

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

**Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej
Al. Armii Krajowej 101, 43-316 Bielsko-Biała**
(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. 11 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 Wojewódzki w Bielsku-Białej, Al. Armii Krajowej 101, 43-316 Bielsko-Biała.

Kierownik jednostki kontrolowanej: w okresie objętym kontrolą funkcję Dyrektora Szpitala sprawowała Pani Sabina Bigos-Jaworowska od 01.08.2019 r. do nadal.

Dyrektor wykonuje swoje zadania kierownicze i zarządzające przy pomocy:

- Z-cy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa, p.o. Naczelnej Pielęgniarki – Barbary Wykręt,
- Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa – Krzysztofa Pliszka,
- Z-cy Dyrektora ds. Administracyjno-Technicznych – Łukasza Matlakiewicza,
- Główniej Księgowej – Marzenny Wawrzyniak.

Termin przeprowadzenia czynności kontrolnych i zakres kontroli:

Kontrolę przeprowadzono w dniach od 14 października 2022 r. do dnia 5 grudnia 2022 r. w zakresie wybranych zagadnień z zakresu spraw organizacyjno-finansowych w latach 2021-2022.

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

Osoby przeprowadzające kontrolę:

Agnieszka Wnuk – Główny specjalista Departamentu Nadzoru Podmiotów Lecznicznych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w Katowicach, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 517/NZ/2022 z dnia 7 października 2022 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności

uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 14 października 2022 r.

Weronika Loska-Tomanik – Główny specjalista Departamentu Nadzoru Podmiotów Lecznicych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w Katowicach, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 519/NZ/2022 z dnia 7 października 2022 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 14 października 2022 r.

Barbara Gwiazda - Amrosz – Główny specjalista Departamentu Nadzoru Podmiotów Lecznicych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnień jednorazowych Nr 518/NZ/2022 z dnia 7 października 2022 r. oraz 595/NZ/2022 z dnia 4 listopada 2022 r. wydanych z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 14 października 2022 r.

O kontroli Dyrektor jednostki została poinformowana pismem z dnia 7 października 2022 r. przekazanym za pośrednictwem Poczty Polskiej.
Kontrolę wpisano do książki kontroli pod pozycją 12.

[Dowód: akta kontroli str. 1-10]

II. Działalność statutowa.

A. Ustalenia faktyczne:

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

1. Informacje ogólne.

Funkcję podmiotu tworzącego Szpitala Wojewódzkiego w Bielsku-Białej zwanego dalej „Szpitalem” 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 000000013794 oraz posiada osobowość prawną i jest wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego w Katowicach pod numerem KRS 0000063066. Siedziba Szpitala mieści się przy Al. Armii Krajowej 101 w Bielsku-Białej. Świadczenia zdrowotne udzielane są w Bielsku-Białej przy Al. Armii Krajowej 101.

Szpital działa na podstawie:

- 1) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (tekst jednolity: Dz. U. z 2023 r. poz. 991) 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 nadanego uchwałą Nr VI/12/4/2015 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 21.09.2015 r., którego tekst jednolity został ogłoszony uchwałą Nr VI/36/8/2021 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 20.09.2021 r.,
- 4) Regulaminu Organizacyjnego, którego ostatnie zmiany zostały pozytywnie zaopiniowane przez Radę Społeczną, uchwałą nr 25/2022 z dnia 25.07.2022 r. oraz wprowadzonego w życie Zarządzeniem Dyrektora nr 103/2022 z dnia 25.07.2022 r.
- 5) w zakresie gospodarki mieniem:
 - a) Procedury dotyczącej nabywania aparatury i sprzętu medycznego przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym

jest Województwo Śląskie określonej w Uchwale Zarządu Województwa Śląskiego nr 2734/299/VI/2021 z dnia 22.12.2021 r.,

- b) Zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie przyjętych uchwałą nr 686/326/VI/2022 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 20.04.2022 r.
- 6) innych powszechnie obowiązujących przepisów prawa.

W Szpitalu zatrudnienie na dzień 14.10.2022 r. roku wynosiło ogółem 1 426 pracowników:

- 1 141 pracowników w ramach umowy o pracę,
- 75 pracowników w ramach umowy cywilnoprawnej,
- 210 pracowników w ramach umowy kontraktowej.

[Dowód: akta kontroli str. 11- 13]

2. Prawdliwość wpisów w Krajowym Rejestrze Sądowym.

Ostatnie zgłoszenie do Krajowego Rejestru Sądowego z dnia 15.10.2022 r. dotyczyło przyjęcia uchwały nr VI/36/8/2021 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 20.09.2021 r. w sprawie ogłoszenia tekstu jednolitego uchwały nr VI/12/4/2015 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 21.09.2015 r. w sprawie nadania statutu Szpitalowi. W trakcie kontroli ustalono, iż został dopełniony ustawowy obowiązek wynikający z art. 22 ustawy o Krajowym Rejestrze Sądowym, który wskazuje 7-dniowy termin na zgłoszenie zmian do KRS.

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

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

Regulamin Organizacyjny Szpitala (dalej: „Regulamin”) sporządzony został w oparciu o przepisy art. 24 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej. Ostatnie zmiany do Regulaminu zostały wprowadzone w życie Zarządzeniem Dyrektora nr 103/2022 z dnia 25.07.2022 r. Rada Społeczna uchwałą nr 25/2022 z dnia 25.07.2022 r. pozytywnie zaopiniowała zmiany do Regulaminu.

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

Kontrolujący stwierdzili, że cele podmiotu leczniczego wyszczególnione w Regulaminie nie są w pełni tożsame z wpisanymi w Statut Szpitala co obrazuje poniższa tabela.

	Regulamin Organizacyjny Szpitala – Rozdział II Cele i zadania	Statut Szpitala – Rozdział 2 Cele i zadania
Cele	Podstawowym celem Szpitala jest udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych i promocja zdrowia.	Celem działania Szpitala jest: 1) Udzielanie świadczeń zdrowotnych służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania; 2) promocja zdrowia.

Tabela nr 1 – Porównanie zapisów Regulaminu Organizacyjnego ze Statutem Szpitala w zakresie celów Szpitala.

Ponadto, zadania wpisane w Rozdziale 2 § 4 Statutu nie są w pełni tożsame z zadaniami wymienionymi w Rozdziale II ust. 2 i 3 Regulaminu Organizacyjnego, co przedstawiono w poniższej

rd

tabeli.

	Regulamin Organizacyjny Szpitala – Rozdział II Cele i zadania	Statut Szpitala – Rozdział 2 Cele i zadania
Zadania	<p>W zakresie wynikającym z przepisów prawa i zobowiązań z tytułu zawartych umów Szpital realizuje w szczególności następujące zadania:</p> <p>a) udzielanie świadczeń zdrowotnych poprzez:</p> <ul style="list-style-type: none"> – świadczenie usług z zakresu leczenia szpitalnego, – udzielanie świadczeń specjalistycznej opieki ambulatoryjnej, w tym konsultacje w poszczególnych specjalnościach medycznych funkcjonujących w Szpitalu, – świadczenie usług z zakresu rehabilitacji ambulatoryjnej, – wykonywanie badań diagnostycznych, – wykonywanie świadczeń z zakresu medycyny pracy, – zapewnienie świadczeń z zakresu medycyny ratunkowej, – wykonywanie świadczeń hemodializoterapii, <p>b) prowadzenie profilaktyki zdrowotnej, a także programów zdrowotnych,</p> <p>c) wykonywanie innych zadań, pomocniczych względem działalności podstawowej poprzez prowadzenie:</p> <ul style="list-style-type: none"> – transportu sanitarnego, – apteki szpitalnej, – orzekanie i opiniowanie o stanie zdrowia, – współpracy z medycznymi samorządami zawodowymi, – działalności administracyjnej, ekonomicznej i technicznej. 	<p>Do zadań Szpitala należy:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) udzielanie stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych szpitalnych, 2) udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych szpitalnych, 3) prowadzenie działalności diagnostycznej, 4) świadczenie usług farmaceutycznych, 5) prowadzenie banku krwi, 6) prowadzenie działań z zakresu zdrowia publicznego, w tym profilaktyka chorób, promocja zdrowia, i edukacja zdrowotna, 7) uczestniczenie w realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia, 8) uczestniczenie w przygotowywaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i kształceniu osób wykonujących zawody medyczne na zasadach określonych w odrębnych przepisach regulujących kształcenie tych osób, 9) orzekanie o stanie zdrowia i czasowej niezdolności do pracy, 10) realizacja zleconych przez właściwy organ określonych zadań związanych z obroną cywilną, sprawami obronnymi i ochroną ludności.

Tabela nr 2 – Porównanie zapisów Regulaminu Organizacyjnego ze Statutem Szpitala w zakresie zadań Szpitala.

Stwierdzono wpis wszystkich komórek organizacyjnych związanych z prowadzoną w Szpitalu działalnością medyczną do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (dalej: Rejestr). Niemniej jednak pomiędzy zapisami Regulaminu Organizacyjnego a zapisami widniejącymi w Rejestrze prowadzonym przez Wojewodę Śląskiego występują różnice w zakresie przyjętych nazw nw. komórek organizacyjnych (poszczególne człony nazw pisane są w Regulaminie z małej lub dużej litery niejednolicie z członami nazw wpisanymi w Rejestrze. Wskazane jest ujednoczenie zapisów w powyższym zakresie.

W trakcie kontroli stwierdzono zgodność zapisów Regulaminu z przepisami prawa i ustalono, że zawiera on wszystkie zapisy wymagane przez art. 24 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, zmian redakcyjnych wymaga jednak regulacja dot. kwot opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej. W Rozdziale IX Regulaminu wskazana jest tylko metoda wyliczenia wysokości opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej w sposób określony w art. 28 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta bez wskazania wartości tych opłat. Ujęto również informację, że aktualny cennik podawany jest do wiadomości na stronie internetowej Szpitala oraz w widocznym miejscu w Centralnej Rejestracji oraz w Dziale Statystyki Medycznej.

Zgodnie z art. 24 ust. 1 pkt 9 ustawy o działalności leczniczej w Regulaminie organizacyjnym podmiotu wykonującego działalność leczniczą określa się w szczególności wysokość opłaty (nie sposób jej wyliczenia) 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 (t. j.: Dz. U. z 2020 r., poz. 849).

Podczas kontroli sprawdzono prawidłowość procesu dokonywania zmian w strukturze organizacyjnej Szpitala w oparciu o *Procedurę postępowania w przypadku dokonywania zmian dotyczących 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 następnie Uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 2/303/VI/2022 z dnia 05.01.2022 r., a także zgodność z zapisami ustawy o działalności leczniczej.

W okresie objętym kontrolą dokonywano zmian w strukturze organizacyjnej Szpitala. Przebieg zmian zweryfikowano pod względem uzyskania opinii Rady Społecznej Szpitala w związku z dokonywaną zmianą, uzyskaniem akceptacji podmiotu tworzącego a także zgłoszeniem zmian w strukturze organizacyjnej do Rejestru. Stwierdzono, że ww. procedury zostały zachowane.

Szpital prowadzi stronę internetową pod adresem: <https://www.hospital.com.pl/> oraz powiązaną z nią stronę BIP pod adresem: <https://hospital.bip.gov.pl/>.

Kontrola strony internetowej Biuletynu Informacji Publicznej Szpitala wykazała, że zawiera ona informacje wymagane przez art. 24 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej oraz ustawę z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej.

[Dowód: akta kontroli str. 14-111]

B. Stwierdzone nieprawidłowości (przyczyny, skutki):

1. Nieprawidłowość polegająca na niepełnej realizacji przepisu art. 24 ust. 1 pkt 2 w związku z art. 42 ust 2 pkt 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej w zakresie niespójnego określenia celów i zadań Szpitala w Regulaminie względem zapisów ujętych w Statucie Szpitala.
2. Nieprawidłowość polegająca na braku wskazania wysokości opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej zgodnie z art. 24 ust. 1 pkt 9 ustawy o działalności leczniczej.
3. Uchybienie polegające na niezgodności pomiędzy zapisami Regulaminu Organizacyjnego Szpitala i Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą w zakresie nazw komórek organizacyjnych działalności medycznej, co stanowi naruszenie art. 24 ust. 1 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, 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.
Wskazane uchybienie nie stanowi istotnego naruszenia przepisów prawa, a jedynie rozbieżność dotyczącą stosowania w sposób niejednolity małych i dużych liter w nazwach komórek organizacyjnych Szpitala w Regulaminie i Rejestrze.

Przyczyny nieprawidłowości:

Niedochowanie należytej staranności w zakresie:

- określenia w Regulaminie zadań i celów Szpitala, nie będących w pełni tożsamymi z wyszczególnionymi w Statucie,
- wskazania wysokości opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej,
- zgłaszania zmiany nazw komórek organizacyjnych do Rejestru.

C. Ocena częściowa: Pozytywna mimo stwierdzonych 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 Narodowym Funduszem Zdrowia o świadczenie usług medycznych, w obiekcie zlokalizowanym w Bielsku-Białej przy Al. Armii Krajowej 101.

1. Funkcjonowanie wybranych komórek organizacyjnych.

W ramach czynności kontrolnych kontrolujący zapoznali się z działalnością niżej opisanych komórek organizacyjnych:

- 1) Oddział Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej,
- 2) Poradnia Kardiologiczna
- 3) Pracownia Fizjoterapii.

1) Oddział Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej

Oddział wpisany jest do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 007 (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: 4530 Oddział chirurgii naczyniowej. Oddział został wpisany do Rejestru z dniem 27.03.1998 r. i dysponuje 40 łózkami. Pacjenci Oddziału objęci są całodobową, specjalistyczną opieką po wielokierunkowych specjalistycznych zabiegach z zakresu chirurgii naczyniowej oraz ogólnej wykonywanych w systemie planowym i ostrodyżurowym z użyciem metod klasycznych, laparoskopowych oraz endowaskularnych, z tendencją do wykonywania nowoczesnych zabiegów małoinwazyjnych.

Liczba hospitalizowanych w Oddziale pacjentów wyniosła:

- 1 431 w 2021 r.
- 1 195 w 2022 r. (stan na 30.09.)

Sprawozdana liczba osób oczekujących na leczenie w Oddziale (stan na dzień 14.10.2022 r.) wynosiła: przypadki pilne – 57, przypadki stabilne – 37.

W Oddziale zatrudnionych jest: 13 lekarzy, 31 pielęgniarek.

3) Poradnia Kardiologiczna.

Poradnia wpisana jest do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 032 (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: 1100. Poradnia została wpisana do Rejestru z dniem 27.03.1998 r.

Poradnia przyjmuje pacjentów po leczeniu szpitalnym z różnych oddziałów oraz skierowanych z podstawowej opieki zdrowotnej. Posiada możliwość wykonywania EKG, badań echokardiograficznych, badań Holtera EKG i RR, prób wysiłkowych. Ponadto, w ramach Poradni działa pracownia kontroli urządzeń wszczepialnych.

TOM

W okresie objętym kontrolą liczba porad wyniosła:

- 6 276 w 2021 r.,
- 4 760 w 2022 r. (stan na 30.09.)

Poradnia działa zgodnie z harmonogramem od poniedziałku do piątku w godzinach 7.15 -14.30. W dniu kontroli, tj. 17.10.2022 r. porady były udzielane zgodnie z przyjętym harmonogramem.

2) Pracownia Fizjoterapii

Pracownia wpisana jest do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 065 (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: 1310 Dział (pracownia) fizjoterapii. Komórka została wpisana do Rejestru z dniem 27.03.1998 r. W Pracowni zatrudnionych jest 18 fizjoterapeutów.

Liczba udzielonych porad fizjoterapeutycznych:

- 148 w 2021 r.
- 69 w 2022 r. (stan na 30.09.)

W Pracowni Fizjoterapii leczeni są pacjenci z dysfunkcją narządu ruchu. W zespołach bólowych, w schorzeniach pourazowych, neurologicznych, reumatologicznych oraz przewlekłych dolegliwościach bólowych.

Pracownia działa zgodnie z harmonogramem - poniedziałek – wtorek 7.00 – 17.00, środa – czwartek 7.00 – 18.00, piątek 7.00 – 17.00. W dniu kontroli, tj. 17.10.2022 r. Pracownia funkcjonowała zgodnie z przyjętym harmonogramem.

[Dowód: akta kontroli str. 112-117]

2. Udzielanie zamówień na świadczenia zdrowotne.

Przedmiotem weryfikacji przeprowadzonej przez kontrolujących były umowy:

- 1) Nr 41/2021 z dnia 23.01.2021 r. o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w zakresie kwalifikacji lekarskich do szczepień przeciwko COVID-19 w Szpitalu Wojewódzkim w Bielsku – Białej,
- 2) Nr 60/2022 o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w ramach Poradni Endokrynologicznej w Szpitalu Wojewódzkim w Bielsku - Białej.

Ad.1)

Umowa została zawarta w formie pisemnej, na czas określony, tj. od dnia 23.01.2021 r. do dnia 31.12.2021r. W jej zapisach oszacowano maksymalną wartość zamówienia.

Podczas weryfikacji treści umowy kontrolujący stwierdzili, że przedmiotowa umowa zawiera wszystkie zapisy określone w art. 27 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

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

- 17803/2021z dnia 31.03.2021 r. - stawka jednostkowa zgodna z umową,
- 299/06/021 z dnia 31.05.2021 r. - stawka jednostkowa zgodna z umową.

Ad. 2)

Umowa została zawarta w formie pisemnej, na czas określony, tj. od dnia 01.03.2022 r. do dnia 28.02.2023r. W jej zapisach oszacowano maksymalną wartość zamówienia.

Podczas weryfikacji treści umowy kontrolujący stwierdzili, że przedmiotowa umowa zawiera wszystkie zapisy określone w art. 27 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

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

- 15/2022 z dnia 11.05.2022 r. - stawka jednostkowa zgodna z umową,
- 20/2022 z dnia 03.08.2022 r. - stawka jednostkowa zgodna z umową.

[Dowód: akta kontroli str.118-150]

3. Serwisowanie aparatury oraz sprzętu medycznego.

Kontrolujący w ramach kontroli jakości świadczonych usług zweryfikowali paszporty techniczne niżej wymienionych urządzeń, wykorzystywanych do udzielania świadczeń zdrowotnych:

- 1) Aparat do krioterapii FRIGOSTREAM, numer FRIG – 140311064, rok produkcji 2014. Ostatni przegląd okresowy odbył się w dniu 22.09.2022 r., dokonany w terminie. Następny przegląd powinien zostać wykonany do 22.09.2023 r., zgodnie z wpisem urządzenie sprawne.
- 2) Aparat USG Logig S 7 Doppler, numer 234746SUG, rok produkcji 2013. Ostatni przegląd okresowy odbył się w dniu 23.11.2022 r., dokonany w terminie. Następny przegląd powinien odbyć się do 30.11.2023 r. zgodnie z wpisem aparat sprawny z uwagami.
- 3) Sonicator 730 (aparat do terapii ultradźwiękowej), numer 127XU1158, numer księgi inwentarzowej 000996, data zakupu 1997 r., Ostatni przegląd okresowy odbył się 22.09.2022 r., dokonany w terminie. Następny przegląd powinien odbyć się do 22.09.2023 r., zgodnie z wpisem urządzenie sprawne.
- 4) Diatermia krótkofalowa SW 500, numer 5T06491, data rozpoczęcia eksploatacji 22.12.2002 r. Ostatni przegląd okresowy odbył się 22.09.2022 r., dokonany terminie. Następny przegląd powinien odbyć się do 22.09.2023 r., zgodnie z wpisem urządzenie sprawne.

[Dowód: akta kontroli str. 151-161]

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 Szpitala.

Skargi rozpatrywane są w oparciu o *Zarządzenie nr 63/2014 Dyrektora Szpitala z dnia 2 czerwca 2014 r. w sprawie organizacji przyjmowania, rozpatrywania i załatwiania skarg i wniosków.*

Zgodnie z ww. Zarządzeniem skargi i wnioski mogą być wnoszone pisemnie lub za pomocą telefaksu, poczty elektronicznej oraz ustnie do protokołu.

W razie zgłoszenia skargi lub wniosku ustnie, przyjmujący zgłoszenie sporządza protokół, który podpisuje wnoszący skargę lub wniosek oraz przyjmujący zgłoszenie. Rozpoznawanie skarg i wniosków odbywa się w trybie określonym przepisami *Kodeksu postępowania administracyjnego* oraz *Rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie organizacji przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków.*

Skargi i wnioski rejestrowane są w Rejestrze skarg i wniosków, który jest prowadzony w sposób ułatwiający kontrolę przebiegu i terminów załatwienia poszczególnych skarg i wniosków, zgodnie z wymogami określonymi w art. 254 Kodeksu postępowania administracyjnego.

W okresie objętym kontrolą:

- w roku 2021 wpłynęło 77 skarg, w tym 70 uznano za bezzasadne, odpowiedzi skarżącym udzielone zostały w terminie,
- w roku 2022 (na dzień 14 października 2022 r.) wpłynęło 49 skarg, w tym 43 uznane za bezzasadne, 4 według stanu na dzień kontroli były w trakcie postępowania, odpowiedzi udzielone w terminie.

W okresie objętym kontrolą nie wpłynął żaden wniosek.

Zgodnie z ustawą o działalności leczniczej analiza skarg i wniosków jest przedstawiana okresowo Radzie Społecznej Szpitala. Informacja o skargach złożonych w 2021 r. została omówiona na posiedzeniu Rady Społecznej zgodnie z protokołem z dnia 20 grudnia 2021 r. a skargi złożone w 2022 r. na posiedzeniu Rady Społecznej zgodnie z protokołem z dnia 20 grudnia 2022 r.

[Dowód: akta kontroli str. 162-175]

5. Wykonywanie badań satysfakcji pacjenta.

Badania ankietowe satysfakcji pacjenta prowadzone są na podstawie zarządzeń Dyrektora Szpitala. W kontrolowanym okresie (lata 2021 - 2022) badanie prowadzone było na podstawie Zarządzeń nr 64/2021 z dnia 08.06.2021r. oraz nr 125/2022 z dnia 14.08.2022r. Zgodnie z treścią ww. dokumentów, formularz ankietowy wręczany jest hospitalizowanemu pacjentowi na 1-2 dni przed terminem wypisu, natomiast pacjentowi Poradni pod koniec zaplanowanej wizyty u lekarza. Za wręczanie ankiet w poszczególnych Oddziałach odpowiedzialne są pielęgniarki/położne oddziałowe, a w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej pielęgniarki oraz lekarze danej Poradni. Po zakończeniu badania satysfakcji pacjentów dokonuje się analizy ankiet, na podstawie której formułowane są wnioski z oceny, stanowiące podstawę do podjęcia działań korygujących i zapobiegawczych, a także służących podnoszeniu jakości usług medycznych w Szpitalu. Ankiety pozwalają badanym na wyrażenie swoich opinii, zasygnalizowanie ewentualnych nieprawidłowości czy też podkreślenie pozytywnych aspektów pobytu w Szpitalu. Za przeprowadzenie badania ankietowego, które jest dobrowolne i anonimowe, dokonanie jego analizy i sformułowanie wniosków końcowych odpowiedzialna jest osoba pełniąca funkcję Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta w Szpitalu.

Z przykładowego „Raportu z badania satysfakcji pacjentów przeprowadzonego wśród osób hospitalizowanych w Szpitalu Wojewódzkim w Bielsku – Białej” w okresie od 1 lipca do 31 sierpnia 2021 r. wynika, że zdecydowana większość ankietowanych (ponad 80%) ocenia opiekę lekarską i pielęgniarską pozytywnie, wyrażając uznanie dla pracy ww. personelu medycznego.

Kolejnym aspektem ocenionym przez badanych bardzo wysoko była czystość w poszczególnych Oddziałach (pozytywną oceną stanu sanitarnego Szpitala wyraziło ponad 67 % ankietowanych). Wśród sygnalizowanych problemów w ankietach przez pacjentów można wymienić długi czas oczekiwania na przyjęcie do Szpitala oraz warunki panujące w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (dalej: SOR). W związku z powyższym, podjęto m.in. działania mające na celu uproszczenie procedury przyjmowania pacjentów w SOR, poprzez wprowadzenie pokoju segregacji chorych zgodnie z systemem TRIAGE.

[Dowód: akta kontroli str. 176-303]

B. Stwierdzone nieprawidłowości: brak.

C. Ocena cząstkowa: pozytywna.

IV. Prawidłowość gospodarowania mieniem.

A. Ustalenia faktyczne

W zakresie prawidłowości gospodarowania mieniem kontrolą objęto niżej wymienione zagadnienia:

1. Nabycie aparatury i sprzętu medycznego.

W ramach kontroli prawidłowości gospodarowania mieniem sprawdzono procedurę nabycia niżej wymienionej aparatury i sprzętu medycznego:

- 1) Łóżko bariatryczne z wagą o wartości: 28 978,56 zł,
 - zakup ujęty w planie inwestycyjnym na 2021r.;
 - zakup zrealizowany w ramach projektu RPO Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 (wyłączenie konieczności stosowania Procedury nabywania aparatury i sprzętu medycznego przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie); zgoda podmiotu tworzącego nie była wymagana,
 - zakup potwierdzony fakturą VAT nr FA/120/2021/K z dnia 16.04.2021 r. na kwotę łączną 57 957,12 zł (2 sztuki sprzętu), termin płatności: 60 dni od daty wystawienia faktury, zapłacono w terminie (11.06.2021 r.),
 - dowód przyjęcia OT0- 000120/2021 z dnia 19.04.2021 r., numer inwentarzowy: 01/802/007323;
 - brak opinii Rady Społecznej na nabycie ww. sprzętu;

- 2) Videoduodenoskop Olympus TJF 160 VR o wartości: 35 000,00 zł,
 - zakup ujęty w planie inwestycyjnym na 2021r.;
 - pozytywna opinia Rady Społecznej Szpitala przyjęta uchwałą nr 19/2021 z dnia 25.05.2021 r.;
 - z uwagi na wartość jednostkową sprzętu zgoda podmiotu tworzącego nie była wymagana,
 - zakup potwierdzony fakturą nr 13/07/2021 z dnia 26.07.2021 r. na kwotę 35 000,00 zł, termin płatności 30 dni od daty wystawienia faktury, zapłacono w terminie (25.08.2021r.),
 - dowód przyjęcia środka trwałego OT0-00023/2021 z dnia 11.08.2021r., numer inwentarzowy: 01/802/007359.

Ponadto czynnościom kontrolnym poddano funkcjonowanie w Szpitalu aparatury, której zakup został sfinansowany z dotacji celowych Województwa Śląskiego, tj.:

- 1) Aparat EEG Neuron Spectrum 64, nr inwentarzowy: 01/802/007832, dowód przyjęcia środka trwałego: OT0 – 00233/2022 z dnia 26.10.2022; instalacja i uruchomienie aparatu miało miejsce 26.10.2022 r. – urządzenie sprawne. Kontrolujący zweryfikowali zagospodarowanie ww. sprzętu przez Szpital - użytkowany zgodnie z przeznaczeniem.
- 2) Zakrywarka do szkiełek CTM6 CoverTech, nr inwentarzowy: 01/802/007824, dowód przyjęcia środka trwałego: OT0 – 00221/2022 z dnia 28.09.2022, instalacja i uruchomienie aparatu miało miejsce 28.09.2022 r. – aparat sprawny. Kontrolujący zweryfikowali zagospodarowanie ww. sprzętu przez Szpital - użytkowany zgodnie z przeznaczeniem.

Nabycie ww. aparatury i sprzętu medycznego budzi zastrzeżenia w zakresie braku uzyskania opinii Rady Społecznej na zakup Łóżka bariatrycznego (poz. 1).

Zgodnie z art. 48 ust. 2 pkt 1 lit a ustawy o działalności leczniczej „ (...) do zadań Rady społecznej należy przedstawianie podmiotowi tworzącemu wniosków i opinii w sprawach (...) zakupu lub przyjęcia darowizny nowej aparatury i sprzętu medycznego”.

[Dowód: akta kontroli str. 304-331]

2. Zbycie aparatury i sprzętu medycznego.

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

1) Aparat do hemodializy - nr inwentarzowy: 01/802/002099; rok produkcji: 1999; data przyjęcia do użytkowania: listopad 1999r., wartość początkowa 73 004,80 zł; umorzenie 100 %:

- opinia techniczna z dnia 30.09.2019 r. - aparat wyeksploatowany (zużyte pompy przepływu, pęknięcia obudowy, urządzenie po 20 latach eksploatacji nie spełnia współczesnych norm dializoterapii), aparat przeznaczony do kasacji,
- wniosek o kasację sprzętu z dnia 27.01.2020r.
- pozytywna opinia Rady Społecznej Szpitala wyrażona uchwałą nr 41/2020 z dnia 21.12.2020 r.,
- zgoda podmiotu tworzącego na zbycie nie była wymagana,
- protokół kasacji nr 2/2021 z dnia 18.02.2021 r. na podstawie oceny stanu technicznego,
- dowód LT0-00003/2021 z dnia 31.03.2021 r.,
- protokół utylizacji (wykaz odpadów) do odbioru przez wyspecjalizowaną firmę z dnia 23.04.2021r.

2) Kamera endoskopowa nr inwentarzowy: 01/802/002099; rok produkcji: 2001, wartość początkowa 43 999,85 zł; umorzenie 100 %:

- pozytywna opinia Rady Społecznej Szpitala wyrażona uchwałą nr 46/2021 z dnia 20.12.2021 r.,
- zgoda podmiotu tworzącego na zbycie nie była wymagana
- protokół kasacji nr 1/2022 z dnia 14.01.2022r. na podstawie oceny stanu technicznego (sprzęt wyeksploatowany),
- dowód LT0-00021/2022 z dnia 31.03.2022 r.,
- protokół utylizacji (wykaz odpadów) do odbioru przez wyspecjalizowaną firmę z dnia 14.04.2022r.,

Zbycie ww. sprzętu i aparatury medycznej nie budzi zastrzeżeń.

[Dowód: akta kontroli str. 332-349]

3. Najem/dzierżawa pomieszczeń.

W ramach kontroli sprawdzeniem objęto prawidłowość zawarcia umowy najmu nr 2/2021 z dnia 15.03.2021r. Przedmiotem umowy jest najem pomieszczenia o powierzchni 12 m² zlokalizowanego w budynku „C” na parterze Szpitala z przeznaczeniem na sprzedaż aparatów słuchowych.

Umowa została zawarta na czas określony do lat trzech, tj. od dnia 15.03.2021r. do dnia 15.03.2024r. (aneksy do ww. umowy: Nr 1 z dnia 21.04.2021r. oraz Nr 2 z dnia 21.01.2022 r.). Zawarcie umowy zostało poprzedzone wyrażeniem pozytywnej opinii przez Radę Społeczną Szpitala uchwałą nr 6/2020 z dnia 11.02.2020r. Z uwagi na okres na jaki została zawarta ww. umowa zgoda podmiotu tworzącego nie była wymagana.

W trakcie kontroli stwierdzono, że umowa zawiera wszystkie zapisy określone w §3 „Zasad zbywania, wydzierżawiania, wynajmowania, oddania w użytkowanie lub użyczenie aktywów trwałych SP ZOZ, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie”. określonych uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 1966/161/VI/2020 z dnia 26.08.2020r., które obowiązywały w chwili jej zawarcia.

Objęte kontrolą faktury za miesiąc kwiecień 2021r. i lipiec 2022r. zostały wystawione zgodnie z treścią umowy i uregulowane przez najemcę w terminie.

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

Ogłaszanie i przeprowadzanie konkursów na stanowiska kierownicze

Kontrola realizacji zadań na gruncie art. 49 ust. 1 pkt 2-5, ust. 2 – 6 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej wykazała, że w okresie objętym kontrolą, tj. lata 2021-2022 w Szpitalu Wojewódzkim w Bielsku-Białej miało miejsce dziesięć postępowań konkursowych na stanowiska kierownicze wskazane w art. 49 w/w ustawy.

Przeprowadzone postępowania konkursowe na stanowiska kierownicze:

1. Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii (data konkursu: 16.12.2021r., okres zatrudnienia 22.12.2021r. – 19.12.2027r.);
2. Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Gastroenterologicznego i Chorób Wewnętrznych (data konkursu: 16.12.2021r., okres zatrudnienia 22.12.2021r. – 19.12.2027r.);
3. Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Hematologii (data konkursu: 16.12.2021r., okres zatrudnienia 22.12.2021r. – 19.12.2027r.);
4. Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Neurologicznego z Pododdziałem Udarowym (data konkursu: 05.03.2021r., okres zatrudnienia 12.04.2021r. – 11.04.2027r.);
5. Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Kardiologicznego ze Stanowiskami Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego (data konkursu: 16.12.2021r., okres zatrudnienia 22.12.2021r. – 19.12.2027r.);
6. Stanowisko ordynatora Oddziału Chorób Wewnętrznych i Diabetologii (data konkursu: 08.04.2021r., okres zatrudnienia 12.04.2021r. – 11.04.2027r.);
7. Stanowisko ordynatora Oddziału Laryngologii i Onkologii Laryngologicznej (data konkursu: 18.03.2022r., okres zatrudnienia 21.03.2022 – 20.03.2028r.);
8. Stanowisko Naczelnej Pielęgniarki (data konkursu: 14.11.2022r., okres zatrudnienia 15.11.2022 – 14.11.2028r.);
9. Stanowisko ordynatora Oddziału Kardiologicznego ze Stanowiskami Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego (data konkursu: 25.11.2022r., okres zatrudnienia 25.11.2022 – 24.11.2028r.);
10. Stanowisko ordynatora Oddziału Urologii i Onkologii Urologicznej (data konkursu: 25.11.2022r., okres zatrudnienia 25.11.2022 – 24.11.2028r.);

Podczas czynności kontrolnych ustalono, że jeszcze 3 postępowania konkursowe są w toku:

1. Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Stacji Dializ – wyznaczono termin konkursu na 09.12.2022 r.
2. Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Chirurgii Urazowo- Ortopedycznej – wyznaczono termin konkursu na 09.12.2022 r.
3. Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Urologii Onkologii Urologicznej – wyznaczono termin konkursu na 09.12.2022 r.

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

1. Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii: lekarz kierujący oddziałem, pielęgniarka oddziałowa.
2. Oddział Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej: lekarz kierujący oddziałem, pielęgniarka oddziałowa.
3. Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej: lekarz kierujący oddziałem, pielęgniarka oddziałowa.
4. Oddział Chorób Wewnętrznych i Diabetologii: ordynator, pielęgniarka oddziałowa.
5. Oddział Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych: lekarz kierujący oddziałem, pielęgniarka oddziałowa.
6. Oddział Ginekologiczno-Położniczy: lekarz kierujący oddziałem, położna oddziałowa.
7. Oddział Hematologii: lekarz kierujący oddziałem, pielęgniarka oddziałowa.

8. Oddział Kardiologiczny ze Stanowiskami Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego: lekarz kierujący oddziałem, pielęgniarka oddziałowa.
9. Oddział Laryngologii i Onkologii Laryngologicznej: ordynator, pielęgniarka oddziałowa.
10. Oddział Nefrologiczny: lekarz kierujący oddziałem, pielęgniarka oddziałowa.
11. Oddział Neurochirurgiczny: ordynator, pielęgniarka oddziałowa.
12. Oddział Neurologiczny z pododdziałem Udarowym: lekarz kierujący oddziałem, pielęgniarka oddziałowa.
13. Oddział Noworodkowy: lekarz kierujący oddziałem, położna oddziałowa.
14. Oddział Okulistyczny: lekarz kierujący oddziałem, pielęgniarka oddziałowa.
15. Oddział Patologii Noworodka: lekarz kierujący oddziałem, pielęgniarka oddziałowa.
16. Oddział Urologii i Onkologii Urologicznej: lekarz kierujący oddziałem, pielęgniarka oddziałowa.
17. Stacja Dializ: lekarz kierujący oddziałem, pielęgniarka oddziałowa.
18. Szpitalny Oddział Ratunkowy: lekarz kierujący oddziałem, pielęgniarka oddziałowa.
19. Centralny Blok Operacyjny: lekarz kierujący, pielęgniarka oddziałowa.

Jak wskazano powyżej, poszczególnymi Oddziałami zarządzają lekarze kierujący oddziałami, z wyjątkiem Oddziału Neurochirurgicznego, Oddziału Chorób Wewnętrznych i Diabetologii oraz Oddziału Laryngologii i Onkologii Laryngologicznej, gdzie pracą zarządza ordynator. Rozwiązanie takie jest zgodne z treścią art. 49 ust. 7 ww. ustawy o działalności leczniczej, który przewiduje możliwość kierowania oddziałem przez lekarza nie będącego ordynatorem stanowiąc, iż „w przypadku, gdy zgodnie z regulaminem organizacyjnym oddziałem kieruje lekarz niebędący ordynatorem, na stanowisko lekarza kierującego oddziałem konkursu nie przeprowadza się.”

Pracą całego personelu pielęgniarskiego kieruje przełożona pielęgniarek, natomiast zespołem pielęgniarskim w poszczególnych Oddziałach zarządzają pielęgniarki oddziałowe.

Ww. stanowiska określone zostały zarówno w Regulaminie Organizacyjnym Szpitala Wojewódzkiego w Bielsku-Białej, jak i załączniku nr 1 (Taryfikator kwalifikacyjny – tabela kategorii zaszeregowania i wynagrodzenia oraz wymaganych kwalifikacji pracowników na poszczególnych stanowiskach) oraz nr 2 (Wykaz stanowisk, na których przysługuje dodatek funkcyjny i stawek dodatku funkcyjnego) do Regulaminu Wynagradzania pracowników Szpitala Wojewódzkiego w Bielsku-Białej.

W trakcie czynności kontrolnych ustalono, że zgodnie z zapisami ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych nie doszło do zawarcia porozumienia, o którym mowa w art. 3 ww. ustawy. Z dniem 20 lipca 2022 r. w drodze Zarządzenia określono sposób podwyższenia wynagrodzenia zasadniczego (w załączeniu Zarządzenie nr 101/2022 Dyrektora Szpitala Wojewódzkiego w Bielsku-Białej w sprawie sposobu podwyższenia wynagrodzenia zasadniczego). Z oświadczenia Dyrektora Szpitala wynika, że zgodnie z brzmieniem art. 5a ww. ustawy w terminie 6 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy zmieniającej tj. w terminie do 29 grudnia 2022 r. w umowie o pracę pracowników wykonujących zawód medyczny lub pracowników działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawód medyczny zostanie wskazane, do której grupy zawodowej określonej w załączniku do ustawy jest zaliczone zajmowane przez pracownika stanowisko pracy.

Kontrolujący sprawdzili realizację przez pracodawcę przestrzegania przepisów ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych, czy dokonano podwyższenia wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawód medyczny oraz pracowników działalności podstawowej, innej niż pracownicy wykonujący zawód medyczny na zasadach określonych przepisami.

Na podstawie pasków płacowych sprawdzono wypłatę wynagrodzenia za miesiąc czerwiec, lipiec

i sierpień 2022 r., stwierdzono wzrost wynagrodzenia zasadniczego, czyli realizację ww. ustawy. W Szpitalu Wojewódzkim w Bielsku-Białej została przeprowadzona kontrola realizacji ww. ustawy także przez Państwową Inspekcję Pracy.

[Dowód: akta kontroli str. 350-538]

B: Stwierdzona nieprawidłowość:

Nieprawidłowość polegająca na naruszeniu art. 48 ust. pkt 1 lit a ustawy o działalności leczniczej poprzez brak uzyskania opinii Rady Społecznej Szpitala na nabycie sprzętu medycznego.

Przyczyny nieprawidłowości:

Nieprzestrzeganie zapisów ustawy o działalności leczniczej w zakresie zaopiniowania przez Radę Społeczną zakupu lub przyjęcia darowizny nowej aparatury lub sprzętu medycznego .

C: Ocena cząstkowa: pozytywna mimo stwierdzonej nieprawidłowości.

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

V. Realizacja zaleceń pokontrolnych z poprzedniej kontroli prowadzonej przez Departament Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia.

A. Ustalenia faktyczne:

Ostatnia kontrola w Szpitalu przeprowadzona została przez pracowników Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w dniach 03-17.12.2020 r. Przedmiotem kontroli objęto: realizację zadań określonych w statucie i regulaminie organizacyjnym, dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych, prawidłowość gospodarowania mieniem oraz środkami publicznymi w latach 2019-2020.

Wydano następujące zalecenie pokontrolne dotyczące podjęcia działań polegających 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) *przestrzeganiu zapisów art. 48 ust. 2 pkt 2 lit a) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej oraz Rozdz. III pkt 1 i 2 Procedury nabywania aparatury i sprzętu medycznego przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie,*
- 3) *terminowym regulowaniu zobowiązań finansowych, zgodnie z art. 44 ust. 3 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych.*

Dyrektor Szpitala złożyła do Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego informację o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych pismem DN/0710-15/5491/2021 z dnia 27.07.2021 r.

Sprawdzono realizację zaleceń pokontrolnych i stwierdzono, że powyższe zalecenia zostały wykonane.

B. Stwierdzone nieprawidłowości: brak.

C. Ocena cząstkowa: pozytywna.

VI. Pozostałe informacje, zalecenia i pouczenia.

1. Pozostałe informacje.

Pismem z dnia 07.08.2023 r., znak: NZ-NK.1711.8.2022 (NZ-NK.KW-00271/23) Projekt wystąpienia pokontrolnego został przekazany Dyrektor Szpitala Wojewódzkiego w Bielsku – Białej. Ze „zwrotnego potwierdzenia odbioru” wynika, że ww. korespondencja została doręczona do Szpitala w dniu 14.08.2023 r. Dyrektor Szpitala pismem z dnia 18.08.2023 r., znak: DN.071.78.5673.2023, zgłosiła zastrzeżenia do treści Projektu wystąpienia pokontrolnego. Pismem z dnia 29.09.2023 r., znak: NZ-NK.1711.8.2022 (NZ-NK.KW-00366/23) odniesiono się do wniesionych zastrzeżeń, uwzględniając je częściowo (w części dotyczącej Rozdziału V lit. B Projektu wystąpienia pokontrolnego). Szczegółowa odpowiedź podmiotu kontrolującego na powyższe zastrzeżenia stanowi akta kontroli.

2. Zalecenia.

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

- 1) Ujednoczeniu treści zawartych w Regulaminie Organizacyjnym z zapisami Statutu w zakresie określenia zadań i celów Szpitala Wojewódzkiego w Bielsku – Białej (spójność obu dokumentów);
- 2) Określeniu w Regulaminie Organizacyjnym wysokości opłat (wskazaniu konkretnych kwot) za udostępnianie dokumentacji medycznej;
- 3) Dostosowaniu nazw komórek organizacyjnych zawartych w Regulaminie Organizacyjnym Szpitala do zapisów widniejących w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą;
- 4) Każdorazowym uzyskiwaniu opinii Rady Społecznej Szpitala w sprawach dotyczących zakupu lub przyjęcia darowizny nowej aparatury i sprzętu medycznego.

3. Pouczenia.

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

Wystąpienie pokontrolne zawiera 15 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:

Złota Trójka WOJEWÓDZTWA
Małgorzata Barczyk
Dyrektor
Departament Nadzoru Podmiotów
Leczniczych i Ochrony Zdrowia

