

Katowice, 17 grudnia 2024 r.
NZ-NK.1711.2.2023

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

**Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
Nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu
Plac Medyków 1, 41-200 Sosnowiec**
(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 z późn. zm.),
- 2) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych (t. j.: Dz. U. 2015, poz. 1331),
- 3) planu kontroli na 2023 rok, załącznik nr 2, poz. 2 zatwierdzonego uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 199/398/VI/2023 z dnia 2 lutego 2023 roku,
- 4) regulaminu kontroli podmiotów leczniczych, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie określonego uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 1057/229/VI/2021 z dnia 28.04.2021 r.

I. Dane identyfikacyjne kontroli:

Jednostka kontrolowana: Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu, Plac Medyków 1, 41-200 Sosnowiec.

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

- Pan Krzysztof Bestwina (do 13.03.2023 r.),
- Pan Bartosz Straszak (p.o. Dyrektora od 14.03.2023 r. do 18.04.2023 r.),
- Pan Krzysztof Kowalik od 19.04.2023 r. do nadal.

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

- Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa,
- Dyrektora ds. ekonomicznych i zarządzania majątkiem,
- Dyrektora ds. inwestycji i rozwoju,
- Głównej księgowej.

Termin przeprowadzenia czynności kontrolnych i zakres kontroli:

Kontrolę przeprowadzono w dniach 28.03.2023 r. – 26.05.2023 r. w zakresie: wybranych zagadnień z zakresu spraw organizacyjno-finansowych w latach 2021-2023.

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

Osoby przeprowadzające kontrolę:

Agnieszka Wnuk – Główny specjalista Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 132/NZ/2023 z dnia 20.03.2023 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 27.03.2023 r.

Weronika Loska-Tomanik – Główny specjalista Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 131/NZ/2023 z dnia 20.03.2023 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 27.03.2023 r.

Barbara Gwiazda - Amrosz – Główny specjalista Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 130/NZ/2023 z dnia 20.03.2023 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 27.03.2023 r.

O kontroli Dyrektor jednostki został poinformowany pismem z dnia 23.03.2023 r.

Kontrolę wpisano do książki kontroli pod pozycją 7.

[Dowód: akta kontroli str. 1-12]

II. Działalność statutowa.

A. Ustalenia faktyczne:

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

Informacje ogólne.

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu 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 000000014060 oraz posiada osobowość prawną i jest wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego w Katowicach pod numerem KRS 0000003511. Siedzibą Szpitala jest miasto Sosnowiec.

Szpital działa na podstawie:

- 1) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t. j.: 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 (t. j.: Dz. U. z 2024 r. poz. 126);
- 3) Statutu Szpitala przyjętego Uchwałą Nr V/42/39/2017 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 18 września 2017 r., w sprawie ogłoszenia tekstu jednolitego Uchwały Nr V/12/33/2015 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 21 września 2016 r. i ogłoszonego w Dzienniku Urzędowym Województwa Śląskiego w dniu 5 października 2017 r. pod pozycją 5284 (Dz. Urz. z dnia 5 października 2017 r., poz. 5295);
- 4) Regulaminu Organizacyjnego, którego ostatnie zmiany wg. stanu na dzień 28.03.2023 r., pozytywnie zaopiniowane przez Radę Społeczną Uchwałą Nr 34/2022 z dnia 19 grudnia 2022 r., wprowadzone zostały w życie Zarządzeniem Nr 524/2022 Dyrektora Szpitala z dnia 20 grudnia 2022 r.,

5) w zakresie gospodarki mieniem:

- a) Procedury dotyczącej nabywania aparatury i sprzętu medycznego przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie określonej w Uchwale Zarządu Województwa Śląskiego nr 2734/299/VI/2021 z dnia 22 grudnia 2021 r. z późn.zm.,
- 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 28.03.2023 r. roku wynosiło:

- 1 248 pracowników w ramach umowy o pracę,
- 59 pracowników w ramach umowy zlecenia,
- 294 pracowników w ramach kontraktu.

[Dowód: akta kontroli str. 13-15]

1. Prawidłowość wpisów w Krajowym Rejestrze Sądowym.

W okresie objętym kontrolą trzykrotnie dokonywano zmian w zapisach Krajowego Rejestru Sądowego (dalej: KRS). Ostatni wniosek wg. stanu na dzień 28.03.2023 r. został złożony 23.03.2023 r. i dotyczył następujących zmian – powołania Dyrektora (Uchwała Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 10.03.2023 r.) oraz zmiany składu Rady Społecznej (Uchwała Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 10.03.2023 r.). Szpital nie dopełnił ustawowego obowiązku wynikającego z art. 22 ustawy o Krajowym Rejestrze Sądowym z dnia 20 sierpnia 1997 r., który wskazuje 7 – dniowy termin na zgłoszenie zmian do KRS. Wyjaśniono, że opóźnienie związane ze złożeniem wniosku spowodowane było brakiem przedłożenia przez nowego Dyrektora Szpitala dokumentów potwierdzających wykształcenie, koniecznych do złożenia wniosku.

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

[Dowód: akta kontroli str. 16-26]

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

Regulamin Organizacyjny Szpitala (dalej: Regulamin) sporządzony został w oparciu o przepisy art. 24 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej. Tekst jednolity został zaopiniowany Uchwałą Nr 2/2021 r. Rady Społecznej Szpitala z dnia 22.03.2021 r. a następnie wprowadzony Zarządzeniem Dyrektora 141/2021 z dnia 31.05.2021 r. Ostatnie zmiany do Regulaminu, pozytywnie zaopiniowane przez Radę Społeczną Szpitala Uchwałą nr 34/2022 z dnia 19 grudnia 2022 r., zostały wprowadzone w życie Zarządzeniem Dyrektora nr 524/2022 z dnia 20 grudnia 2022 r. Ze względu na dużą liczbę Zarządzeń Dyrektora Szpitala zmieniających tekst jednolity Regulaminu z 2021 r., zaleca się wprowadzenie nowego tekstu jednolitego, celem zwiększenia przejrzystości i czytelności dokumentu.

Kontrolujący stwierdzili, że cele oraz zadania podmiotu leczniczego wyszczególnione w Zarządzeniu Nr 278/2021 Dyrektora Szpitala z dnia 29.10.2021 r., którym wprowadzono zmiany do tekstu jednolitego Regulaminu są w pełni tożsame z wpisanymi w Statut Szpitala.

W trakcie kontroli stwierdzono brak zgodności zapisów Regulaminu z przepisami prawa - ustalono, że nie wskazano wysokości opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej zgodnie z art. 24 ust. 1 pkt. 9 ustawy o działalności leczniczej. W pkt 5 ww. Zarządzenia wskazano metodę wyliczenia wysokości opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej w sposób określony

w art. 28 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, jednocześnie w pkt 14 zapisano, że wykreśla się w tekście jednolitym Regulaminu punkt IV *Cennik Usług Medycznych i Innych Usług punkt IV – udostępnienie dokumentacji medycznej i wydawanie zaświadczeń*, w którym wskazane były kwoty za udostępnienie dokumentacji medycznej.

Zgodnie z art. 24 ust. 1 pkt 9 ustawy o działalności leczniczej w Regulaminie podmiotu wykonującego działalność leczniczą określa się w szczególności wysokość opłaty (nie sposób jej wyliczenia) za udostępnienie dokumentacji medycznej ustalonej w sposób określony w art. 28 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t. j.: Dz. U. z 2020 r., poz. 849).

Podczas kontroli stwierdzono brak zgodności zapisów Regulaminu w zakresie struktury organizacyjnej komórek działalności medycznej z Księgą Rejestrową i uwidocznioną w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (dalej: Rejestr) prowadzonym przez Wojewodę Śląskiego według stanu na dzień 28.03.2023 r., co przedstawia poniższa tabela.

L.P	Regulamin Organizacyjny	Rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą
1	Poradnia Alergologiczna - Konsultacyjna	Poradnia Alergologiczna
2	Poradnia Profilaktyki Chorób Piersi	Brak wpisu
3	Poradnia Leczenia Mukowiscydozy	Brak wpisu
4	Poradnia Chemioterapii	Brak wpisu
5	Poradnia Leczenia Stopy Cukrzycowej	Poradnia Diabetologiczna (cukrzycowa) i Leczenia Zespołu Stopy Cukrzycowej
6	Poradnia Chirurgii Ręki	Brak wpisu
7	Poradnia Konsultacyjno-Kwalifikacyjna	Brak wpisu
8	Pracownia Pomiarowa	Brak wpisu
9	Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy dla Poradni Profilaktyki Chorób Piersi	Brak wpisu
10	Poradnia Rehabilitacji Kardiologicznej	Wpis o zakończeniu działalności z dniem 06.09.2012 r.

Wskazuje się, że Szpital poinformował podmiot tworzący o planowanych zmianach w powyższym zakresie i są one procedowane, celem ujednolicenia przedmiotowych zapisów.

Podczas kontroli sprawdzono prawidłowość procesu dokonywania zmian w strukturze organizacyjnej Szpitala w oparciu o *Procedurę postępowania w przypadku dokonywania zmian dotyczących struktury organizacyjnej zakładów leczniczych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie*, wprowadzoną Uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 801/36/VI/2019 z dnia 17.04.2019 r., a następnie Uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 2/303/VI/2022 z dnia 05.01.2022 r.

W okresie objętym kontrolą dokonywano zmian w strukturze organizacyjnej Szpitala. Przebieg zmian zweryfikowano pod względem uzyskania opinii Rady Społecznej Szpitala w związku z dokonywaną zmianą, uzyskaniem akceptacji podmiotu tworzącego a także zgłoszeniem zmian w strukturze organizacyjnej do Rejestru. Stwierdzono, że ww. procedury zostały zachowane.

Kontrolą objęto również prawidłowość procesu dokonywania zmian w strukturze organizacyjnej Szpitala w związku ze zmianą liczby łóżek w oparciu o ww. regulacje. W okresie objętym kontrolą dokonywano zmian w ww. zakresie. Przebieg zmian zweryfikowano pod względem uzyskania pozytywnej opinii Rady Społecznej Szpitala w związku z dokonywaną zmianą, uzyskaniem akceptacji podmiotu tworzącego, a także zgłoszeniem zmian w strukturze organizacyjnej do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego. Stwierdzono, że ww. procedury zostały zachowane.

Szpital prowadzi stronę internetową pod adresem <https://wss5.pl/> oraz powiązaną z nią stronę podmiotową BIP pod adresem <https://bip.wss5.pl/>. Kontrola treści zawartych na stronie internetowej Szpitala wykazała, że zawiera ona informacje wymagane przez art. 24 ust 2 Ustawy

z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Ponadto, stwierdzono, że Szpital spełnia ustawowy wymóg prowadzenia strony podmiotowej BIP i umieszczania na niej wymaganych prawem informacji, zgodnie z Ustawą z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej.

B. Stwierdzone nieprawidłowości:

1. Nieprawidłowość polegająca na niedochowaniu siedmiodniowego terminu na zgłoszenie zmian do KRS, czym naruszono art. 22 ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym.
2. Nieprawidłowość polegająca na braku wskazania wysokości opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej zgodnie z art. 24 ust. 1 pkt 9 ustawy o działalności leczniczej.
3. Nieprawidłowość polegająca na braku zgodności pomiędzy zapisami Regulaminu Organizacyjnego Szpitala i Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą w zakresie komórek organizacyjnych działalności medycznej, czym naruszono art. 24 ust. 1 oraz art. 107 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Przyczyny nieprawidłowości:

1. Niedochowanie należytej staranności w zakresie:
 - terminowego zgłoszenia zmian do KRS,
 - wskazania wysokości opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej,
 - aktualizacji zapisów Regulaminu Organizacyjnego i Rejestru.

C. Ocena częściowa: pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości.

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

[Dowód: akta kontroli str. 27-346]

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 Sosnowcu przy Placu Medyków 1.

1. Funkcjonowanie wybranych komórek organizacyjnych.

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

- 1) Oddział Neurologii,
- 2) Oddział Okulistyki,
- 3) Oddział Kardiologii Ogólnej,
- 4) Poradnia Gastrologiczna.

Ad. 1) Oddział Neurologii

Oddział wpisany jest do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 010 (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: 4220 Oddział neurologiczny. Oddział został wpisany do Rejestru z dniem 10.03.1998 r. i dysponuje 15 łózkami. W Oddziale leczone są ciężkie schorzenia ośrodkowego

i obwodowego układu nerwowego, choroby zwyrodnieniowe układu nerwowego i mięśniowego, choroby demielinizacyjne układu nerwowego, padaczka i inne zaburzenia napadowe, choroby zwyrodnieniowe stawów kręgosłupa i dyskopatie, pierwotne i wtórne nowotwory ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego.

W Oddziale zatrudnionych jest 22 lekarzy, 30 pielęgniarek, 2 fizjoterapeutów, 2 opiekunów medycznych, 6 techników elektrokardiologii, 2 logopedów/neurologopedów oraz dietetyk.

W okresie objętym kontrolą liczba hospitalizowanych pacjentów wyniosła:

- 500 w 2021 r.,
- 591 w 2022 r.,
- 67 w okresie od stycznia do lutego 2023 r.

Na listę oczekujących, według stanu na dzień rozpoczęcia kontroli, wpisano 9 przypadków pilnych oraz 16 przypadków stabilnych.

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

Ad. 2) Kliniczny Oddział Okulistyki

Oddział wpisany jest do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 012 (kod resortowy identyfikujący komórkę organizacyjną stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych), kod resortowy charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych: 4600 Oddział okulistyczny. Oddział został wpisany do Rejestru z dniem 10.03.1998 r. i dysponuje 20 łózkami oraz 10 miejscami dziennego pobytu.

W Oddziale dokonywane są zabiegi takie jak m.in. : przeszczepy rogówki z wykorzystaniem lasera femtosekundowego, przeszczepy rogówki, zabiegi przeciwjaskrowe, chirurgie zaćmy, zezu, dróg łzowych, rekonstrukcje powierzchni oka, leczenie urazów gałki ocznej.

W Oddziale zatrudnionych jest 26 lekarzy, 21 pielęgniarek, 5 ortoptystów.

W okresie objętym kontrolą liczba hospitalizowanych pacjentów wyniosła:

- 4018 w 2021 r.,
- 4098 w 2022 r.,
- 628 w okresie od stycznia do lutego 2023 r.

Na listę oczekujących, według stanu na dzień rozpoczęcia kontroli, wpisano 12 przypadków pilnych oraz 216 przypadków stabilnych.

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

Ad. 3) Kliniczny Oddział Kardiologii Ogólnej

Oddział, wpisany jest do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 067 (kod resortowy identyfikujący komórkę organizacyjną stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych), kod resortowy charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych: 4100 Oddział kardiologiczny. Oddział został wpisany do Rejestru z dniem 31.12.2005 r. i dysponuje 31 łózkami.

W Oddziale prowadzona jest m.in. diagnostyka oraz kwalifikacja do implantacji układów stymulujących serca i dalsze leczenie po takich zabiegach, a także wczesna rehabilitacja kardiologiczna po ustąpieniu ostrego stanu zagrożenia życia, leczenie chirurgiczne i zachowawcze pacjentów z chorobami serca, naczyń oraz innych narządów w zakresie klatki piersiowej.

W Oddziale zatrudnionych jest 30 lekarzy, 55 pielęgniarek, 8 elektroradiologów, 2 dietetyków.

W okresie objętym kontrolą liczba hospitalizowanych pacjentów wyniosła:

- 3 107 w 2021 r.,
- 2 973 w 2022 r.,
- 500 od stycznia do lutego 2023 r.

Na listę oczekujących, według stanu na dzień rozpoczęcia kontroli, wpisano 86 przypadków stabilnych. Przypadki pilne – przyjmowane na bieżąco.

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

Ad. 4) Poradnia Gastroenterologiczna

Poradnia wpisana jest do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 019 (kod resortowy identyfikujący komórkę organizacyjną stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych), kod resortowy charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych: 1050 Poradnia Gastroenterologiczna. Poradnia wpisana została do Rejestru z dniem 10.03.1998 r. W Poradni udzielane są w trybie ambulatoryjnym świadczenia zdrowotne z zakresu gastroenterologii.

W okresie objętym kontrolą liczba udzielonych porad wyniosła:

- 2 197 w 2021 r.,
- 2 816 w 2022 r.,
- 449 od stycznia do lutego 2023 r.

Na listę oczekujących, według stanu na dzień rozpoczęcia kontroli, wpisano 31 przypadków pilnych i 531 stabilnych.

Zgodnie z harmonogramem świadczenia udzielane są 5 dni w tygodniu: od poniedziałku do środy: 10:00 -12:00, czwartek: 10:00 do 12:00 (dodatkowo II i IV tydzień miesiąca: 16:00 – 20:00), piątek 12:00 – 14:00. W dniu 29.03.2023 r., podczas przeprowadzania czynności kontrolnych w siedzibie Szpitala Poradnia działała zgodnie z przyjętym harmonogramem.

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

[Dowód: akta kontroli str. 347-351]

2. Udzielanie zamówień na świadczenia zdrowotne.

Przedmiotem weryfikacji przeprowadzonej przez kontrolujących były zapisy umów:

- 1) Nr 18798/ŚW/2021 z dnia 16.06.2021 r. – umowa dotycząca wykonywania świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań laboratoryjnych;
- 2) Nr CRV/2022/1272 z dnia 20.12.2022 r. – umowa dotycząca udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań rezonansu magnetycznego dla pacjentów leczonych w Szpitalu.

Ad. 1)

Umowa została zawarta na podstawie przeprowadzonego postępowania konkursowego. Przedmiotem umowy jest wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań laboratoryjnych. W ramach czynności kontrolnych stwierdzono, że w umowie nie wskazano minimalnej liczby osób udzielających świadczeń zdrowotnych, zgodnie z art. 27 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Umowa nie określa również maksymalnej wartości zamówienia zgodnie z art. 44 ust.3 pkt.3 ustawy o finansach publicznych.

Umowa została zawarta w formie pisemnej, na czas określony, tj. od dnia 17.06.2021 r. do dnia 17.06.2023 r. - sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

W ramach kontroli realizacji umowy sprawdzono faktury nr:

- 145/09/2022 z dnia 30.09.2022 r. – stawka zgodna z umową, płatność nie została dokonana w terminie, kontrahent nie wystawił noty odsetkowej.
- 212/11/2022 z dnia 30.11.2022 r. – stawka jednostkowa zgodna z umową, płatność nie została dokonana w terminie, kontrahent nie wystawił noty odsetkowej.

Ad. 2)

Umowa została zawarta na podstawie przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Przedmiotem umowy jest udzielanie świadczeń zdrowotnych na wykonywanie badań rezonansu magnetycznego dla pacjentów leczonych w Szpitalu.

W ramach czynności kontrolnych stwierdzono, że w umowie nie wskazano minimalnej liczby osób udzielających świadczeń zdrowotnych, zgodnie z 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 20.12.2022 r. do 31.12.2023 r. lub do wyczerpania kwoty 130 000,00 zł - sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach i podpisana przez Strony.

W ramach kontroli realizacji umowy sprawdzono faktury nr:

- 0010/02/2023 z dnia 07.02.2023 r. – stawka jednostkowa zgodna z umową, płatność nie została dokonana w terminie, kontrahent nie wystawił noty odsetkowej.
- 0097/02/2023 z dnia 28.02.2023 r. – stawka jednostkowa zgodna z umową, płatność nie została dokonana w terminie, kontrahent nie wystawił noty odsetkowej.

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) USG okulistyczne Typ AVISO, nr inwentarzowy: 013791, rok produkcji: 2016, data rozpoczęcia eksploatacji: 31.08.2016 r. Ostatni przegląd okresowy (do dnia kontroli) odbył się w dniu 12.01.2023 r., dokonany w terminie. Następny przegląd w styczniu 2024 r., zgodnie z wpisem: „wykonano kompleksowy przegląd techniczny, aparat sprawny”,
- 2) Monitor pacjenta Typ VISTA 120 S, nr 161899022, rok produkcji: 2020, data rozpoczęcia eksploatacji (uruchomienie i przetestowanie sprawności sprzętu): 29.06.2020 r. Ostatni przegląd okresowy (do dnia kontroli) odbył się w czerwcu 2022 r., (zgodnie z zaleceniem producenta przegląd sprzętu co 2 lata) dokonany w terminie. Następny przegląd powinien zostać wykonany w czerwcu 2024 r., zgodnie z wpisem „aparat sprawny technicznie”,
- 3) Respirator stacjonarny Typ SAVINA, nr inwentarzowy: A7- 1462-ST/802 (004547), rok produkcji: 2009. Ostatni przegląd okresowy (do dnia kontroli) odbył się w lutym 2023 r., dokonany w terminie. Następny przegląd do dnia 29.02.2024 r., zgodnie z wpisem: „aparat sprawny technicznie”,
- 4) Monitor funkcji życiowych Typ INFINITY DELTA, nr seryjny: 6001681969, nr inwentarzowy: 004918, rok produkcji 2009. Ostatni przegląd okresowy (do dnia kontroli) odbył się w dniu 21.02.2023 r., dokonany w terminie. Następny przegląd w lutym 2024 r., zgodnie z wpisem „aparat sprawny”.

[Dowód: akta kontroli str. 352-394]

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

Sprawdzeniem objęto Rejestr skarg i wniosków Szpitala w latach 2021-2023. Sposób

rozpatrywania skarg i wniosków został określony Zarządzeniem nr 67/2022 Dyrektora Szpitala z dnia 18 marca 2022 r. w sprawie zasad i trybu przyjmowania, ewidencjonowania i rozpatrywania skarg i wniosków w Szpitalu. Zgodnie z procedurą, skargi i wnioski można składać pisemnie, telefonicznie, faksem, pocztą elektroniczną a także ustnie do protokołu.

W razie zgłoszenia skargi lub wniosku ustnie, przyjmujący zgłoszenie sporządza protokół, który podpisuje wnoszący skargę/wniosek i przyjmujący zgłoszenie. W przypadku skargi zgłoszonej telefonicznie, również jest sporządzany protokół, podpisany przez osobę przyjmującą zgłoszenie. Rozpoznawanie skarg odbywa się w trybie określonym przepisami Kodeksu postępowania administracyjnego oraz Rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie organizacji przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków.

Skargi i wnioski rejestrowane są w Rejestrze skarg i wniosków, który jest prowadzony w sposób ułatwiający kontrolę przebiegu i terminów załatwienia poszczególnych skarg i wniosków, zgodnie z wymogami określonymi w art. 254 Kodeksu postępowania administracyjnego.

W okresie objętym kontrolą (do dnia 28.03.2023 r.):

- w roku 2021 wpłynęło 129 skarg, w tym 34 uznano za zasadne, 93 za niezasadne, 2 w toku (toczące się sprawy sądowe). W terminie odpowiadano na 122 skargi, 5 odpowiedzi zostało udzielonych po terminie, 2 sprawy sądowe w toku;
- w roku 2022 wpłynęło 76 skarg, w tym 16 uznano za zasadne, 60 za bezzasadne. W terminie odpowiadano na 74 skargi, 2 odpowiedzi zostały udzielone po terminie,
- w roku 2023 wpłynęło 28 skarg, w tym 6 uznano za zasadne, 22 za bezzasadne. Odpowiedzi udzielono w terminie.

W okresie objętym kontrolą nie wpłynął żaden wniosek. 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. 395-420]

5. Wykonywanie badań satysfakcji pacjenta.

Badania ankietowe satysfakcji pacjenta prowadzane są na podstawie funkcjonującej w Szpitalu Księgi Zintegrowanego Systemu Zarządzania (Rozdział 9 Księgi – Ocena efektów działania; 9.1.2. Badanie satysfakcji klientów). Księga Zintegrowanego Systemu Zarządzania (wydanie X) została wprowadzona do stosowania Zarządzeniem Nr 202/2022 Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu z dnia 8 lipca 2022r.

W Szpitalu dokonuje się monitorowania procesu świadczenia usług medycznych, co umożliwia skuteczny nad nimi nadzór. Opinia pacjenta w przedmiotowym zakresie jest ważnym kryterium jakości świadczonej usługi zdrowotnej. Narzędziem badawczym jest kwestionariusz ankiety dla pacjentów Szpitala (QD-07).

Badanie opinii pacjenta w Szpitalu prowadzone jest od 2010 r. Za cykliczne dokonywanie analizy ankiet odpowiedzialny jest Dział Organizacji i Zarządzania Jakością Szpitala. Ostatnie badanie ankietowe (w kontrolowanym okresie) zostało przeprowadzone w dniach od 22.08.2022 r. do 21.09.2022 r. Do przeprowadzonych badań wykorzystano anonimowe formularze ankiet, które zostały skierowane do wszystkich pacjentów hospitalizowanych w ww. okresie w Szpitalu, a także rodziców oraz opiekunów dzieci do lat 18. Ankiety były przekazywane respondentom przez pielęgniarki oddziałowe lub wyznaczone przez nie osoby. Wypełnione ankiety pacjenci mogli wrzucić do skrzynek ankietowych umieszczonych w Oddziałach bądź do skrzynek z napisem „Ankieta”, znajdujących się przy wejściu głównym do Szpitala lub przy wejściu do poradni szpitalnych.

Badaniu zostały poddane następujące obszary:

- funkcjonowanie Izby Przyjęć oraz Szpitalnego Oddziału Ratunkowego,

- przyjęcie pacjenta do Oddziału,
- pobyt w Oddziale szpitalnym,
- opinie na temat personelu lekarskiego oraz pielęgniarskiego.

W badaniu satysfakcji pacjenta w ww. okresie uczestniczyło 790 osób (taka sama ilość wydanych ankiet w wersji papierowej) z czego uzyskano 473 ankiet, stanowiło to zwrot na poziomie 60%. Najliczniejszą grupę badanych reprezentowali respondenci w grupie wiekowej od 51 do 70 lat. Przykładowo, w kwestii organizacji sposobu przyjęć w Izbie Przyjęć większość pacjentów, tj. 79% oceniło ten obszar bardzo dobrze lub dobrze, 15 % przeciętnie, natomiast 5% respondentów uznało organizację przyjęć za złą. Warunki oczekiwania w Izbie Przyjęć (wystarczająca przestrzeń do siedzenia, dostęp do toalety i telefonu) również zostały ocenione jako dobre (42%) oraz bardzo dobre (35%). Oceny złe wyraziło 6% ankietowanych, 1 % respondentów nie udzielił w tym obszarze odpowiedzi.

Ogólny pobyt pacjentów w Szpitalu został oceniony bardzo dobrze (aż 97% ocen pozytywnych, zaledwie 3 % negatywnych).

Podczas wypełniania ankiet pacjenci mieli również możliwość przekazania informacji (w formie opisowej) o mocnych i słabych stronach Szpitala. Wyrażone oceny pozytywne dotyczyły najczęściej:

- bardzo dobrej opieki personelu medycznego, w tym jego fachowości i zaangażowania,
- cierpliwości i życzliwości personelu,
- miłej atmosfery podczas pobytu w Szpitalu,
- pracowitości i uprzejmości zespołu fizjoterapeutów.

Oceny negatywne, o których wspomnieli pacjenci dotyczyły m.in.:

- nieuprzejmego zachowania personelu sprząającego,
- konieczności modernizacji sali rehabilitacyjnej, doposażenia sali ćwiczeń w sprzęt rehabilitacyjny oraz wykonania remontu sali gimnastycznej,
- jakości posiłków (potrawy mało urozmaicone),
- braku dostępu do telewizji, wi -fi,
- złej organizacji w Izbie Przyjęć (brak informacji - „strzałek, kartek, gdzie się kierować”).

Na podstawie przeprowadzonej analizy ankiet stwierdzono konieczność dążenia do poprawy wyników w następujących obszarach:

- organizacji oraz skrócenia czasu oczekiwania w Izbie Przyjęć (w tym poprawy oznaczenia, umieszczenia dodatkowych strzałek oraz informacji dotyczącej przyjęcia pacjenta do Szpitala),
- urozmaicenia i poprawy jakości posiłków (różnorodność, smak i temperatura),
- poprawy w zakresie dostępności do multimediiów dla pacjentów (telewizja szpitalna, wi -fi),
- wykonania modernizacji i pilnego remontu sali gimnastycznej (dotyczy Oddziału Rehabilitacji Medycznej i Neurologicznej),
- doposażenia Szpitala w sprzęt rehabilitacyjny.

Przeprowadzone ankiety badania opinii pacjenta pozwalają na identyfikację oczekiwań pacjentów oraz określenie przyczyn braku zadowolenia z otrzymanych usług. Dzięki uzyskanym wnioskom z przeprowadzonego badania Szpital wdraża skuteczniejszy nadzór oraz działania naprawcze w obszarach tego wymagających.

[Dowód: akta kontroli str. 421-532]

B: Stwierdzone nieprawidłowości:

1. Brak w kontrolowanych umowach na realizację świadczeń zdrowotnych informacji o minimalnej liczbie osób udzielających świadczeń zdrowotnych czym naruszono art. 27 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. działalności leczniczej.
2. Brak określenia w treści umowy na świadczenie zdrowotne maksymalnej wartości zamówienia, zgodnie z obowiązkiem wynikającym z przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (art. 44 ust. 3 pkt. 3),
3. Nieprawidłowość polegająca na nieterminowym regulowaniu zobowiązań finansowych Szpitala w zakresie zapłaty należności wynikającej z faktury VAT, co jest niezgodne z art. 44 ust. 3 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r o finansach publicznych.
4. Nieprawidłowość polegająca na naruszeniu art. 237 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego, zgodnie z którym organ właściwy do załatwienia skargi powinien załatwić skargę bez zbędnej zwłoki, nie później jednak niż w ciągu miesiąca.

Przyczyny nieprawidłowości:

1. Niedochowanie należytej staranności w zakresie:
 - konstruowania zapisów umów dotyczących udzielania zamówień na świadczenia zdrowotne uwzględniających wszystkie zapisy wskazane w art. 27 ust. 4 i 8 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej,
 - stosowania zapisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 roku o finansach publicznych celem określenia maksymalnej wysokości zobowiązania wynikającego z zawartych umów na świadczenia zdrowotne,
 - przestrzegania terminu udzielenia odpowiedzi na skargę.
2. Brak należytego nadzoru nad terminowym regulowaniem zobowiązań (zapłata za faktury VAT).

C: Ocena częściowa: pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości

IV. Prawdliwość gospodarowania mieniem,

A. Ustalenia faktyczne.

W zakresie prawidłowości gospodarowania mieniem kontrolą objęto:

1. Nabycie sprzętu i aparatury medycznej.

- 1) Sterylizator plazmowy mały wraz ze stojakiem medycznym mobilnym o wartości: 10 900,00 zł;
 - pozytywna opinia Rady Społecznej Szpitala dot. ww. zakupu, przyjęta uchwałą nr 34/2021 z dnia 29.12.2021 r.
 - z uwagi na wartość jednostkową sprzętu zgoda podmiotu tworzącego nie była wymagana,
 - zakup sfinansowany ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, zgodnie z umową dotacji z dnia 04.07.2022r. (zadanie pn.: „Zakup aparatury i sprzętu medycznego w celu zapobiegania, przeciwdziałania i zwalczania COVID -19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych”),
 - nabycie sprzętu ujęto w planie inwestycyjnym na 2022 r. (poz. 25);
 - zakup potwierdzony fakturą VAT nr FVS/0153 -11/2022 z dnia 21.11.2022 r. na kwotę 10 900,00 zł, termin płatności 60 dni, tj. do 20.01.2023r., uregulowano przelewem w terminie (w dniu 02.12.2022 r.),
 - protokół zdawczo - odbiorczy sprzętu z dnia 21.11.2022 r.
 - dowód przyjęcia: OT0-00157/2022 z dnia 22.11.2022 r., numer inwentarzowy: 050753;

2) Wideobronchoskop BF - 1TH1100 o wartości : 137 968,27 zł

- pozytywna opinia Rady Społecznej Szpitala, wyrażona uchwałą nr 5 z dnia 22.03.2021 r.;
- zakup sfinansowany ze środków Ministerstwa Zdrowia w ramach realizacji zadania pn.: „Zakup sprzętu do diagnostyki i leczenia raka płuca w ramach Programu Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020-2030”),
- z uwagi na wartość jednostkową sprzętu zgoda podmiotu tworzącego nie była wymagana,
- nabycie sprzętu ujęto w planie inwestycyjnym na 2021 r. (poz.101);
- zakup potwierdzony fakturą VAT nr 9210122842 z dnia 17.11.2021 r. na łączną kwotę 568 135,59 zł (dot. zakupu 3 sprzętów) - kontrolowany sprzęt wymieniony pod poz. 3 (kod towaru N6130650) na kwotę 137 968,27 zł, termin płatności 60 dni, tj. do 17.01.2022 r., uregulowano przelewem w terminie (w dniu 29.12.2021 r.),
- protokół przekazania sprzętu z dnia 17.11.2021 r.
- dowód przyjęcia OT0-00302/2021 z dnia 17.11.2021 r., nr inwentarzowy: 0296421.

Nabycie ww. sprzętów w zakresie objętym kontrolą nie budzi zastrzeżeń.

Ponadto czynnościom kontrolnym poddano funkcjonowanie w Szpitalu aparatury, której zakup został sfinansowany w 2022 r. z dotacji celowej Województwa Śląskiego, tj.: aparatu USG ze zintegrowanym systemem biopsji fuzyjnej jako wyposażenie Klinicznego Oddziału Urologii i Onkologii Urologicznej Szpitala - urządzenie sprawne, oznakowane: nr inwentarzowy: 050930, nr zew.: 2002472, SN: 2002472. Kontrolujący zweryfikowali zagospodarowanie ww. sprzętu przez Szpital - użytkowany zgodnie z przeznaczeniem.

2. Zbycie sprzętu i aparatury medycznej.

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

1) Inhalator ultradźwiękowy nr fabryczny: 00381, nr inwentarzowy: 008851; rok produkcji: 2014, wartość początkowa brutto: 3 021,26 zł; umorzenie: 100 %:

- ocena stanu technicznego z dnia 08.04.2021r. (zgodnie z datownikiem przy pieczęci sporządzającego ocenę) - urządzenie wyeksploatowane i uszkodzone – awaria układu zasilania, uszkodzenia mechaniczne obudowy;
- pozytywna opinia Rady Społecznej Szpitala wyrażona uchwałą nr 11/2021 z dnia 27.05.2021 r.;
- zgoda podmiotu tworzącego na zbycie nie była wymagana;
- protokół kasacyjny nr 2/ST/2021 (zbiorczy) z dnia 31.11.2021 r. (poz. 16);
- sprzęt przekazano wyspecjalizowanej firmie do utylizacji – Karta przekazania oraz zbiorczy szczegółowy wykaz odpadów z dnia 09.12.2021 r.;
- dowód LT nr 82 z dnia 22.12.2021 r.

2) Pompa infuzyjna objętościowa (10 sztuk) o wartości jednostkowej początkowej: 5 230,16 zł, rok produkcji: 2005, nr inwentarzowe: 001693, 001686, 001687, 001688, 001680, 001684, 001677, 001678, 001675, 001676; umorzenie 100 %;

- orzeczenia o stanie technicznym z dnia 06.10.2021 r.- sprzęt przestarzały, brak części zamiennych, nieopłacalność naprawy;
- pozytywna opinia Rady Społecznej Szpitala wyrażona uchwałą nr 16/2022 z dnia 24.05.2022r.,
- zgoda podmiotu tworzącego na zbycie nie była wymagana;

- sprzęt przekazano wyspecjalizowanej firmie do utylizacji – Karta przekazania oraz zbiorczy szczegółowy wykaz odpadów z dnia 23.06.2022 r.;
 - protokół Komisji Likwidacyjnej nr 1/ST/2022 z dnia 28.06.2022 r.;
 - dowody LT- od nr 30 do 39 z dnia 04.07.2022 r.;
- Zbycie środków trwałych w ww. zakresie objętym kontrolą nie budzi zastrzeżeń.

[Dowód: akta kontroli str. 533-740]

3. Najem/dzierżawa pomieszczeń.

W ramach kontroli sprawdzaniem objęto prawidłowość zawarcia:

- 1) Umowy dzierżawy nr 18135/I/2021 z dnia 24.02.2021 r., dotyczącej oddania w dzierżawę lokalu o powierzchni 143,68 m² zlokalizowanej na I piętrze budynku Szpitala,
- 2) Umowy dzierżawy nr 2022/1102 z dnia 16.10.2022 r., dotyczącej oddania w dzierżawę lokalu o powierzchni 8,8 m² usytuowanej w budynku „F”, na poziomie 01 wraz z wyposażeniem z przeznaczeniem na prowadzenie działalności handlowo-usługowej.

Ad. 1)

Przedmiotem umowy jest oddanie w dzierżawę lokalu o powierzchni 143,68 m² zlokalizowanego na I piętrze budynku Szpitala, który składa się z:

- a) baru, w tym: Sali konsumpcyjnej, kuchni, korytarza naczyń;
- b) pomieszczenia WC nr B-1-42.

Umowa została zawarta na czas nieoznaczony, od dnia 02.03.2021 r. Zawarcie ww. umowy zostało poprzedzone wyrażeniem pozytywnej opinii przez Radę Społeczną Szpitala uchwałą nr 68/2019 z dnia 30.12.2019 r. oraz uchwałą nr 6/2020 z dnia 3 lutego 2020 r. w sprawie zmiany uchwały nr 68/2019 z dnia 30.12.2019 r.

Zgodnie z zapisami umowy, czynsz z tytułu umowy Dzierżawca zobowiązany jest uiszczać miesięcznie z góry, do 10. każdego miesiąca, niezależnie od dnia doręczenia faktury.

Kontrolą objęto następujące faktury:

- Nr 00249/2022/OVN z dnia 01.04.2022 r. - wystawiona została zgodnie z treścią umowy. Należność została uregulowana w terminie.
- Nr 00075/2022 z dnia 01.02.2022 r. - wystawiona została zgodnie z treścią umowy. Należność została uregulowana po terminie, naliczono odsetki, które zostały opłacone.

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

Ad 2)

Przedmiotem umowy jest dzierżawa lokalu użytkowego o powierzchni użytkowej 8,8 m², usytuowanej w budynku „F”, na poziomie 1 wraz z wyposażeniem z przeznaczeniem na prowadzenie działalności handlowo-usługowej. Umowa została zawarta na czas oznaczony tj. od 16.10.2022 r. do 16.10.2025 r. Zawarcie ww. umowy zostało poprzedzone wyrażeniem pozytywnej opinii przez Radę Społeczną Szpitala uchwałą nr 15/2022 z dnia 24.05.2022 r. Zgodnie z zapisami umowy, Wydzierżawiający zobowiązany jest płacić Dzierżawcy miesięczny czynsz z góry, w terminie do dziesiątego każdego miesiąca niezależnie od dnia doręczenia faktury.

Kontrolą objęto następujące faktury:

- Nr 00922/2022/OVN z dnia 01.12.2022 r. - wystawiona została zgodnie z treścią umowy. Należność została uregulowana 2 dni po terminie wskazanym w umowie – 12.12.2022 r. Wyjaśniono, że nota odsetkowa nie została naliczona, ponieważ termin realizacji przypadał w sobotę.
- Nr 00006/2023 z dnia 02.01.2023 r. - wystawiona została zgodnie z treścią umowy.

Należność została uregulowana 1 dzień po terminie wskazanym w umowie – 11.01.2023 r.
Nota odsetkowa została wystawiona i opłacona.

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

[Dowód: akta kontroli str. 741-828]

B. Stwierdzone nieprawidłowości: Brak.

C. Ocena cząstkowa: pozytywna.

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

Ogłaszanie i przeprowadzanie konkursów na stanowiska kierownicze

Kontrola realizacji zadań na gruncie art. 49 ust. 1 pkt 2-5, ust. 2-6 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej wykazała, że w okresie objętym kontrolą, tj. lata 2021-2023 w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym Nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu miało miejsce 12 postępowań konkursowych na stanowiska kierownicze wskazane w art. 49 w/w ustawy.

Przeprowadzone postępowania konkursowe na stanowiska kierownicze:

- 1) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Kardiologii Ogólnej (data konkursu: 21.07.2022 r., okres zatrudnienia 6 lat),
- 2) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Stacji Dializ (data konkursu: 29.09.2022 r., okres zatrudnienia 6 lat),
- 3) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Neurologii/Udarowy (data konkursu: 29.09.2022 r., okres zatrudnienia 6 lat),
- 4) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Neurochirurgii (data konkursu: 29.09.2022r., okres zatrudnienia 6 lat),
- 5) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (data konkursu: 27.06.2022 r., okres zatrudnienia 6 lat),
- 6) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Otolaryngologii i Chirurgii Szcękowej (data konkursu: 21.06.2022 r., okres zatrudnienia 6 lat),
- 7) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Rehabilitacji Kardiologicznej (data konkursu: 27.06.2022 r., okres zatrudnienia 6 lat),
- 8) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Chirurgii Naczyń (data konkursu: 21.06.2022r., okres zatrudnienia 6 lat),
- 9) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Diabetologii – konkurs został ogłoszony w dniu 05.05.2022 r. (w trakcie trwania postępowania konkursowego nastąpiły zmiany organizacyjne polegające na połączeniu się Oddziału Chorób Wewnętrznych i Oddziału Diabetologii),
- 10) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Chorób Wewnętrznych (data konkursu: 21.06.2022 r. – nierozstrzygnięty z powodu braków formalnych w dokumentach),
- 11) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Klinicznego Oddziału Chirurgii Ortopedyczno-Urazowej, Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej (data konkursu: 21.06.2022 r. – nierozstrzygnięty z powodu braków formalnych w dokumentach),
- 12) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Nefrologii (data konkursu: 29.09.2022 r. – nierozstrzygnięty ze względu na nieobecność oferenta).

Podczas czynności kontrolnych kontrolujący stwierdzili nieprawidłowość polegającą na braku

realizacji zapisów art. 49 ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej w zakresie ponownego ogłoszenia konkursu (brak ogłoszenia przez Dyrektora Szpitala nowego konkursu w okresie 30 dni od dnia zakończenia postępowania w poprzednim konkursie) na stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Chorób Wewnętrznych, Oddziału Chirurgii Ortopedyczno-Urazowej i Oddziału Nefrologii.

W postępowaniu konkursowym na stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Kardiologii Ogólnej i Stacji Dializ stwierdzono nieprawidłowość polegającą na braku realizacji zapisów § 7 ust 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą - brak pisemnego powiadomienia członków komisji o posiedzeniu Komisji Konkursowej, co najmniej na 7 dni przed wyznaczonym terminem posiedzenia (zawiadomienie o terminie przekazano 19.07.2022 r. a posiedzenie Komisji Konkursowej odbyło się 21.07.2022 r.).

Ponadto, podczas weryfikacji dokumentacji dotyczącej ww. postępowań konkursowych, kontrolujący stwierdzili nieprawidłowość polegającą na braku pisemnego powiadomienia o wynikach konkursu kandydatów biorących w nim udział, zgodnie z § 15 ust 3 ww. rozporządzenia.

Zatrudnienie na stanowiskach objętych konkursem na podstawie w/w przepisów prawa kształtuje się następująco:

- 1) Oddział Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Diabetologii: kierownik oddziału, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
- 2) Oddział Reumatologii: kierownik oddziału, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
- 3) Oddział Nefrologii: kierownik oddziału, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
- 4) Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii: kierownik oddziału, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
- 5) Oddział Rehabilitacji Medycznej: kierownik oddziału, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
- 6) Oddział Rehabilitacji Neurologicznej: kierownik oddziału, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
- 7) Stacja Dializ: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 8) Kliniczny Oddział Chirurgii Ogólnej, Kolorektalnej i Urazów Wielonarządowych: kierownik oddziału, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
- 9) Kliniczny Oddział Neurochirurgiczny: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 10) Oddział Gastroenterologii i Onkologii Przewodu Pokarmowego: kierownik oddziału, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
- 11) Oddział Kardiologii Ogólnej z Pododdziałem Kardiologii/ Oddział Intensywnej Opieki Kardiologicznej: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 12) Oddział Pulmonologii, Nowotworów Płuc i Mukowiscydozy/ Pracownia Bronchoskopii: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 13) Oddział Neurologii/Pododdział Udarowy: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 14) Oddział Onkologii Klinicznej/Chemioterapii: kierownik oddziału, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
- 15) Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 16) Oddział Toksykologii z Ośrodkiem Ostrego Zatrucia: kierownik oddziału, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
- 17) Kliniczny Oddział Urologii i Onkologii Urologicznej: kierownik oddziału, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
- 18) Oddział Chirurgii Plastycznej: kierownik oddziału, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
- 19) Oddział Chirurgii Naczyń: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 20) Kliniczny Oddział Chirurgii Ortopedyczno-Urazowej, Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej: kierownik oddziału, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
- 21) Kliniczny Oddział Okulistyki: kierownik oddziału, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
- 22) Oddział Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej: kierownik oddziału, pielęgniarka

oddziałowa;

23) Oddział Chirurgii Szczękowo-Twarzowej: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;

24) Szpitalny Oddział Ratunkowy: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;

25) Centralny Trakt Operacyjny: kierownik oddziału, p.o. pielęgniarki oddziałowej;

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

Pracą całego personelu pielęgniarskiego kieruje osoba pełniący obowiązki naczelniej pielęgniarki, zespołem pielęgniarskim na dziesięciu Oddziałach zarządzają pielęgniarki oddziałowe, natomiast na pozostałych oddziałach osoby pełniące obowiązki pielęgniarek oddziałowych.

Ww. stanowiska określone zostały zarówno w Regulaminie Organizacyjnym Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu, jak i załączniku nr 2 (Tabela zaszeregowania stanowisk pracy dla pracowników Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 5 w Sosnowcu) oraz nr 3 (Wykaz stanowisk, na których przysługuje dodatek funkcyjny i stawek dodatku funkcyjnego) do Regulaminu Wynagrodzeń Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu.

W kwestii realizacji zaleceń z poprzedniej kontroli realizowanej przez podmiot tworzący, Dyrektor Szpitala, pismem z dnia 24 września 2021 r. poinformował, że dokonano zmian organizacyjnych, zgodnie z którymi od 1 czerwca 2021r. za przeprowadzenie konkursów na stanowisko naczelniej pielęgniarki oraz pielęgniarek oddziałowych odpowiada Dział Kadr, który przy najbliższych konkursach zachowa zasady pisemnego informowania kandydatów o wynikach postępowania. Dyrektor wyjaśnił, że procedury konkursowe w 2020 r. oraz w pierwszym półroczu 2021 r. zostały wstrzymane przez Śląską Izbę Pielęgniarek i Położnych z uwagi na zagrożenie epidemiczne. Poinformował, że planuje przeprowadzić postępowania konkursowe na stanowiska pielęgniarek oddziałowych do końca 2021 r., a na stanowisko naczelniej pielęgniarki w pierwszej połowie 2022 r. Do czasu przeprowadzenia obecnej kontroli przez podmiot tworzący, Szpital nie zastosował się do realizacji zaleceń pokontrolnych, nie przeprowadził postępowań konkursowych na stanowisko naczelniej pielęgniarki oraz pielęgniarek oddziałowych w poszczególnych Oddziałach.

[Dowód: akta kontroli str. 829-898]

Stwierdzone nieprawidłowości oraz przyczyny stwierdzonych nieprawidłowości:

- a) naruszenie zapisów art. 49 ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej w postępowaniu konkursowym na stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Chorób Wewnętrznych, Oddziału Chirurgii Ortopedyczno-Urazowej i Oddziału Nefrologii, w zakresie braku ponownego ogłoszenia konkursu w terminie 30 dni od dnia zakończenia postępowania w poprzednim konkursie,
- b) naruszenie zapisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą w zakresie § 7 ust 2 - brak pisemnego powiadomienia członków komisji o posiedzeniu Komisji Konkursowej, co najmniej na 7 dni przed wyznaczonym terminem posiedzenia oraz §15 ust 3 – brak pisemnego powiadomienia kandydatów o wynikach konkursu,
- c) naruszenie zapisów art. 49 ust. 1 pkt 4) i 5) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej w zakresie braku przeprowadzenia postępowania konkursowego na stanowisko naczelniej pielęgniarki oraz stanowiska pielęgniarek oddziałowych w poszczególnych Oddziałach.

Przyczyny nieprawidłowości:

- niedochowanie należytej staranności w zakresie stosowania zapisów art. 49 ust. 1 pkt 4) i 5) oraz ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej,
- brak należytego nadzoru nad pracownikiem odpowiedzialnym za wykonywanie czynności w zakresie stosowania zapisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą (Dz. U. z 2021 r., poz. 430);

B: Ocena cząstkowa: pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości.

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

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

A. Ustalenia faktyczne:

Ostatnia kontrola w Szpitalu przeprowadzona została przez pracowników Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego w terminie 07-21.12.2020 r. oraz 8-19.02.2021 r. Przedmiotem kontroli objęto: realizację zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie, dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych, prawidłowość gospodarowania mieniem oraz środkami publicznymi w latach 2019-2020.

Wydano zalecenia pokontrolne polegające na:

- 1) *Przestrzeganiu obowiązku wynikającego z art. 22 ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym (t.j.: Dz. U. z 2021 r. poz. 112), który wskazuje 7 dniowy termin na zgłoszenie zmian do KRS;*
- 2) *Wskazywaniu w treści Regulaminu Organizacyjnego właściwych wartości opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej;*
- 3) *Usunięciu niezgodności pomiędzy zapisami Regulaminu Organizacyjnego Szpitala i Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą w zakresie komórek organizacyjnych działalności medycznej;*
- 4) *Umieszczeniu na stronach BIP informacji dot. przebiegu i efektów kontroli oraz wystąpień, stanowisk, wniosków i opinii podmiotów ją przeprowadzających;*
- 5) *Wpisaniu w treść Regulaminu Organizacyjnego celów i zadań będących w pełni tożsamymi z wyszczególnionymi w Statucie Szpitala;*
- 6) *Umieszczeniu w treści umów na świadczenia zdrowotne zapisów wskazanych w art. 27 ustawy o działalności leczniczej;*
- 7) *Zawieraniu umów zgodnie z trybem wskazanym w art. 26 ustawy o działalności leczniczej;*
- 8) *Umieszczaniu w treści umów na świadczenia zdrowotne wartości brutto zamówienia, zgodnie z obowiązkiem wynikającym z przepisów ustawy o finansach publicznych (art. 44 ust. 3 pkt. 3);*
- 9) *Dokonywaniu oszacowania wartości zamówienia (zgodnie z art. 26 a ustawy o działalności leczniczej) przed wszczęciem postępowania na świadczenia zdrowotne;*
- 10) *Przeprowadzaniu postępowań konkursowych zgodnie z zapisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą w zakresie dot. §15 ust 3 ww. rozporządzenia, tj. pisemnego powiadomienia kandydatów o wynikach konkursu;*
- 11) *Przeprowadzeniu konkursów na stanowisko naczelnej pielęgniarki oraz stanowiska pielęgniarek oddziałowych w poszczególnych oddziałach, zgodnie z art. 49 ustawy*

z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej;

- 12) Umieszczaniu w treści zawieranych umów najmu i dzierżawy wszystkich zapisów wskazanych w „Zasadach zbywania, wydzierżawiania, wynajmowania, oddania w użytkowanie lub użyczenie aktywów trwałych SP ZOZ, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie”;
- 13) Przestrzeganiu w pełni obowiązku realizacji zaleceń pokontrolnych wydanych przez podmiot tworzący w wyniku przeprowadzonej kontroli.

Dyrektor Szpitala złożył do Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego sprawozdanie o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych pismem nr WSS5/DOZ/IN/419/2021 z dnia 24.09.2021 r.

Sprawdzono realizację zaleceń pokontrolnych w latach 2019-2020 i stwierdzono, że nie są one w pełni wykonane (dot. pkt 1, 2, 3, 6, 8, 10, 11, 13).

Brak wykonania zaleceń pokontrolnych z poprzednich kontroli przeprowadzanych przez podmiot tworzący może mieć wpływ na ocenę pracy kierownika jednostki kontrolowanej, w tym przypadku Dyrektora Szpitala.

B. Stwierdzona nieprawidłowość:

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

Przyczyny nieprawidłowości:

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

C. Ocena 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.

VII. Pozostałe informacje i pouczenia.

Pismem z dnia 02.08.2024 r., znak: NZ-NK.1711.2.2023 (NZ-NK.KW-00281/24) Projekt wystąpienia pokontrolnego został przekazany Dyrektorowi Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu. Dyrektor Szpitala zgłosił w wyznaczonym terminie 3 zastrzeżenia do Projektu wystąpienia pokontrolnego, z których 1 zostało uwzględnione.

1. Zalecenia.

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

- 1) Terminowym zgłaszaniu zmian do KRS;
- 2) Określeniu w Regulaminie Organizacyjnym wysokości opłat (wskazaniu konkretnych kwot) za udostępnianie dokumentacji medycznej;



- 3) Ujednoliceniu zapisów dotyczących komórek organizacyjnych ujętych w Regulaminie Organizacyjnym i Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą;
- 4) Uwzględnianiu w treści umów na świadczenia zdrowotne zapisów zgodnie z art. 27 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej;
- 5) Określaniu w treści umów na świadczenia zdrowotne wartości maksymalnej zamówienia, zgodnie z obowiązkiem wynikającym z przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych;
- 6) Terminowym regulowaniu zobowiązań finansowych Szpitala w zakresie zapłaty należności wynikających z faktur VAT, zgodnie z art. 44 ust. 3 pkt. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych,
- 7) Każdorazowym udzielaniu odpowiedzi na skargę, zgodnie z zapisami Kodeksu Postępowania Administracyjnego;
- 8) Przeprowadzaniu postępowań konkursowych na stanowiska, zgodnie z art. 49 ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
- 9) Przestrzeganiu zapisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursów na niektóre stanowiska kierownicze w zakresie pisemnego powiadamiania członków komisji o posiedzeniu Komisji Konkursowej oraz pisemnego powiadamiania kandydatów o wynikach konkursu;
- 10) Przeprowadzaniu postępowań konkursowych na stanowisko naczelniej pielęgniarki oraz stanowiska pielęgniarek oddziałowych, zgodnie z art. 49 ust. 1 pkt 4) i 5) ustawy o działalności leczniczej;
- 11) Bezwzględnej realizacji zaleceń pokontrolnych wydanych po przeprowadzonej kontroli przez podmiot tworzący.

3. Pouczenia.

Wystąpienie pokontrolne sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, z których jeden przekazuje się do Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu.

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

Podmiot uprawniony do kontroli:


URZĘD MARSZAŁKOWSKI WOJEWÓDZTWA
Śląskiego
Małgorzata Barczyk
Dyrektor
Urzędu Marszałkowskiego
Województwa Śląskiego
dział: Nadzoru Podmiotów
Leczniczych i Ochrony Zdrowia

