

W 2019 r. w Rejestrze skarg pacjentów umieszczono wpisy dotyczące 5 spraw (w tym: 4 skargi uznane za zasadne), w roku 2020 dokonano wpisu 2 skarg (w tym: 1 zasadna), natomiast w 2021 r. zarejestrowano 3 skargi (w tym: 2 skargi uznano za zasadne, 1 skarga w trakcie rozpatrywania). Zgodnie z ustawą o działalności leczniczej analiza skarg i wniosków jest przedstawiana okresowo Radzie Społecznej Szpitala co potwierdzają protokoły z posiedzeń Rady. Na posiedzeniu w dniu 03.12.2019 r. przedstawiono informacje dot. skarg złożonych w okresie od 01.01.2019 r. do 26.11.2019 r., natomiast 17.11.2020 r. przedstawiono informację dot. skarg za okres od 27.11.2019 r. do 13.11.2020 r. Informacja dotycząca skarg i wniosków w kolejnym okresie zostanie przedstawiona na najbliższym posiedzeniu Rady.

W kontrolowanym okresie Szpital nie otrzymał żadnych wniosków.

Poniżej przedstawiono zestawienie skarg w okresie objętym kontrolą.

L.P.	LATA	LICZBA SKARG	LICZBA SKARG UZNANYCH ZA ZASADNE	LICZBA SKARG UZNANYCH ZA NIEZASADNE	ODPOWIEDŹ UDZIELONA SKARŻĄCEMU	INFORMACJA PRZEDSTAWIONA NA RADZIE SPOŁECZNEJ
1	2	3	4	5	6	7
1	2019	5	4	1	TAK	Uchwała Nr 23/2019 z dnia 03.12.2019 r.
2	2020	2	1	1	TAK	Uchwała Nr 26/2020 z dnia 17.11.2020 r.
3	2021	3	2	0	TAK	Informacja zostanie przedstawiona na najbliższym posiedzeniu Rady (przewidywany termin wrzesień 2021 r.)

Tabela nr 4- zestawienie skarg w okresie od 2019 do 2021 roku.

[Dowód: akta kontroli str. 195-228]

5. Realizacja Świadczeń Zdrowotnych.

5.1. Listy osób oczekujących na świadczenia zdrowotne.

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. (aktualny skład Zespołu przyjęto zarządzeniem Dyrektora nr 31/2018 z dnia 19.09.2018 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 raporty Zespołu Oceny Przyjęć za sierpień 2019 roku, maj 2020 roku oraz luty 2021 roku.

Zgodnie z przykładowym raportem za miesiąc luty 2021 roku przyjęcia do Oddziału Gruźlicy i Chorób Płuc, Oddziału Pulmonologicznego oraz Oddziału Pulmonologicznego i Rehabilitacji Oddechowej odbywają się na bieżąco. Natomiast liczba oczekujących do Poradni Chorób Płuc i Gruźlicy wynosiła 14 pacjentów (średni czas oczekiwania około 18 dni), a do Poradni Chorób Płuc i Gruźlicy Domowego Leczenia Tlenem 1 pacjent (średni czas oczekiwania 97 dni).

Kontrolujący ustalili, że realizowany obowiązek prowadzenia listy oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego odbywa się zgodnie z obowiązującymi zasadami.

[Dowód: akta kontroli str. 229-234]

5.2. Finansowanie udzielanych świadczeń.

Szpital na dzień przeprowadzania kontroli (tj. 15.06.2021 r.) realizował świadczenia zdrowotne w poszczególnych komórkach organizacyjnych w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. Finansowanie świadczeń wg poszczególnych źródeł ich uzyskania została szczegółowo przedstawiona w poniżej tabeli.

L.P.	KOMÓRKI DZIAŁALNOŚCI MEDYCZNEJ	REALIZACJA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH			KOMÓRKA NIE REALIZUJE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
		W RAMACH RYCZAŁTU NFZ	W RAMACH KONTRAKTU Z NFZ	INNE ŹRÓDŁA FINANSOWANIA - JAKIE (W TYM PROGRAMY ZDROWOTNE, PROGRAMY UNIJNE, INNE)	
1	2	3	4	5	6
1	Oddział Gruźlicy i Chorób Płuc	tak		x	x
2	Oddział Pulmonologiczny	tak		x	x
3	Oddział Rehabilitacji Oddechowej i Pulmonologii	tak		x	x
4	Poradnia Gruźlicy i Chorób Płuc	tak		x	x
5	Izba Przyjęć	tak		x	x
6	Zespół Domowego Leczenia Tlenem	tak		x	x
7	Poradnia Gruźlicy i Chorób Płuc dla Dzieci		świadczenia odrębnie kontraktowane	x	x
8	Poradnia Onkologiczna	tak		x	x

Tabela nr 5 - realizacja świadczeń zdrowotnych wg. stanu na dzień 15.06.2021 r.

Wyżej wymienione świadczenia na dzień 15.06.2021 r. realizowane były na podstawie umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia. Szczegółowe informacje dotyczące przedmiotowych umów zawarte zostały w poniższej tabeli.

L.P.	KOD UMOWY	RODZAJ ŚWIADCZENIA (nazwa)	KWOTA (zł)	OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY (od dd-mm-rrr do dd-mm-rrr)
1	2	3	4	5
1	124/100098/03/8/2021	LECZENIE SZPITALNE – ŚWIADCZENIA PODSTAWOWEGO SZPITALNEGO SYSTEMU ZABEZPIECZENIA ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ (PSZ)	5 788 362,18	01.01.2021 - 30.06.2021

L.P.	KOD UMOWY	RODZAJ ŚWIADCZENIA (nazwa)	KWOTA (zł)	OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY (od dd-mm-rrr do dd-mm-rrr)
1	2	3	4	5
2	124/100098/19/1/2021	ZAPOBIEGANIE, PRZECIWDZIAŁANIE I ZWALCZANIE COVID-19	3% kwoty ryczałtu i wykonanych osobodni w chemioterapii i programach lekowych	01.01.2021 - 31.12.2021
3	124/100098/19/1/2021A	ZAPOBIEGANIE, PRZECIWDZIAŁANIE I ZWALCZANIE COVID-19	za wykonanie świadczeń	01.01.2021 - 28.02.2021
4	124/100098/19/1/2021B	ZAPOBIEGANIE, PRZECIWDZIAŁANIE I ZWALCZANIE COVID-19	za wykonanie świadczeń	01.01.2021 - 31.12.2021
5	124/100098/19/3/2021	UMOWA O WYKONYWANIE SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH PRZECIW GRYPY W ZWIĄZKU Z PRZECIWDZIAŁANIEM COVID-19	za wykonanie świadczeń	01.01.2021 - 31.12.2021
6	124/100098/19/4/2021	ZAPOBIEGANIE, PRZECIWDZIAŁANIE I ZWALCZANIE COVID-19 (SWIAD)	za wykonanie świadczeń	01.03.2021-31.12.2021

Tabela nr 6 - umowy realizowane przez Szpital w ramach finansowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

[Dowód: akta kontroli str. 235-237]

5.3. Certyfikaty jakości.

Szpital posiada Certyfikat Systemu Zarządzania Jakością zgodny z wymaganiami Normy PN- EN ISO 9001;2015 w zakresie świadczenia usług zdrowotnych w rodzaju - leczenie szpitalne w chorobach układu oddechowego w tym chemioterapii, ambulatoryjna opieka specjalistyczna z zakresu poradni gruźlicy i chorób płuc, zespół domowego leczenia tlenem, diagnostyka obrazowa i laboratoryjna, pracownia endoskopii i pracownia badań czynnościowych układu oddechowego. Certyfikat został nadany na okres od 6.04.2021 r. do 05.04.2024 r.

[Dowód: akta kontroli str. 238-239]

5.4. Wykonywanie badań satysfakcji pacjenta.

Badanie ankietowe satysfakcji pacjenta prowadzone są na podstawie:

a. zarządzenia nr 41/2016 z dnia 22.12.2016 r. w sprawie przeprowadzania ankiety dotyczącej badania satysfakcji pacjentów podczas pobytu w Wojewódzkim Szpitalu Chorób Płuc im. dr. A. Pawelca w Wodzisławiu Śląskim oraz Poradni Gruźlicy i Chorób Płuc;

b. zarządzenia nr 14/2017 z dnia 07.06.2017 r. w sprawie przeprowadzania ankiety dotyczącej badania satysfakcji pacjentów w Wojewódzkim Szpitalu Chorób Płuc im. dr. A. Pawelca w Wodzisławiu Śląskim w Pracowniach diagnostycznych.

Zgodnie z ww. Zarządzeniem nr 41/2016 badanie satysfakcji pacjenta przeprowadzane jest w oparciu o anonimową ankietę, której celem jest m.in. ocena priorytetów, oczekiwań pacjentów dotyczących jakości obsługi i postawy personelu lekarskiego i pielęgniarskiego oraz pozostałego personelu medycznego. Badania satysfakcji pacjentów przeprowadzane są raz na kwartał przez

Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta, który zobowiązany jest przedstawić wyniki przedmiotowej analizy Dyrektorowi oraz kierownikom komórek organizacyjnych Szpitala. W trakcie kontroli ustalono, że obowiązek przeprowadzania analizy satysfakcji pacjenta raz na kwartał nie został dopełniony.

Natomiast zgodnie z zarządzeniem nr 14/2021 badanie satysfakcji pacjenta przeprowadzane jest w oparciu o anonimową ankietę, której celem jest m.in. ocena kompetencji i uprzejmości personelu pracowni diagnostycznych Szpitala, jak również identyfikacja podstawowych problemów mogących wpłynąć na obniżenie poziomu zadowolenia pacjenta. Ankieta jest wydawana pacjentowi podczas oczekiwania na badanie.

Badania satysfakcji pacjentów przeprowadzane są dwa razy w roku przez Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta, który zobowiązany jest przedstawić wyniki przedmiotowej analizy Dyrektorowi oraz personelowi Pracowni diagnostycznych Szpitala.

Kontrolującym przedstawiono raport z oceny oddziałów szpitalnych za drugie półrocze 2020 roku. Z przekazanych dokumentów wynika, że w badaniu wzięło udział 83 pacjentów.

Większość badanych – 57 osób, oceniło usługi świadczone w Szpitalu na poziomie bardzo dobrym, 24 na poziomie dobrym. Jedynie dwie osoby oceniły negatywną ocenę w przedmiotowym zakresie. Również raport z pierwszego półrocza 2020 roku w zakresie usług udzielanych przez pracowni diagnostyczne Szpitala wskazał, że większość z 16 badanych oceniła pozytywnie sposób udzielania przedmiotowych świadczeń medycznych w Pracowni RTG, Pracowni badań czynnościowych, Pracowni Endoskopii, Pracowni USG. Najwyżej oceniano uprzejmość personelu medycznego w Pracowni badań czynnościowych (bardzo dobrze – 13 osób) oraz zakres informacji przekazanych przez personel medyczny na temat zleconego badania (bardzo dobrze – 13 osób). Najgorzej oceniono czas oczekiwania na wykonanie badania diagnostycznego w ww. Pracowni (bardzo długi – 3 osoby).

[Dowód: akta kontroli str. 240-367]

5.5. Inwestycje związane z dostosowaniem podmiotu do wymagań wynikających z przepisów prawa.

Szpital w okresie objętym kontrolą poniósł koszty zarówno dostosowania podmiotu do zapisów Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, jak też koszty dostosowania do przepisów p/poż. Planuje się realizację kolejnych inwestycji w ww. zakresie, jednakże termin ich wykonania zależy od dostępności środków finansowych. Szczegółowe informacje o realizacji założonych przedsięwzięć, zmierzających do dostosowania placówki do zgodności z obowiązującymi przepisami, a także o inwestycjach planowanych do realizacji, obrazuje poniższa tabela.

LP	ZAKRES	KOSZTY PONIESIONE W OKRESIE OBJĘTYM KONTROLĄ			ZAKRES	KOSZTY PLANOWANE		SZACUNKOWY KOSZT DOSTOSOWANIA
		WYNIKAJĄCY Z ROZPORZĄDZENIA	WYNIKAJĄCY Z PRZEPISÓW P/POŻ	KOSZT DOSTOSOWANIA		WYNIKAJĄCY Z ROZPORZĄDZENIA	WYNIKAJĄCY Z PRZEPISÓW P/POŻ	
		DATA REALIZACJI	DATA REALIZACJI			PLANOWANA DATA REALIZACJI	PLANOWANA DATA REALIZACJI	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	przeglądy gaśnic i hydrantów	raz w roku	Lipiec 2019 i lipiec 2020	1483,38	poszerzenia nieblokowanego skrzydła drzwi na zewnątrz budynku	Stopniowo, w zależności od dostępności środków finansowych		15 000,00
2	przegląd i konserwacja systemu sygnalizacji pożaru	raz w roku	lipiec	2214,00	wykonanie drogi pożarowej biegnącej wzdłuż długości budynku			250 000,00
3	przegląd oświetlenia awaryjnego oraz ewakuacyjnego	raz w roku	1-05-2019	984,00	wykonanie hydrantu			150 000,00

KOSZTY PONIESIONE W OKRESIE OBJĘTYM KONTROLĄ					KOSZTY PLANOWANE			
LP	ZAKRES	WYNIKAJĄCY Z ROZPORZĄDZENIA A	WYNIKAJĄCY Z PRZEPISÓW P/POŻ	KOSZT DOSTOSOWANIA	ZAKRES	WYNIKAJĄCY Z ROZPORZĄDZENIA A	WYNIKAJĄCY Z PRZEPISÓW P/POŻ	SZCZUNKOWY KOSZT DOSTOSOWANIA
		DATA REALIZACJI	DATA REALIZACJI			PLANOWANA DATA REALIZACJI	PLANOWANA DATA REALIZACJI	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
4	przeгляд systemu oddymiania	raz w roku	29-07-2020	369,00	obudowanie przewodów zasilających instalacje przeciwpożarową			20 000,00
5	pomiary oświetlenia	raz w roku	7-01-2020	984,00	wykonanie dokumentacji projektowej dotyczącej instalacji hydrantu			100 000,00
6	przeгляд instalacji elektrycznej	raz w roku	17-01-2020	9963,00	montaż zaworu pierwszeństwa zgodnie z projektem			50 000,00
7	naprawa siłowników systemu oddymiania	raz w roku	Styczeń 2020	4182,00	wykonanie dokumentacji potwierdzającej zabezpieczenie przeciwpożarowego przejść instalacyjnych			20 000,00
8	przeгляд systemu oddymiania	raz w roku	Lipiec 2019 i lipiec 2020	369,00	podłączenie do systemu SAP			50 000,00
9	Opracowanie instrukcji pożarowej po modernizacji szpitala			2706,00	przeгляд systemu SAP			10 000,00
10	Zabezpieczenie przeciwpożarowe: prace budowlane, elektryczne, SSP			202827,00	zapewnienie drugiego dojazdu do szpitala			450 000,00
11	Materiały edukacyjne - naklejki, piktogramy			113,00	przebudowa drogi sięgaczem w kształcie litery "Y" z możliwością manewrowania			450 000,00

Tabela nr 7 – zestawienie kosztów dostosowania podmiotu do wymagań podmiotu realizującego działalność leczniczą oraz do przepisów p/poż.

5.6. Normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych.

W Szpitalu normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych nie są spełnione w 3 komórkach organizacyjnych (łącznie 25 brakujących etatów). Sytuacja ta wynika z braku pielęgniarek na rynku pracy. Dyrekcja Szpitala podejmuje działania mające na celu pozyskanie personelu medycznego do zatrudnienia. Prowadzona jest bieżąca rekrutacja w grupie zawodowej pielęgniarek. Umieszczane są ogłoszenia ofert pracy na stronie internetowej Szpitala oraz na portalu społecznościowym. Efektem podjętym działań jest zatrudnienie 7 pielęgniarek w latach 2020/2021.

Szczegółowe informacje dotyczące spełniania w Szpitalu na dzień rozpoczęcia kontroli norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych prezentuje poniższa tabela.

KOMÓRKI	ZATRUDNIENIE WG STANU NA DZIEŃ 15.06.2021 (w etatach)	OBOWIĄZUJĄCA NORMA W PRZELICZENIU NA LICZBĘ ŁÓŻEK	WSKAŹNIK ZATRUDNIENIA W PRZELICZENIU NA LICZBĘ ŁÓŻEK	LICZBA BRAKUJĄCYCH ETATÓW	LICZBA BRAKUJĄCEGO PERSONELU (w osobach)	Liczba łóżek
1	2	3	4	5	6	7
ODDZIAŁY O PROFILU ZACHOWAWCZYM						
Oddział I Gruźlicy i Chorób Płuc	16	22,8	0,6	6,8	7	38

KOMÓRKI	ZATRUDNIENIE WG STANU NA DZIEŃ 15.06.2021 (w etatach)	OBOWIĄZUJĄCA NORMA W PRZELICZENIU NA LICZBĘ ŁÓŻEK	WSKAŹNIK ZATRUDNIENIA W PRZELICZENIU NA LICZBĘ ŁÓŻEK	LICZBA BRAKUJĄCYCH ETATÓW	LICZBA BRAKUJĄCEGO PERSONELU (w osobach)	Liczba łóżek
1	2	3	4	5	6	7
Oddział II Pulmonologiczny	15	21,6	0,6	6,6	7	36
Oddział III Pulmonologii i Rehabilitacji Oddechowej	4	15,6	0,6	11,6	12	26

Tabela nr 8 – normy zatrudnienia pielęgniarek.

5.7. Braki kadrowe

Na dzień kontroli w Szpitalu występują braki kadrowe w grupie zawodowej pielęgniarek (25 brakujących etatów). Szpital poszukuje również Farmaceuty.

Braki dotyczą personelu w oddziałach szpitalnych i Dziale Farmacji.

Zwraca się uwagę, iż Szpital powinien wzmocnić działania w poszukiwaniu personelu chociażby przez współpracę z Okręgowymi Izbami Zawodowymi (Izba Pielęgniarek i Położnych oraz Izba Aptekarska). Izby zamieszczają na swoich stronach internetowych ogłoszenia poszukujących pracy oraz dają możliwość zamieszczenia ogłoszeń pracodawcy.

Szczegółowe informacje w zakresie braków kadrowych i podejmowanych działań Dyrekcji Szpitala w kierunku pozyskania kadry medycznej do zatrudnienia, obrazuje poniższa tabela.

L.P.	GRUPA ZAWODOWA PERSONELU W KTÓREJ WYSTĘPUJĄ BRAKI KADROWE	LICZBA BRAKUJĄCEGO O PERSONELU (w osobach)	LICZBA BRAKUJĄCEGO O PERSONELU (w etatach)	KOMÓRKA ORGANIZACYJNA, W KTÓREJ WYSTĘPUJE BRAK	PRZYCZYNA BRAKU	CZY PODEJMOWANE BYŁY DZIAŁANIA W KIERUNKU POZYSKANIA KADRY	OPIS I EFEKT PODJĘTYCH DZIAŁAŃ
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Pielęgniarki	26	25	Oddziały Szpitalne	Brak kandydatów do pracy	Ogłoszenie na portalu społecznościowym FACEBOOK, ogłoszenie na stronie internetowej Szpitala	W latach 2020/2021 przyjęto 7 osób
2	Farmaceuta	1	1	Dział Farmacji	Brak kandydatów do pracy	Ogłoszenie na portalu społecznościowym FACEBOOK	

Tabela nr 9 – braki kadrowe.

5.8. Funkcjonowanie systemu kontroli / oceny zakażeń.

W Szpitalu powołany został Zespół ds. Zakażeń Szpitalnych oraz Komitet ds. Kontroli Zakażeń Szpitalnych (Zarządzenie Dyrektora Szpitala nr 25/2003 z dnia 07.08.2003 r. w sprawie powołania składu zespołu ds. zakażeń szpitalnych i komitetu ds. kontroli zakażeń szpitalnych, ostatnia zmiana dotycząca zmiany składu Zespołu ds. Zakażeń Szpitalnych wprowadzona Zarządzeniem nr 31/20 Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Chorób Płuc w Wodzisławiu Śląskim z dnia 08.10.2020 r.).

Zadaniem Zespołu ds. Zakażeń Szpitalnych jest nadzór, analiza oraz opracowywanie raportów o występowaniu zakażeń wewnątrzszpitalnych oraz szkolenie personelu w zakresie zasad, praktyki

i metod kontroli zakażeń zakładowych. Komitet kontroli zakażeń natomiast odpowiedzialny jest za planowanie, ocenę i wdrażanie metod kontroli zakażeń zakładowych oraz podejmowanie decyzji o podziale środków indywidualnej ochrony pracowników. Należy zwrócić uwagę na konieczność ujednoczenia nazewnictwa ww. Zespołu i Komitetu w dokumentacji Szpitala. W zarządzeniach Dyrektora funkcjonuje nazewnictwo Zespół ds. Zakażeń Szpitalnych oraz Komitet ds. Kontroli Zakażeń Szpitalnych. W protokołach sporządzanych podczas spotkań stosuje się natomiast nomenklaturę Zespół Zakażeń Szpitalnych i Higieny oraz Komitet ds. Zakażeń Szpitalnych i Higieny. Ponadto protokoły Komitetu sygnowane są nazwą Zespołu ds. Zakażeń Szpitalnych i Higieny.

Członkowie Zespołów odbywają cykliczne spotkania (min. 2 razy w roku oraz w razie potrzeby), z których przykładowe protokoły (Zespołu Zakażeń Szpitalnych i Higieny z dnia 23.01.2021 r., 16.02.2021 r., 18.03.2021, 23.09.2020 r., 4.11.2020 r., 10.03.2020 r., 10.12.2019 r. oraz 05.01.2019 r. oraz Komitetu ds. Zakażeń Szpitalnych i Higieny z dnia 25.01.2021 r., 30.09.2021 r., 16.03.2020 r., 14.02.2020 r., 15.04.2019 r.) stanowią akta kontroli.

W Szpitalu prowadzone są zarówno wewnętrzne cykliczne szkolenia personelu w obszarze zakażeń (min. trzy razy w roku oraz w razie potrzeby), jak też szkolenia zewnętrzne (przed pandemią średnio 1 raz w roku, w okresie pandemii uległy zawieszeniu). W okresie objętym kontrolą liczba zakażeń szpitalnych w Szpitalu kształtowała się następująco:

- 2019 rok – nie odnotowano zakażeń,
- 2020 rok – 26 zakażeń (wszystkie wywołane przez wirusa SARS-CoV-2),
- 2021 rok (do dnia kontroli) – nie odnotowano zakażeń.

5.9. Kontrola zawieranych umów

W związku z faktem, iż Szpital pozyskuje zewnętrzne usługi medyczne i niemedyce dokonano weryfikacji, czy prowadzony jest nadzór nad wykonywaniem zleconych zadań prowadzący zarówno do zwiększenia jakości realizowanych świadczeń, jak i do efektywnego wydatkowania środków publicznych. Z otrzymanych informacji wynika, iż zawarte umowy zawierają zapisy uprawniające do dokonywania kontroli przez Szpital, na podstawie których dokonuje on okresowej kontroli realizacji świadczeń i usług.

L.P.	RODZAJ DZIAŁALNOŚCI ZLECANY PODMIOTOM ZEWNĘTRZNYM	CZY AKTUALNE UMOWY REGULUJĄ KWESTIE ZWIĄZANE Z KONTROLĄ ŚWIADCZONYCH USŁUG (TAK/NIE)	ZAKRES UPRAWNIEŃ KONTROLNYCH PODMIOTU LECZNICZEGO OBJĘTY UMOWĄ	CZY PODMIOT KONTROLUJE REALIZACJĘ UMÓW ZGODNIE Z ZAPISAMI UMOWY (TAK/NIE)	OPIS DZIAŁAŃ KONTROLNYCH WOBEC PODMIOTU ZEWNĘTRZNEGO REALIZUJĄCEGO UMOWĘ (jeśli są podejmowane)
1	2	3	4	5	6
1	ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE :				

Tank

L.P.	RODZAJ DZIAŁALNOŚCI ZLECANY PODMIOTOM ZEWNĘTRZNYM	CZY AKTUALNE UMOWY REGULUJĄ KWESTIE ZWIĄZANE Z KONTROLĄ ŚWIADCZONYCH USŁUG (TAK/NIE)	ZAKRES UPRAWNIENÍ KONTROLNYCH PODMIOTU LECZNICZEGO OBJĘTY UMOWĄ	CZY PODMIOT KONTROLUJE REALIZACJĘ UMÓW ZGODNIE Z ZAPISAMI UMOWY (TAK/NIE)	OPIS DZIAŁAŃ KONTROLNYCH WOBEC PODMIOTU ZEWNĘTRZNEGO REALIZUJĄCEGO UMOWĘ (jeśli są podejmowane)
1	2	3	4	5	6
1.1.	dyżury lekarskie	TAK	Prawo kontroli na zasadach określonych w Ustawie z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez właściwy oddział NFZ w zakresie usług będących przedmiotem umowy. Prawo kontroli w zakresie wykonywanych na podstawie niniejszej umowy świadczeń. Prawo kontroli w zakresie jakości świadczeń, właściwego wykorzystania powierzonego mu majątku, prawidłowości prowadzonej dokumentacji oraz określonej sprawozdawczości statystycznej. W zakresie RODO: prawo w każdej chwili dokonania kontroli, czy Podmiot przetwarzający-lekarz kontraktowy, przy przetwarzaniu i zabezpieczeniu powierzonych danych osobowych spełnia postanowienia umowy.	TAK	Stały nadzór lekarzy nad realizacją świadczeń. Umowa realizowana zgodnie z zapisami. Brak niezgodności.
1.2.	dyżury pielęgniarskie	TAK	Prawo kontroli na zasadach określonych w Ustawie z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez właściwy oddział NFZ w zakresie usług będących przedmiotem umowy. Prawo kontroli w zakresie jakości świadczeń, właściwego wykorzystania udostępnionego mu majątku, prawidłowości prowadzonej dokumentacji pielęgniarskiej oraz określonej sprawozdawczości statystycznej. Prawo kontroli w zakresie RODO: prawo w każdej chwili dokonania kontroli, czy Podmiot przetwarzający-pielęgniarka kontraktowa przy przetwarzaniu i zabezpieczeniu powierzonych danych osobowych spełnia postanowienia umowy.	TAK	Stały nadzór pielęgniarek oddziałowych nad realizacją świadczeń. Umowa realizowana zgodnie z zapisami. Brak niezgodności.
1.3.	badania laboratoryjne	TAK	Zleceniobiorca zobowiązuje się poddać kontroli na zasadach określonych w Ustawie z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez właściwy oddział NFZ w zakresie usług będących przedmiotem umowy. Prawo kontroli w zakresie wykonywanych na podstawie niniejszej umowy świadczeń, a w szczególności co do ich dostępności, oraz sposobu i przebiegu ich udzielania.	TAK	Kontrole wykonywanych świadczeń w ramach umowy są realizowane przez laboratorium, przez które świadczenie zostało zlecone, na podstawie zestawień sporządzonych w nim zestawień.

L.P.	RODZAJ DZIAŁALNOŚCI ZLECANY PODMIOTOM ZEWNĘTRZNYM	CZY AKTUALNE UMOWY REGULUJĄ KWESTIE ZWIĄZANE Z KONTROLĄ ŚWIADCZONYCH USŁUG (TAK/NIE)	ZAKRES UPRAWNIENÍ KONTROLNYCH PODMIOTU LECZNICZEGO OBJĘTY UMOWĄ	CZY PODMIOT KONTROLUJE REALIZACJĘ UMÓW ZGODNIE Z ZAPISAMI UMOWY (TAK/NIE)	OPIS DZIAŁAŃ KONTROLNYCH WOBEC PODMIOTU ZEWNĘTRZNEGO REALIZUJĄCEGO UMOWĘ (jeśli są podejmowane)
1	2	3	4	5	6
1.4.	badania diagnostyczne pozostałe	TAK	Prawo kontroli na zasadach określonych w Ustawie z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez właściwy oddział NFZ w zakresie usług będących przedmiotem umowy. Prawo kontroli w zakresie RODO: prawo kontroli, czy Podmiot przetwarzający spełnia postanowienia umowy.	TAK	Kontrole wykonywanych świadczeń w ramach umowy są realizowane w komórkach, w których to świadczenie zostało zlecone, na podstawie zestawień sporządzonych przez komórkę zlecającą.
2	ŻYWIENIE PACJENTÓW	TAK	Prawo do kontrolowania sposobu wykonywania usługi w każdym terminie. Prawo do pobrania wymazów ze sprzętu i środków transportu i pojemników do przewozu żywności, a w przypadku stwierdzenia uchybień do ponownej kontroli. Prawo do przeprowadzenia raz w roku audytu zgodnie z normą PN-EN ISO 9001:2015.	TAK	Codzienna kontrola dostarczanych posiłków, zgodności z jadłospisem – wystawiono 14 kart niezgodności. Za niezgodności nałożono kary zgodnie z umową.
3	TRANSPORT SANITARNY	TAK	Prawo do oceny i kontroli realizacji umowy na każdym etapie.	TAK	Weryfikacja zleceń transportowych przy płatności faktur.
4	PRANIE	TAK	Prawo do kontroli ilościowej i jakościowej w trakcie odbioru w magazynie.	TAK	Okresowo wykonywane są wymazy czystościowe z samochodu, urządzeń pralniczych, bielizny, wózka transportowego, itp. oraz kontrole czystościowe dostarczonego asortymentu. Nie stwierdzono uchybień. Umowa realizowana zgodnie z zapisami. Brak niezgodności.
5	SPRZĄTANIE	TAK	Prawo do kontroli bieżącej ilości dostaw środków myjących, dezynfekcyjnych, higienicznych oraz zapachowych z podziałem na poszczególne oddziały/odcinki/komórki. Wykonawca jest zobowiązany do złożenia wykazu zużytych środków raz na kwartał.	TAK	Umowa realizowana zgodnie z zapisami. Okresowe kontrole bez zastrzeżeń.

Tabela nr 11 – Kontrola zawieranych umów.

5.10. Stan infrastruktury technicznej i sprzętowej (zaplecze diagnostyczne)

Struktura posiadanej infrastruktury technicznej i sprzętowej, ze szczególnym uwzględnieniem okresu użytkowania poszczególnych urządzeń, została przedstawiona w poniższej tabeli.

L.P.	RODZAJ APARATURY I SPRZĘTU MEDYCZNEGO	LICZBA				OGÓLEM	LICZBA WYKONANYCH BADAŃ / ZABIEGÓW
		OKRES UŻYTKOWANIA 0-3 LATA	OKRES UŻYTKOWANIA 4-8 LAT	OKRES UŻYTKOWANIA 9-11 LAT	OKRES UŻYTKOWANIA POWYŻEJ 12 LAT		
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Aparaty EKG	3	2	1		6	446
2.	Aparaty RTG, w tym:						
3.	- aparaty RTG z torem wizyjnym	1				1	999
4.	Aparaty USG, w tym:						
5.	- pozostałe		1		1	2	144
6.	Analizator biochemiczny wieloparametrowy		1			1	3382
7.	Respirator, w tym:						
8.	- dla dorosłych	2				2	171
9.	Aparatura endoskopowa, w tym:						
10.	- bronchoskop	2	3			5	171

Tabela nr 12 – zaplecze diagnostyczne.

Na podstawie powyższej tabeli stwierdzić można, iż największa liczba sprzętu i aparatury medycznej będąca w posiadaniu Szpitala mieści się w okresie użytkowania powyżej 0-3 lata (47,06 %) oraz 4-8 lat (41,18 %). Sprzęt, który wymaga największych nakładów finansowych w przypadku potrzeby wymiany mieści się w ww. przedziale użytkowania. 5,88% sprzętu i aparatury medycznej Szpital użytkuje w przedziałach od 9 do 11 lat oraz powyżej 12 lat.

[Dowód: akta kontroli str. 368-395]

B. Stwierdzone nieprawidłowości i uchybienia (przyczyny, skutki):

1. Uchybienie polegające na niestosowaniu się do zapisów przyjętych w Szpitalu Procedur Sytemu Zarządzania Jakością w zakresie terminu sporządzania Rejestrów skarg pacjentów, przekazywania odpowiedzi na skargi oraz informowania skarżących o terminie załatwienia spraw czym naruszono pkt. 4.1.5 oraz 4.2.3 Zasad postępowania ze skargami pacjentów w szpitalu oraz poradni stanowiących procedurę systemu zarządzania jakością.
2. Brak w zawartej umowie na realizację świadczeń zdrowotnych Nr 6/2019/DOP z dnia 17.01.2019 r. postanowienia dotyczącego przyjęcia przez przyjmującego zamówienie obowiązku poddania się kontroli przeprowadzanej przez udzielającego zamówienia czym naruszono art. 27 ust. 4 pkt. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
3. Brak w zawartych umowach na realizację świadczeń zdrowotnych Nr 6/2019/DOP z dnia 17.01.2019 r. oraz Nr 68/2020 z dnia 30.12.2020 r. postanowienia dotyczącego konieczności zamieszczenia w umowie zapisu o szczegółowych okolicznościach uzasadniających rozwiązanie umowy za wypowiedzeniem oraz okresu wypowiedzenia czym naruszono art. 27 ust. 4 pkt. 8 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
4. Brak w zawartej umowie na realizację świadczeń zdrowotnych Nr 68/2020 z dnia 30.12.2020 r. postanowienia dotyczącego zastrzeżenia, iż umowa ulega rozwiązaniu wskutek oświadczenia jednej ze stron, bez zachowania okresu wypowiedzenia,

- w przypadku gdy druga strona rażąco narusza istotne postanowienia umowy czym naruszono w art. 27 ust. 8 pkt. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
5. Brak określenia w treści umów na świadczenia zdrowotne: Nr 6/2019/DOP z dnia 17.01.2019 r. oraz Nr 68/2020 z dnia 30.12.2020 r. szacunkowej wartości brutto zamówienia, zgodnie z obowiązkiem wynikającym z art. 44 ust. 3 pkt. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych czym naruszono ww. przepis.
 6. Uchybienie polegające na braku realizacji obowiązku przeprowadzania analizy badań satysfakcji pacjentów raz na kwartał w wyniku czego naruszono § 4 zarządzenia Dyrektora nr 41/2016 z dnia 22.12.2016 r. w sprawie przeprowadzania ankiety dotyczącej badania satysfakcji pacjentów podczas pobytu w Wojewódzkim Szpitalu Chorób Płuc im. dr. A. Pawelca w Wodzisławiu Śląskim oraz Poradni Gruzlicy i Chorób Płuc.

Przyczyny nieprawidłowości i uchybień:

Niedochowanie należytej staranności w zakresie:

- a) realizacji obowiązków związanych z rozpatrywaniem skarg i prowadzeniem rejestru skarg,
- b) terminowości analizy badań satysfakcji pacjentów Szpitala,
- c) konstruowania zapisów umów w procesie udzielania zamówień na świadczenia zdrowotne.

C. Ocena cząstkowa: Pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości i uchybień.

D. Osoba odpowiedzialna: Dyrektor Szpitala dr. n. med. Norbert Prudel, 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 niżej wymienione zagadnienia:

1. Nabycie sprzętu i aparatury medycznej.

- a) Kabina dezynfekcyjna numerze inwentarzowym: 000982 i wartości: 14 500,00 zł;
 - zakup nie został ujęty w planie inwestycyjnym Szpitala na 2020 r.;
 - Rada Społeczna Szpitala uchwałą nr 12/2020 z dnia 24.06.2020 r. zaopiniowała pozytywnie przedmiotowy zakup;
 - sprzęt został zakupiony w 100 % ze środków pochodzących z darowizny pieniężnej;
 - zakup potwierdzony fakturą VAT nr FS 16/10/2020 z dnia 12.10.2020 r. na kwotę 14 000,00 zł, termin płatności do dnia: 28.10.2021 r., zapłacono w terminie (27.10.2020 r.);
 - dowód przyjęcia OT0 – 000016/2020 z dnia 31.10.2020 r.

Kontrolujący ustalili, że ww. kabina nie została ujęta w planie inwestycyjnym na 2020 r., jak również w zmianach do tego planu. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że zakup w całości został pokryty z darowizny pieniężnej i był nieplanowany. Ponadto przedmiotowy aparat miał wpływ na utrzymanie prawidłowego funkcjonowania Szpitala w okresie nasilenia pandemii COVID-19. Kontrolujący przyjęli powyższe wyjaśnienia do wiadomości uznając przedmiotowy zakup z pominięciem planu inwestycyjnego za zasadny.

[Dowód: akta kontroli str. 396-408]

2. Zbycie sprzętu i aparatury medycznej.

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

- a) Aparat RTG CXS3 CIRELOP SIMENS BD-CX – nr inwentarzowy: 000014, nr fabryczny: 01006; rok produkcji: 1996; data przyjęcia do użytkowania: styczeń 1997 r.
 - ocena stanu technicznego z dnia 08.08.2018 r. – brak możliwości naprawy i zakupu części zamiennych,
 - pozytywna opinia Rady Społecznej Szpitala wyrażona uchwałą nr 19/2018 z dnia 02.10.2018 r.,
 - zgoda podmiotu tworzącego na likwidację przedmiotowego aparatu z dnia 13.12.2018 r.,
 - protokół kasacyjno-likwidacyjny nr 1/19 z dnia 08.01.2019 r.,
 - dowód LT0-00001/2019 pozycja nr 1 z dnia 31.03.2019 r.,
 - protokół przekazania odpadu do utylizacji.

Zbycie ww. urządzenia w zakresie objętym kontrolą nie budzi zastrzeżeń.

[Dowód: akta kontroli str. 409-422]

3. Najem/dzierżawa pomieszczeń.

W kontrolowanym okresie Szpital zawarł jedną umowę dzierżawy: nr 6/21 z dnia 02.02.2021 r. Przedmiotem umowy jest dzierżawa pomieszczeń Szpitala o łącznej powierzchni 39,63 m² z przeznaczeniem na cele socjalne i magazynowe w związku z realizacją umowy na usługę utrzymania czystości Szpitala.

Umowa została zawarta na czas określony tj. począwszy od dnia 02.02.2021 r. do dnia 01.08.2022 r. Z uwagi na okres, na jaki została zawarta umowa, zgoda podmiotu tworzącego nie była wymagana.

Rada Społeczna Szpitala pozytywnie zaopiniowała wniosek w sprawie wydzierżawienia ww. pomieszczeń (uchwała nr 17/2020 z dnia 29.09.2020 r.).

Przedmiotowa umowa zawiera wszystkie wymogi wynikające z § 3 pkt. 5 *Zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie* przyjętych uchwałą nr 1966/161/VI/2020 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 26.08.2020 r.

Niemniej jednak stwierdza się braki formalne w § 13 ust. 2, gdzie nie wskazano danych dot. odpowiedzialnych za należyte wykonanie przedmiotu umowy po stronie Dzierżawcy.

Objęte kontrolą faktury za miesiąc kwiecień i maj 2021 r. zostały wystawione zgodnie z treścią umowy.

[Dowód: akta kontroli str. 423-435]

B. Stwierdzone uchybienie (przyczyny, skutki):

Niewskazanie w § 13 ust. 2 umowy dzierżawy nr 6/21 z dnia 02.02.2021 r. danych osobowych i kontaktowych dot. osób odpowiedzialnych za nadzór nad realizacją ww. umowy, w związku z czym uniemożliwiono pełną realizację zapisów w zakresie odpowiedzialności za wykonanie przedmiotu umowy po stronie Dzierżawcy.

Przyczyna uchybienia:

Niedochowanie należytej staranności przez osoby sporządzające oraz zawierające umowę dzierżawy nr 6/21 z dnia 02.02.2021 r.

C: Ocena cząstkowa: Pozytywna mimo stwierdzonego uchybienia.

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

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

A. Ustalenia faktyczne

Ogłaszanie i przeprowadzanie konkursów na stanowiska kierownicze

Kontrola realizacji zadań na gruncie art. 49 ust. 1 pkt 2 - 5, ust. 2 - 6 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej wykazała, iż w okresie objętym kontrolą, tj. lata 2019-2021 w Wojewódzkim Szpitalu Chorób Płuc im. dr. Alojzego Pawelca z siedzibą w Wodzisławiu Śląskim nie miały miejsca żadne postępowania konkursowe na stanowiska kierownicze wskazane w art. 49 ww. ustawy.

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, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
- 3) Oddział III Pulmonologii i Rehabilitacji Oddechowej: lekarz kierujący oddziałem, p.o. pielęgniarki oddziałowej.

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

Pracą całego personelu pielęgniarskiego kieruje przełożona pielęgniarek, natomiast zespołem pielęgniarskim na jednym oddziale (Oddział I Gruźlicy i Chorób Płuc) zarządza pielęgniarka oddziałowa, a na dwóch osoby pełniące obowiązki pielęgniarki oddziałowej.

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

[Dowód: akta kontroli str. 436-471]

B: Stwierdzona nieprawidłowość (przyczyny, skutki):

Brak przeprowadzenia konkursu na stanowiska pielęgniarek oddziałowych w dwóch Oddziałach (Oddział II Pulmonologiczny i Oddział III Pulmonologii i Rehabilitacji Oddechowej) czym naruszono art. 49 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.

Przyczyna nieprawidłowości:

Niedochowanie należytej staranności w zakresie stosowania zapisów art. 49 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.

C: Ocena cząstkowa: Pozytywna mimo stwierdzonej nieprawidłowości.

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

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

A. Ustalenia faktyczne.

Ostatnia kontrola w Wojewódzkim Szpitalu Chorób Płuc im. dr. Alojzego Pawelca w Wodzisławiu Śląskim przeprowadzona została przez pracowników Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w dniach 27-28.09.2019 r.

Przedmiotem kontroli objęto: realizację zadań statutowych, dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych, prawidłowość gospodarowania mieniem oraz gospodarkę finansową w okresie od 2017 r. do 2019 r.

Wydano następujące zalecenia pokontrolne:

- 1) *określić w Regulaminie Organizacyjnym obowiązującą wysokość 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) *zgłosić do Krajowego Rejestru Sądowego adres strony internetowej i adres 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) *bezwzględnie realizować zalecenia wydane 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.*

Dyrektor Szpitala, w ustawowym terminie, złożył do Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego sprawozdanie o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych pismem z dnia 03.12.2019 r.

Sprawdzono realizację zaleceń pokontrolnych i stwierdzono, że wskazane powyżej zalecenia zostały wykonane w całości.

B: Stwierdzone nieprawidłowości (przyczyny, skutki): Brak.

C: Ocena cząstkowa: Pozytywna.

Na tym ustalenia kontrolne zakończono.

VII. Pozostałe informacje i pouczenia.

1. Pozostałe informacje.

Pismem z dnia 26 listopada 2021 r., znak: NZ-NK.1711.7.2021(NZ-NK.KW-00667/21), Projekt wystąpienia pokontrolnego został przekazany Dyrektorowi Wojewódzkiego Szpitala Chorób Płuc im. dr. Alojzego Pawelca w Wodzisławiu Śląskim. Pismo zostało doręczone w dniu 3 grudnia 2021 r. Dyrektor Szpitala nie zgłosił zastrzeżeń do treści Projektu wystąpienia pokontrolnego.

2. Zalecenia

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

- 1) Przestrzeganiu obowiązku wynikającego z art. 22 ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym

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

3. Pouczenia

Wystąpienie pokontrolne sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, z których jeden przekazuje się do Wojewódzkiego Szpitala Chorób Płuc im. dr. Alojzego Pawelca w Wodzisławiu Śląskim.

Wystąpienie pokontrolne zawiera 29 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

z up. ZARZĄDU WOJEWÓDZTWA ŚLĄSKIEGO

Margorzta Bralysiek
Zastępca Dyrektora
Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych
i Ochrony Zdrowia