

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

**Wojewódzki Szpital Chorób Płuc im. dr. Alojzego Pawelca  
z siedzibą w Wodzisławiu Śląskim  
ul. Bracka 13, 44-300 Wodzisław Śląski**  
(oznaczenie podmiotu kontrolowanego)

### WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

z kontroli przeprowadzonej na podstawie:

- 1) art. 121 oraz 122 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t. j.: Dz. U. z 2021 r. poz. 711 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 2021 rok, załącznik nr 2, poz. 10 zatwierdzonego uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 469/213/VI/2021 z dnia 24.02.2021 r.,
- 4) Regulaminu kontroli jednostek organizacyjnych Województwa Śląskiego określonego uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 1057/229/VI/2021 z dnia 28.04.2021 r.

#### I. Dane identyfikacyjne kontroli:

**Jednostka kontrolowana:** Wojewódzki Szpital Chorób Płuc im. dr. Alojzego Pawelca, ul. Bracka 13, 44-300 Wodzisław Śląski.

**Kierownik jednostki kontrolowanej:** od 01.03.2013 r. funkcję dyrektora Szpitala pełni Pan Norbert Prudel.

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

- Haliny Zych od 01.12.2013 r. do 30.09.2017 r., od 19.01.2018 do 30.06.2018 r.;
- Danuty Bielaczek od 25.08.2017 r. do 31.03.2018 r.;
- Iwony Krajewskiej od 01.06.2018 r. do nadal

oraz kierowników komórek organizacyjnych.

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

Kontrolę przeprowadzono w dniach od 15.06.2021 r. do 15.07.2021 r. w zakresie: realizacji zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie; dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych; prawidłowości gospodarowania mieniem oraz środkami publicznymi w latach 2019-2021.

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

Osoby przeprowadzające kontrolę:

**Paulina Górkiewicz** - Główny Specjalista Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w Katowicach, na podstawie upoważnienia jednorazowego nr 239/NZ/2021 z dnia 11 czerwca 2021 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 15 czerwca 2021 r.

**Tomasz Jarzab** – Inspektor Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w Katowicach, na podstawie upoważnienia jednorazowego nr 238/NZ/2021 z dnia 11 czerwca 2021 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 15 czerwca 2021 r.

**Barbara Gwiazda - Amrosz** – Główny Specjalista Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnienia jednorazowego nr 237/NZ/2021 z dnia 11 czerwca 2021 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 11 czerwca 2021 r.

O kontroli Dyrektor jednostki został poinformowany pismem z dnia 11.06.2021 r. przekazanym za pośrednictwem Poczty Polskiej oraz drogą elektroniczną. Kontrolę wpisano do książki kontroli pod pozycją 197.

[Dowód: akta kontroli str. 1-18 ]

## **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 Szpitala.**

#### **1. Informacje ogólne.**

Wojewódzki Szpital Chorób Płuc im. dr. Alojzego Pawelca 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 000000014068 oraz posiada osobowość prawną i jest wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego w Katowicach pod numerem KRS 0000033408. Siedzibą Szpitala jest miasto Wodzisław Śląski.

Szpital działa na podstawie:

- 1) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (tekst jednolity: Dz. U. z 2021 r. poz. 711 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 (tekst jednolity: Dz. U. z 2021 r. poz. 1285 z późn. zm.),
- 3) Statutu Szpitala przyjętego uchwałą nr V/12/38/2015 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 25.09.2015 r. z uwzględnieniem zmian wprowadzonych uchwałą Nr V/34/46/2017 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 13.02.2017 r. (t. j. ogłoszony w Dzienniku Urzędowym Województwa Śląskiego z dnia 05.10.2017 r. pod pozycją 5294),
- 4) Regulaminu Organizacyjnego, wprowadzonego Zarządzeniem nr 01/2020 Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Chorób Płuc im. dr. A. Pawelca w Wodzisławiu Śląskim z dnia

02.01.2020 r., którego ostatnia zmiana została pozytywnie zaopiniowana przez Radę Społeczną uchwałą nr 09/2021 z dnia 14.04.2021 r., a następnie wprowadzona Zarządzeniem Dyrektora Szpitala nr 21/2021 z dnia 27.05.2021 r.

- 5) Procedury postępowania w przypadku dokonywania zmian dotyczących struktury organizacyjnej zakładów leczniczych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie wyrażonej uchwałą nr 801/36/VI/2019 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 17.04.2019 r.
- 6) 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 przyjętych uchwałą nr 2232/288/V/2018 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 25.09.2018 r. z późn. zm. (uchwała nr 804/36/VI/2019 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 17 kwietnia 2019 r., uchwała 1966/161/VI/2020 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 26.08.2020 r. oraz uchwała 1945/265/VI/2021 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 25.08.2021 r. w sprawie zmiany zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie),
- 7) innych powszechnie obowiązujących przepisów prawa.

W Szpitalu zatrudnienie na dzień 15.06.2021 r. roku wynosiło ogółem 106 pracowników:

- 85 pracowników w ramach umowy o pracę,
- 21 pracowników w ramach umowy cywilnoprawnej (w tym 8 pracowników realizujących zadania w ramach umowy zlecenia oraz 13 pracowników realizujących zadania, w tym świadczenia zdrowotne, w ramach umowy kontraktowej).

[Dowód: akta kontroli str. 20 ]

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

Ostatnie zgłoszenia do Krajowego Rejestru Sądowego z dnia 04.06.2020 r. dotyczą zmiany Składu Rady Społecznej Szpitala powołanej uchwałą 302/101/VI/2020 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 05.02.2020 r. w sprawie powołania Rady Społecznej Wojewódzkiego Szpitala Chorób Płuc im. dr. Alojzego Pawelca z siedzibą w Wodzisławiu Śląskim, a także zmiany nazwy Szpitala oraz zmian w statucie Szpitala określonych uchwałą Nr V/34/46/2017 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 13 lutego 2017 roku w sprawie: zmiany uchwały nr V/12/38/2015 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 21 września 2015 roku w sprawie nadania statutu Wojewódzkiemu Szpitalowi Chorób Płuc im. dr. Alojzego Pawelca z siedzibą w Wodzisławiu Śląskim. Wniosek dotyczący zmiany statutu obejmuje zmianę określoną ww. uchwałą Sejmiku Województwa Śląskiego z pominięciem zmiany związanej z wprowadzeniem tekstu jednolitego statutu nadanego Uchwałą Nr V/42/44/2017 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 18 września 2017 roku.

W trakcie kontroli ustalono, iż w ww. zakresie nie został dopełniony ustawowy obowiązek wynikający z art. 22 ustawy o Krajowym Rejestrze Sądowym z dnia 20 sierpnia 1997 r. (t. j.: Dz. U. z 2021 r. poz. 112 z późn. zm.), który wskazuje 7-dniowy termin na zgłoszenie zmian do KRS. W trakcie kontroli przedłożono wnioski dot. ww. zmian wpisu w Rejestrze.

Wpisu dotyczącego zmiany składu Rady Społecznej Szpitala dokonano w dniu 17.07.2020 r., natomiast wpisu dotyczącego zmiany nazwy Szpitala w dniu 18.09.2020 r. Wniosek dot. zmiany statutu nie został uwidoczniiony w rejestrze z uwagi na fakt, iż tożsame zmiany zostały wpisane do Rejestru 08.11.2017 r.

Ustalono, iż Szpital nie dopełnił obowiązku terminowego zgłoszenia zmian do KRS w zakresie tekstu jednolitego statutu nadanego Uchwałą Nr V/42/44/2017 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 18 września 2017 roku w sprawie ogłoszenia tekstu jednolitego uchwały Nr V/12/38/2015 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 21 września 2015 roku w sprawie nadania statutu Wojewódzkiemu Szpitalowi Chorób Płuc im. dr. Alojzego Pawelca z siedzibą w Wodzisławiu Śląskim.

[Dowód: akta kontroli str. 21-34]

### 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. Ostatnia zmiana do Regulaminu została pozytywnie zaopiniowana przez Radę Społeczną Szpitala uchwałą nr 09/2021 z dnia 14.04.2021 r., a następnie wprowadzona Zarządzeniem Dyrektora Szpitala nr 21/2021 z dnia 27.05.2021 r.

W trakcie kontroli sprawdzono zgodność zapisów Regulaminu Organizacyjnego Szpitala z przepisami ustawy. Ustalono, że Regulamin zawiera wszystkie zapisy wymagane przez art. 24 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej niemniej jednak ze względu na rozbieżności z innymi przepisami wymaga modyfikacji.

Kontrolujący stwierdzili, że cele Szpitala w Regulaminie Organizacyjnym są w pełni tożsame z wpisanymi w Statut Szpitala w obowiązującym brzmieniu nadanym uchwałą nr V/34/46/2017 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 13 lutego 2017 roku w sprawie: zmiany uchwały nr V/12/38/2015 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 21 września 2015 roku w sprawie nadania statutu Wojewódzkiemu Szpitalowi Chorób Płuc im. dr. Alojzego Pawelca z siedzibą w Wodzisławiu Śląskim. W zakresie zadań natomiast następuje rozbieżność w pkt. 6 i 7 co obrazuje poniższa tabela.

	Regulamin Organizacyjny Szpitala – § 2 ust. 2	Statut Szpitala – Rozdział II Cele i zadania
Zadania	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) uczestniczenie w realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z <b>udziałem</b> świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia;</li> <li>2) uczestniczenie w przygotowywaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i <b>kształcenia</b> osób wykonujących zawody medyczne na zasadach określonych w odrębnych przepisach regulujących kształcenie tych osób.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) uczestniczenie w realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z <b>udzielaniem</b> świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia;</li> <li>2) uczestniczenie w przygotowywaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i <b>kształceniu</b> osób wykonujących zawody medyczne na zasadach określonych w odrębnych przepisach regulujących kształcenie tych osób.</li> </ol>

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

Art. 24 ust. 1 pkt. 4 ustawy o działalności leczniczej wymaga określenia w Regulaminie Organizacyjnym m.in. rodzaju działalności leczniczej. Należy zwrócić uwagę, iż wskazany w Rozdziale IV § 5 ust. 1 Regulaminu rodzaj działalności leczniczej „Szpital” nie występuje w nomenklaturze określonej w art. 8 cytowanej wyżej ustawy. Zgodnie z powyższym oraz wpisem w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą rodzaj powinien przyjąć brzmienie „Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne – szpitalne”.

Zgodnie z brzmieniem art. 24 ust. 1 pkt. 9 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t. j. Dz.U. z 2021 r. poz. 711 z późn. zm.), w Regulaminie podmiotu wykonującego działalność leczniczą określa się w szczególności „wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej ustalonej w sposób określony w art. 28 ust.4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta”. W toku kontroli ustalono, iż ostatnia zmiana cennika opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej została wprowadzona zarządzeniem nr 25/2020 Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Chorób Płuc im. dr. A. Pawelca w Wodzisławiu Śląskim z dnia 01.07.2020 r. Opłaty wprowadzone przedmiotową zmianą naliczone zostały prawidłowo - zgodnie z treścią ww. przepisu. Należy jednak zauważyć, iż w II i III kwartale 2020 r. przeciętne wynagrodzenie ogłaszane przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski” na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych uległo obniżeniu. Szpital nie dokonał aktualizacji Regulaminu Organizacyjnego w ww. zakresie stosując w okresie od 01.09.2020 r. do 28.02.2021 r. opłaty za udostępnienie dokumentacji przekraczające maksymalne wysokości opłat wskazanych w art. 28 ust.4 cytowanej wyżej ustawy, co zobrazowano w poniższej tabeli.

Kwartał	Przeciętne wynagrodzenie w kwartale	Data ogłoszenia	Okres obowiązywania od	Opłata za stronę wyciągu albo odpisu dokumentacji medycznej	Opłata za stronę kopii albo wydruku dokumentacji medycznej	Opłata za udostępnienie dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych
				0,002	0,00007	0,0004
I kw. 2020	5331,47	12.05.2020	01.06.2020	10,66	0,37	2,13
II kw. 2020	5024,48	11.08.2020	01.09.2020	<b>10,05</b>	<b>0,35</b>	<b>2,01</b>
III kw. 2020	5168,93	10.11.2020	01.12.2020	<b>10,34</b>	<b>0,36</b>	<b>2,07</b>
IV kw. 2020	5457,98	09.02.2021	01.03.2020	10,92	0,38	2,18
I kw. 2021	5681,56	12.05.2021	01.06.2021	11,36	0,40	2,27
<b>Stawki stosowane przez Szpital w okresie od 01.07.2020 r. do dnia kontroli</b>				<b>10,66</b>	<b>0,37</b>	<b>2,13</b>

Tabela nr 2 – maksymalne wysokości opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej.

Sprawdzono zgodność zapisów Regulaminu w zakresie struktury organizacyjnej komórek działalności medycznej oraz miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych z Księgą Rejestrową nr 000000014068 widniejącą w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (dalej: Rejestr) według stanu na dzień 15.06.2021 r. Stwierdzono wpis do Rejestru wszystkich komórek organizacyjnych związanych z prowadzoną w Szpitalu działalnością medyczną.

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

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
<b>A</b>	<b>ZAKŁAD LECZNICZY</b>	<b>A</b>	<b>ZAKŁAD LECZNICZY</b>	
	Szpital		Szpital	
<b>I</b>	<b>JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZAKŁADU LECZNICZEGO</b>	<b>I</b>	<b>JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZAKŁADU LECZNICZEGO</b>	
	Wojewódzki Szpital Chorób Płuc im. dr. Alojzego Pawelca - Szpital		Wojewódzki Szpital Chorób Płuc im. dr. Alojzego Pawelca - Szpital	
	<b>KOMÓRKA DZIAŁANOŚCI MEDYCZNEJ</b>		<b>KOMÓRKA DZIAŁANOŚCI MEDYCZNEJ</b>	
1	Oddział I Gruźlicy i Chorób Płuc	38	Oddział I Gruźlicy i Chorób Płuc	38
2	Oddział II Pulmonologiczny	36	Oddział II Pulmonologiczny	36
3	Oddział III Pulmonologii i Rehabilitacji Oddechowej	26	Oddział III Pulmonologii i Rehabilitacji Oddechowej	26
4	Pracownia RTG	x	Pracownia RTG	x
5	Laboratorium Analityczno- Bakteriologiczne	x	Laboratorium Analityczno- Bakteriologiczne	x
6	Pracownia endoskopowa	x	Pracownia endoskopowa	x
7	Pracownia badań czynnościowych układu oddechowego	x	Pracownia badań czynnościowych układu oddechowego	x
8	Punkt przygotowywania cytostatyków	x	Punkt przygotowywania cytostatyków	x
9	Pracownia USG	x	Pracownia USG	x
10	Izba Przyjęć Szpitala-sekcja ruchu i statystyki chorych	x	Izba Przyjęć Szpitala-sekcja ruchu i statystyki chorych	x
11	Dział farmacji-szpitalnej	x	Dział farmacji szpitalnej	x
12	Pracownia Cytologii	x	Pracownia Cytologii	x
<b>B</b>	<b>ZAKŁAD LECZNICZY</b>	<b>B</b>	<b>ZAKŁAD LECZNICZY</b>	
	<b>Ambulatoryjne Świadczenia Zdrowotne</b>		<b>Ambulatoryjne Świadczenia Zdrowotne</b>	
<b>I</b>	<b>JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZAKŁADU LECZNICZEGO</b>	<b>I</b>	<b>JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZAKŁADU LECZNICZEGO</b>	
	Wojewódzki Szpital Chorób Płuc im. dr. Alojzego Pawelca – Ambulatoryjne Świadczenia Zdrowotne		Wojewódzki Szpital Chorób Płuc im. dr. Alojzego Pawelca – Ambulatoryjne Świadczenia Zdrowotne	
	<b>KOMÓRKA DZIAŁANOŚCI MEDYCZNEJ</b>		<b>KOMÓRKA DZIAŁANOŚCI MEDYCZNEJ</b>	
1	Poradnia Gruźlicy i Chorób Płuc	x	Poradnia Gruźlicy i Chorób Płuc	x
2	Gabinet Diagnostyczno- Zabiegowy	x	Gabinet Diagnostyczno- Zabiegowy	x
3	Poradnia Onkologiczna	x	Poradnia Onkologiczna	x
4	Gabinet Diagnostyczno- Zabiegowy	x	Gabinet Diagnostyczno- Zabiegowy	x
5	Zespół Domowego Leczenia Tlenem	x	Zespół Domowego Leczenia Tlenem	x

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

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 801/36/VI/2019 z dnia 17.04.2019 r., a także zgodność z zapisami ustawy o działalności leczniczej. W okresie objętym kontrolą dokonano zmian w strukturze organizacyjnej Szpitala. Przebieg zmian zweryfikowano pod względem uzyskania pozytywnej opinii Rady Społecznej Szpitala w związku z dokonywaną zmianą, uzyskaniem akceptacji podmiotu tworzącego, a także zgłoszeniem zmian w strukturze organizacyjnej do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego.

Stwierdzono, iż w okresie od 01.01.2019 r. do dnia kontroli Dyrektor Szpitala dokonał w Regulaminie zmian w strukturze komórek działalności medycznej z naruszeniem ww. Procedury, polegających na utworzeniu z dniem 01.01.2020 r. Pracowni Cytologii.

Zgodnie z zapisami rozdziału II pkt 3 ww. Procedury Dyrektor Szpitala ma obowiązek wnioskować o akceptację podmiotu tworzącego w przypadku planowanej zmiany dotyczącej struktury organizacyjnej zakładu leczniczego szpoz. Dopiero po otrzymaniu zgody podmiotu tworzącego kierownik jednostki może przeprowadzić stosowne zmiany w Regulaminie Organizacyjnym (po uzyskaniu wydanej w przedmiotowej sprawie opinii Rady Społecznej).

Przebieg procesów przedstawiono poniżej.

L.P.	OKREŚLENIE RODZAJU ZMIANY	OPINIA RADY SPOŁECZNEJ (NR UCHWAŁY, Z DNIA)	WYMAGANA AKCEPTACJA PODMIOTU TWORZĄCEGO (TAK/ NIE/ NIE DOTYCZY)	CZYNNOŚĆ SPOWODOWAŁA ZMIANĘ UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ (TAK/ NIE/ NIE DOTYCZY)	DATA ROZPOCZĘCIA / ZAKOŃCZENIA DZIAŁALNOŚCI/ OKRES ZAWIESZENIA	DATA ZMIANY W REJESTRZE PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ
1	2	3	4	5	6	7
1	utworzenie komórki/jednostki organizacyjnej	Uchwała nr 24/2019 z dnia 03.12.2019	TAK	Utworzenie Pracowni Cytologii	01.01.2020	Zgodnie z wpisem do RPWDL 20.01.2020
2	likwidacja komórki/jednostki organizacyjnej	Uchwała nr 06/2021 z dnia 14.04.2021	TAK	Likwidacja Poradni Gruzlicy i chorób Płuc dla Dzieci	27.05.2021	15.06.2021
3	*zmiana nazwy komórki / jednostki organizacyjnej (z/na):	Nie wykazano zmian w tym zakresie				
4	*połączenie jednostek/komórek organizacyjnych:	Nie wykazano zmian w tym zakresie				
5	*podział jednostek/komórek organizacyjnych:	Nie wykazano zmian w tym zakresie				
6	zawieszenie działalności komórki / jednostki organizacyjnej (nazwa )	Nie wykazano zmian w tym zakresie				

Tabela nr 2 – zmiany struktury organizacyjnej w okresie objętym kontrolą (tj. od 01.01.2019 r. do 15.06.2021 r.).

L.P.	NAZWA ODDZIAŁU	WYJŚCIOWA LICZBA ŁÓŻEK	LICZBA ŁÓŻEK ZLIKWIDOWANYCH	LIKWI-DACJA / UTWORZENIE ŁÓŻEK W %	LICZBA ŁÓŻEK PO ZMIANACH	AKCEPTACJA PODMIOTU TWORZĄCEGO	OPINIA RADY SPOŁECZNEJ
1	Oddział I Gruźlicy i Chorób Płuc	45	7	-16%	38	nie była wymagana	Uchwała Nr 03/2019 z dnia 28.03.2019
2	Oddział II Pulmonologiczny	40	4	-10%	36	nie była wymagana	Uchwała Nr 14/2020 z dnia 29.09.2020

Tabela nr 3 – zmiany struktury organizacyjnej w okresie objętym kontrolą – zmiana liczby łóżek (tj. od 1.01.2019 r. do 15.06.2021 r.).

Przeprowadzono kontrolę treści umieszczonych na stronie internetowej Szpitala pod względem spełnienia wymogów ustawy o działalności leczniczej. Szpital prowadzi stronę internetową pod adresem: <http://www.wscp.wodzislaw.pl/>. Kontrola wykazała, że na stronie internetowej Szpitala nie umieszczono informacji wymaganych zgodnie z treścią art. 24 ust. 2 w zw. z ust. 1 ustawy o działalności leczniczej.

Ponadto sprawdzono czy Szpital spełnia ustawowy wymóg prowadzenia strony podmiotowej BIP i umieszczania na niej wymaganych prawem informacji. Przedmiotowy obowiązek wynika z ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej. Zgodnie z treścią art. 8 pkt. 2 w związku z art. 4 ust. 1 ww. ustawy, do udostępniania informacji publicznej w Biuletynie Informacji Publicznej zobowiązane są m.in. podmioty reprezentujące państwowe osoby prawne albo osoby prawne samorządu terytorialnego oraz podmioty reprezentujące inne państwowe jednostki organizacyjne albo jednostki organizacyjne samorządu terytorialnego, a także podmioty reprezentujące inne osoby lub jednostki organizacyjne, które wykonują zadania publiczne lub dysponują majątkiem publicznym.

Szpital pod adresem: <http://bipwscp.kris-med.pl/> prowadzi odrębną stronę BIP, do której odniesienie znajduje się na stronie internetowej Szpitala. Na stronie BIP Szpitala zostały umieszczone wszystkie informacje wymagane w art. 24 ust. 2 z zastrzeżeniem nieprawidłowości w ich treści wskazanych poniżej, a także ich zgodności ze stanem faktycznym.

Należy zauważyć, iż na stronie BIP zamieszczono nieaktualny Załącznik do Regulaminu zawierający wysokość opłat za świadczenia zdrowotne. Brzmienie widniejące na stronie wprowadzone Zarządzeniem nr 01/2020 Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Chorób Płuc im. Dr. A. Pawelca w Wodzisławiu Śląskim z dnia 02.01.2020 r. zostało zmienione. Z danych udostępnionych kontrolującym wynika, iż ostatnią zmianę wprowadzono Zarządzeniem 14/2021 Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Chorób Płuc im. dr. A. Pawelca w Wodzisławiu Śląskim z dnia 14.04.2021 r. Zwraca się uwagę, iż w przypadku zmiany treści Regulaminu Organizacyjnego w zakresie wskazanym w treści art. 24 ust. 1 pkt. 4,9,11 i 12 należy każdorazowo zaktualizować treści zamieszczane na stronie internetowej i stronie BIP. Ponadto wszelkie informacje zamieszczane na stronach prowadzonych przez Szpital winny być zgodne ze stanem faktycznym (na stronie Szpitala widnieją m.in. rozbieżności ze stanem faktycznym w zakresie liczby łóżek w oddziałach, na stronie BIP natomiast nieaktualne Załączniki do Regulaminu Organizacyjnego w zakładce Struktura Organizacyjna oraz w zakładce Cel i przedmiot działalności).

W toku kontroli stwierdzono także, że nie wszystkie informacje wymagane przez przepisy ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej zostały zamieszczone na stronie BIP Szpitala. Na dzień kontroli na stronie BIP nie zamieszczono aktualnych zmian Statutu, niemniej jednak na dzień sporządzenia Projektu wystąpienia pokontrolnego stosowna zmiana została dokonana.



Informacje, o których mowa we wskazanym powyżej przepisie ustawy o działalności leczniczej, zostały wywieszane w widocznych miejscach w poszczególnych jednostkach organizacyjnych Szpitala.

[Dowód: akta kontroli str. 35-147]

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

1. Niedochowanie siedmiodniowego terminu na zgłoszenie zmian do KRS, czym naruszono art. 22 ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym.
2. Brak zgodności pomiędzy zapisami Regulaminu Organizacyjnego Szpitala i Statutu w zakresie zadań Szpitala (uchybienie).
3. Brak właściwego określenia rodzaju działalności leczniczej, czym naruszono art. 24 ust. 1 w związku z art. 8 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
4. Określenie w treści Regulaminu Organizacyjnego w okresie od 01.09.2020 r. do 28.02.2021 r. zawyżonych opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej, czym naruszono art. 28 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
5. Dokonanie zmian w strukturze organizacyjnej Szpitala polegających na utworzeniu Pracowni Cytologii bez wymaganej zgody podmiotu tworzącego, czym naruszono zapisy Rozdziału .II ust. 3 pkt. 1 *Procedury postępowania w przypadku dokonywania zmian dotyczących struktury organizacyjnej zakładów leczniczych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie* (uchybienie).
6. Nieumieszczenie na stronie internetowej Szpitala informacji określonych w art. 24 ust.1 pkt 4,9,11 i 12 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, czym naruszono art. 24 ust. 2 tej ustawy.

Przyczyny nieprawidłowości i uchybień:

- a. Niedochowanie należytej staranności w zakresie:
  - terminowego zgłoszenia zmian do KRS,
  - tworzenia i aktualizacji Regulaminu Organizacyjnego Szpitala,
  - zamieszczania wymaganych informacji na stronie internetowej Szpitala;
- b. Brak odpowiedniego nadzoru nad pracownikami odpowiedzialnymi za tworzenie i aktualizację Regulaminu Organizacyjnego Szpitala oraz wytwarzanie wymaganych informacji i zamieszczanie ich na stronie internetowej Szpitala;
- c. Niedochowanie należytej staranności w zakresie realizacji zapisów *Procedury postępowania w przypadku dokonywania zmian dotyczących struktury organizacyjnej zakładów leczniczych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie*.

Wskazane nieprawidłowości nie stanowią rażącego naruszenia przepisów prawa.

**C. Ocena cząstkowa:** Pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości i uchybień.

**D. Osoby odpowiedzialne:** Dyrektor Szpitala dr. n. med. Norbert Prudel, 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 obiekcie zlokalizowanym w Wodzisławiu Śląskim przy ulicy Brackiej 13 i w miejscu pobytu pacjenta. Szpital jest jednostką specjalistyczną świadczącą kompleksową opiekę zdrowotną w dziedzinie chorób układu oddechowego, w tym leczenia gruźlicy.

#### 1. Funkcjonowanie wybranych komórek organizacyjnych.

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

- 1) Oddziału I Gruźlicy i Chorób Płuc
- 2) Oddziału III Pulmonologii i Rehabilitacji Oddechowej
- 3) Poradni gruźlicy i chorób płuc dla dzieci
- 4) Poradni Onkologicznej.

##### 1) Oddział I Gruźlicy i Chorób Płuc

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: 4270 Oddział gruźlicy i chorób płuc. Oddział został wpisany do Rejestru z dniem 29.06.1993 r. i dysponuje 38 łózkami.

W Oddziale udzielane są świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia stacjonarnego chorób płuc (w tym gruźlicy).

Liczba hospitalizowanych w Oddziale pacjentów wyniosła:

- 456 w 2019 r.
- 365 w 2020 r.
- 94 w okresie do 15.06.2021 r.

Wg stanu na 15.06.2021 r. nie odnotowano kolejki oczekujących na leczenie przypadków stabilnych i pilnych w Oddziale.

Zatrudnienie w Oddziale: lekarze 4 osoby; pielęgniarki 16 osób.

##### 2) Oddział III Pulmonologii i Rehabilitacji Oddechowej

Oddział wpisany jest do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 003 (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: 4272 Oddział chorób płuc. Komórka została wpisana do Rejestru z dniem 29.06.1993 r. i dysponuje 26 łózkami, w tym 1 łóżkiem intensywnej opieki medycznej.

W Oddziale udzielane są świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia stacjonarnego chorób płuc oraz onkologii klinicznej. Świadczenia obejmują procedury związane z chemioterapią. W Oddziale realizowane są programy lekowe.

Liczba hospitalizowanych w Oddziale pacjentów wyniosła:

- 922 w 2019 r.
- 659 w 2020 r.
- 147 w okresie do 15.06.2021 r.

Wg stanu na 15.06.2021 r. nie odnotowano kolejki oczekujących na leczenie przypadków

Ted

stabilnych i pilnych w Oddziale.

Zatrudnienie w Oddziale: lekarze 3 osoby; pielęgniarki 4 osoby.

### **3) Poradnia gruźlicy i chorób płuc dla dzieci.**

Komórka wpisana jest do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 015 (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: 11271 Poradnia gruźlicy i chorób płuc dla dzieci. Komórka została wpisana do Rejestru z dniem 02.03.2012 r. i wykreślona z dniem 27.05.2021 r.

W Poradni wykonywane były świadczenia z zakresu ambulatoryjnego specjalistycznego leczenia chorób płuc u dzieci (w tym gruźlicy). Ze względu na brak niezbędnej kadry medycznej podjęto decyzję o likwidacji komórki.

Liczba porad udzielonych w komórce wyniosła:

- 281 w 2019 r.
- 52 w 2020 r.
- w 2021 r. komórka nie udzielała świadczeń.

Zatrudnienie w Poradni: lekarze 1 osoba.

### **4) Poradnia Onkologiczna**

Komórka wpisana jest do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 017 (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: 1240 Poradnia onkologiczna. Komórka została wpisana do Rejestru z dniem 08.08.2014 r.

W Poradni wykonuje się świadczenia z zakresu leczenia ambulatoryjnego specjalistyczne onkologia kliniczna. Diagnostyka i leczenie onkologiczne odbywa się w ramach Poradni Gruźlicy i Chorób Płuc.

Liczba porad udzielonych w komórce wyniosła:

- 141 w 2019 r.
- 84 w 2020 r.
- 88 w okresie do 15.06.2021 r.

Liczba osób oczekujących na udzielenie świadczenia w Poradni (stan na 15.06.2021 r.) wynosiła: przypadki pilne - 39, przypadki stabilne – 227.

Zatrudnienie w Poradni: lekarze 7 osób (0,007 etatu); pielęgniarki 2 osoby (0,002 etatu).

Poradnia udziela świadczeń w następujące dni tygodnia (zgodnie z wpisem w Portalu potencjału):

- poniedziałek – od 9:00 do 15:00
- wtorek – od 10:25 do 17:00
- środa – od 11:00 do 18:00
- czwartek – od 9:20 do 15.00
- piątek – od 9:30 do 15:00.

Podane wyżej godziny są zgodne z informacjami znajdującymi się na drzwiach Poradni.

[Dowód: akta kontroli str. 148-150]

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

Przedmiotem weryfikacji przeprowadzonej przez kontrolujących były umowy:

- 1) Nr 6/2019/DOP z dnia 17.01.2019 r. na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie badań histopatologicznych wraz z aneksem 1/2020 z dnia 21.01.2020 r.;
- 2) Nr 68/2020 z dnia 30.12.2020 r. na świadczenia zdrowotne w zakresie opieki

pielęgniarskiej.

**Ad. 1)** 6/2019/DOP z dnia 17.01.2019 r.

Umowa została zawarta na podstawie art. 26 ust. 4a ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej ze względu na fakt, że jej wartość nie przekracza wyrażonej w złotych równowartości kwoty 30 000 euro liczonej według średniego kursu złotego w stosunku do euro, ustalonego w przepisach wydanych na podstawie art. 35 ust. 3 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych. Powyższe potwierdza szacunek wartości zamówienia z dnia 07.01.2019 r., który przedstawia wartość 20 763,00 zł.

Umowa została zawarta w formie pisemnej, na czas określony tj. od dnia 23.01.2019 r. do dnia 22.01.2021 r.

W oparciu o zapisy określone w art. 27 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej stwierdza się, że umowa nie zawiera wszystkich wymaganych uregulowań tj.

- zapisu wynikającego z pkt. 4 stanowiącego o przyjęciu przez przyjmującego zamówienie obowiązku poddania się kontroli przeprowadzanej przez udzielającego zamówienia;
- zapisu wynikającego z pkt. 8 stanowiącego o konieczności zamieszczenia w umowie postanowienia dotyczącego szczegółowych okoliczności uzasadniających rozwiązanie umowy za wypowiedzeniem oraz okresu wypowiedzenia;

Art. 27 ust. 8 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej zawiera katalog przesłanek, w których umowa na udzielanie świadczeń zdrowotnych ulega rozwiązaniu. Kontrolowana umowa zawiera wszystkie wymagane zapisy.

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

W ramach kontroli realizacji umowy sprawdzono faktury nr:

- 19/02/2019/05 z dnia 10.06.2019 r. - stawki za zrealizowane świadczenia zgodne z umową,
- 14/02/2020/06 z dnia 07.07.2020 r. – stawki za zrealizowane świadczenia zgodne z umową.

**Ad. 2)** 68/2020 z dnia 30.12.2020 r.

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

Umowa została zawarta w formie pisemnej, na czas określony tj. od dnia 01.01.2021 r. do dnia 31.12.2021 r.

W oparciu o zapisy określone w art. 27 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej stwierdza się, że umowa nie zawiera zapisu wynikającego z pkt. 8 stanowiącego o konieczności zamieszczenia w umowie postanowienia dotyczącego szczegółowych okoliczności uzasadniających rozwiązanie umowy za wypowiedzeniem oraz okresu wypowiedzenia;

Art. 27 ust. 8 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej zawiera katalog przesłanek, w których umowa na udzielanie świadczeń zdrowotnych ulega rozwiązaniu. Kontrolowana umowa nie zawiera wszystkich wymaganych zapisów. Kontrolowana umowa nie przewiduje możliwości jej rozwiązania określonej w ust. 8 pkt.4) w przypadku gdy druga strona rażąco narusza istotne postanowienia umowy. Zapisy umowy nie precyzują powyższego zagadnienia i nie wskazują jednoznacznie katalogu rażących naruszeń istotnych postanowień umowy.

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

W ramach kontroli realizacji umowy sprawdzono faktury nr:

- 4/2021 z dnia 28.02.2021 r. - stawki za zrealizowane świadczenia zgodne z umową,
- 9/2021 z dnia 30.04.2021 r. – stawki za zrealizowane świadczenia zgodne z umową.

Jak

Ponadto stwierdzono brak określenia w umowach wartości zamówienia, co wymagane jest przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (art. 44 ust. 3 pkt 3). Powyższe utrudniać może sprawowanie kontroli właściwego sposobu ich realizacji w zakresie ilości i wartości zlecanych usług. Zasadnym zatem byłoby wprowadzenie do umów zapisów regulujących kwestie ich maksymalnej wartości, szczególnie w umowach zawieranych poza trybem konkursowym celem potwierdzenia właściwego trybu wyboru wykonawcy. Zgodnie z art. 46 ust. 1 cytowanej wyżej ustawy jednostki sektora finansów publicznych mogą zaciągać zobowiązania do sfinansowania w danym roku do wysokości wynikającej z planu wydatków lub kosztów jednostki, pomniejszonej o wydatki na wynagrodzenia i uposażenia, składki na ubezpieczenie społeczne i Fundusz Pracy, inne składki i opłaty obligatoryjne oraz płatności wynikające z zobowiązań zaciągniętych w latach poprzednich, z zastrzeżeniem art. 136 ust. 4 i art. 153. Główny księgowy jednostki, dokonując wstępnej kontroli danej operacji, potwierdza, iż zobowiązania wynikające z danej operacji mieszczą się w planie finansowym jednostki (art. 54 ust. 3 pkt 3 ustawy o finansach publicznych). Brak określenia całkowitej wartości umowy ogranicza możliwość weryfikacji, czy zobowiązania wynikające z umowy mieszczą się w planie finansowym Szpitala.

Zauważyć należy, iż Szpital nie powinien umieszczać na dokumentach księgowych za realizację świadczeń zdrowotnych w ramach umów zawartych w trybie art. 26 ust. 3 bądź 4a opisu „Zakupu dokonano zgodnie z ustawą Prawo zamówień publicznych (...)”. Art. 26 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej wyraźnie wskazuje, że do udzielenia zamówienia na świadczenia zdrowotne nie stosuje się przepisów ustawy z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych. Wobec powyższego potwierdzanie zgodności zakupu z tym aktem prawnym nie znajduje uzasadnienia.

[Dowód: akta kontroli str. 151-182]

### **3. Serwisowanie aparatury oraz sprzętu medycznego.**

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

- 1) Kardiomonitor DATALYS 807 – nr seryjny: D8071903031, rok produkcji: 2021. Ostatni przegląd okresowy odbył się terminowo w dniu 16.06.2020 r. Zgodnie z wpisem aparat sprawny. Przegląd ważny do dnia 31.06.2022 r.,
- 2) Videobronchoskop EB19-J10 – nr seryjny: A120300, rok produkcji: 2018. Ostatni przegląd okresowy odbył się terminowo w dniu 08.10.2020 r. Zgodnie z wpisem aparat sprawny. Przegląd ważny do października 2021 r.,
- 3) Kabina pletyzmograficzna MASTERSLOP BODY – nr seryjny: 971032, rok produkcji: 2012. Ostatni przegląd okresowy odbył się terminowo w dniu 27.11.2020 r. Zgodnie z wpisem aparat sprawny. Przegląd ważny do dnia 30.11.2021 r.,
- 4) Bronchofiberoskop FB-19TV – nr seryjny: H110793, rok produkcji: 2017. Ostatni przegląd okresowy odbył się terminowo w dniu 14.08.2020 r. Zgodnie z wpisem aparat sprawny. Przegląd ważny do dnia 14.08.2021 r.,
- 5) System dyfuzji i spirometrii POWER CUBE DIFFUSION – nr seryjny: H10720181301312, rok produkcji: 2018. Ostatni przegląd okresowy odbył się terminowo w dniu 29.10.2020 r. Zgodnie z wpisem aparat sprawny. Przegląd ważny do dnia 30.10.2021 r.,
- 6) Cykloergometr rehabilitacyjny ERM – 100 R – nr seryjny: 276, rok produkcji: 2002. Ostatni przegląd okresowy odbył się terminowo w dniu 19.01.2021 r. Zgodnie z wpisem aparat sprawny. Przegląd ważny do dnia 19.01.2022 r.

Zgodnie z poczynionymi ustaleniami serwis aparatów oraz sprzętu medycznego prowadzony w Szpitalu przebiega poprawnie.

[Dowód: akta kontroli str. 183-194]

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

W ramach kontroli dostępności świadczeń zdrowotnych sprawdzaniem objęto rejestr skarg i wniosków wpływających do Dyrekcji Szpitala. Skargi rozpatrywane są w oparciu o Zasady postępowania ze skargami pacjentów w szpitalu oraz poradni, stanowiące załącznik do Procedur systemu zarządzania jakością. Zgodnie z ww. Zasadami skargi mogą być wnoszone w formie pisemnej, elektronicznej oraz ustnie do protokołu. Dokument ten określa również sposób prowadzenia rejestru skarg oraz tryb ich rozpatrywania. Rejestr skarg sporządzany jest raz na pół roku przez Pełnomocnika ds. Praw Pacjentów i zatwierdzany przez Dyrektora Szpitala. Rejestr zawiera informacje dotyczące: danych osoby składającej skargę, komórki i daty wpływu skargi, formy złożenia oraz wskazań do dalszego postępowania. Należy zwrócić uwagę, iż niniejsza procedura nie reguluje szczegółowo zagadnień związanych z rozpatrzeniem wniosków mimo, iż załącznik nr 2 : PZJ-14/F-02 „Protokół przyjęcia skargi/wniosku/opinii” oraz zapis w pkt. 4.2.5 sugeruje, iż ma ona zastosowanie w tym zakresie. Zasadnym byłoby uzupełnienie procedury o zapisy dot. postępowania przy rozpatrzeniu wniosków i ich rejestrowania.

Analiza okazanego przez Szpital Rejestru skarg pacjentów wykazała, że w przeważającej mierze zapisy były dokonywane prawidłowo, w sposób umożliwiający kontrolę przebiegu skarg. Niemniej jednak zakres danych w rejestrze uniemożliwia kontrolę terminów załatwienia poszczególnych spraw określonych w procedurze.

W trakcie kontroli stwierdzono, iż Szpital nie stosuje zasad wskazanych w pkt. 4.1.5 przedmiotowej procedury, wg którego rejestr sporządzany jest raz na pół roku. Szpital przedłożył zespołowi kontrolnemu rejestry skarg za okres:

- od 01.01.2019 r. do 26.11.2019 r.
- od 27.11.2019 r. do 13.11.2020 r.
- od 01.01.2021 r. do 11.06.2021 r.

Z powyższego wynika, iż rejestr nie obejmuje okresu od 14.11.2020 do 31.12.2020 r. co stanowi rozbieżność w stosunku do przyjętych zasad postępowania. Wskazać także należy, iż z treści załącznika nr 1: PZJ-14/F-01 wyczytać można, iż rejestr powinien być sporządzony za rok, a nie jak praktykuje Szpital za okres nie stanowiący pełnego roku. Zasadne byłoby ujednoczenie zapisów w tym zakresie.

Ponadto wątpliwości kontrolujących budzi fakt rozpatrywania niektórych skontrolowanych skarg (Rejestr za okres od 27.11.2019 r. do 13.11.2020 r. skarga zarejestrowana pod poz. 1 oraz za okres od 01.01.2021 do 11.06.2021 r. – skarga zarejestrowana pod poz. 1. W pierwszym przypadku z przedłożonej dokumentacji wynika, iż nie udzielono odpowiedzi co stanowi niezgodność z zapisem pkt. 4.2.2. Procedury, który wskazuje, iż należy dać odpowiedź skarżącemu – sprawę zakończono wypłatą odszkodowania. W drugim przypadku jak wynika z informacji zawartej w rejestrze (nie potwierdzonej w dokumentacji) odpowiedź na skargę została udzielona skarżącemu telefonicznie, natomiast Kierownik wystosował odpowiedź na skargę. Z dokumentacji wynika jednak, iż odpowiedź Kierownika komórki organizacyjnej, której dotyczyła skarga została przekazana jedynie do sekretariatu Szpitala. Kontrolujący wskazują, iż rozmowa telefoniczna, nawet jeśli w jej trakcie wszystkie okoliczności istotne dla załatwienia skargi zostały wyjaśnione skarżącemu, nie ma wartości dowodowej. Zasadnym byłoby rozważenie określenia sposobu udokumentowania takiej formy rozstrzygnięcia sprawy. Ponadto należałoby rozważyć doprecyzowanie zapisów dotyczących formy przekazywania odpowiedzi skarżącym.

Ponadto w żadnym z ww. przypadków nie zastosowano się do zapisów pkt. 4.2.3. Procedury, który wskazuje, iż należy określić termin załatwienia sprawy i poinformować o tym terminie skarżącego. W pkt. 4.2.4. Szpital co prawda wskazuje 30 dniowy termin na rozpatrzenie skarg i w przypadku rozstrzygnięcia sprawy w tym terminie czynność określona w pkt. 4.2.2. wydaje się być zbędna, niemniej jednak w przypadku istnienia zapisu winien on być stosowany lub sprecyzowany.

W 2019 r. w Rejestrze skarg pacjentów umieszczono wpisy dotyczące 5 spraw (w tym: 4 skargi uznane za zasadne), w roku 2020 dokonano wpisu 2 skarg (w tym: 1 zasadna), natomiast w 2021 r. zarejestrowano 3 skargi (w tym: 2 skargi uznano za zasadne, 1 skarga w trakcie rozpatrywania). Zgodnie z ustawą o działalności leczniczej analiza skarg i wniosków jest przedstawiana okresowo Radzie Społecznej Szpitala co potwierdzają protokoły z posiedzeń Rady. Na posiedzeniu w dniu 03.12.2019 r. przedstawiono informacje dot. skarg złożonych w okresie od 01.01.2019 r. do 26.11.2019 r., natomiast 17.11.2020 r. przedstawiono informację dot. skarg za okres od 27.11.2019 r. do 13.11.2020 r. Informacja dotycząca skarg i wniosków w kolejnym okresie zostanie przedstawiona na najbliższym posiedzeniu Rady.

W kontrolowanym okresie Szpital nie otrzymał żadnych wniosków.

Poniżej przedstawiono zestawienie skarg w okresie objętym kontrolą.

L.P.	LATA	LICZBA SKARG	LICZBA SKARG UZNANYCH ZA ZASADNE	LICZBA SKARG UZNANYCH ZA NIEZASADNE	ODPOWIEDŹ UDZIELONA SKARŻĄCEMU	INFORMACJA PRZEDSTAWIONA NA RADZIE SPOŁECZNEJ
1	2	3	4	5	6	7
1	2019	5	4	1	TAK	Uchwała Nr 23/2019 z dnia 03.12.2019 r.
2	2020	2	1	1	TAK	Uchwała Nr 26/2020 z dnia 17.11.2020 r.
3	2021	3	2	0	TAK	Informacja zostanie przedstawiona na najbliższym posiedzeniu Rady (przewidywany termin wrzesień 2021 r.)

Tabela nr 4- zestawienie skarg w okresie od 2019 do 2021 roku.

[Dowód: akta kontroli str. 195-228]

## 5. Realizacja Świadczeń Zdrowotnych.

### 5.1. Listy osób oczekujących na świadczenia zdrowotne.

Zgodnie z art. 20 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w Szpitalu prowadzone są listy osób oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego. W trakcie kontroli ustalono, że w Szpitalu działa Zespół ds. Oceny Przyjęć powołany zarządzeniem nr 28/2008 Dyrektora z dnia 29.12.2008 r. (aktualny skład Zespołu przyjęto zarządzeniem Dyrektora nr 31/2018 z dnia 19.09.2018 r.).

Do zadań Zespołu należy ocena list oczekujących na udzielenie świadczeń ze szczególnym uwzględnieniem: prawidłowości prowadzenia dokumentacji, czasu oczekiwania pacjentów na przyjęcie do Szpitala oraz przyczyn i zasadności zmiany terminów udzielania świadczeń. Prace Zespołu Oceny Przyjęć są przedstawiane w comiesięcznych raportach. W myśl przepisów art. 21 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Przewodniczący Zespołu co najmniej raz w miesiącu sporządza raport z oceny wraz z wydrukiem listy oczekujących za dany miesiąc i przedstawia go Dyktorowi Szpitala.

Dowód kontroli stanowią raporty Zespołu Oceny Przyjęć za sierpień 2019 roku, maj 2020 roku oraz luty 2021 roku.

Zgodnie z przykładowym raportem za miesiąc luty 2021 roku przyjęcia do Oddziału Gruźlicy i Chorób Płuc, Oddziału Pulmonologicznego oraz Oddziału Pulmonologicznego i Rehabilitacji Oddechowej odbywają się na bieżąco. Natomiast liczba oczekujących do Poradni Chorób Płuc i Gruźlicy wynosiła 14 pacjentów (średni czas oczekiwania około 18 dni), a do Poradni Chorób Płuc i Gruźlicy Domowego Leczenia Tlenem 1 pacjent (średni czas oczekiwania 97 dni).

T. 028

Kontrolujący ustalili, że realizowany obowiązek prowadzenia listy oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego odbywa się zgodnie z obowiązującymi zasadami.

[Dowód: akta kontroli str. 229-234]

## 5.2. Finansowanie udzielanych świadczeń.

Szpital na dzień przeprowadzania kontroli (tj. 15.06.2021 r.) realizował świadczenia zdrowotne w poszczególnych komórkach organizacyjnych w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. Finansowanie świadczeń wg poszczególnych źródeł ich uzyskania została szczegółowo przedstawiona w poniżej tabeli.

L.P.	KOMÓRKI DZIAŁALNOŚCI MEDYCZNEJ	REALIZACJA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH			KOMÓRKA NIE REALIZUJE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
		W RAMACH RYCZAŁTU NFZ	W RAMACH KONTRAKTU Z NFZ	INNE ŹRÓDŁA FINANSOWANIA - JAKIE (W TYM PROGRAMY ZDROWOTNE, PROGRAMY UNIJNE, INNE)	
1	2	3	4	5	6
1	Oddział Gruźlicy i Chorób Płuc	tak		x	x
2	Oddział Pulmonologiczny	tak		x	x
3	Oddział Rehabilitacji Oddechowej i Pulmonologii	tak		x	x
4	Poradnia Gruźlicy i Chorób Płuc	tak		x	x
5	Izba Przyjęć	tak		x	x
6	Zespół Domowego Leczenia Tlenem	tak		x	x
7	Poradnia Gruźlicy i Chorób Płuc dla Dzieci		świadczenia odrębnie kontraktowane	x	x
8	Poradnia Onkologiczna	tak		x	x

Tabela nr 5 - realizacja świadczeń zdrowotnych wg. stanu na dzień 15.06.2021 r.

Wyżej wymienione świadczenia na dzień 15.06.2021 r. realizowane były na podstawie umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia. Szczegółowe informacje dotyczące przedmiotowych umów zawarte zostały w poniższej tabeli.

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	124/100098/03/8/2021	LECZENIE SZPITALNE – ŚWIADCZENIA PODSTAWOWEGO SZPITALNEGO SYSTEMU ZABEZPIECZENIA ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ (PSZ)	5 788 362,18	01.01.2021 - 30.06.2021

Tas



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
2	124/100098/19/1/2021	ZAPOBIEGANIE, PRZECIWDZIAŁANIE I ZWALCZANIE COVID-19	3% kwoty ryczałtu i wykonanych osobodni w chemioterapii i programach lekowych	01.01.2021 - 31.12.2021
3	124/100098/19/1/2021A	ZAPOBIEGANIE, PRZECIWDZIAŁANIE I ZWALCZANIE COVID-19	za wykonanie świadczeń	01.01.2021 - 28.02.2021
4	124/100098/19/1/2021B	ZAPOBIEGANIE, PRZECIWDZIAŁANIE I ZWALCZANIE COVID-19	za wykonanie świadczeń	01.01.2021 - 31.12.2021
5	124/100098/19/3/2021	UMOWA O WYKONYWANIE SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH PRZECIW GRYPIE W ZWIĄZKU Z PRZECIWDZIAŁANIEM COVID-19	za wykonanie świadczeń	01.01.2021 - 31.12.2021
6	124/100098/19/4/2021	ZAPOBIEGANIE, PRZECIWDZIAŁANIE I ZWALCZANIE COVID-19 (SWIAD)	za wykonanie świadczeń	01.03.2021-31.12.2021

Tabela nr 6 - umowy realizowane przez Szpital w ramach finansowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

[Dowód: akta kontroli str. 235-237]

### 5.3. Certyfikaty jakości.

Szpital posiada Certyfikat Systemu Zarządzania Jakością zgodny z wymaganiami Normy PN- EN ISO 9001;2015 w zakresie świadczenia usług zdrowotnych w rodzaju - leczenie szpitalne w chorobach układu oddechowego w tym chemioterapii, ambulatoryjna opieka specjalistyczna z zakresu poradni gruźlicy i chorób płuc, zespół domowego leczenia tlenem, diagnostyka obrazowa i laboratoryjna, pracownia endoskopii i pracownia badań czynnościowych układu oddechowego. Certyfikat został nadany na okres od 6.04.2021 r. do 05.04.2024 r.

[Dowód: akta kontroli str. 238-239]

### 5.4. Wykonywanie badań satysfakcji pacjenta.

Badanie ankietowe satysfakcji pacjenta prowadzone są na podstawie:

a. zarządzenia nr 41/2016 z dnia 22.12.2016 r. w sprawie przeprowadzania ankiety dotyczącej badania satysfakcji pacjentów podczas pobytu w Wojewódzkim Szpitalu Chorób Płuc im. dr. A. Pawelca w Wodzisławiu Śląskim oraz Poradni Gruźlicy i Chorób Płuc;

b. zarządzenia nr 14/2017 z dnia 07.06.2017 r. w sprawie przeprowadzania ankiety dotyczącej badania satysfakcji pacjentów w Wojewódzkim Szpitalu Chorób Płuc im. dr. A. Pawelca w Wodzisławiu Śląskim w Pracowniach diagnostycznych.

Zgodnie z ww. Zarządzeniem nr 41/2016 badanie satysfakcji pacjenta przeprowadzane jest w oparciu o anonimową ankietę, której celem jest m.in. ocena priorytetów, oczekiwań pacjentów dotyczących jakości obsługi i postawy personelu lekarskiego i pielęgniarskiego oraz pozostałego personelu medycznego. Badania satysfakcji pacjentów przeprowadzane są raz na kwartał przez

Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta, który zobowiązany jest przedstawić wyniki przedmiotowej analizy Dyrektorowi oraz kierownikom komórek organizacyjnych Szpitala.

W trakcie kontroli ustalono, że obowiązek przeprowadzania analizy satysfakcji pacjenta raz na kwartał nie został dopełniony.

Natomiast zgodnie z zarządzeniem nr 14/2021 badanie satysfakcji pacjenta przeprowadzane jest w oparciu o anonimową ankietę, której celem jest m.in. ocena kompetencji i uprzejmości personelu pracowni diagnostycznych Szpitala, jak również identyfikacja podstawowych problemów mogących wpłynąć na obniżenie poziomu zadowolenia pacjenta. Ankieta jest wydawana pacjentowi podczas oczekiwania na badanie.

Badania satysfakcji pacjentów przeprowadzane są dwa razy w roku przez Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta, który zobowiązany jest przedstawić wyniki przedmiotowej analizy Dyrektorowi oraz personelowi Pracowni diagnostycznych Szpitala.

Kontrolującym przedstawiono raport z oceny oddziałów szpitalnych za drugie półrocze 2020 roku. Z przekazanych dokumentów wynika, że w badaniu wzięło udział 83 pacjentów.

Większość badanych – 57 osób, oceniło usługi świadczone w Szpitalu na poziomie bardzo dobrym, 24 na poziomie dobrym. Jedynie dwie osoby oceniły negatywną ocenę w przedmiotowym zakresie. Również raport z pierwszego półrocza 2020 roku w zakresie usług udzielanych przez pracownię diagnostyczne Szpitala wskazał, że większość z 16 badanych oceniła pozytywnie sposób udzielania przedmiotowych świadczeń medycznych w Pracowni RTG, Pracowni badań czynnościowych, Pracowni Endoskopii, Pracowni USG. Najwyżej oceniano uprzejmość personelu medycznego w Pracowni badań czynnościowych (bardzo dobrze – 13 osób) oraz zakres informacji przekazanych przez personel medyczny na temat zleconego badania (bardzo dobrze – 13 osób). Najgorzej oceniono czas oczekiwania na wykonanie badania diagnostycznego w ww. Pracowni (bardzo długi – 3 osoby).

[Dowód: akta kontroli str. 240-367]

#### 5.5. Inwestycje związane z dostosowaniem podmiotu do wymagań wynikających z przepisów prawa.

Szpital w okresie objętym kontrolą poniósł koszty zarówno dostosowania podmiotu do zapisów Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, jak też koszty dostosowania do przepisów p/poż. Planuje się realizację kolejnych inwestycji w ww. zakresie, jednakże termin ich wykonania zależy będzie od dostępności środków finansowych. Szczegółowe informacje o realizacji założonych przedsięwzięć, zmierzających do dostosowania placówki do zgodności z obowiązującymi przepisami, a także o inwestycjach planowanych do realizacji, obrazuje poniższa tabela.

LP	ZAKRES	KOSZTY PONIESIONE W OKRESIE OBJĘTYM KONTROLĄ			ZAKRES	KOSZTY PLANOWANE		
		WYNIKAJĄCY Z ROZPORZĄDZENIA A	WYNIKAJĄCY Z PRZEPISÓW P/POŻ	KOSZT DOSTOSOWANIA		WYNIKAJĄCY Z ROZPORZĄDZENIA A	WYNIKAJĄCY Z PRZEPISÓW P/POŻ	SZACUNKOWY KOSZT DOSTOSOWANIA
		DATA REALIZACJI	DATA REALIZACJI			PLANOWANA DATA REALIZACJI	PLANOWANA DATA REALIZACJI	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	przeglądy gaśnic i hydrantów	raz w roku	Lipiec 2019 i lipiec 2020	1483,38	poszerzenia nieblokowanego skrzydła drzwi na zewnątrz budynku	Stopniowo, w zależności od dostępności środków finansowych		15 000,00
2	przegląd i konserwacja systemu sygnalizacji pożaru	raz w roku	lipiec	2214,00	wykonanie drogi pożarowej biegnącej wzdłuż długości budynku			250 000,00
3	przegląd oświetlenia awaryjnego oraz ewakuacyjnego	raz w roku	1-05-2019	984,00	wykonanie hydrantu			150 000,00

LP	ZAKRES	KOSZTY PONIESIONE W OKRESIE OBJĘTYM KONTROLĄ			KOSZTY PLANOWANE			
		WYNIKAJĄCY Z ROZPORZĄDZENIA	WYNIKAJĄCY Z PRZEPISÓW P/POŻ	KOSZT DOSTOSOWANIA	ZAKRES	WYNIKAJĄCY Z ROZPORZĄDZENIA	WYNIKAJĄCY Z PRZEPISÓW P/POŻ	SZACUNKOWY KOSZT DOSTOSOWANIA
		DATA REALIZACJI	DATA REALIZACJI			PLANOWANA DATA REALIZACJI	PLANOWANA DATA REALIZACJI	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
4	przegląd systemu oddymiania	raz w roku	29-07-2020	369,00	obudowanie przewodów zasilających instalacje przeciwpożarową			20 000,00
5	pomiary oświetlenia	raz w roku	7-01-2020	984,00	wykonanie dokumentacji projektowej dotyczącej instalacji hydrantu			100 000,00
6	przegląd instalacji elektrycznej	raz w roku	17-01-2020	9963,00	montaż zaworu pierwszeństwa zgodnie z projektem			50 000,00
7	naprawa silowników systemu oddymiania	raz w roku	Styczeń 2020	4182,00	wykonanie dokumentacji potwierdzającej zabezpieczenie przeciwpożarowego przejść instalacyjnych			20 000,00
8	przegląd systemu oddymiania	raz w roku	Lipiec 2019 i lipiec 2020	369,00	podłączenie do systemu SAP			50 000,00
9	Opracowanie instrukcji pożarowej po modernizacji szpitala			2706,00	przegląd systemu SAP			10 000,00
10	Zabezpieczenie przeciwpożarowe: prace budowlane, elektryczne, SSP			202827,00	zapewnienie drugiego dojazdu do szpitala			450 000,00
11	Materiały edukacyjne - naklejki, piklogramy			113,00	przebudowa drogi sięgaczem w kształcie filtry " Y" z możliwością manewrowania			450 000,00

Tabela nr 7 – zestawienie kosztów dostosowania podmiotu do wymagań podmiotu realizującego działalność leczniczą oraz do przepisów p/poż.

## 5.6. Normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych.

W Szpitalu normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych nie są spełnione w 3 komórkach organizacyjnych (łącznie 25 brakujących etatów). Sytuacja ta wynika z braku pielęgniarek na rynku pracy. Dyrekcja Szpitala podejmuje działania mające na celu pozyskanie personelu medycznego do zatrudnienia. Prowadzona jest bieżąca rekrutacja w grupie zawodowej pielęgniarek. Umieszczane są ogłoszenia ofert pracy na stronie internetowej Szpitala oraz na portalu społecznościowym. Efektem podjętym działań jest zatrudnienie 7 pielęgniarek w latach 2020/2021.

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

KOMÓRKI	ZATRUDNIENIE WG STANU NA DZIEŃ 15.06.2021 (w etatach)	OBOWIĄZUJĄCA NORMA W PRZELICZENIU NA LICZBĘ ŁÓŻEK	WSKAŹNIK ZATRUDNIENIA W PRZELICZENIU NA LICZBĘ ŁÓŻEK	LICZBA BRAKUJĄCYCH ETATÓW	LICZBA BRAKUJĄCEGO PERSONELU (w osobach)	Liczba łóżek
1	2	3	4	5	6	7
ODDZIAŁY O PROFILU ZACHOWAWCZYM						
Oddział I Gruźlicy i Chorób Płuc	16	22,8	0,6	6,8	7	38

KOMÓRKI	ZATRUDNIENIE WG STANU NA DZIEŃ 15.06.2021 (w etatach)	OBOWIĄZUJĄCA NORMA W PRZELICZENIU NA LICZBĘ ŁÓŻEK	WSKAŹNIK ZATRUDNIENIA W PRZELICZENIU NA LICZBĘ ŁÓŻEK	LICZBA BRAKUJĄCYCH ETATÓW	LICZBA BRAKUJĄCEGO PERSONELU (w osobach)	Liczba łóżek
1	2	3	4	5	6	7
Oddział II Pulmunologiczny	15	21,6	0,6	6,6	7	36
Oddział III Pulmunologii i Rehabilitacji Oddechowej	4	15,6	0,6	11,6	12	26

Tabela nr 8 – normy zatrudnienia pielęgniarek.

### 5.7. Braki kadrowe

Na dzień kontroli w Szpitalu występują braki kadrowe w grupie zawodowej pielęgniarek (25 brakujących etatów). Szpital poszukuje również Farmaceuty.

Braki dotyczą personelu w oddziałach szpitalnych i Dziale Farmacji.

Zwraca się uwagę, iż Szpital powinien wzmocnić działania w poszukiwaniu personelu chociażby przez współpracę z Okręgowymi Izbami Zawodowymi (Izba Pielęgniarek i Położnych oraz Izba Aptekarska). Izby zamieszczają na swoich stronach internetowych ogłoszenia poszukujących pracy oraz dają możliwość zamieszczenia ogłoszeń pracodawcy.

Szczegółowe informacje w zakresie braków kadrowych i podejmowanych działań Dyrekcji Szpitala w kierunku pozyskania kadry medycznej do zatrudnienia, obrazuje poniższa tabela.

L.P.	GRUPA ZAWODOWA PERSONELU W KTÓREJ WYSTĘPUJĄ BRAKI KADROWE	LICZBA BRAKUJĄCEGO PERSONELU (w osobach)	LICZBA BRAKUJĄCEGO PERSONELU (w etatach)	KOMÓRKA ORGANIZACYJNA, W KTÓREJ WYSTĘPUJE BRAK	PRZYCZYNA BRAKU	CZY PODEJMOWANE BYŁY DZIAŁANIA W KIERUNKU POZYSKANIA KADRY	OPIS I EFEKT PODJĘTYCH DZIAŁAŃ
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Pielęgniarki	26	25	Oddziały Szpitalne	Brak kandydatów do pracy	Ogłoszenie na portalu społecznościowym FACEBOOK, ogłoszenie na stronie internetowej Szpitala	W latach 2020/2021 przyjęto 7 osób
2	Farmaceuta	1	1	Dział Farmacji	Brak kandydatów do pracy	Ogłoszenie na portalu społecznościowym FACEBOOK	

Tabela nr 9 – braki kadrowe.

### 5.8. Funkcjonowanie systemu kontroli / oceny zakażeń.

W Szpitalu powołany został Zespół ds. Zakażeń Szpitalnych oraz Komitet ds. Kontroli Zakażeń Szpitalnych (Zarządzenie Dyrektora Szpitala nr 25/2003 z dnia 07.08.2003 r. w sprawie powołania składu zespołu ds. zakażeń szpitalnych i komitetu ds. kontroli zakażeń szpitalnych, ostatnia zmiana dotycząca zmiany składu Zespołu ds. Zakażeń Szpitalnych wprowadzona Zarządzeniem nr 31/20 Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Chorób Płuc w Wodzisławiu Śląskim z dnia 08.10.2020 r.).

Zadaniem Zespołu ds. Zakażeń Szpitalnych jest nadzór, analiza oraz opracowywanie raportów o występowaniu zakażeń wewnątrzszpitalnych oraz szkolenie personelu w zakresie zasad, praktyki

i metod kontroli zakażeń zakładowych. Komitet kontroli zakażeń natomiast odpowiedzialny jest za planowanie, ocenę i wdrażanie metod kontroli zakażeń zakładowych oraz podejmowanie decyzji o podziale środków indywidualnej ochrony pracowników. Należy zwrócić uwagę na konieczność ujednolicenia nazewnictwa ww. Zespołu i Komitetu w dokumentacji Szpitala. W zarządzeniach Dyrektora funkcjonuje nazewnictwo Zespół ds. Zakażeń Szpitalnych oraz Komitet ds. Kontroli Zakażeń Szpitalnych. W protokołach sporządzanych podczas spotkań stosuje się natomiast nomenklaturę Zespół Zakażeń Szpitalnych i Higieny oraz Komitet ds. Zakażeń Szpitalnych i Higieny. Ponadto protokoły Komitetu sygnowane są nazwą Zespołu ds. Zakażeń Szpitalnych i Higieny.

Członkowie Zespołów odbywają cykliczne spotkania (min. 2 razy w roku oraz w razie potrzeby), z których przykładowe protokoły (Zespołu Zakażeń Szpitalnych i Higieny z dnia 23.01.2021 r., 16.02.2021 r., 18.03.2021, 23.09.2020 r., 4.11.2020 r., 10.03.2020 r., 10.12.2019 r. oraz 05.01.2019 r. oraz Komitetu ds. Zakażeń Szpitalnych i Higieny z dnia 25.01.2021 r., 30.09.2021 r., 16.03.2020 r., 14.02.2020 r., 15.04.2019 r.) stanowią akta kontroli.

W Szpitalu prowadzone są zarówno wewnętrzne cykliczne szkolenia personelu w obszarze zakażeń (min. trzy razy w roku oraz w razie potrzeby), jak też szkolenia zewnętrzne (przed pandemią średnio 1 raz w roku, w okresie pandemii uległy zawieszeniu). W okresie objętym kontrolą liczba zakażeń szpitalnych w Szpitalu kształtowała się następująco:

- 2019 rok – nie odnotowano zakażeń,
- 2020 rok – 26 zakażeń (wszystkie wywołane przez wirusa SARS-CoV-2),
- 2021 rok (do dnia kontroli) – nie odnotowano zakażeń.

## 5.9. Kontrola zawieranych umów

W związku z faktem, iż Szpital pozyskuje zewnętrzne usługi medyczne i niemedyce dokonano weryfikacji, czy prowadzony jest nadzór nad wykonywaniem zleconych zadań prowadzący zarówno do zwiększenia jakości realizowanych świadczeń, jak i do efektywnego wydatkowania środków publicznych. Z otrzymanych informacji wynika, iż zawarte umowy zawierają zapisy uprawniające do dokonywania kontroli przez Szpital, na podstawie których dokonuje on okresowej kontroli realizacji świadczeń i usług.

L.P.	RODZAJ DZIAŁALNOŚCI ZLECANY PODMIOTOM ZEWNĘTRZNYM	CZY AKTUALNE UMOWY REGULUJĄ KWESTIE ZWIĄZANE Z KONTROLĄ ŚWIADCZONYCH USŁUG (TAK/NIE)	ZAKRES UPRAWNIENI KONTROLNYCH PODMIOTU LECZNICZEGO OBJĘTY UMOWĄ	CZY PODMIOT KONTROLUJE REALIZACJĘ UMÓW ZGODNIE Z ZAPISAMI UMOWY (TAK/NIE)	OPIS DZIAŁAŃ KONTROLNYCH WOBEC PODMIOTU ZEWNĘTRZNEGO REALIZUJĄCEGO UMOWĘ (jeśli są podejmowane)
1	2	3	4	5	6
1	ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE :				

L.P.	RODZAJ DZIAŁALNOŚCI ZLECANY PODMIOTOM ZEWNĘTRZNYM	CZY AKTUALNE UMOWY REGULUJĄ KWESTIE ZWIĄZANE Z KONTROLĄ ŚWIADCZONYCH USŁUG (TAK/NIE)	ZAKRES UPRAWNIEN KONTROLNYCH PODMIOTU LECZNICZEGO OBJĘTY UMOWĄ	CZY PODMIOT KONTROLUJE REALIZACJĘ UMÓW ZGODNIE Z ZAPISAMI UMOWY (TAK/NIE)	OPIS DZIAŁAŃ KONTROLNYCH WOBEC PODMIOTU ZEWNĘTRZNEGO REALIZUJĄCEGO UMOWĘ (jeśli są podejmowane)
1	2	3	4	5	6
1.1.	dyżury lekarskie	TAK	Prawo kontroli na zasadach określonych w Ustawie z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez właściwy oddział NFZ w zakresie usług będących przedmiotem umowy. Prawo kontroli w zakresie wykonywanych na podstawie niniejszej umowy świadczeń. Prawo kontroli w zakresie jakości świadczeń, właściwego wykorzystania powierzzonego mu majątku, prawidłowości prowadzonej dokumentacji oraz określonej sprawozdawczości statystycznej. W zakresie RODO: prawo w każdej chwili dokonania kontroli, czy Podmiot przetwarzający-lekarz kontraktowy, przy przetwarzaniu i zabezpieczeniu powierzonych danych osobowych spełnia postanowienia umowy.	TAK	Stały nadzór lekarzy nad realizacją świadczeń. Umowa realizowana zgodnie z zapisami. Brak niezgodności.
1.2.	dyżury pielęgniarskie	TAK	Prawo kontroli na zasadach określonych w Ustawie z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez właściwy oddział NFZ w zakresie usług będących przedmiotem umowy. Prawo kontroli w zakresie jakości świadczeń, właściwego wykorzystania udostępnionego mu majątku, prawidłowości prowadzonej dokumentacji pielęgniarskiej oraz określonej sprawozdawczości statystycznej. Prawo kontroli w zakresie RODO: prawo w każdej chwili dokonania kontroli, czy Podmiot przetwarzający-pielęgniarka kontraktowa przy przetwarzaniu i zabezpieczeniu powierzonych danych osobowych spełnia postanowienia umowy.	TAK	Stały nadzór pielęgniarek oddziałowych nad realizacją świadczeń. Umowa realizowana zgodnie z zapisami. Brak niezgodności.
1.3.	badania laboratoryjne	TAK	Zleceniobiorca zobowiązuje się poddać kontroli na zasadach określonych w Ustawie z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez właściwy oddział NFZ w zakresie usług będących przedmiotem umowy. Prawo kontroli w zakresie wykonywanych na podstawie niniejszej umowy świadczeń, a w szczególności co do ich dostępności, oraz sposobu i przebiegu ich udzielania.	TAK	Kontrole wykonywanych świadczeń w ramach umowy są realizowane przez laboratorium, przez które świadczenie zostało zlecone, na podstawie zestawień sporządzonych w nim zestawień.

L.P.	RODZAJ DZIAŁALNOŚCI ZLECANY PODMIOTOM ZEWNĘTRZNYM	CZY AKTUALNE UMOWY REGULUJĄ KWESTIE ZWIĄZANE Z KONTROLĄ ŚWIADCZONYCH USŁUG (TAK/NIE)	ZAKRES UPRAWNIENI KONTROLNYCH PODMIOTU LECZNICZEGO OBJĘTY UMOWĄ	CZY PODMIOT KONTROLUJE REALIZACJĘ UMÓW ZGODNIE Z ZAPISAMI UMOWY (TAK/NIE)	OPIS DZIAŁAŃ KONTROLNYCH WOBEC PODMIOTU ZEWNĘTRZNEGO REALIZUJĄCEGO UMOWĘ (jeśli są podejmowane)
1	2	3	4	5	6
1.4.	badania diagnostyczne pozostałe	TAK	Prawo kontroli na zasadach określonych w Ustawie z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez właściwy oddział NFZ w zakresie usług będących przedmiotem umowy. Prawo kontroli w zakresie RODO: prawo kontroli, czy Podmiot przetwarzający spełnia postanowienia umowy.	TAK	Kontrole wykonywanych świadczeń w ramach umowy są realizowane w komórkach, w których to świadczenie zostało zlecone, na podstawie zestawień sporządzonych przez komórkę zlecającą.
2	ŻYWIENIE PACJENTÓW	TAK	Prawo do kontrolowania sposobu wykonywania usługi w każdym terminie. Prawo do pobrania wymazów ze sprzętu i środków transportu i pojemników do przewozu żywności, a w przypadku stwierdzenia uchybień do ponownej kontroli. Prawo do przeprowadzenia raz w roku audytu zgodnie z normą PN-EN ISO 9001:2015.	TAK	Codzienna kontrola dostarczanych posiłków, zgodności z jadłospisem – wystawiono 14 kart niezgodności. Za niezgodności nałożono kary zgodnie z umową.
3	TRANSPORT SANITARNY	TAK	Prawo do oceny i kontroli realizacji umowy na każdym etapie.	TAK	Weryfikacja zleceń transportowych przy płatności faktur.
4	PRANIE	TAK	Prawo do kontroli ilościowej i jakościowej w trakcie odbioru w magazynie.	TAK	Okresowo wykonywane są wymazy czystościowe z samochodu, urządzeń pralniczych, bielizny, wózka transportowego, itp. oraz kontrole czystościowe dostarczonego asortymentu. Nie stwierdzono uchybień. Umowa realizowana zgodnie z zapisami. Brak niezgodności.
5	SPRZĄTANIE	TAK	Prawo do kontroli bieżącej ilości dostaw środków myjących, dezynfekcyjnych, higienicznych oraz zapachowych z podziałem na poszczególne oddziały/odcinki/komórki. Wykonawca jest zobowiązany do złożenia wykazu zużytych środków raz na kwartał.	TAK	Umowa realizowana zgodnie z zapisami. Okresowe kontrole bez zastrzeżeń.

Tabela nr 11 – Kontrola zawieranych umów.

#### 5.10. Stan infrastruktury technicznej i sprzętowej (zaplecze diagnostyczne)

Struktura posiadanej infrastruktury technicznej i sprzętowej, ze szczególnym uwzględnieniem okresu użytkowania poszczególnych urządzeń, została przedstawiona w poniższej tabeli.

Tod

L.P.	RODZAJ APARATURY I SPRZĘTU MEDYCZNEGO	LICZBA				OGÓŁEM	LICZBA WYKONANYCH BADAŃ / ZABIEGÓW
		OKRES UŻYTKOWANIA 0-3 LATA	OKRES UŻYTKOWANIA 4-8 LAT	OKRES UŻYTKOWANIA 9-11 LAT	OKRES UŻYTKOWANIA POWYŻEJ 12 LAT		
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Aparaty EKG	3	2	1		6	446
2.	Aparaty RTG, w tym:						
3.	- aparaty RTG z torem wizyjnym	1				1	999
4.	Aparaty USG, w tym:						
5.	- pozostałe		1		1	2	144
6.	Analizator biochemiczny wieloparametrowy		1			1	3382
7.	Respirator, w tym:						
8.	- dla dorosłych	2				2	171
9.	Aparatura endoskopowa, w tym:						
10.	- bronchoskop	2	3			5	171

Tabela nr 12 – zaplecze diagnostyczne.

Na podstawie powyższej tabeli stwierdzić można, iż największa liczba sprzętu i aparatury medycznej będąca w posiadaniu Szpitala mieści się w okresie użytkowania powyżej 0-3 lata (47,06 %) oraz 4-8 lat (41,18 %). Sprzęt, który wymaga największych nakładów finansowych w przypadku potrzeby wymiany mieści się w ww. przedziale użytkowania. 5,88% sprzętu i aparatury medycznej Szpital użytkuje w przedziałach od 9 do 11 lat oraz powyżej 12 lat.

[Dowód: akta kontroli str. 368-395]

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

1. Uchybienie polegające na niestosowaniu się do zapisów przyjętych w Szpitalu Procedur Sytemu Zarządzania Jakością w zakresie terminu sporządzania Rejestrów skarg pacjentów, przekazywania odpowiedzi na skargi oraz informowania skarżących o terminie załatwienia spraw czym naruszono pkt. 4.1.5 oraz 4.2.3 Zasad postępowania ze skargami pacjentów w szpitalu oraz poradni stanowiących procedurę systemu zarządzania jakością.
2. Brak w zawartej umowie na realizację świadczeń zdrowotnych Nr 6/2019/DOP z dnia 17.01.2019 r. postanowienia dotyczącego przyjęcia przez przyjmującego zamówienie obowiązku poddania się kontroli przeprowadzanej przez udzielającego zamówienia czym naruszono art. 27 ust. 4 pkt. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
3. Brak w zawartych umowach na realizację świadczeń zdrowotnych Nr 6/2019/DOP z dnia 17.01.2019 r. oraz Nr 68/2020 z dnia 30.12.2020 r. postanowienia dotyczącego konieczności zamieszczenia w umowie zapisu o szczegółowych okolicznościach uzasadniających rozwiązanie umowy za wypowiedzeniem oraz okresu wypowiedzenia czym naruszono art. 27 ust. 4 pkt. 8 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
4. Brak w zawartej umowie na realizację świadczeń zdrowotnych Nr 68/2020 z dnia 30.12.2020 r. postanowienia dotyczącego zastrzeżenia, iż umowa ulega rozwiązaniu wskutek oświadczenia jednej ze stron, bez zachowania okresu wypowiedzenia,



- w przypadku gdy druga strona rażąco narusza istotne postanowienia umowy czym naruszono w art. 27 ust. 8 pkt. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
5. Brak określenia w treści umów na świadczenia zdrowotne; Nr 6/2019/DOP z dnia 17.01.2019 r. oraz Nr 68/2020 z dnia 30.12.2020 r. szacunkowej wartości brutto zamówienia, zgodnie z obowiązkiem wynikającym z art. 44 ust. 3 pkt. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych czym naruszono ww. przepis.
  6. Uchybienie polegające na braku realizacji obowiązku przeprowadzania analizy badań satysfakcji pacjentów raz na kwartał w wyniku czego naruszono § 4 zarządzenia Dyrektora nr 41/2016 z dnia 22.12.2016 r. w sprawie przeprowadzania ankiety dotyczącej badania satysfakcji pacjentów podczas pobytu w Wojewódzkim Szpitalu Chorób Płuc im. dr. A. Pawelca w Wodzisławiu Śląskim oraz Poradni Gruźlicy i Chorób Płuc.

#### Przyczyny nieprawidłowości i uchybień:

Niedochowanie należytej staranności w zakresie:

- a) realizacji obowiązków związanych z rozpatrywaniem skarg i prowadzeniem rejestru skarg,
- b) terminowości analizy badań satysfakcji pacjentów Szpitala,
- c) konstruowania zapisów umów w procesie udzielania zamówień na świadczenia zdrowotne.

**C. Ocena cząstkowa:** Pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości i uchybień.

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

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

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

W zakresie prawidłowości gospodarowania mieniem kontrolą objęto niżej wymienione zagadnienia:

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

- a) Kabina dezynfekcyjna numerze inwentarzowym: 000982 i wartości: 14 500,00 zł;
  - zakup nie został ujęty w planie inwestycyjnym Szpitala na 2020 r.;
  - Rada Społeczna Szpitala uchwałą nr 12/2020 z dnia 24.06.2020 r. zaopiniowała pozytywnie przedmiotowy zakup;
  - sprzęt został zakupiony w 100 % ze środków pochodzących z darowizny pieniężnej;
  - zakup potwierdzony fakturą VAT nr FS 16/10/2020 z dnia 12.10.2020 r. na kwotę 14 000,00 zł, termin płatności do dnia: 28.10.2021 r., zapłacono w terminie (27.10.2020 r.);
  - dowód przyjęcia OT0 – 000016/2020 z dnia 31.10.2020 r.

Kontrolujący ustalili, że ww. kabina nie została ujęta w planie inwestycyjnym na 2020 r., jak również w zmianach do tego planu. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że zakup w całości został pokryty z darowizny pieniężnej i był nieplanowany. Ponadto przedmiotowy aparat miał wpływ na utrzymanie prawidłowego funkcjonowania Szpitala w okresie nasilenia pandemii COVID-19. Kontrolujący przyjęli powyższe wyjaśnienia do wiadomości uznając przedmiotowy zakup z pominięciem planu inwestycyjnego za zasadny.

[Dowód: akta kontroli str. 396-408]

## 2. Zbycie sprzętu i aparatury medycznej.

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

- a) Aparat RTG CXS3 CIRESLOP SIMENS BD-CX – nr inwentarzowy: 000014, nr fabryczny: 01006; rok produkcji: 1996; data przyjęcia do użytkowania: styczeń 1997 r.
  - ocena stanu technicznego z dnia 08.08.2018 r. – brak możliwości naprawy i zakupu części zamiennych,
  - pozytywna opinia Rady Społecznej Szpitala wyrażona uchwałą nr 19/2018 z dnia 02.10.2018 r.,
  - zgoda podmiotu tworzącego na likwidację przedmiotowego aparatu z dnia 13.12.2018 r.,
  - protokół kasacyjno-likwidacyjny nr 1/19 z dnia 08.01.2019 r.,
  - dowód LT0-00001/2019 pozycja nr 1 z dnia 31.03.2019 r.,
  - protokół przekazania odpadu do utylizacji.

Zbycie ww. urządzenia w zakresie objętym kontrolą nie budzi zastrzeżeń.

[Dowód: akta kontroli str. 409-422]

## 3. Najem/dzierżawa pomieszczeń.

W kontrolowanym okresie Szpital zawarł jedną umowę dzierżawy: nr 6/21 z dnia 02.02.2021 r. Przedmiotem umowy jest dzierżawa pomieszczeń Szpitala o łącznej powierzchni 39,63 m<sup>2</sup> z przeznaczeniem na cele socjalne i magazynowe w związku z realizacją umowy na usługę utrzymania czystości Szpitala.

Umowa została zawarta na czas określony tj. począwszy od dnia 02.02.2021 r. do dnia 01.08.2022 r. Z uwagi na okres, na jaki została zawarta umowa, zgoda podmiotu tworzącego nie była wymagana.

Rada Społeczna Szpitala pozytywnie zaopiniowała wniosek w sprawie wydzierżawienia ww. pomieszczeń (uchwała nr 17/2020 z dnia 29.09.2020 r.).

Przedmiotowa umowa zawiera wszystkie wymogi wynikające z § 3 pkt. 5 *Zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie* przyjętych uchwałą nr 1966/161/VI/2020 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 26.08.2020 r.

Niemniej jednak stwierdza się braki formalne w § 13 ust. 2, gdzie nie wskazano danych dot. odpowiedzialnych za należyte wykonanie przedmiotu umowy po stronie Dzierżawcy.

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

[Dowód: akta kontroli str. 423-435]

### B. Stwierdzone uchybienie (przyczyny, skutki):

Niewskazanie w § 13 ust. 2 umowy dzierżawy nr 6/21 z dnia 02.02.2021 r. danych osobowych i kontaktowych dot. osób odpowiedzialnych za nadzór nad realizacją ww. umowy, w związku z czym uniemożliwiono pełną realizację zapisów w zakresie odpowiedzialności za wykonanie przedmiotu umowy po stronie Dzierżawcy.

#### Przyczyna uchybienia:

Niedochowanie należytej staranności przez osoby sporządzające oraz zawierające umowę dzierżawy nr 6/21 z dnia 02.02.2021 r.

**C: Ocena cząstkowa:** Pozytywna mimo stwierzonego uchybienia.

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

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

### **A. Ustalenia faktyczne**

#### **Ogłaszanie i przeprowadzanie konkursów na stanowiska kierownicze**

Kontrola realizacji zadań na gruncie art. 49 ust. 1 pkt 2 - 5, ust. 2 - 6 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej wykazała, iż w okresie objętym kontrolą, tj. lata 2019-2021 w Wojewódzkim Szpitalu Chorób Płuc im. dr. Alojzego Pawelca z siedzibą w Wodzisławiu Śląskim nie miały miejsca żadne postępowania konkursowe na stanowiska kierownicze wskazane w art. 49 ww. ustawy.

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

- 1) Oddział I Gruźlicy i Chorób Płuc: lekarz kierujący oddziałem, pielęgniarka oddziałowa;
- 2) Oddział II Pulmonologiczny: lekarz kierujący oddziałem, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
- 3) Oddział III Pulmonologii i Rehabilitacji Oddechowej: lekarz kierujący oddziałem, p.o. pielęgniarki oddziałowej.

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

Pracą całego personelu pielęgniarskiego kieruje przełożona pielęgniarek, natomiast zespołem pielęgniarskim na jednym oddziale (Oddział I Gruźlicy i Chorób Płuc) zarządza pielęgniarka oddziałowa, a na dwóch osoby pełniące obowiązki pielęgniarki oddziałowej.

Ww. stanowiska określone zostały zarówno w Regulaminie Organizacyjnym Szpitala, jak i w załączniku nr 2 (Tabela zaszeregowania stanowisk pracy dla pracowników) oraz nr 4 (Wykaz stanowisk, na których przysługuje dodatek funkcyjny i stawek dodatku funkcyjnego) do Regulaminu Wynagradzania Wojewódzkiego Szpitala Chorób Płuc im. dr. Alojzego Pawelca w Wodzisławiu Śląskim.

[Dowód: akta kontroli str. 436-471]

### **B: Stwierdzona nieprawidłowość (przyczyny, skutki):**

Brak przeprowadzenia konkursu na stanowiska pielęgniarek oddziałowych w dwóch Oddziałach (Oddział II Pulmonologiczny i Oddział III Pulmonologii i Rehabilitacji Oddechowej) czym naruszono art. 49 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.

#### Przyczyna nieprawidłowości:

Niedochowanie należytej staranności w zakresie stosowania zapisów art. 49 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.

**C: Ocena cząstkowa:** Pozytywna mimo stwierdzonej nieprawidłowości.

**D: Osoba odpowiedzialna:** Dyrektor Szpitala dr. n. med. Norbert Prudel, 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. Realizacja zaleceń pokontrolnych z poprzedniej kontroli prowadzonej przez Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego.**

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

Ostatnia kontrola w Wojewódzkim Szpitalu Chorób Płuc im. dr. Alojzego Pawelca w Wodzisławiu Śląskim przeprowadzona została przez pracowników Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w dniach 27-28.09.2019 r.

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

Wydano następujące zalecenia pokontrolne:

- 1) *określić w Regulaminie Organizacyjnym obowiązującą wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej w sposób wynikający z art. 28 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;*
- 2) *zgłosić do Krajowego Rejestru Sądowego adres strony internetowej i adres poczty elektronicznej Szpitala zgodnie z art. 38 pkt 1a w związku z art. 53a ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym;*
- 3) *bezwzględnie realizować zalecenia wydane w wyniku poprzedniej kontroli podmiotu tworzącego, w szczególności obowiązku umieszczenia na stronie BIP Szpitala informacji dotyczącej dokumentacji przebiegu i efektów kontroli zewnętrznych w sposób określony w art. 8 ust. 3 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej.*

Dyrektor Szpitala, w ustawowym terminie, złożył do Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego sprawozdanie o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych pismem z dnia 03.12.2019 r.

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

**B: Stwierdzone nieprawidłowości (przyczyny, skutki):** Brak.

**C: Ocena cząstkowa:** Pozytywna.

Na tym ustalenia kontrolne zakończono.

## **VII. Pozostałe informacje i pouczenia.**

### **1. Pozostałe informacje.**

Pismem z dnia 26 listopada 2021 r., znak: NZ-NK.1711.7.2021(NZ-NK.KW-00667/21), Projekt wystąpienia pokontrolnego został przekazany Dyrektorowi Wojewódzkiego Szpitala Chorób Płuc im. dr. Alojzego Pawelca w Wodzisławiu Śląskim. Pismo zostało doręczone w dniu 3 grudnia 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, który wskazuje 7 dniowy termin na zgłoszenie zmian do KRS;
- 2) Wpisaniu w treść Regulaminu Organizacyjnego Szpitala zadań będących w pełni tożsamymi z wyszczególnionymi w Statucie Szpitala;
  - 3) Określeniu w Regulaminie Organizacyjnym Szpitala rodzaju wykonywanej działalności leczniczej, zgodnie z art. 8 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
  - 4) Cyklicznym monitorowaniu zmian przeciętnego wynagrodzenia ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych i bieżącej aktualizacji załącznika do Regulaminu Organizacyjnego Szpitala dotyczącego opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej;
  - 5) Występowaniu każdorazowo do podmiotu tworzącego o zgodę na wprowadzanie zmian w strukturze organizacyjnej Szpitala zgodnie z *Procedurą postępowania w przypadku dokonywania zmian dotyczących struktury organizacyjnej zakładów leczniczych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie*;
  - 6) Umieszczeniu na stronie internetowej Szpitala wszystkich informacji wymaganych przepisami prawa;
  - 7) Stosowaniu się do zapisów przyjętych w Szpitalu Procedur Sytemu Zarządzania Jakością w zakresie skarg pacjentów;
  - 8) Każdorazowym umieszczaniu w treści umów na świadczenia zdrowotne zapisów wskazanych w art. 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
  - 9) Określeniu w treści umów na świadczenia zdrowotne wartości brutto zamówienia, zgodnie z obowiązkiem wynikającym z art. 44 ust. 3 pkt. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych;
  - 10) Każdorazowym wskazywaniu w zawieranych umowach dzierżawy wszystkich danych umożliwiających właściwą realizację umowy;
  - 11) Przestrzeganiu obowiązków wynikających z zarządzenia Dyrektora Szpitala dotyczącego wykonywania badań satysfakcji pacjenta;
  - 12) Przeprowadzeniu konkursu na stanowiska pielęgniarek oddziałowych w Oddziale II Pulmonologicznym i Oddziale III Pulmonologii i Rehabilitacji Oddechowej, zgodnie z art. 49 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.

### 3. Pouczenia

Wystąpienie pokontrolne sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, z których jeden przekazuje się do Wojewódzkiego Szpitala Chorób Płuc im. dr. Alojzego Pawelca w Wodzisławiu Śląskim.

Wystąpienie pokontrolne zawiera 29 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

Margaryta Piłska-Budak  
Zastępca Dyrektora  
Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych  
i Ochrony Zdrowia

T 004