

Katowice, 04 grudnia 2018 r.  
ZD-NiP.1711.10.2018

**Urząd Marszałkowski**  
**Województwa Śląskiego**  
**Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej**  
(oznaczenie jednostki kontrolującej)

**Wojewódzki Szpital Specjalistyczny**  
**im. Najświętszej Maryi Panny**  
**ul. Bialska 104/118, 42-200 Częstochowa**  
(oznaczenie podmiotu kontrolowanego)

### WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

z kontroli przeprowadzonej na podstawie:

- 1) art. 121 oraz 122 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t. j. Dz. U. z 2018 r. poz. 2190),
- 2) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych (Dz. U. z 2015 r., poz. 1331),
- 3) planu kontroli na 2018 rok, załącznik nr 3, poz. 4, zatwierdzonego uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 2797/233/V/2017 z dnia 28.12.2017 r.,
- 4) regulaminu kontroli podmiotów leczniczych, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie, określonego uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 698/108/V/2016 z dnia 19.04.2016 r. z późn. zm.,
- 5) regulaminu kontroli podmiotów leczniczych, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie, określonego uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 1421/264/V/2018 z dnia 19.06.2018 r.

#### I. Dane identyfikacyjne kontroli:

**Jednostka kontrolowana:** Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny, ul. Bialska 104/118, 42-200 Częstochowa.

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

- Pani Barbara Magnuszewska-Pankiewicz od 01.07.2014 r. do 31.03.2017 r.;
- Pan Janusz Kapustecki od 01.04.2017 r. do 30.09.2017 r.;
- Pan Dariusz Kaczmarek od 01.10.2017 r. do nadal.

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

- Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa - Pana Janusza Kapusteckiego,
- Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomicznych – Pana Norberta Komara,
- Zastępcy Dyrektora ds. Techniczno – Eksploatacyjnych – Pana Tomasza Stoparka,
- Zastępcy Dyrektora ds. Administracyjnych – Pana Mariusza Bątkiewicza,
- Głównej Księgowej – Pani Barbary Leszczyńskiej,
- Naczelnej Pielęgniarki – Pani Jadwigi Tomalskiej,
- Przełożonej Pielęgniarek – Pani Wioletty Skowron,

oraz kierowników komórek organizacyjnych.

**Termin przeprowadzenia czynności kontrolnych i zakres kontroli:**

kontrolę przeprowadzono w dniach 12-13 czerwca oraz 9-10 lipca 2018 r. w zakresie: realizacji zadań określonych w statucie i regulaminie organizacyjnym; dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych; prawidłowości gospodarowania mieniem oraz środkami publicznymi w latach 2016-2018.

[Dowód: akta kontroli str. 1-2]

**Jednostka prowadząca kontrolę:** Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w Katowicach.

Osoby przeprowadzające kontrolę:

**Katarzyna Raczek** – Główny Specjalista Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w Katowicach, legitymacja służbowa nr 1101531, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 372/ZD/2018 z dnia 5.06.2018 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 12.06.2018 r.

[Dowód: akta kontroli str. 3-4]

**Barbara Gwiazda-Amrosz** – Inspektor Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w Katowicach, legitymacja służbowa nr 1101491, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 373/ZD/2018 z dnia 5.06.2018 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 12.06.2018 r.

[Dowód: akta kontroli str. 5-6]

**Magdalena Majchrzak-Osiecka** - Główny Specjalista Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w Katowicach, legitymacja służbowa nr 1100992, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 371/ZD/2018 z dnia 5.06.2018 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 12.06.2018 r.

[Dowód: akta kontroli str. 7-9]

O kontroli Dyrektor jednostki został poinformowany pismem przekazanym pocztą elektroniczną dnia 6 czerwca 2018 r.

## II. Realizacja zadań statutowych.

### A. Ustalenia faktyczne:

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

#### 1. Informacje ogólne

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny zwany dalej „Szpitalem” jest samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej. Funkcję podmiotu tworzącego pełni Województwo Śląskie. Nadzór nad działalnością Szpitala sprawuje Zarząd Województwa Śląskiego. Szpital wpisany jest do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego pod numerem 000000013313 oraz posiada osobowość prawną i jest wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego w Częstochowie pod numerem KRS 0000003907. Siedzibą Szpitala jest miasto Częstochowa.

Szpital działa na podstawie:

- 1) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t.j.: Dz. U. z 2018 r. poz. 2190) 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 2018 r. poz. 1510 z późn. zm.),
- 3) Statutu Szpitala przyjętego Uchwałą Nr V/42/15/2017 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 18.09.2017 r., t. j.: Dz. Urz. Województwa Śląskiego z dnia 05.10.2017 r. poz. 5282,
- 4) Regulaminu Organizacyjnego, którego ostatnie zmiany zostały pozytywnie zaopiniowane przez Radę Społeczną, uchwałą nr 1212/2018 z dnia 9.05.2018 r. oraz wprowadzonego w życie Zarządzeniem nr 80 Dyrektora Szpitala z dnia 9.05.2018 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 1745/276/IV/2013 z dnia 6.08.2013 r.,
  - b) zasad zbywania, wydzierżawiania, wynajmowania, oddania w użytkowanie lub użyczenie aktywów trwałych SP ZOZ, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie, określonych w uchwale Zarządu Województwa Śląskiego nr 1784/277/IV/2013 z dnia 13.08.2013 r. z późn. zm.,
- 6) innych powszechnie obowiązujących przepisów prawa.

W Szpitalu zatrudnienie na dzień 12.06.2018 r. wynosiło:

- 2206 pracowników w ramach umowy o pracę,
- 48 pracowników w ramach umów cywilnoprawnych.

[Dowód: akta kontroli str. 10-12]

## 2. Prawdliwość wpisów w Krajowym Rejestrze Sądowym

Ostatnie zgłoszenie do Krajowego Rejestru Sądowego dotyczyło ogłoszenia tekstu jednolitego Statutu Szpitala przyjętego uchwałą nr V/42/15/2017 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 18.09.2017 r. Zgłoszenia dokonano w terminie wynikającym z art. 22 ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym (tekst jednolity: Dz. U. z 2018 r. poz. 986 z późn. zm.).

W trakcie kontroli ustalono, że do Krajowego Rejestru Sądowego nie zostały wprowadzone wszystkie wymagane przepisami prawa informacje o kontrolowanej jednostce. W dziale 1 w rubryce 2 „Siedziba i adres podmiotu” brak jest wpisu dotyczącego adresu strony internetowej i adresu poczty elektronicznej, do zamieszczania których Szpital, jako podmiot posiadający własną stronę internetową ([www.szpitalparkitka.com.pl](http://www.szpitalparkitka.com.pl)) oraz prowadzący korespondencję także w formie elektronicznej ([kancelariawszs@data.pl](mailto:kancelariawszs@data.pl)), jest zobowiązany na mocy przepisu art. 38 pkt 1a, w związku z art. 53a ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym. Przepis art. 53a ww. ustawy stanowi, że podmioty podlegające obowiązkowi wpisu do rejestru są obowiązane zgłaszać dotyczące ich informacje określone w ustawie oraz zmiany tych informacji, niezależnie od obowiązków wynikających z odrębnych przepisów, chyba że ustawa stanowi inaczej. Dyrektor Szpitala przedstawił dokumenty potwierdzające złożenie wniosku o dokonanie przedmiotowych zmian w KRS w dniu 06.09.2018 r. i poinformował, że oczekuje na ich wprowadzenie przez Sąd. Pozostałe wymagane przepisami prawa informacje zostały zamieszczone w Krajowym Rejestrze Sądowym. W dniu 12.10.2018 r. Szpital przesłał kontrolującemu Postanowienie Sądu Rejonowego w Częstochowie, XVII Wydział Gospodarczy KRS z dnia 05.10.2018 r., dotyczące wpisania adresu poczty elektronicznej i adresu strony internetowej Szpitala.

[Dowód: akta kontroli str. 13-28]

### 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 r. o działalności leczniczej. Ostatnie zmiany do Regulaminu zostały pozytywnie zaopiniowane przez Radę Społeczną Szpitala uchwałą nr 1212/2018 z dnia 9.05.2018 r., a następnie wprowadzone Zarządzeniem nr 80 Dyrektora Szpitala z dnia 9.05.2018 r. W toku kontroli sprawdzono zgodność zapisów Regulaminu z przepisami ww. ustawy. Stwierdzono, że Regulamin zawiera wszystkie niezbędne elementy, wskazane w treści art. 24 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej.

Sprawdzono zgodność zapisów Regulaminu w zakresie struktury organizacyjnej komórek działalności medycznej oraz miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych z Księgą Rejestrową nr 000000013313 widniejącą w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (dalej: Rejestr) według stanu na dzień 12.06.2018 r.

W trakcie kontroli stwierdzono, że niżej wymienione komórki medyczne nie rozpoczęły działalności leczniczej:

- I. widniejące w Księdze Rejestrowej
  - 1. Izba Przyjęć Psychiatryczna.
  - 2. Poradnia Psychiatryczna.
  - 3. Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Nowotworów Piersi.
  - 4. Poradnia Domowego Leczenia Tlenem.
- II. nie wpisane do Księgi Rejestrowej
  - 1. Oddział Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynenckich.
  - 2. Oddział Hematologii.
  - 3. Oddział Endokrynologii.

Komórki te zostały utworzone i wprowadzone do Regulaminu w latach 2016-2018 – nie udzielają świadczeń medycznych z uwagi na brak kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. Po ostatecznym rozstrzygnięciu postępowań konkursowych ogłoszonych przez NFZ na zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz podjęciu przez Płatnika decyzji dotyczących możliwości uzyskania finansowania działalności ww. komórek Szpitala, w przypadku braku finansowania świadczeń ze środków publicznych, po uzyskaniu akceptacji podmiotu tworzącego, dokona zmian w strukturze organizacyjnej polegających na likwidacji lub przekształceniu komórek. Ponadto stwierdzono, iż w okresie od września 2017 r. do dnia kontroli Dyrektor Szpitala dokonał w Regulaminie zmian w strukturze komórek działalności medycznej z naruszeniem *Procedury postępowania w przypadku dokonywania zmian dotyczących struktury organizacyjnej zakładów leczniczych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie*, określonej w uchwale Zarządu Województwa Śląskiego nr 1327/201/V/2017 z dnia 27 czerwca 2017 r., polegających na:

- 1. Likwidacji lub połączeniu (z komórką jednoimienną w innej lokalizacji) następujących komórek działalności medycznej – zmiany w Regulaminie i wykreślenie z Rejestru:
  - a) Poradni neurologii dla dzieci (ul. Bialska);
  - b) Gabinetu diagnostyczno – zabiegowego poradni neurologii dla dzieci (ul. Bialska);
  - c) Poradni Medycyny Pracy (Al. Pokoju);
  - d) Poradni Chirurgii Ogólnej (Al. Niepodległości);
  - e) Gabinetu diagnostyczno – zabiegowego poradni chirurgii ogólnej (Al. Niepodległości);
  - f) Poradni Dermatologii i Wenerologii (Al. Niepodległości);
  - g) Poradni Neurologicznej (Al. Niepodległości);
  - h) Poradni Okulistycznej (Al. Niepodległości);
  - i) Poradni Ginekologiczno – Położniczej (Al. Niepodległości);
  - j) Gabinetu diagnostyczno–zabiegowego poradni ginekologiczno–położniczej (Al. Niepodległości);

- k) Poradni Reumatologicznej (Al. Niepodległości);
  - l) Poradni Stomatologicznej (Al. Niepodległości);
  - m) Pracowni EKG (Al. Niepodległości);
  - n) Poradni Leczenia Bólu (ul. PCK);
  - o) Gabinetu diagnostyczno – zabiegowego poradni leczenia bólu (ul. PCK);
  - p) Poradni Patologii Noworodka (ul. Bialska);
  - q) Poradni Wad Serca (ul. Bialska);
  - r) Poradni Leczenia Nadciśnienia Tętniczego (ul. Bialska);
  - s) Poradni Reumatologicznej dla Dzieci (ul. PCK);
  - t) Centrum Walki z Otyłością (Al. Pokoju).
2. Likwidacji komórki medycznej pn. Blok operacyjny (ul. PCK) – wykreślona z Regulaminu i z uwagi na brak zgody podmiotu prowadzącego Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą nie wykreślona z Rejestru.
  3. Likwidacji Pracowni Rentgenodiagnostyki Ogólnej w Zakładzie Diagnostyki Ogólnej (ul. PCK) – wykreślenie z Rejestru pomimo braku wprowadzenia stosownych zmian w Regulaminie Organizacyjnym (zmiany w Regulaminie wprowadzono z dniem 14.09.2018 r.).
  4. Likwidacji Zakładu Medycyny Nuklearnej (ul. Bialska) – wykreślenie z Regulaminu; komórka nie została wpisana i nie widnieje w Rejestrze.
  5. Zmianie liczby łóżek w Oddziale Chirurgicznym Ogólnym (ul. Bialska) o wartość, która łącznie w okresie 12 miesięcy od pierwszego wniosku o zmianę przekroczyła 20% ich dotychczasowej liczby.
  6. Utworzeniu komórek działalności medycznej – zmiana w Regulaminie i wpis do Rejestru:
    - a) Gabinetu diagnostyczno – zabiegowego poradni otolaryngologicznej (ul. PCK);
    - b) Poradni Domowego Leczenia Tlenem (ul. PCK).
  7. Utworzeniu Pracowni Endoskopii (ul. PCK) – uchwała Rady Społecznej nr 1175/2018 – brak wpisu do Rejestru i brak wprowadzenia podjętych zmian w przyjętym Zarządzeniem Dyrektora nr 54 z 16.03.2018 r. tekście jednolitym Regulaminu.

Zgodnie z zapisami rozdziału II pkt 3 ppkt 1 ww. Procedury Dyrektor Szpitala ma obowiązek wnioskować o akceptację podmiotu tworzącego w przypadku planowanej zmiany dotyczącej struktury organizacyjnej zakładu leczniczego szpoz. Dopiero po otrzymaniu zgody podmiotu tworzącego kierownik jednostki może przeprowadzić stosowne zmiany w regulaminie organizacyjnym (po uzyskaniu wydanej w przedmiotowej sprawie opinii rady społecznej). Rada Społeczna Szpitala zaopiniowała pozytywnie ww. zmiany.

[Dowód: akta kontroli str. 29-205]

Kontrola strony internetowej BIP Szpitala wykazała, że zawiera ona wymagane informacje wynikające zarówno z art. 24 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej, jak i art. 8 ust. 3 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (t.j.: Dz. U. z 2018 r. poz. 1330). Szpital posiada własną stronę internetową pod adresem: [www.szpitalparkitka.com.pl](http://www.szpitalparkitka.com.pl), która zawiera zakładkę przenoszącą do Biuletynu Informacji Publicznej pod adresem: <https://parkitka.bip.gov.pl>. Obie strony internetowe są aktywne i zawierają wymagane przepisami informacje. Obligatoryjne informacje, o których mowa we wskazanym powyżej przepisie ustawy o działalności leczniczej, zostały wywieszane w widocznych miejscach w poszczególnych jednostkach organizacyjnych Szpitala.

**B: Stwierdzone nieprawidłowości:**

Dokonanie zmian w Regulaminie Organizacyjnym Szpitala w zakresie struktury komórek działalności medycznej (likwidacji, połączenia, utworzenia komórki oraz zmiany liczby łóżek szpitalnych), z naruszeniem *Procedury postępowania w przypadku dokonywania zmian dotyczących struktury organizacyjnej zakładów leczniczych samodzielnych publicznych*

zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie, określonej w uchwale Zarządu Województwa Śląskiego nr 1327/201/V/2017 z dnia 27 czerwca 2017 r.

**C: Ocena cząstkowa: pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości**

**D. Osoby odpowiedzialne:**

1. Kierownik Działu Organizacji.
2. p.o. Dyrektora Janusz Kapustecki w okresie od 01.04.2017 r. do 30.09.2017 r.;
3. Dyrektor Szpitala Dariusz Kaczmarek od 01.10.2017 r. – na podstawie art. 46 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, zgodnie z którym odpowiedzialność za zarządzanie podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą ponosi kierownik.

**III. Dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych**

**A. Ustalenia faktyczne:**

Podstawowym celem działalności Szpitala jest udzielanie świadczeń zdrowotnych i promocja zdrowia. Szpital prowadzi działalność medyczną w ramach umów zawartych z NFZ o świadczenie usług medycznych, w obiektach zlokalizowanych w Częstochowie przy:

1. ul. Białskiej 104/118;
2. ul. Polskiego Czerwonego Krzyża 7;
3. Al. Pokoju 44;
4. Al. Niepodległości 32.

**1. Funkcjonowanie wybranych komórek organizacyjnych.**

W ramach czynności kontrolnych przeprowadzono wizytację wybranych komórek medycznych. Szczegółową kontrolą objęto funkcjonowanie:

1. Oddziału Ortopedii i Chirurgii Urazowej (ul. Białska).
2. Pracowni Brachyterapii (ul. Białska).
3. Oddziału Chorób Wewnętrznych z Ośrodkiem Intensywnej Opieki Kardiologicznej (Al. Pokoju).
4. Oddziału Pediatrycznego (ul. PCK).

**1) Oddział Ortopedii i Chirurgii Urazowej (ul. Białska 104/118).**

Oddział wpisany jest do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 018 (kod resortowy identyfikujący komórkę organizacyjną stanowiącą część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych), kod resortowy charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych: 4580. Oddział został wpisany do Rejestru z dniem 15.11.1993 r. i dysponuje 43 łóżkami. Zlokalizowany jest w budynku przy ul. Białskiej.

W Oddziale wykonywane są następujące procedury:

- leczenie urazów narządu ruchu,
- zabiegi ortopedyczne,
- osteotomie korekcyjne,
- endoprotezoplastyka stawów biodrowych, kolanowych i barkowych,
- zabiegi artroskopowe stawów.

Liczba hospitalizowanych pacjentów wyniosła:

- 2.290 w 2016 r.
- 1.900 w 2017 r.
- 655 w okresie 5 miesięcy 2018 r.

Liczba osób oczekujących na leczenie w Oddziale (stan na 11.06.2018 r.) wynosiła: przypadki pilne - 1, przypadki stabilne - 87.

W zakresie endoprotezoplastyki stawu biodrowego: przypadki pilne - 24, przypadki stabilne - 434, natomiast w zakresie endoprotezoplastyki stawu kolanowego: przypadki pilne - 21, przypadki stabilne - 655.

Zatrudnienie w Oddziale: lekarze 15 osób; pielęgniarki 19 osób, fizjoterapeuci 2 osoby – w wymiarze czasu pracy określonym w Portalu Potencjału NFZ (wydruk z dnia 12.06.2018 r.).

**2) Pracownia Brachyterapii (ul. Bialska 104/118).**

Pracownia wpisana jest do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 145 (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: 7962. Pracownia została wpisana do Rejestru z dniem 27.12.2011 r. Zlokalizowana jest w budynku przy ul. Bialskiej.

Brachyterapia jest elementem leczenia skojarzonego z teleradioterapią, chirurgią i/lub chemioterapią, polegająca na napromienianiu tkanek nowotworowych przy użyciu energii promieniowania izotopu umieszczanego w guzie lub w jego bezpośrednim sąsiedztwie. Większość zabiegów wykonywana jest w znieczuleniu.

Do zadań Pracowni Brachyterapii należy:

- radioterapia mięsaków tkanek miękkich kości,
- radioterapia czerniaka,
- radioterapia paliatywna przerzutów nowotworowych,
- radioterapia nowotworów niesklasyfikowanych lub miejscowo złośliwych,
- kontrola pacjentów w trakcie i po leczeniu napromieniowaniem,
- leczenie zachowawcze ostrych i późnych odczynów popromiennych.

Liczba pacjentów wyniosła:

- 131 w 2016 r.,
- 119 w 2017 r.,
- 34 w okresie 5 miesięcy 2018 r.

Liczba osób oczekujących na leczenie (stan na 11.06.2018 r.): 0 przypadków.

Zatrudnienie w Pracowni: lekarze 5 osób; technicy elektroradiologii 9 osób; fizycy medyczni 6 osób - w wymiarze czasu pracy określonym w Portalu Potencjału NFZ (wydruk z dnia 12.06.2018 r.).

**3) Oddział Chorób Wewnętrznych z Ośrodkiem Intensywnej Opieki Kardiologicznej (Al. Pokoju 44).**

Oddział wpisany jest do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 188 (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: 4000. Oddział został wpisany do Rejestru z dniem 01.06.2014 r. i dysponuje 60 łózkami. Zlokalizowany jest w budynku przy Al. Pokoju.

W Oddziale wykonywane są procedury z zakresu chorób wewnętrznych oraz układu krążenia.

Liczba hospitalizowanych pacjentów wyniosła:

- 2.200 w 2016 r.,
- 2.086 w 2017 r.,
- 875 w okresie 5 miesięcy 2018 r.

Liczba osób oczekujących na leczenie (stan na 11.06.2018 r.) wynosiła: przypadki pilne – 0, przypadki stabilne – 5.

Zatrudnienie w Oddziale: lekarze 16 osób; pielęgniarki 30 osób; dietetyk 1 osoba – w wymiarze czasu pracy określonym w Portalu Potencjału NFZ (wydruk z dnia 12.06.2018 r.).

**4) Oddział Pediatriczny (ul. PCK 7).**

Oddział wpisany jest do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 098 (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: 4401. Oddział został wpisany do Rejestru z dniem 01.03.2010 r. i dysponuje 34 łóżkami. Zlokalizowany jest w budynku przy ul. PCK.

Oddział prowadzi leczenie i diagnostykę chorób wieku dziecięcego. Leczy dzieci i młodzież do 18 roku życia w 3 pododdziałach:

- a) niemowląt,
- b) biegunkowym (do 3 roku życia),
- c) dzieci starszych (od 3 do 18 roku życia).

Ponadto Oddział posiada:

- świetlicę (wyposażoną m.in. w 2 stanowiska komputerowe z dostępem do internetu oraz z projektorem do wyświetlania bajek), w której w wyznaczonych godzinach zajęcia prowadzi wykwalifikowany nauczyciel,
- salę telewizyjną.

Liczba hospitalizowanych pacjentów wyniosła:

- 1.341 w 2016 r.,
- 1.307 w 2017 r.,
- 651 w okresie 5 miesięcy 2018 r.

Liczba osób oczekujących na leczenie (stan na 11.06.2018 r.) wynosiła: przypadki pilne – 0, przypadki stabilne – 0.

Zatrudnienie w Oddziale: lekarze 11 osób; pielęgniarki 18 osób; psychologzy 2 osoby - w wymiarze czasu pracy określonym w Portalu Potencjału NFZ (wydruk z dnia 12.06.2018 r.).

## **2. Udzielanie zamówień na świadczenia zdrowotne.**

Przedmiotem weryfikacji przeprowadzonej przez kontrolujących były umowy:

- 1) Nr WSzS/DLL/81/2017 z dnia 29.12.2017 r. o świadczenie usług zdrowotnych w zakresie wykonywania biopsji mammotomicznych pacjentom Szpitala w Poradni Schorzeń Piersi,
- 2) Nr WSzS/DLL/21/2018 z dnia 23.03.2018 r. o świadczenie usług zdrowotnych w zakresie konsultacji torakochirurgicznych na rzecz pacjentów hospitalizowanych w oddziałach szpitalnych oraz leczonych w Poradni Chorób Płuc Szpitala.

### **Ad. 1) Nr WSzS/DLL/81/2017 z dnia 29.12.2017 r.**

Umowa została zawarta w wyniku przeprowadzonego przez Szpital postępowania konkursowego na podstawie przepisu art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Umowa została zawarta w formie pisemnej, na czas określony, tj. od dnia 01.01.2018 r. do dnia 31.12.2018 r. i zawiera wszystkie niezbędne zapisy określone w art. 27 ustawy o działalności leczniczej.

Ponadto umowa określa wartość brutto zamówienia, zgodnie z obowiązkiem wynikającym z przepisów ustawy o finansach publicznych (art. 44 ust. 3 pkt 3).

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

- 09/2018 z dnia 31.01.2018 r. - stawka jednostkowa zgodna z umową,
- 10/2018 z dnia 28.02.2018 r. - stawka jednostkowa zgodna z umową.

### **Ad. 2) Nr WSzS/DLL/21/2018 z dnia 23.03.2018 r.**

Umowa została zawarta w trybie postępowania konkursowego przeprowadzonego przez Szpital na podstawie przepisu art. 26 ustawy o działalności leczniczej oraz przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.



Umowa została zawarta w formie pisemnej, na czas określony, tj. od dnia 25.03.2017 r. do dnia 24.03.2020 r.

Umowa zawiera wszystkie niezbędne zapisy określone w art. 27 ustawy o działalności leczniczej. Ponadto umowa określa wartość brutto zamówienia, zgodnie z obowiązkiem wynikającym z przepisów ustawy o finansach publicznych (art. 44 ust. 3 pkt 3).

Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach i podpisana przez strony. W ramach kontroli realizacji umowy sprawdzono fakturę nr 16/2018 z dnia 30.04.2018 r. - stawka jednostkowa zgodna z umową.

[Dowód: akta kontroli str. 206-230]

### **3. 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 r. o działalności leczniczej wykazała, że w okresie objętym kontrolą, tj. w latach 2016-2018 w Szpitalu miało miejsce dwadzieścia sześć postępowań konkursowych na stanowiska kierownicze wskazane w art. 49 ww. ustawy.

#### **Przeprowadzone postępowania konkursowe na stanowiska kierownicze:**

- 1) Stanowisko naczelnej pielęgniarki (data konkursu: 26.04.2017 r., okres zatrudnienia 11.05.2017 r. – 10.05.2023 r.)
- 2) Stanowisko przełożonej pielęgniarek (data konkursu: 27.03.2018 r., okres zatrudnienia 11.04.2018 r. – 10.04.2024 r.)
- 3) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Chirurgicznego Ogólnego (data konkursu: 27.03.2018 r., okres zatrudnienia 11.04.2018 r. – 10.04.2024 r.),
- 4) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Patologii i Intensywnej Terapii Noworodka (data konkursu: 25.04.2017 r., okres zatrudnienia 10.05.2017 r. – 09.05.2023 r.),
- 5) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Psychiatrii (data konkursu: 15.12.2017 r., okres zatrudnienia 30.12.2017 r. – 29.12.2023 r.),
- 6) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Neurologii (data konkursu: 30.06.2016 r., okres zatrudnienia 15.07.2016 r. – 14.07.2022 r.),
- 7) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Udarowego (data konkursu: 30.06.2016 r., okres zatrudnienia 15.07.2016 r. – 14.07.2022 r.),
- 8) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Onkologii z Pododdziałem Dziennym Chemioterapii (data konkursu: 18.10.2017 r., okres zatrudnienia 02.11.2017 r. – 01.11.2023 r.),
- 9) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Kardiologii (data konkursu: 29.06.2016 r., okres zatrudnienia 14.07.2016 r. – 13.07.2022 r.),
- 10) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Chorób Płuc (data konkursu: 30.06.2016 r., okres zatrudnienia 15.07.2016 r. – 14.07.2022 r.),
- 11) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem Chorób Piersi (data konkursu: 22.06.2016 r., okres zatrudnienia 07.07.2016 r. – 06.07.2022 r.),
- 12) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej (data konkursu: 23.10.2017 r., okres zatrudnienia 07.11.2017 r. – 06.11.2023 r.),
- 13) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Neurologii - PCK (data konkursu: 23.10.2017 r., okres zatrudnienia 06.11.2017 r. – 05.11.2023 r.),
- 14) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Udarowego - PCK (data konkursu: 23.10.2017 r., okres zatrudnienia 06.11.2017 r. – 05.11.2023 r.),
- 15) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej (data konkursu: 19.10.2017 r., okres zatrudnienia 03.11.2017 r. – 02.11.2023 r.),
- 16) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej (data konkursu: 30.06.2016 r., okres zatrudnienia 15.07.2016 r. – 14.07.2022 r.),

- 17) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Chorób Wewnętrznych z Ośrodkiem Intensywnej Opieki Kardiologicznej (data konkursu: 15.12.2017 r., okres zatrudnienia 30.12.2017 r. – 29.12.2023 r.),
- 18) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Reumatologii (data konkursu: 22.06.2016 r., okres zatrudnienia 07.07.2016 r. – 06.07.2022 r.),
- 19) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Opieki Paliatywnej – PCK (data konkursu: 17.10.2017 r., okres zatrudnienia 01.11.2017 r. – 31.10.2023 r.),
- 20) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Okulistycznego (data konkursu: 17.10.2017 r., okres zatrudnienia 01.11.2017 r. – 31.10.2023 r.),
- 21) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii – PCK (data konkursu: 17.10.2017 r., okres zatrudnienia 01.11.2017 r. – 31.10.2023 r.),
- 22) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Psychiatrycznego dla Chorych Somatycznie (data konkursu: 22.06.2016 r., okres zatrudnienia 07.07.2016 r. – 06.07.2022 r.),
- 23) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Psychiatrycznego dla Chorych na Gruźlicę i inne Choroby Zakaźne (data konkursu: 22.06.2016 r., okres zatrudnienia 07.07.2016 r. – 06.07.2022 r.),
- 24) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej OIOM-Dzieci (data konkursu: 29.06.2016 r., okres zatrudnienia 14.07.2016 r. – 13.07.2022 r.),
- 25) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Neonatologicznego (data konkursu: 11.05.2017 r., okres zatrudnienia 25.05.2017 r. – 24.05.2023 r.),
- 26) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Ortopedii i Chirurgii Urazowej (data konkursu: 23.10.2017 r., okres zatrudnienia 06.11.2017 r. – 05.11.2023 r.),
- 27) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Obserwacyjno – Zakaźnego – PCK (data konkursu: 17.10.2017 r., okres zatrudnienia 01.11.2017 r. – 31.10.2023 r.),
- 28) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Traktu Operacyjnego (data konkursu: 23.10.2017 r., okres zatrudnienia 06.11.2017 r. – 05.11.2023 r.),
- 29) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Ginekologii i Położnictwa z Pododdziałami Patologii Ciąży i Ginekologii Onkologicznej (data konkursu: 25.04.2017 r., okres zatrudnienia 10.05.2017 r. – 09.05.2023 r.).

Podczas czynności kontrolnych kontrolujący stwierdzili nieprawidłowości popełnione w toku postępowań konkursowych dotyczących stanowisk: naczelnej pielęgniarki, przełożonej pielęgniarek oraz pielęgniarki oddziałowej Oddziału Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Chirurgii Naczyń polegające m.in. na:

- przeprowadzeniu postępowania konkursowego na stanowisko naczelnej pielęgniarki na podstawie przepisów rozporządzenia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą, bez uwzględnienia nowelizacji przedmiotowego aktu prawnego – rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 listopada 2016 r. zmieniające ww. rozporządzenie;
- braku powiadomienia członków komisji konkursowej w ramach postępowań konkursowych na stanowisko przełożonej pielęgniarek oraz pielęgniarki oddziałowej o posiedzeniu komisji konkursowej w terminie wskazanym w §7 ust 2 ww. rozporządzenia;
- braku pisemnego powiadomienia o wynikach konkursu kandydatów biorących w nim udział, zgodnie z §15 ust. 3 ww. rozporządzenia.

Wyjaśnienia dot. ww. kwestii przekazane zostały kontrolującym w trakcie prowadzonej kontroli i stanowią załącznik do akt kontroli.

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

- 1) Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 2) Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii Dziecięcej z Zespołem Wyjazdowym „N”: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;

- 3) Oddział Chirurgiczny Ogólny: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 4) Oddział Chirurgii Naczyniowej: kierownik oddziału, pielęgniarka koordynująca;
- 5) Oddział Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 6) Oddział Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem Chorób Piersi: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 7) Oddział Gastroenterologii Ogólnej i Onkologicznej z Pododdziałem Chorób Wewnętrznych: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 8) Oddział Ginekologii i Położnictwa z Pododdziałami Patologii Ciąży i Ginekologii Onkologicznej: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 9) Oddział Kardiologii: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 10) Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 11) Oddział Nefrologii z Pododdziałem Dializ Otrzewnowych: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 12) Stacja Dializ: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 13) Oddział Neurochirurgii: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 14) Oddział Neurologii: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 15) Oddział Udarowy: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 16) Oddział Neonatologiczny: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 17) Oddział Okulistyki: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 18) Oddział Ortopedii i Chirurgii Urazowej: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 19) Oddział Onkologii z Pododdziałem Dziennym Chemioterapii: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 20) Oddział Patologii i Intensywnej Terapii Noworodka: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 21) Oddział Pediatrii z Pododdziałem Hematologii i Nefrologii Dziecięcej: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 22) Szpitalny Oddział Ratunkowy: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 23) Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii - PCK: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 24) Oddział Chorób Płuc: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 25) Oddział Chorób Wewnętrznych: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 26) Oddział Neurologii - PCK: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 27) Oddział Udarowy - PCK: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 28) Oddział Obserwacyjno – Zakaźny: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 29) Oddział Opieki Paliatywnej: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 30) Oddział Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 31) Oddział Pediatryczny: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 32) Oddział Psychiatrii: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 33) Oddział Psychiatryczny Dzienny: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 34) Oddział Psychiatryczny dla Chorych Somatycznie: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 35) Oddział Psychiatryczny dla Chorych na Gruźlicę i inne Choroby Zakaźne: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 36) Oddział Reumatologii: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 37) Oddział Rehabilitacji Neurologicznej: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 38) Oddział Chorób Wewnętrznych z Ośrodkiem Intensywnej Opieki Kardiologicznej: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 39) Zakład Opiekuńczo-Leczniczy dla Wentylowanych Mechanicznie: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa.

Jak wskazano powyżej, poszczególnymi oddziałami zarządzają kierownicy oddziałów. Rozwiązanie takie jest zgodne z treścią art. 49 ust. 7 ww. ustawy, który przewiduje możliwość kierowania oddziałem przez lekarza nie będącego ordynatorem stanowiąc, 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 naczelną pielęgniarka, natomiast zespołem pielęgniarskim na poszczególnych oddziałach zarządzają pielęgniarki/położne oddziałowe. Wyjątek stanowi Oddział Chirurgii Naczyniowej, gdzie zespołem pielęgniarskim zarządza pielęgniarka koordynująca.

Wskazać należy, że nazwa stanowiska powinna zawierać ustawowe brzmienie „pielęgniarki oddziałowej”. Działania mające na celu nieobsadzanie stanowisk wymienionych z nazwy w art. 49 ust.1 ustawy, a w ich miejsce tworzenie – w zakresie merytorycznym tożsamy, a tylko inaczej nazwanych, stanowią próbę obejścia przepisów.

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

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

[Dowód: akta kontroli str. 231-272]

#### **4. Serwisowanie aparatury oraz sprzętu medycznego.**

Kontrolujący w ramach kontroli jakości świadczonych usług zweryfikowali paszporty techniczne urządzeń, wykorzystywanych do udzielania świadczeń zdrowotnych w poniżej wskazanych lokalizacjach i komórkach organizacyjnych Szpitala:

- 1) ul. Bialska 104/118 – Stacja Dializ
  - a) Defibrylator, nr fabryczny 10990170, rok produkcji 1996. Przegląd okresowy odbył się w dniu 05.10.2017 r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany w październiku 2018 r., zgodnie z wpisem „aparat sprawny technicznie”,
  - b) Kardiomonitor nr CF-09106913, rok produkcji 2010. Przegląd okresowy odbył się w dniu 15.03.2018 r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany w marcu 2019 r., zgodnie z wpisem „aparat sprawny technicznie”,
  - c) Pulsoksymetr nr 77-5329, rok produkcji 1995. Przegląd okresowy odbył się w dniu 15.11.2017 r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany w lutym 2019 r., zgodnie z wpisem „aparat sprawny technicznie”,
  - d) Ssak Basic jezdny nr MS-077.0611, rok produkcji 1999. Przegląd okresowy odbył się w dniu 07.02.2018 r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany w listopadzie 2018 r., zgodnie z wpisem „aparat sprawny”,
  - e) Urządzenie do regulowania temperatury ciała pacjenta nr SP16060145, rok produkcji 2016. Przegląd techniczny oraz instalacja urządzenia odbyła się w dniu 25.10.2016 r., następny przegląd powinien być wykonany w październiku 2018 r.;
- 2) ul. Polskiego Czerwonego Krzyża 7 - Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii
  - a) Ssak elektryczny nr 205027, rok produkcji 2001, Przegląd okresowy odbył się w dniu 27.02.2018 r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany w lutym 2019 r., zgodnie z wpisem „ssak sprawny”,
  - b) Respirator nr ASJK-0138, rok produkcji 2016. Przegląd okresowy odbył się w dniu 14.11.2017 r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany w listopadzie 2018 r., zgodnie z wpisem „aparat sprawny technicznie”,

- c) Aparat do znieczulenia nr AMXM01387, rok produkcji 2008. Przegląd okresowy odbył się w dniu 30.01.2018 r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany w styczniu 2019 r., zgodnie z wpisem „aparat dopuszczony do pracy”,
  - d) Kardiomonitor Icard L nr 16199048, rok produkcji 2016. Przegląd okresowy odbył się w dniu 20.10.2017 r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany w październiku 2018 r., zgodnie z wpisem „aparat sprawny”,
  - e) Defibrylator, nr TO5K75399, rok produkcji 2006. Przegląd okresowy odbył się w dniu 24.10.2017 r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany w październiku 2018 r., zgodnie z wpisem „aparat sprawny”;
- 3) Al. Pokoju 44 - Oddział Chorób Wewnętrznych z Ośrodkiem Intensywnej Opieki Kardiologicznej
- a) Gastroskop EG 530WR, nr 2G290B013, rok produkcji 2009. Przegląd okresowy odbył się w dniu 31.07.2018 r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany w lipcu 2019 r., zgodnie z wpisem „aparat sprawny technicznie”,
  - b) Ultrasonograf LogiQ 7, nr SN46947YU8, rok produkcji 2009. Przegląd okresowy odbył się w dniu 9.07.2018 r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany w lipcu 2019 r., zgodnie z wpisem „aparat dopuszczony do wykorzystania”,
  - c) Ultrasonograf LogiQ 200, nr SN256078M3, rok produkcji 2000. Przegląd okresowy odbył się w dniu 8.07.2018 r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany w lipcu 2019 r., zgodnie z wpisem „aparat sprawny”,
  - d) Bieżnia rehabilitacyjna, nr B612C, rok produkcji 2016. Przegląd okresowy odbył się w dniu 6.12.2017 r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany w grudniu 2018 r., zgodnie z wpisem „aparat sprawny”,
  - e) Kardiomonitor Monicard Basic, nr 2109, rok produkcji 2009. Przegląd okresowy odbył się w dniu 26.03.2018 r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany w marcu 2019 r., zgodnie z wpisem „aparat sprawny”.

[Dowód: akta kontroli str. 273-317]

## 5. 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 procedurę przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków, wprowadzoną w życie Zarządzeniem Dyrektora nr 131 z dnia 13.10.2014 r. Zgodnie ww. procedurą skargi i wnioski mogą być wnoszone w formie pisemnej, elektronicznej oraz ustnie do protokołu. Rozpatrywanie skarg i wniosków odbywa się w trybie określonym przepisami Kodeksu postępowania administracyjnego. Skargi i wnioski rejestrowane są w rejestrze skarg, wniosków i zażaleń. Rejestr jest prowadzony zgodnie z art. 254 Kpa, 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 2016 r. w przedmiotowym rejestrze umieszczono wpisy dotyczące 34 spraw (w tym: 8 zasadnych i 26 niezasadnych), natomiast w roku 2017 dokonano wpisu 55 skarg (w tym: 17 zasadnych, 37 niezasadnych i 1 skarga w toku). W 2018 r. do dnia kontroli zarejestrowano 19 spraw (w tym: 8 skarg zasadnych i 11 niezasadnych). Skargi zostały rozpatrzone przez Szpital, skarżącemu udzielono odpowiedzi w ustawowym terminie.

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. 318-320]

## 6. Czas oczekiwania na udzielenie świadczeń zdrowotnych.

W Szpitalu zgodnie z art. 20 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych prowadzone są listy osób oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego. W trakcie kontroli ustalono, że w Szpitalu działają:

- a) Zespół oceny przyjęć pacjentów wpisanych na listę oczekujących na udzielenie świadczeń z zakresu procedur endoprotezoplastyki wykonywanych w Oddziale Ortopedii i Chirurgii Urazowej – powołany Zarządzeniem Nr 100 Dyrektora z dnia 10.11.2015 r., zmieniony następnie Zarządzeniem Nr 39 z dnia 08.04.2016 r. i Zarządzeniem nr 92 z dnia 18.10.2016 r. Dyrektora Szpitala;
- b) Zespół oceny przyjęć pacjentów wpisanych na listę oczekujących na udzielenie świadczeń zdrowotnych wykonywanych w oddziałach, poradniach, pracowniach oraz zakładach Szpitala przy ul. PCK – powołany Zarządzeniem nr 47 Dyrektora z dnia 06.06.2016 r., zmieniony Zarządzeniem nr 86 Dyrektora z dnia 10.10.2016 r.;
- c) Zespół oceny przyjęć pacjentów wpisanych na listę oczekujących na udzielenie świadczeń zdrowotnych wykonywanych w oddziałach, poradniach, pracowniach oraz zakładach Szpitala przy ul. Bialskiej – powołany Zarządzeniem nr 48 Dyrektora z dnia 06.06.2016 r.;
- d) Zespół oceny przyjęć pacjentów wpisanych na listę oczekujących na udzielenie świadczeń zdrowotnych wykonywanych w oddziałach, poradniach, pracowniach oraz zakładach Szpitala przy Al. Pokoju i Al. Niepodległości – powołany Zarządzeniem nr 106 Dyrektora z dnia 10.11.2015 r., zmieniony Zarządzeniem nr 83 Dyrektora z dnia 30.09.2016 r.

Do zadań Zespołu należy przeprowadzanie oceny list oczekujących na udzielenie świadczenia pod względem prawidłowości prowadzenia dokumentacji, czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia oraz zasadności i przyczyn zmian terminów udzielania świadczeń.

Zespół Oceny Przyjęć, w myśl przepisów art. 21 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, raz w miesiącu sporządza protokół z okresowej oceny list oczekujących i przedstawia go Dyrektorowi Szpitala. Niżej wymienione protokoły stanowią dowód kontroli:

- protokół Zespołu oceny przyjęć pacjentów wpisanych na listę oczekujących w oddziałach i poradniach WSS przy Al. Pokoju 44 z dnia 03.11.2017 r.,
- protokół Zespołu oceny przyjęć pacjentów wpisanych na listę oczekujących w oddziałach i poradniach WSS przy Al. Niepodległości 32 z dnia 01.02.2018 r.,
- protokół Zespołu oceny przyjęć pacjentów wpisanych na listę oczekujących w Oddziale Ortopedii i Chirurgii Urazowej WSS przy ul. Bialskiej 104/118 z dnia 13.03.2018 r.,
- protokół Zespołu oceny przyjęć pacjentów wpisanych na listę oczekujących w oddziałach WSS przy ul. Bialskiej 104/118 z dnia 09.05.2018 r.

Z listy oczekujących na udzielenie świadczenia za miesiąc maj 2018 r. wynika, że najdłuższy czas oczekiwania na przyjęcie ma miejsce w Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej:

- przypadki stabilne termin na 19.04.2021 r.,
- przypadki pilne termin na 20.06.2018 r.

Najkrótszy czas oczekiwania zanotowano w Oddziałach: Chorób Płuc, Nefrologii, Neurochirurgii, Neurologii, Patologii i Intensywnej terapii noworodka, Pediatrii oraz Chirurgii i traumatologii dziecięcej:

- przypadki stabilne termin 29.05.2018 r.,
- przypadki pilne termin 29.05.2018 r.

[Dowód: akta kontroli str. 321-336]

## 7. Wykonywanie badań satysfakcji pacjenta.

Zarządzeniem nr 35 z dnia 01.10.2008 r. w sprawie wprowadzenia „Karty Badania Satysfakcji Pacjenta”, Dyrektor Szpitala wprowadził w życie ankiety dotyczące badania poziomu satysfakcji pacjenta. Badanie jakości świadczonych usług jest anonimowe i dobrowolne.

Następnie Zarządzeniem nr 35 Dyrektora z dnia 11.05.2017 r. w sprawie „Ankiety Satysfakcji Pacjenta Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. NMP w Częstochowie” wycofano Kartę Badania Poziomu Satysfakcji Pacjenta i wprowadzono dwie nowe ankiety: „Ankieta Satysfakcji Pacjenta” oraz „Ankieta Satysfakcji Pacjenteń Oddziału Położniczego”, których wzory stanowią załączniki do ww. Zarządzenia. Ankiety są rozdawane pacjentom przy przyjęciu na poszczególnych oddziałach, a następnie w dniu wypisu zbierane przez sekretarki medyczne i przekazywane Zastępcy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa, który zgodnie z zapisami ww. Zarządzenia dokonywał raz na kwartał analizy ankiet i wyniki przedstawiał Dyrektorowi Szpitala oraz Komitetowi ds. Jakości. Zarządzeniem nr 88 z dnia 18.05.2018 r. w sprawie zmiany Zarządzenia Dyrektora nr 35 z dnia 11 maja 2017 r. w sprawie Ankiety Satysfakcji Pacjenta Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie wprowadzono zmiany, z których wynika, że ankiety są przekazywane w kopercie przez sekretarki medyczne Pielęgniarcę Przełożoną, która raz w roku dokonuje analizy treści ankiet i wyniki analiz przedstawia Dyrektorowi Szpitala oraz Komitetowi ds. Jakości, a następnie przekazuje do wiadomości Kierownikom Oddziałów. Ankieta obejmuje kilka obszarów: opiekę w Izbie Przyjęć, opiekę lekarską, pielęgniarską, środowisko i warunki organizacyjne Szpitala oraz przestrzeganie praw pacjenta. Ostatnie badanie przeprowadzono w okresie od 01.01.2018 r. do 31.03.2018 r. Z wyników przeprowadzonej ankiety wynika, że większość badanych obszarów oceniona została na dobrym i bardzo dobrym poziomie, najniżej zostało ocenione wyżywienie.

Jak zapewnia Dyrekcja Szpitala dokonano analizy ankiet i sformułowano wnioski, w oparciu o które podjęte zostaną działania mające na celu poprawę zadowolenia pacjentów z usług zdrowotnych świadczonych w Szpitalu.

[Dowód: akta kontroli str. 337-345]

#### **B. Stwierdzone nieprawidłowości:**

- 1) zastąpienie stanowiska pielęgniarki oddziałowej Oddziału Chirurgii Naczyniowej stanowiskiem „pielęgniarki koordynującej”;
- 2) przeprowadzenie postępowań konkursowych 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;
- 3) brak ujednolicenia zapisów Tymczasowego Regulaminu Wynagradzania pracowników Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Częstochowie w zakresie stanowisk pracy.

#### **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.

### **IV. Prawidłowość gospodarowania mieniem.**

#### **A. Ustalenia faktyczne**

W zakresie prawidłowości gospodarowania mieniem kontrolą objęto niżej wymienione zagadnienia:

#### **1. Nabycie aparatury i sprzętu medycznego.**

- a) Biometr optyczny o wartości 98 000,00 zł;
  - dowód przyjęcia OT 3/06/2017/DTA z dnia 07.06.2017 r., numer inwentarzowy 011/802/03738;
  - zakup ujęty w planie inwestycyjnym Szpitala na lata 2017-2018, pozytywnie zaopiniowany przez Radę Społeczną Szpitala uchwałą nr 966/2017 z dnia 21.04.2017r.;
  - zakup sfinansowany z dotacji Województwa Śląskiego (zgodnie z umową 1795/ZD/2017) i ze środków własnych - odrębna zgoda podmiotu tworzącego na nabycie nie była wymagana;

- zakup potwierdzony fakturą VAT Nr 2660/S/2017 z dnia 07.06.2017 r. na kwotę 98 000,00 zł, termin płatności 06.08.2017 r., zapłacono 05.07.2017 r. (środki z budżetu Województwa Śląskiego - 95 922,00 zł, środki własne - 2 078,00 zł);
- protokół zdawczo-odbiorczy nr 55/2017 z dnia 07.06.2017 r.;

b) Mobilny aparat RTG z ramieniem C o wartości 1 020 120,00 zł;

- dowód przyjęcia OT 1/03/2018/DTA z dnia 05.03.2018 r., numer seryjny 21373;
- zakup ujęty w planie inwestycyjnym Szpitala na lata 2017-2018, pozytywnie zaopiniowany przez Radę Społeczną Szpitala uchwałą nr 966/2017 z dnia 21.04.2017r.;
- zakup w ramach programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki i leczenia chorób układu sercowo-naczyniowego Polkard na lata 2017-2020 w ramach zadania: wyposażenie/doposażenie w mobilne aparaty RTG z ramieniem C wysokiej klasy do procedur wewnątrznacyniowych oddziałów kardiologii w roku 2017”, sfinansowany ze środków Ministerstwa Zdrowia, dotacji Województwa Śląskiego (zgodnie z umową nr 3544/ZD/2017) oraz środków własnych – odrębna zgoda podmiotu tworzącego na nabycie nie była wymagana;
- zakup potwierdzony fakturą VAT Nr 186/2017 z dnia 08.12.2017 r. na kwotę 1 020 120,00 zł, termin płatności 07.02.2018 r., zapłacono w dniach 21.12.2017 r. (środki z budżetu Województwa Śląskiego - 172 298,00 zł), 22.12.2017 r. (środki własne 126 868,00 zł) i 27.12.2017 r. (środki z Ministerstwa Zdrowia - 720 954,00 zł);
- protokół dostawy-odbioru sprzętu z dnia 07.12.2017 r.

Nabycie aparatury i sprzętu medycznego, w ww. zakresie objętym kontrolą nie budzi zastrzeżeń. W trakcie kontroli ustalono, że sprzęt i aparatura medyczna zakupiona z dotacji Województwa Śląskiego wskazana powyżej w pkt a i b jest wykorzystywana do udzielania świadczeń zdrowotnych.

[Dowód: akta kontroli str. 346-369]

## 2. Zbycie aparatury i sprzętu medycznego.

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

- 1) Kardiomonitor - nr inwentarzowy 011/802/01055, rok produkcji 1997, wartość początkowa 87 973,43 zł, umorzenie 100 %;
  - dowód LT-00006/2017 z dnia 06.02.2017 r.;
  - orzeczenie techniczne z dnia 10.08.2015 r. – ze względu na czas eksploatacji, stan techniczny, brak części zamiennych proponuje się wycofać sprzęt z eksploatacji;
  - pozytywna opinia Rady Społecznej Szpitala wyrażona uchwałą nr 668/2015 z dnia 09.10.2015 r.;
  - akceptacja dotycząca zbycia ww. środka trwałego wyrażona przez Członka Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 08.07.2016 r.;
  - protokół kasacyjny z dnia 06.02.2017 r. w sprawie likwidacji zbędnych rzeczowych składników majątku Szpitala;
  - sprzęt został przekazany na złom, karta przekazania odpadów nr 172/17 i 173/17 z dnia 10.02.2017 r.
- 2) Aparat USG Combision 420 L - nr inwentarzowy 011/802/02626; rok produkcji 1998; wartość początkowa 148 868,06 zł; umorzenie 100 %;
  - dowód LT-00012/2018 z dnia 28.03.2018 r.;
  - orzeczenie techniczne z dnia 07.08.2017 r. – z powodu uszkodzeń, wieku aparatu oraz niskich możliwości diagnostycznych zaleca się kasację aparatu;
  - pozytywna opinia Rady Społecznej Szpitala wyrażona uchwałą nr 1113/2017 z dnia



22.09.2017 r.;

- akceptacja dotycząca zbycia ww. środka trwałego wyrażona przez Członka Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 03.11.2017 r.;
- protokół kasacyjny z dnia 28.03.2018 r. w sprawie likwidacji zbędnych rzeczowych składników majątku Szpitala;
- sprzęt został przekazany na złom, karta przekazania odpadów nr 535/18, 536/18 i 541/18 z dnia 13.04.2018 r.

Zbycie aparatury i sprzętu medycznego w ww. zakresie objętym kontrolą nie budzi zastrzeżeń.

[Dowód: akta kontroli str. 370-386]

**3. Najem/dzierżawa pomieszczeń.**

W ramach kontroli sprawdzaniem objęto prawidłowość zawarcia umów:

- 1) dzierżawy nr W.Sz.S/DTR/10/2016 z dnia 15.07.2016 r.,
- 2) najmu nr W.Sz.S/DTR/1/2018 z dnia 23.01.2018 r.

**Ad. 1)** Przedmiotem umowy jest dzierżawa 1m<sup>2</sup> powierzchni zlokalizowanej w Zakładzie Radioterapii przy ul. Bialskiej 104/118, z przeznaczeniem na zainstalowanie urządzenia do samoobsługowej sprzedaży napojów gorących.

Umowa zawarta została w trybie przetargu nieograniczonego na okres 36 miesięcy liczonych od dnia 15.07.2016 r. do dnia 14.07.2019 r. Rada Społeczna uchwałą nr 785/2016 z dnia 28.04.2016 r. pozytywnie zaopiniowała wniosek Dyrektora Szpitala dotyczący wydzierżawienia przedmiotowej powierzchni 1m<sup>2</sup>. Z uwagi na okres na jaki została zawarta umowa zgoda podmiotu tworzącego nie była wymagana. Zgodnie z zapisami umowy, dzierżawca zobowiązany jest płacić wydzierżawiającemu czynsz dzierżawny obejmujący również koszty eksploatacyjne (zużycie energii elektrycznej, sprzątanie oraz wywóz nieczystości) na podstawie wystawionej przez wydzierżawiającego faktury VAT do 10-go każdego miesiąca na konto wskazane w fakturze. Umowa zawiera zapisy określone w § 15 „Zasad zbywania, wydzierżawiania, wynajmowania, oddania w użytkowanie lub użyczenie aktywów trwałych SP ZOZ, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie”. Objęte kontrolą faktury za kwiecień i maj 2018 r. wystawione zostały zgodnie z treścią umowy. Należności z tytułu faktur wpłynęły w terminie.

**Ad. 2)** Przedmiotem umowy jest najem pomieszczenia o powierzchni użytkowej 25 m<sup>2</sup> zlokalizowanego w Szpitalu przy ul. PCK 7 w budynku A, z przeznaczeniem na prowadzenie działalności handlowej - specjalistyczny sklep zaopatrzenia medycznego oraz punkt sprzedaży artykułów wielobranżowych.

Umowa zawarta została w trybie przetargowym na czas nieoznaczony, począwszy od dnia 01.02.2018 r. Rada Społeczna pozytywnie zaopiniowała wniosek Dyrektora Szpitala dotyczący wynajęcia przedmiotowego pomieszczenia uchwałą nr 1110/2017 z dnia 22.09.2017 r. Zgoda podmiotu tworzącego nie była wymagana. Zgodnie z zapisami umowy, najemca zobowiązany jest płacić wynajmującemu czynsz najmu w terminie do 15-go każdego miesiąca z góry oraz opłaty dodatkowe do 15-go każdego miesiąca z dołu na konto wskazane w fakturze. Umowa zawiera zapisy określone w § 15 „Zasad zbywania, wydzierżawiania, wynajmowania, oddania w użytkowanie lub użyczenie aktywów trwałych SP ZOZ, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie”. Objęte kontrolą faktury za kwiecień i maj 2018 r. wystawione zostały zgodnie z treścią umowy. Należności z tytułu faktur wpłynęły w terminie.

[Dowód: akta kontroli str. 387-408]

**B. Stwierdzone uchybienia i nieprawidłowości: brak**

**C. Ocena cząstkowa: pozytywna**

## **V. Realizacja zaleceń pokontrolnych z poprzedniej kontroli prowadzonej przez Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego.**

### **A. Ustalenia faktyczne:**

Ostatnia kontrola w Szpitalu przeprowadzona została przez pracowników Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w dniach od 30 maja do 3 czerwca 2016 r. Przedmiotem kontroli objęto: realizację zadań statutowych, dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych, prawidłowość gospodarowania mieniem oraz gospodarkę finansową w okresie od 2015 r. do dnia kontroli.

Wydano następujące zalecenia pokontrolne:

1. Wprowadzić do Krajowego Rejestru Sądowego informacje o składzie Rady Społecznej Szpitala i każdorazowo o jego zmianach;
2. Obsadzić stanowiska, o których mowa w art. 49 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej zgodnie z terminologią i procedurą ustawową;
3. Ujednocilić nazewnictwo stanowisk pracy w Regulaminie Organizacyjnym i w Regulaminie Wynagradzania;
4. Zwiększyć staranność w sporządzaniu raportów przez zespoły oceny przyjęć pacjentów powołane w Szpitalu poprzez używanie w nagłówkach raportów pełnej nazwy zespołu oceniającego oraz wykonywanie przedmiotowej oceny w pełnym zakresie wskazanym w art. 21 ust 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
5. Wykonywać przeglądy serwisowe wyrobów medycznych z zachowaniem terminów określonych przez podmioty uprawnione do konserwacji i działań serwisowych zgodnie z informacjami podanymi przez producenta w instrukcji użytkownika;
6. Przestrzegać procedur i unormowań zawartych w „Zasadach zbywania, wydzierżawiania wynajmowania, oddania w użytkowanie lub użyczenie aktywów trwałych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej” przyjętych Uchwałą Nr 1784/277/IV/2013 Zarządu Województwa z dnia 13.08.2013 r. z późn. zm., w zakresie zawierania umów najmu i dzierżawy mienia Szpitala;
7. Określać w zawieranych umowach na świadczenia zdrowotne maksymalną łączną kwotę zobowiązania, zgodnie z art. 44 ust. 3 pkt 3 ustawy o finansach publicznych;
8. Sprawować należytą kontrolę w zakresie ustalania przypadających Szpitalowi należności pieniężnych w formie odsetek oraz terminowego podejmowania w stosunku do zobowiązanych czynności zmierzających do wykonania zobowiązania.

Dyrektor Szpitala, w ustawowym terminie, złożył do Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego sprawozdanie o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych.

Sprawdzono realizację zaleceń pokontrolnych w latach 2016-2018 i stwierdzono, że zalecenia pokontrolne wyszczególnione w ww. pkt. 1-2 i 4-8 zostały wykonane.

W zakresie pkt. 3 kontrola wykazała, że Dyrektor Szpitala nie dokonał ujednoczenia zapisów Regulaminu Organizacyjnego i Regulaminu Wynagradzania.

### **B. Stwierdzone nieprawidłowości:**

Niewykonanie zalecenia pokontrolnego w zakresie ujednoczenia nazewnictwa stanowisk pracy w Regulaminie Organizacyjnym i w Regulaminie Wynagradzania Szpitala.

### **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.

Na tym ustalenia kontrolne zakończono.

le

## VI. Pozostałe informacje, zalecenia i pouczenia.

### 1. Pozostałe informacje

Pismem z dnia 31 października 2018 r. znak: ZD-N.1711.11.2018, ZD-NiP.KW-00874/18 Projekt wystąpienia pokontrolnego został przekazany Dyrektorowi Szpitala. Ze „zwrotnego doręczenia odbioru” wynika, że pismo zostało doręczone do Szpitala w dniu 02.11.2018 r.

Dyrektor Szpitala nie zgłosił zastrzeżeń do treści Projektu wystąpienia pokontrolnego.

### 2. Zalecenia pokontrolne

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami zalecam podjąć działania zmierzające do:

- 1) dokonywania zmian w strukturze organizacyjnej Szpitala, w trybie określonym w *Procedurze postępowania w przypadku dokonywania zmian dotyczących struktury organizacyjnej zakładów leczniczych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie*, przyjętej w uchwale Zarządu Województwa Śląskiego nr 1327/201N/2017 z dnia 27 czerwca 2017 r., tj. po uzyskaniu wymaganej akceptacji podmiotu tworzącego, a następnie przeprowadzania stosownych zmian w zapisach Regulaminu Organizacyjnego;
- 2) wprowadzenia stanowiska pielęgniarki oddziałowej Oddziału Chirurgii Naczyniowej, zgodnie z art. 49 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 o działalności leczniczej (t. j. Dz. U. z 2018 r. poz. 2190);
- 3) przestrzegania zapisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą (t. j. Dz. U. z 2018 r. poz. 393 z późn. zm.);
- 4) ujednoczenia zapisów Tymczasowego Regulaminu Wynagradzania pracowników Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Częstochowie w zakresie nazewnictwa stanowisk pracy określonych w Regulaminie Organizacyjnym Szpitala oraz przyjęcie projektu Regulaminu Pracy i Wynagradzania Szpitala, a następnie przedstawienie go związkowi zawodowemu w celu dokonania uzgodnień treści.
- 5) przestrzegania obowiązku realizacji zaleceń pokontrolnych wydanych przez podmiot tworzący w wyniku przeprowadzonej kontroli.

### 3. Pouczenia

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

Wystąpienie pokontrolne zawiera 19 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 podjętych działaniach w zakresie zaleceń należy przekazać do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w terminie 30 dni od daty otrzymania niniejszego wystąpienia.

**Podmiot uprawniony do kontroli:**

Z UP. ZARZĄDU WOJEWÓDZTWA ŚLĄSKIEGO  
  
 2-04 Dyrektor Wydziału  
 Zdrowia i Polityki Społecznej