

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

**Szpital Chorób Płuc w Orzeszu  
ul. Gliwicka 20, 43-180 Orzesze**  
(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 2022 r. poz. 633 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 2022 rok, załącznik nr 2, poz. 6 zatwierdzonego uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 73/305/VI/2022 z dnia 19.01.2022 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:** Szpital Chorób Płuc w Orzeszu, ul. Gliwicka 20, 43-180 Orzesze.

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

- Dyrektor Pan Łukasz Pach od 01.04.2019 r. do 31.08.2020 r.,
- p. o. Dyrektora Pani Sylwia Nieradzik od 01.09.2020 r. do 27.12.2020 r.,
- Dyrektor Pani Sylwia Nieradzik od 28.12.2020 r. do nadal.

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

- Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa – Pani Katarzyny Wencel od 20.10.2016 do 19.10.2022 r.,
- p.o. Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa – Pani Katarzyny Wencel od 19.10.2022 r. do nadal,
- Głównej Księgowej – Pani Ewy Godun od 01.05.2019 r. do 30.09.2022 r., Pani Moniki Kani od 01.10.2022 r. do nadal

oraz kierowników komórek organizacyjnych.

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

kontrolę przeprowadzono w dniach 5-19.10.2022 r. w zakresie wybranych zagadnień z zakresu spraw organizacyjno-finansowych w latach 2020-2022.

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

Osoby przeprowadzające kontrolę:

**Tomasz Jarzab** – Główny specjalista Departamentu Nadzoru Podmiotów Lecznicznych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w Katowicach, na podstawie upoważnienia jednorazowego nr 504/NZ/2022 z dnia 03.10.2022 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 05.10.2022 r.

**Arkadiusz Warzycha** – Inspektor Departamentu Nadzoru Podmiotów Lecznicznych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnienia jednorazowego nr 505/NZ/2022 z dnia 03.10.2022 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 05.10.2022 r.

**Magdalena Majchrzak-Osiecka** - Kierownik referatu Departamentu Nadzoru Podmiotów Lecznicznych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnienia jednorazowego nr 516/NZ/2022 z dnia 07.10.2022 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 05.10.2022 r.

O kontroli Dyrektor jednostki został poinformowany pismem z dnia 03.10.2022 r. Kontrolę wpisano do książki kontroli pod pozycją 7/2022.

[Dowód: akta kontroli str. 1-10]

## II. Realizacja zadań statutowych.

### A. Ustalenia faktyczne:

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

#### 1. Informacje ogólne

Szpital Chorób Płuc w Orzeszu zwany dalej „Szpitalem” jest podmiotem leczniczym prowadzonym w formie samodzielnego publicznego zakładu 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 000000012158 oraz posiada osobowość prawną i jest wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego w Katowicach pod numerem KRS 0000064521. Siedzibą Szpitala jest miasto Orzesze.

Szpital działa na podstawie:

- 1) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku *o działalności leczniczej* (t.j.: Dz. U. z 2022 r. poz. 633 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 2022 r. poz. 2561 z późn. zm.),
- 3) statutu Szpitala nadanego uchwałą Nr V/12/24/2015 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 21.09.2015 r. z uwzględnieniem zmian wprowadzonych uchwałą nr V/34/32/2017 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 13.02.2017 r. (t. j.: Dz. Urz. Województwa Śląskiego z dnia 05.10.2017 r. poz. 5305),
- 4) Regulaminu Organizacyjnego, którego ostatnie zmiany zostały pozytywnie zaopiniowane przez Radę Społeczną uchwałą nr 7/2022 z dnia 29.06.2022 r., a następnie wprowadzone

- zarządzeniem nr 08/06/2022 Dyrektora Szpitala z dnia 30.06.2020 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* przyjętej uchwałą nr 2/303/VI/2022 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 05.01.2022 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 2734/299/VI/21 z dnia 22.12.2021 r.,
    - b) *Zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie*, których tekst jednolity został przyjęty uchwałą nr 686/3266/VI/2022 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 20 kwietnia 2022 r.,
  - 7) innych powszechnie obowiązujących przepisów prawa.

W Szpitalu zatrudnienie na dzień 05.10.2022 r. wynosiło:

- 80 pracowników w ramach umowy o pracę,
- 50 pracowników w ramach umów cywilnoprawnych.

[Dowód: akta kontroli str. 11-15]

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

Ostatnie zgłoszenie do Krajowego Rejestru Sądowego z dnia 01.09.2020 r. dotyczyło zmiany na stanowisku Dyrektora Szpitala dokonanej uchwałą nr 1879/161/VI/2020 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 26.08.2020 r. Powyższe zgłoszenie nastąpiło zgodnie z terminem wynikającym z art. 22 ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 roku o *Krajowym Rejestrze Sądowym* (t. j.: Dz. U. z 2022 r., poz. 1683 z późn. zm.).

Ustalono, że do Krajowego Rejestru Sądowego zostały zgłoszone wszystkie wymagane prawem informacje o Szpitalu.

[Dowód: akta kontroli str. 16-30]

## **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 r. o *działalności leczniczej*. Ostatnie zmiany do Regulaminu oraz ogłoszenie tekstu jednolitego zostały pozytywnie zaopiniowane przez Radę Społeczną Szpitala uchwałą nr 7/2022 z dnia 29.06.2022 r., a następnie wprowadzone zarządzeniem nr 08/06/2022 Dyrektora Szpitala z dnia 30.06.2022 r.

W toku kontroli sprawdzono zgodność zapisów Regulaminu z przepisami ww. ustawy i ustalono, że Regulamin zawiera wszystkie niezbędne elementy wskazane w treści art. 24 ust. 1 ww. ustawy. Sprawdzono zgodność zapisów Regulaminu w zakresie struktury organizacyjnej komórek działalności medycznej oraz miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych z Rejestrem Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (dalej: Rejestr) według stanu na dzień 05.10.2022 r.

W toku kontroli stwierdzono brak uwidocznienia w § 14 Regulaminu w zakresie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych oraz w Załączniku nr 1 (stanowiącym schemat organizacyjny Szpitala), Poradni Medycyny Paliatywnej, która zgodnie z wpisem do Rejestru rozpoczęła działalność z dniem 01.10.2019 r.

Kontrola strony Biuletynu Informacji Publicznej Szpitala wykazała, że zawiera ona informacje wymagane przez art. 24 ust. 2 ww. ustawy. Jednakże Regulamin Organizacyjny Szpitala umieszczony w zakładce pn. *Dokumenty podstawowe* nie stanowi jego aktualnej wersji,

co do której Rada Społeczna Szpitala wyraziła pozytywną opinię w uchwale nr 7/2022 z dnia 29.06.2022 r. Pomimo wyżej wymienionego uchybienia wszystkie informacje wskazane w art. 24 ust. 2 ww. ustawy zostały poprawnie podane do wiadomości pacjentów poprzez ich wywieszenie w widocznych miejscach udzielania świadczeń. Jednocześnie stwierdzono, że opublikowano wszystkie informacje zgodnie z zapisami art. 8 ust. 3 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o *dostępie do informacji publicznej* (t.j.: Dz. U. z 2022 r. poz. 902 z późn. zm.) na stronie BIP Szpitala.

Dowód: akta kontroli str. 31-111 ]

#### **B. Stwierdzona nieprawidłowość i uchybienie:**

- 1) Nieprawidłowość polegająca na braku ujednoczenia nazewnictwa komórek organizacyjnych działalności medycznej widniejących w Regulaminie Organizacyjnym Szpitala z ujawnionymi w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą co stanowi naruszenie art. 24 ust. 1 pkt 3 w związku z art. 100 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o *działalności leczniczej* stanowiących, że dane zawarte we wniosku o wpis do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, w tym nazwa zakładu, jego jednostek i komórek organizacyjnych są kompletne i zgodne z prawdą tj. stanem faktycznym, którego odzwierciedlenie stanowić powinna dokumentacja organizacyjna Szpitala,
- 2) Uchybienie polegające na umieszczeniu na stronie BIP Szpitala nieaktualnego tekstu Regulaminu Organizacyjnego, w związku z czym zachodzi możliwość wprowadzenia odwiedzających ww. stronę w błąd, co do treści ww. dokumentu.

#### Przyczyna nieprawidłowości i uchybienia:

Brak odpowiedniego nadzoru Dyrektora nad pracownikami odpowiedzialnymi za aktualizację Regulaminu Organizacyjnego Szpitala i zgodność jego zapisów z Rejestrem oraz zamieszczanie aktualnych informacji na stronie internetowej oraz BIP Szpitala.

**C. Ocena częściowa:** pozytywna mimo stwierdzonej nieprawidłowości i uchybienia.

#### **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 obiekcie zlokalizowanym w Orzeszu przy ulicy Gliwickiej 20 i w miejscu pobytu pacjenta.

#### **1. Funkcjonowanie wybranych komórek organizacyjnych.**

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

- 1) Oddziału Chorób Płuc i Gruźlicy z Pododdziałem Gruźlicy, Pododdziałem Chemioterapii i Szybkiej Diagnostyki,
- 2) Poradni Rehabilitacyjnej.

### **1) Oddział Chorób Płuc i Gruźlicy z Pododdziałem Gruźlicy, Pododdziałem Chemioterapii i Szybkiej Diagnostyki**

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 został wpisany do Rejestru z dniem 01.10.1998 r. i dysponuje 56 łózkami (w tym 1 intensywnej opieki medycznej) i 2 miejscami pobytu dziennego. W Oddziale wykonywana jest diagnostyka, leczenie i rehabilitacja pacjentów ze schorzeniami płuc, w tym gruźlicy i nowotworów. W Oddziale realizowany jest kontrakt z NFZ w ramach PSZ (podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej) oraz chemioterapii, a także program leczenia niedrobnokomórkowego raka płuca.

Liczba hospitalizowanych pacjentów wyniosła:

- 763 w 2020 r.,
- 1051 w 2021 r.,
- 714 w okresie 10 miesięcy 2022 r.

### **2) Poradnia Rehabilitacyjna**

Poradnia wpisana jest do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 029 (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: 1300. Poradnia została wpisana do Rejestru z dniem 03.08.2017 r.

Poradnia od momentu utworzenia nie realizuje świadczeń medycznych z zakresu rehabilitacji ze względu na brak uzyskania kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia w konkursie ofert, pomimo posiadanych przez Szpital wymaganych zasobów kadrowych i sprzętowych. Zgodnie z informacją przekazaną przez Szpital wskazana komórka organizacyjna nie została zlikwidowana w związku z planami uruchomienia jej działalności w zakresie komercyjnym.

[Dowód: akta kontroli str. 112-116]

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

Przedmiotem weryfikacji przeprowadzonej przez kontrolujących były zapisy umów:

- 1) 80/2021 z dnia 30.04.2021 r. na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie badań mammograficznych,
- 2) 31/2022 z dnia 01.03.2022 r. na udzielanie świadczeń zdrowotnych koordynatora Pracowni Diagnostyki Laboratoryjnej.

### **Ad. 1) 80/2021 z dnia 30.04.2021 r.**

Umowa została zawarta w wyniku przeprowadzonego przez Szpital postępowania konkursowego, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej* oraz ustawy z dnia 27.08.2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*.

Umowa została zawarta w formie pisemnej, na czas określony, tj. od dnia 30.04.2021 r. do dnia 30.04.2024 r. i zawiera wszystkie niezbędne zapisy określone w art. 27 ustawy *o działalności leczniczej*. Umowa określa szacunkową wartość brutto zamówienia.

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

Do dnia kontroli nie wpłynęła żadna faktura związana z realizacją umowy (nie zostało wykonane świadczenie określone w umowie).

#### **Ad. 2) 31/2022 z dnia 01.03.2022 r.**

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

Umowa została zawarta w formie pisemnej, na czas określony, tj. od dnia 01.03.2022 r. do dnia 28.02.2023 r. i zawiera wszystkie niezbędne zapisy określone w art. 27 ustawy o działalności leczniczej. Umowa określa szacunkową wartość brutto zamówienia.

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

Kontrolą objęto fakturę nr 1/06/2022 z dnia 01.06.2022 r. Faktura została prawidłowo wystawiona w oparciu o przedłożone zestawienie godzinowe potwierdzone przez Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa Szpitala w terminie wynikającym z umowy.

[Dowód: akta kontroli str. 117-146]

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

W ramach kontroli jakości świadczonych usług Kontrolujący zweryfikowali paszporty techniczne urządzeń, wykorzystywanych do udzielania świadczeń zdrowotnych w poniżej wskazanych komórkach organizacyjnych Szpitala:

1) Poradnia Domowego Leczenia Tlenem:

Koncentrat Tlenu Invacare Perfecto, nr fabryczny 12GSZ570958, rok produkcji 2012.

Przegląd okresowy odbył się w dniu 12.09.2022 r. – zgodnie z wpisem przegląd dokonany 6 miesięcy po terminie wskazanym na marzec 2022 r. w trakcie poprzedniego przeglądu, który miał miejsce w dniu 11.09.2021 r. Ustalono, że ww. przekroczony termin przeglądu technicznego w skutek pomyłki pisarskiej zawiera błąd. Zalecana częstotliwość przeglądów tego typu aparatury to 12 miesięcy. Wobec powyższego przegląd dokonano w terminie.

Kolejny przegląd powinien być wykonany we wrześniu 2023 r. Zgodnie z wpisem „aparat sprawny”;

2) Oddział Chorób Płuc i Gruźlicy z Pododdziałem Gruźlicy, Pododdziałem Chemioterapii i Szybkiej Diagnostyki:

Pompa strzykawkowa infuzyjna MODEL 52, nr fabryczny 0108403/10, rok produkcji 2010.

Przegląd okresowy odbył się w dniu 10.03.2022 r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany w marcu 2023 r., zgodnie z wpisem „aparat sprawny”;

3) Oddział Medycyny Paliatywnej:

Kardiomonitor UMEC 10, nr fabryczny KN-11095722/2021, rok produkcji 2021. Przegląd okresowy odbył się w dniu 29.09.2022 r. – dokonany w terminie. Następny przegląd powinien być wykonany we wrześniu 2023 r. Zgodnie z wpisem „urządzenie sprawne”.

[Dowód: akta kontroli str. 147-157]

#### **4. 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 wpływających do Dyrekcji Szpitala. Skargi rozpatrywane są w oparciu o „Procedurę przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków w Szpitalu Chorób Płuc w Orzeszu”, będącą załącznikiem nr 4 do Regulaminu Organizacyjnego Szpitala. Zgodnie z ww. Procedurą skargi i wnioski mogą być wnoszone w formie pisemnej, elektronicznej oraz ustnie do protokołu. Dokument ten określa również sposób prowadzenia rejestru skarg, wniosków i opinii oraz tryb

ich rozpatrywania. Rejestr prowadzi Sekretariat Dyrektora w sposób umożliwiający kontrolę przebiegu i terminów załatwiania skarg. Rejestr zawiera informacje dotyczące daty wpływu skargi/wniosku oraz daty i sposobu załatwienia sprawy.

W roku 2020 i 2022 do dnia kontroli w przedmiotowym rejestrze nie odnotowano żadnej skargi.

W roku 2021 zarejestrowano cztery skargi, które uznano za bezzasadne. W trakcie kontroli stwierdzono, że prowadzony Rejestr skarg i wniosków w odniesieniu do roku 2021 zawiera błędy w numeracji przyjmowanych skarg. Jednocześnie wskazano na brak rejestracji w ww. Rejestrze skargi z dnia 27.12.2021 r. dot. świadczeń zdrowotnych udzielanych w Hospicjum Domowym Szpitala. Skarga została uznana za bezzasadną.

Wszystkie wskazane skargi zostały rozpatrzone w terminie.

Zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 roku o *działalności leczniczej* analiza skarg i wniosków jest przedstawiana okresowo Radzie Społecznej Szpitala.

[Dowód: akta kontroli str. 158-171]

## 5. Wykonywanie badań satysfakcji pacjenta.

Zgodnie z wymaganiami normy Systemu Zarządzania Jakością ISO 9001:2015 obowiązującej od 01.06.2018 roku w Szpitalu wprowadzono monitoring zadowolenia pacjenta mający na celu poznanie opinii osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych o jakości usług medycznych w Szpitalu.

Udział pacjentów w badaniach ankietowych jest dobrowolny, a ankiety anonimowe. Zgodnie z założeniami badania mają być prowadzone i analizowane pod koniec każdego roku kalendarzowego.

Z analizy ankiety przeprowadzonej za 2021 rok wynika, że najlepiej oceniony zostały sposób otrzymywania informacji w trakcie wypisu ze Szpitala o dalszym leczeniu, trybie życia oraz diecie, a najniżej poczucie intymności i godności osobistej w trakcie badań lekarskich – dwie osoby na 14 oceniły działania personelu lekarskiego na 2 punkty, pozostałe na 5 punktów (skala 5 punktowa).

W dniu kontroli Kontrolujący zostali poinformowani, że analiza ankiet za 2022 r. jest w trakcie przygotowywania.

[Dowód: akta kontroli str. 172-184]

## B. Stwierdzone uchybienie:

Uchybienie polegające na niepełnej realizacji § 5 *Procedury przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków w Szpitalu chorób płuc w Orzeszu*, będącej załącznikiem nr 4 do Regulamin Organizacyjnego Szpitala, w zakresie ewidencji skarg i wniosków wpływających do Szpitala w Rejestrze skarg i wniosków.

### Przyczyna uchybienia:

Niedochowanie należytej staranności w zakresie prowadzenia ewidencji skarg i wniosków wpływających do Szpitala w Rejestrze skarg i wniosków przez pracowników Szpitala.

**C. Ocena cząstkowa:** pozytywna mimo stwierdzonego uchybienia.

## D. Osoba odpowiedzialna:

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

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

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

W zakresie prawidłowości gospodarowania mieniem kontrolą objęto niżej wymienione zagadnienia:

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

- a) Respirator RESNED astral 150 z wyposażeniem i akcesoriami do badań (4 sztuki) o łącznej wartości 122 580,00 zł
- zakup ujęty w planie inwestycyjnym Szpitala na rok 2021 (korekta), pozytywnie zaopiniowany przez Radę Społeczną Szpitala uchwałą nr 5/2021 z dnia 23 kwietnia 2021 roku;
  - zakup sfinansowany ze środków własnych w kwocie 6 280,00 zł i dotacji w ramach Marszałkowskiego Budżetu Obywatelskiego Województwa Śląskiego (Edycja II) na podstawie umowy 800/NZ/2021 z dnia 24 marca 2021 roku na kwotę 116 300,00 zł;
  - zgoda podmiotu tworzącego na nabycie nie była wymagana;
  - zakup potwierdzony fakturą VAT nr A/10/09/2021 z dnia 14.09.2021 r. na łączną kwotę 122 580,00 zł, termin płatności 20.10.2021 r., zapłacono w terminie, tj. 13.10.2021 r.;
  - protokół zdawczo – odbiorczy ww. sprzętu z dnia 13.09.2021 r.;
  - dowody przyjęcia ww. 4 sztuk respiratorów:
    - OT0-00017/2021 z dnia 14.09.2021 r., numer inwentarzowy 01/802/311,
    - OT0-00018/2021 z dnia 14.09.2021 r., numer inwentarzowy 01/802/312,
    - OT0-00019/2021 z dnia 14.09.2021 r., numer inwentarzowy 01/802/313,
    - OT0-00020/2021 z dnia 14.09.2021 r., numer inwentarzowy 01/802/314.
- b) Kardiomonitor MX450 IP dwie sztuki o łącznej wartości 64 260,00 zł – czasowe udostępnienie a następnie darowizna
- przyjęcie sprzętu potwierdzono protokołem wydania sporządzonym w dniu 12.10.2020 roku pomiędzy Szpitalem Chorób Płuc w Orzeszu a Składnicą Agencji Rezerw Materiałowych w Szpietowie;
  - nabycie na podstawie umowy czasowego udostępnienia medycznych rezerw strategicznych (bez obowiązku zwrotu) nr BRMwm-269/2020 z dnia 23.11.2020 roku zawartej między Szpitalem Chorób Płuc w Orzeszu a Agencją Rezerw Materiałowych;
  - przyjęcie darowizny po zakończonym okresie udostępnienia ww. aparatów pozytywnie zaopiniowane przez Radę Społeczną Szpitala uchwałą nr 04/2022 z dnia 10.05.2022 r.;
  - zgoda podmiotu tworzącego na nabycie nie była wymagana ze względu na wartość jednostkową wskazanej aparatury;
  - dowody przyjęcia ww. 2 sztuk kardiomonitorów:
    - OT 0-00005/2022 z dnia 10.05.2022 r., numer inwentarzowy 01/802/343,
    - OT 0-00006/2022 z dnia 10.05.2022 r., numer inwentarzowy 01/802/344.
- c) Aparat RTG z ramieniem C
- zakup ujęty w planie inwestycyjnym Szpitala na rok 2020;
  - zakup pozytywnie zaopiniowany przez Radę Społeczną Szpitala uchwałą nr 53/2019 z dnia 30.12.2019 r.;
  - zakup sfinansowany ze środków własnych w kwocie 12 920,00 zł oraz z dotacji Województwa Śląskiego w kwocie 202 000,00 zł w ramach umowy 3734/NZ/2020 roku;
  - zgoda podmiotu tworzącego na nabycie nie była wymagana;

2



- zakup potwierdzony fakturą VAT Nr 1763/20/FV/HS z 10.12.2020 roku na kwotę 214 920,00 zł, termin płatności 09.01.2021 r., zapłacono 29.12.2020 r.;
- protokół zdawczo – odbiorczy z dnia 23.11.2020 roku w trakcie uruchamiania aparatu stwierdzono jego uszkodzenie – konieczność przeprowadzenia naprawy przez dostawcę. W związku z powyższym przeprowadzono ponowny odbiór – protokół nr 002/R/20 zdawczo - odbiorczy przekazania wyrobu do eksploatacji z dnia 10.12.2020 roku;
- dowód przyjęcia OT0-00027/2020 z dnia 10.12.2020 r., numer inwentarzowy 01/802/3277.

Nabycie aparatury i sprzętu medycznego w ww. zakresie nie budzi zastrzeżeń.

[Dowód: akta kontroli str. 185-246]

## **2. Zbycie aparatury i sprzętu medycznego.**

W ramach kontroli prawidłowości gospodarowania mieniem sprawdzono procedurę zbycia Aparatu USG ULTRA INTEGRA - nr inwentarzowy 01/802/020, rok produkcji 2006, wartość początkowa 40 300,00 zł, umorzenie 100 %;

- dowód LT z dnia 09.07.2020 r.;
- orzeczenie techniczne z dnia 24.06.2020 r. – aparat nie nadaje się do eksploatacji ze względu na stan techniczny, uszkodzone głowice i zasilacz (nieopłacalna naprawa, brak części zamiennych);
- pozytywna opinia Rady Społecznej Szpitala dot. likwidacji przedmiotowego aparatu wyrażona uchwałą nr 10/2020 z dnia 08.07.2020 r.;
- z uwagi na wartość początkową oraz okres użytkowania dłuższy niż 10 lat zgoda podmiotu tworzącego na zbycie aparatu nie była wymagana;
- protokół likwidacyjny nr 4/2020 z dnia 09.07.2020 roku postawienia składnika majątkowego w stan likwidacji z uwagi na długotrwały okres eksploatacji oraz uszkodzenia uniemożliwiającego naprawę;
- sprzęt nie został przekazany do fizycznej likwidacji – planowanie przekazanie w roku 2023 r.

W latach 2021 i 2022 do dnia kontroli Szpital nie przeprowadził procedury likwidacji sprzętu i aparatury medycznej.

Zbycie aparatury i sprzętu medycznego w zakresie objętym kontrolą budzi zastrzeżenia w związku z brakiem przekazania ww. sprzętu do fizycznej likwidacji w ciągu roku od daty wydania opinii Rady Społecznej Szpitala w przedmiocie sprawy.

[Dowód: akta kontroli str. 247-251]

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

W ramach kontroli sprawdzaniem objęto prawidłowość zawarcia umowy:

1. Użyczenia nr 215/2020 z dnia 30.12.2020 r.
2. Dzierżawy nr 77/2022 z dnia 02.06.2022 r.

**Ad 1.** Przedmiotem umowy jest użyczenie parkingu przy Szpitalu celem ustawienia mammobusu z możliwością podłączenia prądu 400 V.

Umowa zawarta została na czas określony (wyznaczone dni roku 2021), tj. na dzień 20 stycznia, 18 lutego, 24 marca, 26 kwietnia, 21 maja 2021 roku.

Rada Społeczna uchwałą nr 8/2018 z dnia 25.04.2018 r. pozytywnie zaopiniowała użyczenie gruntu o powierzchni ok 80 m<sup>2</sup> oraz odpłatne udostępnienie przyłącza energetycznego,

jednocześnie zobowiązując Dyрекcję Szpitala do uzyskania zgody Zarządu Województwa Śląskiego na zawarcie umowy użyczenia. Zarząd Województwa uchwałą nr 1160/259/V/2018 z dnia 22.05.2018 r. wyraził zgodę na umowy użyczenia części nieruchomości przy ul. Gliwickiej 20 na czas oznaczony 3 lat z przeznaczeniem na cykliczne ustawianie mammobusu do wykonywania bezpłatnych badań mammografii piersi kobiet w wieku 50+ na rzecz Geneva Trust Polska Sp. z o.o. , o czym Szpital został poinformowany pismem Wydziału Geodezji, Kartografii i Gospodarki Nieruchomościami z dnia 28.05.2018 r.

Biorąc pod uwagę zapisy umowy użyczenia należy zauważyć, że Szpital w przedmiocie umowy nie wskazał powierzchni użyczanej części nieruchomości gruntowej oraz celu w jakim przedmiotowy mammobus będzie cyklicznie ustawiany, tj. darmowe badania koblet po 50 roku życia, na którą otrzymał ww. zgodę Zarządu Województwa. Jednocześnie przedmiotowa zgoda Zarządu umożliwiła jednorazowe podpisanie umowy na okres oznaczony 3 lat. Szpital wykorzystał przedmiotową zgodę do zawarcia odrębnych 3 umów, tj. nr 99/2018 z dnia 18.10.2018 r., nr 156/2019 z dnia 14.11.2019 r. oraz niniejszą, w kolejnych latach współpracy z ww. Spółką.

Analiza ww. umowy pod względem zapisów określonych w § 3 *Zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnymi publicznymi zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie* określonych w uchwale nr 2232/288/V/2018 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 25.09.2018 r. z późn. zm. wykazała, że poza niedoprecyzowaniem przedmiotu umowy, zapisy umowy nie zawierają postanowień w zakresie ubezpieczenia przedmiotu umowy od następstw zdarzeń losowych oraz od odpowiedzialności cywilnej.

Objęte kontrolą faktury za udostępnienie przyłącza energetycznego w dniu 18 lutego, 24 marca, 21 maja, 26 kwietnia 2021 roku wystawione zostały zgodnie z treścią umowy. Należności za udostępnienie przyłącza energetycznego z tytułu faktur za dzień 18 lutego, 24 marca, 21 maja 2021 roku wpłynęły w terminach wynikających z treści faktur, natomiast z tytułu faktury za dzień 26 kwietnia 2021 r. zapłata została uiszczona z trzynastodniowym opóźnieniem. Szpital wezwał Użytkownika stosowną notą do zapłaty odsetek za zwłokę w wysokości 36 groszy. Odsetki zostały przez Użytkownika uregulowane w dniu 16 lipca 2021 roku.

**Ad 2.** Przedmiotem umowy jest dzierżawa pomieszczenia socjalnego i magazynowego zlokalizowanych na parterze budynku administracyjno-mieszkalnego, oraz pomieszczenia gospodarczego zlokalizowanego w piwnicy Pawilonu A Szpitala z przeznaczeniem na potrzeby socjalne, magazynowe i gospodarcze w ramach realizacji umowy na usługi utrzymania czystości w Szpitalu. Umowa zawarta została na okres 16 miesięcy liczony od dnia 09.06.2022 r.

Rada Społeczna uchwałą nr 6/2022 z dnia 29.06.2022 r. pozytywnie zaopiniowała wydzierżawienie przedmiotowych pomieszczeń. Opinię Rady Społecznej pozyskano 20 dni po podpisaniu przedmiotowej Umowy.

Zgodnie z zapisami umowy, dzierżawca zobowiązany jest płacić wydzierżawiającemu czynsz dzierżawny obejmujący również koszty eksploatacyjne na podstawie wystawionej przez wydzierżawiającego faktury VAT do 20-go dnia każdego miesiąca na konto wskazane w fakturze.

Umowa zawiera zapisy określone w *Zasadach gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnymi publicznymi zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie* określonych w uchwale nr 686/326/VI/2022 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 20.04.2022 r.

Objęte kontrolą faktury za lipiec, sierpień, wrzesień, październik 2022 r. wystawione zostały zgodnie z treścią umowy. Należności za dzierżawę oraz energię elektryczną wpłynęły w terminach wynikających z treści faktur.

[Dowód: akta kontroli str. 252-288]

#### **A. Stwierdzona nieprawidłowość i uchybienia:**

1. Nieprawidłowość polegająca na zawarciu umowy dzierżawy nr 77/2022 z dnia 02.06.2022 r.

przed uzyskaniem opinii Rady Społecznej Szpitala, czym naruszono art. 48 ust. 2 pkt 2 lit. e ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o *działności leczniczej*.

2. Uchybienie polegające na braku fizycznej likwidacji aparatu USG w terminie roku od dnia wydania opinii Rady Społecznej Szpitala w przedmiocie sprawy, czym naruszono zapisy § 10 pkt 6 ww. *Zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie określonych w uchwale nr 2232/288/V/2018 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 25.09.2018 r., poprzez nieprecyzyjne wskazanie w umowie użyczenia nr 215/2020 z dnia 30.12.2020 r. przedmiotu użyczenia.*
3. Uchybienie polegające na niewłaściwym zastosowaniu zgody Zarządu Województwa Śląskiego udzielonej uchwałą nr 1160/259/V/2018 z dnia 22.05.2018 r. na zawarcie umowy użyczenia części nieruchomości o powierzchni ok. 80 m<sup>2</sup> w celu cyklicznego ustawiania mammobusa z przeznaczeniem do badań kobiet po 50 roku życia niezgodnie z zapisami ww. *Zasad gospodarowania aktywami trwałymi*, na który opisana zgoda została wydana.
4. Uchybienie polegające na niedoprecyzowaniu przedmiotu umowy oraz braku zapisu dot. postanowień w zakresie ubezpieczenia przedmiotu umowy od następstw zdarzeń losowych oraz od odpowiedzialności cywilnej, czym naruszono § 3 ust. 1 i 5 ww. *Zasad gospodarowania*.
5. Uchybienie polegające na niewłaściwym zastosowaniu zgody Zarządu Województwa Śląskiego udzielonej uchwałą nr 1160/259/V/2018 z dnia 22.05.2018 r. na zawarcie umowy użyczenia części nieruchomości na okres oznaczony 3 lat poprzez wykorzystanie przedmiotowej zgody do zawarcia 3 odrębnych umów na okres 1 roku każda, w celu cyklicznego ustawiania mammobusa.

#### Przyczyna nieprawidłowości i uchybień:

- niedochowanie procedur dot. współpracy z Radą Społeczną Szpitala w zakresie uzyskania opinii Rady przed zawarciem umowy dzierżawy nr 77/2022 z dnia 02.06.2022 r.,
- niedochowanie należytej staranności przez osoby sporządzające umowę z Geneva Trust Polska Sp. z o.o na użyczenie części nieruchomości o powierzchni ok. 80 m<sup>2</sup> w celu cyklicznego ustawiania mammobusa z przeznaczeniem do badań kobiet po 50 roku życia,
- brak należytego nadzoru nad terminową realizacją procedury likwidacji aparatu USG ULTRA INTEGRA – nr inwentarzowy 01/802/020, w zakresie dokonania fizycznej likwidacji ww. środka trwałego.

**B. Ocena częściowa:** pozytywna mimo stwierdzonej nieprawidłowości i uchybień.

#### **C. Osoby odpowiedzialne:**

Dyrektor Szpitala, na podstawie art. 46 ust. 1 ustawy o *działności 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 15.04.2011 roku o *działności leczniczej* wykazała, iż w okresie objętym kontrolą, tj. lata 2020-2022 w Szpitalu Chorób Płuc w Orzeszu nie zostały przeprowadzone żadne postępowania konkursowe, natomiast trzy postępowania są w toku - na stanowiska kierownicze wskazane w art. 49 ww. ustawy.

Przeprowadzone postępowania konkursowe na stanowiska kierownicze:

- 1) Stanowisko przełożonej pielęgniarek (termin składania ofert: od 10.08.2022 r. do 24.08.2022 r.) - zgodnie z informacją otrzymaną od kontrolowanego w wyniku pierwszego postępowania konkursowego na ww. stanowisko do konkursu nie zgłosiło się co najmniej dwóch kandydatów, wobec powyższego zgodnie z art. 49 ust. 3 ww. ustawy kierownik podmiotu leczniczego ogłasza nowy konkurs w okresie 30 dni od dnia zakończenia postępowania w poprzednim konkursie.
- 2) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Medycyny Paliatywnej (termin składania ofert przez kandydatów: 06.10.2022 r.). Zgodnie z informacją otrzymaną od kontrolowanego wysłano do ORPIP pismo dotyczące wyznaczenia terminu posiedzenia komisji konkursowej.
- 3) Stanowisko Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa - zgodnie z informacją uzyskaną od kontrolowanego rozpoczęto procedurę (zwrócono się do poszczególnych podmiotów, instytucji, organizacji o wytypowanie przedstawicieli do składu komisji konkursowej) w celu wszczęcia postępowania konkursowego.

Podczas czynności kontrolnych kontrolujący stwierdzili nieprawidłowości popełnione w toku postępowań konkursowych na stanowisko przełożonej pielęgniarek oraz pielęgniarki oddziałowej Oddziału Medycyny Paliatywnej polegającą na:

- wpisaniu w regulaminach przeprowadzania konkursu na ww. stanowiska zapisów niezgodnych z § 3 ust. 2 ramowego regulaminu przeprowadzania konkursu, stanowiącego załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 06.02.2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą (Dz. U. z 2021 r., poz. 430),
- wpisaniu w regulaminach przeprowadzania konkursu na ww. stanowiska (§ 5) błędnej podstawy prawnej odnoszącej się do ww. rozporządzenia (niepoprawne wskazanie publikatora),
- wpisaniu w Zarządzeniu Dyrektora Szpitala Chorób Płuc w Orzeszu z dnia 18.07.2022 r. w sprawie powołania komisji konkursowej do przeprowadzenia konkursu na ww. stanowiska błędnych podstaw prawnych (niepoprawne wskazanie publikatora) odnoszących się do ww. rozporządzenia, ustawy o działalności leczniczej oraz ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Dodatkowo, w celu zachowania przejrzystości postępowań konkursowych zasadnym wydaje się wydawanie Zarządzeń Dyrektora Szpitala Chorób Płuc w Orzeszu dot. powołania poszczególnych komisji konkursowych osobno do każdego z postępowań (w przypadku ww. postępowań wydano jedno Zarządzenie powołujące dwie komisje konkursowe o tym samym składzie).

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

- 1) Oddział Chorób Płuc i Gruźlicy z Pododdziałem Gruźlicy, Pododdziałem Chemioterapii i Szybkiej Diagnostyki: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 2) Oddział Medycyny Paliatywnej: kierownik oddziału, p.o. pielęgniarki oddziałowej.

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

Pracą całego personelu pielęgniarskiego kieruje osoba pełniąca obowiązki przełożonej pielęgniarek, natomiast zespołem pielęgniarskim na poszczególnych oddziałach zarządzają pielęgniarki oddziałowe lub osoby pełniące obowiązki pielęgniarek oddziałowych.

Ww. stanowiska określone zostały zarówno w Regulaminie Organizacyjnym Szpitala Chorób Płuc w Orzeszu, jak i załączniku nr 1 (Tabela stawek minimalnego wynagrodzenia zasadniczego w poszczególnych grupach zawodowych oraz minimalne wymagania kwalifikacyjne niezbędne do wykonywania pracy na poszczególnych stanowiskach dla pracowników Szpitala Chorób Płuc

w Orzeszu) oraz nr 2 (Stanowiska, na których przysługuje dodatek funkcyjny i wysokość dodatku funkcyjnego) do Regulaminu Wynagradzania w Szpitalu Chorób Płuc w Orzeszu.

[Dowód: akta kontroli str. 289-312]

**B: Stwierdzona nieprawidłowość:**

Nieprawidłowość polegająca na prowadzeniu postępowań konkursowych niezgodnie z zapisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 06.02.2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą, w zakresie zapisów §3 ust 2 ramowego regulaminu przeprowadzania konkursu stanowiącego załącznik do ww. rozporządzenia.

Przyczyna nieprawidłowości:

Niedochowanie należytej staranności w zakresie przeprowadzania postępowań konkursowych na niektóre stanowiska kierownicze.

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

**D: Osoba odpowiedzialna:** Dyrektor Szpitala, na podstawie art. 46 ust. 1 ustawy z dnia 15.04.2011 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 Szpitalu przeprowadzona została przez pracowników Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w dniach 11-12.04.2019 r. Przedmiotem kontroli objęto: realizację zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie; dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych; prawidłowości gospodarowania mieniem oraz środkami publicznymi w latach 2018-2019.

Wydano zalecenia pokontrolne dotyczące:

- 1) *Przyjęcia właściwego trybu wprowadzania zmian w Regulaminie Organizacyjnym Szpitala w zakresie wysokości opłat, o których mowa w art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;*
- 2) *Usunięcia niezgodności pomiędzy zapisami Regulaminu Organizacyjnego Szpitala i Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą w zakresie komórek organizacyjnych działalności medycznej;*
- 3) *Umieszczenia na stronie BIP Szpitala informacji o naborze kandydatów na wolne stanowiska, zgodnie z wymogiem art. 8 ust. 3 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej;*
- 4) *Wskazywania w treści zawieranych umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych łącznej kwoty wartości zobowiązania;*
- 5) *Przeprowadzania i analizowania ankiet satysfakcji pacjenta zgodnie z zapisami przyjętych przez Szpital regulacji w tym zakresie;*
- 6) *Przestrzegania procedur i unormowań zawartych w „Zasadach gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnymi publicznymi 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., w zakresie zawierania umów najmu, dzierżawy i użyczenia mienia Szpitala.*

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

pokontrolnych. Sprawdzono realizację zaleceń pokontrolnych w latach 2020-2022 i stwierdzono, że zalecenia pokontrolne nie zostały wykonane:

- w całości w zakresie punktu 2,
- w całości w zakresie punktu 6.

#### **B. Stwierdzona nieprawidłowość:**

Nieprawidłowość polegająca na naruszeniu normy § 26 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych, poprzez brak pełnej realizacji zaleceń pokontrolnych i skutecznego usunięcia nieprawidłowości wskazanych w wystąpieniu pokontrolnym z poprzedniej kontroli przeprowadzonej przez podmiot tworzący Szpitala.

#### Przyczyny nieprawidłowości:

Brak należytego nadzoru nad pracownikami odpowiedzialnymi za wykonywanie zaleceń pokontrolnych w zakresie:

- monitoringu zgodności pomiędzy zapisami Regulaminu Organizacyjnego Szpitala i Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą dot. komórek organizacyjnych działalności medycznej,
- zawierania umów najmu, dzierżawy i użyczenia mienia Szpitala.

#### **C. Ocena cząstkowa:** negatywna.

**D: Osoba odpowiedzialna:** Dyrektor Szpitala, na podstawie art. 46 ust. 1 ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej, zgodnie, z którym odpowiedzialność za zarządzanie podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą ponosi kierownik.

[Dowód: akta kontroli str. 313-321]

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

#### **1. Pozostałe informacje**

Projekt wystąpienia pokontrolnego wraz z pismem przewodnim z dnia 11 kwietnia 2023 r., znak NZ-NK1711.7.2022 (NZ-NK.KW-00076/23), został przekazany Dyrektor Szpitala Chorób Płuc w Orzeszu.

Ze „zwrotnego potwierdzenia odbioru” wynika, że pismo zostało doręczone do Szpitala w dniu 13.04.2023 r.

Dyrektor Szpitala nie zgłosiła żadnych zastrzeżeń do treści Projektu wystąpienia pokontrolnego.

#### **2. Zalecenia pokontrolne**

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

1. Usunięciu niezgodności pomiędzy zapisami Regulaminu Organizacyjnego Szpitala i Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą w zakresie nazewnictwa komórek organizacyjnych działalności medycznej.
2. Aktualizacji treści umieszczanych na stronie BIP Szpitala.
3. Prowadzeniu w sposób kompletny ewidencji skarg i wniosków wpływających do Szpitala w Rejestrze skarg i wniosków, zgodnie z przyjętymi procedurami.
4. Pozyskiwaniu opinii Rady Społecznej Szpitala przed zawarciem umów najmu, dzierżawy oraz użyczenia.
5. Dokonywaniu fizycznej likwidacji sprzętu i aparatury medycznej podlegającej kasacji w terminie do roku od dnia wydania pozytywnej opinii Rady Społecznej Szpitala w przedmiotowej sprawie.
6. Wskazywaniu w umowach najmu, dzierżawy i użyczenia przedmiotu umowy zgodnego z treścią zgody wyrażonej przez Zarząd Województwa Śląskiego.

7. Umieszczaniu w umowach najmu, dzierżawy i użyczenia zapisu dot. postanowień w zakresie ubezpieczenia przedmiotu umowy od następstw zdarzeń losowych oraz od odpowiedzialności cywilnej.
8. Wykorzystywaniu akceptacji Zarządu Województwa Śląskiego zgodnie z jej przeznaczeniem w zakresie ustalonym w uchwale Zarządu, w szczególności w odniesieniu do sporządzanych umów najmu, dzierżawy i użyczenia.
9. Przeprowadzaniu postępowań konkursowych zgodnie z zapisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 06.02.2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą.
10. Bezwzględnej realizacji zaleceń pokontrolnych wydanych po przeprowadzonej kontroli przez podmiot tworzący.

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

Wystąpienie pokontrolne zawiera 15 ponumerowanych stron.

### 3. Pouczenia

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

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

**Podmiot uprawniony do kontroli:**

ZARZĄD WOJEWÓDZTWA  
Małgorzata Marczyk  
Dyrektor  
Biura Regionalnego Nadzoru Podmiotów  
Leczniczych i Ochrony Zdrowia

