastroenterologia	
1.4.	Poradnia medycyny pracy		Poradnia medycyny pracy	
1.5.	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy		Gabinet diagnostyczno-zabiegowy	
1.6.	Zespół leczenia środowiskowego		Zespół leczenia środowiskowego	
1.7.			Poradnia chirurgii ogólnej	
1.8.			Poradnia ginekologiczno-położnicza	
1.9.			Poradnia urologiczna	
1.10.			Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej	

Tabela nr 1 – Porównanie zapisów Regulaminu Organizacyjnego z Rejestrem Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonym przez Wojewodę Śląskiego.

Zapisy Załącznika Nr 4 do Regulaminu zatytułowanego „Wykaz zakładów leczniczych i komórek organizacyjnych, w których prowadzona jest działalność lecznicza Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnego Szpitala Psychiatrycznego w Toszku” nie są zgodne z widniejącymi w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (dalej: Rejestr) wg stanu na dzień 01.10.2020 r. Księga Rejestrowa zawiera wpisy dotyczące następujących komórek organizacyjnych, które nie zostały uwidocznione w ww. Załączniku nr 4 Regulaminu:

- Poradnia chirurgii ogólnej,
- Poradnia ginekologiczno-położnicza,
- Poradnia urologiczna,
- Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

Już podczas poprzedniej kontroli, przeprowadzonej w 2018 roku, wykazano, że w Rejestrze widnieje komórka organizacyjna – Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, która nie udziela świadczeń. Wyjaśniono, że komórka Szpitala nie uzyskała kontraktu z NFZ i nie jest przewidywane udzielanie w niej świadczeń. Utrzymywanie ww. nieaktywnej komórki organizacyjnej Szpitala wskazano jako nieprawidłowość w wystąpieniu z kontroli przeprowadzonej w 2018 r., tym samym stwierdza się, że nie zostały wykonane zalecenia pokontrolne, zgodnie z którymi należało wykreślić ze struktury Szpitala nie działającą komórkę organizacyjną widniejącą w Rejestrze – Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

Podczas bieżącej kontroli, Dyrektor Szpital oświadczył, że Poradnia chirurgii ogólnej, Poradnia ginekologiczno-położnicza i Poradnia urologiczna również nie posiadają kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia i nie wykonują świadczeń medycznych.

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 prowadzonym przez Wojewodę Śląskiego. Podczas kontroli stwierdzono, że Dyrektor Szpitala nie wystąpił do Rady Społecznej z wnioskiem o akceptację utworzenia dwóch komórek organizacyjnych – Oddziału dziennego psychogeriatrycznego XVIII oraz Zespołu Leczenia Środowiskowego w odpowiednim terminie tj. przed wprowadzeniem ww. komórek do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą.

L.P.	OKREŚLENIE RODZAJU ZMIANY	OPINIA RADY SPOŁECZNEJ	WYMAGANA AKCEPTACJA PODMIOTU TWORZĄCEGO	CZYNNOSĆ SPOWODOWAŁA ZMIANĘ UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ	DATA ROZPOCZĘCIA/ZAKOŃCZENIA DZIAŁALNOŚCI/OKRES ZAWIESZENIA	DATA ZMIANY W REJESTRZE PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ
1	2	3	4	5	6	7
1	Oddział dzienny psychogeriatryczny XVIII	Uchwała nr 26 z dnia 28.11.2019 r.	Tak	-	01.10.2019 r.	03.09.2019 r.
2	Zespół leczenia środowiskowego	Uchwała Nr 27 z dnia 28.11.2019 r.	Tak	-	01.10.2019 r.	03.09.2019 r.

Tabela nr 2 – Zmiany struktury organizacyjnej w okresie objętym kontrolą (tj. 01.01.2018 r do 01.10.2020 r.).

Jak wynika z wyjaśnień Dyrektora Szpitala, powyższe komórki organizacyjne, nie wykonują świadczeń medycznych w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. Zostały utworzone na potrzeby realizacji projektu unijnego pod nazwą: „W drodze do samodzielności – rozwój usług zdrowotnych świadczonych w lokalnej społeczności w powiecie gliwickim.”

Szpital posiada własną stronę internetową pod adresem: www.szpitaltoszek.pl oraz odrębną stronę podmiotową BIP pod adresem: www.e-bip.org.pl/spzoztoszek. Kontrola strony Biuletynu Informacji Publicznej Szpitala wykazała, że zawiera ona informacje wymagane przez art. 24 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Analizie poddano zgodność danych zamieszczonych na stronie BIP z zapisami art. 8 ust. 3 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (t. j.: Dz. U. z 2019 r. poz. 1429 z późn. zm.). Stwierdzono, że nie opublikowano informacji wymaganych przez przepisy ww. ustawy w zakresie:

- majątku, którym dysponuje Szpital,
- dokumentacji przebiegu i efektów kontroli oraz wystąpień, stanowisk, wniosków i opinii podmiotów ją przeprowadzających.

Na stronie BIP, w zakładce „Budżet i majątek” zamieszczone są tylko dokumenty:

- „Rachunek zysków i strat za rok 2017”,
- „Rachunek zysków i strat za rok 2016”.

Brak informacji o aktualnym majątku, którym dysponuje Szpital.

Ponadto, w zakładce „Inne dokumenty” umieszczono następujące wpisy;

- Przeprowadzone kontrole w roku 2020
- Przeprowadzone kontrole w roku 2019
- Przeprowadzone kontrole w roku 2018
- Przeprowadzone kontrole w roku 2017

Nie zawierają one jednak dokumentacji przebiegu i efektów kontroli, wymaganych w art. 8 ust. 3 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej.

Powyższe nieprawidłowości, zostały stwierdzone już w poprzedniej kontroli z 2018 r. i zgodnie z zaleceniami należało zamieścić na stronie BIP Szpitala informacje w tym zakresie.

Stwierdza się zatem, że nie zostały wykonane zalecenia pokontrolne.

[Dowód: akta kontroli str. 35-82]

B. Stwierdzone nieprawidłowości (przyczyny, skutki):

1. Nieprawidłowość w zakresie wskazania w treści Regulaminu Organizacyjnego niewłaściwego sposobu obliczania wysokości opłaty za jedną stronę kopii albo wydruku dokumentacji medycznej oraz wysokości opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych zgodnie z art. 28 ust. 4 pkt 2 i pkt 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
2. Nieprawidłowość polegająca na braku opinii Rady Społecznej dotyczącej rozszerzenia działalności Szpitala w zakresie utworzenia dwóch komórek organizacyjnych – Oddziału dziennego psychogeriatrycznego XVIII oraz Zespołu Leczenia Środowiskowego w terminie wpisu tych komórek do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą;
3. Nieprawidłowość polegająca na braku informacji na stronach BIP w zakresie majątku, którym dysponuje Szpital oraz dokumentacji przebiegu i efektów kontroli oraz wystąpień, stanowisk, wniosków i opinii podmiotów ją przeprowadzających zgodnie z zapisami art. 8 ust. 3 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej;
4. Nieprawidłowość polegająca na utrzymywaniu w strukturze Szpitala niedziałających komórek organizacyjnych (Poradni lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, Poradni chirurgii ogólnej, Poradni ginekologiczno-położniczej, Poradni urologicznej) i nie zgłoszenie tego Wojewodzie Śląskiemu celem aktualizacji w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą - co jest niezgodnie ze stanem faktycznym i stanowi naruszenie art. 24 ust. 1 pkt 3 i 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Przyczyny nieprawidłowości:

Brak właściwego nadzoru Dyrektora nad pracownikami odpowiedzialnymi za należyte wykonanie zadań w zakresie:

- aktualizacji zapisów Regulaminu Organizacyjnego w zakresie wskazania sposobu obliczania wysokości opłaty za jedną stronę kopii albo wydruku dokumentacji medycznej oraz wysokości opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych,
- prawidłowego przebiegu procedury dotyczącej zmian w strukturze organizacyjnej Szpitala,
- zamieszczenia informacji na stronach BIP Szpitala zgodnie z obowiązującymi przepisami,
- bieżącego wykreślania niedziałających komórek organizacyjnych ze struktury organizacyjnej Szpitala poprzez aktualizację Regulaminu Organizacyjnego Szpitala oraz Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą.

Skutki nieprawidłowości:

- naruszenie art. 28 ust. 4 pkt 2 i pkt 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
- naruszenie zapisów art. 48 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej oraz Rozdz. II pkt 1 Procedury postępowania w przypadku dokonywania zmian dotyczących struktury organizacyjnej zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie,
- naruszenie art. 8 ust. 3 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej,
- naruszenie art. 24 ust. 1 pkt 3 i 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Wskazane nieprawidłowości nie stanowią rażącego naruszenia przepisów prawa.

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 Toszku przy ulicy Gliwickiej 5 oraz w oddziale zamiejscowym pod adresem Dąbrówka-Hubertus nr 1.

1. Funkcjonowanie wybranych komórek organizacyjnych.

W ramach prowadzonych czynności szczególną kontrolą objęto funkcjonowanie wybranych komórek medycznych – Oddział internistyczny VIII oraz Poradnię chorób wewnętrznych-gastroenterologiczną.

1) Oddział internistyczny VIII

Mieszczący się w Toszku przy ul. Gliwickiej 5 Oddział wpisany jest do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 001 (kod resortowy identyfikujący komórkę organizacyjną stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych), kod resortowy charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych: 4000 Oddział chorób wewnętrznych. Oddział został wpisany do Rejestru z dniem 28 stycznia 1994 r. i dysponuje 28 łózkami.

Oddział zajmuje się w szczególności diagnostyką i leczeniem pacjentów ze schorzeniami internistycznymi, w tym gastroenterologicznymi.

W okresie objętym kontrolą liczba hospitalizowanych pacjentów wyniosła:

- 802 w 2018 r.,
- 880 w 2019 r.,
- 419 w okresie od 01.01.2020 r. do 01.10.2020 r.

2) Poradnia chorób wewnętrznych – gastroenterologiczna

Poradnia, zlokalizowana w Toszku przy ul. Gliwickiej 5, wpisana jest do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 033 (kod resortowy identyfikujący komórkę organizacyjną stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych), kod resortowy charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych: 1050 Poradnia gastroenterologiczna. Poradnia została wpisana do Rejestru z dniem 28.01.1994 r.

Poradnia przyjmuje pacjentów pierwszorazowych w zakresie gastroenterologii, wykonuje wizyty diagnostyczne, badania gastrokopii i kolonoskopii.

W okresie objętym kontrolą liczba udzielonych porad wynosiła:

- 1 878 w 2018 r.,
- 1 540 w 2019 r.,
- 914 w okresie od 01.01.2020 r. do 01.10.2020 r.

Na listę oczekujących wpisano 42 przypadki stabilne. Według harmonogramu pracy zamieszczonego w Portalu Świadczeniodawcy NFZ świadczenia są udzielane przez 3 dni w tygodniu – w poniedziałki (od godziny 8.00-12.00), w środy (od godziny 8.00-12.20) oraz w piątki (od godziny 14.00-18.00).

[Dowód: akta kontroli str. 83-84]

2. Udzielanie zamówień na świadczenia zdrowotne.

Przedmiotem weryfikacji przeprowadzonej przez kontrolujących były zapisy umów:

1) 161/DEG/2019 z dnia 13.09.2019 r. dotyczącej udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie konsultacji chirurgicznych,

2) 44/DEG/2002 z dnia 28.02.2020 r. dotyczącej transportu sanitarnego pacjentów Szpitala.

Ad. 1) 161/DEG/2019 z dnia 13.09.2019 r.

Umowa została zawarta zgodnie z przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

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

Umowa została zawarta w formie pisemnej, na czas określony, tj. od dnia 14.09.2019 r. do dnia 13.09.2022 r., oraz wskazuje maksymalną wartość zamówienia.

Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach i podpisana przez strony. W ramach kontroli realizacji umowy sprawdzono fakturę nr:

- K/19/01/110 z dnia 31.01.2019 r. – cena jednostkowa konsultacji zgodna z umową.

Ad. 2) 44/DEG/2002 z dnia 28.02.2020 r.

Umowa została zawarta w wyniku przeprowadzonego przez Szpital postępowania konkursowego, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

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

Umowa została zawarta w formie pisemnej, na czas określony, tj. od dnia 01.03.2020 r. do dnia 28.02.2021 r., oraz wskazuje maksymalną wartość zamówienia.

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

W ramach kontroli realizacji umowy sprawdzono fakturę nr:

- UT/034/08/2020 z dnia 01.08.2020 r. - stawka jednostkowa zgodna z umową.

[Dowód: akta kontroli str. 85-114]

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

Ogłaszanie i przeprowadzanie konkursów na stanowiska kierownicze

Kontrola realizacji zadań na gruncie art. 49 ust. 1 pkt 2-5, ust. 2 – 6 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej wykazała, że w okresie objętym kontrolą, tj. lata 2018-2020 w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Szpitalu Psychiatrycznym w Toszku miało miejsce osiemnaście postępowań konkursowych na stanowiska kierownicze wskazane w art. 49 w/w ustawy.

Przeprowadzone/prowadzone postępowania konkursowe na stanowiska kierownicze:

- 1) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału psychiatrycznego ogólnego I (data konkursu: 05.03.2019 r., okres zatrudnienia 01.10.2019 r. – 30.09.2025 r.),
- 2) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału psychiatrycznego ogólnego II (data konkursu: 05.03.2019 r., okres zatrudnienia 01.10.2019 r. – 30.09.2027 r.),
- 3) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału psychiatrycznego ogólnego III (data konkursu: 05.03.2019 r., okres zatrudnienia 01.10.2019 r. – 30.09.2027 r.),
- 4) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału psychiatrycznego ogólnego IV (data konkursu: 05.03.2019 r., okres zatrudnienia 01.10.2019 r. – 30.09.2025 r.),
- 5) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału psychiatrycznego sądowego V (data konkursu: 06.03.2019 r., okres zatrudnienia 01.10.2019 r. – 30.09.2025 r.),
- 6) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału psychiatrycznego sądowego VI (data konkursu: 06.03.2019 r., okres zatrudnienia 01.10.2019 r. – 30.09.2025 r.),
- 7) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału psychiatrycznego sądowego odwykowego VII

- (data konkursu: 06.03.2019 r., okres zatrudnienia 09.10.2019 r. – 08.10.2025 r.),
- 8) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału internistycznego VIII (data konkursu: 05.03.2019 r., okres zatrudnienia 15.10.2019 r. – 14.10.2025 r.),
 - 9) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału psychiatrycznego ogólnego IX (data konkursu: 05.03.2019 r., okres zatrudnienia 09.10.2019 r. – 08.10.2025 r.),
 - 10) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału psychiatrycznego ogólnego X (data konkursu: 05.03.2019 r., okres zatrudnienia 01.10.2019 r. – 30.09.2025 r.),
 - 11) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału psychiatrycznego przewlekłego XI (data konkursu: 08.03.2019 r., okres zatrudnienia 01.10.2019 r. – 30.09.2025 r.),
 - 12) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału detoksykacji alkoholowej XII (data konkursu: 05.03.2019 r., okres zatrudnienia 01.10.2019 r. – 30.09.2027 r.),
 - 13) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału odwykowego alkoholowego XIII (data konkursu: 05.03.2019 r., nie doszło do podpisania umowy),
 - 14) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału psychiatrycznego przewlekłego XIV (data konkursu: 08.03.2019 r., okres zatrudnienia 01.10.2019 r. – 30.09.2025 r.),
 - 15) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału psychiatrycznego przewlekłego XV (data konkursu: 08.03.2019 r., okres zatrudnienia 01.10.2019 r. – 30.09.2025 r.),
 - 16) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału rehabilitacji psychiatrycznej XVI (data konkursu: 08.03.2019 r., okres zatrudnienia 01.08.2019 r. – 31.07.2025 r.),
 - 17) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału psychiatrycznego sądowego dla nieletnich o wzmocnionym zabezpieczeniu XVII (data konkursu: 05.03.2019 r., okres zatrudnienia 01.10.2019 r. – 30.09.2025 r.),
 - 18) Stanowisko naczelniej pielęgniarki (data konkursu: 25.09.2018 r., okres zatrudnienia 01.10.2018 r. – 30.09.2024 r.),

Zgodnie z wyjaśnieniami otrzymanymi przez kontrolowanego z kandydatką wybraną w konkursie na stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału odwykowego alkoholowego XIII nie zawarto umowy, z uwagi na złożoną rezygnację z ww. stanowiska. Wobec powyższego zgodnie z art. 49 ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej Kierownik podmiotu leczniczego powinien ogłosić nowy konkurs w okresie 30 dni od zakończenia postępowania w poprzednim konkursie tj. w roku 2019. Kontrolowany poinformował, iż nowy konkurs nie został ogłoszony do chwili obecnej.

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

- 1) Oddział psychiatryczny ogólny I: kierownik medyczny oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 2) Oddział psychiatryczny ogólny II: kierownik medyczny oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 3) Oddział psychiatryczny ogólny III: kierownik medyczny oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 4) Oddział psychiatryczny ogólny IV: kierownik medyczny oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 5) Oddział psychiatryczny sądowy V: kierownik medyczny oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 6) Oddział psychiatryczny sądowy VI: kierownik medyczny oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 7) Oddział psychiatryczny sądowy odwykowy VII: kierownik medyczny oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 8) Oddział internistyczny VIII: kierownik medyczny oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 9) Oddział psychiatryczny ogólny IX: kierownik medyczny oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 10) Oddział psychiatryczny ogólny X: kierownik medyczny oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 11) Oddział psychiatryczny przewlekły XI: kierownik medyczny oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 12) Oddział detoksykacyjny alkoholowej XII: kierownik medyczny oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 13) Oddział odwykowy alkoholowy XIII: kierownik medyczny oddziału, p.o. pielęgniarka oddziałowa;

- 14) Oddział psychiatryczny przewlekły XIV: kierownik medyczny oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 15) Oddział psychiatryczny przewlekły XV: kierownik medyczny oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 16) Oddział rehabilitacji psychiatrycznej XVI: kierownik medyczny oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 17) Oddział psychiatryczny sądowy dla nieletnich o wzmocnionym zabezpieczeniu XVII: kierownik medyczny oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 18) Oddział psychogeriatryczny dzienny XVIII: kierownik medyczny oddziału, p.o. pielęgniarka oddziałowa.

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

Pracą całego personelu pielęgniarskiego kieruje zastępca dyrektora ds. pielęgniarstwa i jakości/naczelną pielęgniarką, natomiast zespołami pielęgniarskimi na 16 oddziałach zarządzają pielęgniarki oddziałowe, a na dwóch osoby pełniące obowiązki pielęgniarki oddziałowej.

Ww. stanowiska określone zostały zarówno w Regulaminie Organizacyjnym Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szpitala Psychiatrycznego w Toszku, jak i załączniku nr 2 (Tabela zaszerogowań stanowisk pracy) oraz nr 3 (Wykaz stanowisk kierowniczych i dodatków funkcyjnych) do Regulaminu Wynagradzania Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szpitala Psychiatrycznego w Toszku.

[Dowód: akta kontroli str. 115-159]

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) Kolonoskop CF-Q165L SIN 2601073, rok produkcji 2006, użytkowany w Pracowni endoskopii. Ostatni przegląd okresowy odbył się w dniu 21.10.2019 r. – nie został dokonany w terminie (10 dni po terminie). Zgodnie z wpisem: „aparat sprawny technicznie”. Następný przegląd wyznaczony został na dzień 21 października 2020 r.,
- 2) Gastroskop GIF-Q165 SIN 2602094, rok produkcji 2006, użytkowany w Pracowni endoskopii. Przegląd okresowy odbył się w dniu 06.04.2020 r. – został dokonany w terminie. Następný przegląd powinien być wykonany do dnia 03.02.2021 r., Zgodnie z wpisem: „aparat sprawny”,
- 3) Aparat EKG Mr Red, rok produkcji 2004, użytkowany w Oddziale IV ogólnopsychiatrycznym. Przegląd okresowy odbył się w dniu 30.06.2020 r. – został dokonany w terminie. Następný przegląd powinien być wykonany w 30.06.2021 r. Zgodnie z wpisem: „aparat sprawny”.

[Dowód: akta kontroli str. 160-165]

5. Czas oczekiwania na udzielenie świadczeń zdrowotnych.

W Szpitalu zgodnie z art. 20 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych prowadzone są listy osób oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego. W trakcie kontroli ustalono, że w Szpitalu działa „Zespół ds. Oceny Przyjęć” powołany zarządzeniem Dyrektora Szpitala Nr 84/A/2020 z dnia 1 września 2020 r., który zastąpił dotychczas funkcjonujący Zespół Oceny Przyjęć powołany zarządzeniem Nr 50/2015 z dnia 31 grudnia 2015 roku.

Zespół ds. Oceny Przyjęć, raz w miesiącu sporządza protokół z okresowej oceny list oczekujących, który przedstawiany jest Dyrektorowi Szpitala. Przykładowe protokoły za miesiąc sierpień 2018 r., kwiecień 2019 r. oraz marzec 2020 r. stanowią dowód kontroli.

Zgodnie z listą oczekujących na świadczenie medyczne wg stanu na dzień 1 października 2020 roku wynika, że najdłuższy czas oczekiwania na realizację świadczeń medycznych miał miejsce w Oddziale internistycznym VIII i wynosił:

- 84 dni w przypadkach stabilnych,
- 6 dni w przypadkach pilnych.

Najkrótszy czas oczekiwania zanotowano m.in. w Oddziale psychiatrycznym sądowym VI i wynosił on:

- 0 dni w przypadkach stabilnych,
- 0 dni w przypadkach pilnych.

[Dowód: akta kontroli str. 166-174]

6. 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. Skargi rozpatrywane są w oparciu o procedurę przyjmowania i rozpatrywania skarg i zażaleń, wprowadzoną w życie Zarządzeniem Dyrektora nr 81/2013 z dnia 30 grudnia 2013 r. Zgodnie z w/w procedurą, skargi i zażalenia przyjmowane są w formie pisemnej oraz ustnej (protokołowanej). Skargi zgłaszane telefonicznie są odnotowywane jako ustne, skargi zgłoszone e-mailem odnotowywane są jako pisemne. Rozpoznawanie skarg i wniosków odbywa się w trybie określonym przepisami Kodeksu postępowania administracyjnego.

Skargi i wnioski rejestrowane są w prowadzonym w Szpitalu Rejestrze skarg i wniosków, który prowadzony jest zgodnie z art. 254 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t. j.: Dz. U. z 2020 r., poz. 256 z późn. zm.), czyli w sposób umożliwiający kontrolę przebiegu i terminów załatwiania skarg. Rozpoznawanie skarg i wniosków odbywa się w trybie określonym przepisami Kodeksu postępowania administracyjnego.

Poniżej przedstawiono zestawienie skarg i wniosków w okresie objętym kontrolą (tabela nr 3 i 4).

L.P.	LATA	LICZBA SKARG	LICZBA SKARG UZNANYCH ZA ZASADNE	LICZBA SKARG UZNANYCH ZA NIEZASADNE	ODPOWIEDŹ UDZIELONA SKARŻĄCEMU	LICZBA ODPOWIEDZI NA SKARGI UDZIELONA W TERMINIE	OBSZARY DZIAŁALNOŚCI SZPITALA, KTÓRYCH DOTYCZA SKARGI	INFORMACJA PRZEDSTAWIONA NA RADZIE SPOŁECZNEJ
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	2018	8	0	8	TAK	8	Realizacja świadczeń medycznych w zakresie leczenia szpitalnego oraz polityka żywieniowa	Informację przedstawiono na Radzie Społecznej – 23 lipca 2018 oraz 27 listopada 2018 r. (dot. skarg niemedyceycznych)
2	2019	5	0	5	TAK	5	Realizacja świadczeń medycznych oraz polityka żywieniowa	Informację przedstawiono na Radzie Społecznej – 19 kwietnia 2019 oraz 28 listopada 2019 r. (dot. skarg niemedyceycznych)

L.P.	LATA	LICZBA SKARG	LICZBA SKARG UZNANYCH ZA ZASADNE	LICZBA SKARG UZNANYCH ZA NIEZASADNE	ODPOWIEDŹ UDZIELONA SKARŻĄCEMU	LICZBA ODPOWIEDZI NA SKARGI UDZIELONA W TERMINIE	OBSZARY DZIAŁALNOŚCI SZPITALA, KTÓRYCH DOTYCZĄ SKARGI	INFORMACJA PRZEDSTAWIONA NA RADZIE SPOŁECZNEJ
1	2	3	4	5	6	7	8	9
3	2020	8	0	8	TAK	8	Realizacja świadczeń medycznych w zakresie leczenia szpitalnego oraz ambulatoryjnego, polityka żywieniowa oraz polityka mieszkaniowa	Informacje dot. 6 skarg przedstawionych na Radzie Społecznej – 31.08.2020 r. pozostałe 2 skargi zostaną rozpatrzone na kolejnej Radzie Społecznej (dot. skarg niemedycznych)

Tabela nr 3 - zestawienie skarg w okresie od 01.01.2018 r. do 01.10.2020 r.

L.P.	LATA	LICZBA WNIOSKÓW	UDZIELONA ODPOWIEDŹ	INFORMACJA PRZEDSTAWIONA NA RADZIE SPOŁECZNEJ
1	2	3	4	5
1	2018	2	1 TAK, 1 NIE-WNIOSEK WYCOFANY	Protokół Rady Społecznej z 27 listopada 2018 r.
2	2019	2	TAK	Protokół Rady Społecznej 19 kwietnia 2019 r. oraz 28 listopad 2019 r.
3	2020	4	TAK	Protokół Rady Społecznej z dnia 31.08.2020 r., 2 WNIOSKI oczekują na Radę Społeczną

Tabela nr 4 - zestawienie wniosków w okresie od 01.01.2018 r. do 01.10.2020 r.

W trakcie kontroli w sposób wrywkowy sprawdzono procedurę rozpatrywania skarg i wniosków, na podstawie:

- skargi zarejestrowanej pod pozycją nr 8 rejestru z 2018 r.,
- skargi zarejestrowanej pod pozycją nr 6 rejestru z 2019 r.,
- skargi zarejestrowanej pod pozycją nr 6 rejestru z 2020 r.

Skargi zostały rozpatrzone przez Dyrektora Szpitala, skarżącym udzielono odpowiedzi w ustawowym terminie. Zgodnie z ustawą o działalności leczniczej analiza skarg i wniosków jest przedstawiana okresowo Radzie Społecznej Szpitala, co potwierdzają protokoły z posiedzeń Rady.

[Dowód: akta kontroli str.175-187]

7. Realizacja świadczeń zdrowotnych.

Realizacja świadczeń i czas oczekiwania na udzielenie świadczenia wg. stanu na dzień 18.09.2020 r. zostały szczegółowo przedstawione poniżej (Tabela nr 5).

L.P.	KOMÓRKI DZIAŁALNOŚCI MEDYCZNEJ	W RAMACH KONTRAKTU Z NFZ	W RAMACH FUNDUSZY UNIJNYCH	RODZAJ ŚWIADCZENIA	PILNE	STABILNE
1	2	3	4	5	6	7
1.	Oddział internistyczny VIII	x	n/d	Choroby wewnętrzne - hospitalizacja	6	84
2.	Oddział psychiatryczny I	x	n/d	Świadczenia psychiatryczne dla dorosłych	0	0

L.P.	KOMÓRKI DZIAŁALNOŚCI MEDYCZNEJ	W RAMACH KONTRAKTU Z NFZ	W RAMACH FUNDUSZY UNIJNYCH	RODZAJ ŚWIADCZENIA	PILNE	STABILNE
1	2	3	4	5	6	7
3.	Oddział psychiatryczny II	x	n/d	Świadczenia psychiatryczne dla dorosłych	0	0
4.	Oddział psychiatryczny III	x	n/d	Świadczenia psychiatryczne dla dorosłych	0	0
5.	Oddział psychiatryczny IV	x	n/d	Świadczenia psychiatryczne dla dorosłych	0	0
6.	Oddział psychiatryczny IX	x	n/d	Świadczenia psychiatryczne dla dorosłych	0	0
7.	Oddział psychiatryczny X	x	n/d	Świadczenia psychiatryczne dla dorosłych	0	0
8.	Oddział rehabilitacji psychiatrycznej XVI	x	n/d	Świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej	0	1
9.	Oddział psychiatryczny przewlekły XI	x	n/d	Świadczenia psychiatryczne dla przewlekłe chorych	0	0
10.	Oddział psychiatryczny przewlekły XIV	x	n/d	Świadczenia psychiatryczne dla przewlekłe chorych	0	0
11.	Oddział psychiatryczny przewlekły XV	x	n/d	Świadczenia psychiatryczne dla przewlekłe chorych	0	0
12.	Oddział psychiatryczny sądowy V	x	n/d	Świadczenia w psychiatrii sądowej w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia	0	0
13.	Oddział psychiatryczny sądowy VI	x	n/d	Świadczenia w psychiatrii sądowej w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia	0	0
14.	Oddział psychiatryczny sądowy dla nieletnich o wzmocnionym zabezpieczeniu XVII	x	n/d	Świadczenia w psychiatrii sądowej w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia dla nieletnich	0	10
15.	Oddział psychiatryczny sądowy odwykowy VII	x	n/d	Świadczenia odwykowe w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia	0	0
16.	Oddział detoksykacji alkoholowej XII	x	n/d	Leczenie alkoholowych zespołów abstynencyjnych (detoksykacja)	0	0
17.	Oddział odwykowy alkoholowy XIII	x	n/d	Świadczenia terapii uzależnienia od alkoholu stacjonarne	0	17
18.	Izba przyjęć	x	n/d	Świadczenia w izbie przyjęć szpitala (ryczałt dobowy)	0	0
19.	Poradnia zdrowia psychicznego	x	n/d	Świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych	0	0
20.	Pracownia endoskopii - kolonoskopia	x	n/d	Badania endoskopowe - kolonoskopia	89	7
21.	Pracownia endoskopii - gastroscopia	x	n/d	Badania endoskopowe - gastroscopia	18	4
22.	Poradnia chorób wewnętrznych - gastroenterologia	x	n/d	Świadczenia w zakresie gastroenterologii	4	111
23.	Oddział dzienny Psychogeriatryczny XVIII	n/d	x	Świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych	0	0
24.	Zespół leczenia środowiskowego	n/d	x	Świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych	0	0

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

Wyżej wymienione świadczenia w okresie objętym kontrolą były realizowane na podstawie umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, leczenie szpitalne oraz ambulatoryjna opieka specjalistyczna. W przypadku Oddziału dziennego psychogeriatrycznego XVIII oraz Zespołu leczenia środowiskowego działalność ww. komórek finansowana jest ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach realizacji projektu pod nazwą: „W drodze do samodzielności – rozwój usług zdrowotnych świadczonych w lokalnej społeczności w powiecie gliwickim.”

[Dowód: akta kontroli str. 188-190]

F - id

8. Finansowanie udzielanych świadczeń.

Szpital w okresie objętym kontrolą realizował świadczenia zdrowotne w poszczególnych komórkach organizacyjnych w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. Wyżej wymienione świadczenia w okresie objętym kontrolą były realizowane na podstawie umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia w następujących zakresach:

L.P.	KOD UMOWY	RODZAJ ŚWIADCZENIA (nazwa)	KWOTA (zł)	OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY (od dd-mm-rrr do dd-mm-rrr)
1	2	3	4	5
1	126/100212/02/1/2020	Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	69 463,77 zł	od 01-01-2020 do 31-12-2020
2.	126/100212/02/2/2020	Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	115 703,65 zł	od 01-01-2020 do 30-06-2024
3.	126/100212/03/1/2020	Leczenie szpitalne	1 973 821,67 zł	od 01-01-2020 do 30-06-2021
4.	126/100212/04/2020	Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	38 986 778,24 zł	od 01-01-2020 do 30-06-2023
5.	126/100212/19/1/2020	Zapobieganie, przeciwdziałanie i zwalczanie COVID-19	-	od 08-04-2020 do 31-12-2020
6.	126/100212/19/3/2020	CHZ - szczepienia ochronne przeciw grypie w związku z przeciwdziałaniem COVID -19	-	od 01-08-2020 do 31-12-2020

Tabela nr 6 – zestawienie podpisanych umów z NFZ w roku 2020.

L.P.	KOD UMOWY	RODZAJ ŚWIADCZENIA (nazwa)	KWOTA (zł)	OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY (od dd-mm-rrr do dd-mm-rrr)
1	2	3	4	5
1	126/100212/02/1/2019	Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna	70 767,16 zł	od 01-01-2019 do 31-12-2019
2.	126/100212/02/2/2019	Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna	68 958,16 zł	od 01-01-2019 do 30-06-2019
3.	126/100212/02/22019L	Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna	62 420,40 zł	od 01-07-2019 do 31-12-2019
4.	126/100212/03/1/2019	Leczenie Szpitalne	2 474 208,44 zł	od 01-01-2019 do 31-12-2019
5.	126/100212/04/2019	Opieka Psychiatryczna i Leczenie Uzależnień	17 431 657,84 zł	od 01-01-2019 do 31-12-2019
6.	126/100212/04/2019L	Opieka Psychiatryczna i Leczenie Uzależnień	16 209 218,30 zł	od 01-01-2019 do 31-12-2019
	126/100212/04/2019P	Opieka Psychiatryczna i Leczenie Uzależnień	5 293 428,54 zł	od 01-01-2019 do 31-03-2019

Tabela nr 7 – zestawienie podpisanych umów z NFZ w roku 2019.

L.P.	KOD UMOWY	RODZAJ ŚWIADCZENIA (nazwa)	KWOTA (zł)	OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY (od dd-mm-rrr do dd-mm-rrr)
1	2	3	4	5
1	126/100212/02/1/2018	Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna	104 206,80 zł	od 01-01-2018 do 31-12-2018
2.	126/100212/02/2/2018	Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna	121 480,74 zł	od 01-01-2018 do 31-12-2018
3.	126/100212/03/1/2018	Leczenie Szpitalne	476 421,93 zł	od 01-01-2018 do 31-03-2018
4.	126/100212/03/1/2018K	Leczenie Szpitalne	1 424 506,04 zł	od 01-04-2018 do 31-12-2018
5.	126/100212/04/2018	Opieka Psychiatryczna i Leczenie Uzależnień	28 176 732,39 zł	od 01-01-2018 do 31-12-2018
6.	126/100212/04/2018L	Opieka Psychiatryczna i Leczenie Uzależnień	7 429 897,89 zł	od 01-07-2018 do 31-12-2018

Tabela nr 8 – zestawienie podpisanych umów z NFZ w roku 2018.

Całościowy kontrakt na rok 2020 osiągnął wartość 41 145 771,33 zł i w porównaniu do roku 2018 został powiększony o 3 412 521,54 zł. Natomiast w odniesieniu do roku 2019 został pomniejszony o niemal 464 887,51 zł.

[Dowód: akta kontroli str. 191-195]

9. Certyfikaty jakości.

Szpital w chwili obecnej nie posiada certyfikatu systemu zarządzania jakością ISO, jak również

Certyfikatu Akredytacyjnego Ministerstwa Zdrowia. Zgodnie z informacją przekazaną przez Dyrektora Szpitala nie planuje się pozyskania przedmiotowego Certyfikatu Akredytacyjnego ze względu na brak pozytywnego przełożenia na finanse jednostki udzielającej świadczeń medycznych z zakresu psychiatrii.

[Dowód: akta kontroli str. 196]

10. Wykonywanie badań satysfakcji pacjenta.

Zarządzeniem Dyrektora nr 25a/2013 z dnia 18.03.2013 r. w sprawie powołania, składu i zadań Zespołu ds. analizy ankiet satysfakcji pacjenta, Dyrektor Szpitala wprowadził ankietę satysfakcji pacjenta oraz powołał zespół do analizy ankiet.

Badanie poziomu satysfakcji pacjentów przeprowadza się w celu podwyższenia jakości usług oraz eliminowania nieprawidłowości. Badanie jakości świadczonych usług jest anonimowe i dobrowolne. Prowadzone jest poprzez ankietę pn. „Satysfakcja Pacjenta”, której wzór stanowi załącznik do ww. Zarządzenia.

Ostatnie badanie przeprowadzono w okresie od 01.07.2019 r. do 31.12.2019 r. i dotyczyło Oddziału Psychiatrycznego Ogólnego X. Z analizy przeprowadzonej ankiety wynika, iż najwyżej oceniono opiekę świadczoną przez personel pielęgniarski, w szczególności: podejście do pacjenta, jakość wykonywanych czynności oraz dostępność personelu (87,5% ocen pozytywnych). Najniżej oceniono dokładność przeprowadzonych badań lekarskich (70 % ocen pozytywnych).

Jak zapewnia Dyrekcja Szpitala 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, w szczególności poprawy jakości świadczonych usług medycznych przez lekarzy zatrudnionych w Szpitalu.

[Dowód: akta kontroli str. 197-207]

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

W okresie objętym kontrolą Szpital otrzymał dotacje celowe z budżetu Województwa Śląskiego na realizację niżej wymienionych projektów.

LP	NR UMOWY	PRZEDMIOT UMOWY	KOSZT REALIZACJI / ZAKUPU	UWAGI
1	2	3	4	5
1	46/DOT/OPA/2018	Wykonanie zbiornika przeciwpożarowego w celu zaopatrzenia w wodę do celów zewnętrznego gaszenia pożarów na Oddziale Psychiatrycznym Sądowym dla Nieletnich o Wzmocnionym Zabezpieczeniu (2018 r.)	302 485,28 zł	—
2	41/DOT/OPA/2019	Modernizacja oddziału, wykonanie instalacji oddymiania oraz wykonanie wentylacji zaplecza sanitarno-higienicznego Oddziału XVII Psychiatrycznego Sądowego dla Nieletnich o Wzmocnionym Zabezpieczeniu (2019 r.)	383 104,32 zł	—

LP	NR UMOWY	PRZEDMIOT UMOWY	KOSZT REALIZACJI / ZAKUPU	UWAGI
1	2	3	4	5
3	39/DOT/OPA/2020	Modernizacja Izby Przyjęć dla Oddziału Psychiatrycznego Sądowego Odwykowego VII w ramach zadań przeciwdziałaniu narkomanii (2020 r.)	228 614,14 zł	w trakcie realizacji; kwota w kolumnie 4 to kwota z umowy o dotację
4	37/DOT/OPA/2020	Modernizacja sali terapii zajęciowej Oddziału Odwykowego Alkoholowego XIII w ramach zadań przeciwdziałaniu alkoholizmowi (2020 r.)	146 944,04 zł	w trakcie realizacji; kwota w kolumnie 4 to kwota z wniosku o dotację

Tabela nr 9 – inwestycje współfinansowane z budżetu Województwa Śląskiego w okresie od 2018 do 2020 roku.

[Dowód: akta kontroli str. 208]

12. Normy zatrudnienia pielęgniarek oraz braki kadrowe.

W Szpitalu na dzień kontroli obowiązywały umowne normy zatrudnienia pielęgniarek uzgodnione z przedstawicielami Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych oraz z przewodniczącą Zarządu Związku Pielęgniarek i Położnych, które nie zostały wprowadzone zarządzeniem Dyrektora ze względu na brak obowiązku ich usankcjonowania wynikającego z przepisów prawa.

Niemniej jednak w związku z realizacją rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U. 2019 poz. 1285 z późn. zm.), obecny poziom zatrudnienia może być niewystarczający.

Dyrekcja Szpitala wskazuje na trudną sytuację dot. możliwości pozyskiwania nowych kadr zwłaszcza lekarzy psychiatrów oraz diagnostów laboratoryjnych, których brak odnotowano w dniu kontroli na wszystkich oddziałach szpitalnych.

W związku z powyższym Dyrektor Szpitala oświadczył, że podejmuje działania zmierzające do pozyskania nowych pracowników w postaci ogłoszenia naboru na wolne stanowiska pracy oraz aktywnego poszukiwania pracowników o specjalności związanej z dziedziną psychiatrii.

[Dowód: akta kontroli str. 209-213]

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

W okresie objętym kontrolą Szpital prowadził działania zmierzające do spełnienia wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność medyczną oraz dostosowania do przepisów przeciwpożarowych. Zgodnie z poniższą Tabelą nr 10 łączny poniesiony koszt dostosowania w latach 2018-2020 wyniósł 2 354 962,13 zł.

KOSZTY PONIESIONE W OKRESIE OBJĘTYM KONTROLĄ				
LP	ZAKRES	WYNIKAJĄCY Z ROZPORZĄDZENIA	WYNIKAJĄCY Z PRZEPISÓW P/POŻ	KOSZT DOSTOSOWANIA
		DATA REALIZACJI	DATA REALIZACJI	
1	2	3	4	5
1	budowa zbiornika przeciwpożarowego		2018-10-31	355080,26
2	naprawa dachu na budynku "O" (Oddz. XIV, XV)	2018-08-30		32562,40
3	przeгляд i remont gaśnic		2018-10-30	11195,46
4	zakup lamp oświetleniowych LED	2019-06-29		763903,55

KOSZTY PONIESIONE W OKRESIE OBJĘTYM KONTROLĄ				
LP	ZAKRES	WYNIKAJĄCY Z ROZPORZĄDZENIA	WYNIKAJĄCY Z PRZEPISÓW P/POŻ	KOSZT DOSTOSOWANIA
		DATA REALIZACJI	DATA REALIZACJI	
1	2	3	4	5
5	zakup wraz z montażem pralnicy z baterią ochronną	2019-05-11		148102,52
6	modernizacja kuchni – zakup wraz z montażem kotłów warzelnych i pieca konwekcyjnego	2019-07-16		222159,60
7	wymiana wykładziny podłogowej Oddział XIII	2019-11-21		235003,53
8	remont pomieszczenia laboratorium wraz z zakupem mebli i montażem	2019-08-07		83115,90
9	remont Oddz. XVII wraz z wykonaniem instalacji oddymiania	2019-11-15	2019-11-15	335399,28
10	wymiana wykładziny podłogowej Oddz. III, IV	2020-03-10		42954,06
11	Izolotka Oddział VIII	2020-06-30		62036,84
12	kontrola gaśnic p/poż.		2020-01-30	1078,71
13	remont pomieszczeń Oddz. XVIII	2020-08-30		12210,62
14	modernizacja zbiornika kondensatu kotłownia	2020-03-31		39975,00
15	wykonanie przyłącza zimnej wody bud D	2020-01-31		10184,40

Tabela nr 10 – zestawienie kosztów dostosowania podmiotu do wymagań podmiotu realizującego działalność leczniczą oraz do przepisów p/poż.

Koszt działań dostosowawczych planowany na kolejne lata funkcjonowania Szpitala wyniesie według wycień około 5 361 429, 00 zł.

[Dowód: akta kontroli str. 214]

14. Zaplecze diagnostyczne.

Ze względu na zakres udzielanych świadczeń medycznych, który obejmuje świadczenia opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień oraz świadczenia z rodzaju ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz leczenia szpitalnego (Oddział internistyczny VIII), Szpital posiada na wyposażeniu poza aparatem EKG oraz analizatorem biochemicznym wieloparametrowym, również aparat RTG oraz aparaturę endoskopową. W poniższej Tabeli nr 11 szczegółowo ujęto posiadane zaplecze diagnostyczne, ze szczególnym uwzględnieniem stopnia wykorzystania posiadanego sprzętu.

L.P.	RODZAJ APARATURY I SPRZĘTU MEDYCZNEGO	OKRES UŻYTKOWANIA 0-3 LATA	OKRES UŻYTKOWANIA 4-8 LAT	OKRES UŻYTKOWANIA 9-11 LAT	OKRES UŻYTKOWANIA POWYŻEJ 12 LAT	OGÓLEM	LICZBA WYKONANYCH BADAŃ / ZABIEGÓW narastająco od początku roku 2020
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Aparaty EKG	-	4	-	12	16	226
2.	Aparaty RTG, w tym:	-	1	-	-	-	430
	- pozostałe	-	-	-	-	-	-
3.		-	1	-	-	1	430
4.	Aparaty USG, w tym:	-	1	-	-	1	320
5.	- kardiologiczne	-	1	-	-	1	320
6.	Analizator biochemiczny wieloparametrowy	-	-	1	-	1	12908
7.	Respirator, w tym:	-	-	-	-	-	-
	- dla dorosłych	-	-	-	1	-	-
8.		-	-	-	1	1	-
9.	Aparatura endoskopowa, w tym:	-	-	-	-	-	-
		-	1	-	4	5	230

L.P.	RODZAJ APARATURY I SPRZĘTU MEDYCZNEGO	OKRES UŻYTKOWANIA 0-3 LATA	OKRES UŻYTKOWANIA 4-8 LAT	OKRES UŻYTKOWANIA 9-11 LAT	OKRES UŻYTKOWANIA POWYŻEJ 12 LAT	OGÓŁEM	LICZBA WYKONANYCH BADAŃ / ZABIEGÓW narastająco od początku roku 2020
1	2	3	4	5	6	7	8
10.	- gastroskop	-	-	-	2	2	138
11.	- kolonoskop	-	1	-	1	2	92
12.	- pozostałe:diatermia elektrochirurgiczna	-	-	-	1	1	0

Tabela nr 11 – zaplecze diagnostyczne 30.06.2020 r.

Zgodnie z Planem inwestycyjnym na rok 2020 Szpital przewidział zakup sprzętu w zakresie kardiomonitorów wraz z centralą monitorującą.

[Dowód: akta kontroli str. 215-216]

B: Stwierdzone nieprawidłowości (przyczyny, skutki):

1. Brak przeprowadzenia postępowania konkursowego na stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału odwykowego alkoholowego XIII zgodnie z zapisami z art. 49 ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej;
2. Brak przeprowadzenia konkursu na stanowisko pielęgniarki oddziałowej w Oddziale psychogeriatrycznym dziennym XVIII oraz w Oddziale odwykowym alkoholowym XIII, zgodnie z art. 49 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.

Przyczyny nieprawidłowości:

– brak należytego nadzoru Dyrektora w zakresie spełnienia wymogów ustawowych dotyczących przeprowadzania postępowań konkursowych na stanowisko pielęgniarki oddziałowej, zgodnie z zapisami art. 49 ust. 1 pkt 5 oraz ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.

Skutki nieprawidłowości:

– naruszenie zapisów art. 49 ust. 1 pkt 5 oraz ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku 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:

1. Nabycie sprzętu i aparatury medycznej.

- a) Wideokolonoskop CF-Q 160I OLYMPUS (Pracownia Endoskopii) o wartości 25 812,00 zł:
 - zakup nie został ujęty w planie inwestycyjnym na 2019 r.,
 - Szpital nie wystąpił o opinię dot. zakup przedmiotowego aparatu do Rady Społecznej Szpitala,
 - zgoda podmiotu tworzącego na nabycie ze względu na wartość jednostkową poniżej 50 000, 00 zł nie była wymagana,
 - zakup sfinansowany ze środków własnych (w kwocie 25 812,00 zł),

- zakup potwierdzony fakturą VAT Nr 112/05/2019 z dnia 21.05.2019 r. na kwotę 25 812,00 zł, termin płatności 20.06.2019 r., zapłacono 26.06.2019 r. (przelewu dokonano 6 dni po terminie),
- protokół zdawczo-odbiorczy nr 112/05/2019 z dnia 21.05.2019 r.,
- dowód przyjęcia OT0-00001/2019 z dnia 21.05.2019 r., pozycja 1.

Kontrolujący ustalili, że ww. aparat nie został ujęty w planie inwestycyjnym na 2019 r., jak również w zmianach do tego planu. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że zakup ww. aparatu był nagły i nieplanowany, natomiast niezbędny do prawidłowego funkcjonowania Pracowni Endoskopii.

Kontrolujący przyjęli wyjaśnienia i jednocześnie poinformowali Dyrektora, że w podobnych sytuacjach korekta planu inwestycyjnego powinna być przedstawiana na najbliższym posiedzeniu Rady Społecznej Szpitala.

Zgodnie z informacją przekazaną przez Dyrekcję Szpitala w związku z nieterminową spłatą (6 dni po terminie) ww. faktury VAT Nr 112/05/2019 z dnia 21.05.2019 r. na kwotę 25 812,00 zł, sprzedający nie podjął kroków zmierzających do naliczenia odsetek, jak również wystawienia noty obciążeniowej.

W latach 2018 oraz 2020 Szpital nie dokonał zakupu sprzętu lub aparatury medycznej.

[Dowód: akta kontroli str. 217-227]

2. Zbycie sprzętu i aparatury medycznej.

W ramach kontroli prawidłowości gospodarowania mieniem sprawdzono procedurę zbycia niżej wymienionego środka trwałego:

- a) Defibrylator DEFI CARO CMBsI II - nr inwentarzowy ST 000198; nr seryjny 01020198; rok produkcji 2002; wartość początkowa 18 490,00 zł; umorzenie 100 %:
 - ocena stanu technicznego z dnia 07.03.2018 r. – brak możliwości naprawy ze względu na zużycie technologiczne – utrudniony dostęp do części zamiennych,
 - decyzja Dyrektora dot. likwidacji środka trwałego – 18.12.2018 r.,
 - pozytywna opinia Rady Społecznej Szpitala wyrażona uchwałą nr 5/2019 z dnia 19.04.2019 r.,
 - zgoda podmiotu tworzącego na zbycie nie była wymagana,
 - dowód LT0-00001/2019 pozycja 7 z dnia 23.04.2019 r.,
 - w dniu 14.05.2019 r. komisja powołana przez Dyrektora ds. Ekonomiczno-Exploatacyjnych potwierdziła przeprowadzenie fizycznej likwidacji środka trwałego – aparat przekazano zgodnie z Kartą przekazania odpadu w dniu 27.05.2019 r. firmie zewnętrznej.
- b) Ultrasonograf SONOLINE VERSA PLUS - nr inwentarzowy ST 000249; nr seryjny CAE0102; rok produkcji 1997; wartość początkowa 714 632,00 zł; umorzenie 100 %:
 - ocena stanu technicznego z dnia 25.02.2019 r. – brak możliwości naprawy i zakupu części zamiennych,
 - decyzja Dyrektora dot. likwidacji środka trwałego – 25.02.2019 r.,
 - pozytywna opinia Rady Społecznej Szpitala wyrażona uchwałą nr 10/2019 z dnia 19.04.2019 r.,
 - brak zgody podmiotu tworzącego na likwidację przedmiotowego aparatu,
 - dowód LT0-00001/2019 pozycja 3 z dnia 23.04.2019 r.,
 - przedmiotowy sprzęt medyczny zutylizowano – Faktura nr 25/01/2020 z dnia 28.01.2020 r.

W latach 2018 oraz 2020 Szpital nie przeprowadził likwidacji sprzętu lub aparatury medycznej.

[Dowód: akta kontroli str. 227-250]

3. Najem/dzierżawa pomieszczeń.

W ramach kontroli sprawdzaniem objęto prawidłowość zawarcia:

1. umowy najmu Nr 67/DEG/2020 z dnia 02.01.2020 r.,
2. umowy dzierżawy Nr 71/DEG/2020 z dnia 02.01.2020 r.

Ad. 1.

Przedmiotem umowy jest najem części nieruchomości położonej przy ul. Ludowej 17 – budynek „U” z przeznaczeniem na prowadzenie działalności gospodarczej, m.in. produkcję odzieży roboczej, o łącznej powierzchni użytkowej 881,60 m². Umowa zawarta została na czas nieokreślony. Rada Społeczna pozytywnie zaopiniowała wniosek Dyrektora Szpitala dotyczący wynajęcia przedmiotowej nieruchomości uchwałą nr 30/2019 z dnia 28.11.2019 r. Umowa została sporządzona zgodnie z zapisami § 16 Zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie, określonych w uchwale Zarządu Województwa Śląskiego nr 2232/288/V/2018 z dnia 25.09.2018 r. z późn. zm.

Zgodnie z zapisami umowy, najemca zobowiązany jest płacić wynajmującemu czynsz, na podstawie wystawionej przez wynajmującego faktury VAT w ciągu 21 dni od jej wystawienia.

Umowa zawiera wszystkie zapisy określone w § 3 „Zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie”.

Kontrolą objęto następujące faktury:

- faktura nr FV 00166/2020 za czynsz, z dnia 10.04.2020 r. z terminem płatności do 01.05.2020 r. Zapłata nastąpiła w dniu 30.04.2020 roku;
- faktura nr FV 00334/2020 za czynsz, z dnia 11.08.2020 r. z terminem płatności do 01.09.2020 r. Zapłata nastąpiła w dniu 01.09.2020 roku.

Stawka czynszu wykazana w fakturze zgodna z treścią umowy.

Ad. 2.

Przedmiotem umowy jest dzierżawa gruntu przy ul. Gliwickiej 5 na użytkowanie garażu wolnostojącego o powierzchni użytkowej 15,00 m². Umowa zawarta została na czas nieokreślony. Rada Społeczna pozytywnie zaopiniowała wniosek Dyrektora Szpitala dotyczący wydzierżawienia przedmiotowej nieruchomości uchwałą nr 25/2019 z dnia 28.11.2019 r.

Umowa została sporządzona zgodnie z zapisami § 16 Zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie, określonych w uchwale Zarządu Województwa Śląskiego nr 2232/288/V/2018 z dnia 25.09.2018 r. z późn. zm.

Zgodnie z zapisami umowy, dzierżawca zobowiązany jest płacić wydzierżawiającemu czynsz, na podstawie wystawionej przez wydzierżawiającego faktury VAT do 20 dnia każdego miesiąca.

Umowa zawiera wszystkie zapisy określone w § 3 „Zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie”.

Kontrolą objęto następujące faktury:

- faktura nr FVM 033/05/2020 za roczny czynsz dzierżawny z dnia 06.05.2020 r. z terminem płatności do 20.05.2020 r. Zapłata nastąpiła w dniu 07.05.2020 roku.

Stawka czynszu wykazana w fakturze zgodna z treścią umowy.

[Dowód: akta kontroli str. 251-268]

B: Stwierdzone nieprawidłowości (przyczyny, skutki):

1. Nieprawidłowość polegająca na braku opinii Rady Społecznej dotyczącej nabycia aparatury medycznej zgodnie z art. 48 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. 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. Nieprawidłowość polegająca na braku uzyskania zgody podmiotu tworzącego dot. likwidacji środka trwałego zgodnie z § 9 Zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie, określonych w uchwale Zarządu Województwa Śląskiego nr 2232/288/V/2018 z dnia 25.09.2018 r. z późn. zm.;
3. Nieprawidłowość polegająca na nieterminowym regulowaniu zobowiązań finansowych w zakresie zapłaty należności wynikającej z faktury VAT Nr 112/05/2019 z dnia 21.05.2019 r.

Przyczyny nieprawidłowości:

Brak należytego nadzoru Dyrektora w zakresie spełnienia wymogów dotyczących:

- nabywania aparatury medycznej zgodnie z zapisami art. 48 ust. 2 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;
- gospodarowania aktywami trwałymi Szpitala zgodnie z § 9 Zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie, określonych w uchwale Zarządu Województwa Śląskiego nr 2232/288/V/2018 z dnia 25.09.2018 r. z późn. zm.;
- terminowego regulowania zobowiązań finansowych Szpitala w zakresie dotrzymywania terminów zapłaty należności wynikającej z faktury VAT, zgodnie z art. 44 ust. 3 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r o finansach publicznych (t.j.: Dz. U. z 2019 poz. 869 z późn. zm.);

Skutki nieprawidłowości:

- naruszenie zapisów art. 48 ust. 2 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;
- naruszenie zapisów § 9 Zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie, określonych w uchwale Zarządu Województwa Śląskiego nr 2232/288/V/2018 z dnia 25.09.2018 r. z późn. zm.;
- naruszenie zapisów art. 44 ust. 3 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r o finansach publicznych dot. terminowego regulowania zobowiązań finansowych w zakresie zapłaty należności wynikającej z faktury VAT.

C: Ocena cząstkowa: pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości.

D: Osoba odpowiedzialna: Dyrektor Szpitala na podstawie art. 46 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, zgodnie z którym odpowiedzialność za zarządzanie podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą ponosi kierownik.

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

A. Ustalenia faktyczne:

Ostatnia kontrola w Szpitalu przeprowadzona została przez pracowników Wydziału Zdrowia

i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w terminie 16 i 18 maja 2018 r. Przedmiotem kontroli objęto: realizację zadań statutowych, dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych, prawidłowość gospodarowania mieniem oraz gospodarkę finansową w latach 2017-2018.

Wydano następujące zalecenia pokontrolne:

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

- 1) zgłoszenia do Krajowego Rejestru Sądowego adresu strony internetowej i adresu poczty elektronicznej, zgodnie z wymogami ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym (tekst jednolity Dz. U. z 2018 r. poz. 986);*
- 2) wykreślenia ze struktury Szpitala nie działającej komórki organizacyjnej tj. Poradni Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej;*
- 3) zamieszczenia na stronie BIP Szpitala informacji zgodnie z obowiązującymi przepisami, w szczególności dotyczących:*
 - a) rodzaju i zakresu działalności leczniczej,*
 - b) obowiązującej wysokości opłaty za udostępnianie dokumentacji medycznej,*
 - c) obowiązującej wysokości opłat za świadczenia zdrowotne udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością,*
 - d) majątku Szpitala,*
 - e) dokumentacji przebiegu i efektów kontroli zewnętrznych;*
- 4) przestrzegania zapisów art. 49 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, tj. stosowania właściwej terminologii w zakresie nazewnictwa stanowisk pracy;*
- 5) określania wartości zamówienia w umowach na świadczenia zdrowotne;*
- 6) uzyskiwania opinii Rady Społecznej dotyczącej nabycia aparatury medycznej zgodnie z Rozdz. III pkt 1 i 2 Procedury nabywania;*
- 7) uwzględniania w umowach dotyczących gospodarowania aktywami trwałymi Szpitala zapisów określonych w § 15 Zasad zbywania;*
- 8) uzyskiwania opinii Rady Społecznej w przedmiocie zawierania umów dotyczących gospodarowania aktywami trwałymi Szpitala wskazanej w § 5 ust. 1 Zasad zbywania;*
- 9) realizacji w pełnym zakresie zaleceń pokontrolnych wskazanych przez podmiot tworzący.”*

Dyrektor Szpitala złożył do Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego sprawozdanie o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych pismem DS/4932/18 z dnia 10.10.2018 r.

Sprawdzono realizację zaleceń pokontrolnych w latach 2018-2020 i stwierdzono, że zalecenia pokontrolne zostały wykonane jedynie częściowo.

B. Stwierdzone nieprawidłowości:

1. Brak realizacji zalecenia pokontrolnego dot. wykreślenia ze struktury Szpitala nie działającej komórki organizacyjnej tj. Poradni lekarza podstawowej opieki zdrowotnej;
2. Brak realizacji zalecenia pokontrolnego polegającego na obowiązku zamieszczenia na stronie BIP Szpitala informacji zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, w szczególności informacji dot. majątku Szpitala oraz dokumentacji przebiegu i efektów kontroli zewnętrznych;
3. Brak realizacji zalecenia pokontrolnego dot. uzyskiwania opinii Rady Społecznej dotyczącej nabycia aparatury medycznej zgodnie z 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.

Przyczyna nieprawidłowości:

– nienależyte wykonanie obowiązków przez Dyrektora Szpitala.

Skutek nieprawidłowości:

– brak realizacji zaleceń, do wykonania których Dyrektor Szpitala zobowiązany został przez Zarząd Województwa Śląskiego w wystąpieniu pokontrolnym z dnia 6 września 2018 r.

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.

VI. Pozostałe informacje, zalecenia i pouczenia.

1. Pozostałe informacje

Pismem z dnia 12 lutego 2021 r., znak: NZ-NK.1711.7.2020 (NZ-NK.KW-00059/21), Projekt wystąpienia pokontrolnego został przekazany Dyrektorowi Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szpitala Psychiatrycznego w Toszku. Pismo zostało doręczone do Szpitala w dniu 16 lutego 2021 r.

Dyrektor Szpitala pismem z dnia 23 lutego 2021 r., znak: l.dz.DS./912821, poinformował o braku zastrzeżeń do treści Projektu wystąpienia pokontrolnego.

2. Zalecenia

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

- 1) wskazaniu w treści Regulaminu Organizacyjnego właściwego sposobu obliczania wysokości opłaty za jedną stronę kopii albo wydruku dokumentacji medycznej oraz wysokości opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych,
- 2) pozyskiwaniu opinii Rady Społecznej w zakresie rozszerzenia działalności Szpitala przed wprowadzeniem zmian w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą,
- 3) umieszczeniu na stronach BIP informacji dot. majątku, którym dysponuje Szpital oraz dokumentacji przebiegu i efektów kontroli oraz wystąpień, stanowisk, wniosków i opinii podmiotów ją przeprowadzających,
- 4) usunięciu ze struktury organizacyjnej Szpitala niedziałających komórek, tj.: Poradni lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, Poradni chirurgii ogólnej, Poradni ginekologiczno-położniczej, Poradni urologicznej, oraz wykreślenie ww. z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą,
- 5) przeprowadzeniu postępowania konkursowego na stanowisko pielęgniarki oddziałowej w Oddziale psychogeriatrycznym dziennym XVIII oraz w Oddziale odwykowym alkoholowym XIII, zgodnie z art. 49 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej,
- 6) uzyskiwaniu opinii Rady Społecznej dotyczącej nabycia aparatury medycznej zgodnie z Rozdz. III pkt 1 i 2 Procedury nabywania,
- 7) uzyskiwaniu zgody podmiotu tworzącego dot. likwidacji środka trwałego zgodnie z Zasadami gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie,
- 8) terminowym regulowaniu zobowiązań finansowych,
- 9) przestrzeganiu obowiązku realizacji zaleceń pokontrolnych wydanych przez podmiot tworzący w wyniku przeprowadzonej kontroli.

3. Pouczenia


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

Wystąpienie pokontrolne zawiera 26 ponumerowanych stron.

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

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

Podmiot uprawniony do kontroli


z up. ZARZĄDU WOJEWÓDZTWA ŚLĄSKIEGO
Grzegorz Gwóźdź
Zastępca Dyrektora
Departamentu Nadzoru Podmiotów
Leczniczych i Ochrony Zdrowia

