

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

**Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital
Chirurgii Urazowej im. dr. Janusza Daaba
w Piekarach Śląskich**
(oznaczenie podmiotu kontrolowanego)

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

z kontroli przeprowadzonej na podstawie:

- 1) art. 121 oraz 122 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t. j.: Dz. U. z 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. 8 zatwierdzonego uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 73/305/VI/2022 z dnia 19 stycznia 2022 roku,
- 4) regulaminu kontroli podmiotów leczniczych, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie określonego uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 1057/229/VI/2021 z dnia 28.04.2021 r.

I. Dane identyfikacyjne kontroli:

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

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

- Pan Bogdan Koczy od 01.01.2021 r. do 30.09.2021 r.,
- Pani Elżbieta Jabłońska od 01.10.2021 r. do nadal.

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

- Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych - Pan Ryszard Faltus,
- Zastępcy Dyrektora ds. Administracyjno-Ekonomicznych - Pani Aleksandra Izdebska,
- Głównego Księgowego - Pan Arkadiusz Kuliński.

Termin przeprowadzenia czynności kontrolnych i zakres kontroli:

Kontrolę przeprowadzono w dniach 24.10.2022 r. - 10.11.2022 r. w zakresie: wybranych zagadnień z zakresu spraw organizacyjno-finansowych w latach 2021-2022.

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

Osoby przeprowadzające kontrolę:

Joanna Bochenek-Bogacz – Inspektor Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie

upoważnienia jednorazowego Nr 545/NZ/2022 z dnia 18 października 2022 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 14 października 2022 r.

Barbara Białas - Inspektor Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 546/NZ/2022 z dnia 18 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 Leczniczych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 544/NZ/2022 z dnia 18 października 2022 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 14 października 2022 r.

O kontroli Dyrektor jednostki został poinformowany pismem z dnia 18.10.2022 r.

Kontrolę wpisano do książki kontroli pod pozycją 352.

[Dowód: akta kontroli str. 1-12]

II. Działalność statutowa.

A. Ustalenia faktyczne:

Zgodność zakresu i rodzaju udzielanych świadczeń zdrowotnych lub usług z zakresem i rodzajem świadczeń lub usług przewidzianych w Statucie i Regulaminie Organizacyjnym Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Chirurgii Urazowej im. dr. Janusza Daaba w Piekarach Śląskich.

1. Informacje ogólne.

Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej im. dr. Janusza Daaba w Piekarach Śląskich zwany dalej „Szpitalem” jest samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej. Funkcję podmiotu tworzącego pełni Województwo Śląskie. Nadzór nad działalnością Szpitala sprawuje Zarząd Województwa Śląskiego. Szpital wpisany jest do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego pod numerem 000000013304 oraz posiada osobowość prawną i jest wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego w Gliwicach pod numerem KRS 0000046125. Siedzibą Szpitala jest miasto Piekary Śląskie.

Szpital działa na podstawie:

- 1) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t. j.: Dz. U. z 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 2021 r. poz. 1285 z późn. zm.),
- 3) Statutu Szpitala przyjętego Uchwałą Nr V/12/26/2015 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 21.09.2015 r., tekst jednolity Dz. Urz. Województwa Śląskiego z dnia 05.10.2017 r. poz. 5308,
- 4) Regulaminu Organizacyjnego, którego ostatnie zmiany, pozytywnie zaopiniowane przez Radę Społeczną uchwałą nr 98/2022 z dnia 31.01.2022 r., wprowadzone zostały w życie Zarządzeniem wewnętrznym Dyrektora nr 19/2022 z dnia 31.01.2022 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, określonych w Uchwale Zarządu Województwa Śląskiego nr 686/326/VI/2022 z dnia 20.04.2022 r.,
- 6) innych powszechnie obowiązujących przepisów prawa.

W Szpitalu zatrudnienie na dzień 25.10.2022 r. roku wynosiło:

- 727 pracowników w ramach umowy o pracę,
- 22 pracowników w ramach umowy zlecenia,
- 54 pracowników w ramach kontraktu.

[Dowód: akta kontroli str. 13]

2. Prawdliwość wpisów w Krajowym Rejestrze Sądowym.

W trakcie kontroli ustalono, że wg stanu na dzień sporządzenia wystąpienia pokontrolnego, do Krajowego Rejestru Sądowego zostały wprowadzone wszystkie wymagane przepisami prawa informacje o kontrolowanej Jednostce.

[Dowód: akta kontroli str. 14-23]

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

Regulamin Organizacyjny Szpitala (dalej: „Regulamin”) sporządzony został w oparciu o przepisy art. 24 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej. Ostatnie zmiany do Regulaminu, pozytywnie zaopiniowane przez Radę Społeczną uchwałą nr 98/2022 z dnia 31.01.2022 r., zostały wprowadzone w życie Zarządzeniem wewnętrznym Dyrektora nr 19/2022 z dnia 31.01.2022 r.

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

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

Sprawdzono zgodność zapisów Regulaminu w zakresie struktury organizacyjnej komórek działalności medycznej oraz miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych z Księgą Rejestrową widniejącą w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonym przez Wojewodę Śląskiego według stanu na dzień 25.10.2022 r.

Zapisy Rozdziału Nr IV Regulaminu - *Struktura Organizacyjna Szpitala*, nie są zgodne z widniejącymi w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (dalej: Rejestr). Stwierdzono rozbieżności pomiędzy zapisami Regulaminu Organizacyjnego a zapisami widniejącymi w Rejestrze, w zakresie przyjętych nazw niżej wymienionych w tabeli komórek organizacyjnych:

	REGULAMIN ORGANIZACYJNY	REJESTR PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ
L.p.	Nazwa jednostki/ komórki organizacyjnej	Nazwa jednostki/ komórki organizacyjnej
1	pracownia USG	Pracownia USG
2	pracownia tomografii komputerowej	Pracownia tomografii komputerowej
3	pracownia rentgenodiagnostyki ogólnej	Pracownia rentgenodiagnostyki ogólnej
4	pracownia rezonansu magnetycznego	Pracownia rezonansu magnetycznego
5	pracownia EKG	Pracownia EKG
6	pracownia densytometrii,	Pracownia densytometrii
7	pracownia radiologii zabiegowej	Pracownia radiologii zabiegowej

Tabela nr. 1 Zgodność 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 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.

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

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

B. Stwierdzone uchybienie:

Brak 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. 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 uchybienia:

Niedochowanie należytej staranności w zakresie braku ujednoczenia nazewnictwa komórek organizacyjnych działalności medycznej widniejących w Regulaminie Organizacyjnym Szpitala z ujawnionymi w Rejestrze.

C. Ocena cząstkowa: pozytywna mimo stwierdzonego 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.

[Dowód: akta kontroli str. 24-282]

III. Dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych.

A. Ustalenia faktyczne:

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

1. Funkcjonowanie wybranych komórek organizacyjnych.

W ramach prowadzonych czynności szczególną kontrolą objęto funkcjonowanie wybranych komórek medycznych:

- 1) Oddział IV Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej i Neurotraumatologii.
- 2) Oddział I Urazowo-Ortopedyczny.
- 3) Poradnia Rehabilitacyjna.
- 4) Poradnia Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej Dorosłych.

Ad. 1) Oddział IV Chirurgii Urazowo - Ortopedycznej i Neurotraumatologii

Zlokalizowany w Piekarach Śląskich przy ul. Bytomskiej 62 Oddział, wpisany jest do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 004 (kod resortowy identyfikujący komórkę organizacyjną stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych), kod resortowy charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych: 4580 Oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej. Oddział został wpisany do Rejestru z dniem 03.07.1996 r. i dysponuje 27 łózkami. Zajmuje się leczeniem kończyn dolnych z wyłączeniem kolan, endoprotezoplastyką stawów biodrowych męskich, artroskopią i endoprotezoplastyką stawów biodrowych żeńskich oraz chirurgią ręki. Na Oddział kierowani są pacjenci w trybie planowym z Izby Przyjęć oraz przyjęci w trybie nagłym z całodobowego Ambulatorium Urazowo-Ortopedycznego.

W okresie objętym kontrolą liczba hospitalizowanych pacjentów wyniosła:

- 1149 w 2021 r.,
- 874 w okresie od 01.01.2022 r. do 30.09.2022 r.

Na listę oczekujących, według stanu na dzień kontroli, wpisano 18 przypadków pilnych i 134 stabilne.

Ad. 2) Oddział I Urazowo-Ortopedyczny

Zlokalizowany w Piekarach Śląskich przy ul. Bytomskiej 62 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: 4580 Oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej. Oddział został wpisany do Rejestru z dniem 03.07.1996 r. i dysponuje 152 łózkami. Zakres wykonywanych świadczeń to: ortopedia i traumatologia narządu ruchu, chirurgia onkologiczna i medycyna sportowa. Na Oddział kierowani są pacjenci w trybie planowym z Izby Przyjęć oraz przyjęci w trybie nagłym z całodobowego Ambulatorium Urazowo-Ortopedycznego.

W okresie objętym kontrolą liczba hospitalizowanych pacjentów wyniosła:

- 5 801 w 2021 r.,
- 4 859 w okresie od 01.01.2022 r. do 30.09.2022 r.

Na listę oczekujących, według stanu na dzień kontroli, wpisano 2 629 przypadków pilnych i 11 230 stabilnych.

Ad. 3) Poradnia Rehabilitacyjna

Poradnia, zlokalizowana w Piekarach Śląskich przy ul. Bytomskiej 62, wpisana jest do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 016 (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 rehabilitacyjna. Poradnia została wpisana do Rejestru z dniem 03.07.1996 r. Poradnia udziela specjalistycznych ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych dla osób skierowanych na leczenie rehabilitacyjne ambulatoryjne oraz realizuje zadania związane z profilaktyką i promocją zdrowia.

W okresie objętym kontrolą liczba udzielonych porad wyniosła:

- 618 w 2021 r.,
- 683 w okresie od 01.01.2022 r. do 30.09.2022 r.

Na listę oczekujących, według stanu na dzień kontroli, wpisano 35 przypadków pilnych i 87 stabilnych.

Zgodnie z harmonogramem świadczenia udzielane są 2 dni w tygodniu: w czwartki (w godzinach 11.00 – 18.00) i w piątki (w godzinach 11.30-14.30).

Kontrolujący ww. Poradnię stwierdzili, że w dniu 25 października 2022 r. udzielanie świadczeń zdrowotnych było zgodne z ustalonym harmonogramem pracy.

Ad. 4) Poradnia Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej Dorosłych

Poradnia, zlokalizowana w Piekarach Śląskich przy ul. Bytomskiej 62, wpisana jest do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 013 (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: 1580 Poradnia chirurgii urazowo-ortopedycznej. Wpisana została do Rejestru z dniem 03.07.1996 r. Zajmuje się udzielaniem porad z pełnego zakresu ortopedii i traumatologii narządów ruchu, chirurgii onkologicznej, medycyny sportowej oraz neurochirurgii. Udziela specjalistycznych ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych z zakresu ortopedii w trybie planowym i nagłym dla pacjentów po urazach oraz pacjentów po leczeniu szpitalnym. Realizuje również zadania związane z profilaktyką i promocją zdrowia.

W okresie objętym kontrolą liczba udzielonych porad wyniosła:

- 42 621 w 2021 r.,
- 30 799 w okresie od 01.01.2022 r. do 30.09.2022 r.

Na listę oczekujących, według stanu na dzień kontroli, wpisano 573 przypadków pilnych i 1 144 stabilnych.

Zgodnie z harmonogramem świadczenia udzielane są 4 dni w tygodniu: w poniedziałki (w godzinach 8.30-14.15), środy (w godzinach 8.30-14.45), w czwartki (w godzinach 8.30 – 14.45) oraz piątki (w godzinach 8.30 – 14.45).

Kontrolujący ww. Poradnię stwierdzili, że w dniu 25 października 2022 r. udzielanie świadczeń zdrowotnych było zgodne z ustalonym harmonogramem pracy.

[Dowód: akta kontroli str. 283-287]

2. Udzielanie zamówień na świadczenia zdrowotne.

Przedmiotem weryfikacji przeprowadzonej przez kontrolujących były zapisy umów:

- 1) Nr OXI-OXII-076-K-20-2021 z dnia 07.10.2021 r. dotycząca udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie lekarza specjalisty balneologii i medycyny fizykalnej.
- 2) Nr SM.076/6/2022/KJ z dnia 18.08.2022 r. dotycząca udzielenia świadczenia zdrowotnego polegającego na udziale w roli asystenta lekarza przeprowadzającego zabieg z użyciem implantu 3D.

Ad. 1)

Umowa została zawarta w wyniku przeprowadzonego przez Szpital postępowania konkursowego, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Przedmiotem umowy jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie lekarza specjalisty balneologii i medycyny fizykalnej.

W ramach czynności kontrolnych ustalono, że umowa zawiera wszystkie niezbędne zapisy określone w art. 27 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Umowa została zawarta w formie pisemnej, na czas określony, tj. od dnia 07.10.2021 r. do dnia 31.01.2022 r., oraz wskazuje maksymalną wartość zamówienia. Została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach i podpisana przez strony.

W ramach kontroli realizacji umowy sprawdzono faktury nr:

- 01/12/2021 z dnia 04.12.2021 r. - stawka jednostkowa zgodna z umową, płatność dokonana w terminie,
- 01/01/2022 z dnia 04.01.2022 r. - stawka jednostkowa zgodna z umową, płatność dokonana w terminie.

Ad. 2)

Umowa została zawarta na podstawie przepisów 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. Z uwagi na wartość umowy (tj. poniżej 30 000,00 Euro), na podstawie art. 26 ust 4 a ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, udzielenie zamówienia nie nastąpiło w wyniku konkursu ofert. Przedmiotem umowy jest udzielenie świadczenia zdrowotnego polegającego na udziale w roli asystenta lekarza przeprowadzającego zabieg z użyciem implantu 3D.

W ramach czynności kontrolnych ustalono, że umowa zawiera wszystkie niezbędne zapisy określone w art. 27 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Umowa została zawarta w formie pisemnej, na udzielenie świadczenia zdrowotnego w dniu 18.08.2022r. w ilości godzin koniecznych do wykonania zabiegu operacyjnego. Została

sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach i podpisana przez strony. W jej zapisach wskazano maksymalną wartość zamówienia. Według stanu na dzień przeprowadzenia kontroli tj. 25.10.2022 r., przyjmujący zamówienie nie dostarczył faktury za świadczenie zdrowotne wykonane zgodnie z przedmiotową umową w dniu 18.08.2022 r.

[Dowód: akta kontroli str. 288-393]

2. Serwisowanie aparatury oraz sprzętu medycznego.

Kontrolujący w ramach kontroli jakości świadczonych usług zweryfikowali paszporty techniczne niżej wymienionych urządzeń, które służą do wykonywania usług medycznych:

- 1) Reduktor do butli tlenowej FARUM, nr fabryczny SN: 58085/76, data uruchomienia: 2008 r. Przegląd okresowy odbył się w styczniu 2022 r. – dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany w styczniu 2023 r., zgodnie z wpisem: „urządzenie sprawne”.
- 2) Reduktor do butli tlenowej FARUM, nr fabryczny SN: 1502072, data uruchomienia: 2015 r. Przegląd okresowy odbył się w marcu 2022 r. – dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany w marcu 2023 r., zgodnie z wpisem: „urządzenie sprawne”.
- 3) Termometr Thermoflash LX-26, nr fabryczny SN: 2014122901031, data uruchomienia: 2015 r. Przegląd okresowy odbył się w marcu 2022 r. – dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany w marcu 2023 r., zgodnie z wpisem: „urządzenie sprawne”.
- 4) Ciśnieniomierz UM-101, nr fabryczny SN: 5080900821, data uruchomienia: 2009 r. Przegląd okresowy odbył się w styczniu 2022 r. – dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany w styczniu 2023 r., zgodnie z wpisem: „urządzenie sprawne”.

[Dowód: akta kontroli str. 394-417]

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

W ramach kontroli dostępności świadczeń zdrowotnych, sprawdzeniem objęto Rejestr skarg i wniosków Szpitala w latach 2021-2022. Sposób rozpatrywania skarg i wniosków został określony w „Procedurze przyjmowania, rozpatrywania skarg i wniosków oraz zasad tworzenia i prowadzenia rejestru skarg i wniosków w Samodzielnym Publicznym Wojewódzkim Szpitalu Chirurgii Urazowej im. dr. Janusza Daaba w Piekarach Śląskich”, wprowadzonej Zarządzeniem wewnętrznym Dyrektora nr 11/2020 z dnia 26.02.2020 r. oraz jej późniejszej zmiany wprowadzonej Zarządzeniem Wewnętrznym Dyrektora nr 94/2022. Procedura określa zasady przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków (gwarantując równe traktowanie stron, zachowanie obiektywizmu, przestrzeganie obowiązujących przepisów prawa) oraz zasady jego tworzenia i prowadzenia.

Przedmiotowa Procedura została opracowana w oparciu o ustawę z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks Postępowania Administracyjnego, ustawę z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i rzeczniku Praw Pacjenta oraz Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 stycznia 2002 r. w sprawie organizacji przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków. Jak wynika z Procedury, skargi i wnioski mogą być wnoszone: pisemnie na adres Szpitala, za pomocą telefaksu, na adres poczty elektronicznej lub za pomocą skrzynki podawczej ePUAP Szpitala oraz ustnie do protokołu. W Procedurze ujęto m.in. zapis dot. terminu załatwienia skargi lub wniosku bez zbędnej zwłoki

(nie później niż w ciągu 30 dni) oraz informację, iż osoba upoważniona do rozpatrzenia skargi lub wniosku, w przypadku niezafatwienia jej we wskazanym terminie, jest zobowiązana do powiadomienia zainteresowanego, podając przyczynę zwłoki i ustalając nowy termin zafatwienia sprawy. Ponadto wskazano, że w przypadku gdy skarga lub wniosek wymaga zbadania i wyjaśnienia sprawy, Dyrektor Szpitala (m.in. na wniosek Pełnomocnika ds. Pacjenta) powołuje komisję, celem jej wyjaśnienia. Komisja musi być każdorazowo powoływana Zarządzeniem wewnętrznym Dyrektora.

W toku kontroli ustalono, że Rejestr skarg i wniosków prowadzony jest w sposób umożliwiający weryfikację przebiegu i terminów zafatwienia spraw. W okresie kontroli do Szpitala wpłynęło 14 skarg i 1 wniosek. Stwierdzono, iż w przypadku jednej skargi odpowiedź została udzielona skarżącemu po terminie tj. skarga wpłynęła do Szpitala w dniu 10.09.2021 r., a odpowiedź została udzielona w dniu 16.10.2021 r. Zgodnie z otrzymanymi wyjaśnieniami od Dyrektora Szpitala sprawą zajmowała się Kancelaria Prawna sprawująca wówczas nadzór prawny nad sprawami Szpitala. Obecnie w Szpitalu nadzór prawny sprawowany jest przez inną Kancelarię, która rozpatruje skargi i wnioski w terminie.

[Dowód: akta kontroli str. 418-449]

7. Wykonywanie badań satysfakcji pacjenta.

W Szpitalu funkcjonuje dokument pn. „Ocena opinii pacjentów na temat Jakości Opieki Szpitalnej – Badanie Poziomu Satysfakcji Pacjentów”, którego aktualizacja została przyjęta Zarządzeniem wewnętrznym Dyrektora nr 78/2022. Przedmiotowe badanie prowadzone jest w Szpitalu w sposób ciągły tj. każdy pacjent po zakończonym leczeniu w Oddziale (za wyjątkiem Oddziału Intensywnej Terapii) otrzymuje kwestionariusz ankiety wraz z instrukcją jej wypełnienia oraz informacją o umiejscowieniu skrzynki na ankiety – udział w badaniu ma charakter dobrowolny. Natomiast pacjenci Poradni Specjalistycznych mogą wypełnić ankietę pobierając jej formularz, który dostępny jest w oznakowanych miejscach w Poradni. Za organizację ww. badań na poziomie Szpitala odpowiada Pracownik Działu Jakości i Kontroli, natomiast za wdrażanie wyników do praktyki z ramienia Komitetu ds. Jakości odpowiada Przewodniczący Zespołu ds. Oceny Jakości Opieki Medycznej. Czynnościom kontrolnym poddano dwa wybrane przez kontrolujących Raporty sporządzane co kwartał przez pracownika Działu Jakości i Kontroli Wewnętrznej Szpitala tj:

- Raport za I kwartał 2021 r.

W badaniu poddano analizie łącznie 368 ankiet, w tym 345 ankiet z Oddziałów Zabiegowych oraz 23 ankiet z Oddziału Rehabilitacyjnego. W badaniu wzięło udział 54,3 % kobiet, 40,2% mężczyzn, 5,4% pacjentów nie udzieliło odpowiedzi na pytanie o płeć. Ogólna ocena pobytu w Szpitalu jest bardzo wysoka, dzięki czemu 99,2 % Pacjentów deklaruje polecenie Szpitala innym jako miejsca udzielania specjalistycznych świadczeń zdrowotnych. Pozytywnie oceniane (bardzo wysoko) są takie obszary jak m.in. opieka rehabilitacyjna, informacje o stanie zdrowia, pomoc w uśmierzaniu bólu. Natomiast w kilku przypadkach oceniono stosunkowo nisko funkcjonowanie Szpitala w zakresie m.in. czasu zafatwienia formalności na Izbie Przyjęć oraz informowaniu o skutkach ubocznych przyjmowanych leków podczas pobytu w Szpitalu.

- Raport za I kwartał 2022 r.

W badaniu poddano analizie łącznie 496 ankiet, w tym 446 ankiet z Oddziałów Zabiegowych oraz 50 ankiet z Oddziału Rehabilitacyjnego. W badaniu wzięło udział 48,2 % kobiet, 35,3% mężczyzn, 16,5% pacjentów nie udzieliło odpowiedzi na pytanie o płeć. Ogólna ocena pobytu w Szpitalu jest bardzo wysoka, dzięki czemu 99,6 % Pacjentów deklaruje polecenie Szpitala innym potencjalnym pacjentom. Pozytywnie oceniane (bardzo wysoko) są takie obszary jak uprzejmość

Personelu, czystość, zapewnienie intymności oraz pomocy w uśmierzaniu bólu. Z kolei, tak jak w poprzednio analizowanym raporcie, w kilku przypadkach stosunkowo nisko oceniono takie obszary jak - czas załatwienia formalności na Izbie Przyjęć oraz informowanie o skutkach ubocznych przyjmowanych leków podczas pobytu w Szpitalu.

[Dowód: akta kontroli str. 450-553]

B: Stwierdzona nieprawidłowość:

Odpowiedź na skargę została przekazana skarżącemu po terminie (po upływie 30 dni), co stanowi niezgodność z obowiązującą w Szpitalu Procedurą oraz Kodeksem Postępowania Administracyjnego (art. 35).

Przyczyny nieprawidłowości:

Niedochowanie należytej staranności w zakresie terminowego rozpatrywania skarg.

C: Ocena częściowa: 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.

IV. Prawdliwość gospodarowania mieniem.

A. Ustalenia faktyczne.

W zakresie prawidłowości gospodarowania mieniem kontrolą objęto:

1. Nabycie sprzętu i aparatury medycznej.

2021 r.

Schodolaz gąsienicowy dla osób niepełnosprawnych EVACU LG

- Uchwała Nr 89/2021 Rady Społecznej z dnia 6 grudnia 2021 r. w sprawie przyjęcia darowizny rzeczowej ww. aparatury i sprzętu medycznego,
- umowa darowizny z dnia 06.12.2021 r. zawarta w Piekarach Śląskich pomiędzy Fundacją Paraplegii, a Szpitalem dotycząca schodolazu gąsienicowego EVACU LG o wartości 12 480,00 zł brutto,
- dowód przyjęcia OT Nr 34 z dnia 06.12.2021 r.,
- zgoda podmiotu tworzącego nie była wymagana.

2022 r.

Defibrylator kliniczny stacjonarno-transportowy Defigard HD-7 2 szt.

- zakup ujęty w planie inwestycyjnym na rok 2022,
- Uchwała Nr 114/2022 Rady Społecznej z dnia 24 maja 2022 r. w sprawie nabycia ww. aparatury i sprzętu medycznego,
- Faktura nr FS 0615/06/2022 z dnia 21.06.2022 r. na łączną kwotę: 61 776,00 zł brutto (faktura wystawiona na zakup 2 szt. defibrylatorów-wartość jednostkowa sprzętu to 30 888,00 zł), termin płatności 30 dni, płatność dokonana w terminie,
- dowód przyjęcia OT Nr 29 i 30 z dnia 21.06.2022 r.,
- zgoda podmiotu tworzącego nie była wymagana.

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

- 1) Mikroskop operacyjny Vario 700, nr fabryczny 6636161899, instalacja i uruchomienie aparatu miało miejsce 30.12.2021 r. – zgodnie z wpisem „urządzenie sprawne”. Pierwszy okresowy przegląd powinien odbyć się do dnia 30.12.2022 r. Kontrolujący zweryfikowali zagospodarowanie sprzętu przez Szpital - użytkowany zgodnie z przeznaczeniem.
- 2) Ultrasonograf PHILIPS, nr fabryczny US51811086, instalacja i uruchomienie aparatu miało miejsce 15.12.2021 r. – zgodnie z wpisem „aparat sprawny”. Pierwszy okresowy przegląd powinien odbyć się do dnia 14.12.2022 r. Kontrolujący zweryfikowali zagospodarowanie sprzętu przez Szpital - użytkowany zgodnie z przeznaczeniem.

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

[Dowód: akta kontroli str. 412-417, 554-601]

2. Zbycie sprzętu i aparatury medycznej.

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

- a) **Aparat RTG Proteus XR/A** – nr inwentarzowy 13770050; nr seryjny PL1043RX02, rok produkcji 2003, wartość początkowa 879 476,17 zł umorzenie 100 %,– orzeczenie techniczne z dnia 31.01.2020 r. – urządzenie przestarzałe technicznie i technologicznie, modernizacja nie jest możliwa,– pozytywna opinia Rady Społecznej Szpitala dot. likwidacji ww. aparatu wyrażona uchwałą nr 56/2021 z dnia 28.01.2021 r.,– zgoda podmiotu tworzącego w sprawie przedmiotu zbycia z dnia 24.02.2021 r.,– dowód LT nr 1 z dnia 24.02.2021 r.,– protokół kasacyjny aparatu RTG nr 3/2021 z dnia 17.05.2021 r.– utylizację przedmiotowego sprzętu medycznego zlecono firmie zewnętrznej EKO-BASURA S.C. KRZYSZTOF TABOR, ADRIAN KUŚ – nr Karty przekazania odpadu 00595/2021/KPO/0001/000026102 (potwierdzenie przekazania odpadu z dnia 16.12.2021 r.).
- b) **Aparat do znieczulania Fabius CE firmy Drager** – nr inwentarzowy 13400001; nr seryjny 11436, rok produkcji 2000, wartość początkowa 149 599,15 zł, umorzenie 100 %,– orzeczenie techniczne z dnia 14.10.2021 r. – części zamienne nie są już produkowane, dokumentacja techniczna i oprogramowanie nie są aktualizowane, brak możliwości wykonywania przeglądów technicznych,– pozytywna opinia Rady Społecznej Szpitala w sprawie likwidacji ww. aparatu wyrażona uchwałą nr 91/2021 z dnia 06.12.2021 r.,– zgoda podmiotu tworzącego na zbycie ww. sprzętu nie była wymagana,– dowód LT nr 27 z dnia 06.12.2021 r.,– protokół kasacyjny aparatu nr 9/2021 z dnia 06.12.2021 r.,– utylizację przedmiotowego sprzętu medycznego zlecono firmie zewnętrznej EKO-BASURA S.C. KRZYSZTOF TABOR, ADRIAN KUŚ – nr Karty przekazania odpadu 00595/2021/KPO/0001/000026102 (potwierdzenie przekazania odpadu z dnia 16.12.2021 r.).

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

[Dowód: akta kontroli str. 602-625]

3. Najem/dzierżawa pomieszczeń.

W ramach kontroli sprawdzaniem objęto prawidłowość zawarcia umów najmu:

a) nr EA/U/N/2/2022 z dnia 19.04.2022 r.

Przedmiotem umowy jest wynajem pomieszczeń o łącznej powierzchni użytkowej 16 m² zlokalizowanych na parterze w budynku pałacowym znajdującym się w Kochcicach przy ul. Zamkowej 1, z przeznaczeniem na prowadzenie działalności handlowej.

Umowa została zawarta na czas oznaczony od dnia 19.04.2022 r. do 19.04.2025 r.

Rada Społeczna Szpitala pozytywnie zaopiniowała wniosek w sprawie wynajmu lokalu (uchwała nr 82/2021 z dnia 06.12.2021 r.). Z uwagi na okres, na jaki została zawarta umowa, zgoda podmiotu tworzącego nie była wymagana.

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

Objęta kontrolą faktura nr 2022/05/1/3 z dnia 02.05.2022 r. została wystawiona zgodnie z treścią umowy i opłacona przez Najemcę w terminie.

b) nr EA/U/N/3/2022 z dnia 25.08.2022 r.

Przedmiotem umowy jest wynajem pomieszczenia o powierzchni użytkowej 15 m² zlokalizowanego w suterenie budynku głównego położonego przy ul. Bytomskiej 62 w Piekarach Śląskich z przeznaczeniem na prowadzenie działalności handlowej.

Umowa została zawarta na czas oznaczony od dnia 01.09.2022 r. do 31.08.2025 r.

Rada Społeczna Szpitala pozytywnie zaopiniowała wniosek w sprawie wynajmu lokalu (uchwała nr 70/2021 z dnia 06.05.2021 r.). Z uwagi na okres, na jaki została zawarta umowa, zgoda podmiotu tworzącego nie była wymagana.

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

Objęta kontrolą faktura nr 2022/09/1/66 z dnia 30.09.2022 r. została wystawiona zgodnie z treścią umowy i opłacona przez Najemcę w terminie.

[Dowód: akta kontroli str. 626-659]

B: Stwierdzone nieprawidłowości: brak.

C: Ocena cząstkowa: pozytywna.

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 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej wykazała, że w okresie objętym kontrolą, tj. lata 2021-2022 w Samodzielnym Publicznym Wojewódzkim Szpitalu Chirurgii Urazowej im. dr. Janusza Daaba w Piekarach Śląskich miało miejsce sześć postępowań konkursowych na stanowiska kierownicze wskazane w art. 49 w/w ustawy.

Przeprowadzone postępowania konkursowe na stanowiska kierownicze:

- 1) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału II Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej Dzieci i Młodzieży (data konkursu: 07.12.2021r., okres zatrudnienia 22.12.2021r. - 21.12.2027r.),

- 2) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału III Anestezjologii i Intensywnej Terapii (data konkursu: 07.12.2021r., okres zatrudnienia 22.12.2021r. - 21.12.2027r.),
- 3) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału IV Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej i Neurotraumatologii (data konkursu: 07.12.2021r., okres zatrudnienia 22.12.2021r. - 21.12.2027r.),
- 4) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału XI Rehabilitacyjny - Kochcice (data konkursu: 24.11.2021r., okres zatrudnienia 10.12.2021r. – 09.12.2027r.),
- 5) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału XII Rehabilitacyjny - Kochcice (data konkursu: 24.11.2021r., okres zatrudnienia 10.12.2021r. – 09.12.2027r.),
- 6) Stanowisko Dyrektora ds. Medycznych – (w dniu 25.11.2022 r. odbyło się posiedzenie Komisji Konkursowej, na której wybrano kandydata na ww. stanowisko, okres zatrudnienia 28.11.2022 r. – 27.11.2028 r.).

Podczas czynności kontrolnych kontrolujący stwierdzili nieprawidłowość popełnioną w toku ww. postępowań konkursowych polegającą na braku pisemnego powiadomienia o wynikach konkursu kandydatów biorących w nim udział, zgodnie z §15 ust 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 roku w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą (Dz. U. z 2021 r., poz. 430).

Zgodnie z wyjaśnieniami przekazanymi kontrolującym, w ramach ww. postępowań konkursowych kandydatkami biorącym udział w ww. konkursach były osoby zatrudnione w Szpitalu i zostały ustnie poinformowane o wynikach konkursu podczas osobistego odbioru dokumentów.

Zatrudnienie na stanowiskach objętych konkursem na podstawie w/w przepisów prawa na dzień 25.10.2022 r. kształtuje się następująco:

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

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

Pracą całego personelu pielęgniarskiego kieruje naczelną pielęgniarka, natomiast zespołem pielęgniarskim zarządzają pielęgniarki oddziałowe.

Ww. stanowiska określone zostały zarówno w Regulaminie Organizacyjnym Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Chirurgii Urazowej im. dr. Janusza Daaba w Piekarach

24
9

Śląskich, jak i załączniku nr 2 (Tabela zaszeregowania stanowisk pracy) oraz nr 3 (Wykaz stanowisk kierowniczych – dodatków funkcyjnych) do Regulaminu Wynagradzania Szpitala.

[Dowód: akta kontroli str. 660-704]

B: Stwierdzone nieprawidłowości:

Brak pisemnego powiadomienia kandydatów o wynikach konkursu czym naruszono §15 ust 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą.

Przyczyny nieprawidłowości:

Brak należytego nadzoru nad pracownikiem odpowiedzialnym za wykonywanie czynności w zakresie stosowania zapisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą (Dz. U. z 2021 r., poz. 430).

C: Ocena częściowa: 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.

VI. Pozostałe informacje i pouczenia.

1. Pozostałe informacje

Projekt wystąpienia pokontrolnego wraz z pismem przewodnim z dnia 19.04.2023 r., znak: NZ-NK.1711.9.2022 (NZ-NK.KW-00129/23), został przekazany Dyrektor Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Chirurgii Urazowej im. dr. Janusza Daaba w Piekarach Śląskich.

Ze „zwrotnego potwierdzenia odbioru” wynika, że pismo zostało doręczone do Szpitala w dniu 21.04.2023 r. W piśmie z dnia 26.04.2023 r., znak: SSW/43/2023 Dyrektor Szpitala odniosła się do wykazanych nieprawidłowości, nie zgłaszając jednak żadnych zastrzeżeń do treści Projektu wystąpienia pokontrolnego.

2. Zalecenia pokontrolne

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

1. Ujednoczeniu nazewnictwa komórek organizacyjnych działalności medycznej widniejących w Regulaminie Organizacyjnym Szpitala z ujawnionymi w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą.
2. Dochowywaniu należytej staranności w zakresie terminowego rozpatrywania skarg.
3. Przeprowadzaniu postępowań konkursowych zgodnie z zapisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 roku w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą w zakresie dot. § 15 ust 3 ww. rozporządzenia tj. pisemnym powiadomieniu o wynikach konkursu kandydatów biorących w nim udział.

3. Pouczenia

Wystąpienie pokontrolne sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, z których jeden przekazuje się do Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Chirurgii Urazowej im. dr. Janusza Daaba w Piekarach Śląskich.

Wystąpienie pokontrolne zawiera 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 w/w 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:

z up. ZARZĄDU WOJEWÓDZTWA
Agnieszka Barczyk
Dyrektor
Departamentu Nadzoru Podmiotów
Leczniczych i Ochrony Zdrowia

