

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

**Wojewódzki Szpital Chorób Płuc im. dr. Alojzego Pawelca
ul. Bracka 13, 44-300 Wodzisław Śląski**
(oznaczenie podmiotu kontrolowanego)

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

z kontroli przeprowadzonej na podstawie:

- 1) art. 121 oraz 122 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t. j.: Dz. U. z 2018 r., poz. 2190 z późn. zm.),
- 2) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych (Dz. U. z 2015 r., poz. 1331),
- 3) planu kontroli na 2019 rok, załącznik nr 2, poz. 15, zatwierdzonego uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 205/7/VI/2018 z dnia 21.12.2018 r.,
- 4) regulaminu kontroli podmiotów leczniczych, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie, określonego uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 666/30/VI/2019 z dnia 27.03.2019 r. z późn. zm.

I. Dane identyfikacyjne kontroli:

Jednostka kontrolowana: Wojewódzki Szpital Chorób Płuc im. dr. Alojzego Pawelca, ul. Bracka 13, 44-300 Wodzisław Śląski.

Kierownik jednostki kontrolowanej: od 01.03.2013 r. funkcję dyrektora Szpitala pełni Pan Norbert Prudel.

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

- Haliny Zych od 01.12.2013 r. do 30.09.2017 r., od 19.01.2018 do 30.06.2018 r.;
- Danuty Bielaczek od 25.08.2017 r. do 31.03.2018 r.;
- Iwony Krajewskiej od 01.06.2018 r.

oraz kierowników komórek organizacyjnych.

Termin przeprowadzenia czynności kontrolnych i zakres kontroli:

kontrolę przeprowadzono w dniach 27-28 czerwca 2019 r. w zakresie: realizacji zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie; dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych; prawidłowości gospodarowania mieniem oraz środkami publicznymi w latach 2017-2019.

[Dowód: akta kontroli str. 1-2]

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

Osoby przeprowadzające kontrolę:

Marzena Chwałek – Główny Specjalista Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w Katowicach, legitymacja służbowa nr 1100706, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 403/ZD/2019 z dnia 18.06.2019 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 26.06.2019 r.

[Dowód: akta kontroli str. 3-4]

Magdalena Majchrzak-Osiecka – Główny Specjalista Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w Katowicach, legitymacja służbowa nr 1100992, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 402/ZD/2019 z dnia 18.06.2019 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 26.06.2019 r.

[Dowód: akta kontroli str. 5-6]

Tomasz Jarzab – Inspektor Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w Katowicach, legitymacja służbowa nr 1102687, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 404/ZD/2019 z dnia 18.06.2019 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 26.06.2019 r.

[Dowód: akta kontroli str. 7-8]

O kontroli Dyrektor jednostki został poinformowany pismem z dnia 12.06.2019 r.

[Dowód: akta kontroli str. 9]

II. Realizacja zadań statutowych.

A. Ustalenia faktyczne:

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

1. Informacje ogólne.

Wojewódzki Szpital Chorób Płuc im. dr. Alojzego Pawelca zwany dalej „Szpitalem” jest podmiotem leczniczym prowadzonym w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Funkcję podmiotu tworzącego pełni Województwo Śląskie. Nadzór nad działalnością Szpitala sprawuje Zarząd Województwa Śląskiego. Szpital wpisany jest do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego pod numerem 000000014068 oraz posiada osobowość prawną i jest wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego w Katowicach pod numerem KRS 0000033408. Siedzibą Szpitala jest miasto Wodzisław, Śląski.

Szpital działa na podstawie:

- 1) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t.j.: Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 z późn. zm.) 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 2019 r. poz. 1373 z późn. zm.),
- 3) Statutu Szpitala nadanego uchwałą Nr V/12/38/2015 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 21.09.2015 r. z uwzględnieniem zmian wprowadzonych uchwałą Nr V/34/46/2017 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 13.02.2017 r. (t. j.: Dz. Urz. Województwa Śląskiego z dnia 20.02.2017 r. poz. 1043),
- 4) Regulaminu Organizacyjnego, którego ostatnie zmiany zostały pozytywnie zaopiniowane

przez Radę Społeczną uchwałą nr 03/2019 z dnia 28.03.2019 r. oraz wprowadzone w życie Zarządzeniem nr 14/2019 Dyrektora Szpitala z dnia 24.04.2019 r.

W Szpitalu zatrudnienie na dzień 27.06.2019 r. wynosiło:

- 77 pracowników w ramach umowy o pracę,
- 23 pracowników w ramach umów cywilnoprawnych.

[Dowód: akta kontroli str. 10-12]

2. Prawidłowość wpisów w Krajowym Rejestrze Sądowym.

Ostatnie zgłoszenie do Krajowego Rejestru Sądowego dotyczyło zmiany struktury organizacyjnej Szpitala dokonanej uchwałą nr V/34/46/217 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 13.02.2017 roku. Sąd Rejonowy w Gliwicach dokonał wpisu przedmiotowych zmian w dniu 08.11.2017 roku.

W dniu kontroli Szpital nie dysponował dokumentem potwierdzającym złożenia ww. wniosku o zmianę do KRS w terminie wynikającym z art. 22 ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 roku o Krajowym Rejestrze Sądowym (t. j.: Dz. U. z 2019 r., poz. 1500 z późn. zm.). Zgodnie z udzielonymi wyjaśnieniami całość dokumentacji związanej ze zgłoszeniem zmian do KRS jest w posiadaniu pełnomocnika procesowego Szpitala. Na dzień sporządzenia niniejszego Projektu Wystąpienia Pokontrolnego Szpital w dalszym ciągu oczekuje na wydanie ww. dokumentacji, co potwierdził pismem znak: KR/3757/2019 z dnia 16.09.2019 roku.

W trakcie kontroli stwierdzono, że w Dziale I, Rubryce 2 – „Siedziba i adres podmiotu” nie wprowadzono informacji dotyczących:

- adresu poczty elektronicznej Szpitala,
- adresu strony internetowej Szpitala,

co stanowi naruszenie art. 38 pkt 1a w związku z art. 53a ww. ustawy.

[Dowód: akta kontroli str. 13-28]

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

Regulamin Organizacyjny Szpitala (dalej: „Regulamin”) sporządzony został w oparciu o przepisy art. 24 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Ostatnie zmiany do Regulaminu oraz ogłoszenie tekstu jednolitego zostały pozytywnie zaopiniowane przez Radę Społeczną Szpitala nr 03/2019 z dnia 28.03.2019 r., a następnie wprowadzone Zarządzeniem nr 14/2019 Dyrektora Szpitala z dnia 24.04.2019 r.

W trakcie kontroli sprawdzono zgodność zapisów Regulaminu z przepisami ustawy o działalności leczniczej. Ustalono, że Regulamin zawiera wszystkie elementy wskazane w art. 24 ust. 1 ww. ustawy, jednakże w jego treści przyjęto nieprawidłowy sposób podawania wysokości opłaty 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 2019 r., poz. 1127 z późn. zm.) – Załącznik nr 4 do Regulaminu. Szpital nie podał obowiązującej wysokości opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej, umieszczając jedynie informację o sposobie jej wyliczenia.

Stwierdzono zgodność zapisów Regulaminu w zakresie struktury organizacyjnej komórek działalności medycznej oraz miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych z Księgą Rejestrową widniejącą w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą według stanu na dzień 27.06.2019 r.

Kontrola strony Biuletynu Informacji Publicznej Szpitala wykazała, że zawiera ona informacje wymagane przez art. 24 ust. 2 o działalności leczniczej. Ponadto wszystkie informacje wskazane w ww. przepisie zostały poprawnie podane do wiadomości pacjentów poprzez ich wywieszenie w widocznych miejscach udzielania świadczeń.

Analizie poddano zgodność danych zamieszczonych na stronie BIP z zapisami art. 8 ust. 3 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (t.j.: Dz. U. z 2019 r. poz. 1429 z późn. zm.). Stwierdzono, że Szpital nie opublikował informacji wymaganych przez przepisy ww. ustawy w zakresie dokumentacji przebiegu i efektów kontroli oraz wystąpień, stanowisk, wniosków i opinii podmiotów ją przeprowadzających (art. 6 ust. 1 pkt 4 lit. a tiret drugie).

[Dowód: akta kontroli str. 29-104]

B. Stwierdzone nieprawidłowości:

- 1) Nieprawidłowość dotycząca sposobu podania wysokości opłaty 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;
- 2) Nieprawidłowość polegająca na niezgłoszeniu do Krajowego Rejestru Sądowego adresu strony internetowej i adresu poczty elektronicznej Szpitala, co stanowi naruszenie art. 38 pkt 1a w związku z art. 53a ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym;
- 3) Nieprawidłowość polegająca na braku na stronie BIP Szpitala informacji dotyczącej dokumentacji przebiegu i efektów kontroli zewnętrznych, co stanowi naruszenie art. 8 ust. 3 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej.

C. Ocena cząstkowa: pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości.

D. Osoby odpowiedzialne:

1. Koordynator ds. Organizacyjnych;
2. 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.

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 obiekcie zlokalizowanym w Wodzisławiu Śląskim przy ulicy Brackiej 13 i w miejscu pobytu pacjenta. Szpital jest jednostką specjalistyczną świadcząca kompleksową opiekę zdrowotną w dziedzinie chorób układu oddechowego, w tym leczenia gruźlicy.

1. Funkcjonowanie wybranych komórek organizacyjnych.

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

- 1) Oddziału II Pulmonologicznego,
- 2) Poradni Gruźlicy i Chorób Płuc.

1) Oddział II Pulmonologiczny

Oddział wpisany jest do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 002 (kod resortowy identyfikujący komórkę organizacyjną stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych), kod resortowy charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych: 4272. Oddział został wpisany do Rejestru z dniem 29.06.1993 r. i dysponuje 40 łózkami. W Oddziale realizowany jest kontrakt z NFZ w ramach PSZ (podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej), który obejmuje leczenie stacjonarne w zakresie chorób płuc oraz onkologii klinicznej.

Liczba hospitalizowanych pacjentów wyniosła:

- 992 w 2018 r. (w tym 338 pacjentów onkologicznych),

- 423 w okresie 6 miesięcy 2019 r. (w tym 145 pacjentów onkologicznych).

2) Poradnia Gruźlicy i Chorób Płuc

Poradnia wpisana jest do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 004 (kod resortowy identyfikujący komórkę organizacyjną stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych), kod resortowy charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych: 1270. Poradnia została wpisana do Rejestru z dniem 01.01.2000 r.

Poradnia udziela świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki, leczenia oraz profilaktyki chorób płuc i gruźlicy dorosłych. W Poradni realizowany jest kontrakt z NFZ w ramach PSZ. Pacjenci Poradni w pracowniach Szpitala mają wykonywane badania EKG, RTG, spirometryczne i laboratoryjne.

Liczba udzielonych porad w kontrolowanym okresie wyniosła 20 053.

Według harmonogramu pracy zamieszczonego w Portalu Świadczeniodawcy NFZ oraz wywieszonego na drzwiach wejściowych Poradni świadczenia są udzielane następująco: poniedziałek 09:00 do 15:00, wtorek 10:25 do 18:00, środa od 15:00 do 18:00, czwartek od 09:20 do 15:00 oraz piątek 15:00 do 18:00.

Kontrolujący ww. Poradnię stwierdzili, że w dniu 27 czerwca 2019 r. przyjmowanie pacjentów przez lekarzy i pielęgniarki odbywało się zgodnie z harmonogramem pracy ustalonym w Portalu Świadczeniodawcy NFZ.

[Dowód: akta kontroli str. 105-108]

2. Udzielanie zamówień na świadczenia zdrowotne.

Przedmiotem weryfikacji przeprowadzonej przez kontrolujących były zapisy umów:

- 1) Nr 50/2017 z dnia 17.07.2017 r. na udzielanie świadczeń lekarskich w Oddziałach oraz poradniach Szpitalnych,
- 2) Nr 43/2018 z dnia 07.12.2018 r. na udzielanie świadczeń lekarskich w zakresie konsultacji onkologicznych.

Ad. 1) Nr 50/2017 z dnia 17.07.2017 r.

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.

Umowa została zawarta w formie pisemnej, na czas określony, tj. od dnia 01.09.2017 r. do dnia 31.08.2019 r. i zawiera wszystkie niezbędne zapisy określone w art. 27 ustawy o działalności leczniczej. Szacunkowa wartość brutto zamówienia została określona w dokumentacji konkursowej.

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

- 61/2017 z dnia 30.09.2017 r. - stawka jednostkowa zgodna z umową,
- 70/2018 z dnia 28.12.2018 r. - stawka jednostkowa zgodna z umową.

Ad. 2) Nr 43/2018 z dnia 07.12.2018 r.

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.

Umowa została zawarta w formie pisemnej, na czas określony, tj. od dnia 01.01.2019 r. do dnia 30.12.2019 r. i zawiera wszystkie niezbędne zapisy określone w art. 27 ustawy o działalności leczniczej. Szacunkowa wartość brutto zamówienia została określona w dokumentacji konkursowej.

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

- 113/2018 z dnia 31.12.2018 r. - stawka jednostkowa niezgodna z umową – niższa od ustalonej o 10,00 zł (błąd wystawiającego fakturę);
- 14/2019 z dnia 28.02.2019 r. - stawka jednostkowa zgodna z umową.

[Dowód: akta kontroli str. 109-130]

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

Ogłaszanie i przeprowadzanie konkursów na stanowiska kierownicze

Kontrola realizacji zadań na gruncie art. 49 ust. 1 pkt 2 - 5, ust. 2 - 6 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej wykazała, iż w okresie objętym kontrolą, tj. lata 2017-2019, w Wojewódzkim Szpitalu Chorób Płuc im. dr. Alojzego Pawelca w Wodzisławiu Śląskim miały miejsce dwa postępowania konkursowe na stanowiska kierownicze wskazane w art. 49 ww. ustawy, tj.:

- 1) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału II Pulmonologicznego (data konkursu: 28.09.2018 r., okres zatrudnienia 15.10.2018 r. – 14.10.2024 r.);
- 2) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału III Pulmonologii i Rehabilitacji Oddechowej (data konkursu: 01.03.2019 r., okres zatrudnienia 01.04.2019 r. – 31.03.2025 r.).

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

- 1) Oddział I Gruźlicy i Chorób Płuc: lekarz kierujący oddziałem, pielęgniarka oddziałowa;
- 2) Oddział II Pulmonologiczny: lekarz kierujący oddziałem, pielęgniarka oddziałowa;
- 3) Oddział III Pulmonologii i Rehabilitacji Oddechowej: lekarz kierujący oddziałem, pielęgniarka oddziałowa.

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

Pracą całego personelu pielęgniarskiego kieruje przełożona pielęgniarek, natomiast zespołem pielęgniarskim na poszczególnych oddziałach zarządzają pielęgniarki oddziałowe. Ww. stanowiska określone zostały zarówno w Regulaminie Organizacyjnym Wojewódzkiego Szpitala Chorób Płuc im. dr. Alojzego Pawelca w Wodzisławiu Śląskim, jak i załączniku nr 2 (Tabela zaszeregowania stanowisk pracy dla pracowników) oraz nr 4 (Wykaz stanowisk, na których przysługuje dodatek funkcyjny i stawek dodatku funkcyjnego) do Regulaminu Wynagradzania Wojewódzkiego Szpitala Chorób Płuc im. dr. Alojzego Pawelca w Wodzisławiu Śląskim.

[Dowód: akta kontroli str. 131-179]

4. Serwisowanie aparatury oraz sprzętu medycznego.

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

- 1) Aparat USG Samsung R5 z wyposażeniem, nr fabryczny SO/MM3HD500057P, data zakupu 14.08.2013 r. Przegląd okresowy odbył się w dniu 31.08.2018 r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany do 31.08.2019 r., zgodnie z wpisem

- „aparat sprawny”;
- 2) System dyfuzji i spirometrii typ POWERCUBE DIFFUSION, nr fabryczny H10720181301312, rok produkcji 2018. Montaż oraz konfiguracja urządzenia wraz z realizacją badań testowych odbyła się w dniu 12.10.2018 r. Sugerowany termin 1-go przeglądu: październik 2019 r.;
 - 3) Videobronchoskop, model EB19-710, nr fabryczny A 120 300, rok produkcji 2018. Montaż oraz konfiguracja urządzenia odbyła się w dniu 12.10.2018 r. Odbiór urządzenia zakończono wpisem „aparat szczelny”. Sugerowany termin 1-go przeglądu: 11.10 2019 r.

[Dowód: akta kontroli str. 180-186]

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

W ramach kontroli dostępności świadczeń zdrowotnych sprawdzeniem objęto rejestr skarg i wniosków wpływających do Dyrekcji Szpitala. Skargi rozpatrywane są w oparciu o Zasady postępowania ze skargami pacjentów w szpitalu oraz poradni, będące załącznikiem do Procedur systemu zarządzania jakością. Zgodnie z ww. Zasadami skargi mogą być wnoszone w formie pisemnej, elektronicznej oraz ustnie do protokołu. Dokument ten określa również sposób prowadzenia rejestru skarg, wniosków i opinii oraz tryb ich rozpatrywania. Rejestr skarg sporządzany jest raz na pół roku przez Pełnomocnika ds. Praw Pacjentów i zatwierdzany przez Dyrektora Szpitala. Rejestr zawiera informacje dotyczące: danych osoby składającej skargę, komórki i daty wpływu skargi, formy złożenia oraz daty i wskazań do dalszego postępowania.

W 2017 r. w przedmiotowym rejestrze nie odnotowano żadnej skargi, natomiast w 2018 r. wpłynęły trzy skargi, które uznano za zasadne i rozpatrzono w terminie.

W 2019 r. do dnia kontroli zarejestrowano dwie skargi, które uznano za zasadne. Skargi rozpatrzono w terminie.

Zgodnie z ustawą o działalności leczniczej analiza skarg i wniosków jest przedstawiana okresowo Radzie Społecznej Szpitala. Na posiedzeniu w dniu 17.01.2018 r. przedstawiono informację dot. skarg z 2017 roku, zgodnie z którą do Szpitala w przedmiotowym okresie nie wpłynęła żadna skarga, natomiast podczas posiedzenia w dniu 13.12.2018 roku Rada Społeczna została zapoznana z analizą skarg z 2018 roku.

[Dowód: akta kontroli str. 187-205]

6. Czas oczekiwania na udzielenie świadczeń zdrowotnych.

Zgodnie z art. 20 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w Szpitalu prowadzone są listy osób oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego. W trakcie kontroli ustalono, że w Szpitalu działa Zespół ds. Oceny Przyjęć powołany Zarządzeniem Nr 28/2008 Dyrektora z dnia 29.12.2008 r.

Do zadań Zespołu należy ocena list oczekujących na udzielenie świadczeń ze szczególnym uwzględnieniem: prawidłowości prowadzenia dokumentacji, czasu oczekiwania pacjentów na przyjęcie do Szpitala oraz przyczyn i zasadności zmiany terminów udzielania świadczeń. Prace Zespołu Oceny Przyjęć są przedstawiane w comiesięcznych raportach. W myśl przepisów art. 21 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Przewodniczący Zespołu co najmniej raz w miesiącu sporządza raport z oceny wraz z wydrukiem listy oczekujących za dany miesiąc i przedstawia go Dyrektorowi Szpitala.

Dowód kontroli stanowią przykładowe raporty Zespołu Oceny Przyjęć za lipiec 2018 roku oraz za luty i maj 2019 roku. Zgodnie z raportem za miesiąc maj 2019 roku przyjęcia do Oddziału Gruźlicy i Chorób Płuc oraz Oddziału Pulmonologicznego i Rehabilitacji Oddechowej odbywają się

na bieżąco. Natomiast liczba oczekujących do Poradni Chorób Płuc i Gruźlicy wynosiła dla przypadków pilnych 12 dni, stabilnych 116 dni.

[Dowód: akta kontroli str. 206-217]

7. Wykonywanie badań satysfakcji pacjenta.

W trakcie kontroli ustalono, że w Szpitalu na podstawie zapisów Zarządzenia Dyrektora Nr 41/2016 z dnia 22.12.2016 roku przeprowadzane są ankiety dotyczące badania satysfakcji pacjentów podczas pobytu w Wojewódzkim Szpitalu Chorób Płuc im. dr. Alojzego Pawelca w Wodzisławiu Śląskim oraz Poradni Gruźlicy i Chorób Płuc. Natomiast Zarządzenie Dyrektora Nr 14/2017 z dnia 07.06.2017 roku odnosi się do badania satysfakcji pacjentów w Pracowniach diagnostycznych. Głównym celem badania satysfakcji pacjentów jest szczegółowa analiza opinii pacjentów korzystających z usług zdrowotnych w Szpitalu. Udział pacjentów w badaniach ankietowych jest dobrowolny, a ankiety są anonimowe. Zgodnie z założeniami badania mają być prowadzone i analizowane przez Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta raz na kwartał. Ocena z przeprowadzonych badań dotyczących satysfakcji pacjentów za I półrocze 2017 roku oraz za cały 2018 rok stanowi załącznik do akt kontroli. Według powyższych badań pacjenci w przedmiotowym okresie najlepiej ocenili kompetencje personelu a najniżej jakość podawanych posiłków.

[Dowód: akta kontroli str. 218-305]

B. Stwierdzone nieprawidłowości: brak.

C. Ocena cząstkowa: pozytywna.

IV. Prawidłowość gospodarowania mieniem.

A. Ustalenia faktyczne

W zakresie prawidłowości gospodarowania mieniem kontrolą objęto niżej wymienione zagadnienia:

1. Nabycie aparatury i sprzętu medycznego.

- a) Bronchofiberoskop o wartości 39 960,00 zł;
 - dowód przyjęcia OT0-00003/2017 z dnia 30.11.2017 r., numer inwentarzowy 000403/2018;
 - zakup został pozytywnie zaopiniowany przez Radę Społeczną Szpitala uchwałą nr 14/2017 z dnia 05.10.2017 r. i ujęty w korekcie planu inwestycyjnego Szpitala na rok 2017;
 - zakup sfinansowany z dotacji Województwa Śląskiego w wysokości 39 000,00 zł, środki własne 1 000,00 zł;
 - zgoda podmiotu tworzącego na nabycie nie była wymagana;
 - zakup potwierdzony fakturą VAT Nr (S)FS-MED.-16/11/2017 z dnia 29.11.2017 r. na kwotę 39 960,00 zł, termin płatności 29.01.2018 r., zapłacono 21.12.2018 r.;
 - protokół odbioru sprzętu z dnia 29.11.2017 r.;
- b) Aparat RTG kostno-płucny o wartości 303 013,40 zł (cena aparatu brutto 264 637,40 zł, koszt prac adaptacyjnych i instalacyjnych, testy specjalistyczne, projekt osłon radiologicznych brutto 38 376,00 zł);
 - dowód przyjęcia OT0-00007/2018 z dnia 19.12.2018 r., numer inwentarzowy 000413;
 - zakup został pozytywnie zaopiniowany przez Radę Społeczną Szpitala uchwałą nr 09/2018 z dnia 27.07.2018 r. i ujęty w korekcie planu inwestycyjnego Szpitala na rok 2018;
 - zakup sfinansowany w ramach RPO Woj. Śl. na lata 2014-2020 EFRR;
 - zgoda podmiotu tworzącego na nabycie nie była wymagana;
 - zakup potwierdzony fakturą VAT Nr 18/12/032/RTG z dnia 17.12.2018 r. na kwotę 303 013,40 zł, termin płatności 16.01.2019 r., zapłacono w dwóch ratach tj. w dniu

- 28.12.2018 r. oraz 31.01.2019 r.;
- protokół zdawczo-odbiorczy z dnia 20.12.2018 r.

Nabycie aparatury i sprzętu medycznego w ww. zakresie objętym kontrolą nie budzi zastrzeżenia. W trakcie kontroli ustalono, że ww. sprzęt medyczny jest wykorzystywany w Szpitalu do udzielania świadczeń zdrowotnych.

[Dowód: akta kontroli str. 306-334]

2. Zbycie aparatury i sprzętu medycznego.

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

- a. Bronchoskop FB-19TV, nr seryjny G110648, rok produkcji 2013, wartość początkowa 49 904,64 zł, wartość dotychczasowego umorzenie 38 260,10 zł;
 - dowód LT0- 00001/2017 z dnia 31.12.2017 r.;
 - orzeczenie techniczne z dnia 21.02.2017 r. – aparat nie nadawał się do dalszej eksploatacji - koszt naprawy aparatu wyceniono na 27 533,34 zł (nieopłacalna naprawa);
 - protokół kasacyjno-likwidacyjny z dnia 31.10.2017 r. postawienia składnika majątkowego w stan likwidacji na skutek stanu technicznego uniemożliwiającego dalsze użytkowanie;
 - z uwagi na wartość likwidowanego środka trwałego nie przekraczającą 50 000,00 zł zgoda podmiotu tworzącego na zbycie nie była wymagana;
 - karta przekazania odpadu z dnia 16.02.2018 r.;
- b. Aparat RTG SIRESKOP CX S3 - nr inwentarzowy 000014; rok produkcji 1996; wartość początkowa 607 103,96 zł; umorzenie 100 %;
 - dowód LT0-00001/2019 nr z dnia 31.03.2019 r.;
 - protokół kasacyjno-likwidacyjny nr 1/2019 z dnia 08.01.2019 r. postawienia składnika majątkowego w stan likwidacji na skutek długoletniej eksploatacji aparatu, obniżeniu jego parametrów oraz usterek wpływających na bezpieczeństwo pacjentów w trakcie badania;
 - pozytywna opinia Rady Społecznej Szpitala wyrażona uchwałą nr 19/2018 z dnia 02.10.2018 r.;
 - zgoda podmiotu tworzącego na zbycie aparatu wyrażona w dniu 13.12.2018 roku;
 - protokół likwidacyjny nr 0300002/2019 z dnia 31.03.2019 r.;
 - protokół przekazania odpadu do utylizacji 27.03. 2019 r.

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

[Dowód: akta kontroli str. 335-354]

3. Najem/dzierżawa pomieszczeń.

W ramach kontroli sprawdzaniem objęto prawidłowość zawarcia umowy:

1. Najmu nr 53/17 z dnia 29.09.2017 r.
2. Najmu nr 26/18 z dnia 13.08.2018 r.

Ad 1. Przedmiotem umowy jest najem lokalu mieszkalnego o powierzchni 45,00 m² położonego w Wodzisławiu Śląskim ul. Bracka 14 z przeznaczeniem na cele mieszkaniowe. Umowa zawarta została na okres 3 lat od dnia 02.10.2017 r. do dnia 30.09.2020 r. Rada Społeczna uchwałą nr 8/2017 z dnia 17.08.2017 r. pozytywnie zaopiniowała wniosek Dyrektora Szpitala dotyczący wynajmu przedmiotowych pomieszczeń.

Zgodnie z zapisami umowy, najemca zobowiązany jest płacić wynajmującemu opłaty na najem obejmujący również media na podstawie wystawionej przez wynajmującego faktury VAT do 20-go dnia każdego miesiąca na konto wskazane w fakturze.

Umowa zawiera zapisy określone w § 15 „Zasad zbywania, wydzierżawiania, wynajmowania, oddania w użytkowanie lub użyczenie aktywów trwałych SP ZOZ, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie” określonych w uchwale nr 1784/277/IV/2013 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 13.08.2013 r. z późn. zm. Objęte kontrolą faktury za luty 2018 r. i czerwiec 2019 r. wystawione zostały zgodnie z treścią umowy. Należności z tytułu ww. faktur zostały uregulowane przez najemcę w terminie zapłaty.

Ad 2. Przedmiotem umowy jest najem lokalu mieszkalnego o powierzchni 44,10 m² położonego w Wodzisławiu Śląskim ul. Bracka 14 z przeznaczeniem na cele mieszkaniowe. Umowa zawarta została na okres 3 lat od dnia 13.08.2018 r. do dnia 12.08.2021 r. Rada Społeczna uchwałą nr 8/2017 z dnia 17.08.2017 r. pozytywnie zaopiniowała wniosek Dyrektora Szpitala dotyczący wynajmu przedmiotowych pomieszczeń.

Zgodnie z zapisami umowy, najemca zobowiązany jest płacić wynajmującemu opłaty za najem obejmujący również media na podstawie wystawionej przez wynajmującego faktury VAT do 20-go dnia każdego miesiąca na konto wskazane w fakturze.

Umowa zawiera zapisy określone w § 15 „Zasad zbywania, wydzierżawiania, wynajmowania, oddania w użytkowanie lub użyczenie aktywów trwałych SP ZOZ, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie” określonych w uchwale nr 1784/277/IV/2013 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 13.08.2013 r. z późn. zm. Objęte kontrolą faktury za listopad 2018 r. i marzec 2019 r. wystawione zostały zgodnie z treścią umowy. Należności z tytułu ww. faktur zostały uregulowane przez najemcę w terminie zapłaty.

[Dowód: akta kontroli str. 355-370]

B. Stwierdzone uchybienia i nieprawidłowości: brak.

C. Ocena cząstkowa: pozytywna.

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

A. Ustalenia faktyczne:

Ostatnia kontrola w Szpitalu przeprowadzona została przez pracowników Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w dniach 10-11.07.2017 r. Przedmiotem kontroli objęto: realizację zadań statutowych, dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych, prawidłowość gospodarowania mieniem oraz gospodarkę finansową w latach 2015-2017.

Wydano następujące zalecenia pokontrolne:

„W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami zaleca się:

Zamieścić na stronie BIP Szpitala informacje zgodnie z art. 8 ust. 3 ustawy z dnia 6 września 2000 r. o dostępie do informacji publicznej (tekst jednolity: Dz. U. z 2016 r., poz. 1764),

w szczególności informacje o:

- strukturze własnościowej i majątku (art. 6 ust. 1 pkt 2 lit. e i f),

- sposobach przyjmowania i załatwiania spraw, w tym przypadku spraw skarg i wniosków (art. 6 ust. Pkt 3 lit. d),

- dokumentacji przebiegu i efektów kontroli oraz wystąpień, stanowisk, wniosków i opinii podmiotów ją przeprowadzających (art. 6 ust. 1 pkt 4 lit. a) tiret drugie).”

Dyrektor Szpitala, w ustawowym terminie, przedłożył do Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego sprawozdanie o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych. Sprawdzono realizację zaleceń pokontrolnych w latach 2017-2019 i stwierdzono, że zalecenia pokontrolne nie zostały wykonane w zakresie dotyczącym zamieszczania na stronie BIP dokumentacji przebiegu i efektów kontroli oraz wystąpień, stanowisk, wniosków i opinii podmiotów ją przeprowadzających.

B. Stwierdzona nieprawidłowość:

Brak realizacji zalecenia pokontrolnego dotyczącego obowiązku umieszczania dokumentacji przebiegu i efektów kontroli oraz wystąpień, stanowisk, wniosków i opinii podmiotów ją przeprowadzających na stronach BIP Szpitala.

C. Ocena częściowa: pozytywna mimo stwierdzonej nieprawidłowości.

D. Osoby odpowiedzialne:

Dyrektor Szpitala, na podstawie art. 46 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, zgodnie z którym odpowiedzialność za zarządzanie podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą ponosi kierownik.

VI. Pozostałe informacje i pouczenia.

1. Pozostałe informacje

Pismem z dnia 17 października 2019 r., znak: ZD-N.1711.8.2019 (ZD-N.KW-00743/19), projekt wystąpienia pokontrolnego został przekazany Dyrektorowi Wojewódzkiego Szpitala Chorób Płuc im. dr. Alojzego Pawelca z siedzibą w Wodzisławiu Śląskim. Ze „zwrotnego potwierdzenia odbioru” wynika, że pismo zostało doręczone do Szpitala w dniu 21 października 2019 r.

Dyrektor Szpitala nie zgłosił zastrzeżeń do treści Projektu wystąpienia pokontrolnego.

2. Zalecenia

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami zalecam podjąć działania zmierzające do:

- 1) określenia w Regulaminie Organizacyjnym obowiązującej wysokości opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej w sposób wynikający z art. 28 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
- 2) zgłoszenia do Krajowego Rejestru Sądowego adresu strony internetowej i adresu poczty elektronicznej Szpitala zgodnie z art. 38 pkt 1a w związku z art. 53a ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym;
- 3) bezwzględnej realizacji zaleceń wydanych w wyniku poprzedniej kontroli podmiotu tworzącego, w szczególności obowiązku umieszczenia na stronie BIP Szpitala informacji dotyczącej dokumentacji przebiegu i efektów kontroli zewnętrznych w sposób określony w art. 8 ust. 3 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej.

3. Pouczenia

Wystąpienie pokontrolne sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, z których jeden przekazuje się do Szpitala.

Wystąpienie pokontrolne zawiera 12 ponumerowanych stron.

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

Na podstawie § 26 ww. rozporządzenia, informację o podjętych działaniach w zakresie zaleceń należy przekazać do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w terminie 30 dni od daty otrzymania niniejszego wystąpienia.

Podmiot uprawniony do kontroli

z up. ZARZĄDU WOJEWÓDZTWA ŚLĄSKIEGO


Grzegorz Świdz
Z-ca Dyrektora Wydziału
Zdrowia i Polityki Społecznej