

Katowice, 24.04.2024 r.
NZ-NK.1711.3.2023

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

**Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4
Aleja Legionów 10, 41-902 Bytom**
(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, poz. 1331),
- 3) planu kontroli na 2023 rok, załącznik nr 2, poz. 3 zatwierdzonego uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 199/398/VI/2023 z dnia 02.02.2023 r.,
- 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 nr 4 w Bytomiu, Aleja Legionów 10, 41-902 Bytom.

Kierownik jednostki kontrolowanej:

Od 01.12.2020 r. funkcję dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 4 w Bytomiu pełni Pan Wojciech Michalik.

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

- Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa, Pana Janusza Milejskiego (zatrudnienie w okresie 01.12.2014 r. – 27.08.2021 r.), a następnie Pana Janusza Kuśmierz – zatrudnienie od 28.08.2021 r.);
- Zastępcy Dyrektora ds. Techniczno – Administracyjnych, Pana Janusza Moszyńskiego (zatrudnienie w okresie 03.01.2019 r – 31.08.2021 r.), a następnie Pana Marcina Briksa (aneks do umowy od dnia 06.05.2021 r. pełnienie obowiązków Zastępcy Dyrektora na czas nieobecności Pana Janusza Moszyńskiego, kolejny aneks do umowy z objęciem stanowiska Zastępcy Dyrektora z dniem 01.09.2021 r. Rozwiązanie umowy w dniu 28.02.2021 r.).
Od dnia 01.03.2023 r. Szpital nie zatrudnia pracownika na stanowisku Zastępcy Dyrektora ds. Techniczno – Administracyjnych.
- Głównej Księgowej – Pani Renaty Świętek (zatrudnienie od 08.01.2018 r.).

Termin przeprowadzenia czynności kontrolnych i zakres kontroli:

Kontrolę przeprowadzono w dniach 12.04.2023 r. – 13.04.2023 r. w zakresie: wybranych zagadnień z zakresu spraw organizacyjno-finansowych w latach 2021-2023.

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

Osoby przeprowadzające kontrolę:

Barbara Białas – Inspektor Departamentu Nadzoru Podmiotów Lecznicznych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 166/NZ/2023 z dnia 4 kwietnia 2023 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 11 kwietnia 2023 r.

Aleksandra Ćwiklińska – Inspektor Departamentu Nadzoru Podmiotów Lecznicznych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 165/NZ/2023 z dnia 4 kwietnia 2023 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 11 kwietnia 2023 r.

Magdalena Majchrzak – Osiecka – Główny Specjalista Departamentu Nadzoru Podmiotów Lecznicznych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 167/NZ/2023 z dnia 4 kwietnia 2023 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 11 kwietnia 2023 r.

O kontroli Dyrektor jednostki został poinformowany pismem z dnia 4 kwietnia 2023 r.

Kontrolę wpisano do książki kontroli pod pozycją 13.

[Dowód: akta kontroli str. 1-15]

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.

Informacje ogólne.

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu 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 000000013083 oraz posiada osobowość prawną i jest wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego w Katowicach pod numerem KRS 0000054127. Siedzibą Szpitala jest miasto Bytom.

Szpital działa na podstawie:

- 1) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t. j.: 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 (t. j.: Dz. U. z 2022 r. poz. 2561 z późn. zm.);
- 3) Statutu Szpitala przyjętego Uchwałą Nr VI/42/13/2017 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 18 września 2017 r., w sprawie ogłoszenia tekstu jednolitego Uchwały Nr VI/12/7/2015 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 21 września 2016 r. i ogłoszonego w Dzienniku urzędowym Województwa Śląskiego w dniu 5 października 2017 r. pod pozycją 5295 (Dz. Urz. Z dnia 5 października 2017 r., poz. 5295);
- 4) Regulaminu Organizacyjnego, którego ostatnie zmiany, pozytywnie zaopiniowane przez

Radę Społeczną Uchwałą Nr 40/2022 z dnia 20 grudnia 2022 r., wprowadzone zostały w życie Zarządzeniem Nr 124/2022 Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego z dnia 22 grudnia 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 grudnia 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 20 kwietnia 2022 r. z późn. zm.,
- 6) innych powszechnie obowiązujących przepisów prawa.

W Szpitalu zatrudnienie na dzień 12.04.2023 r. roku wynosiło:

- 887 pracowników w ramach umowy o pracę,
- 29 pracowników w ramach umowy zlecenia,
- 121 pracowników w ramach kontraktu.

[Dowód: akta kontroli str. 16-18]

1. Prawidłowość wpisów w Krajowym Rejestrze Sądowym.

W okresie objętym kontrolą dwukrotnie dokonywano zmian w zapisach Krajowego Rejestru Sądowego (dalej: KRS). Ostatnie zgłoszenie do KRS z dnia 29.03.2023 r. dotyczy zmiany składu Rady Społecznej na podstawie Uchwały nr 483/408/VI/2023 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 10.03.2023 r. Weryfikacja dokumentacji wykazała, że Szpital nie dopełnił ustawowego obowiązku wynikającego z art. 22 ustawy o Krajowym Rejestrze Sądowym z dnia 20 sierpnia 1997 r. (t. j.: Dz. U. z 2023 r. poz. 683 z późn. zm.), który wskazuje 7 – dniowy termin na zgłoszenie zmian do KRS. Z oświadczenia złożonego przez Dyrektora Szpitala wynika, że wniosek został złożony w najszybszym możliwym terminie, tj. w dniu 29.03.2023 r., po pozyskaniu wszystkich danych osobowych członków Rady Społecznej niezbędnych dla procesu rejestracji.

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

[Dowód: akta kontroli str. 19-41]

2. 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 40/2022 z dnia 20 grudnia 2022 r., zostały wprowadzone w życie Zarządzeniem Dyrektora nr 124/2022 z dnia 22 grudnia 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

w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (dalej Rejestr) prowadzonym przez Wojewodę Śląskiego według stanu na dzień 12.04.2023 r.

Zapisy Regulaminu Organizacyjnego dotyczące struktury organizacyjnej Szpitala nie są zgodne z Rejestrem. Stwierdzono rozbieżności pomiędzy zapisami zawartymi Regulaminie i Rejestrze, w zakresie przyjętych nazw niżej wymienionych w tabeli komórek organizacyjnych:

	REJESTR PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ	REGULAMIN ORGANIZACYJNY
L.p.	Nazwa jednostki/ komórki organizacyjnej	Nazwa jednostki/ komórki organizacyjnej
1	Izba Przyjęć Ogólna	Izba Przyjęć
2	Izba Przyjęć Urazowo – Ortopedyczna	Brak zapisu dotyczącego Izby Przyjęć Urazowo – Ortopedycznej

Tabela nr. 1 Zgodność Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego z Regulaminem Organizacyjnym

Ponadto w Regulaminie znajdują się zapisy dotyczące funkcjonowania Poradni Dermatologicznej oraz Poradni Gastrologicznej. Jak wynika z Rejestru, działalność obu Poradni została zakończona w dniu 01.12.2022 r. W trakcie czynności kontrolnych uzyskano informację, iż zmiana Regulaminu jest w trakcie procedowania. Niezwłocznie po uzyskaniu informacji od Wojewody o dokonaniu zmian w Rejestrze, Rada Społeczna w dniu 25.04.2023 r. pozytywnie zaopiniowała zmiany w Regulaminie Organizacyjnym (Uchwała nr 8/2023 z dnia 25.04.2023 r.). W dniu 26.04.2023 r. zarządzeniem Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 4 w Bytomiu nr 44/2023 został wprowadzony nowy Regulamin Organizacyjny nie zawierający zapisów dotyczących ww. komórek.

Dodatkowo należy zaznaczyć, iż stosowanie w treści Regulaminu organizacyjnego nazwy „przedsiębiorstwa” (§ 14 *Sposób kierowania komórkami organizacyjnymi przedsiębiorstwa podmiotu*) zamiast „zakładu leczniczego” jest niezgodne z nazewnictwem wynikającym z Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

W trakcie kontroli stwierdzono iż Regulamin zawiera wszystkie zapisy wymagane przez art. 24 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej a wskazane w Regulaminie wysokości opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej zostały ustalone zgodnie ze sposobem wskazanym w art. 28 ust. 4 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j.: Dz. U. z 2022 r., poz. 1876).

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. W okresie objętym kontrolą dokonywano zmian w strukturze organizacyjnej Szpitala związanych z utworzeniem Zespołu Leczenia Środowiskowego oraz likwidacją Oddziału Dermatologii, Poradni Dermatologicznej oraz Poradni Gastrologicznej. 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 ww. regulacje. W okresie objętym kontrolą dokonywano zmian w ww. zakresie. Przebieg zmian zweryfikowano pod względem uzyskania pozytywnej opinii Rady Społecznej Szpitala w związku z dokonywaną zmianą, uzyskaniem

akceptacji podmiotu tworzącego, a także zgłoszeniem zmian w strukturze organizacyjnej do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonym przez Wojewodę Śląskiego. Stwierdzono, że ww. procedury zostały zachowane.

Szpital prowadzi stronę internetową pod adresem <https://wszs4.pl/> oraz powiązaną z nią stronę podmiotową BIP pod adresem <https://bip-slaskie.pl/szpital4bytom/>. Kontrola treści zawartych na stronie internetowej Szpitala wykazała, że zawiera ona informacje wymagane przez art. 24 ust 2 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. 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 nieprawidłowości:

1. 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, 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 ogólnego zapisu tj. Izba Przyjęć zawartego w Regulaminie w stosunku do wyszczególnienia Izby Przyjęć Ogólnej oraz Izby Przyjęć Urazowo – Ortopedycznej wskazanych w Rejestrze;
2. Posługiwanie się w treści Regulaminu Organizacyjnego pojęciem „przedsiębiorstwa” zamiast „zakładu leczniczego” co jest niezgodne z nazewnictwem wynikającym z Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Przyczyny nieprawidłowości:

1. Niedochowanie należytej staranności w zakresie braku ujednoczenia nazewnictwa komórek organizacyjnych działalności medycznej widniejących w Regulaminie Organizacyjnym Szpitala z ujawnionymi w Rejestrze;
2. Stosowanie zapisów niezgodnych z nazewnictwem wynikającym z ww. Ustawy.

C. Ocena cząstkowa: pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości.

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. 42-158]

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 kompleksie budynków zlokalizowanych w Bytomiu przy Alei Legionów 10. Ponadto ambulatoryjne świadczenia zdrowotne mogą być udzielane w miejscu pobytu pacjenta (Zespół Leczenia Środowiskowego).

1. Funkcjonowanie wybranych komórek organizacyjnych.

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

- 1) Oddział Kardiologii,

- 2) Oddział Nefrologii,
- 3) Poradnia Okulistyczna,
- 4) Poradnia Urazowo-Ortopedyczna.

Ad. 1) Oddział Kardiologii

Zlokalizowany w Bytomiu przy Alei Legionów 10 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: 4100 Oddział kardiologiczny. Oddział został wpisany do Rejestru z dniem 18.02.1998 r. i dysponuje 22 łózkami. Do zadań Oddziału należy udzielanie świadczeń szpitalnych z zakresu kompleksowej diagnostyki i leczenia chorób układu sercowo – naczyniowego. W Oddziale Kardiologii realizowany jest program KOS-Zawał. Jest to skoordynowany program opieki, z uwzględnieniem rehabilitacji kardiologicznej, skierowany do pacjentów po zawałe mięśnia sercowego. Do Oddziału kierowani są pacjenci w trybie planowym z Izby Przyjęć oraz w trybie ostrego dyżuru z innych Oddziałów.

W okresie objętym kontrolą liczba hospitalizowanych pacjentów wyniosła:

- 979 w 2021 r.,
- 1029 w 2022 r.,
- 373 w okresie od 01.01.2023 r. do 11.04.2023 r.

Na listę oczekujących, według stanu na dzień kontroli, wpisano 80 przypadków pilnych oraz 193 przypadki stabilne.

Funkcjonowanie ww. komórki organizacyjnej w zakresie udzielania świadczeń nie budzi zastrzeżeń.

Ad. 2) Oddział Nefrologii

Zlokalizowany w Bytomiu przy Alei Legionów 10 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: 4130 Oddział nefrologiczny. Oddział został wpisany do Rejestru z dniem 18.02.1998 r. i dysponuje 18 łózkami w tym 2 łózkami intensywnej opieki medycznej.

Zakres wykonywanych zadań: diagnostyka i leczenie chorób nerek, układu moczowego, kwalifikacja do leczenia nerkozastępczego diagnostyka i leczenie powikłań hemodializoterapii, przeprowadzanie badań wymaganych do kwalifikacji do przeszczepu nerek, zakładanie cewników. Oddział przyjmuje pacjentów całodobowo we wszystkie dni tygodnia.

W okresie objętym kontrolą liczba hospitalizowanych pacjentów wyniosła:

- 444 w 2021 r.,
- 535 w 2022 r.,
- 103 w okresie od 01.01.2023 r. do 11.04.2023 r.

Na listę oczekujących, według stanu na dzień kontroli, wpisano 12 przypadków stabilnych.

Funkcjonowanie ww. komórki organizacyjnej w zakresie udzielania świadczeń nie budzi zastrzeżeń.

Ad. 3) Poradnia Okulistyczna

Poradnia zlokalizowana w Bytomiu przy Alei Legionów 10, wpisana jest do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 024 (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: 1600 Poradnia okulistyczna. Poradnia została wpisana do Rejestru z dniem 18.02.1998 r. Poradnia prowadzi działania diagnostyczno – lecznicze w zakresie leczenia szerokiego wachlarza chorób i zaburzeń w obrębie oka: zapewnienia świadczeń ambulatoryjnych, diagnostyki i leczenia jaskry, diagnostyki neurookulistycznej, wskazań do leczenia szpitalnego, leczenie po hospitalizacji i zabiegach.

W okresie objętym kontrolą liczba udzielonych porad wyniosła:

- 6810 w 2021 r.,
- 6954 w 2022 r.,
- 1533 w okresie od 01.01.2023 r. do 31.03.2023 r.

Na listę oczekujących, według stanu na dzień kontroli, wpisano 32 przypadki pilne oraz 1239 przypadków stabilnych.

Zgodnie z harmonogramem świadczenia udzielane są 5 dni w tygodniu: poniedziałki, wtorki i czwartki w godzinach od 7.00 do 14.00, w środy w godzinach od 7.00 do 18.00 i w piątki od 7.00 do 12.55. Kontrolujący stwierdzili, że w dniu 13 kwietnia 2023 r. udzielanie świadczeń zdrowotnych w Poradni Okulistycznej odbywało się zgodnie z ustalonym harmonogramem pracy.

Funkcjonowanie ww. komórki organizacyjnej w zakresie udzielania świadczeń nie budzi zastrzeżeń.

Ad. 4) Poradnia Urazowo-Ortopedyczna

Poradnia, zlokalizowana w Bytomiu przy Alei Legionów 10, wpisana jest do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 019 (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 Urazowo-Ortopedyczna wpisana została do Rejestru z dniem 18.02.1998 r. Zajmuje się diagnostyką i leczeniem pacjentów z chorobami oraz urazami narządów ruchu w ramach specjalistycznych ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w trybie planowym i nagłym oraz pacjentów po leczeniu szpitalnym.

W okresie objętym kontrolą liczba udzielonych porad wyniosła:

- 24 707 w 2021 r.,
- 10270 w 2022 r.,
- 11371 w okresie od 01.01.2023 r. do 31.03.2023 r.

Na listę oczekujących, według stanu na dzień kontroli, wpisano 4 przypadki pilne i 461 stabilnych. Zgodnie z harmonogramem świadczenia udzielane są 5 dni w tygodniu: poniedziałki, wtorki i czwartki w godzinach od 7.00 do 14.00, w środy w godzinach od 7.00 do 18.00 i w piątki od 7.00 do 12.55. Kontrolujący stwierdzili, że w dniu 13 kwietnia 2023 r. udzielanie świadczeń zdrowotnych w Poradni Urazowo-Ortopedycznej odbywało się zgodnie z ustalonym harmonogramem pracy.

Funkcjonowanie ww. komórki organizacyjnej w zakresie udzielania świadczeń nie budzi zastrzeżeń.

[Dowód: akta kontroli str. 159-166]

2. Udzielanie zamówień na świadczenia zdrowotne.

Przedmiotem weryfikacji przeprowadzonej przez kontrolujących były zapisy umów:

- 1) Nr 1/NP./SZ/4/2020 z dnia 14.10.2020 r. dotycząca wykonywania świadczeń zdrowotnych w zakresie badań mammograficznych;
- 2) Nr 16/2021/DOP z dnia 21.07.2021 r. dotycząca udzielenia świadczeń zdrowotnych w zakresie pilnych badań immunohistochemicznych materiału pobieranego z oskrzeli i węzłów chłonnych metodą EBUS-TBNA.

Ad. 1)

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 euro), na podstawie art. 26 ust 4a ww. ustawy, zawarcie umowy nastąpiło w wyniku rozstrzygnięcia zapytania ofertowego. Przedmiotem umowy jest wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie badań mammograficznych.

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 01.01.2021 r. do dnia 31.12.2023 r. oraz wskazuje maksymalną wartość zamówienia. Została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach i podpisana przez strony.

W ramach kontroli realizacji umowy sprawdzono faktury nr:

- 061/DF/06/2021 z dnia 08.07.2021 r. – stawka jednostkowa zgodna z umową, płatność dokonana w terminie,
- 048/DF/05/2022 z dnia 13.06.2022 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 euro), na podstawie art. 26 ust 4a ww. ustawy, zawarcie umowy nastąpiło w wyniku rozstrzygnięcia zapytania ofertowego. Przedmiotem umowy jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pilnych badań immunohistochemicznych materiału pobieranego z oskrzeli i węzłów chłonnych metodą EBUS-TBNA.

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 26.07.2021 r. do 25.07.2024 r. oraz wskazuje maksymalną wartość zamówienia. Została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach i podpisana przez strony. W jej zapisach wskazano maksymalną wartość zamówienia. W ramach kontroli realizacji umowy sprawdzono faktury nr:

- 39/02/2022/09 z dnia 10.10.2022 r. – stawka jednostkowa zgodna z umową, płatność dokonana w terminie,
- 65/02/2023/01 z dnia 10.02.2023 r. – stawka jednostkowa zgodna z umową, płatność dokonana w terminie.

[Dowód: akta kontroli str. 167-238]

3. Serwisowanie aparatury oraz sprzętu medycznego.

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

- 1) Pompa infuzyjna dwustrzykawkowa, typ AP22, rok produkcji 2009, nr inwentarzowy 802-1846, Ostatni przegląd okresowy odbył się w dniu 05.08.2022 r. – został dokonany w terminie. Wykonano test bezpieczeństwa elektrycznego. Zgodnie z wpisem: „Wynik testu pozytywny”. Następny przegląd wyznaczony został na sierpień 2023 r.
- 2) Urządzenie do terapii wysokoprzepływowej, typ Airvo 2. Rok produkcji 2021., nr inwentarzowy 802-2361. Rozpoczęcie eksploatacji odbyło się w dniu 13.05.2021 r. Termin testu

L

bezpieczeństwa wyznaczony został na kwiecień 2023 r. Do dnia przeprowadzenia kontroli (12.04.2023 r.) nie przeprowadzono przeglądu.

- 3) Defibrylator, typ D700, rok produkcji 2021, nr inwentarzowy 802-2430. Ostatni przegląd okresowy odbył się w dniu 30.03.2023 r. – został dokonany w terminie. Zgodnie z wpisem: „Urządzenie sprawne technicznie i bezpieczne w eksploatacji” Następny przegląd wyznaczony został na marzec 2024 r.
- 4) Kardiomonitor, typ ePM10M, rok produkcji 2020, nr inwentarzowy 802-2373. Ostatni przegląd okresowy odbył się w dniu 02.11.2022 r. – został dokonany w terminie. Zgodnie z wpisem: „Urządzenie sprawne” Następny przegląd wyznaczony został na listopad 2023 r.

[Dowód: akta kontroli str. 239-253]

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

Sprawdzeniem objęto Rejestr skarg i wniosków Szpitala w latach 2021-2023. Sposób rozpatrywania skarg i wniosków został określony w *Procedurze rozpatrywania skarg i wniosków w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym nr 4 w Bytomiu*, wprowadzonej Zarządzeniem nr 8/26 Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 4 w Bytomiu z dnia 26 stycznia 2016 r. Zgodnie z procedurą, skargi i wnioski można składać pisemnie w Kancelarii Szpitala codziennie w godzinach urzędowania, jak również drogą elektroniczną oraz ustnie do protokołu.

Zgodnie z przyjętymi w ww. dokumencie regulacjami, Szpital przyjmuje i rozpatruje skargi i wnioski w sposób gwarantujący równe traktowanie stron, zachowanie obiektywizmu oraz przestrzeganie obowiązujących przepisów prawa. W Procedurze ujęto m.in. zapis dot. terminu załatwienia skargi lub wniosku bez zbędnej zwłoki. Rozpatrzenie skargi lub wniosku powinno być poprzedzone analizą wszystkich okoliczności sprawy. Do rozpatrzenia skargi można powołać zespół złożony z osób posiadających kwalifikacje i kompetencje w przedmiocie skargi.

Rejestr jest prowadzony zgodnie z art. 254 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. *Kodeks postępowania administracyjnego* (t.j. Dz. U. z 2023 r., poz. 775 z późn. zm.), czyli w sposób umożliwiający kontrolę przebiegu i terminów załatwiania skarg. Zawiera m.in. pozycje dotyczące daty wpływu i załatwienia skargi oraz informacje o jej zasadności. W roku 2021 wpłynęło 18 skarg, z których 1 uznano za zasadną a 17 za bezzasadne. W roku 2022 r. wpłynęło 17 skarg, z których 1 uznano za zasadną, 4 za częściowo zasadne a 12 za bezzasadne. Od dnia 01.01.2023 r. do dnia przeprowadzenia kontroli wpłynęły 4 skargi, z których 1 uznano za zasadną a 3 za bezzasadne. Odpowiedzi zostały udzielone skarżącym w terminie. Zgodnie z ustawą o *działalności leczniczej* analiza skarg i wniosków jest przedstawiana okresowo Radzie Społecznej Szpitala, co potwierdzają protokoły z posiedzeń Rady.

W okresie objętym kontrolą nie wpłynął żaden wniosek.

[Dowód: akta kontroli str. 254-330]

5. Wykonywanie badań satysfakcji pacjenta.

Z wyjaśnień udzielonych przez Dyrektora Szpitala wynika, że badania satysfakcji pacjenta Szpital wprowadził w dniu 13.04.2018 r. Informację na ten temat zamieszczono w szpitalnym Intranecie, celem rozpowszechniania przez pracowników Oddziałów wydruków ankiet wśród wszystkich pacjentów wskazanych komórek działalności medycznej, którzy wyrażą chęć udziału w badaniu.

W związku z rozpoczętym procesem wdrażania w Szpitalu Systemu Zarządzania Jakością, opartego na wymaganiach normy ISO 9001:2015, w dniu 25.05.2022 r. Zarządzeniem Dyrektora

nr 48/2022, powołano w Szpitalu Zespół ds. Opracowywania Wyników Ankiety Satisfakcji Pacjenta. Kontroli poddano dwa raporty z badania satysfakcji pacjenta:

- a) Raport za okres od 01.06.2022 r. do 01.10.2022 r.
- b) Raport za okres od 01.10.2022 r. do 31.12.2022 r.

Ad. a) W okresie od 01.06.2022 r. do dnia 01.10.2022 r. analizie poddano 1350 ankiet. Zebrano około 90 ankiet z każdego Oddziału szpitalnego. Wyniki kształtowały się następująco:

- wśród badanych przeważały liczbowo kobiety – ok. 21% więcej niż mężczyzn,
- średnia wieku badanych pacjentów to około 49 lat,
- opieka pielęgniarska (79% dobrze),
- możliwość uzyskania informacji o chorym (63 % dobrze),
- oczekiwanie na procedurę medyczną (65% dobrze),
- jakość żywienia (61%dobrze) - najczęstsze uwagi odnosiły się do estetyki posiłków i tego że nie są wystarczająco ciepłe,
- otoczenie i infrastruktura Szpitala (37% dobrze).

Ad. b) W okresie od 01.10.2022 do dnia 31.12.2022 analizie poddano 800 ankiet. Zebrano około 60 ankiet z każdego Oddziału szpitalnego. Wyniki kształtowały się następująco:

- wśród badanych przeważały liczbowo kobiety – około 4% więcej niż mężczyzn,
- średnia wieku badanych pacjentów to około 50 lat,
- uprzejmość pielęgniarek (76,6% bardzo dobrze),
- proces przyjęcia i uprzejmość personelu przy przyjęciu (71% bardzo dobrze),
- jakość żywienia (42% dobrze) - najczęstsze uwagi odnosiły się do estetyki posiłków i tego że nie są wystarczająco ciepłe,
- otoczenie i infrastruktura Szpitala (40,9% dobrze).

W celu zwiększenia satysfakcji pacjentów z pobytu w Szpitalu w ww. raportach zawarto stosowne zalecenia dotyczące żywienia oraz polepszenia infrastruktury szpitalnej. W oparciu o wyniki badań zmieniony został przedmiot zamówienia w postępowaniach przetargowych dotyczących żywienia pacjentów. Odnośnie drugiego zagadnienia podjęto stosowne działania w celu pozyskania środków finansowych na poprawę stanu budynków i otoczenia. Na przełomie kilku ostatnich lat przeprowadzone zostały znaczne prace termomodernizacyjne, wymiana okien i części dachu oraz rozpoczęte zostały dalsze prace remontowe w kolejnym skrzydle Szpitala.

[Dowód: akta kontroli str. 331-411]

B: Stwierdzone nieprawidłowości: brak

C: Ocena cząstkowa: pozytywna.

IV. Prawdliwość gospodarowania mieniem.

A. Ustalenia faktyczne.

W zakresie prawidłowości gospodarowania mieniem kontrolą objęto:

1. Nabycie sprzętu i aparatury medycznej.

a) Biometr optyczny o wartości 149 800,00 zł:

- zakup został ujęty w planie inwestycyjnym na 2021 r.,
- zakup przedmiotowego biometru pozytywnie zaopiniowała Rada Społeczna Szpitala uchwałą nr 23/2021 z dnia 23.09.2021 r.,
- akceptacja podmiotu tworzącego dla nabycia ww. sprzętu nie była wymagana,

- zakup sfinansowany został z wykorzystaniem dotacji Województwa Śląskiego (149 000,00 zł) oraz ze środków własnych (800,00 zł),
 - zakup potwierdzony fakturą VAT nr 5904072442 z dnia 29.10.2021 r. na kwotę: 149 800,00 zł,
 - termin płatności 60 dni od dnia otrzymania faktury, zapłacono w terminie,
 - protokół zdawczo-odbiorczy z dnia 29.10.2021 r.,
 - dowód przyjęcia OT0-00087/2021 z dnia 29.10.2021 r., numer inwentarzowy 002284.
- b) Aparat do terapii nerkozastępczej o wartości 84 240 zł,
- darowizna została ujęta w planie inwestycyjnym na 2022 r.,
 - brak opinii Rady Społecznej związanej z przyjęciem darowizny ww. sprzętu medycznego,
 - zgoda podmiotu tworzącego na nabycie nie była wymagana,
 - dokument magazynowy WZ13 nr 2022/10 z dnia 04.01.2022 r. Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego,
 - dowód przyjęcia ww. sprzętu w ramach Rządowej Agencji Rezerw Materiałowych od Wojewódzkiego Magazynu Obrony Cywilnej, Sprzętu Przeciwpowodziowego i Rezerw Województwa Śląskiego z dnia 04.01.2022 r.
 - dowód przyjęcia OT0 – 00001/2022 z dnia 04.01.2022 r., numer inwentarzowy 002300.

Zgodnie z art. 48 ust. 2 pkt 2 lit. e ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej, do zadań Rady Społecznej należy przedstawianie kierownikowi wniosków i opinii w sprawach zakupu lub przyjęcia darowizny nowej aparatury i sprzętu medycznego. Kontrolującym nie przedłożono opinii Rady Społecznej w zakresie przyjęcia darowizny wskazanego powyżej urządzenia (pkt b).

[Dowód: akta kontroli str. 412-453]

2. Zbycie sprzętu i aparatury medycznej.

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

a) Aparat do hemodializy - nr inwentarzowy 802-1575; nr fabryczny AV5AX460; data zakupu 2002 r.; wartość początkowa 52 500,26 zł; umorzenie 100%:

- ocena stanu technicznego ww. sprzętu z dnia 01.03.2021 r.,
- wniosek nr 14/2021 z dnia 19.03.2021 r. do Komisji kasacyjnej Szpitala o przeprowadzenie kasacji ww. sprzętu,
- pozytywna opinia Rady Społecznej Szpitala dotycząca kasacji ww. sprzętu wyrażona uchwałą nr 21/2021 z dnia 23.09.2021 r.,
- zgoda podmiotu tworzącego na zbycie nie była wymagana,
- protokół z przekazania ww. sprzętu do kasacji z dnia 10.02.2022 r.,
- dowód LT0-00003/2022 z dnia 10.02.2022 r.,
- zgodnie z oświadczeniem Dyrektora do dnia kontroli zostały przeprowadzone trzy postępowania przetargowe dotyczące kasacji ww. sprzętu, jednak z uwagi na brak złożonych ofert, nie została przeprowadzona jej realizacja.

b) Analizator laboratoryjny, typ mini API - nr inwentarzowy 801-1426; nr fabryczny INS002549; data zakupu 1999 r.; wartość początkowa 53 948,40 zł; umorzenie 100%:

- ocena stanu technicznego ww. sprzętu z dnia 04.03.2022 r.,
- wniosek nr 12/2022 z dnia 29.03.2022 r. do Komisji kasacyjnej Szpitala o przeprowadzenie kasacji ww. sprzętu,
- pozytywna opinia Rady Społecznej Szpitala dotycząca kasacji ww. sprzętu wyrażona uchwałą nr 8/2022 z dnia 24.05.2022 r.,

- zgoda podmiotu tworzącego na zbycie nie była wymagana,
- protokół z przekazania ww. sprzętu do kasacji z dnia 03.03.2023 r.,
- dowód LTO-00013/2023 z dnia 03.03.2023 r.,
- zgodnie z oświadczeniem Dyrektora do dnia kontroli zostały przeprowadzone trzy postępowania przetargowe dotyczące kasacji ww. sprzętu, jednak z uwagi na brak złożonych ofert, nie została przeprowadzona jej realizacja.

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

[Dowód: akta kontroli str. 454-506]

3. Najem/dzierżawa pomieszczeń.

W ramach kontroli sprawdzaniem objęto prawidłowość zawarcia:

- 1) Umowy dzierżawy nr 1/2021/DON z dnia 30.12.2021 r., dotyczącej oddania w dzierżawę lokalu o powierzchni 40,17 m² znajdującego się w budynku „K” Szpitala, na potrzeby urządzeń centrali telefonicznej,
- 2) Umowy dzierżawy nr 5/D/2022 z dnia 19.05.2022 r., dotyczącej oddania w dzierżawę części nieruchomości w postaci fragmentu szachtu kablowego zlokalizowanego w budynku „B” Szpitala.

Ad. 1)

Przedmiotem umowy jest oddanie w dzierżawę lokalu o powierzchni 40,17 m² znajdującego się w budynku „K” Szpitala, na potrzeby urządzeń centrali telefonicznej. Umowa została zawarta na czas określony od dnia 01.10.2022 r. do 31.05.2023 r. Zawarcie ww. umowy zostało poprzedzone wyrażeniem pozytywnej opinii przez Radę Społeczną Szpitala uchwałą nr 27/2021 z dnia 23.09.2021 r. Zgodnie z zapisami umowy, Wyzierżawiający zobowiązany jest płacić Dzierżawcy miesięczny czynsz z dołu przelewem w ciągu 14 dni od daty otrzymania prawidłowo wystawionej faktury VAT.

Kontrolą objęto następujące faktury:

- Nr 0099/03/2022 z dnia 31.03.2022 r. - wystawiona została zgodnie z treścią umowy. Należność została uregulowana w terminie.
- Nr 0089/02/2023 z dnia 28.02.2023 r. - wystawiona została zgodnie z treścią umowy. Należność została uregulowana w terminie.

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

Ad 2)

Przedmiotem umowy jest oddanie w dzierżawę części nieruchomości w postaci fragmentu szachtu kablowego zlokalizowanego w budynku „B” Szpitala, w celu poprowadzenia kabla światłowodowego o długości 220 m do urządzeń telekomunikacyjnych znajdujących się na dachu budynku. Umowa została zawarta na czas określony od dnia 02.05.2022 r. do 01.05.2024 r. Zawarcie ww. umowy zostało poprzedzone wyrażeniem pozytywnej opinii przez Radę Społeczną Szpitala uchwałą nr 41/2021 z dnia 16.12.2021 r. Zgodnie z zapisami umowy, Wyzierżawiający zobowiązany jest płacić Dzierżawcy miesięczny czynsz z góry przelewem, w terminie do piątego dnia danego miesiąca na podstawie otrzymanej faktury VAT.

Kontrolą objęto następujące faktury:

- Nr 0146/07/2022 z dnia 29.07.2022 r. - wystawiona została zgodnie z treścią umowy.

Należność została uregulowana w terminie.

- Nr 0100/12/2022 z dnia 30.12.2022 r. - wystawiona została zgodnie z treścią umowy. Należność została uregulowana w terminie.

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

[Dowód: akta kontroli str. 507-557]

4. Inwestycje współfinansowane z dotacji celowych Województwa Śląskiego.

Kontrolujący w ramach kontroli wykorzystania środków z dotacji Województwa Śląskiego zweryfikowali:

- 1) Zakup Aparatu USG GELOGIQ P9 nr fabryczny LP: 9354299.

Przedmiotowy sprzęt zakupiony został w dniu 29 października 2021 r. – nr umowy TM728/2021. Wykorzystywany jest w pracy Oddziału Chirurgii Naczyniowej i Ogólnej. Ułatwia szybką i wielokierunkową diagnostykę oraz wpływa na prawidłową ocenę układu naczyniowego pacjentów. Zgodnie z paszportem technicznym urządzenia przegląd okresowy odbył się w październiku 2022 r. i dokonany został w terminie, następny przegląd powinien być wykonany w październiku 2023 r., zgodnie z wpisem: „aparat sprawny”.

- 2) Zadanie inwestycyjne: *„Przystosowanie pomieszczeń sanitarnych do osób niepełnosprawnych na Oddziale Kardiologii w celu spełnienia wymogów Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczególnych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą”*. Inwestycja polegała na wykonaniu szeregu prac budowlano-instalacyjnych w jednej z łazienek Oddziału Kardiologii, celem utworzenia pomieszczenia sanitarnego przystosowanego dla osób niepełnosprawnych, wyposażonego w toaletę, umywalkę, natrysk wraz z niezbędnymi uchwytami. Zadanie zostało zakończone, co zostało udokumentowane spisaniem protokołu odbioru pomiędzy przedstawicielami Zamawiającego i Wykonawcy (Protokół nr 01/12/2022 z 09.12.2022 r.). Dzięki realizacji inwestycji przestrzeń Oddziału Kardiologii spełnia wymagania określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia a dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie zespołu pomieszczeń pielęgnacyjnych w oddziale, co zostało określone w załączniku nr 1 do ww. Rozporządzenia. Przedmiotowe pomieszczenie sanitarne wykorzystywane jest przez pacjentów Oddziału Kardiologii, w szczególności osoby z niepełnosprawnością ruchową. Podczas czynności kontrolnych zweryfikowano wykonanie zadania poprzez przeprowadzenie oględzin ww. pomieszczenia.

[Dowód: akta kontroli str. 558-603]

B. Stwierdzone nieprawidłowości:

Nieprawidłowość polegająca na braku uzyskania opinii Rady Społecznej w sprawie nabycia sprzętu medycznego co stanowi naruszenie art. 48 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej*.

Przyczyny nieprawidłowości:

Brak należytej staranności w zakresie przestrzegania zapisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej*.

C. Ocena cząstkowa: pozytywna mimo stwierdzonej nieprawidłowości.

D. Osoby odpowiedzialne: Dyrektor Szpitala, na podstawie art. 46 ust. 1 ustawy z dnia

2

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

Ogłaszanie i przeprowadzanie konkursów na stanowiska kierownicze

Kontrola realizacji zadań na gruncie art. 49 ust. 1 pkt 2 - 5, ust. 2 - 6 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej wykazała, iż w okresie objętym kontrolą, tj. lata 2021-2023 w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym nr 4 w Bytomiu miały miejsce dwa postępowania konkursowe na stanowiska kierownicze wskazane w art. 49 ww. ustawy.

Przeprowadzone postępowania konkursowe na stanowiska kierownicze:

- 1) Stanowisko Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa (data konkursu: 12.12.2022 r., okres zatrudnienia - 6 lat);
- 2) Stanowisko Naczelnej Pielęgniarki (data konkursu: 19.09.2022 r., okres zatrudnienia - 6 lat).

Podczas czynności kontrolnych Kontrolujący stwierdzili nieprawidłowości popełnione w toku postępowania konkursowego na stanowisko Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa polegające na:

- powołaniu komisji konkursowej Zarządzeniem Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 4 w Bytomiu z dnia 24.05.2022 r., co jest niezgodne z § 3 ust 2 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), stanowiącym, iż komisję konkursową powołuje się w terminie 2 miesiące od dnia zwolnienia stanowiska objętego konkursem (zwolnienie stanowiska nastąpiło w dniu 28.08.2021 r.);
- publikacji ogłoszenia o konkursie na ww. stanowisko w dniu 25.07.2022 r., co jest niezgodne z § 4 ust 1 pkt 3) ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia stanowiącym, iż ogłoszenie konkursu następuje w terminie 2 miesiące od dnia wszczęcia postępowania konkursowego (komisja konkursowa powołana została dnia 24.05.2022 r.).

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

- 1) Oddział Okulistyki: lekarz kierujący oddziałem, pielęgniarka oddziałowa;
- 2) Oddział Chorób Płuc: lekarz kierujący oddziałem, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
- 3) Oddział Chirurgii Naczyniowej i Ogólnej: lekarz kierujący oddziałem, pielęgniarka oddziałowa;
- 4) Oddział Intensywnej Terapii: lekarz kierujący oddziałem, pielęgniarka oddziałowa;
- 5) Oddział Urologii: lekarz kierujący oddziałem, pielęgniarka oddziałowa;
- 6) Oddział Nefrologii: lekarz kierujący oddziałem, pielęgniarka oddziałowa;
- 7) Oddział Onkologii: lekarz kierujący oddziałem, pielęgniarka oddziałowa;
- 8) Oddział Ortopedyczno-Urazowy: lekarz kierujący oddziałem, pielęgniarka oddziałowa;
- 9) Oddział Neurochirurgii i Neurotraumatologii: lekarz kierujący oddziałem, pielęgniarka oddziałowa;
- 10) Oddział Chorób Wewnętrznych: lekarz kierujący oddziałem, pielęgniarka oddziałowa;
- 11) Oddział Neurologii: lekarz kierujący oddziałem, pielęgniarka oddziałowa;
- 12) Oddział Kardiologii: lekarz kierujący oddziałem, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
- 13) Oddział Chirurgii Ogólnej: lekarz kierujący oddziałem, p.o. pielęgniarki oddziałowej;

14) Oddział Psychiatrii: lekarz kierujący oddziałem, p.o. pielęgniarki oddziałowej.

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

Pracą całego personelu pielęgniarskiego kieruje naczelną pielęgniarka, natomiast zespołem pielęgniarskim w dziesięciu Oddziałach zarządzają pielęgniarki oddziałowe, a w czterech Oddziałach osoby pełniące obowiązki pielęgniarek oddziałowych.

Zgodnie z wyjaśnieniami przekazanymi przez Kontrolowanego konkursy na stanowiska pielęgniarek oddziałowych w Oddziałach: Chorób Płuc, Chirurgii Ogólnej, Psychiatrii oraz Kardiologii zostaną wszczęte w czerwcu 2023 r.

Ww. stanowiska określone zostały zarówno w Regulaminie Organizacyjnym Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 4 w Bytomiu, jak i załączniku nr 1 (Tabela zaszeregowania stanowisk pracy oraz miesięcznych stawek wynagrodzenia zasadniczego dla pracowników Szpitala) oraz nr 2 (Wykaz stanowisk na których przysługuje dodatek funkcyjny i stawek dodatku funkcyjnego) do Regulaminu Wynagradzania Pracowników Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 4 w Bytomiu.

[Dowód: akta kontroli str. 604-640]

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

- a) przeprowadzenie postępowania konkursowego niezgodnie z zapisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą w zakresie dot. § 3 ust 2 ww. rozporządzenia tj. powołania komisji konkursowej w terminie 2 miesięcy od dnia zwolnienia stanowiska objętego konkursem;
- b) przeprowadzenie postępowania konkursowego niezgodnie z zapisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą w zakresie dot. §4 ust 1 pkt 3) ww. rozporządzenia tj. ogłoszenie konkursu (publikacja ogłoszenia) w terminie 2 miesięcy od dnia wszczęcia postępowania konkursowego;
- c) brak przeprowadzenia konkursu na stanowisko pielęgniarki oddziałowej w Oddziale:
 - Chorób Płuc,
 - Kardiologii (zalecenie wydane w ramach poprzedniej kontroli przeprowadzonej przez pracowników Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia),
 - Chirurgii Ogólnej,
 - Psychiatrii, zgodnie z art. 49 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.

Skutki nieprawidłowości:

- naruszenie 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);
- naruszenie art. 49 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.

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 w terminie 21-22.09.2020 r. oraz 25.09.2020 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 2018-2020.

Wydano zalecenia pokontrolne dotyczące:

- 1) zgłoszenia do KRS wymaganych danych w ustawowym terminie,
- 2) ustalenia wysokości opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej w sposób uwzględniający zapisy art. 28 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
- 3) wpisania do Regulaminu Organizacyjnego celów będących w pełni tożsamymi z wyszczególnionymi w Statucie Szpitala,
- 4) wpisania do Regulaminu Organizacyjnego zadań będących w pełni tożsamymi z wyszczególnionymi w Statucie Szpitala,
- 5) posługiwania się w treści Regulaminu Organizacyjnego pojęciem "zakład leczniczy" zamiast określenia „przedsiębiorstwo”,
- 6) wzmocnienia kontroli formalno-rachunkowej dokumentów księgowych,
- 7) prawidłowego przechowywania dokumentacji dotyczącej postępowań konkursowych przeprowadzanych w Szpitalu,
- 8) przeprowadzania postępowań konkursowych zgodnie z zapisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą w zakresie dot. § 15 ust. 3 ww. rozporządzenia tj. pisemnego powiadomienia kandydatów o wynikach konkursu,
- 9) przeprowadzenia postępowania konkursowego na stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Kardiologii, zgodnie z art. 49 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej,
- 10) wzmocnienia nadzoru nad przestrzeganiem procedury rozpatrywania skarg w zakresie dochowania terminu załatwienia skargi,
- 11) przedstawiania Radzie Społecznej do zaopiniowania wniosków w sprawie zakupu nowej aparatury i sprzętu medycznego,
- 12) przedstawiania Radzie Społecznej do zaopiniowania wniosków w sprawie planowanego zawarcia umowy dzierżawy,
- 13) uwzględniania w zawieranych umowach dzierżawy postanowień dotyczących ubezpieczenia przedmiotu umowy od zdarzeń losowych oraz zakazu podnajmowania, poddzierżawiania i oddawania przedmiotu umowy do bezpłatnego używania,
- 14) prawidłowego dokonywania waloryzacji wysokości wskazanego w umowie dzierżawy czynszu o wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych,
- 15) pełnej realizacji zaleceń pokontrolnych wydanych przez podmiot tworzący w wyniku przeprowadzonej kontroli.

§ 3 ust 2 ww. rozporządzenia tj. powołania komisji konkursowej w terminie 2 miesięcy od dnia zwolnienia stanowiska objętego konkursem oraz § 4 ust 1 pkt 3 ww. rozporządzenia tj. ogłoszenie konkursu (publikacja ogłoszenia) w terminie 2 miesięcy od dnia wszczęcia postępowania konkursowego;

- 5) Przeprowadzeniu konkursu na stanowisko pielęgniarki oddziałowej w Oddziale:
- Chorób Płuc,
 - Kardiologii (zalecenie wydane w ramach poprzedniej kontroli przeprowadzonej przez pracowników Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia),
 - Chirurgii Ogólnej,
 - Psychiatrii, zgodnie z art. 49 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej;
- 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 nr 4 w Bytomiu.

Wystąpienie pokontrolne zawiera 18 ponumerowanych stron.

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

Na podstawie § 26 ww. rozporządzenia, informację o sposobie wykonania zaleceń, wykorzystaniu wniosków lub przyczynach ich niewykorzystania albo o innym sposobie usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości należy przekazać do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w terminie 30 dni od daty otrzymania niniejszego wystąpienia.

Podmiot uprawniony do kontroli:

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

Dyrektor Szpitala złożył do Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego sprawozdanie o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych w ustawowym terminie.

Sprawdzono realizację zaleceń pokontrolnych w latach 2018-2020 i stwierdzono, że nie są one w pełni wykonane (dot. pkt 5, 9 i 11). Zgodnie z wyjaśnieniami przekazanymi przez Kontrolowanego postępowanie konkursowe na stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Kardiologii nie zostało wszczęte ze względu na okres pandemii oraz zmiany kadrowe w ww. Oddziale.

B. Stwierdzona nieprawidłowość:

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

Przyczyny nieprawidłowości:

Niedochowanie należytej staranności w zakresie pełnej realizacji zaleceń pokontrolnych z poprzednich kontroli przeprowadzonych przez podmiot tworzący, co może mieć wpływ na ocenę pracy kierownika jednostki kontrolowanej, w tym przypadku Dyrektora Szpitala.

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.

VI. Pozostałe informacje, zalecenia i pouczenia.

1. Pozostałe informacje.

Pismem z dnia 16 listopada 2023 r., znak: NZ-NK.1711.3.2023 (NZ-NK.KW-00432/23) Projekt wystąpienia pokontrolnego został przekazany Dyrektorowi Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 4 w Bytomiu. 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) Ujednoliceniu nazewnictwa komórek organizacyjnych działalności medycznej widniejących w Regulaminie Organizacyjnym Szpitala z ujawnionymi w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą w zakresie rozbieżności dotyczącej stosowania ogólnego zapisu tj. Izba Przyjęć zawartego w Regulaminie w stosunku do wyszczególnienia Izby Przyjęć Ogólnej oraz Izby Przyjęć Urazowo – Ortopedycznej wskazanych w Rejestrze;
- 2) Posługiwaniu się w treści Regulaminu Organizacyjnego pojęciem „zakładu leczniczego” zamiast „przedsiębiorstwa” zgodne z nazewnictwem wynikającym z Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
- 3) Każdorazowym pozyskiwaniu opinii Rady Społecznej w sprawie nabycia sprzętu medycznego zgodnie z art. 48 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
- 4) Przeprowadzaniu postępowania konkursowego zgodnie z zapisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą w zakresie dot.