

Katowice, 20 grudnia 2024 r.
NZ-NK.1711.8.2024

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

**Wojewódzki Szpital Chorób Płuc
im. dr. Alojzego Pawelca
z siedzibą w Wodzisławiu Śląskim
ul. Bracka 13, 44-300 Wodzisław Śląski**
(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 2024 r. poz. 799),
- 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 2024 rok, załącznik nr 2, poz. 6 zatwierdzonego uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 141/482/VI/2024 z dnia 19 stycznia 2024 roku,
- 4) Regulaminu kontroli jednostek organizacyjnych Województwa Śląskiego określonego uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 1057/229/VI/2021 z dnia 28.04.2021 r.

I. Dane identyfikacyjne kontroli:

Jednostka kontrolowana: Wojewódzki Szpital Chorób Płuc im. dr. Alojzego Pawelca z siedzibą w Wodzisławiu Śląskim (ul. Bracka 13, 44-300 Wodzisław Śląski).

Kierownik jednostki kontrolowanej: w okresie objętym kontrolą funkcję Dyrektora Szpitala pełnił Pan Norbert Prudel (zatrudniony na stanowisku Dyrektora od 01.03.2013 roku do nadal). Dyrektor w okresie objętym kontrolą wykonywał swoje zadania kierownicze i zarządcze przy pomocy głównej księgowej Pani Iwony Krajewskiej (zatrudniona na stanowisku od 01.06.2018 do nadal) oraz kierowników komórek organizacyjnych.

Termin przeprowadzenia czynności kontrolnych i zakres kontroli:

Kontrolę przeprowadzono w dniach 05-26.04.2024 roku w zakresie wybranych zagadnień z zakresu spraw organizacyjno-finansowych w latach 2022-2024.

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

Osoby przeprowadzające kontrolę:

Tomasz Jarzab – Główny specjalista Departamentu Nadzoru Podmiotów Lecznictwa i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w Katowicach, na podstawie upoważnienia jednorazowego nr 165/NZ/2024 z dnia 3 kwietnia 2024 roku wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 5 kwietnia 2024 r.

Monika Zębala-Lis - Inspektor Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w Katowicach, na podstawie upoważnienia jednorazowego nr 166/NZ/2024 z dnia 3 kwietnia 2024 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 5 kwietnia 2024 r.

Barbara Gwiazda - Amrosz – Główny specjalista Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnienia jednorazowego nr 167/NZ/2024 z dnia 3 kwietnia 2024 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 5 kwietnia 2024 r.

O kontroli jednostki Dyrektor Szpitala został poinformowany pismem z dnia 2 kwietnia 2024 roku przekazany za pośrednictwem poczty elektronicznej przesłany na adres e-mail: sekretariat@wscp.wodzislaw.pl oraz przesłany przez Poczta Polską.

Kontrolę wpisano do książki kontroli pod pozycją nr 225.

[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 Szpitala.

1. Informacje ogólne.

Wojewódzki Szpital Chorób Płuc im. dr. Alojzego Pawelca z siedzibą w Wodzisławiu Śląskim 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 000000014068 oraz posiada osobowość prawną i jest wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego w Katowicach pod numerem KRS 0000033408. Siedziba Szpitala mieści się przy ul. Brackiej 13 w Wodzisławiu Śląskim (44-300). Świadczenia zdrowotne udzielane są w Wodzisławiu Śląskim, ul. Bracka 13.

Szpital działa na podstawie:

- 1) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (tekst jednolity: Dz. U. z 2024 r. poz. 799) oraz przepisów wykonawczych do tej ustawy,
- 2) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2024 r. poz. 146 z późn. zm.),
- 3) Statutu Szpitala przyjętego uchwałą nr V/12/38/2015 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 21.09.2015 r., którego tekst jednolity został ogłoszony w Dzienniku Urzędowym Województwa Śląskiego z 2017 roku pod pozycją 5294,
- 4) Regulaminu Organizacyjnego wprowadzonego w życie Zarządzeniem nr 01/2020 Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Chorób Płuc im. dr. Alojzego Pawelca w Wodzisławiu Śląskim z dnia 02.01.2020 r., którego ostatnia zmiana została pozytywnie zaopiniowana

przez Radę Społeczną uchwałą nr 15/2023 z dnia 21.09.2023 r., a następnie wprowadzona Zarządzeniem Dyrektora Szpitala nr 30/2023 z dnia 31.10.2023 roku.

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 roku.
- 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 05.04.2024 roku wynosiło ogółem 107 pracowników:

- 86 pracowników w ramach umowy o pracę,
- 9 pracowników w ramach umowy cywilnoprawnej,
- 12 pracowników w ramach umowy kontraktowej.

[Dowód: akta kontroli str. 12-20]

2. Prawdliwość wpisów w Krajowym Rejestrze Sądowym.

Ostatnie zgłoszenie do Krajowego Rejestru Sądowego z dnia 16.04.2024 r. dotyczyło powołania Rady Społecznej Szpitala na kadencję 2024-2028 na podstawie uchwały nr 690/494/VI/2024 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 20.03.2024 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 2024 r. poz. 979), który wskazuje siedmiodniowy termin na zgłoszenie zmian do KRS – przekroczenie o 27 dni.

Z oświadczenia złożonego przez Dyrektora Szpitala wynika, że wniosek został złożony w najszybszym możliwym terminie, tj. w dniu 16.04.2024 r., po pozyskaniu wszystkich danych osobowych członków Rady Społecznej niezbędnych dla procesu rejestracji. Kontrolujący ze względu na przedstawione okoliczności związane z opóźnieniem w przekazywaniu kompletu ww. danych podstawowych niezbędnych do złożenia wniosku do KRS, odstąpili od wskazania nieprawidłowości w przedmiotowym zakresie.

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

[Dowód: akta kontroli str. 21-29]

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 wprowadzone Zarządzeniem Dyrektora Szpitala nr 30/2023 z dnia 31.10.2023 r. zostały pozytywnie zaopiniowane przez Radę Społeczną Szpitala uchwałą nr 15/2023 z dnia 21.09.2023 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 zawiera wszystkie niezbędne elementy, wskazane w treści art. 24 ust. 1 ww. ustawy.

Kontrolujący stwierdzili, że cele oraz zadania podmiotu leczniczego wyszczególnione w Regulaminie 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 05.04.2024 r.

Stwierdzono poprawność pomiędzy zapisami zawartymi w Regulaminie i Rejestrze. Ponadto potwierdzono, że cele i zadania podmiotu leczniczego wyszczególnione w Regulaminie są tożsame z wpisanymi w Statut Szpitala.

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 2/303/VI/2022 z dnia 05.01.2022 r.

W okresie objętym kontrolą dokonano zmiany nazwy komórki organizacyjnej Szpitala z „Punktu przygotowania cytostatyków” na „Punkt cytostatyczny”. Szpital uzyskał pozytywną opinię Rady Społecznej Szpitala – uchwała 15/2023 z dnia 21.09.2023 roku oraz zgodę podmiotu tworzącego z dnia 20.10.2023 r. (nr sprawy: NZ-NK.9024.14.34.2023; NZ-NK.KW-00408/23) w celu dokonania przedmiotowej zmiany. Zmianę wprowadzono w Rejestrze oraz Regulaminie Organizacyjnym.

W trakcie kontroli stwierdzono również, że 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 2023 r., poz. 605). Ponadto stwierdzono, że Szpital spełnił ustawowy wymóg prowadzenia strony podmiotowej BIP, pod adresem <https://wscpwodzislaw.bip.slaskie.pl/informacje-o-jednostce> gdzie umieszczono wymagane prawem informacje, zgodnie z ustawą z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej.

[Dowód: akta kontroli str. 30-93]

B. Stwierdzona nieprawidłowość: brak.

C. Ocena cząstkowa: pozytywna.

III. Dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych.

A. Ustalenia faktyczne:

Podstawowym celem działalności Szpitala jest udzielanie świadczeń zdrowotnych i promocja zdrowia. Szpital prowadzi działalność medyczną w ramach umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia o świadczenie usług medycznych, w obiekcie zlokalizowanym w Wodzisławiu Śląskim przy ul. Brackiej 13, 44-300 Wodzisław Śląski oraz w miejscu pobytu pacjenta w ramach Zespołu Domowego Leczenia Tlenem.

1. Funkcjonowanie wybranych komórek organizacyjnych.

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

- 1) Oddział II Pulmonologiczny,
- 2) Poradnia Gruzlicy i Chorób Płuc,
- 3) Oddział III Pulmonologii i Rehabilitacji Oddechowej.

1) Oddział II Pulmonologiczny,

Oddział wpisany jest do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 002 (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: 4272 Oddział chorób płuc.

Oddział został wpisany do Rejestru z dniem 29 czerwca 1993 roku i dysponuje 36 łózkami. Pacjenci Oddziału objęci są całodobową, specjalistyczną opieką z zakresu chorób układu oddechowego, w tym astmy oskrzelowej, stanów zapalnych płuc i oskrzeli, przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP), rozedmy płuc, chorób nowotworowych płuc i opłucnej, zatorowości płucnej, chorób śródmiąższowych płuc, jak również gruźlicy układu oddechowego i innych narządów, chorób alergicznych układu oddechowego oraz przewlekłego kaszlu.

Liczba hospitalizowanych w Oddziale pacjentów wyniosła:

- 848 w 2022 roku,
- 904 w 2023 roku,
- 286 w 2024 roku.

Sprawozdana liczba osób oczekujących na leczenie w Oddziale (stan na dzień 05.04.2024 r.) wyniosła: przypadki pilne – na bieżąco, przypadki stabilne – 5.

W Oddziale zatrudnionych jest: 13 lekarzy oraz 31 pielęgniarek.

Funkcjonowanie ww. komórki organizacyjnej w kontrolowanym zakresie nie budzi zastrzeżeń.

2) Oddział III Pulmonologii i Rehabilitacji Oddechowej

Oddział 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: 4272 Oddział chorób płuc.

Oddział został wpisany do Rejestru z dniem 29 czerwca 1993 roku i dysponuje 26 łózkami. Pacjenci Oddziału objęci są całodobową, specjalistyczną opieką. W Oddziale prowadzone jest kompleksowe leczenie i diagnostyka chorób płuc, w tym z zastosowaniem inwazyjnej bronchoskopii, biopsji transbronchialnej i transtorakalnej, jak również punkcji jamy opłucnej oraz nieinwazyjnych metod, takich jak spirometria, gazometria, test wysiłkowy, testy prowokacyjny, USG jamy brzusznej i opłucnej, EKG oraz innych metod obrazowych.

Liczba hospitalizowanych w Oddziale pacjentów wyniosła:

- 722 w 2022 roku,
- 767 w 2023 roku,
- 391 w 2024 roku.

Sprawozdana liczba osób oczekujących na leczenie w Oddziale (stan na dzień 05.04.2024 r.) wyniosła: przypadki pilne – na bieżąco, przypadki stabilne – 9.

W Oddziale zatrudnionych jest: 3 lekarzy oraz 10 pielęgniarek.

Funkcjonowanie ww. komórki organizacyjnej w kontrolowanym zakresie nie budzi zastrzeżeń.

3) Poradnia Gruźlicy i Chorób Płuc

Poradnia wpisana 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: 1270 Poradnia gruźlicy i chorób płuc.

Poradnia została wpisana do Rejestru z dniem 01.01.2000 r.

Poradnia Gruźlicy i Chorób Płuc udziela świadczeń zdrowotnych na podstawie umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w szczególności leczenia przewlekłych chorób układu oddechowego, w tym gruźlicy.

W okresie objętym kontrolą liczba porad wyniosła:

- 4662 w 2022 r.,
- 5648 w 2023 r.,
- 1534 (stan na 05.04.2024 r.).

Zgodnie z harmonogramem świadczenia udzielane są 5 dni w tygodniu. Poradnia udziela świadczeń w następujące dni tygodnia (zgodnie z wpisem w Portalu potencjału):

- poniedziałek – od 7:00 do 15:00,
- wtorek – od 7:00 do 18:00,
- środa – od 7:00 do 18:00,
- czwartek – od 7:00 do 15:00,
- piątek – od 7:00 do 15:00.

W dniu przeprowadzenia kontroli w siedzibie Szpitala, tj. w dniu 05.04.2024 r. wizyty pacjentów odbywały się zgodnie z harmonogramem.

Sprawozdana liczba osób oczekujących na leczenie w Poradni (stan na dzień 05.04.2024 r.) wynosiła: przypadki pilne – 34, przypadki stabilne – 152.

Funkcjonowanie ww. komórki organizacyjnej w kontrolowanym zakresie nie budzi zastrzeżeń.

[Dowód: akta kontroli str. 94-97]

2. Udzielanie zamówień na świadczenia zdrowotne.

Przedmiotem weryfikacji przeprowadzonej przez kontrolujących były zapisy umów:

- 1) Nr 10/2022 z dnia 05.05.2022 r. o udzielenie zamówienia na usługę farmaceutyczną polegającą na sporządzaniu leków recepturowych w Wojewódzkim Szpitalu Chorób Płuc im. Alojzego Pawelca w Wodzisławiu Śląskim;
- 2) Nr Dks.5.2.9.2023 z dnia 23.06.2023 r. o udzielanie świadczeń w zakresie konsultacji psychiatrycznych;
- 3) Nr 41/2023 z dnia 15.12.2023 r. o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki pielęgniarskiej.

Ad. 1)

Umowa została zawarta na podstawie zapisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 o działalności leczniczej oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 o świadczeniu opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zamówienia udzielono w wyniku przeprowadzonego postępowania konkursowego. Przedmiotem umowy jest udzielenie zamówienia na usługę farmaceutyczną polegającą na sporządzaniu leków recepturowych.

W zapisach umowy uwzględniono, że wynagrodzenie za udzielanie świadczeń będzie obejmowało koszt poszczególnych składników, koszt opakowania oraz takse laborum (stawka dla leków niejałowych) za wykonanie jednostkowego leku. Uwzględniono również maksymalną wysokość wykonania jednorazowej usługi, której płatność nastąpi w terminie 14 dni od otrzymania faktury wystawionej przez Świadczeniobiorcę. Podczas weryfikacji treści umowy kontrolujący stwierdzili,

że przedmiotowa umowa zawiera wszystkie zapisy określone w art. 27 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Umowa została zawarta w formie pisemnej, na czas określony, tj. od dnia 05.05.2022 r. na okres 12 miesięcy. Maksymalną wartość zamówienia na realizację umowy na przedmiotowe zabezpieczenie przygotowania leków recepturowych oszacowano na 1 500,00 zł. Niemniej jednak wskazana kwota nie została umieszczona w treści ww. umowy.

Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach i podpisana przez strony. W trakcie trwania umowy nie pojawiła się konieczność złożenia zamówienia na przygotowanie leków recepturowych, których przedmiotem była powyższa umowa.

Ad. 2)

Umowa została zawarta na podstawie zapisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 o działalności leczniczej oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 o świadczeniu opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zamówienia udzielono w wyniku przeprowadzonego postępowania konkursowego. Przedmiotem umowy jest świadczenie zdrowotne z zakresu usług konsultacji psychiatrycznych w Oddziałach Wojewódzkiego Szpitala Chorób Płuc im. dr. Alojzego Pawelca.

Podczas weryfikacji treści umowy kontrolujący stwierdzili, że przedmiotowa umowa zawiera wszystkie zapisy określone w art. 27 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Umowa została zawarta w formie pisemnej, na czas określony, tj. od dnia 01.07.2023 r. do dnia 30.06.2025 r.

Maksymalną wartość zamówienia na realizację przedmiotowej umowy na zabezpieczenie konsultacji psychiatrycznych oszacowano na 5 000,00 zł. Niemniej jednak wskazana kwota nie została umieszczona w treści ww. umowy.

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

W ramach kontroli realizacji umowy sprawdzono faktury nr:

- 1) 230610073 z dnia 07.07.2023 r.- stawka jednostkowa zgodna z umową, płatność dokonana w terminie,
- 2) 230910079 z dnia 06.10.2023 r.- stawka jednostkowa zgodna z umową, płatność dokonana w terminie,
- 3) 2301010099 z dnia 09.11.2023 r.- stawka jednostkowa zgodna z umową, płatność dokonana w terminie.

Ad. 3)

Umowa została zawarta na podstawie zapisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 o działalności leczniczej oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 o świadczeniu opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zamówienia udzielono w wyniku przeprowadzonego postępowania konkursowego. Przedmiotem umowy jest udzielanie świadczeń zdrowotnych polegających na zabezpieczeniu całodobowej opieki pielęgniarzkiej i wykonaniu czynności w Całodobowej Izbie Przyjęć Wojewódzkiego Szpitala Chorób Płuc im. dr. Alojzego Pawelca. W jej zapisach oszacowano wartość brutto zamówienia. Umowa została zawarta w formie pisemnej, na czas określony od dnia 01.01.2024 r. do dnia 31.12.2024 r. Podczas weryfikacji treści umowy kontrolujący stwierdzili, że przedmiotowa umowa zawiera wszystkie zapisy określone w art. 27 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Maksymalną wartość zamówienia na realizację przedmiotowej umowy na zabezpieczenie całodobowej opieki pielęgniarzkiej i wykonywanie czynności pielęgniarzskich oszacowano na 773 857,92,00 zł. Niemniej jednak wskazana kwota nie została umieszczona w treści ww. umowy.

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

W ramach kontroli realizacji umowy sprawdzono faktury nr:

- 1) 2/2024 z dnia 05.02.2024 r. - stawka jednostkowa zgodna z umową, płatność dokonana w terminie,
- 2) 3/2024 z dnia 05.03.2024 r. - stawka jednostkowa zgodna z umową, płatność dokonana w terminie.

[Dowód: akta kontroli str. 98-137]

3. Serwisowanie aparatury oraz sprzętu medycznego.

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

- 1) Negatroskop Typ NGP 10 (urządzenia do przeglądania zdjęć rentgenowskich) numer 1027/99, rok produkcji 1999. Ostatni przegląd okresowy odbył się w dniu 15.01.2024 dokonany w terminie. Następny przegląd powinien zostać wykonany do 14.01.2025 r., zgodnie z wpisem urządzenie sprawne;
- 2) Aparat EKG, Typ CARDIOLINE 100 S, numer 06422012, rok produkcji 2020. Ostatni przegląd okresowy odbył się w dniu 14.06.2023r., dokonany w terminie. Następny przegląd powinien odbyć się do 14.06.2024 r. zgodnie z wpisem aparat sprawny z uwagami;
- 3) Ciepłarka do płynów infuzyjnych Em Therm 1D, Typ EM1D, numer 2011-00331, data zakupu 2020 r., Ostatni przegląd okresowy odbył się 8.12.2023 r., dokonany w terminie. Następny przegląd powinien odbyć się w terminie do 8.12.2024 r., zgodnie z wpisem urządzenie sprawne;
- 4) Kardiomonitor Typ ePM10M, numer AD1-04013676, data rozpoczęcia eksploatacji 14.06.2021 r. Ostatni przegląd okresowy odbył się 15.10.2023 r., dokonany terminie. Następny przegląd powinien odbyć się do 15.10.2024 r., zgodnie z wpisem urządzenie sprawne.

[Dowód: akta kontroli str. 138-149]

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

W ramach kontroli dostępności świadczeń zdrowotnych sprawdzeniem objęto rejestr skarg i wniosków wpływających do Dyrekcji Szpitala. Skargi rozpatrywane są w oparciu o *Zasady postępowania ze skargami oraz wnioskami*, stanowiące załącznik do Procedury Systemu Zarządzania Jakością PZJ-14. Zgodnie z ww. Zasadami skargi mogą być wnoszone w formie pisemnej, elektronicznej oraz ustnie do protokołu. Dokument ten określa również sposób prowadzenia rejestru skarg oraz tryb ich rozpatrywania. Rejestr skarg i wniosków w Szpitalu prowadzony jest zgodnie z art. 254 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t. j.: Dz. U. z 2024 r., poz. 572), czyli w sposób umożliwiający kontrolę przebiegu i terminów załatwiania skarg. Rejestr zawiera informacje dotyczące: danych osoby składającej skargę, komórki i daty wpływu skargi, formy złożenia, wskazań do dalszego postępowania oraz daty załatwienia skargi.

W roku 2022 do Szpitala wpłynęło 5 skarg, z których 4 uznano za zasadne a 1 za bezzasadną. W 2023 roku do Szpitala nie wpłynęła żadna skarga. Od dnia 01.01.2024 r. do dnia przeprowadzenia kontroli wpłynęła jedna skarga, którą uznano za zasadną. Odpowiedzi zostały udzielone skarżącym w terminie.

W okresie objętym kontrolą do Szpitala nie wpłynął żaden wniosek.

W związku z ilością skarg uznanych za zasadne wskazuje się na konieczność przeprowadzenia działań naprawczych oraz wzmożenia nadzoru nad prawidłowością świadczonych usług zdrowotnych.

Zgodnie z treścią pkt 4.1.5 ww. Zasad: „W szpitalu prowadzony jest Rejestr skarg pacjentów (formularz PZJ-14/F-01), który jest sporządzany raz na pół roku przez Pełnomocnika ds. Praw Pacjentów, akceptowany przez Pełnomocnika ds. SZJ oraz zatwierdzany przez Dyrektora szpitala. Przedstawiany jest również Radzie Społecznej”.

Kontrolujący wskazują, iż przedmiotowy zapis jest nieprawidłowy i może wprowadzać w błąd, gdyż zgodnie z informacją przekazaną przez Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta wpisy w rejestrze skarg i wniosków dotyczące poszczególnych spraw uzupełniane są w nim na bieżąco. Natomiast jedynie raz na pół roku – zgodnie z przytoczonym zapisem Zasad, winien być sporządzany wydruk z ww. rejestru, zatwierdzany przez Dyrektora Szpitala oraz przedstawiany Radzie Społecznej Szpitala. W związku z powyższym, zwraca się uwagę na konieczność wprowadzenia do ww. Zasad informacji o bieżącym prowadzeniu Rejestru w formie umożliwiającej stały wgląd w przebieg załatwienia skargi lub wniosku.

W trakcie kontroli stwierdzono ponadto, iż Szpital nie stosuje zasad wskazanych w pkt. 4.1.5 Kontrolującym przedłożono wydruki z rejestru skarg za okres:

- od 01.01.2022 r. do 31.12.2022 r.
- od 01.01.2023 r. do 06.12.2023 r.
- od 01.01.2024 r. do 31.03.2024 r.

Z powyższego wynika, iż wydruki z rejestru nie są sporządzane celem zatwierdzenia przez Dyrektora Szpitala oraz przedstawienia Radzie Społecznej za okresy półroczne, jak wskazano w treści pkt 4.1.5 Zasad. Wskazać również należy, że nie dokonano korekty treści załącznika nr 1: PZJ-14/F-01, gdzie w dalszym ciągu widnieje zapis, iż Rejestr powinien być sporządzony za rok.

Ponadto, należy zwrócić uwagę, iż treść Zasad w dalszym ciągu nie została uzupełniona o szczegółowe regulacje dotyczące zagadnień związanych z rozpatrywaniem wniosków.

Zgodnie z ustawą o działalności leczniczej analiza skarg i wniosków jest przedstawiana okresowo Radzie Społecznej Szpitala, co potwierdzają protokoły z posiedzeń Rady.

[Dowód: akta kontroli str. 150-166]

5. Wykonywanie badań satysfakcji pacjenta.

Badania ankietowe satysfakcji pacjenta prowadzone są na podstawie Zarządzenia Dyrektora nr 41/2016 z dnia 22.12.2016 r. w sprawie przeprowadzania ankiety dotyczącej badania satysfakcji pacjentów podczas pobytu w Wojewódzkim Szpitalu Chorób Płuc im. dr. A. Pawelca w Wodzisławiu Śląskim oraz Poradni Gruźlicy i Chorób Płuc, zmienionego Zarządzeniem Dyrektora nr 23/2021 z dnia 28.06.2021 r. w sprawie przeprowadzania ankiety dotyczącej badania satysfakcji pacjentów podczas pobytu w Wojewódzkim Szpitalu Chorób Płuc im. dr. A. Pawelca w Wodzisławiu Śląskim oraz Poradni Gruźlicy i Chorób Płuc.

W związku ze zmianą treści dotychczasowej procedury rekomenduje się wprowadzenie nowego Zarządzenia Dyrektora ujmującego dotychczasowe zmiany w treści z jednoczesnym umieszczeniem wpisu wskazującego na utratę mocy prawnej poprzednich Zarządzeń w sprawie, tj. Zarządzenia Dyrektora nr 41/2016 z dnia 22.12.2016 r. oraz Zarządzenia Dyrektora nr 23/2021 z dnia 28.06.2021 r.

Zgodnie z ww. procedurą badanie satysfakcji pacjenta przeprowadzane jest w oparciu o anonimową ankietę, której celem jest m.in. ocena priorytetów, oczekiwań pacjentów dotyczących jakości obsługi i postawy personelu lekarskiego i pielęgniarskiego oraz pozostałego personelu medycznego. Badania satysfakcji pacjentów przeprowadzane są dwa razy w roku przez Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta, który zobowiązany jest przedstawić wyniki przedmiotowej

analizy Dyrektorowi oraz kierownikom komórek organizacyjnych Szpitala.

Kontrolującym przedstawiono raport z oceny Oddziałów szpitalnych za I półrocze 2022 roku (34 badanych) oraz za II półrocze 2023 roku (48 badanych).

Analiza przeprowadzonych badań wykazała, że najlepiej ocenianą kategorią przez ankietowanych było przyjęcie pacjenta do Szpitala. W zakresie sprawności załatwienia formalności związanych z przyjęciem do Szpitala w Izbie Przyjęć Szpitala w I półroczu 2022 roku 28 pacjentów (82% badanych) oceniło jakość podejmowanych działań na poziomie bardzo dobrym, 6 na poziomie dobrym (18% badanych), nie było oceny negatywnej we wskazanym zakresie.

Dla porównania w II połowie 2023 roku 45 pacjentów (93% badanych), którzy udzielili odpowiedzi na pytanie ankietowe, oceniło jakość podejmowanych działań na poziomie bardzo dobrym, 3 na poziomie dobrym (7% badanych), nie było oceny negatywnej we wskazanym zakresie.

Biorąc pod uwagę powyższe należy wskazać znaczącą poprawę zadowolenia pacjentów.

Natomiast, zgodnie z przedłożonymi analizami pacjenci Szpitala najgorzej ocenili kategorię dotyczącą jakości podawanych posiłków. W I półroczu 2022 roku 8 pacjentów (23% badanych) oceniło wskazany zakres na poziomie bardzo dobrym, 17 (50% badanych) na poziomie dobrym, 9 źle (27% badanych).

Dla porównania w II połowie 2023 roku 15 pacjentów (31% procent badanych) oceniło wskazany zakres na poziomie bardzo dobrym, 28 (58% badanych) na poziomie dobrym, 5 źle (10% badanych). Biorąc pod uwagę spadek liczby badanych oceniających posiłki w Szpitalu jako złe należy wskazać na znaczącą poprawę wskaźników zadowolenia z jakości otrzymywanych posiłków.

W wyniku kontroli stwierdzono, że prowadzone w Szpitalu badania satysfakcji pacjentów przebiegają zgodnie z przyjętymi przez Szpital zasadami. Na podstawie przeprowadzonej analizy ankiet stwierdzono konieczność dążenia do poprawy wyników w urozmaiceniu i poprawie jakości posiłków (różnorodność, smak i temperatura). Dzięki uzyskanym wnioskom z przeprowadzonego badania Szpital wdraża skuteczniejszy nadzór oraz działania naprawcze w obszarach tego wymagających.

[Dowód: akta kontroli str. 167-216]

B. Stwierdzone uchybienia i nieprawidłowość:

1. Uchybienie polegające na błędnym zapisie w treści obowiązujących w Szpitalu *Zasad postępowania ze skargami oraz wnioskami*, zgodnie z którym Rejestr skarg i wniosków sporządzany jest raz na pół roku, zamiast na bieżąco;
2. Uchybienie polegające na braku sprecyzowania w treści obowiązujących w Szpitalu *Zasad postępowania ze skargami oraz wnioskami*, szczegółowych zasad dotyczących przyjmowania oraz rozpatrywania wniosków;
3. Uchybienie polegające na niestosowaniu się do zapisów przyjętych w Szpitalu *Procedur Sytemu Zarządzania Jakością* w zakresie terminu sporządzania wydruku z Rejestru skarg pacjentów, w celu przekazania do zatwierdzenia przez Dyrektora Szpitala oraz przedłożenia Radzie Społecznej;
4. Nieprawidłowość polegająca na braku określenia w treści umów na świadczenia zdrowotne maksymalnej wartości zamówienia, zgodnie z obowiązkiem wynikającym z art. 44 ust. 3 pkt. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych.

Przyczyny uchybień i nieprawidłowości:

- niedochowanie należytej staranności w konstruowaniu zapisów w zakresie realizacji przyjętych *Procedur Zarządzania Jakością*,
- niedochowanie należytej staranności w zakresie konstruowania zapisów umów w procesie udzielania zamówień na świadczenia zdrowotne.

C. Ocena częściowa: pozytywna mimo stwierdzonych uchybień i 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. Prawidłowość gospodarowania mieniem.

A. Ustalenia faktyczne.

W zakresie prawidłowości gospodarowania mieniem kontrolą objęto:

1. Nabycie sprzętu i aparatury medycznej.

a. Wideobronchoskop ultrasonograficzny EBUS

- zakup został ujęty w korekcie planu inwestycyjnego na rok 2022,
- Rada Społeczna Szpitala pozytywnie zaopiniowała przedmiotowy zakup uchwałą nr 27/2021 z dnia 09.12.2021 r.,
- zakup w ramach zadania pn. „Zakup sprzętu do diagnostyki i leczenia raka płuca” finansowany z dotacji Ministerstwa Zdrowia i Województwa Śląskiego,
- faktura VAT nr (S)FS-MED-26/03/2022 z dnia 30.03.2022 r. na kwotę 642 600,00 zł,
- dowód przyjęcia OT nr 00001/2022 z dnia 31.03.2022 r.,
- zgodnie z rozdziałem III pkt. 3 ppkt. 6 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. ze względu na dofinansowanie zakupu aparatu ze środków zewnętrznych powyżej 75% ich wartości zgoda podmiotu tworzącego nie była wymagana.

b. Aplikacje i systemy do digitalizacji aparatu RTG

- zakup został ujęty w korekcie planu inwestycyjnego na rok 2022,
- Rada Społeczna Szpitala pozytywnie zaopiniowała przedmiotowy zakup uchwałą nr 04/2020 z dnia 28.05.2020 r.,
- nabycie w ramach RPO WSL na lata 2014-2020 pn. „Cyfrowe WSCP–wprowadzenie nowych systemów i aplikacji usprawniających diagnozę pacjentów Wojewódzkiego Szpitala Chorób Płuc im. dr. Alojzego Pawelca w Wodzisławiu Śląskim”– zadanie obejmujące przeprowadzenie digitalizacji części medycznej i niemedycejskiej aparatu RTG,
- faktura VAT nr FA/11/12/2022 z dnia 13.12.2022 r. na kwotę 449 008,25 zł,
- dowód przyjęcia OT nr 00007/2023 z dnia 31.12.2023 r. – zgodnie z ustaleniami opóźnienie przyjęcia środka trwałego było podyktowane koniecznością uzyskania przez Szpital pozytywnej opinii sanitarnej Śląskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w zakresie możliwości instalacji i użytkowania urządzenia radiologicznego w Szpitalu. Wydanie pozytywnej opinii sanitarnej pozwoliło na zamknięcie cyklu szkoleń personelu medycznego Szpitala. Natomiast przeprowadzenie i rozliczenie szkoleń ostatecznie zakończyło realizację przedmiotowego zadania inwestycyjnego w ramach RPO WSL na lata 2014-2020 umożliwiając wystawienie dowodu przyjęcia OT,
- zgodnie z rozdziałem III pkt. 3 ppkt. 6 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. ze względu na dofinansowanie zakupu aparatu ze środków zewnętrznych powyżej 75% ich wartości zgoda podmiotu tworzącego nie była wymagana.

Nabycia ww. aparatury i sprzętu medycznego dokonano zgodnie z obowiązującą *Procedurą dotyczącą 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.

Niemniej jednak biorąc pod uwagę czas jaki upłynął od momentu pozyskania opinii Rady Społecznej na nabycie aplikacji i systemów do digitalizacji aparatu RTG do dnia nabycia, wskazuje się na konieczność każdorazowego pozyskiwania aktualnej opinii Rady Społecznej przed dokonaniem faktycznego zakupu sprzętu i aparatury medycznej.

[Dowód: akta kontroli str. 217-245]

2. Zbycie sprzętu i aparatury medycznej.

W roku 2022 oraz w okresie od 01.01.2024 do dnia kontroli Szpital nie przeprowadził zbycia sprzętu lub aparatury medycznej. Natomiast w roku 2023 dokonano zbycia trzech aparatów medycznych wchodzących w skład wyposażenia Laboratorium Analityczno-Bakteriologicznego.

W ramach kontroli prawidłowości gospodarowania mieniem sprawdzono procedurę zbycia dwóch środków trwałych z wyposażenia ww. Laboratorium:

a) Wirówka MPW 350 R

- nr inwentarzowy 000178, rok produkcji 2005, wartość początkowa 15 582,30 zł, umorzenie 100 %,
- orzeczenie techniczne z dnia 27.02.2019 r. – zgodnie z wpisem aparat nie nadaje się do dalszej eksploatacji ze względu na stan techniczny (uszkodzona płyta sterowania),
- pozytywna opinia Rady Społecznej Szpitala w sprawie zbycia ww. aparatu wraz z pozostałym sprzętem Laboratorium Analityczno-Bakteriologicznym uchwałą nr 09/2022 z dnia 28.04.2022 r.,
- zgoda Zarządu Województwa Śląskiego w sprawie zbycia ze względu na okres użytkowania oraz cenę jednostkową aparatu nie była wymagana,
- protokół z obrad Komisji Kasacyjnej nr 2/2023 z dnia 25.01.2023 r.,
- dowód LT-0001/2023 z dnia 28.02.2023 r.,
- karta przekazania odpadów nr 00062/2024/KPO/0001/000020129 z dnia 09.02.2024 r. firmie transportującej i utylizującej niebezpieczne odpady – Centrum Utylizacji LUKDAR.

b) Autoklaw typ ASW

- nr inwentarzowy 000013, rok produkcji 1988 r., wartość początkowa 7 459,96 zł, umorzenie 100 %,
- decyzja Prezesa Urzędu Dozoru Technicznego oraz protokół z wykonanych czynności dozoru technicznego z dnia 27.02.2019 r. – natychmiastowe wstrzymanie eksploatacji (uszkodzenie walca sterylizatora niemożliwe do usunięcia),
- pozytywna opinia Rady Społecznej Szpitala w sprawie zbycia ww. aparatu wraz z pozostałym sprzętem Laboratorium Analityczno-Bakteriologicznym uchwałą nr 09/2022 z dnia 28.04.2022 r.,
- zgoda Zarządu Województwa Śląskiego w sprawie zbycia ze względu na okres użytkowania oraz cenę jednostkową aparatu nie była wymagana,
- protokół z obrad Komisji Kasacyjnej nr 2/2023 z dnia 25.01.2023 r.,
- dowód LT-0001/2023 z dnia 28.02.2023 r.,
- karta przekazania odpadów nr 00062/2024/KPO/0001/000020129 z dnia 09.02.2024 r. firmie transportującej i utylizującej niebezpieczne odpady – Centrum Utylizacji LUKDAR.

Zbycie środków trwałych w roku 2023 we wskazanym powyżej zakresie budzi zastrzeżenia Kontrolujących w związku z zapisami §10 ust. 6 „Zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie”, przyjętych uchwałą nr 1238/429/VI/2023 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 07.06.2023 r., gdzie wskazano, iż procedura kasacji środka trwałego powinna zostać zakończona w terminie nie dłuższym niż rok od daty wydania opinii przez Radę Społeczną w przedmiocie zbycia.

[Dowód: akta kontroli str. 246-264]

3. Najem/dzierżawa pomieszczeń.

W ramach kontroli sprawdzeniem objęto prawidłowość zawarcia umowy dzierżawy nr 29/22 z dnia 24.08.2022 r., zawartej w trybie bezprzetargowym.

Przedmiotem umowy jest dzierżawa powierzchni użytkowej (39,63 m²) zlokalizowanej w budynku Szpitala przy ul. Brackiej 13, w celu realizacji umowy dotyczącej usługi utrzymania czystości w Szpitalu.

Umowa została zawarta na czas oznaczony od 01.09.2022 r. do 31.08.2023 r. Zawarcie ww. umowy zostało poprzedzone wyrażeniem pozytywnej opinii przez Radę Społeczną Szpitala uchwałą nr 15/2022 z dnia 27.07.2022 r. Zgoda podmiotu tworzącego na dzierżawę ww. powierzchni nie była wymagana.

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

Objęta kontrolą faktura nr PO/04/05/2023 z dnia 15.06.2023 r. została wystawiona zgodnie z treścią umowy. Faktura została opłacona w terminie.

[Dowód: akta kontroli str. 265-175]

4. Inwestycje współfinansowane z dotacji celowych Województwa Śląskiego.

Kontrolujący w ramach kontroli wykorzystania środków z dotacji Województwa Śląskiego zweryfikowali realizację zadania inwestycyjnego pn. „Rozwój sytemu w obszarze e-zdrowia w Wojewódzkim Szpitalu Chorób Płuc im. dr Alojzego Pawelca w Wodzisławiu Śląskim” realizowanego w ramach środków unijnych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020, Oś priorytetowa II - Cyfrowe Śląskie, Działanie 2.1 Wsparcie rozwoju cyfrowych usług publicznych” (dotacja Województwa Śląskiego w kwocie 240 000,00 zł).

W trakcie kontroli ustalono, że działania w ramach projektu polegające na zakupie licencji oprogramowania do digitalizacji aparatu RTG, uruchomieniu nowych modułów systemu dziedzinowego Szpitala, wdrożeniu rozwiązań ochrony wskazanego systemu oraz zakupie sprzętu informatycznego, w tym systemu ochrony i akceleracji aplikacji sieciowych oraz systemu ochrony w punkcie styku typu UTM, zostały pomyślnie zakończone – wprowadzone zmiany wykorzystywane są w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych dla pacjentów Szpitala.

[Dowód: akta kontroli str. 276-305]

B. Stwierdzona nieprawidłowość:

Nieprawidłowość polegająca na braku przestrzegania zapisów § 10 ust. 6 *Zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie* w zakresie sprzedaży lub kasacji zbywanego sprzętu

i aparatury medycznej przez Szpital w terminie nie dłuższym niż rok od daty wydania w przedmiotowej sprawie opinii przez Radę Społeczną Szpitala.

Przyczyny nieprawidłowości:

niedochowanie należytej staranności w zakresie przestrzegania zapisów § 10 Zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie.

C. Ocena częściowa: pozytywna mimo stwierdzonej nieprawidłowości.

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

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

A. Ustalenia faktyczne:

Ogłaszanie i przeprowadzanie konkursów na stanowiska kierownicze

Kontrola realizacji zadań na gruncie art. 49 ust. 1 pkt 2 - 5, ust. 2 - 6 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej wykazała, iż w okresie objętym kontrolą, tj. lata 2022-2024 w Wojewódzkim Szpitalu Chorób Płuc im. dr Alojzego Pawelca z siedzibą w Wodzisławiu Śląskim miały miejsce dwa postępowania konkursowe na stanowiska kierownicze wskazane w art. 49 ww. ustawy.

Przeprowadzone postępowania konkursowe na stanowiska kierownicze:

- 1) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału II Pulmonologicznego - zgodnie z informacją otrzymaną od Dyrektora Szpitala, w dniu 02.12.2021 r. wydano Zarządzenie nr 49/2021 w sprawie powołania komisji konkursowej do wyboru kandydata na stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału II Pulmonologicznego. Następnie w dniu 7.12.2021 r. do członków komisji konkursowej został przesłany projekt regulaminu przeprowadzenia konkursu i projekt ogłoszenia o konkursie z prośbą o ewentualne zgłaszanie uwag w terminie 14 dni od otrzymania korespondencji.
- 2) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału III Pulmonologii i Rehabilitacji Oddechowej zgodnie z informacją otrzymaną od Dyrektora Szpitala, w dniu 02.12.2021 r. wydano Zarządzenie nr 48/2021 w sprawie powołania komisji konkursowej do wyboru kandydata na stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału III Pulmonologii i Rehabilitacji Oddechowej. Następnie w dniu 7.12.2021 r. do członków komisji konkursowej został przesłany projekt regulaminu przeprowadzenia konkursu i projekt ogłoszenia o konkursie z prośbą o ewentualne zgłaszanie uwag w terminie 14 dni od otrzymania korespondencji.

Podczas czynności kontrolnych, kontrolujący stwierdzili nieprawidłowość polegającą na niedokonaniu czynności wskazanych w § 4 ust. 1 pkt 3) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą. Zgodnie z dokumentami przekazanymi kontrolującemu Szpital nie ogłosił konkursów w terminie 2 miesięcy od dnia wszczęcia postępowań konkursowych tj. powołania komisji konkursowych (02.12.2021 r.).
Procedury konkursowe na ww. stanowiska nie zostały zakończone do dnia przeprowadzenia kontroli przez podmiot tworzący (5.04.2024 r.).

Zatrudnienie na stanowiskach objętych konkursem na podstawie ww. przepisów prawa

kształtuje się następująco:

- 1) Oddział I Gruźlicy i Chorób Płuc: lekarz kierujący Oddziałem, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
- 2) Oddział II Pulmonologiczny: lekarz kierujący Oddziałem, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
- 3) Oddział III Pulmonologii i Rehabilitacji Oddechowej: lekarz kierujący Oddziałem, p.o. pielęgniarki oddziałowej.

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 niebędącego ordynatorem stanowiąc, że „w przypadku gdy zgodnie z regulaminem organizacyjnym oddziałem kieruje lekarz niebędący ordynatorem, na stanowisko lekarza kierującego oddziałem konkursu nie przeprowadza się.”

Pracą całego personelu pielęgniarskiego kieruje osoba pełniąca obowiązki Przełożonej pielęgniarek, natomiast zespołem pielęgniarskim we wszystkich trzech Oddziałach zarządzają osoby pełniące obowiązki pielęgniarki oddziałowej.

Ww. stanowiska określone zostały zarówno w Regulaminie Organizacyjnym Szpitala, jak i w załączniku nr 2 (Tabela zaszeregowania stanowisk pracy dla pracowników) oraz nr 4 (Wykaz stanowisk, na których przysługuje dodatek funkcyjny i stawek dodatku funkcyjnego) do Regulaminu Wynagradzania Wojewódzkiego Szpitala Chorób Płuc im. dr Alojzego Pawelca w Wodzisławiu Śląskim.

[Dowód: akta kontroli str. 306-346]

B: Stwierdzone nieprawidłowości:

1. Naruszenie zapisów § 4 ust. 1 pkt 3) 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 braku ogłoszenia konkursu w terminie 2 miesięcy od dnia wszczęcia postępowania konkursowego tj. powołania komisji konkursowej;
2. Naruszenie zapisów art. 49 ust. 1 pkt 4) i 5) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej w zakresie braku przeprowadzenia konkursu na stanowisko Przełożonej Pielęgniarek i pielęgniarek oddziałowych Oddziału I Gruźlicy i Chorób Płuc, Oddziału II Pulmonologicznego i Oddziału III Pulmonologii i Rehabilitacji Oddechowej.

Przyczyny nieprawidłowości:

niedochowanie należytej staranności w zakresie stosowania zapisów art. 49 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej oraz zapisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą.

C: Ocena częściowa: 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 15.06 – 15.07.2021 r. Przedmiotem kontroli objęto: realizację zadań określonych

w regulaminie organizacyjnym i statucie; dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych; prawidłowości gospodarowania mieniem oraz środkami publicznymi w latach 2019 - 2021. Pismem z dnia 26.11.2021 r., znak: NZ-NK.1711.7.2021 (NZ-NK.KW-000667/21), został przekazany Dyrektorowi Szpitala Projekt wystąpienia pokontrolnego. Dyrektor nie zgłosił zastrzeżeń do treści projektu.

W związku z powyższym pismem z dnia 28.12.2021 r., znak: NZ- NK.1711.7.2021 (NZ- NK.KW-000735/21), przekazano Dyrektorowi Szpitala Wystąpienie pokontrolne zawierające zalecenia pokontrolne w zakresie konieczności:

- 1) Przestrzegania obowiązku wynikającego z art. 22 ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym, który wskazuje 7 dniowy termin na zgłoszenie zmian do KRS;
- 2) Wpisania w treść Regulaminu Organizacyjnego Szpitala zadań będących w pełni tożsamymi z wyszczególnionymi w Statucie Szpitala;
- 3) Określenia w Regulaminie Organizacyjnym Szpitala rodzaju wykonywanej działalności leczniczej, zgodnie z art. 8 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
- 4) Cyklicznego monitorowania zmian przeciętnego wynagrodzenia ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych i bieżącej aktualizacji załącznika do Regulaminu Organizacyjnego Szpitala dotyczącego opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej;
- 5) Występowania każdorazowo do podmiotu tworzącego o zgodę na wprowadzanie zmian w strukturze organizacyjnej Szpitala zgodnie z Procedurą postępowania w przypadku dokonywania zmian dotyczących struktury organizacyjnej zakładów leczniczych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie;
- 6) Umieszczenia na stronie internetowej Szpitala wszystkich informacji wymaganych przepisami prawa;
- 7) Stosowania się do zapisów przyjętych w Szpitalu Procedur Sytemu Zarządzania Jakością w zakresie skarg pacjentów;
- 8) Każdorazowego umieszczania w treści umów na świadczenia zdrowotne zapisów wskazanych w art. 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
- 9) Określenia w treści umów na świadczenia zdrowotne wartości brutto zamówienia, zgodnie z obowiązkiem wynikającym z art. 44 ust. 3 pkt. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych;
- 10) Każdorazowego wskazywania w zawieranych umowach dzierżawy wszystkich danych umożliwiających właściwą realizację umowy;
- 11) Przestrzegania obowiązków wynikających z zarządzenia Dyrektora Szpitala dotyczącego wykonywania badań satysfakcji pacjenta;
- 12) Przeprowadzenia konkursu na stanowiska pielęgniarek oddziałowych w Oddziale II Pulmonologicznym i Oddziale III Pulmonologii i Rehabilitacji Oddechowej, zgodnie z art. 49 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.

Dyrektor Szpitala pismem z dnia 24.01.2022 r. (znak: DS/393/2022) złożył do Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego sprawozdanie o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych.

W trakcie działań kontrolnych ustalono, że ww. zalecenia pokontrolne nie zostały wykonane w całości.

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 w zakresie:

- przestrzegania obowiązku wynikającego z art. 22 ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym, który wskazuje 7 dniowy termin na zgłoszenie zmian do KRS,
- stosowania się do zapisów przyjętych w Szpitalu Procedur Sytemu Zarządzania Jakością w zakresie skarg pacjentów,
- określenia w treści umów na świadczenia zdrowotne wartości brutto zamówienia, zgodnie z obowiązkiem wynikającym z art. 44 ust. 3 pkt. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych,
- przeprowadzenia konkursu na stanowiska pielęgniarek oddziałowych w Oddziale II Pulmonologicznym i Oddziale III Pulmonologii i Rehabilitacji Oddechowej, zgodnie z art. 49 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.

Przyczyny nieprawidłowości:

brak realizacji zaleceń pokontrolnych, do wykonania których Dyrektor Szpitala zobowiązany został przez Zarząd Województwa Śląskiego w wystąpieniu pokontrolnym z dnia 28 października 2022 r.

C: Ocena częściowa: 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. 347-379]

VII. Pozostałe informacje, zalecenia i pouczenia.

1. Pozostałe informacje.

Pismem z dnia 31.10.2024 r., znak: NZ-NK.1711.8.2024 (NZ-NK.KW-00353/24), Projekt wystąpienia pokontrolnego został przekazany Dyrektorowi Wojewódzkiego Szpitala Chorób Płuc im. dr. Alojzego Pawelca z siedzibą w Wodzisławiu Śląskim.

Dyrektor Szpitala pismem z dnia 08.11.2024 r., znak sprawy: DS./5206/2024 r., zgłosił zastrzeżenia do treści Projektu wystąpienia pokontrolnego. Ocena wniesionych zastrzeżeń została dokonana pismem z dnia 12.12.2024 r., NZ-NK.1711.8.2024 (NZ-NK.KW-00413/24), które wraz z uzasadnieniem stanowi akta sprawy.

Zastrzeżenia przyjęto w części dotyczącej realizacji zadań w zakresie ustawowego obowiązku terminowego zgłoszenie zmian do KRS.

2. Zalecenia.

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

- 1) Zmianie zapisu w treści obowiązujących w Szpitalu *Zasad postępowania ze skargami oraz wnioskami*, zgodnie z którym Rejestr skarg i wniosków sporządzany jest raz na pół roku, zamiast na bieżąco;
- 2) Sprecyzowaniu w treści obowiązujących w Szpitalu *Zasad postępowania ze skargami oraz wnioskami*, szczegółowych zasad dotyczących przyjmowania oraz rozpatrywania wniosków;

- 3) Stosowaniu się do zapisów Procedury Sytemu Zarządzania Jakością przyjętej w Szpitalu w zakresie terminu sporządzania wydruku z Rejestru skarg pacjentów w celu przekazania do zatwierdzenia przez Dyrektora Szpitala oraz przedłożenia Radzie Społecznej;
- 4) Określeniu w treści umów na świadczenia zdrowotne maksymalnej wartości zamówienia, zgodnie z obowiązkiem wynikającym z art. 44 ust. 3 pkt. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych;
- 5) Dokonywaniu sprzedaży lub kasacji zbywanego sprzętu i aparatury medycznej w terminie nie dłuższym niż rok od daty wydania w przedmiotowej sprawie opinii przez Radę Społeczną Szpitala;
- 6) Przestrzeganiu zapisów § 4 ust. 1 pkt 3) 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 zamieszczania ogłoszenia o konkursie w terminie 2 miesięcy od dnia wszczęcia postępowania konkursowego;
- 7) Przestrzeganiu zapisów art. 49 ust. 1 pkt 4) i 5) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej w zakresie przeprowadzania konkursów na stanowisko Przełożonej Pielęgniarek i pielęgniarek oddziałowych;
- 8) 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 Chorób Płuc im. dr. Alojzego Pawelca z siedzibą w Wodzisławiu Śląskim.

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:

Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego
Magdalena Barczyk
Dyrektor
Departament Nadzoru Podmiotów Leczniczych Województwa Śląskiego