

Katowice, 22 kwietnia 2021 r.
NZ-NK.1711.13.2020

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

**Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital
Chirurgii Urazowej im. dr. Janusza Daaba
w Piekarach Śląskich**
(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. 2015, poz. 1331),
- 3) planu kontroli na 2020 rok, załącznik nr 2, poz. 11 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.

I. Dane identyfikacyjne kontroli:

Jednostka kontrolowana: Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. dr. Janusza Daaba w Piekarach Śląskich, ul. Bytomska 62, 41-940 Piekary Śląskie.

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

- Pan Bogdan Koczy od 26.11.1998 r. do nadal.

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

- Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych - Pan Michał Mielnik,
- Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno-Administracyjnych – Pan Łukasz Pudlik,
- Zastępcy Dyrektora ds. Personalno-Płacowych – Pani Kornelia Sosna,
- Głównego Księgowego – Pan Arkadiusz Kuliński.

Termin przeprowadzenia czynności kontrolnych i zakres kontroli:

Kontrolę przeprowadzono w dniach 16-17.11.2020 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 2019-2020.

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

Osoby przeprowadzające kontrolę:

Agnieszka Wnuk – Główny Specjalista Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 509/NZ/2020 z dnia 10 listopada 2020 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 16 listopada 2020 r.

Weronika Loska-Tomanik - Inspektor Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 510/NZ/2020 z dnia 10 listopada 2020 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 16 listopada 2020 r.

Barbara Gwiazda-Amrosz – Główny Specjalista Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 511/NZ/2020 z dnia 10 listopada 2020 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 16 listopada 2020 r.

O kontroli Dyrektor jednostki został poinformowany pismem z dnia 9 listopada 2020 r. (odbiór przez Szpital pisemnego powiadomienia w dniu 12 listopada 2020 r.).

Kontrolę wpisano do książki kontroli pod pozycją 334.

[Dowód: akta kontroli str. 1-10]

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 Wojewódzkiego Szpitala Chirurgii Urazowej im. dr. Janusza Daaba w Piekarach Śląskich.

1. Informacje ogólne.

Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. dr. Janusza Daaba w Piekarach Śląskich 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 000000013304 oraz posiada osobowość prawną i jest wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego w Gliwicach pod numerem KRS 0000046125. Siedzibą Szpitala jest miasto Piekary Śląskie.

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/12/26/2015 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 21.09.2015 r., tekst jednolity Dz. Urz. Województwa Śląskiego z dnia 05.10.2017 r. poz. 5308,
- 4) Regulaminu Organizacyjnego, którego ostatnie zmiany, pozytywnie zaopiniowane przez Radę Społeczną uchwałą nr 21/2020 z dnia 28.09.2020 r., wprowadzone zostały w życie Zarządzeniem wewnętrznym Dyrektora nr 70/2020 z dnia 28.09.2020 r.,
- 5) w zakresie gospodarki mieniem:
 - a) procedury dotyczącej nabywania aparatury i sprzętu medycznego przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie określonej w Uchwale Zarządu Województwa Śląskiego nr 1745/276/IV/2013 z dnia 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.,
- 6) innych powszechnie obowiązujących przepisów prawa.

W Szpitalu zatrudnienie na dzień 16.11.2020 r. roku wynosiło:

- 734 pracowników w ramach umowy o pracę,
- 18 pracowników w ramach umowy zlecenie,
- 26 pracowników w ramach kontraktu.

2. Prawidłowość wpisów w Krajowym Rejestrze Sądowym.

Ostatnie zgłoszenie do Krajowego Rejestru Sądowego z dnia 29.09.2020 r. dotyczy zmiany składu Rady Społecznej dokonanej Uchwałą nr 2032/68/VI/2019 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 11.09.2019 roku. Ustalono, że Szpital nie dopełnił ustawowego obowiązku wynikającego z art. 22 ustawy o Krajowym Rejestrze Sądowym z dnia 20 sierpnia 1997 r. (tekst jednolity Dz. U. z 2019 r. poz. 1500 z późn. zm.), który wskazuje 7 dni na zgłoszenie zmian do KRS. Zmiana składu Rady Społecznej nastąpiła 05.02.2020 r., natomiast wniosek do KRS – 29.09.2020 r. i wg stanu na dzień 16.11.2020 r. w dalszym ciągu oczekiwał na wpis.

[Dowód: akta kontroli str.11-18]

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 21/2020 z dnia 28.09.2020 r., zostały wprowadzone w życie Zarządzeniem wewnętrznym Dyrektora nr 70/2020 z dnia 28 września 2020 r.

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

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

	Regulamin Organizacyjny Szpitala	Statut Szpitala
Cele	Udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz prowadzenie innych działań medycznych wynikających z procesu leczenia.	a) 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; b) promocja zdrowia.

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

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

1. udzielanie stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych szpitalnych;
2. udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych;
3. prowadzenie działalności diagnostycznej;
4. świadczenie usług farmaceutycznych;
5. prowadzenie banku krwi;
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 przygotowaniu 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;
10. realizacja zleconych przez właściwy organ określonych zadań związanych z obroną cywilną, sprawami obronnymi i ochroną ludności.

W Regulaminie Organizacyjnym wskazano w *Rozdziale III. Cele i zadania*, że do zadań Szpitala należy prowadzenie działalności leczniczej w rodzaju oraz zakresie określonym w Rozdziale V Regulaminu, czyli:

- a) stacjonarnych i całodobowych świadczeń szpitalnych
- b) ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych.

Ponadto, Szpital realizuje również zadania obejmujące:

- a) orzekanie o stanie zdrowia i czasowej niezdolności do pracy,
- b) profilaktykę i promocję zdrowia,
- c) działalność naukowo-dydaktyczną.

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 16.11.2020 r.

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

Adg rok

REGULAMIN ORGANIZACYJNY			REJESTR PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ PROWADZONY PRZEZ WOJEWODĘ	
L.P.	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
A	ZAKŁAD LECZNICZY		ZAKŁAD LECZNICZY	
	Szpital Specjalistyczny		Szpital Specjalistyczny	
I	JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZAKŁADU LECZNICZEGO		JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZAKŁADU LECZNICZEGO	
	Szpital Specjalistyczny		Szpital Specjalistyczny	
1	KOMÓRKA DZIAŁALNOŚCI MEDYCZNEJ		KOMÓRKA DZIAŁALNOŚCI MEDYCZNEJ	
1.1.	Oddział I Urazowo-Ortopedyczny	24	Oddział I Urazowo-Ortopedyczny	24
1.2.	Oddział II Urazowo-Ortopedyczny	32	Oddział II Urazowo-Ortopedyczny	32
1.3.	Oddział III Urazowo-Ortopedyczny	30	Oddział III Urazowo-Ortopedyczny	30
1.4.	Oddział IV Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej i Neurotraumatologii	27	Oddział IV Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej i Neurotraumatologii	27
1.5.	Oddział V Rehabilitacyjny	18	Oddział V Rehabilitacyjny	18
1.6.	Oddział VI Urazowo-Ortopedyczny	18	Oddział VI Urazowo-Ortopedyczny	18
1.7.	Oddział VII Urazowo-Ortopedyczny Dzieci i Młodzieży	15	Oddział VII Urazowo-Ortopedyczny Dzieci i Młodzieży	15
1.8.	Oddział VIII Urazowo-Ortopedyczny	21	Oddział VIII Urazowo-Ortopedyczny	21
1.9.	Oddział IX Urazowo-Ortopedyczny	27	Oddział IX Urazowo-Ortopedyczny	27
1.10.	Oddział X Anestezjologii i Intensywnej Terapii	15	Oddział X Anestezjologii i Intensywnej Terapii	15
1.11.	Zespół Sal Operacyjnych		Zespół Sal Operacyjnych	
1.12.	Apteka szpitalna z Działem Farmacji Szpitalnej Kochcice		Apteka Szpitalna wraz z Działem Farmacji Szpitalnej - Kochcice	
1.13.	Szpitalny Bank Krwi		Szpitalny Bank Krwi	
1.14.	Pracownia Ozonoterapii		Pracownia Ozonoterapii	
1.15.	Izba Przyjęć i Całodobowe Ambulatorium Urazowo-Ortopedyczne		Izba Przyjęć i Całodobowe Ambulatorium Urazowo-Ortopedyczne	
B	ZAKŁAD LECZNICZY		ZAKŁAD LECZNICZY	
	Szpital Rehabilitacyjny - Kochcice		Szpital Rehabilitacyjny Kochcice	
I	JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZAKŁADU LECZNICZEGO		JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZAKŁADU LECZNICZEGO	
	Szpital Rehabilitacyjny - Kochcice		Szpital Rehabilitacyjny Kochcice	
1	KOMÓRKA DZIAŁALNOŚCI MEDYCZNEJ		KOMÓRKA DZIAŁALNOŚCI MEDYCZNEJ	
1.1.	Izba Przyjęć - Kochcice		Izba Przyjęć - Kochcice	
1.2.	Oddział XI Rehabilitacyjny - Kochcice	45	Oddział XI Rehabilitacyjny - Kochcice	45
1.3.	Oddział XII Rehabilitacyjny - Kochcice	45	Oddział XII Rehabilitacyjny - Kochcice	45
C	ZAKŁAD LECZNICZY		ZAKŁAD LECZNICZY	
	Zespół Lecznictwa Ambulatoryjnego		Zespół Lecznictwa Ambulatoryjnego	
I	JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZAKŁADU LECZNICZEGO		JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZAKŁADU LECZNICZEGO	
	Zespół Lecznictwa Ambulatoryjnego		Zespół Lecznictwa Ambulatoryjnego	
1	KOMÓRKA DZIAŁALNOŚCI MEDYCZNEJ		KOMÓRKA DZIAŁALNOŚCI MEDYCZNEJ	
1.1.	Poradnia Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej		Poradnia Chirurgii Urazowo-	

	Dorostych		Ortopedycznej Dorostych	
1.2.	Poradnia Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej Dzieci i Młodzieży		Poradnia Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej Dzieci i Młodzieży	
1.3.	Poradnia Anestezjologiczna		Poradnia Anestezjologiczna	
1.4.	Poradnia Leczenia Bólu		Poradnia Leczenia Bólu	
1.5.	Przychodnia Zakładowa		Przychodnia Zakładowa	
1.6.	Poradnia Rehabilitacyjna		Poradnia Rehabilitacyjna	
1.7.	Dział Rehabilitacji		Dział Rehabilitacji	
1.8.	Zakład Diagnostyki Obrazowej:			
1.8.1.	Pracownia rentgenodiagnostyki ogólnej		Pracownia rentgenodiagnostyki ogólnej	
1.8.2.	Pracownia USG		Pracownia USG	
1.8.3.	Pracownia EKG		Pracownia EKG	
1.8.4.	Pracownia tomografii komputerowej		Pracownia tomografii komputerowej	
1.8.5.	Pracownia rezonansu magnetycznego		Pracownia rezonansu magnetycznego	
1.8.6.	Pracownia densytometrii		Pracownia densytometrii	
1.8.7.	Pracownia radiologii zabiegowej		Pracownia radiologii zabiegowej	
1.9.	Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej		Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej	
1.10.	Gabinet Diagnostyczno – Zabiegowy Poradni Urazowo – Ortopedycznej Dorostych		Gabinet Diagnostyczno – Zabiegowy Poradni Urazowo – Ortopedycznej Dorostych	
1.11.	Gabinet Diagnostyczno – Zabiegowy Poradni Urazowo – Ortopedycznej Dzieci i Młodzieży		Gabinet Diagnostyczno – Zabiegowy Poradni Urazowo – Ortopedycznej Dzieci i Młodzieży	
1.12.	Pracownia EMG		Pracownia EMG	
D	ZAKŁAD LECZNICZY		ZAKŁAD LECZNICZY	
	Zespół Lecznictwa Rehabilitacyjnego - Kochcice		Zespół Lecznictwa Rehabilitacyjnego Kochcice	
I	JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZAKŁADU LECZNICZEGO		JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZAKŁADU LECZNICZEGO	
	Zespół Lecznictwa Rehabilitacyjnego - Kochcice		Zespół Lecznictwa Rehabilitacyjnego Kochcice	
1	KOMÓRKA DZIAŁALNOŚCI MEDYCZNEJ		KOMÓRKA DZIAŁALNOŚCI MEDYCZNEJ	
1.1.	Poradnia Rehabilitacyjna – Kochcice		Poradnia Rehabilitacyjna - Kochcice	
1.2.	Dział Rehabilitacji – Kochcice		Dział Rehabilitacji - Kochcice	

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

Zapisy Rozdziału Nr 4 Struktura Organizacyjna Szpitala Regulaminu są zgodne z widniejącymi w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (dalej: Rejestr).

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, że ww. procesy zostały zachowane a ich przebieg przedstawiono poniżej.

L.P.	OKREŚLENIE RODZAJU ZMIANY	OPINIA RADY SPOŁECZNEJ (NR UCHWAŁY, Z DNIA)	WYMAGANA AKCEPTACJA PODMIOTU TWORZĄCEGO (TAK/NIE/NIE DOTYCZY)	CZYNNOŚĆ SPOWODOWAŁA ZMIANĘ UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ (TAK/NIE/NIE DOTYCZY)	DATA ROZPOCZĘCIA / ZAKOŃCZENIA DZIAŁALNOŚCI/ OKRES ZAWIESZENIA	DATA ZMIANY W REJESTRZE PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ	UWAGI
1	2	3	4	5	6	7	8
1	utworzenie komórki/jednostki organizacyjnej (nazwa utworzonej komórki): Pracownia EMG	Uchwała nr 154/2019 z dnia 8 listopada 2019r.	NIE	NIE	26.11.2019 r.	26.11.2019 r.	-
2	likwidacja komórki/jednostki organizacyjnej (nazwa likwidowanej komórki):	-	-	-	-	-	-
3	zmiana nazwy komórki / jednostki organizacyjnej (z/na): z "Oddział IV Urazowo-Ortopedyczny" na "Oddział IV Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej i Neurotraumatologii	Uchwała nr 142/2019 z dnia 31 maja 2019r.	NIE	NIE	-	06.06.2019 r.	-
4	połączenie jednostek/komórek organizacyjnych:	-	-	-	-	-	-
5	podział jednostek/komórek organizacyjnych:	-	-	-	-	-	-
6	zawieszenie działalności komórki / jednostki organizacyjnej (nazwa): Oddział VI Urazowo-Ortopedyczny	-	NIE	NIE	25.06.2020 - 31.08.2020	wpis dokonywany "z urzędu" po uprawnoczeniu się Decyzji Wojewody	Decyzja Wojewody Śląskiego nr ZDI.9611.2.19.2020 z dnia 25.06.2020r.

Tabela nr 3 – Zmiany struktury organizacyjnej w okresie objętym kontrolą (tj. 01.01.2019 r do 16.11.2020 r.)

Kontrolą objęto również prawidłowość procesu dokonywania zmian w strukturze organizacyjnej Szpitala w związku ze zmianą ilości łóżek w oparciu o *Procedurę postępowania w przypadku dokonywania zmian struktury organizacyjnej zakładów leczniczych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie*, wprowadzoną Uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 1327/201/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.

L.P.	NAZWA ODDZIAŁU	WYJŚCIOWA LICZBA ŁÓŻEK	LICZBA ŁÓŻEK ZLIKwidOWANYCH	LIKwidACJA ŁÓŻEK W %	LICZBA ŁÓŻEK UTWORZONYCH	UTWORZENIE ŁÓŻEK W %	LICZBA ŁÓŻEK PO ZMIANACH	WYMAGANA AKCEPTACJA PODMIOTU TWORZĄCEGO (TAK/NIE/NIE DOTYCZY)	OPINIA RADY SPOŁECZNEJ (NR UCHWAŁY, Z DNIA)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	11
1	Oddział IV Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej i Neurotraumatologii	30	3	10%	0	0%	27	NIE	Uchwała nr 154/2019 z dnia 8 listopada 2019r.
2	Oddział XI Rehabilitacyjny - Kochcice	52	7	13%	0	0%	45	NIE	Uchwała nr 32/2020 z dnia 28 września 2020r.
3	Oddział XII Rehabilitacyjny - Kochcice	52	7	13%	0	0%	45	NIE	Uchwała nr 32/2020 z dnia 28 września 2020r.

Tabela nr 4 – Zmiana ilości łóżek w okresie objętym kontrolą (tj. 01.01.2019 r do 16.11.2020 r.).

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

[Dowód: akta kontroli str.19-350]

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

1. Nieprawidłowość polegająca na niedopełnieniu ustawowego obowiązku wynikającego z art. 22 ustawy o Krajowym Rejestrze Sądowym z dnia 20 sierpnia 1997 r. (tekst jednolity Dz. U. z 2019 r. poz. 1500 z późn. zm.), który wskazuje 7 dniowy termin na zgłoszenie zmian do KRS.
2. Uchybienie polegające na braku zgodności pomiędzy zapisami Regulaminu Organizacyjnego Szpitala i Statutu w zakresie celów Szpitala.
3. Uchybienie polegające na wpisaniu w Regulamin Organizacyjny zadań nie będących w pełni tożsamymi z wyszczególnionymi w Statucie Szpitala.

Przyczyny nieprawidłowości/uchybień:

1. Nieodochowanie należytej staranności w zakresie:
 - przestrzegania ustawowego terminu zgłoszenia zmian do KRS,
 - określania w Regulaminie Organizacyjnym zadań i celów Szpitala, tożsamych z wyszczególnionymi w Statucie Szpitala.

Skutki nieprawidłowości/uchybień:

1. Naruszenie art. 22 ustawy o Krajowym Rejestrze Sądowym z dnia 20 sierpnia 1997 r.,
2. Uchybienia skutkujące niepełną realizacją przepisu art. 24 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej w zakresie niekompletnego określenia celów Szpitala w Regulaminie Organizacyjnym, względem zapisów ujętych w jego Statucie,

Wskazana nieprawidłowość i uchybienia nie stanowią rażącego naruszenia przepisów prawa.

C. Ocena cząstkowa: pozytywna mimo stwierdzonej nieprawidłowości i uchybień.

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

III. Dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych.

A. Ustalenia faktyczne:

Podstawowym celem działalności Szpitala jest udzielanie świadczeń zdrowotnych i promocja zdrowia. Szpital prowadzi działalność medyczną w ramach umów zawartych z NFZ o świadczenie usług medycznych, w obiektach zlokalizowanych w Piekarach Śląskich przy ulicy Bytomskiej 62 oraz w Kochcicach przy ulicy Zamkowej 1. Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne mogą być udzielane w miejscu pobytu pacjenta.

1. Funkcjonowanie wybranych komórek organizacyjnych.

W ramach prowadzonych czynności szczególną kontrolą objęto funkcjonowanie wybranych komórek medycznych: Oddział IV Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej i Neurotraumatologii, Oddział II Urazowo-Ortopedyczny oraz Poradnię Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej Dzieci i Młodzieży.

1) Oddział IV Chirurgii Urazowo - Ortopedycznej i Neurotraumatologii

Mieszczący się w Piekarach Śląskich przy ul. Bytomskiej 62 Oddział wpisany do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 004 (kod resortowy identyfikujący komórkę organizacyjną stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych), kod resortowy charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych: 4580 Oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej. Oddział został wpisany do Rejestru z dniem 3 lipca 1996 r. i dysponuje 27 łózkami.

Oddział prowadzi leczenie urazów i schorzeń całego kręgosłupa z zastosowaniem typowych jak i specjalistycznych technik operacyjnych, w tym z zastosowaniem nowoczesnych implantów do stabilizacji kręgosłupa.

W okresie objętym kontrolą liczba hospitalizowanych pacjentów wyniosła:

- 1 059 w 2019 r.,
- 632 w okresie od 01.01.2020 r. do 31.10.2020 r.

2) Oddział II Urazowo-Ortopedyczny

Mieszczący się w Piekarach Śląskich przy ul. Bytomskiej 62 Oddział wpisany do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 002 (kod resortowy identyfikujący komórkę organizacyjną stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych), kod resortowy charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych: 4580 Oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej. Oddział został wpisany do Rejestru z dniem 3 lipca 1996 r. i dysponuje 32 łózkami. Oddział zajmuje się kompleksowym leczeniem ostrych obrażeń urazowych w obrębie kończyny dolnej, ze szczególnym uwzględnieniem leczenia obrażeń i schorzeń w obrębie stawu kolanowego z wykorzystaniem artroskopii i traumatologii sportowej.

W okresie objętym kontrolą liczba hospitalizowanych pacjentów wyniosła:

- 1 405 w 2019 r.,
- 920 w okresie od 01.01.2020 r. do 31.10.2020 r.

3) Poradnia Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej Dzieci i Młodzieży

Poradnia, zlokalizowana w Piekarach Śląskich przy ul. Bytomskiej 62, wpisana jest do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 014 (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: 1581 Poradnia chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci. Poradnia została wpisana do Rejestru z dniem 03.07.1996 r. Poradnia zajmuje się udzielaniem porad z pełnego zakresu ortopedii i traumatologii narządów ruchu dla dzieci i młodzieży. Leczenie to odbywa się w oparciu o specjalistyczny profil Oddziału VII Urazowo-Ortopedycznego Dzieci i Młodzieży.

W okresie objętym kontrolą liczba udzielonych porad wyniosła:

- 4 481 w 2019 r.,
- 2 638 w okresie od 01.01.2020 r. do 31.10.2020 r.

Na listę oczekujących wpisano 78 przypadków stabilnych. Według harmonogramu pracy zamieszczonego w Portalu Świadczeniodawcy NFZ świadczenia są udzielane przez 3 dni w tygodniu – w poniedziałki (w godzinach 8.30-14.15), we wtorki (w godzinach 8.30-14.45) oraz w czwartki (w godzinach 8.30 – 14.45).

[Dowód: akta kontroli str. 351-353]

2. Udzielanie zamówień na świadczenia zdrowotne.

Przedmiotem weryfikacji przeprowadzonej przez kontrolujących były zapisy umów:

- 1) Nr SzP/K/1/2019/1 z dnia 30.01.2019 r. dotyczącej udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie badań EMG,
- 2) Nr SzP/K/6/2020 z dnia 17.06.2020 r. dotyczącej udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu.

Ad. 1)

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 okres 24 miesięcy (od dnia zawarcia umowy).

W jej zapisach wskazano maksymalną wartość zamówienia.

W ramach kontroli realizacji umowy sprawdzono faktury nr:

- A/0021/02/19 z dnia 28.02.2019 r. – cena jednostkowa zgodna z umową,
- A/0017/01/20 z dnia 31.01.2020 r. – cena jednostkowa zgodna z umową.

Ad. 2)

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 17.06.2020 r. do dnia 31.12.2021 r., oraz wskazuje maksymalną wartość zamówienia.

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

W ramach kontroli realizacji umowy sprawdzono faktury nr:

- 6/08/2020 z dnia 31.08.2020 r. - stawka jednostkowa zgodna z umową,
- 5/09/2020 z dnia 30.09.2020 r. - stawka jednostkowa zgodna z umową.

[Dowód: akta kontroli str. 354-395]

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

Ogłaszanie i przeprowadzanie konkursów na stanowiska kierownicze:

Kontrola realizacji zadań na gruncie art. 49 ust. 1 pkt 2-5, ust. 2-6 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej wykazała, że w okresie objętym kontrolą, tj. lata 2019-2020 w Samodzielnym Publicznym Wojewódzkim Szpitalu Chirurgii Urazowej im. dr. Janusza Daaba w Piekarach Śląskich miało miejsce jedno postępowanie konkursowe na stanowisko kierownicze wskazane w art. 49 w/w ustawy.

Przeprowadzone postępowania konkursowe na stanowiska kierownicze:

1) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału VIII Urazowo-Ortopedycznego (data konkursu: 28.03.2019 r., okres zatrudnienia 29.03.2019 r. – 28.03.2025 r.),

Zatrudnienie na stanowiskach objętych konkursem na podstawie w/w przepisów prawa na dzień 16.11.2020 r. kształtuje się następująco:

- 1) Oddział I Urazowo-Ortopedyczny: lekarz kierujący oddziałem, pielęgniarka oddziałowa;
- 2) Oddział II Urazowo-Ortopedyczny: lekarz kierujący oddziałem, p.o. pielęgniarka oddziałowa;

- 3) Oddział III Urazowo-Ortopedyczny: lekarz kierujący oddziałem, p.o. pielęgniarka oddziałowa;
- 4) Oddział IV Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej i Neurotraumatologii: lekarz kierujący oddziałem, p.o. pielęgniarka oddziałowa;
- 5) Oddział V Rehabilitacyjny: lekarz kierujący oddziałem, pielęgniarka oddziałowa;
- 6) Oddział VI Urazowo-Ortopedyczny: lekarz kierujący oddziałem, pielęgniarka oddziałowa;
- 7) Oddział VII Urazowo-Ortopedyczny Dzieci i Młodzieży: lekarz kierujący oddziałem, p.o. pielęgniarka oddziałowa;
- 8) Oddział VIII Urazowo-Ortopedyczny: lekarz kierujący oddziałem, pielęgniarka oddziałowa;
- 9) Oddział IX Urazowo-Ortopedyczny: lekarz kierujący oddziałem, pielęgniarka oddziałowa;
- 10) Oddział X Anestezjologii i Intensywnej Terapii: lekarz kierujący oddziałem, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
- 11) Oddział XI Rehabilitacyjny (Kochcice): lekarz kierujący oddziałem, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
- 12) Oddział XII Rehabilitacyjny (Kochcice): lekarz kierujący oddziałem, p.o. pielęgniarki oddziałowej.

Z dniem 01.01.2021 r. nastąpiło połączenie oddziałów urazowo-ortopedycznych funkcjonujących dotychczas jako oddzielne komórki organizacyjne w jeden oddział. Ponadto dla uporządkowania struktury organizacyjnej podmiotu leczniczego dokonano zmiany nazw oddziałów:

- 1) Oddział I Urazowo-Ortopedyczny: lekarz kierujący oddziałem, pielęgniarka oddziałowa;
- 2) Oddział II Urazowo-Ortopedyczny Dzieci i Młodzieży: lekarz kierujący oddziałem, p.o. pielęgniarka oddziałowa;
- 3) Oddział III Anestezjologii i Intensywnej Terapii: lekarz kierujący oddziałem, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
- 4) Oddział IV Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej i Neurotraumatologii: lekarz kierujący oddziałem, p.o. pielęgniarka oddziałowa;
- 5) Oddział V Rehabilitacyjny: lekarz kierujący oddziałem, pielęgniarka oddziałowa;
- 6) Oddział XI Rehabilitacyjny (Kochcice): lekarz kierujący oddziałem, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
- 7) Oddział XII Rehabilitacyjny (Kochcice): lekarz kierujący oddziałem, p.o. pielęgniarki oddziałowej.

Jak wskazano powyżej, poszczególnymi oddziałami zarządzają lekarze kierujący oddziałami. Rozwiązanie takie jest zgodne z treścią art. 49 ust. 7 ww. ustawy o działalności leczniczej, 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 naczelną pielęgniarka, natomiast zespołem pielęgniarskim w dwóch Oddziałach zarządzają pielęgniarki oddziałowe, a w pięciu Oddziałach osoby pełniące obowiązki pielęgniarek oddziałowych.

Ww. stanowiska określone zostały zarówno w Regulaminie Organizacyjnym Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Chirurgii Urazowej im. dr. Janusza Daaba w Piekarach Śląskich, jak i załączniku nr 2 (Tabela zaszeregowania stanowisk pracy) oraz nr 3 (Wykaz stanowisk kierowniczych – dodatków funkcyjnych) do Regulaminu Wynagradzania Szpitala.

Podczas czynności kontrolnych kontrolujący stwierdzili nieprawidłowość polegającą na braku realizacji zapisów art. 49 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej w zakresie przeprowadzenia konkursu na stanowisko pielęgniarki oddziałowej w:

- Oddziale II Urazowo-Ortopedycznym Dzieci i Młodzieży,
- Oddziale III Anestezjologii i Intensywnej Terapii (poprzednia nazwa: Oddział X Anestezjologii i Intensywnej Terapii),
- Oddziale IV Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej i Neurotraumatologii,
- Oddziale XI Rehabilitacyjnym,
- Oddziale XII Rehabilitacyjnym.

Zgodnie z wyjaśnieniami Dyrektora Szpitala przeprowadzenie postępowań konkursowych w oddziałach nie było możliwe ze względu na sytuację epidemiologiczną w kraju, jednakże zostaną one przeprowadzone niezwłocznie po jej ustabilizowaniu.

[Dowód: akta kontroli str.396-531]

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) Urządzenie do elektrostymulacji FOCUS NMES, nr fabryczny SN:601.1-1190, data uruchomienia: 2004r. Przegląd okresowy odbył się w dniu 12.08.2020r. – dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany w sierpniu 2021r., zgodnie z wpisem: „aparat sprawny i bezpieczny, użytkowany zgodnie z przeznaczeniem i instrukcją”,
- 2) Kardiomonitor Typ RADIO CAP 5, nr fabryczny SN:FBUE00162, data uruchomienia: 10.04.2000r. Przegląd okresowy odbył się w dniu 30.10.2020r. – dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany w październiku 2021r., zgodnie z wpisem: „urządzenie sprawne technicznie”,
- 3) Resuscytator Ambu, nr fabryczny SN:470003100, data uruchomienia: 02.02.2011r. Przegląd okresowy odbył się wg. wpisu: „11/2020 r.” – dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany w listopadzie 2021 r., zgodnie z wpisem: „urządzenie sprawne”,
- 4) Elektrostymulator IMPULS, nr fabryczny SN:134, data uruchomienia: 2017r. Przegląd okresowy odbył się w dniu 15.10.2020r. – dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany w październiku 2021r., zgodnie z wpisem: „aparat sprawny”.

[Dowód: akta kontroli str. 532-546]

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 Oceny Przyjęć” (dalej: Zespół) powołany Zarządzeniem wewnętrznym Dyrektora nr 27/2004 z dnia 1 października 2004 roku, z późniejszymi zmianami wprowadzonymi aneksami z dnia: 10.03.2005 r., 14.01.2008 r., 01.08.2016 r. oraz 31.12.2018 r. Kolejne aneksy do ww. Zarządzenia dotyczyły zmian w składzie Zespołu.

Do zadań Zespołu należy przeprowadzanie, co najmniej raz w miesiącu, kontroli i oceny list oczekujących pod względem:

- 1) prawidłowości prowadzenia dokumentacji,
- 2) czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia,
- 3) zasadności i przyczyn zmian terminów udzielenia świadczeń.

Zespół Oceny Przyjęć każdorazowo sporządza raport z oceny i przedstawia go Dyrektorowi Naczelnemu Szpitala. Przykładowe raporty Zespołu z „Kontroli dokumentacji szpitalnej oraz ambulatoryjnej dotyczącej czasu oczekiwania na świadczenie (...)” za miesiące: kwiecień, maj, czerwiec, lipiec oraz sierpień 2020 roku stanowią akta kontroli.

Z informacji na temat liczby oczekujących oraz średniego rzeczywistego czasu oczekiwania na świadczenia medyczne (stan na 30.09.2020r.) wynika, że najdłuższy czas oczekiwania na przyjęcie do Szpitala dotyczył Oddziału I Urazowo – Ortopedycznego w zakresie endoprotezoplastyki pierwotnej stawu biodrowego i wynosił 200 dni w przypadkach pilnych (liczba

oczekujących 257 osób) natomiast w przypadkach stabilnych 2 433 dni (liczba oczekujących 2 754 osoby). Najkrótszy czas oczekiwania na udzielenie świadczenia dotyczył operacji palucha koślawego (w Oddziale VIII Urazowo- Ortopedycznym) i wynosił 0 dni, zarówno w przypadkach pilnych, jak i stabilnych.

[Dowód: akta kontroli str. 547-564]

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 w latach 2019-2020. Sposób rozpatrywania skarg i wniosków został określony w „Procedurze przyjmowania, rozpatrywania skarg i wniosków oraz zasad tworzenia i prowadzenia rejestru skarg i wniosków w Samodzielnym Publicznym Wojewódzkim Szpitalu Chirurgii Urazowej im. dr. Janusza Daaba w Piekarach Śląskich”, wprowadzonej Zarządzeniem wewnętrznym Dyrektora nr 11/2020 z dnia 26.02.2020r. Jak ustalono podczas czynności kontrolnych prowadzonych przez tut. Urząd w 2018 roku (wystąpienie pokontrolne z 02.01.2019 r.) nie prowadzono Rejestru skarg i wniosków a skargi wpływające do Szpitala nie były rozpatrywane w oparciu o regulacje wprowadzone aktem wewnętrznym. Ich rozpatrywanie odbywało się zgodnie z zapisami Kodeksu postępowania administracyjnego.

Jak wynika z obecnie wprowadzonej Procedury, skargi i wnioski mogą być wnoszone: pisemnie na adres Szpitala, za pomocą telefaksu, na adres poczty elektronicznej lub za pomocą skrzynki podawczej ePUAP Szpitala oraz ustnie do protokołu. Zgodnie z przyjętymi w ww. dokumencie regulacjami, Szpital przyjmuje i rozpatruje skargi i wnioski w sposób gwarantujący równe traktowanie stron, zachowanie obiektywizmu oraz przestrzeganie obowiązujących przepisów prawa. W Procedurze ujęto m.in. zapis dot. terminu załatwienia skargi lub wniosku bez zbędnej zwłoki (nie później niż w ciągu 30 dni) oraz informację, iż osoba upoważniona do rozpatrzenia skargi lub wniosku, w przypadku niezakończenia jej we wskazanym terminie, jest zobowiązana do powiadomienia zainteresowanego, podając przyczynę zwłoki i ustalając nowy termin załatwienia sprawy. Ponadto wskazano, że w przypadku gdy skarga lub wniosek wymaga zbadania i wyjaśnienia sprawy, Dyrektor Szpitala (m.in. na wniosek Pełnomocnika ds. Pacjenta) powołuje komisję, celem jej wyjaśnienia. Komisja musi być każdorazowo powoływana Zarządzeniem wewnętrznym Dyrektora.

Poniżej przedstawiono zestawienie skarg i wniosków w okresie objętym kontrolą (tabela nr 5).

L.P.	Lata	Liczba skarg	Liczba skarg uznanych za zasadne	Liczba skarg uznanych za niezasadne	Odpowiedź udzielona skarżącemu	Liczba odpowiedzi na skargi udzielona w terminie	Obszary działalności Szpitala, których skargi dotyczą	Informacja przedstawiona na Radzie Społecznej
1	2019	38	0	38	TAK	38	Skargi dotyczyły działalności medycznej, listy kolejkowej na zabiegi	Protokół z posiedzenia Rady Społecznej z dnia 28 stycznia 2020r.
2	2020	7	0	7	TAK	7	Skargi dotyczyły działalności medycznej, listy kolejkowej na zabiegi	Informacja za rok 2020 zostanie przedstawiona Radzie Społecznej na pierwszym posiedzeniu w 2021r.

Tabela nr 5 - zestawienie skarg w okresie od 01.01.2019 r. do 16.11.2020 r.

W toku kontroli ustalono, że Rejestr skarg i wniosków prowadzony jest w sposób umożliwiający weryfikację przebiegu i terminów załatwiania spraw. Zainteresowanym udzielono odpowiedzi na skargi (w 2 przypadkach przedłużono termin jej udzielenia zgodnie z przepisami Kodeksu postępowania administracyjnego oraz przyjętą w Szpitalu Procedurą). Analiza skarg i wniosków jest przedstawiana okresowo Radzie Społecznej Szpitala, co potwierdzają wyciągi z protokołów z posiedzeń Rady. Należy przy tym zaznaczyć, że według obowiązującej Procedury oraz zasad tworzenia i prowadzenia rejestru skarg i wniosków Szpitala, informację zbiorczą o skargach i wnioskach za rok poprzedni przygotowuje Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta i przedstawia ją Dyrektorowi Szpitala do dnia 15 stycznia roku bieżącego. W związku z powyższym, wskazana informacja za rok 2020, zostanie przedstawiona Radzie Społecznej na pierwszym posiedzeniu w 2021 roku.

[Dowód: akta kontroli str. 565-576]

7. Realizacja Świadczeń Zdrowotnych.

Szpital na dzień rozpoczęcia kontroli (tj.16.11.2020r.) realizował świadczenia zdrowotne w poszczególnych komórkach organizacyjnych (w ramach ryczałtu oraz kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia). Realizacja świadczeń i czas oczekiwania na udzielenie świadczenia wg. stanu na dzień kontroli zostały szczegółowo przedstawione poniżej (Tabela nr 6):

L.P.	KOMÓRKI DZIAŁALNOŚCI MEDYCZNEJ	REALIZACJA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH	
		W RAMACH RYCZAŁTU	W RAMACH KONTRAKTU
1	2	3	4
1	Oddział I Urazowo-Ortopedyczny	x	x
2	Oddział II Urazowo-Ortopedyczny	x	x
3	Oddział III Urazowo-Ortopedyczny	x	x
4	Oddział IV Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej i Neurotraumatologii	x	
5	Oddział VI Urazowo-Ortopedyczny	x	
6	Oddział VII Urazowo-Ortopedyczny Dzieci i Młodzieży	x	
7	Oddział VIII Urazowo-Ortopedyczny	x	x
8	Oddział IX Urazowo-Ortopedyczny	x	x
	Oddział IX Urazowo-Ortopedyczny		x
	Oddział IX Urazowo-Ortopedyczny		x
9	Oddział X Anestezjologii i Intensywnej Terapii	x	
10	Izba Przyjęć i Całodobowe Ambulatorium Urazowo-Ortopedyczne	x	
	Izba Przyjęć i Całodobowe Ambulatorium Urazowo-Ortopedyczne		x
	Izba Przyjęć i Całodobowe Ambulatorium Urazowo-Ortopedyczne		x
	Izba Przyjęć i Całodobowe Ambulatorium Urazowo-Ortopedyczne		x
11	Poradnia Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej Dorosłych	x	x
12	Poradnia Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej Dzieci i Młodzieży	x	x
13	Poradnia Rehabilitacyjna		x
	Poradnia Rehabilitacyjna		x
14	Dział Rehabilitacji		x
	Dział Rehabilitacji		x
15	Oddział XI Rehabilitacyjny - Kochcice		x
	Oddział XI Rehabilitacyjny - Kochcice		x
	Oddział XI Rehabilitacyjny - Kochcice		x

16	Oddział XII Rehabilitacyjny - Kochcice		x
	Oddział XII Rehabilitacyjny - Kochcice		x
	Oddział XII Rehabilitacyjny - Kochcice		x
17	Poradnia Rehabilitacyjna - Kochcice		x
	Poradnia Rehabilitacyjna - Kochcice		x
18	Dział Rehabilitacji - Kochcice		x
	Dział Rehabilitacji - Kochcice		x
19	Oddział V Rehabilitacyjny		x
	Oddział V Rehabilitacyjny		x
	Oddział V Rehabilitacyjny		x
20	Pracownia tomografii komputerowej		x
21	Pracownia rezonansu magnetycznego		x
22	Przychodnia zakładowa		x

Tabela nr 6 - Realizacja świadczeń zdrowotnych wg. stanu na dzień 30.09.2020 r.

Informacja dotycząca liczby oczekujących (przypadki pilne oraz stabilne - stan na dzień 30.09.2020r.) stanowi akta kontroli.

8. Finansowanie udzielanych świadczeń.

Zestawienie podpisanych przez Szpital w przedmiotowym zakresie umów z Narodowym Funduszem Zdrowia przedstawia poniższa tabela (Tabela nr 7):

L.P.	KOD UMOWY	RODZAJ ŚWIADCZENIA	KWOTA (zł)	OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY
1	2	3	4	5
1	121/100358/03/8/2020	leczenie szpitalne	73 964 529,00 zł	01.01.2020-31.12.2020
	121/100358/03/8/2020	ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS)	2 047 054,00 zł	01.01.2020-31.12.2020
	121/100358/03/8/2020	ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne (ASDK)	3 570 148,82 zł	01.01.2020-31.12.2020
	121/100358/03/8/2020	rehabilitacja lecznicza	6 569 399,74 zł	01.01.2020-31.12.2020
	121/100358/03/8/2020	Izba Przyjęć - ryczałt	2 978 216,96 zł	01.01.2020-31.12.2020
	121/100358/03/8/2020	Nocna i świąteczna opieka zdrowotna - ryczałt	820 385,00 zł	01.01.2020-31.12.2020
	121/100358/03/8/2020	Koszty świadczeń - wynagrodzenia	8 206 473,13 zł	01.01.2020 - 31.12.2020
2	121/100358/05/2020	rehabilitacja lecznicza	907 344,10 zł	01.01.2020 - 31.12.2020
3	121/100358/19/1/2020	wstępny pretriage	umowa rozliczna wg. wyk. świadczeń	08.04.2020 - 31.12.2020
	121/100358/19/1/2020	dotatkowa opłata ryczałtowa	umowa rozliczna wg. wyk. świadczeń	01.07.2020 - 31.12.2020
4	121/100358/19/3/2020	szczepienia ochronne	umowa rozliczna wg. wyk. świadczeń	01.08.2020 - 31.12.2020

Tabela nr 7 – Zestawienie podpisanych umów z NFZ.

Ww. świadczenia były realizowane na podstawie umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie: leczenia szpitalnego oraz rehabilitacji leczniczej. Dodatkowo Szpital zawarł umowy na realizację świadczeń w zakresie wstępnej kwalifikacji typu pretriage (kwalifikacja osób z podejrzeniem zakażenia koronawirusem SARS-COV-2) oraz wykonywania szczepień ochronnych (zapobieganie, przeciwdziałanie i zwalczanie COVID-19).

[Dowód: akta kontroli str. 577-579]

AKI
9
10h

9. Zaplecze diagnostyczne.

Ze względu na zakres udzielanych świadczeń (m.in. wykonywanie zabiegów operacyjnych narządu ruchu) podstawowym rodzajem używanej aparatury przez pracowników medycznych Szpitala pozostają: aparaty RTG (ponad 62 000 wykonanych badań), Tomograf Komputerowy oraz Rezonans Magnetyczny (odpowiednio: ponad 5 500 i 4 200 wykonanych badań). Wyszczególnienie posiadanej aparatury wraz z okresem użytkowania posiadanego sprzętu, zostało przedstawione w poniżej tabeli nr 8.

L.P.	RODZAJ APARATURY I SPRZĘTU MEDYCZNEGO	LICZBA				OGÓŁEM	L/CZBA WYKONANYCH BADAŃ / ZABIEGÓW
		OKRES UŻYTKOWANIA 0-3 LATA	OKRES UŻYTKOWANIA 4-8 LAT	OKRES UŻYTKOWANIA 9-11 LAT	OKRES UŻYTKOWANIA A POWYŻEJ 12 LAT		
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Aparaty EKG	1	0	2	6	9	5927
2.	Aparaty RTG, w tym:	1	1	6	2	10	62478
	- aparaty RTG z torem wizyjnym	0	0	1	0	1	19742
	- pozostałe	1	1	5	2	9	42736
3.	Aparaty USG:	1	4	3	1	9	1050
4.	Tomograf komputerowy	0	1	0	0	1	5510
5.	Rezonans Magnetyczny	0	2	0	0	2	4234
6.	Laser	1	1	1	5	8	13224
7.	Respirator, w tym:	0	7	8	3	18	750
	- dla dorosłych	0	6	8	3	17	750
	- dla dzieci	0	1	0	0	1	0
8.	Aparat do znieczulenia ogólnego	6	6	1	4	17	3336
9.	Stoły operacyjne	1	5	1	5	12	4765
10.	Inkubatory	0	0	2	3	5	363
11.	Aparatura endoskopowa, w tym:	1	1	3	1	6	501
12.	- bronchoskop	1	1	0	1	3	16
13.	- pozostałe	0	0	3	0	3	485

Tabela nr 8 –Zaplecze diagnostyczne.

Na podstawie powyższej tabeli stwierdzić można, iż największa liczba sprzętu i aparatury medycznej będąca w posiadaniu Szpitala mieści się w okresie użytkowania 4-8 i 9-11 lat.

10. Certyfikaty jakości.

Szpital w celu poprawy jakości świadczonych usług medycznych pozyskał następujące Certyfikaty:

- 1) Systemu Zarządzania Jakością ISO 9001:2015, potwierdzający wdrożenie i stosowanie wymagań normy w zakresie Diagnostyki Obrazowej: Rezonansu Magnetycznego, Tomografii Komputerowej, Ultrasonografii, Radiodiagnostyki, Elektrokardiografii, Densytometrii oraz Radiologii Zabiegowej (ważny do 28 czerwca 2021r.);
- 2) Systemu Zarządzania Jakością, potwierdzający spełnienie wymagań normy PN-EN ISO 9001:2015-10 w zakresie medycznej diagnostyki laboratoryjnej, obejmującej badania z zakresu: analityki ogólnej, hematologii i koagulologii, biochemii, immunochemii, równowagi kwasowo - zasadowej, immunologii transfuzjologicznej oraz mikrobiologii (ważny do 27 marca 2021 r.);
- 3) Certyfikat „Szpital bez bólu” potwierdzający wprowadzenie standardów uśmierzania bólu

pooperacyjnego w oddział pooperacyjnych i zabiegowych w Jednostce (ważny do 23 maja 2022 r.).

Ponadto Placówka jest w trakcie oczekiwania na przyznanie Certyfikatu Akredytacyjnego Ministra Zdrowia w zakresie spełnienia standardów akredytacyjnych dla lecznictwa szpitalnego.

[Dowód: akta kontroli str. 580-581]

11. Wykonywanie badań satysfakcji pacjenta.

W Szpitalu funkcjonuje dokument pn. „Ocena opinii pacjentów na temat Jakości Opieki Szpitalnej – Badanie Poziomu Satysfakcji Pacjentów”, który zawiera wzory formularza ankiet. Za organizację badania odpowiedzialny jest powołany do powyższego zadania Pracownik ds. Organizacji i Jakości Opieki Szpitalnej. Ostatnie badanie zostało przeprowadzone w okresie styczeń - marzec 2019 r. Na podstawie zbiorczych wyników ankiet można stwierdzić, iż bardzo wysoko oceniono opiekę lekarską i pielęgniarską nad pacjentem, uprzejmość personelu pomocniczego zatrudnionego w Szpitalu oraz przygotowywanie posiłków. Działań naprawczych wymagają natomiast organizacja przyjęcia na Oddział oraz informowanie pacjenta podczas pobytu o jego stanie zdrowia.

[Dowód: akta kontroli str. 582-733]

12. Inwestycje współfinansowane z dotacji celowych Województwa Śląskiego.

W okresie objętym kontrolą (lata 2019-2020) Szpital pozyskał dotacje celowe z budżetu Województwa Śląskiego. Zakres przeprowadzonych inwestycji prezentuje poniższa tabela nr 9.

L.P.	NR UMOWY	PRZEDMIOT UMOWY	KWOTA FINANSOWANIA	KOMÓRKA, W KTÓREJ WYKORZYSTYWANY JEST SPRZĘT I APARATURA MEDYCZNA
1	2	3	4	5
1	514/ZD/2019	Modernizacja dachu budynku Oddziałów Rehabilitacji w Kochcicach	200 000,00 zł (dotacja) 21 400,00 zł (śr. własne)	Budynek główny w Kochcicach
2	1708/ZD/2019	Zakup sprzętu medycznego	256 174,88 zł (dotacja) 4 424,12 zł (śr. własne)	Oddziały urazowo-ortopedyczne, Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Zespół Sal Operacyjnych
3	1725/ZD/2019	Wymiana dźwigu osobowego w budynku Oddziałów Rehabilitacji w Kochcicach	182 000,00 zł (dotacja) 12 139,51 zł (śr. własne)	Budynek główny w Kochcicach
4	4126/ZD/2019	Zakup paneli cyfrowych do radiologii pośredniej	143 000,00 zł (dotacja.) 1 510,00 zł (śr. własne)	Zakład Diagnostyki Obrazowej - Pracownia RTG
5	4127/ZD/2019	Zakup samochodu dostawczo-osobowego	68 000,00 zł (dotacja) 800,00 zł (śr. własne)	Potrzeby Szpitala
6	1564/ZD/2020	Zakup aparatów do znieczuleń	692 000,16 zł (dotacja) 7 680,18 zł (śr. własne)	Zespół Sal Operacyjnych
7	1585/ZD/2020	Zakup aparatu RTG	1 413 000,00 zł (dotacja) 15 750,00 zł (śr. własne)	Zakład Diagnostyki Obrazowej - Pracownia RTG
8	1563/ZD/2020	Modernizacja Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii	811 430,00 zł (dotacja) 8 540,46 zł (śr. własne)	Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii
9	3532/ZD/2020	Zakup narzędzi artroskopowych	218 525,00 zł (dotacja) 2 242, zł (śr. własne)	Zespół Sal Operacyjnych

Tabela nr 9 – Inwestycje współfinansowane z dotacji celowych Województwa Śląskiego

Łączna wartość pozyskanych środków z dotacji celowych Województwa Śląskiego ujętych w tabeli to kwota 3 784 329,88 zł.

[Dowód: akta kontroli str. 734-737]

13. Braki kadrowe.

Zgodnie z przedstawionymi informacjami przez Dyрекcję Szpitala, na dzień kontroli odnotowano braki w zatrudnieniu w następujących grupach zawodowych personelu medycznego: pielęgniarki (5 etatów) lekarze (specjalizacja: anesteziologia i radiologia - łącznie 8 etatów) oraz technicy elektroradiologii (3 etaty). Zarządzający Placówką sukcesywnie podejmują starania w celu dotrudnienia przedmiotowej kadry medycznej, jednakże z uwagi na występujący stały niedobór personelu w ww. grupach zawodowych (głównie pielęgniarki oraz lekarze we wskazanych specjalizacjach), prowadzone działania w tym zakresie są znacznie utrudnione.

Jak wynika z aktualnie przekazanych wyjaśnień, Dyrekcja (z dniem 01.12.2020r.) zatrudniła 2 osoby na stanowisko pielęgniarki oraz 1 osobę na stanowisko technika elektroradiologii. Pozostałe braki kadrowe w chwili obecnej nie zagrażają ciągłości udzielanych świadczeń medycznych.

[Dowód: akta kontroli str. 738-739]

14. Funkcjonowanie systemu kontroli/oceny zakażeń.

W trakcie kontroli ustalono, iż w Szpitalu funkcjonuje Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych (ZKSZ), powołany Zarządzeniem Dyrektora nr 53/2016 z dnia 12.12.2016 r. Zgodnie z zapisami ww. Zarządzenia, działalność Zespołu obejmuje:

- 1) Opracowanie i aktualizacje systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych,
- 2) Prowadzenie kontroli wewnętrznej oraz przedstawienie wyników i wniosków z tej kontroli Kierownikowi Szpitala i Komitetowi zakażeń szpitalnych,
- 3) Wykonywanie badań laboratoryjnych oraz analizę lokalnej sytuacji epidemiologicznej w celu optymalizacji profilaktyki i terapii antybiotykowej,
- 4) Szkolenie personelu w zakresie kontroli zakażeń szpitalnych,
- 5) Konsultowanie osób podejrzanych o zakażenie lub chorobę zakaźną.

Członkowie Zespołu spotykają się cyklicznie (raz na kwartał oraz w sytuacjach doraźnych). Kontrola wewnętrzna realizowana przez Zespół odbywa się nie rzadziej niż co 6 miesięcy. Wyniki i wnioski z kontroli zamieszczane są w raportach, które następnie przekazywane są Dyrekcji, Naczelnej Pielęgniarce oraz kierownikom komórek działalności medycznej.

W Szpitalu prowadzone są wewnętrzne jak i zewnętrzne szkolenia w obszarze zakażeń. Szkolenia wewnętrzne organizowane są dla całego personelu zatrudnionego w Placówce (co najmniej 2 razy w roku) oraz każdorazowo dla nowo przyjmowanych pracowników oraz stażystów, praktykantów i studentów.

W celu zapewnienia bezpieczeństwa udzielania świadczeń, zarówno pacjentom jak i personelowi medycznemu, w Jednostce wprowadzono do stosowania liczne standardy i procedury w zakresie zapobiegania i zwalczania zakażeń m.in.: „Postępowanie w przypadku rozpoznania choroby zakaźnej lub zakażenia”, „Kryteria rozpoznawania zakażeń szpitalnych”, „Identyfikacja i wygaszanie ogniska epidemicznego”, „Kontrola komfortu termicznego pacjenta i czystości mikrobiologicznej powietrza w salach operacyjnych”.

[Dowód: akta kontroli str. 740-747]

B: Stwierdzone nieprawidłowości (przyczyny, skutki):

Brak przeprowadzenia konkursu na stanowiska pielęgniarek oddziałowych w następujących oddziałach:

- a) Oddziale II Urazowo-Ortopedycznym Dzieci i Młodzieży,
- b) Oddziale III Anesteziologii i Intensywnej Terapii,
- c) Oddziale IV Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej i Neurotraumatologii,
- d) Oddziale XI Rehabilitacyjnym,

e) Oddziale XII Rehabilitacyjnym,
zgodnie z art. 49 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.

Przyczyny nieprawidłowości:

Brak należytego nadzoru nad realizacją wymogów ustawowych dotyczących przeprowadzenia postępowań konkursowych na stanowisko pielęgniarki oddziałowej, zgodnie z zapisami art. 49 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.

Skutki nieprawidłowości:

Naruszenie zapisów art. 49 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.

C: Ocena częściowa: pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości.

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

IV. Prawdliwość gospodarowania mieniem.

A. Ustalenia faktyczne.

W zakresie prawidłowości gospodarowania mieniem kontrolą objęto:

1. Nabycie sprzętu i aparatury medycznej.

2019 r.

Panel cyfrowy do radiologii pośredniej z wyposażeniem

- zakup ujęty w planie inwestycyjnym na rok 2019,
- Uchwała Nr 152/2019 Rady Społecznej z dnia 8 listopada 2019 r.
- zakup sfinansowany:
 - z dotacji celowej z budżetu Województwa Śląskiego, Umowa nr 4126/ZD/2019 - 143 000 zł,
 - środki własne - 1 510 zł,
- zakup potwierdzony fakturą VAT nr: FV/008/12/19/SPRO z dnia 11.12.2019 r. na kwotę 144 510 zł (mechanizm podzielonej płatności), termin płatności: 10.01.2020 r., zapłacono – 18.12.2019 r – 143 000 zł, 10.01.2020 r – 1 510 zł,
- protokół zdawczo-odbiorczy z dnia 11 grudnia 2019 r.,
- dowód przyjęcia OT Nr 85 z dnia 12.12.2019 r.

2020 r.

Aparat do znieczulania Atlan A350 z monitorem IACS z 350 oraz TofScan

- zakup ujęty w planie inwestycyjnym na rok 2020,
- Uchwała Nr 177/2020 Rady Społecznej z dnia 28 stycznia 2020 r.,
- Faktura nr 3906018142 z dnia 18.09.2020 r. na kwotę: 699 680 zł (faktura wystawiona na zakup 4 aparatów do znieczulania zawiera następujące pozycje:
 - 1) Aparat do znieczulania Atlan A350 z monitorem IACS z C500 oraz TofScan zgodnie z wymaganiami załącznika nr 6 poz. 1 – 2 sztuki, cena jednostkowa netto: 172 213 zł, wartość netto: 344 426 zł,
 - 2) Aparat do znieczulania Atlan A350 z monitorem IACS z C500 oraz TofScan zgodnie z wymaganiami załącznika nr 6 poz. 2 – 2 sztuki, cena jednostkowa netto: 151 713 zł, wartość netto: 303 426 zł, termin płatności: 30 dni, zapłacono: 07.10.2020 r.,
- dowód przyjęcia OT Nr 42 i 43 z dnia 15.09.2020 r.

Nabycie sprzętu i aparatury medycznej w ww. zakresie objętym kontrolą nie budzi zastrzeżeń.

[Dowód: akta kontroli str. 748-800]

19
19

2. Zbycie sprzętu i aparatury medycznej.

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

- a) **Kardiomonitor firmy Philips M3046A typ Virida** – nr inwentarzowy 13330001; nr seryjny DE00816936, rok produkcji 2000, wartość początkowa 42 542,62 zł umorzenie 100 %, – dowód LT nr 37 z dnia 30.04.2019 r.,
- orzeczenie techniczne z dnia 28.02.2019 r. – w wyniku długoletniej eksploatacji aparat wykazuje duży stopień zużycia, nie można przeprowadzić naprawy gwarantującej prawidłowe działanie oraz bezpieczeństwo pacjenta oraz użytkownika. Ze względu na stwierdzone uszkodzenia oraz brak części zamiennych proponuje się wycofać urządzenie z eksploatacji,
 - pozytywna opinia Rady Społecznej Szpitala wyrażona uchwałą nr 139/2019 z dnia 26 kwietnia 2019 r.,
 - zgoda podmiotu tworzącego na zbycie nie była wymagana,
 - utylizację przedmiotowego sprzętu medycznego zlecono firmie zewnętrznej – Nr Karty przekazania odpadu 1/2019 (potwierdzenie przekazania odpadu z dnia 17.09.2019r.)
- b) **Defibrylator Philips Heart Start XL US00122425** – nr inwentarzowy 13770055; nr seryjny SGGT50040, rok produkcji 2004, wartość początkowa 34 469,88 zł, umorzenie 100 %, – dowód LT nr z dnia 25.05.2020 r.,
- orzeczenie techniczne z dnia 26.02.2020 r. – uszkodzona obudowa przy uchwytach łyżek. Producent zakończył wsparcie serwisowe dla ww. defibrylatora z dniem 31.12.2018 r., brak możliwości przywrócenia sprawności sprzętu w przypadku konieczności wymiany części zamiennych,
 - pozytywna opinia Rady Społecznej Szpitala wyrażona uchwałą nr 13/2020 z dnia 25 maja 2020 r.,
 - zgoda podmiotu tworzącego na zbycie nie była wymagana,
 - utylizację przedmiotowego sprzętu medycznego zlecono firmie zewnętrznej – Karta przekazania odpadu nr 00505/2020/KPO/0001/000026102 (potwierdzenie przekazania odpadu z dnia 21.07.2020r.)

Zbycie środków trwałych w ww. zakresie objętym kontrolą nie budzi zastrzeżeń.

[Dowód: akta kontroli str. 801-815]

3. Najem/dzierżawa pomieszczeń.

W ramach kontroli sprawdzeniem objęto prawidłowość zawarcia umowy najmu nr EA/U/N/5/2020 z dnia 02.03.2020 r.

Przedmiotem umowy jest wynajem pomieszczenia o łącznej powierzchni użytkowej 14 m² zlokalizowanego na parterze w budynku portierni, z przeznaczeniem na zaplecze socjalne dla pracowników Najemcy.

Umowa została zawarta na czas oznaczony, od dnia 03.03.2020r. do 03.03.2021r.

Rada Społeczna Szpitala pozytywnie zaopiniowała wniosek w sprawie wynajmu lokalu (uchwała Nr 176/2020 z dnia 28.01.2020r.). Z uwagi na okres, na jaki została zawarta umowa, zgoda podmiotu tworzącego nie była wymagana.

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

Objęte kontrolą faktury nr 20051034 z dnia 21.05.2020 r. oraz nr 20101049 z dnia 31.10.2020 r. zostały wystawione zgodnie z treścią umowy.

[Dowód: akta kontroli str. 816- 825]

B: Stwierdzone nieprawidłowości (przyczyny, skutki): brak.

C: Ocena cząstkowa: pozytywna.

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 18-19 października 2018 r. Przedmiotem kontroli objęto: realizację zadań statutowych, dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych, prawidłowość gospodarowania mieniem oraz gospodarkę finansową w latach 2016-2018.

Wydano następujące zalecenia pokontrolne:

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

1. Zgłoszenia do Krajowego Rejestru Sądowego adresu strony internetowej i adresu poczty elektronicznej Szpitala, zgodnie z wymogiem art. 38 pkt 1a, w związku z art.53a ustawy z dnia 20 sierpnia 1997r. o Krajowym Rejestrze Sądowym.
2. Uzupelnienia treści widniejących na stronie BIP Szpitala poprzez umieszczenie informacji publicznych dotyczących dokumentacji przebiegu i efektów kontroli oraz wystąpień, stanowisk, wniosków i opinii podmiotów ją przeprowadzających.
3. Przeprowadzenia konkursu na stanowiska pielęgniarek oddziałowych w trzech Oddziałach – Oddziale X Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Oddziale XI Rehabilitacyjnym (Kochcice) i Oddziale XII Rehabilitacyjnym (Kochcice) zgodnie z wymogami ustawy o działalności leczniczej.

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

Sprawdzono realizację zaleceń pokontrolnych w latach 2019-2020 i stwierdzono, że nie są one w pełni wykonane. Spośród 3 wydanych zaleceń zrealizowano 2 a nie zrealizowano zalecenia określonego w pkt 3.

B. Stwierdzona nieprawidłowość (przyczyny, skutki):

Nieprawidłowość polegająca na braku wykonania zalecenia pokontrolnego dot. przeprowadzenia konkursu na stanowiska pielęgniarek oddziałowych w trzech Oddziałach – Oddziale X Anestezjologii i Intensywnej Terapii (obecnie Oddział III Anestezjologii i Intensywnej Terapii), Oddziale XI Rehabilitacyjnym (Kochcice) i Oddziale XII Rehabilitacyjnym (Kochcice) zgodnie z wymogami ustawy o działalności leczniczej.

Przyczyna nieprawidłowości:

Brak należytego nadzoru nad pracownikami odpowiedzialnymi za wykonywanie czynności objętych zaleceniem pokontrolnym.

Skutki nieprawidłowości:

Brak realizacji zalecenia, do wykonania którego Dyrektor Szpitala zobowiązany został przez Zarząd Województwa Śląskiego w wystąpieniu pokontrolnym z dnia 2 stycznia 2019 r.

C. Ocena cząstkowa: negatywna.

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 24 lutego 2021 r., znak: NZ-NK.1711.13.2020 (NZ-NK.KW-00057/21), Projekt wystąpienia pokontrolnego został przekazany Dyrektorowi Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Chirurgii Urazowej im. dr. Janusza Daaba w Piekarach Śląskich. Pismo zostało doręczone do Szpitala w dniu 25 lutego 2021 r.

Dyrektor Szpitala nie zgłosił zastrzeżeń do treści Projektu wystąpienia pokontrolnego.

2. Zalecenia

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

- 1) przestrzeganiu obowiązku wynikającego z art. 22 ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym (tekst jednolity Dz. U. z 2019 r. poz. 1500 z późn. zm.), który wskazuje 7 dniowy termin na zgłoszenie zmian do KRS,
- 2) wpisaniu w Regulamin Organizacyjny celów i zadań będących w pełni tożsamymi z wyszczególnionymi w Statucie Szpitala,
- 3) przeprowadzaniu postępowań konkursowych na stanowiska pielęgniarek oddziałowych w: Oddziale II Urazowo-Ortopedycznym Dzieci i Młodzieży, Oddziale III Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Oddziale IV Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej i Neurotraumatologii, Oddziale XI Rehabilitacyjnym, Oddziale XII Rehabilitacyjnym, zgodnie z art. 49 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej,
- 4) przestrzeganiu w pełni 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 Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Chirurgii Urazowej im. dr. Janusza Daaba w Piekarach Śląskich.

Wystąpienie pokontrolne zawiera 22 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