

Katowice, 17 grudnia 2024 r.
NZ-NK.1711.9.2023

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

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 3 w Rybniku
ul. Energetyków 46, 44-200 Rybnik**
(oznaczenie podmiotu kontrolowanego)

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

z kontroli przeprowadzonej na podstawie:

- 1) art. 121 oraz 122 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t. j.: Dz. U. z 2024 r. poz. 799),
- 2) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych (t. j.: Dz. U. 2015, poz. 1331),
- 3) planu kontroli na 2023 rok, załącznik nr 2, poz. 5 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: Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 3 w Rybniku, ul. Energetyków 46, 44-200 Rybnik.

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

- Pani Ewa Fica (do 30.06.2022 r.),
- Pan Jarosław Madowicz (od 01.07.2022 r. do nadal).

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

- p.o. Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa – Pana Janusza Kowalskiego,
- Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno – Administracyjnych – Pani Izabeli Paprotny,
- Zastępcy Dyrektora ds. Technicznych – Pana Adama Czaplickiego,
- Główniej Księgowej – Pani Pauliny Nosiadek

oraz kierowników komórek organizacyjnych.

Termin przeprowadzenia czynności kontrolnych i zakres kontroli:

Kontrolę przeprowadzono w dniach 11.10.2023 r. - 24.11.2023 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:

Barbara Gwiazda-Amrosz – Główny specjalista Departamentu Nadzoru Podmiotów Lecznicznych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnienia jednorazowego nr 494/NZ/2023 z dnia 06.10.2023 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 06.10.2023 r.

Agnieszka Wnuk – Główny specjalista Departamentu Nadzoru Podmiotów Lecznicznych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnienia jednorazowego nr 495/NZ/2023 z dnia 06.10.2023 r. r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 06.10.2023 r.

Sławomir Skroczyński – Główny specjalista Departamentu Nadzoru Podmiotów Lecznicznych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w Katowicach, na podstawie upoważnienia jednorazowego nr 496/NZ/2023 z dnia 06.10.2023 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 06.10.2023 r.

O kontroli Dyrektor jednostki został poinformowany pismem z dnia 06.10.2023 r.

Kontrolę wpisano do książki kontroli pod pozycją 20.

[Dowód: akta kontroli str. 1-10]

Działalność statutowa.

A. Ustalenia faktyczne:

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

1. Informacje ogólne.

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 3 w Rybniku 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 0000000012877 oraz posiada osobowość prawną i jest wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego w Gliwicach pod numerem KRS 0000067701. Siedzibą Szpitala jest miasto Rybnik.

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. 146 z późn. zm.),
- 3) Statutu Szpitala nadanego uchwałą Nr V/12/29/2015 Sejmiku Województwa Śląskiego

z dnia 21.09.2015 r., którego tekst jednolity został ogłoszony uchwałą Nr VI/36/11/2021 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 20.09.2021 r.,

- 4) Regulaminu Organizacyjnego wprowadzonego przez Dyrektora Szpitala Zarządzeniem nr 90/2023 z dnia 28.09.2023 r., pozytywnie zaopiniowanego przez Radę Społeczną uchwałą nr 48/2023 z dnia 27.09.2023 r.
- 5) w zakresie gospodarki mieniem:
 - a) Procedury dotyczącej nabywania aparatury i sprzętu medycznego przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie określonej w Uchwale Zarządu Województwa Śląskiego nr 2734/299/VI/2021 z dnia 22 grudnia 2021 r.,
 - b) Zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie, określonych w Uchwale Zarządu Województwa Śląskiego nr 686/326/VI/2022 z 20 kwietnia 2022 r. z późn. zm.,
- 6) innych powszechnie obowiązujących przepisów prawa.

W Szpitalu zatrudnienie na dzień 11.10.2023 r. roku wynosiło:

- 1 178 pracowników w ramach umowy o pracę,
- 300 pracowników w ramach umowy cywilnoprawnej.

2. Prawdliwość wpisów w Krajowym Rejestrze Sądowym.

Ostatnie zgłoszenie do Krajowego Rejestru Sądowego (dalej: KRS) z dnia 12.04.2023 r. dotyczyło zmiany Składu Rady Społecznej Szpitala powołanej uchwałą nr 498/408/VI/2023 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 10.03.2023 r. W trakcie kontroli ustalono, iż nie został dopełniony ustawowy obowiązek wynikający z art. 22 ustawy o Krajowym Rejestrze Sądowym, który wskazuje 7-dniowy termin na zgłoszenie zmian do KRS.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że wniosek złożono 12.04.2023r. z uwagi na oczekiwanie i trudności w pozyskaniu danych osobowych Członków Rady Społecznej Szpitala niezbędnych do złożenia wniosku i dokonania wpisu do KRS (data dokonania wpisu: 25.05.2023 r.).

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

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

Regulamin Organizacyjny Szpitala (dalej: „Regulamin”) sporządzony został w oparciu o przepisy art. 24 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.

Regulamin organizacyjny Szpitala został pozytywnie zaopiniowany przez Radę Społeczną uchwałą nr 48/2023 z dnia 27.09.2023 r. i wprowadzony w życie Zarządzeniem Dyrektora nr 90/2023 z dnia 28.09.2023 r.

W trakcie kontroli sprawdzono zgodność zapisów Regulaminu Organizacyjnego Szpitala z przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.

Kontrolujący stwierdzili, że zadania podmiotu leczniczego wyszczególnione w Regulaminie nie są w pełni tożsame z wpisanymi w Statut Szpitala, co obrazuje poniższa tabela nr 1.

	Regulamin Organizacyjny Szpitala– Dział II Cele i zadania	Statut Szpitala– Rozdział 2 Cele i zadania
Zadania (w tym wyodrębniona organizacyjnie działalność inna niż lecnicza)	§ 7: „ 2. Szpital może prowadzić wyodrębnioną organizacyjnie działalność, w tym działalność gospodarczą, inną niż działalność leczniczą, polegającą na: 1) najmie, dzierżawie, oddaniu w użytkowanie aktywów trwałych Szpitala, 2) świadczeniu usług związanych z zakwaterowaniem; 3) świadczeniu usług parkingowych, 4) świadczeniu usług transportowych, 5) świadczeniu usług hotelarskich, 6) świadczeniu usług gastronomicznych, 7) świadczeniu usług kserograficznych, 8) świadczeniu usług przechowywania zwłok, 9) świadczeniu usług medycznych związanych z zabezpieczeniem imprez masowych, 10) świadczeniu usług prosektoryjnych, 11) prowadzeniu działalności szkoleniowej na rzecz osób posiadających uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych, 12) udostępnianiu zasobów Szpitala innym podmiotom w celu prowadzenia przez nie działalności szkoleniowej na rzecz osób posiadających uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych, 13) udostępnianiu zasobów Szpitala i wykonywaniu świadczeń w związku z prowadzeniem badań klinicznych, 14) świadczeniu usług związanych ze sprzątniem, 15) świadczeniu usług związanych z utrzymaniem porządku.”	§ 5: „Szpital może prowadzić wyodrębnioną organizacyjnie działalność, w tym działalność gospodarczą, inną niż działalność leczniczą, polegającą na: 1) najmie, dzierżawie, oddaniu w użytkowanie aktywów trwałych Szpitala, 2) świadczeniu usług związanych z zakwaterowaniem; 3) świadczeniu usług parkingowych; 4) świadczeniu usług transportowych; 5) świadczeniu usług hotelarskich; 6) świadczeniu usług gastronomicznych; 7) świadczeniu usług kserograficznych; 8) świadczeniu usług przechowywania zwłok; 9) świadczeniu usług medycznych związanych z zabezpieczeniem imprez masowych; 10) świadczeniu usług prosektoryjnych; 11) prowadzeniu działalności szkoleniowej na rzecz osób posiadających uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych; 12) udostępnianiu zasobów Szpitala innym podmiotom w celu prowadzenia przez nie działalności szkoleniowej na rzecz osób posiadających uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych; 13) udostępnianiu zasobów Szpitala i wykonywaniu świadczeń w związku z prowadzeniem badań klinicznych; 14) świadczeniu usług związanych ze sprzątniem; 15) świadczeniu usług związanych z utrzymaniem porządku; 16) wytwarzaniu energii elektrycznej; 17) sprzedaży energii elektrycznej.”

Tabela nr 1- Porównanie zapisów Regulaminu Organizacyjnego i Statutu Szpitala

Do Regulaminu Organizacyjnego Szpitala nie wprowadzono zapisów widniejących w Statucie (po dokonanych zmianach dokumentu - tekst jednolity Statutu ogłoszony uchwałą Nr VI/36/11/2021 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 20.09.2021 r.), dotyczących możliwości prowadzenia wyodrębnionej organizacyjnie działalności (w tym działalności gospodarczej innej niż lecznicza), polegającej na wytwarzaniu energii elektrycznej oraz jej sprzedaży.

Podczas kontroli sprawdzono również 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. 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.

Jednocześnie potwierdzono zgodność zapisów Regulaminu Organizacyjnego Szpitala w zakresie struktury organizacyjnej komórek działalności medycznej oraz miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych z Księgą Rejestrową w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonym przez Wojewodę Śląskiego (dalej: RPWDL) według stanu na dzień 23.11.2023 r.

Szpital posiada własną stronę internetową pod adresem: <http://www.szpital.rybnik.pl/pl> oraz odrębną stronę podmiotową BIP pod adresem: <http://bip1.szpital.rybnik.pl>.

Kontrola strony Biuletynu Informacji Publicznej Szpitala wykazała, że zawiera ona informacje wymagane przez art. 24 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.

II. Dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych

A. Ustalenia faktyczne:

Podstawowym celem działalności Szpitala jest udzielanie świadczeń zdrowotnych służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania.

1. Funkcjonowanie wybranych komórek organizacyjnych.

Szczegółową kontrolą objęto funkcjonowanie Oddziału pediatrycznego, Oddziału chirurgii urazowo-ortopedycznej, Szpitalnego oddziału ratunkowego, Poradni chirurgii naczyniowej, Poradni chirurgii urazowo – ortopedycznej i Pracowni Audiometrii.

1) Oddział pediatryczny

Oddział wpisany jest do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 008 (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 pediatryczny. Oddział został wpisany do Rejestru z dniem 26.11.1997 r. i posiada 28 łóżek (w tym 15 inkubatorów). Zajmuje się realizacją świadczeń z zakresu pediatria – hospitalizacja (kompleksową diagnostyką i terapią schorzeń układu oddechowego, krążenia, pokarmowego oraz moczowego; kompleksowa diagnostyka i terapia schorzeń z zakresu reumatologii, neurologii dziecięcej i hematologii; opieka psychologa klinicznego, współpraca z wysoko referencyjnymi ośrodkami klinicznymi). W okresie objętym kontrolą liczba hospitalizowanych pacjentów wyniosła:

- 1 305 w 2021 r.,
- 1 563 w 2022 r.
- 1 398 w okresie od 01.01.2023 r. do 30.11.2023 r.

W Oddziale zatrudnionych jest 21 lekarzy i 22 pielęgniarki.

Na listę oczekujących, według stanu na dzień kontroli, wpisano 4 osoby, przypadki stabilne.

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

2) Oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej

Oddział wpisany jest do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 013 (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: 4580 oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej. Oddział został wpisany do Rejestru z dniem 26.11.1997 r. i dysponuje 42 łózkami. Komórka świadczy usługi w zakresie leczenia: zachowawczego i operacyjnego chorych z urazowym uszkodzeniem narządu ruchu, obrażeń wielonarządowych i wielomiejscowych narządu ruchu, powikłań zrostu kostnego, wrodzonych i nabytych deformacji w obrębie narządu ruchu, z pierwotnymi i przerzutowymi nowotworami kości, implantacji endoprotez częściowych i całkowitych stawów biodrowych i kolanowych, oraz chirurgii plastycznej (przeszczepy skóry) i rekonstrukcji mięśni, więzadeł i ścięgien. W okresie objętym kontrolą liczba hospitalizowanych pacjentów wyniosła:

- 2 119 w 2021 r.,
- 2 219 w 2022 r.

- 1 948 w okresie od 01.01.2023 r. do 30.11.2023 r.

W Oddziale zatrudnionych jest 17 lekarzy i 29 pielęgniarek.

Na listę oczekujących, według stanu na dzień kontroli, wpisano 43 przypadki pilne i 737 stabilnych. Funkcjonowanie ww. komórki organizacyjnej w zakresie udzielania świadczeń nie budzi zastrzeżeń.

3) Szpitalny oddział ratunkowy

Oddział wpisany jest do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 017 (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: 4902 Szpitalny oddział ratunkowy. Oddział został wpisany do Rejestru z dniem 26.11.1997 r. i dysponuje 6 łózkami, a do jego zadań należy: przyjęcie, stabilizacja, wstępna diagnostyka i leczenie pacjentów dorosłych oraz dzieci z nagłymi zachorowaniami, zatruciami, urazami oraz nagłym pogorszeniem stanu zdrowia z innej przyczyny zewnętrznej przywożonych przez zespoły ratownictwa medycznego lub zgłaszających się samodzielnie, a także leczenie pacjentów poszkodowanych w zdarzeniach nadzwyczajnych i pomoc ofiarom katastrof zgodnie z założeniami powiatowego i wojewódzkiego Planu ich zabezpieczenia.

W okresie objętym kontrolą liczba pacjentów, którym udzielono świadczeń zdrowotnych w SOR wyniosła:

- 34 720 w 2021 r.,
- 38 563 w 2022 r.,
- 42 202 okresie od 01.01.2023 r. do 30.11.2023 r.

W Oddziale zatrudnionych jest 49 lekarzy, 42 pielęgniarki, oraz 47 ratowników medycznych i 4 opiekunów medycznych.

Kontrolujący, w związku z zamieszczonym przez pacjenta w social mediach i serwisach internetowych filmem, opisującym jego pobyt w dniu 26 września 2023 r. w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (dalej: SOR) Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 3 w Rybniku, poddali pogłębionej analizie organizację udzielania świadczeń w ww. Oddziale. Przeprowadzono wizytację wszystkich pomieszczeń, w których działa SOR w obecności koordynatora tej komórki organizacyjnej. Koordynator udzielił szczegółowych informacji o każdym etapie pobytu pacjenta od momentu jego zgłoszenia się do Oddziału, czy przywiezienia przez zespół ratownictwa medycznego, do jego opuszczenia po zaopatrzeniu medycznym, przyjęcia do odpowiedniego Oddziału szpitalnego lub przekazania do innego podmiotu leczniczego.

Ponadto przeanalizowano informacje dotyczące czasu pobytu pacjentów w miesiącu wrześniu, październiku i pierwszych 15 dniach listopada 2023 r. w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w 12 umownych przedziałach czasowych (do 30 min, do 60 min, do 2 godzin, do 4 godzin, do 6 godzin, do 7 godzin, do 8 godzin, do 12 godzin, do 16 godzin, do 20 godzin, do 24 h i powyżej 24 h). Z analizy otrzymanych danych wynika, że w 2023 r. w SOR przyjęto:

- we wrześniu 4 093 pacjentów,
- w październiku 3 747 pacjentów,
- od 1 do 15 listopada 1516 pacjentów.

Spośród ogółu pacjentów przyjętych w każdym z wskazanych powyżej okresów:

- 50% zaopatrzonych zostało w czasie do 2 godzin,
- 80% zaopatrzonych zostało w czasie do 6 godzin.

Oznacza to, że zdecydowana większość chorych trafiających do SOR w Szpitalu we wskazanym czasie do 2 lub do 6 h, w tym od momentu rejestracji miała przeprowadzony TRIAGE, a następnie w zależności od kategorii, do której pacjent został zakwalifikowany:

- skierowano go do Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej (usytuowanej w innym skrzydle Szpitala) lub Podstawowej Opieki Zdrowotnej i wypisano z SOR,
- przeprowadzono niezbędną diagnostykę i skierowano pacjenta do właściwego zakresu leczenia schorzenia oddziału Szpitala lub do innego szpitala i wypisano z SOR,
- przeprowadzono niezbędną diagnostykę i wypisano pacjenta z SOR do leczenia ambulatoryjnego.

Z uwagi na nie działający w kontrolowanym okresie w Szpitalu Oddział Chorób Wewnętrznych (brak personelu lekarskiego) wystąpiły w ramach Szpitalnego Oddziału Ratunkowego przypadki pobytu pacjenta, wymagającego pomocy internistycznej powyżej 24 godzin (2,5 do 3 % pacjentów w analizowanym okresie wrzesień - listopad 2023 r.). W takich sytuacjach, zgodnie z informacjami przekazanymi przez Szpital, pacjentowi po przeprowadzeniu TRIAGE i niezbędnej diagnostyki, udzielana była konsultacja lekarska, wykonywane były wszystkie niezbędne badania i na bieżąco monitorowano stan zdrowia. Kolejną podejmowaną była próba przekazania pacjenta do innego Szpitala w celu dalszej hospitalizacji w najbliższym oddziale chorób wewnętrznych. Szpital dysponuje 6 łózkami w SOR, które są wykorzystywane do udzielania świadczeń pacjentom również w takich okolicznościach.

We wskazanych przypadkach wypisanie pacjenta z SOR następuje, gdy można go przekazać do innego szpitala lub po udzieleniu mu świadczeń medycznych w SOR możliwym jest jego wypisanie do dalszego leczenia ambulatoryjnego. Jak podkreślał Szpital, ościenne podmioty lecznicze często nie przyjmowały pacjentów z SPZOZ Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 3 w Rybniku tłumacząc to brakiem wolnych miejsc i sytuacja w tym zakresie była bardzo trudna. Należy zaznaczyć, że przepisy prawa nie wskazują w jakim czasie powinno nastąpić udzielenie świadczeń w SOR, ale w sposób precyzyjny stanowią ogólne zasady funkcjonowania Oddziału. Uzupełnieniem w tym zakresie są wypracowane przez środowisko medyczne „Dobre praktyki postępowania w szpitalnych oddziałach ratunkowych i w izbach przyjęć”. Stanowią one zbiór rekomendacji i wytycznych odnoszących się do funkcjonowania SOR. Jednak w sprawach dotyczących rozliczeń udzielonych świadczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia w przypadku SOR stosuje się zasadę 24 godzin jako czasu na ich realizację. Zgodnie z zawartą z NFZ umową Szpital z tytułu procedur realizowanych w SOR rozlicza się w ramach tzw. ryczału dobowego, który w 2023 r. roku nie uległ zmniejszeniu - dwukrotnie podwyższano jego wartość w roku 2023. W celu zapewnienia prawidłowej sprawozdawczości, w szczególności w przypadku pacjentów przebywających w SOR ponad dobę, Szpital cyklicznie zwraca się do NFZ z wnioskami o umożliwienie sprawozdania bez tzw. „błędu” (przekroczenia limitu 24 godzin) przedłużonych pobyków. Jak wynika z informacji przekazanych przez Szpital, w oparciu o prowadzone statystyki, NFZ w większości przypadków uwzględnia wnioski Szpitala w przedmiotowym zakresie.

4) Poradnia chirurgii naczyniowej

Poradnia wpisana jest do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 054 (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: 1530 Poradnia chirurgii naczyniowej. Poradnia została wpisana do Rejestru z dniem 31.12.2001 r. Do zadań Poradni w szczególności należy: diagnostyka i leczenie w zakresie schorzeń naczyniowych, kontynuacja leczenia chorych po urazach wielonarządowych, przygotowanie do zabiegów operacyjnych, kontynuacja leczenia i opieka nad pacjentami po zabiegach naczyniowych. W okresie objętym kontrolą liczba udzielonych porad wyniosła:

- 1 331 w 2021 r.,
- 871 w 2022 r.,

- 907 w okresie od 01.01.2023 r. do 30.11.2023 r.

W Poradni zatrudniony jest 1 lekarz oraz 1 pielęgniarka.

Na listę oczekujących, według stanu na dzień kontroli, wpisano 97 przypadków pilnych i 197 stabilnych.

Zgodnie z harmonogramem świadczenia udzielane są 3 dni w tygodniu: w poniedziałki (w godzinach 10.00 – 14.00), w środy (w godzinach 10.00 – 14.00) i w piątki (w godzinach 10.00 – 14.00).

Kontrolujący ww. Poradnię stwierdzili, że w dniu 13 listopada 2023 r. (poniedziałek) udzielanie świadczeń zdrowotnych odbywało się zgodnie z ustalonym harmonogramem pracy. Funkcjonowanie ww. komórki organizacyjnej w zakresie udzielania świadczeń nie budzi zastrzeżeń.

5) Poradnia chirurgii urazowo – ortopedycznej

Poradnia wpisana jest do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 023 (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: 1580 Poradnia chirurgii urazowo-ortopedycznej. Poradnia została wpisana do Rejestru z dniem 26.11.1997 r. Do jej zadań w szczególności należy: kompleksowa diagnostyka i ocena stanu pacjenta, a także kontrola po zabiegach operacyjnych i kontynuacja leczenia złamań kości długich kończyn górnych i dolnych, uszkodzeń stawów; kontynuacja leczenia uszkodzeń mięśni, ścięgien, więzadeł i nerwów; kontrola i kontynuacja leczenia po zabiegach implantacji endoprotez stawów biodrowych i kolanowych; kierowanie na rehabilitację i edukacja pacjentów.

W okresie objętym kontrolą liczba udzielonych porad wyniosła:

- 16 425 w 2021 r.,
- 17 586 w 2022 r.,
- 20 613 w okresie od 01.01.2023 r. do 30.11.2023

W Poradni zatrudnionych jest 11 lekarzy i 2 pielęgniarki.

Na listę oczekujących, według stanu na dzień kontroli, wpisano 47 przypadków pilnych i 1 386 stabilnych.

Zgodnie z harmonogramem świadczenia udzielane są 5 dni w tygodniu: w poniedziałki (w godzinach 7.30 – 13.00), we wtorki (w godzinach 7.00 – 14.00) środy (w godzinach 07.00 – 13.30) oraz czwartki (w godzinach 7.00 – 14.00) i piątki (w godzinach 10.00 – 14.00).

Kontrolujący ww. Poradnię stwierdzili, że w dniu 13 listopada 2023 r. (poniedziałek) udzielanie świadczeń zdrowotnych odbywało się zgodnie z ustalonym harmonogramem pracy. Funkcjonowanie ww. komórki organizacyjnej w zakresie udzielania świadczeń nie budzi zastrzeżeń.

6) Pracownia audiometrii

Pracownia wpisana jest do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 046 (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: 7920 Pracownia badań słuchu. Pracownia została wpisana do Rejestru z dniem 26.11.1997 r. Do jej zadań w szczególności należy: badania diagnostyczne w zakresie audiologii w celu wykrycia wad słuchu i ocena progów słyszenia, edukacja pacjentów.

Badania w Pracowni wykonywane są zarówno dla pacjentów Szpitala i Poradni przyszpitalnych oraz pacjentów innych podmiotów leczniczych jak i odpłatnie dla pozostałych pacjentów zgodnie z obowiązującym cennikiem.

W okresie objętym kontrolą liczba wykonywanych procedur wyniosła:

- 254 w 2021 r.,
- 252 w 2022 r.,
- 67 w okresie od 01.01.2023 r. do 30.11.2023 r.

W Pracowni zatrudniony jest 1 technik elektrokardiologii.

Zgodnie z harmonogramem świadczenia udzielane są 5 dni w tygodniu: od poniedziałku do piątku w godzinach 07.00 – 14.35

Kontrolujący ww. Pracownię stwierdzili, że w dniu 13 listopada 2023 r. udzielanie świadczeń zdrowotnych odbywało się zgodnie z ustalonym harmonogramem pracy. Funkcjonowanie ww. komórki organizacyjnej w zakresie udzielania świadczeń nie budzi zastrzeżeń.

[Dowód: akta kontroli str. 11-190]

3. Udzielanie zamówień na świadczenia zdrowotne.

Przedmiotem weryfikacji przeprowadzonej przez kontrolujących były zapisy umów:

- 1) Umowa Nr DO-M/ŚZ/7/2023 z dnia 20.02.2023 r. dotycząca zapewnienia lekarzy odpowiedniej specjalizacji w zakresie diagnostyki obrazowej w celu konsultacji i opisywania badań RTG, TK, MR i MG.
- 2) Umowa Nr DO-M/ŚZ/24/2023 z dnia 04.09.2023 r. dotycząca realizacji świadczeń zdrowotnych w zakresie badania szpiku kostnego,

Ad. 1)

Umowa została zawarta w wyniku przeprowadzonego przez Szpital postępowania konkursowego, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r., o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W oparciu o zapisy określone w art. 27 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej stwierdza się, że umowa nie zawiera wszystkich wymaganych zapisów – brak wskazanego w pkt 9 zobowiązania przyjmującego zamówienie do prowadzenia określonej sprawozdawczości statystycznej.

Umowa została zawarta w formie pisemnej, na czas określony, tj. od dnia 20.02.2023 r. do dnia 29.02.2024 r. oraz wskazuje maksymalną (szacunkową) wartość zamówienia.

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

W ramach kontroli realizacji umowy sprawdzono faktury nr:

- 34/3/2023 z dnia 31.02.2023 r., na kwotę: 161 767,30 zł, termin płatności faktury: 30 dni od dnia doręczenia prawidłowo wystawionej faktury, faktura zapłacona w terminie w dniu 12.05.2023 r. (faktura dostarczona Szpitalowi 13.04.2023 r.); stawki jednostkowe zgodne ze specyfikacją rodzajowo-ilościową stanowiącą załącznik do faktury – łącznie w marcu 2023 r. kontrahent wykonał opisy 761 badań TK, 330 badań RTG i 2 badań MR.
- 28/7/2023 z dnia 31.07.2023 r., na kwotę: 204 378,00 zł, termin płatności faktury: 30 dni od dnia doręczenia prawidłowo wystawionej faktury, faktura zapłacona w terminie w dniu 28.08.2023 r. (faktura dostarczona Szpitalowi 10.08.2023 r.), stawki jednostkowe zgodne ze specyfikacją rodzajowo-ilościową stanowiącą załącznik do faktury – łącznie w lipcu 2023 kontrahent wykonał opisy 794 badań TK, 304 badań RTG i 230 badań MR.

Ad. 2)

Umowa została zawarta w wyniku przeprowadzonego przez Szpital postępowania konkursowego, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz ustawy

z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W oparciu o zapisy określone w art. 27 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej stwierdza się, że umowa nie zawiera wszystkich wymaganych zapisów – brak wskazanego w pkt 9 zobowiązania przyjmującego zamówienie do prowadzenia określonej sprawozdawczości statystycznej.

Umowa została zawarta w formie pisemnej, na czas określony, tj. od dnia 01.09.2023 r. do dnia 31.08.2025 r., oraz wskazuje maksymalną wartość zamówienia.

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

- Nr LFM/024/09/RSD/2023 z dnia 09.10.2023 r. na kwotę: 9 600,00 zł, termin płatności faktury: 21 dni od dnia doręczenia prawidłowo wystawionej faktury (faktura dostarczona Szpitalowi 13.10.2023 r.) faktura zapłacona w terminie w dniu 03.11.2023 r., stawka jednostkowa zgodna z umową.

[Dowód: akta kontroli str. 191-254]

4. Serwisowanie aparatury oraz sprzętu medycznego.

Kontrolujący w ramach kontroli jakości świadczonych usług zweryfikowali dane zamieszczone w wybranych kartach identyfikacyjnych sprzętu (paszporty techniczne) funkcjonującego w kontrolowanych komórkach organizacyjnych Szpitala i służącego do udzielania świadczeń medycznych:

- a) kardiomonitor, typ: Benevision N12, rok produkcji 2020, użytkowany w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym. Naprawa i ocena sprawności odbyła się 04.01.2023 r., kolejny przegląd okresowy przeprowadzono 10.10.2023r. – aparat sprawny, następny przegląd zaplanowano na styczeń 2024 r.,
- b) defibrylator, typ: Lifepack 20, rok produkcji 2010, użytkowany w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym. Przegląd okresowy odbył się 27.12.2022 r., dokonany w terminie – aparat sprawny, następny przegląd zaplanowano na 27.12.2023 r.,
- c) otoskop, typ: Ri-Scope 3050 rok produkcji – brak danych, użytkowany w Oddziale pediatrycznym. Przegląd okresowy odbył się 26.06.2023 r., dokonany po terminie z uwagi na fakt, że przegląd został zaplanowany na maj 2023r.– aparat sprawny.
Szpital udzielił wyjaśnień o przyczynie opóźnienia przeglądu - braki kadrowe w Dziale Sprzętu i Aparatury medycznej, oraz że ww. sprzęt nie był użytkowany w okresie braku ważnego przeglądu - Oddział pediatryczny posiada zabezpieczenie w postaci sprzętu o identycznym przeznaczeniu.
- d) aparat USG, typ: Affiniti 70, rok produkcji 2018, użytkowany w Oddziale pediatrycznym. Przegląd okresowy odbył się 27.07.2023 r., dokonany w terminie – aparat sprawny, następny przegląd zaplanowano na 31.07.2024 r.,
- e) aparat USG, typ: VIVID T8, rok produkcji 2021, użytkowany w Oddziale chirurgii urazowo-ortopedycznej. Przegląd okresowy odbył się 18.01.2023 r., dokonany w terminie – aparat sprawny, następny przegląd zaplanowano do 31.01.2024 r.,
- f) monitor intensywnej opieki, typ: VIVID T8, rok produkcji 2002, użytkowany w Oddziale chirurgii urazowo-ortopedycznej. Przegląd okresowy odbył się 08.09.2023 r., dokonany w terminie – aparat sprawny, następny przegląd zaplanowano na wrzesień 2024 r.

[Dowód: akta kontroli str. 255-274]

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 Szpitala w latach 2021-2023.

Skargi rozpatrywane są w oparciu o wewnętrzną procedurę o nazwie „Zasady przyjmowania i rozpatrywania skarg, wniosków i opinii pacjentów/klientów”, wprowadzoną Zarządzeniem Dyrektora nr 4/2015 z dnia 12.01.2015 r. Sposób rozpatrywania skarg i wniosków został określony jednocześnie w Regulaminie Organizacyjnym Szpitala. Zgodnie z przyjętymi w Szpitalu zasadami, skargi i wnioski mogą być wnoszone w formie pisemnej, elektronicznej oraz ustnie do protokołu. Procedura określa również sposób prowadzenia rejestru skarg, wniosków i opinii oraz tryb ich rozpatrywania. Rejestr prowadzony jest przez Pełnomocnika d/s Praw Pacjenta działającego przy Szpitalu w sposób umożliwiający kontrolę przebiegu i terminów załatwiania skarg - zawiera informacje dotyczące daty wpływu skargi/wniosku oraz daty i sposobu załatwienia sprawy.

Poniżej przedstawiono zestawienia skarg i wniosków w okresie objętym kontrolą (tabela nr 2 oraz tabela nr 3):

L.P.	LATA	LICZBA SKARG	LICZBA SKARG UZNANYCH ZA ZASADNE	LICZBA SKARG UZNANYCH ZA NIEZASADNE	LICZBA ODPOWIEDZI NA SKARGI UDZIELONA W TERMINIE	OBSZARY DZIAŁALNOŚCI SZPITALA, KTÓRYCH DOTYCZĄ SKARGI	INFORMACJA PRZEDSTAWIONA NA RADZIE SPOŁECZNEJ
1	2021	28	9	19	27	1. Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne - szpitalne, 2. ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.	Nie przedstawiono Radzie Społecznej informacji
2	2022	20	3	17	20	1. Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne - szpitalne, 2. ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.	Nie przedstawiono Radzie Społecznej stosownej informacji
3	I-XI 2023	27	6	21	26	1. Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne - szpitalne, 2. ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.	Przedstawiono Radzie Społecznej analizę skarg i wniosków za okres roku 2021, 2022 i 2023 w dniu 20.12.2023 r.

Tabela nr 2.– Zestawienie skarg w okresie objętym kontrolą

L.P.	LATA	LICZBA WNIOSKÓW	UDZIELONA ODPOWIEŹ (jeśli dotyczy)	INFORMACJA PRZEDSTAWIONA NA RADZIE SPOŁECZNEJ
1	2021	13	13	Nie przedstawiono Radzie Społecznej stosownej informacji
2	2022	3	3	Nie przedstawiono Radzie Społecznej stosownej informacji
3	2023	1	1	Przedstawiono Radzie Społecznej analizę skarg i wniosków za okres roku 2021, 2022 i 2023 w dniu 20.12.2023 r.

Tabela nr 3 - Zestawienie wniosków w okresie objętym kontrolą

W trakcie kontroli sprawdzono zastosowanie procedury rozpatrywania skarg. Poddane analizie w toku kontroli dwie skargi zostały rozpatrzone przez Szpital, skarżącym udzielono odpowiedzi w terminie. W przypadku jednej ze skarg w roku 2021 odpowiedź została udzielona po terminie co stanowi niezgodność z obowiązującą w Szpitalu Procedurą oraz Kodeksem Postępowania Administracyjnego. Ponadto zwrócono uwagę Pełnomocnikowi ds. Pacjenta na zasadność wpisywania w prowadzonym Rejestrze skarg i wniosków w polu uwagi informacji o tym, gdy wpisana pod kolejną pozycją korespondencja nie jest nową skargą, a kontynuacją już uprzednio zgłoszonej sprawy pod wcześniejszą pozycją w Rejestrze. Sytuacje takie dotyczą w szczególności wyjaśnień składanych przez Szpital do Narodowego Funduszu Zdrowia, Biura Rzecznika Praw Pacjenta czy do Podmiotu tworzącego.

Zgodnie z zapisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej, analiza skarg i wniosków jest przedstawiana okresowo Radzie Społecznej Szpitala. Kontrolujący ustalili,

że przedmiotowa analiza nie miała miejsca w latach 2021 i 2022. Jak poinformował Szpital, już po zakończeniu czynności kontrolnych w Jednostce, zaległa analiza skarg i wniosków za rok 2021 i 2022 wraz z rokiem 2023 została przedstawiona podczas posiedzenia Rady Społecznej Szpitala w dniu 20.12.2023 r. na podstawie przedłożonych Członkom Rady i omówionych na posiedzeniu Protokołów sporządzonych przez Zespół ds. przyczyn skarg i wniosków składanych przez pacjentów. Informacja o powyższym znajdzie swoje odzwierciedlenie w zapisach protokołu z posiedzenia Rady Społecznej z dnia 20.12.2023r., który zostanie przyjęty na najbliższym posiedzeniu Rady.

[Dowód: akta kontroli str. 275-304]

6. Wykonywanie badań satysfakcji pacjenta.

Zarządzeniem Dyrektora Szpitala Nr 112/2018 z dnia 07.11.2018 r. wprowadzono obowiązek przeprowadzania badania satysfakcji pacjenta ze świadczonych przez Szpital usług. Udział pacjentów w badaniach ankietowych jest dobrowolny a ankiety anonimowe. Ankieta uwzględnia informacje dotyczące badania satysfakcji pacjentów Szpitalnego oddziału ratunkowego, pacjentów hospitalizowanych w pozostałych Oddziałach Szpitala, pacjentów korzystających z ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. Przykładowe analizy ankiet satysfakcji pacjentów za wszystkie kwartały 2022 r. stanowią dowód kontroli.

Ponadto, Zarządzeniem Dyrektora Szpitala Nr 83/2022 z dnia 24.11.2022 r. wprowadzono badanie ankietowe pacjentów hospitalizowanych w Szpitalu, w oparciu o panel ankiety udostępniony na stronie Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (dalej CMJOZ) z siedzibą w Krakowie. Powyższa usługa świadczona jest przez CMJOZ dla Szpitala nieodpłatnie i obejmuje swoim zakresem opinie pacjentów hospitalizowanych w 14 wskazanych ww. Zarządzeniu Oddziałach szpitalnych oraz Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym. Pacjent o możliwości wzięcia udziału w przedmiotowej ankiecie informowany jest poprzez:

- przekazanie pisemnej informacji po przyjęciu do Oddziału,
- wpis zamieszczony na końcu Karty informacyjnej z leczenia szpitalnego,
- informacje udostępnione na stronie internetowej Szpitala oraz na tablicach informacyjnych dla pacjenta.

Zarządzenie Dyrektora Szpitala Nr 51/2023 z dnia 14.04.2022 r. ustala zasady przekazywania wyników badania ankietowego opinii i doświadczeń pacjentów hospitalizowanych w Szpitalu sporządzanego przez CMJOZ. Zgodnie z zapisami ww. Zarządzenia, w celu podjęcia działań zmierzających do podniesienia jakości opieki zdrowotnej w Szpitalu, kwartalne zestawienia wyników ankiet z danego Oddziału szpitalnego przekazywane są do ordynatorów/kierowników Oddziałów oraz pielęgniarek/położnych oddziałowych lub koordynujących pracę danego Oddziału. Wskazany personel został jednocześnie zobowiązany do zapoznania podległych pracowników z wynikami ankiet, przeanalizowania otrzymanych danych i podjęcia działań w kierunku wprowadzenia stosownych zmian oraz rozpowszechniania informacji wśród pacjentów o prowadzonym badaniu ankietowym, w tym pomocy przy logowaniu się na stronę CMJOZ.

Natomiast kwartalne zestawienie zbiorcze wyników ze wszystkich ankietowanych Oddziałów Szpitala, oraz wskazane powyżej poszczególnych jego Oddziałów, przekazywane są do Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa, Pełnomocnika Dyrektora ds. Jakości, Pełnomocnika Dyrektora ds. Pacjenta przy Szpitalu.

Powyższa ankieta jest prowadzona dla Szpitala przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, w sposób ciągły i pozwala na generowanie przez Pełnomocnika Dyrektora ds. Jakości raportów z dowolnie wybranego okresu. Na potrzeby kontrolujących przedstawiono wyniki badania satysfakcji pacjentów za okres III kwartału 2023 r.

Z analizy wyników ankiet opracowanych przez Szpital za II kwartał roku 2022 (251 ankiet) wynika, że pacjenci w zdecydowanej większości są zadowoleni ze sposobu opieki, zachowania oraz

komunikacji personelu medycznego Szpitala. Pojawiały się jednak zastrzeżenia dotyczące czystości (szczególnie w toaletach), wyposażenia sal chorych, a także w zakresie serwowanych posiłków.

Z bardziej szczegółowego badania opracowanego dla Szpitala przez CMJOZ za okres III kwartału 2023 r. poddano analizie łącznie 100 ankiet (każda zawierała 30 pytań). Ogólna ocena pobytu w Szpitalu jest wysoka z uwagi na fakt, że 77 % pacjentów deklaruje polecenie Szpitala innym, jako miejsca udzielania specjalistycznych świadczeń zdrowotnych. Także 77% ankietowanych wskazało, że w chwilach odczuwania bólu personel podejmował skuteczne próby jego zmniejszenia. Wyniki powyżej 80% pozytywnych odpowiedzi zanotowano również w sytuacjach dotyczących informacji przekazywanych pacjentom w trakcie wypisu ze Szpitala, w tym zasad kontynuacji leczenia, oraz oceny stanu poprawy zdrowia po pobycie w SPZOZ Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym Nr 3 w Rybniku. Jeszcze lepiej ocenione zostało przestrzeganie praw pacjenta w Szpitalu - 89% ankietowanych nie zgłosiło żadnych zastrzeżeń w tym zakresie. Natomiast w kilku przypadkach oceny ankietowanych były niższe i dotyczyły takich spraw jak np. przygnębienia spowodowanego przebiegiem hospitalizacji, na które wskazało 22% ankietowanych, podawanych pacjentom posiłków (brak możliwości wyboru- 31 %, zbyt małe porcje - 17%, zbyt zimne - 11%) oraz stanu czystości w salach chorych oraz sanitariatach, na który wskazywało odpowiednio 7% i 21% ankietowanych.

Szpital dostrzega po analizie przedmiotowych ankiet konieczność dążenia do poprawy wyników w tych zakresach, gdzie oceny były najniższe. Infrastruktura Szpitala wymaga zwiększonych nakładów inwestycyjnych i w związku z powyższym prowadzone są systematyczne remonty poszczególnych Oddziałów szpitalnych, w tym wymiana instalacji wodnej i sanitarnej, remonty łazienek. Podjęte przez Szpital działania inwestycyjne powinny przyczynić się do poprawy komfortu pacjentów.

[Dowód: akta kontroli str. 305-484]

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 niepełnej realizacji przepisu art. 24 ust. 1 pkt 2 w związku z art. 42 ust 2 pkt 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej w zakresie niespójnego określenia zadań Szpitala w Regulaminie względem zapisów ujętych w Statucie.
3. Nieprawidłowość polegająca na braku wskazania w umowach dotyczących wykonywania świadczeń zdrowotnych zobowiązania przyjmującego zamówienie do prowadzenia określonej sprawozdawczości statystycznej, co stanowi naruszenie art. 27 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
4. Nieprawidłowość polegająca na braku realizacji w terminie przeglądu technicznego, co stanowi naruszenie zapisów art. 63 ustawy z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 974 z późn.zm.).
5. Nieprawidłowość polegająca na braku udzielenia odpowiedzi na skargę po terminie (po upływie 30 dni), co stanowi niezgodność z obowiązującą w Szpitalu Procedurą oraz art. 35 Kodeksu postępowania administracyjnego (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 775 z późn.zm).
6. Nieprawidłowość polegająca na braku przedstawiania okresowo analizy skarg i wniosków wnoszonych przez pacjentów Radzie Społecznej Szpitala, co stanowi naruszenie art. 48 ust. 2 pkt 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Przyczyny nieprawidłowości:

- brak należytej staranności w zakresie terminowego zgłoszenia zmian do KRS,
- brak należytej staranności w zakresie spójnego określenia zadań Szpitala w zapisach Statutu i Regulaminu,
- brak należytej staranności w zakresie konstruowania zapisów umów dotyczących wykonywania świadczeń zdrowotnych,
- brak należytego nadzoru nad terminowym wykonywaniem przeglądów technicznych funkcjonującej w Szpitalu aparatury i sprzętu medycznego,
- brak należytego nadzoru nad terminowym udzielaniem odpowiedzi wnoszącym skargi,
- brak należytego nadzoru nad przedstawianiem Radzie Społecznej Szpitala niezbędnych informacji w celu dokonania okresowych analiz skarg i wniosków wnoszonych przez pacjentów, z wyłączeniem spraw podlegających nadzorowi medycznemu.

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. Prawdliwość gospodarowania mieniem.

A. Ustalenia faktyczne.

W zakresie prawidłowości gospodarowania mieniem kontrolą objęto:

1. Nabycie sprzętu i aparatury medycznej.

- 1) Pompa infuzyjna dwustrzykawkowa (3 szt.) o wartości jednostkowej: 4 320,00 zł (wartość łączna: 12 960,00 zł),
 - zakup ujęty w planie inwestycyjnym Szpitala na 2023r.;
 - pozytywna opinia Rady Społecznej Szpitala dot. ww. zakupu, przyjęta uchwałą nr 39/2023 z dnia 06.06.2023 r.;
 - z uwagi na wartość jednostkową sprzętu zgoda podmiotu tworzącego nie była wymagana;
 - zakup potwierdzony fakturą VAT nr 189/2023 z dnia 14.07.2023 r. na kwotę łączną 12 960,00 zł (3 sztuki sprzętu), termin płatności przelewem do dnia 13.08.2023 r.; zapłacono zgodnie z terminem płatności;
 - dowody przyjęcia:
 - OT- 39/2023 z dnia 21.07.2023 r., numer fabryczny 24-06135-2023;
 - OT- 40/2023 z dnia 21.07.2023 r., numer fabryczny 24-06136-2023;
 - OT- 41/2023 z dnia 21.07.2023 r., numer fabryczny 24-06137-2023.
- 2) Tor laparoskopowy do wideochirurgii (wraz z wyposażeniem dodatkowym i materiałami zużywalnymi) o wartości 218 900,00 zł
 - zakup ujęty w planie inwestycyjnym Szpitala na 2021 r.;
 - pozytywna opinia Rady Społecznej Szpitala dot. nabycia sprzętu, przyjęta uchwałą nr 4/2020 z dnia 27.01.2020 r. (przyjęcie dotacji);
 - zgoda podmiotu tworzącego nie była wymagana (środki pochodzące w 100% z dotacji);
 - zakup potwierdzony fakturą VAT nr 00264/2021/10 z dnia 21.03.2021 r. na kwotę 218 900,00 zł, termin płatności przelewem 60 dni, zapłacono w terminie;

- dowód przyjęcia OT-2/20221, nr seryjny: SN 2128814.

Nabycie ww. sprzętu i aparatury medycznej nie budzi zastrzeżeń.

2. Zbycie aparatury i sprzętu medycznego.

W ramach kontroli prawidłowości gospodarowania mieniem sprawdzono procedurę zbycia niżej wymienionego sprzętu medycznego:

- Ultrasonograf Acuson Cypres (Aparat USG+ Głowica) - nr fabryczne: 74186 (Aparat) 84355602 (Głowica) nr inwentarzowy: 002545; rok produkcji: 2009, wartość początkowa: 248 211,06 zł; umorzenie 100 %;
- opinia techniczna z dnia 02.02.2022 r. - aparat wyeksploatowany (pogorszenie obrazowania, uszkodzony pozycjoner „scroll”, brak osłony przycisków, brak części i możliwości naprawy – producent zapewniał części zamienne do 31.12.2012 r.; aparat nie spełnia wymogu bezpiecznej i prawidłowej pracy, sprzęt przeznaczony do kasacji);
- wniosek z dnia 28.03.2022r. skierowany do Działu Informatyki Szpitalnej w sprawie usunięcia danych z nośnika pamięci (dysk twardy, dysk optyczny), stanowiącego część składową aparatu USG oraz poddaniu go procesowi fizycznego zniszczenia w celu uniemożliwienia ponownego uruchomienia dysku i odczytania danych (zgodnie z polityką ochrony danych osobowych);
- wniosek o utratę wartości użytkowej składnika majątku z dnia 08.09.2022 r.,
- pozytywna opinia Rady Społecznej Szpitala wyrażona uchwałą nr 49/2022 z dnia 23.09.2022 r.,
- zgoda podmiotu tworzącego na zbycie nie była wymagana,
- dowód LT0 i dokument MZ nr 86/2022 z dnia 10.10.2022 r.,
- ostateczny protokół kasacji nr 3/2023 z dnia 19.04.2023 r.,
- Karta przekazania odpadów do odbioru przez wyspecjalizowaną firmę z dnia 13.09.2023 r.

Ponadto, w okresie objętym kontrolą kasacją objęte były środki trwałe, nie stanowiące sprzętu i aparatury medycznej - kontrolującym przekazano protokół kasacji Nr 3/2022 z dnia 21.09.2022 r. z przeprowadzonej kasacji materiałów o wyższej wartości (wykaz sprzętu zgodnie z protokołem, stanowiącym akta kontroli).

Zbycie ww. sprzętu medycznego nie budzi zastrzeżeń.

3. Najem/dzierżawa pomieszczeń.

W ramach kontroli sprawdzeniem objęto prawidłowość zawarcia umów:

- a) najmu nr TAG/1/2021 z dnia 01.03.2021 r., zawartej w trybie bezprzetargowym. Przedmiotem umowy jest wynajem 40,83 m² powierzchni użytkowej w Pawilonie nr 2 Szpitala (na Poziomie 0) z przeznaczeniem na magazyn dla sklepu medycznego prowadzonego przez Najemcę w budynku Szpitala na podstawie innej umowy. Umowa została zawarta na czas nieoznaczony od dnia 01.03.2021 r. Zawarcie ww. umowy zostało poprzedzone wyrażeniem pozytywnej opinii przez Radę Społeczną Szpitala uchwałą nr 64/2020 z dnia 29.09.2020 r. Ponadto zgodnie z zapisami *Zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnymi publicznymi zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie* (dalej: Zasady) przyjętych uchwałą nr 2232/288/V/2018 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 25.09.2018 r. z późn. zm. (uchwała nr 804/36/VI/2019 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 17 kwietnia 2019 r., uchwała 1966/161/VI/2020 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 26.08.2020 r. oraz uchwała 1945/265/VI/2021 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 25.08.2021 r.) Szpital uzyskał zgodę wyrażoną

Uchwałą nr VI/28/5/2021 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 15 lutego 2021 r. na zawarcie ww. umowy najmu na czas nieoznaczony oraz odstąpienie od trybu przetargowego jej zawarcia. Zgodnie z zapisami umowy, Najemca zobowiązany jest płacić Wynajmującemu czynsz płatny miesięcznie z góry, do 10 dnia każdego miesiąca, na podstawie faktury wystawionej przez Wynajmującego. Ponadto, Najemca zobowiązany jest do ponoszenia kosztów mediów (c.o., energii elektrycznej, wody zimnej i ciepłej, odprowadzania ścieków, użytkowania łączy telefonicznych), oraz wywozu nieczystości a rozliczenie będzie następować na podstawie realnego ich zużycia, co będzie podstawą do wystawienia Najemcy faktury z terminem płatności do 14 dni od daty jej wystawienia przez Wynajmującego. Umowa zawiera zapisy określone w § 3 „Zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie”.

Objęte kontrolą faktura VAT nr C/04003/2022 z dnia 01.04.2022 r. (czynsz) oraz faktura VAT nr C/07003/2023 z dnia 03.07.2023 r. (czynsz) wystawione zostały zgodnie z terminami wynikającymi z umowy. W obu przypadkach Najemca uregulował terminowo należności wynikające z czynszu.

- b) najmu nr TAG/2/2021 z dnia 01.04.2021 r., zawartej w trybie bezprzetargowym. Przedmiotem umowy jest prowadzenie działalności handlowo-usługowej (sklep ogólnospożywczy). Całkowita powierzchnia wynajmowanej nieruchomości w Pawilonie nr 3 Szpitala na Poziomie 1 wynosi 33,67 m². Umowa została zawarta na czas oznaczony 3 lat tj. od dnia 01.04.2021 r. do 31.03.2024 r. Zawarcie ww. umowy zostało poprzedzone wyrażeniem pozytywnej opinii przez Radę Społeczną Szpitala uchwałą nr 3/2021 z dnia 05.03.2021 r. Z uwagi na okres na jaki została zawarta ww. umowa zgoda podmiotu tworzącego nie była wymagana.

Zgodnie z zapisami umowy, Najemca zobowiązany jest płacić Wynajmującemu czynsz za każdy miesiąc z góry, na podstawie faktur VAT wystawianych, do 10 dnia każdego miesiąca, przez Wynajmującego. Ponadto, Najemca zobowiązany jest do ponoszenia kosztów mediów (c.o., energii elektrycznej, wody zimnej i ciepłej, odprowadzania ścieków) a rozliczenie będzie następować na podstawie realnego ich zużycia, co będzie podstawą do wystawienia Najemcy faktury z terminem płatności do 14 dni od daty jej wystawienia przez Wynajmującego. Dodatkowo najemca ponosi koszty związane z wywozem nieczystości.

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

Objęte kontrolą faktura VAT nr C/11002/2021 z dnia 02.11.2021 r. (czynsz) oraz faktura VAT nr C/11002/2022 z dnia z dnia 02.11.2022 r. (czynsz) wystawione zostały zgodnie z terminami wynikającymi z umowy. W obu przypadkach Najemca uregulował terminowo należności wynikające z czynszu.

[Dowód: akta kontroli str. 485-567]

4. Inwestycje współfinansowane z dotacji celowych Województwa Śląskiego.

W okresie objętym kontrolą tj. lata 2021 do listopad 2023 Szpital podpisał umowy na łącznie 14 inwestycji współfinansowanych z dotacji celowych z budżetu Województwa Śląskiego w łącznej kwocie ponad 20,5 mln zł. Z uwagi na fakt, że wszystkie zrealizowane do dnia kontroli inwestycje miały charakter prac związanych z remontami, wymianą czy budową nowych instalacji lub wyposażenia technicznego poddano sprawdzeniu wykonanie dwóch inwestycji tj.:

- modernizacja układów wentylacji i klimatyzacji Pawilonu Diagnostyczno - Zabiegowego Nr 3 Szpitala, Etap II (kontynuacja), dotacja Województwa w kwocie 1 248 400,00 zł,

- dostawa i montaż kotłów - modernizacja kotłowni w Szpitalu, dotacja Województwa w kwocie 1 208 000,00 zł.

Obie inwestycje zostały zakończone i rozliczone. Kontrolujący przeprowadzili wizytacje miejsc realizacji przedmiotowych inwestycji, w których wykonano szereg prac adaptacyjnych i zamontowano nowe urządzenia w miejsce starych i wysłużonych. Z poczynionych ustaleń wynika, że wskazane inwestycje w sposób znaczący podniosły komfort pracy personelu medycznego, obsługi technicznej urządzeń oraz pacjentów dużego skrzydła budynku Szpitala mieszczącego Pawilon Diagnostyczno-Zabiegowy Nr 3, przede wszystkim z uwagi na nowoczesny system wentylacji pomieszczeń. Z kolei wymiana starych, nieefektywnych energetycznie i mocno awaryjnych kotłów w Szpitalu na zasilane gazem zabezpiecza stabilną pracę i dostawę ciepła do obiektów Szpitala.

5. 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. 2-7 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej wykazała, że w okresie objętym kontrolą, tj. lata 2021-2023 w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym Nr 3 w Rybniku miały miejsce dwa postępowania konkursowe na stanowiska kierownicze wskazane w art. 49 ww. ustawy.

Przeprowadzone postępowania konkursowe na stanowiska kierownicze:

- 1) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Okulistycznego (data konkursu: 01.09.2023r., okres zatrudnienia 01.09.2023 r. – 31.08.2029 r.),
- 2) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Rehabilitacji z Pododdziałem Rehabilitacji Neurologicznej (data konkursu: 01.09.2023 r., okres zatrudnienia 01.09.2023 r. – 31.08.2029 r.),
- 3) Stanowisko Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa – w toku (przygotowywanie Zarządzenia Dyrektora o powołaniu Komisji Konkursowej).

Zatrudnienie na stanowiskach objętych konkursem na podstawie w/w przepisów prawa kształtuje się następująco (stan na dzień przeprowadzenia kontroli):

- 1) Oddział Rehabilitacyjny z Pododdziałem Rehabilitacji Neurologicznej: lekarz kierujący oddziałem, pielęgniarka oddziałowa;
- 2) Oddział Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Dermatologicznym i Pododdziałem Nefrologicznym: lekarz koordynator Pododdziału Dermatologicznego, pielęgniarka koordynująca;
- 3) Oddział Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Chirurgii Naczyniowej: lekarz kierujący oddziałem, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
- 4) Oddział Chirurgii Dziecięcej z Pododdziałem Leczenia Oparzeń dla Dzieci: lekarz kierujący oddziałem, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
- 5) Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej: lekarz kierujący oddziałem, pielęgniarka koordynująca;
- 6) Oddział Pediatriczny: lekarz kierujący oddziałem, pielęgniarka oddziałowa;
- 7) Oddział Neonatologiczny: lekarz kierujący oddziałem, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
- 8) Oddział Neurologiczny z Pododdziałem Udarowym: lekarz kierujący oddziałem, pielęgniarka oddziałowa;

- 9) Oddział Endokrynologii i Chorób Metabolicznych: lekarz kierujący oddziałem, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
- 10) Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii: lekarz kierujący oddziałem, pielęgniarka oddziałowa Oddziału Anestezjologii i p.o. pielęgniarki oddziałowej Oddziału Intensywnej Terapii;
- 11) Oddział Urologii i Onkologii Urologicznej: lekarz kierujący oddziałem, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
- 12) Oddział Okulistyczny: lekarz kierujący oddziałem, pielęgniarka oddziałowa;
- 13) Oddział Onkologiczny z Pododdziałem Hematologicznym: lekarz kierujący oddziałem, pielęgniarka oddziałowa;
- 14) Oddział Położniczo-Ginekologiczny: lekarz kierujący oddziałem, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
- 15) Oddział Kardiologii z Pododdziałem Intensywnej Opieki Kardiologicznej i Pracownią Hemodynamiki: lekarz kierujący oddziałem, p.o. pielęgniarki oddziałowej.

Jak wskazano powyżej, poszczególnymi oddziałami zarządzają lekarze kierujący oddziałem. 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 p.o. naczelniej pielęgniarek, natomiast zespołem pielęgniarskim na 6 Oddziałach zarządzają pielęgniarki oddziałowe, na 8 Oddziałach osoby pełniące obowiązki pielęgniarki oddziałowej, natomiast na 2 Oddziałach zespołem pielęgniarskim zarządzają pielęgniarki koordynujące.

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

Zgodnie z otrzymanymi, przez Kierownika Działu Kadr i Płac, w dniu kontroli dokumentami do końca 2023 r. miały zostać wszczęte postępowania konkursowe na stanowiska pielęgniarek oddziałowych: Oddziału Endokrynologii i Chorób Metabolicznych, Oddziału Chirurgii Dziecięcej z Pododdziałem Leczenia Oparzeń dla Dzieci, Oddziału Neonatologii oraz położnej oddziałowej Oddziału Położniczo-Ginekologicznego.

Ww. stanowiska określone zostały zarówno w Regulaminie Organizacyjnym Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 3 w Rybniku, jak i załączniku nr 2 (Tabela zaszeregowania stanowisk pracy dla pracowników Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 3 w Rybniku) oraz nr 3 (Wykaz stanowisk, na których przysługuje dodatek funkcyjny i stawek dodatku funkcyjnego) do Regulaminu Wynagradzania Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 3 w Rybniku.

[Dowód: akta kontroli str. 568-682]

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

- 1) naruszenie zapisów art. 49 ust. 1 pkt 4) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej poprzez brak przeprowadzenia postępowania konkursowego na stanowisko naczelniej pielęgniarki;
- 2) naruszenie zapisów art. 49 ust. 1 pkt 5) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej poprzez brak przeprowadzenia postępowań konkursowych na stanowiska pielęgniarek oddziałowych w 10 oddziałach;

40

- 3) zastąpienie stanowiska pielęgniarki oddziałowej Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej i Oddziału Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Dermatologicznym i Pododdziałem Nefrologicznym stanowiskiem „pielęgniarki koordynującej”.

Przyczyny nieprawidłowości:

- niedochowanie należytej staranności w zakresie stosowania zapisów art. 49 ust. 1 pkt 4) i 5) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.

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.

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

A. Ustalenia faktyczne:

Ostatnia kontrola w Szpitalu przeprowadzona została przez pracowników Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w terminie 22.12.2020 r. - 15.02.2021 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 następujące zalecenia pokontrolne:

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

1. *Dokonaniu korekty zapisów Regulaminu Organizacyjnego i Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą w taki sposób, aby widniejące w nich dane były tożsame i jednocześnie zgodne ze stanem faktycznym;*
2. *Dokonywaniu bieżącej aktualizacji strony BIP Szpitala;*
3. *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 tym w zakresie dot. § 15 ust. 3 ww. rozporządzenia tj. pisemnego powiadamiania kandydatów o wynikach konkursu;*
4. *Terminowym regulowaniu zobowiązań finansowych;*
5. *Pozyskiwaniu opinii Rady Społecznej dotyczącej zakupu lub przyjęcia darowizny nowej aparatury i sprzętu medycznego z odpowiednim wyprzedzeniem;*
6. *Uwzględnianiu w zawieranych umowach dzierżawy odpowiednio sformułowanych postanowień dotyczących: ubezpieczenia przedmiotu umowy od następstw zdarzeń losowych oraz od odpowiedzialności cywilnej, zakazu podnajmowania, poddzierżawiania i oddawania do bezpłatnego używania oraz terminów wypowiedzenia umowy.*

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa Szpitala złożył do Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia sprawozdanie o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych (pismo z dnia 07.10.2021 r.).

Sprawdzono realizację zaleceń pokontrolnych w latach 2019-2020 i stwierdzono, że zostały wykonane.

B. Stwierdzona nieprawidłowość: brak

C. Ocena częściowa: pozytywna.

VI. Pozostałe informacje, zalecenia i pouczenia.

1. Pozostałe informacje.

Pismem z dnia 29.07.2024 r., znak: NZ-NK.1711.10.2024, (NZ-NK.KW-00133/24), Projekt wystąpienia pokontrolnego został przekazany Dyrektorowi Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 3 w Rybniku.

Dyrektor Szpitala pismem z dnia 19.08.2024 r., znak sprawy: DO-M-152/2024, zgłosił uwagi do treści Projektu wystąpienia pokontrolnego 13 dni po terminie (doręczenie Projektu miało miejsce w dniu 30.07.2024 r.). Ze względu na charakter wskazanych zastrzeżeń – błędy o charakterze oczywistej pomyłki pisarskiej, uwagi Dyrektora Szpitala znalazły odzwierciedlenie w tekście niniejszego Wystąpienia pokontrolnego.

Zakres wprowadzonej korekty dotyczył zmian liczby osób zatrudnionych w Szpitalu w ramach umów cywilnoprawnych (strona 3) oraz dwukrotnego umieszczenia tej samej nieprawidłowości w podsumowaniu Rozdziału IV.

2. Zalecenia.

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami zalecam podjąć działania polegające na:

- 1) Zgłaszaniu zmian do KRS w terminie wynikającym z art. 22 ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym;
- 2) Usunięciu niezgodności w zakresie niespójnego określenia zadań Szpitala w Regulaminie Organizacyjnym względem zapisów ujętych w Statucie;
- 3) Wzmoczeniu nadzoru nad formalnym przygotowaniem umów na świadczenia medyczne w zakresie dokonywanych wpisów w szczególności zobowiązania przyjmującego zamówienie do prowadzenia określonej sprawozdawczości statystycznej zgodnie z art. 27 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
- 4) Terminowym wykonywaniu przeglądów technicznych użytkowanego sprzętu i aparatury medycznej;
- 5) Udzielaniu odpowiedzi na skargi w terminie wynikającym z art. 35 Kodeksu postępowania administracyjnego;
- 6) Przestrzeganiu zapisów art. 48 ust. 2 pkt 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej w zakresie przedstawiania Radzie Społecznej Szpitala okresowej analizy skarg i wniosków wnoszonych przez pacjentów;
- 7) Przestrzeganiu zapisów art. 49 ust. 1 pkt 4) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej w zakresie przeprowadzenia postępowań konkursowych na stanowisko naczelnej pielęgniarki;
- 8) Przestrzeganiu zapisów art. 49 ust. 1 pkt 5) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej w zakresie przeprowadzenia postępowań konkursowych na stanowiska pielęgniarek oddziałowych;
- 9) Przestrzeganiu zapisów art. 49 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej tj. stosowania właściwej terminologii w zakresie nazewnictwa stanowisk pracy.

3. Pouczenia.

Wystąpienie pokontrolne sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, z których jeden przekazuje się do Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 3 w Rybniku.

Wystąpienie pokontrolne zawiera 21 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
Krzysztof Barczyk
dyrektor
Nadzoru Podmiotów
Leczących w Województwie Śląskim