

Katowice, 24.04.2024 r.
NZ-NK.1711.1.2023

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

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
im. Najświętszej Maryi Panny
ul. Bialska 104/118, 42-200 Częstochowa
(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 2023 r. poz. 991 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 r., poz. 1331),
- 3) planu kontroli na 2023 rok, załącznik nr 2, poz. 1 zatwierdzonego uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 199/398/VI/2023 z dnia 2 lutego 2023 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: Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny, ul. Bialska 104/118, 42-200 Częstochowa.

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

- Pan Zbigniew Bajkowski (do 06.03.2023 r.),
- Pan Łukasz Połatyński (od 07.03.2023 r. do nadal).

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

- p.o. Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa Pani Jolanta Majer (do 11.04.2023 r.),
- p.o. Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa Pani Marcin Pakulski (od 12.04.2023 r.),
- Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomicznych Pani Beaty Kuchty,
- Głównego Księgowego Pana Marcin Staszewskiego

oraz kierowników komórek organizacyjnych.

Termin przeprowadzenia czynności kontrolnych i zakres kontroli:

Kontrolę przeprowadzono w dniach 08.03.2023 r. - 30.04.2023 r. w zakresie: wybranych zagadnień z zakresu spraw organizacyjno-finansowych w latach 2021-2023.

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

Osoby przeprowadzające kontrolę:

Joanna Bochenek-Bogacz – Inspektor Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnienia jednorazowego nr 113/NZ/2023 z dnia 06.03.2023 r. r. wydanego z upoważnienia

Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 08.03.2023 r.

Tomasz Jarzab – Główny specjalista Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w Katowicach, na podstawie upoważnienia jednorazowego nr 114/NZ/2023 z dnia 06.03.2023 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 08.03.2023 r.

Barbara Gwiazda-Amrosz – Główny Specjalista Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnienia jednorazowego nr 115/NZ/2023 z dnia 08.03.2023 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 08.03.2023 r.

O kontroli Dyrektor jednostki został poinformowany pismem z dnia 06.03.2023 r. Kontrolę wpisano do książki kontroli pod pozycją 352.

[Dowód: akta kontroli str. 1-11]

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 Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny z siedzibą w Częstochowie.

1. Informacje ogólne.

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny z siedzibą w Częstochowie 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 000000013313 oraz posiada osobowość prawną i jest wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Częstochowie pod numerem KRS 0000003907. Siedziba Szpitala znajduje się w Częstochowie. Szpital działa na podstawie:

- 1) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t. j.: Dz. U. z 2023 r. poz. 991 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/42/15/2017 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 18 września 2017 r., w sprawie ogłoszenia tekstu jednolitego uchwały nr V/12/9/2015 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 21 września 2015 r. i ogłoszonego w Dzienniku Urzędowym Województwa Śląskiego w dniu 05.10.2017 r. pod pozycją 5282 (Dz. Urz. z dnia 05.10.2017 r., poz. 5282),
- 4) Regulaminu Organizacyjnego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie, którego tekst jednolity zostały pozytywnie zaopiniowane przez Radę Społeczną uchwałą nr 285.2023 Rady Społecznej z dnia 18.04.2023 r. i wprowadzony w życie Zarządzeniem Dyrektora nr 32.2023 z dnia 19.04.2023 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 samodzielnymi publicznymi zakładami 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 08.03.2023 r. roku wynosiło:

- 2 109 pracowników w ramach umowy o pracę,
- 214 pracowników w ramach umowy cywilnoprawnej.

[Dowód: akta kontroli str. 12-28]

2. Prawdliwość wpisów w Krajowym Rejestrze Sądowym.

Ostatnie zgłoszenie do Krajowego Rejestru Sądowego z dnia 07.03.2023 r. dotyczyło zmiany Dyrektora Szpitala powołanego uchwałą nr 431/406/VI/2023 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 03.03.2023 r. Ustalono, że został dopełniony ustawowy obowiązek wynikający z art. 22 ustawy o Krajowym Rejestrze Sądowym z dnia 20 sierpnia 1997 r. (t. j.: Dz. U. z 2019 r. poz. 1500 z późn. zm.), który wskazuje 7-dniowy termin na zgłoszenie zmian do KRS.

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

[Dowód: akta kontroli str. 29-38]

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, zaopiniowane przez Radę Społeczną uchwałą nr 285.2023 Rady Społecznej z dnia 18.04.2023 r. wprowadzono w życie Zarządzeniem Dyrektora nr 32.2023 z dnia 19.04.2023 r.

W trakcie kontroli zgodności 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.

Jednocześnie potwierdzono zgodność zapisów Regulaminu w zakresie struktury organizacyjnej komórek działalności medycznej oraz miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych z Księgą Rejestrową w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonym przez Wojewodę Śląskiego według stanu na dzień 30.04.2023 r.

Ponadto, stwierdzono, że Szpital spełnił ustawowy wymóg prowadzenia strony podmiotowej BIP pod adresem: <https://parkitka.bip.gov.pl/>. i umieścić na niej wymagane prawem informacje, zgodnie z ustawą z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej.

B. Stwierdzone nieprawidłowości: brak.

C. Ocena cząstkowa: pozytywna.

[Dowód: akta kontroli str. 39-175]

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 Częstochowie przy ul. Bialskiej 104/118 oraz ul. Polskiego Czerwonego Krzyża 7.

1. Funkcjonowanie wybranych komórek organizacyjnych.

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

- 1) Oddział okulistyki,
- 2) Oddział chirurgii i traumatologii dziecięcej,
- 3) Poradnię psychiatryczną.

Ad. 1) Oddział okulistyki,

Oddział, mieszczący się w Częstochowie przy ul. Bialskiej 104/118, wpisany 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: 4600 Oddział okulistyczny.

Oddział został wpisany do Rejestru z dniem 29.04.1993 r. i dysponuje 14 łózkami. Zajmuje się leczeniem chorób oczu w zakresie jaskry i zaćmy w trybie planowym i pilnym, jak również realizuje program lekowy dla pacjentów z chorobami siatkówki.

W okresie objętym kontrolą liczba hospitalizowanych pacjentów wyniosła:

- 1 800 w 2021 r.,
- 1 388 w 2022 r.,
- 290 w okresie od 01.01.2023 r. do dnia rozpoczęcia kontroli.

Na listę oczekujących, według stanu na dzień kontroli, wpisano 1 przypadek pilny i 183 stabilnych. Funkcjonowanie ww. komórki organizacyjnej w zakresie udzielanych świadczeń zdrowotnych nie budzi zastrzeżeń.

Ad. 2) Oddział chirurgii i traumatologii dziecięcej,

Oddział, mieszczący się w Częstochowie przy ul. Bialskiej 104/118, wpisany jest do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 003 (kod resortowy identyfikujący komórkę organizacyjną stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych), kod resortowy charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych: 1501 Oddział chirurgiczny ogólny dla dzieci.

Oddział został wpisany do Rejestru z dniem 30.12.1998 r. i dysponuje 25 łózkami, w tym 2 łózkami intensywnego nadzoru oraz 11 łóżeczkami niemowlęcymi. Zajmuje się leczeniem dzieci w trybie hospitalizacji całodobowej oraz realizuje zadania związane z pakietem onkologicznym dla dzieci.

W okresie objętym kontrolą liczba hospitalizowanych pacjentów wyniosła:

- 1 258 w 2021 r.,
- 1 669 w 2022 r.,
- 304 w okresie od 01.01.2023 r. do dnia rozpoczęcia kontroli.

Funkcjonowanie ww. komórki organizacyjnej w zakresie udzielanych świadczeń zdrowotnych nie budzi zastrzeżeń.

Ad. 3) Poradnia psychiatryczna

Poradnia, zlokalizowana w Częstochowie przy ul. PCK 7, wpisana jest do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 233 (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: 1700 Poradnia zdrowia psychicznego. Poradnia została wpisana do Rejestru z dniem 01.06.2016 r.

Poradnia od momentu rejestracji w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego nie udziela specjalistycznych ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych ze względu na brak możliwości pozyskania kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia (nie ogłoszono konkursu w ramach finansowania z NFZ). Przedmiotowa komórka nie została wykreślona z Rejestru ze względu na koszty ponownego wpisu w sytuacji uzyskania kontraktu.

[Dowód: akta kontroli str. 176-181]

2. Udzielanie zamówień na świadczenia zdrowotne.

Przedmiotem weryfikacji przeprowadzonej przez kontrolujących były zapisy umów:

- 1) WSzS/DLL/17/2021 z dnia 01.05.2021 r.
- 2) WSzS/DLL/50/2022 z dnia 01.06.2022 r.

Ad. 1)

Umowa została zawarta bez przeprowadzenia konkursu ofert na podstawie przepisów art. 26 ust 4 a ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej wyłączających obowiązek udzielenia zamówienia w trybie konkursu ofert z uwagi na wartość umowy poniżej 30 000,00 Euro.

Przedmiotem umowy jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań przesiewowych raka jelita grubego w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej.

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 01.05.2021 r. do dnia 31.12.2021 r. Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach i podpisana przez strony.

W ramach kontroli realizacji umowy sprawdzono faktury nr:

- FV/6/11/2021/CZE-KIL z dnia 02.11.2021 r. - stawka jednostkowa zgodna z umową, płatność dokonana zgodnie z umową,
- FV/12/12/2021/CZE-KIL z dnia 01.12.2021 r. - stawka jednostkowa zgodna z umową, płatność dokonana zgodnie z umową.

Ad. 2)

Umowa została zawarta w wyniku przeprowadzonego przez Szpital postępowania konkursowego nr KO/39/2022, 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 świadczenia zdrowotnego polegającego na wykonywaniu procedur radioterapii w Zakładzie Radioterapii.

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 01.06.2022 r. do dnia 31.05.2024 r. Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach i podpisana przez strony.



W ramach kontroli realizacji umowy sprawdzono faktury nr:

- FR 3/06/2022 z dnia 30.06.2022 r. - stawka jednostkowa zgodna z umową, płatność dokonana zgodnie z umową,
- FR 2/10/2022 z dnia 31.10.2022 r. - stawka jednostkowa zgodna z umową, płatność dokonana zgodnie z umową.

[Dowód: akta kontroli str. 182-213]

3. 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) Myjnia Dezynfektor Topic 20, nr fabryczny SN: 10298316, data uruchomienia: 2015 r. Przegląd okresowy odbył się 21.02.2023 r. – dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany do dnia 20.02.2024 r., zgodnie z wpisem: „urządzenie sprawne”.
- 2) Pompa Infuzyjna SEP 21 S, nr fabryczny SN: B/0968/97, data uruchomienia: 1997 r. Przegląd okresowy odbył się 13.01.2023 r. – dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany w styczniu 2024 r., zgodnie z wpisem: „aparat sprawny”.
- 3) Kardiomonitor CM150, nr fabryczny SN: CN92384060, data uruchomienia: 2020 r. Przegląd okresowy odbył się 27.01.2023 r. – dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany w styczniu 2024 r., zgodnie z wpisem: „urządzenie sprawne”.
- 4) Mikroskop Spekularny, nr fabryczny SN: 909906, data uruchomienia: 2009 r. Przegląd okresowy odbył się 15.02.2023 r. – dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany do dnia 15.02.2024 r., zgodnie z wpisem: „urządzenie sprawne”.

[Dowód: akta kontroli str. 214-226]

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 Szpitala w okresie od 01.01.2021 r. do 07.03.2023 r. Sposób rozpatrywania skarg i wniosków został określony w Regulaminie przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków, którego ostatnia wersja została wprowadzona Zarządzeniem wewnętrznym Dyrektora nr 120.2021 z dnia 19.11.2021 r. Regulamin określa organizację przyjmowania, rozpatrywania i załatwiania skarg i wniosków.

Jak wynika z Regulaminu, Rejestr wnoszonych skarg i wniosków, poza skargami i wnioskami pacjentów składanymi do Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta, prowadzony jest przez Dział Organizacyjno-Prawny. Osoby przyjmujące skargi i wnioski zobowiązane są po ich przyjęciu do ich niezwłocznego przekazania do Dyrektora za pośrednictwem swego przełożonego. Roczna sprawozdawczość dotycząca skarg i wniosków pacjentów prowadzi pełnomocnik ds. Praw Pacjentów. Natomiast Dział Organizacji zgodnie z ustawą o działalności leczniczej przedstawia okresowo Radzie Społecznej Szpitala analizę skarg i wniosków, co potwierdzają protokoły z posiedzeń Rady. Skargi i wnioski powinny być załatwione bez zbędnej zwłoki, nie później niż w ciągu 30 dni od dnia złożenia lub wpłynięcia skargi/wniosku. Skargi i wnioski mogą być wnoszone zarówno w formie pisemnej (w tym również mailowo), jak i ustnej osobiście lub telefonicznie do bezpośredniego przełożonego danego pracownika do protokołu.

W okresie kontrolnym do Szpitala wpłynęło 148 skarg i 20 wniosków. W toku kontroli ustalono, że Rejestr skarg i wniosków nie jest prowadzony w sposób czytelny, tj. umożliwiający weryfikację przebiegu i terminów załatwiania spraw, ze względu na brak informacji w zakresie wskazania strony składającej skargę/wniosek, terminu wpływu skargi, jak również terminu udzielenia odpowiedzi

skarżącemu. W celu weryfikacji sposobu załatwienia skargi lub wniosku koniecznym jest bezpośredni wgląd do poszczególnych dokumentów tworzących akta sprawy.

Zgodnie z ustaleniami odpowiedzi na skargi i wnioski w okresie objętym kontrolą były udzielone w terminie.

[Dowód: akta kontroli str. 227-243]

5. Wykonywanie badań satysfakcji pacjenta.

W okresie objętym kontrolą badanie satysfakcji pacjenta prowadzone było w oparciu o zarządzenie Dyrektora nr 56.2021 z dnia 01.06.2021 r. w sprawie ankiety badania poziomu satysfakcji pacjenta, następnie o zarządzenie Dyrektora nr 144.2022 z dnia 02.11.2022 r. w sprawie ankiety badania poziomu satysfakcji pacjenta.

Zgodnie z pierwszym z ww. zarządzeń wzory ankiet stanowią załączniki nr 1 i 2 do zarządzenia. Ankiety były wręczane przez Sekretarki medyczne w Oddziale, na którym przebywał pacjent. Następnie odbierane i przekazywane Kierownikowi Działu Kontroli Wewnętrznej i Jakości w zamkniętej kopercie, oznaczonej danymi pozwalającymi na identyfikację oddziału, z którego pochodzą. Po czym, Kierownik dokonywał analizy ankiet i przedstawiał wyniki analizy Dyrektorowi i Komitetowi ds. Jakości.

Przykładowy raport (tj. za maj/czerwiec 2021 r.) został poddany czynnościom kontrolnym. W badaniu wzięło udział 352 pacjentów (ankietowanych). Zdecydowana większość wyników w badanych obszarach prezentuje wysoki poziom zadowolenia z przewagą oceny dobrej i bardzo dobrej za wyjątkiem obszaru związanego z żywieniem, gdzie słabo została oceniona wielkość podawanej porcji i temperatura posiłków.

Drugie z ww. zarządzeń weszło w życie z dniem 2 listopada 2022 r. i jednocześnie powodując utratę mocy zarządzenia Dyrektora nr 56.2021 z dnia 01.06.2021 r. Wzór ankiety stanowi załącznik nr 1 do niniejszego Zarządzenia.

Ustalono, że badanie satysfakcji pacjentów będzie przeprowadzane telefonicznie przez pracowników Call Center Rejestracji. Kierownik Działu Obsługi Pacjenta dokonuje miesięcznych analiz z przeprowadzonych ankiet, które przekazuje Dyrektorowi. Roczne zestawienie wyników analizy Kierownik Działu Obsługi Pacjenta przedstawia Dyrektorowi oraz Komitetowi ds. Jakości. Na podstawie przedmiotowego Zarządzenia sporządzone zostały Wyniki analizy badania satysfakcji pacjenta z pobytu w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. NMP w Częstochowie (raport za wrzesień 2022 r. – luty 2023 r.), które zostały poddane czynnościom kontrolnym. W badaniu wzięło udział 951 pacjentów. Pytania ankietowe dotyczyły kilku obszarów działalności Szpitala:

- Przyjęcia na Oddział, Poradni przyszpitalnej,
- Opieki lekarskiej,
- Opieki pielęgniarskiej,
- Jakości żywienia,
- Czystości.

Ankietowani dokonywali oceny w skali punktowej od 1 do 5. Pozytywnie został oceniony stosunek personelu do pacjentów przy przyjęciu do Szpitala oraz czystość pomieszczeń (oceny bardzo dobre lub dobre). Najgorzej oceniono jakości posiłków – poziom zadowalający.

[Dowód: akta kontroli str. 244-272]

B: Stwierdzona nieprawidłowość:

Nieprawidłowość polegająca na braku w prowadzonym Rejestrze skarg i wniosków informacji dotyczących strony składającej skargę/wniosek, terminu wpływu skargi, jak również terminu

udzielenia odpowiedzi skarżącemu, co utrudnia pełną kontrolę ich przebiegu, zgodnych z art. 254 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 roku Kodeks postępowania administracyjnego.

Przyczyny nieprawidłowości:

niedochowanie należytej staranności przy rejestrowaniu i rozpatrywaniu skarg, co stanowi naruszenie art. 254 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 roku Kodeks postępowania administracyjnego.

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

IV. Prawdliwość gospodarowania mieniem.

A. Ustalenia faktyczne.

W zakresie prawidłowości gospodarowania mieniem kontrolą objęto:

1. Nabycie sprzętu i aparatury medycznej.

Stacjonarny aparat RTG z licencją PAX

- zakup ujęty w planie inwestycyjnym na rok 2021, (uchwała nr 182/2021 Rady Społecznej z dnia 13 sierpnia 2021 r. w sprawie korekty planu inwestycyjnego),
- brak uchwały Rady Społecznej opiniującej nabycie aparatu,
- faktura VAT nr 1059215102 z dnia 15.06.2021 r. na łączną kwotę 1 491 246,30 zł (zakup w ramach projektu pt. „Wsparcie Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. NMP w Częstochowie w zapobieganiu, przeciwdziałaniu i zwalczaniu COVID-19 – zakup sprzętu medycznego i urządzeń do dezynfekcji oraz wyposażenia obiektowego i budowlanego”),
- dowód przyjęcia OT Nr 02/07/2021/DTR z dnia 30.07.2021 r.,
- zgoda podmiotu tworzącego nie była wymagana (100% środków z dotacji).

Gastrolyzer nr ser. HG002959

- zakup ujęty w planie inwestycyjnym na rok 2023, (uchwała nr 114/2023 Rady Społecznej z dnia 27 lutego 2023 r. w sprawie korekty planu inwestycyjnego),
- brak uchwały Rady Społecznej opiniującej nabycie sprzętu,
- faktura nr FV/27/23 z dnia 17.01.2023 r. na łączną kwotę zestawu: 14 142,54 zł brutto (wartość jednostkowa Gastrolyzera to 11 772,00 zł),
- dowód przyjęcia OT Nr 1/01/2023/DTA z dnia 17.01.2023 r.,
- zgoda podmiotu tworzącego nie była wymagana.

Nabycie ww. aparatury i sprzętu medycznego budzi zastrzeżenia w zakresie braku uzyskania opinii Rady Społecznej, o której mowa w 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. 273-319]

2. Zbycie sprzętu i aparatury medycznej.

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

- a) **Mammograf Lorad Selenia** – nr inwentarzowy 011/802/02109, rok produkcji 2009, wartość początkowa 1 408 976,00 zł, umorzenie 100 %,
- orzeczenie techniczne z dnia 26.05.2020 r. – aparat niesprawny, uszkodzenie detektora promieni w stopniu przekraczającym normy producenta,
 - pozytywna opinia Rady Społecznej Szpitala dot. likwidacji ww. aparatu wyrażona uchwałą nr 107.2020 z dnia 19.11.2020 r.,
 - zgoda podmiotu tworzącego w sprawie zbycia aparatu (pismo z dnia 08.01.2021 r.),
 - dowód LT nr 14 z dnia 01.02.2021 r.,
 - protokół kasacyjny aparatu z dnia 17.02.2021 r.,
 - FV sprzedaży aparatu z dnia 14.04.2021 r. firmie MEDIKOL SOLUTION SP. Z. O. O. na wartość 1 100,00 zł brutto.
- b) **Akcelerator Elektra Synergy** – nr inwentarzowy 011/802/02039, rok produkcji 2009, wartość początkowa 8 500 680,00 zł, umorzenie 100 %,
- orzeczenie techniczne z dnia 15.04.2021 r. – aparat jest wyeksploatowany, nie nadaje się do odsprzedaży,
 - pozytywna opinia Rady Społecznej Szpitala w sprawie likwidacji ww. aparatu wyrażona uchwałą nr 191.2021 z dnia 12.11.2021 r.,
 - zgoda podmiotu tworzącego w sprawie przedmiotu zbycia (pismo z dnia 29.12.2021 r.),
 - protokół kasacyjny aparatu z dnia 24.02.2022 r.
 - dowód LT nr 3 z dnia 28.02.2022 r.,
 - utylizację przedmiotowego sprzętu medycznego zlecono firmie zewnętrznej FHU Andrzej Bajor – nr Karty przekazania odpadu 00082/2022/KPO/0001/000021379 (potwierdzenie przekazania odpadu z dnia 25.03.2022 r.).

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

[Dowód: akta kontroli str. 320-354]

3. Najem/dzierżawa pomieszczeń.

W ramach kontroli sprawdzaniem objęto prawidłowość zawarcia 2 z 9 umów najmu:

a) nr DTR/4/2021 z dnia 27.09.2021 r. (tryb przetargowy)

Przedmiotem umowy jest wynajem 1 m² powierzchni użytkowej, zlokalizowanej w holu głównym na parterze w budynku D przy ul. Bialskiej 104/118, z przeznaczeniem na zainstalowanie urządzenia do samoobsługowej sprzedaży napojów gorących.

Umowa została zawarta na czas nieoznaczony od dnia 01.11.2021 r.

Rada Społeczna Szpitala pozytywnie zaopiniowała wniosek w sprawie wynajęcia ww. powierzchni (uchwała nr 177.2021 z dnia 13.08.2021 r.). Zgoda podmiotu tworzącego na wynajęcie ww. powierzchni nie była wymagana.

Umowa zawiera wszystkie zapisy określone w §3 Zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie.

Objęta kontrolą faktura nr 04146/12/2021 z dnia 07.12.2021 r. została wystawiona zgodnie z treścią umowy. Faktura została opłacona w terminie.

b) nr DTR/3/2022 z dnia 12.10.2022 r. (tryb bezprzetargowy)

Przedmiotem umowy jest wynajem 2 m² powierzchni użytkowej, zlokalizowanej w obrębie

ogrodzenia Szpitala przy ul. Białskiej 104/118, z przeznaczeniem na umieszczenie banera informacyjnego firmy GALUX.

Umowa została zawarta na czas nieoznaczony od dnia 01.10.2022 r.

Rada Społeczna Szpitala pozytywnie zaopiniowała wniosek w sprawie przedmiotowego wynajmu (uchwała nr 257.2022 z dnia 28.09.2022 r.).

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 04026/12/2022 z dnia 05.12.2022 r. została wystawiona zgodnie z treścią umowy. Faktura została opłacona w terminie.

[Dowód: akta kontroli str. 355-384]

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:

– brak należytego nadzoru nad pracownikami odpowiedzialnymi za realizację procedur związanych z nabywaniem sprzętu i aparatury medycznej.

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 zadań w zakresie doboru personelu szpitalnego i podstawy zatrudnienia.

A. Ustalenia faktyczne:

Ogłaszanie i przeprowadzanie konkursów na stanowiska kierownicze

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 2021-2023 w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie miało miejsce jedno postępowanie konkursowe na stanowiska kierownicze wskazane w art. 49 ww. ustawy.

Przeprowadzone postępowania konkursowe na stanowiska kierownicze:

- 1) Stanowisko naczelnej pielęgniarki (data konkursu: 21.04.2023 r., okres zatrudnienia 24.05.2023 r. – 23.05.2029 r.)

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

- 1) Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii (PCK): kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 2) Oddział Chorób Płuc (PCK): kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 3) Oddział Chorób Wewnętrznych (PCK): kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 4) Oddział Neurologii (PCK): kierownik oddziału, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
- 5) Oddział Udarowy (PCK): kierownik oddziału, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
- 6) Oddział Obserwacyjno – Zakaźny (PCK): kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 7) Oddział Opieki Paliatywnej (PCK): kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 8) Oddział Pediatryczny (PCK): kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;

- 9) Oddział Psychiatrii (PCK): kierownik oddziału, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
- 10) Oddział Reumatologii (PCK): kierownik oddziału, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
- 11) Zakład Opiekuńczo-Lecznicy dla Wentylowanych Mechanicznie (PCK): kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 12) Oddział Rehabilitacji Neurologicznej (PCK): kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 13) Oddział Chorób Wewnętrznych i Nadciśnienia Tętniczego (PCK): kierownik oddziału, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
- 14) Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej (PCK): kierownik oddziału, pielęgniarka koordynująca;
- 15) Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii (Bialska): kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 16) Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii Dziecięcej z Zespołem Wyjazdowym „N” (Bialska): kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 17) Oddział Chirurgiczny Ogólny (Bialska): kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa
- 18) Oddział Chirurgii Naczyniowej (Bialska): kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 19) Oddział Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej (Bialska): kierownik oddziału, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
- 20) Oddział Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem Chorób Piersi (Bialska): kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 21) Oddział Gastroenterologii Ogólnej i Onkologicznej z Pododdziałem Chorób Wewnętrznych (Bialska): kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 22) Oddział Ginekologii i Położnictwa z Pododdziałami Patologii Ciąży i Ginekologii Onkologicznej (Bialska): kierownik oddziału, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
- 23) Oddział Kardiologii (Bialska): kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 24) Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego (Bialska): kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 25) Oddział Nefrologii z Pododdziałem Dializ Otrzewnowych (Bialska): kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 26) Oddział Neurochirurgii (Bialska): kierownik oddziału, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
- 27) Oddział Neurologii (Bialska): kierownik oddziału, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
- 28) Oddział Udarowy (Bialska): kierownik oddziału, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
- 29) Oddział Neonatologiczny, Patologii i Intensywnej Terapii Noworodka (Bialska): kierownik oddziału, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
- 30) Oddział Okulistyki (Bialska): kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 31) Oddział Ortopedii i Chirurgii Urazowej (Bialska): kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 32) Oddział Onkologii z Pododdziałem Dziennym Chemioterapii (Bialska): kierownik oddziału, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
- 33) Oddział Pediatrii z Pododdziałem Hematologii i Nefrologii Dziecięcej (Bialska): kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 34) Szpitalny Oddział Ratunkowy (Bialska): kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 35) Trakt operacyjny (Bialska): kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa.

Jak wskazano powyżej, poszczególnymi oddziałami zarządzają kierownicy oddziałów. Rozwiązanie takie jest zgodne z treścią art. 49 ust. 7 ww. ustawy, który przewiduje możliwość kierowania oddziałem przez lekarza 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 Naczelna Pielęgniarka, natomiast zespołem pielęgniarskim na 22 oddziałach zarządzają pielęgniarki oddziałowe, na 12 oddziałach

p.o. pielęgniarki oddziałowej, natomiast na Oddziale Rehabilitacji Kardiologicznej, zespołem pielęgniarskim zarządza pielęgniarka koordynująca.

Wskazać należy, iż nazwa stanowiska powinna zawierać ustawowe brzmienie „pielęgniarki oddziałowej”. Działania mające na celu nieobsadzanie stanowisk wymienionych z nazwy w art. 49 ust. 1 ustawy, a w ich miejsce tworzenie – w zakresie merytorycznym tożsamy, a tylko inaczej nazwanych, stanowią próbę obejścia przepisów. Już w poprzedniej kontroli zwrócono na to uwagę i wskazano jako nieprawidłowość.

Zgodnie z wyjaśnieniami otrzymanymi przez kontrolowanego, pielęgniarka koordynująca Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej jest zatrudniona czasowo, posiada status emeryta. Nowo wybrana Naczelna Pielęgniarka będzie kolejno ogłaszała postępowania konkursowe na stanowiska pielęgniarek oddziałowych w poszczególnych oddziałach.

Ww. stanowiska określone zostały zarówno w Regulaminie Organizacyjnym Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. NMP w Częstochowie, jak i załączniku nr 2 (Tabela zaszeregowania stanowisk pracy) oraz nr 3 (Wykaz stanowisk, na których przysługuje dodatek funkcyjny i stawek dodatku funkcyjnego) do Tymczasowego Regulaminu Wynagradzania pracowników Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Częstochowie, z wyjątkiem stanowiska naczelnej pielęgniarki, które nie zostało wskazane w ww. Tymczasowym Regulaminie Wynagradzania.

Wobec powyższego zaleca się ujednoczenie zapisów Tymczasowego Regulaminu Wynagradzania pracowników Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Częstochowie we wskazanym zakresie.

[Dowód: akta kontroli str. 385-429]

B: Stwierdzone nieprawidłowości oraz przyczyny, zakres i skutki stwierdzonych nieprawidłowości:

- 1) naruszenie zapisów art. 49 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej poprzez brak przeprowadzenia postępowań konkursowych na stanowiska pielęgniarki oddziałowej w 12 oddziałach;
- 2) zastąpienie stanowiska pielęgniarki oddziałowej Oddziału Rehabilitacji Kardiologicznej stanowiskiem „pielęgniarki koordynującej”;
- 3) niespójność zapisów Tymczasowego Regulaminu Wynagradzania pracowników Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Częstochowie z Regulaminem Organizacyjnym Szpitala w zakresie stanowisk pracy.

Przyczyny nieprawidłowości:

- niedochowanie należytej staranności w zakresie stosowania zapisów art. 49 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej,
- brak porozumienia pomiędzy Dyrekcją Szpitala a organizacjami związkowymi w zakresie przyjęcia Regulaminu Wynagradzania pracowników Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Częstochowie.

C: Ocena cząstkowa: pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości.

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

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

A. Ustalenia faktyczne:

Ostatnia kontrola w Szpitalu przeprowadzona została przez pracowników Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego

w terminie od 22 grudnia 2020 r. do 31 stycznia 2021 r. Przedmiotem kontroli objęto: realizację zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie; dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych, prawidłowość gospodarowania mieniem oraz środkami publicznymi w latach 2019-2020.

Pismem z dnia 21 kwietnia 2021 r., znak: NZ-NK.1711.17.2020 (NZ-NK.KW-000168/21), Projekt wystąpienia pokontrolnego został przekazany Dyrektorowi Szpitala. Dyrektor nie zgłosił zastrzeżeń do treści projektu.

W związku z powyższym pismem z dnia 30 czerwca 2021 r., znak: NZ-NK.1711.17.2020 (NZ- NK.KW-000376/21), przekazano Dyrektorowi Szpitala Wystąpienie pokontrolne zawierające zalecenia pokontrolne w zakresie:

- 1) *Przestrzegania obowiązku wynikającego z art. 22 ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym (t.j.: Dz. U. z 2021 r. poz. 112), który wskazuje 7 dniowy termin na zgłoszenie zmian do KRS;*
- 2) *Wpisania w treść Regulaminu Organizacyjnego celów będących w pełni tożsamymi z wyszczególnionymi w Statucie Szpitala;*
- 3) *Występowania każdorazowo do Rady Społecznej Szpitala o wyrażenie opinii dotyczących zmian w strukturze organizacyjnej Szpitala oraz do podmiotu tworzącego o zgodę przed wprowadzaniem zmian w strukturze organizacyjnej Szpitala;*
- 4) *Umieszczania na stronie internetowej oraz stronie podmiotowej BIP Szpitala wszystkich informacji wymaganych przepisami prawa;*
- 5) *Każdorazowego umieszczania w treści umów na świadczenia zdrowotne zapisów wskazanych w art. 27 ustawy o działalności leczniczej;*
- 6) *Każdorazowego terminowego wykonywania przeglądów technicznych użytkowanego sprzętu i aparatury medycznej.*
- 7) *Każdorazowego występowania o zgodę podmiotu tworzącego oraz o opinię Rady Społecznej w sprawach dotyczących nabywania sprzętu i aparatury medycznej – przed rozpoczęciem procedury nabycia.*
- 8) *Każdorazowego umieszczania w treści zawieranych umów najmu i dzierżawy wszystkich zapisów wskazanych w „Zasadach zbywania, wdzierżawiania, wynajmowania, oddania w użytkowanie lub użyczenie aktywów trwałych SP ZOZ, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie”;*
- 9) *Każdorazowego naliczania, pobierania i dochodzenia odsetek za zwłokę w zapłacie faktur z tytułu zawieranych umów najmu i dzierżawy.*
- 10) *Przeprowadzenia konkursu na stanowiska pielęgniarki oddziałowej Oddziału Rehabilitacji Kardiologicznej, zgodnie z art. 49 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej;*
- 11) *Ujednoczenia zapisów Tymczasowego Regulaminu Wynagradzania pracowników Szpitala Specjalistycznego w zakresie stanowisk pracy.*
- 12) *Przestrzegania w pełni obowiązku realizacji zaleceń pokontrolnych wydanych przez podmiot tworzący w wyniku przeprowadzonej kontroli.*

Dyrektor Szpitala pismem z dnia 27.08.2021 r. (znak: WSzS.DDO.0910.10.2020) złożył do Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego sprawozdanie o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych, w którym poinformował, że z uwagi na trwającą pandemię zalecenie w zakresie przeprowadzenia konkursu na stanowisko pielęgniarki oddziałowej nie zostało zrealizowane. Jednocześnie nie zostało zrealizowane zalecenie dot. ujednoczenia zapisów Tymczasowego Regulaminu Wynagradzania pracowników Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Częstochowie w zakresie nazewnictwa stanowisk pracy określonych w Regulaminie Organizacyjnym Szpitala.

Do czasu przeprowadzenia obecnej kontroli przez podmiot tworzący, Szpital nie zrealizował żadnego z ww. zaleceń pokontrolnych. Zgodnie z wyjaśnieniami przekazanymi kontrolującym, trwają prace nad Regulaminem Wynagradzania w związku ze zmianami w Kodeksie Pracy, które weszły w życie dnia 26 kwietnia 2023 r., następnie projekt ww. Regulaminu zostanie przedstawiony do akceptacji organizacjom związkowym działającym w Szpitalu.

Ostatecznie stwierdzono, że ww. zalecenia pokontrolne nie zostały wykonane w części polegającej na:

- 1) Każdorazowym występowaniu o opinię Rady Społecznej w sprawach dotyczących nabywania sprzętu i aparatury medycznej – przed rozpoczęciem procedury nabycia.
- 2) Przeprowadzeniu konkursu na stanowiska pielęgniarki oddziałowej Oddziału Rehabilitacji Kardiologicznej, zgodnie z art. 49 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej;
- 3) Ujednoliceniu zapisów Tymczasowego Regulaminu Wynagradzania pracowników Szpitala Specjalistycznego w zakresie stanowisk pracy.
- 4) Przestrzeganiu w pełni obowiązku realizacji zaleceń pokontrolnych wydanych przez podmiot tworzący w wyniki przeprowadzonej kontroli.

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 w zakresie:

- występowania o opinię Rady Społecznej w sprawach dotyczących nabywania sprzętu i aparatury medycznej – przed rozpoczęciem procedury nabycia.
- przeprowadzenia konkursu na stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Rehabilitacji Kardiologicznej, zgodnie z art. 49 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej,
- ujednolicenia zapisów Tymczasowego Regulaminu Wynagradzania pracowników Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Częstochowie w zakresie nazewnictwa stanowisk pracy określonych w Regulaminie Organizacyjnym Szpitala oraz przyjęcia projektu Regulaminu Pracy i Wynagradzania Szpitala, a następnie przedstawienia go związkom zawodowym w celu dokonania uzgodnień treści,
- przestrzegania w pełni obowiązku realizacji zaleceń pokontrolnych wydanych przez podmiot tworzący w wyniki przeprowadzonej kontroli.

Przyczyny nieprawidłowości:

- brak realizacji zaleceń pokontrolnych, do wykonania których Dyrektor Szpitala zobowiązany został przez Zarząd Województwa Śląskiego w wystąpieniu pokontrolnym z dnia 23 czerwca 2021 r.

C: Ocena cząstkowa: negatywna

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.

[Dowód: akta kontroli str. 430- 462]

VI. Pozostałe informacje, zalecenia i pouczenia.

1. Pozostałe informacje.

Pismem z dnia 25 stycznia r., znak: NZ-NK.1711.1.2023 (NZ-NK.KW-00031/24) Projekt wystąpienia pokontrolnego został przekazany Dyrektorowi Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny z siedzibą w Częstochowie. Dyrektor Szpitala nie zgłosił w wyznaczonym terminie zastrzeżeń do Projektu wystąpienia pokontrolnego.

2. Zalecenia.

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami zalecam podjąć działania polegające na:

- 1) Wprowadzaniu do Rejestru skarg i wniosków informacji dotyczących strony składającej skargę/wniosek, terminu wpływu skargi, jak również terminu udzielenia odpowiedzi skarżącemu;
- 2) Każdorazowym uzyskaniu opinii Rady Społecznej Szpitala dotyczącej nabycia sprzętu medycznego zgodnie z art. 48 ust. pkt 1 lit a ustawy o działalności leczniczej;
- 3) Przeprowadzeniu postępowań konkursowych na stanowisko pielęgniarki oddziałowej w oddziałach, w których osoby obecnie zatrudnione pełnią obowiązki pielęgniarki oddziałowej, zgodnie z zapisami art. 49 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej;
- 4) Przeprowadzeniu konkursu na stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Rehabilitacji Kardiologicznej, zgodnie z art. 49 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej;
- 5) Ujednoczeniu zapisów Tymczasowego Regulaminu Wynagradzania pracowników Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Częstochowie z Regulaminem Organizacyjnym Szpitala w zakresie stanowisk pracy;
- 6) Bezwzględnej realizacji zaleceń pokontrolnych wydanych po przeprowadzonej kontroli przez podmiot tworzący.

3. Pouczenia.

Wystąpienie pokontrolne sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, z których jeden przekazuje się do Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny z siedzibą w Częstochowie.

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:

URZĘD MARSZAŁKOWSKI WOJEWÓDZTWA
Małgorzata Barczyk
Dyrektor
Biuro Informacji, Nadzoru Podmiotów
Leczniczych i Opieki Zdrowia

