Załącznik nr 1 do Oświadczenia

Szpital Specjalistyczny Nr 2 w Bytomiu
Nazwa jednostki

Zestawienie wyników kontroli (audytów) zewnętrznych[1] zakończonych w roku 2022

Lp.	Nazwa podmiotu kontrolującego/ przedmiot kontroli/okres objęty kontrolą	**Obszar**, wynikający z przedmiotu kontroli, **oceniony pozytywnie**[2]	**Obszar,** wynikający z przedmiotu kontroli, **w którym wystąpiły nieprawidłowości** (ze wskazaniem wagi nieprawidłowości)[3]	Opis **nieprawidłowości poważnych** i ich przyczyny	Wydane zalecenia/ rekomendacje w przedmiocie kontroli*	Informacja o sposobie wykonania zaleceń/wykorzystania rekomendacji a także o podjętych działaniach lub przyczynach ich niepodjęcia*	Jakie działania podjęto w ramach **procesu zarządzania ryzykiem** w celu zminimalizowania ryzyka wystąpienia **nieprawidłowości poważnych** w przyszłości?
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	**Departament Kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia Terenowy Wydział Kontroli XII w Katowicach** Realizacja i rozliczanie/ sprawozdawanie świadczeń w grupie zabiegowej Z107 w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie PSZ <u>okres objęty kontrolą:</u> 2018 – 2019 rok	Brak	1. Realizacja i rozliczanie/ sprawozdawanie świadczeń w grupie zabiegowej Z107 w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie PSZ - *nieprawidłowości poważne* 2. Prowadzenie dokumentacji medycznej - *nieprawidłowości małej wagi/uchybienia*	1. Wpisy w indywidualnej dokumentacji medycznej nie potwierdziły sprawozdanego rozpoznania głównego (17,71 % skontr. świadczeń) 2. wpisy w indywidualnej dokumentacji medycznej nie potwierdziły sprawozdanej procedury 83.329 (99,05 % skontr. świadczeń) 3. wpisy w indywidualnej dokumentacji medycznej	1. Sprawozdawać i rozliczać świadczenia w kontrolowanych zakresach zgodnie z zapisami Zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specj., - sprawozdawać w raportach stat. kody rozpoznania zasadn. wg klasyfikacji ICD-10 w zgodności z danymi zawartymi w indyw. dok. medycznej; - prowadzić indyw. dok. medyczną zgodnie z wymogami	W związku z poważnymi konsekwencjami finansowymi wynikającymi z wyników kontroli zarówno w odniesieniu do okresu kontrolowanego jak również związane z rozliczaniem bieżących pacjentów a ponadto w zw. z brakiem uwzględnienia wyjaśnień złożonych przez Szpital w trakcie prowadzonych czynności kontrolnych Szpital rozpoczął niezbędne czynności mające na celu skierowanie	Wnioski oraz uwagi zostały szczegółowo omówione z osobami realizującymi, jak również rozliczającymi świadczenia medyczne będące przedmiotem niniejszej kontroli. Dalsze działania zostały zawieszone do czasu rozstrzygnięcia przedmiotowej sprawy przez sąd.

[1] Kontrole (audyty) zewnętrzne – kontrole (audyty) przeprowadzone przez komórki organizacyjne Urzędu Marszałkowskiego oraz przez inne organy/ instytucje.

[2] Obszar oceniony pozytywnie – obszar w stosunku, do którego nie stwierdzono nieprawidłowości ani uchybień.

[3] Wagi nieprawidłowości:

1) nieprawidłowości poważne – nieprawidłowości wynikające ze stwierdzenia rażących naruszeń przepisów, zwłaszcza noszących znamiona popełnienia przestępstwa lub gdy skala nieprawidłowości znacząco wpływa na kontrolowaną działalność;
2) nieprawidłowości średniej wagi – nieprawidłowości wynikające ze stwierdzenia istotnych naruszeń przepisów prawa, lecz niemających charakteru rażącego;
3) nieprawidłowości małej wagi/uchybienia – nieprawidłowości wynikające ze stwierdzenia nieistotnych odchyleń od stanu wymaganego, które nie mają wpływu na kontrolowaną działalność.

				wykazały niezasadnie zakwalif. I sprawozd. Udzielone świadczenie poprzez grupę Z107 (98,29 % skontr. świadczeń).	Rozp. MZ w sprawie rodzaju, zakresu i wzorów dok. med. oraz sposobu jej przetwarzania - złożyć korekty dokumentów rozlicz., w tym raportów statyst. w zakresie świadczeń wyszczególnionych w wystąpieniu pokontrolnym oraz dokonać zapłaty kary umownej - łączne skutki finansowe kontroli 152 226,47 zł	przedmiotowej sprawy na drogę sądową. Szpital nie zgadza się z wynikami kontroli. W zakresie dot. prowadzenia dok. med. Zgodnie z rozporządzeniem , zalecenia wykonano.	
2.	**Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego Departament Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego** Ocena zgodności wykorzystania środków finansowych z zakresem określonym w umowie o dofinansowanie projektu pn. Organizacja Śląskiego Centrum Medycyny Fizykalnej i Wczesnej Diagnostyki Nowotworów na bazie Oddziału Klinicznego Chorób Wewnętrznych, Angiologii i Medycyny Fizykalnej Szpitala Specjalistycznego Nr 2 w Bytomiu	Zgodność postępowania w zakresie zamówień z przepisami prawa krajowego i wspólnotowego – postępowanie na zakup i dostawę aparatu ultrasonograficznego	Zgodność postępowania w zakresie zamówień z przepisami prawa krajowego i wspólnotowego – postępowanie na zakup i dostawę aparatu RTG oraz postępowanie na zakup i dostawę gastroskopu, kolonoskopu, aparatu do diatermii argonowej, myjni sprzętu endoskopowego, ssaków próżniowych oraz systemu archiwizacji endoalpha *nieprawidłowości poważne*	W zakresie zakupu i dostawy aparatu RTG oraz gastroskopu, kolonoskopu, (…), IZ zarzuciła iż Zamawiający sformułował opis przedmiotu zamówienia w sposób uniemożliwiający dostarczenia jednego produktu, co doprowadziło do znaczącego ograniczenia konkurencji. Ponadto zarzucono Zamawiającemu że naruszył art. 29 ust. 1 i 3 w zw. z art. 7 ust.1 ustawy PZP i doprowadziło do powstania potencjalnej szkody finansowej.	Pomniejszenie kwoty wydatków kwalifikowanych ujętych we wniosku o płatność, o kwotę wydatków poniesionych nieprawidłowo.	Pomniejszono kwotę wydatków kwalifikowanych ujętych we wniosku o płatność, o kwotę wydatków poniesionych nieprawidłowo.	Szpital złożył dodatkowe wyjaśnienia do otrzymanej informacji pokontrolnej, które nie zostały uwzględnione przez IŻ. Zobowiązano osoby odpowiedzialne za realizację postępowań przetargowych do wzmożenia nadzoru nad przygotowywaną dokumentacją przetargową.
3.	**Państwowa Inspekcja Pracy Okręgowego Inspektoratu Pracy w Katowicach**	Zagadnienia dot. zatrudnienia nauczycieli akademickich	Kontrola uprzednio wydanych decyzji i nakazów PIP – konieczność	n/d	Wyszczególnić (wskazać) w udokumentowanej ocenie ryzyka	Została opracowana aktualizacja ryzyka zawodowego w zakresie SARS CoV-2	n/d

	Kontrola uprzednio wydanych decyzji i nakazów PIP oraz zagadnień dot. zatrudnienia nauczycieli akademickich		uzupełnienia oceny ryzyka zawodowego występującego przy wykonywaniu prac w Szpitalu, w zakresie dotyczącym narażenia pracowników na szkodliwy czynnik biologiczny SARS CoV2 *nieprawidłowości małej wagi/uchybienia*		zawodowego występującego przy wykonywaniu prac w Szpitalu, w zakresie dotyczącym narażenia pracowników na wirus SARS CoV2, rodzaj środków ochrony indywidualnej niezbędnych do stosowania na poszczególnych stanowiskach pracy	i zatwierdzona przez Komisję powołaną Zarządzeniem nr 1116/2021 Dyrektora Szpitala Specjalistycznego Nr 2 w Bytomiu ze wskazaniem do stosowania przez pracowników Działów i Oddziałów Szpitala	
4.	**Państwowa Inspekcja Pracy Okręgowego Inspektoratu Pracy w Katowicach** Kontrola uprzednio wydanych decyzji i nakazów PIP oraz zagadnień dotyczących przestrzegania przepisów o czasie pracy położnych, powierzania położnym dyżuru medycznego oraz wynagradzania za dyżur medyczny, legalności zatrudnienia i innej pracy zarobkowej cudzoziemców, przeciwdziałanie mobbingowi, dodatki covidowe.	Kontrola uprzednio wydanych decyzji i nakazów PIP oraz zagadnienia dot. legalności zatrudnienia i innej pracy zarobkowej cudzoziemców, dodatki covidowe.	Zagadnienia dot. przestrzegania przepisów o czasie pracy położnych, powierzania położnym dyżuru medycznego oraz wynagradzania za dyżur medyczny, przeciwdziałanie mobbingowi. *nieprawidłowości średniej wagi*	n/d	1. Dostosować Regulamin Pracy do ob. przepisów prawa pracy poprzez ustalenie terminów dot. przekazania do zatw. oraz zwrotu zatwierdzonych harmonogr. pracy oraz ustalenie w sposób jednoznaczny pory nocnej. 2. Dokonać zmian w harm. pracy po uzyskaniu zgody pracowników. 3. Naliczyć i wypłacić wskazanemu pracowni. należny dodatek za każdą godzinę dyżuru med. pełnionego w dniu 28.02.2022r. 4. Ponownie ustalić wys. dodatku dla piel. i położn. za dyżur med. pełn. w sytuacji przekr. przeciętnej tyg. normy czasu pracy i wypł. osobom uprawnionym różnicy. 5.Wskazać w harm. pracy dni wolne od pracy udzielone prac. w zamian za pracę w ndz i święta. 6. Ustalić w obow. w	1. Dostosowano Regulamin Pracy zgodnie z zaleceniami PIP, 2. przekazano informację przypominającą o obowiązku dokonywania zmian w harm. Pracy po uzyskaniu zgody pracownika, 3. wypłacono wskazanemu pracown. Należne dodatki, 4. zrealizowano zalecenie dot. naliczenia i wypłacenia piel. i poł. za dyżur med. pełn. w sytuacji przekroczenia tyg. normy pracy, 5. wskazano w harm. pracy dni wolne udzielone w zamian za pracę w nd i święta, 6. zaktualizowano procedurę antymobbingową.	n/d

					Szp. Proc Antymobbingowej sposób oraz tryb składania i rozpatrywania skarg o mobbing.		
5.	**Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Bytomiu** Ocena realizacji szczepień ochronnych zgodnie z Programem Szczepień Ochronnych w Oddziale Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka	Ocena realizacji szczepień ochronnych zgodnie z Programem Szczepień Ochronnych w Oddziale Neonatologii i Intensywnej Terapii Noworodka	Brak	n/d	Brak	n/d	n/d
6.	**Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Bytomiu** Ocena realizacji szczepień ochronnych zgodnie z Programem Szczepień Ochronnych w Izbie Przyjęć Oddziału Klinicznego Chirurgii Ogólnej i Chirurgii Endokrynologicznej	Ocena realizacji szczepień ochronnych zgodnie z Programem Szczepień Ochronnych w Izbie Przyjęć Oddziału Klinicznego Chirurgii Ogólnej i Chirurgii Endokrynologicznej	Brak	n/d	Brak	n/d	n/d
7.	**Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Bytomiu** Ocena realizacji szczepień ochronnych zgodnie z Programem Szczepień Ochronnych w Poradni Medycyny Pracy	Ocena realizacji szczepień ochronnych zgodnie z Programem Szczepień Ochronnych w Poradni Medycyny Pracy	Brak	n/d	Brak	n/d	n/d
8.	**Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Katowicach** Nadzór nad gospodarką krwią i jej składnikami	brak	Działalność Komitetu Transfuzjologicznego, szkolenia pracowników w zakresie dot. kontrolowanego obszaru, dokumentacja z zakresu	n/d	1. Przestrzegać przepisów prawa w zakresie osób uprawnionych do przetaczania krwi oraz prowadzących nadzór nad gospodarką krwią; 2. wzmóc nadzór nad	1. Zobowiązano Kierowników Klinik oraz Ordynatorów Oddziałów do wzmożonego nadzoru nad prawidłowym, kompletnym prowadzeniem ksiąg transfuzyjnych,	n/d

			gospodarowania krwią i jej składnikami, prowadzenie i działalność Banku Krwi. *nieprawidłowości średniej wagi*		krwiolecznictwem w Szpitalu oraz przestrzegać zasad dot. funkcjonowania Komitetu Transf.; 2. sukcesywnie szkolić pielęgniarki w przedmiotowym zakresie celem aktualizacji zaświadczeń uprawniających do przetaczania krwi i jej składników; 3. zwiększyć nadzór nad prowadzoną dokumentacją oraz dokonać korekt w zakresach wskazanych w protokole; 4. spełnić wymóg podwójnej kontroli po przetoczeniu; 5. dostarczyć dokumenty dot. walidacji urządzeń do przechowywania krwi i jej składników oraz wymienić lodówkę do przechowywania resztek poprzetoczeniowych.	przekazano przedm. Inform. członkom Komitetu Transf. z ramienia oddziałów; 2. zostały wyznaczone pielęgniarki/położne do odbycia szkolenia w zakresie przetaczania krwi i jej składników oraz pielęgniarki/położne do odbycia szkolenia uzupełniającego; 3. dokonano zmian składu Komitetu Transf. oraz zmiany lekarza transfuzjologa 4. uzupełniono wskazane przez kontrolerów zapisy w dok. med., wystosowano przypomnienia do osób odpowiedzialnych w zakresie prowadzenia dok. transfuzj.; 5. przekazano do RCKiK wnioskowane dokumenty; 6. zakupiono nową chłodziarkę do przechowywania pojemników zawierających resztki poprzetoczeniowe.	
9.	**Konsultant Wojewódzki w dziedzinie dermatologii i wenerologii** Ocena działalności Poradni Dermatologicznej	Ocena działalności Poradni Dermatologicznej w zakresie kadry medycznej pod względem zabezpieczenia udzielanych świadczeń medycznych, organizacji poradni dot. warunków udzielania świadczeń medycznych,	Brak	n/d	Brak	n/d	n/d

		dostępności do sprzętu, oceny wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny.					
10.	**Departament Audytu i Kontroli Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego** Wybrane zagadnienia z zakresu spraw organizacyjno – finansowych <u>okres objęty kontrolą: 2019, 2020, 2021, 2022 rok</u>	Prawidłowość wdrożenia standardów zawierania umów cywilnoprawnych z podmiotami zewn. przez Szpital zgodnie z Uchwała nr 923/120/VI/2020 Zarządu Woj. Śląskiego, prawidłowość stosowania przepisów pzp.	Weryfikacja spełnienia wymogów RODO *nieprawidłowości średniej wagi*	n/d	1. wydawać polecenia przetwarzania danych os. zgod. z art. 29 w zw. z art. 28 ust. 3 *ROD*), tj. w sposób zapewniający powiązanie osoby upow., jako podmiotu przetwarzającego, z adm. danych, a także zapewniających zachowanie tajemnicy przetwarzanych danych, 2. dokumentować wszelkie naruszenia ochrony danych os., w tym okoliczności, jego skutki oraz podjęte działania zaradcze, zgodnie z art. 33 ust. 5 RODO, 3. publikować dane kontaktowe IOD stosownie do art. 37 ust. 7 *RODO,* w tym w zakresie przewidzianym w ustawie z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych. 4. wykazać podległość służbową IOD bezpośrednio najwyższemu kierownictwu jednostki poprzez ujęcie ww. stanowiska w Reg. Org. Szpitala.	1. opublikowano dane kontaktowe IOD na stronie int. Szpitala. oraz zamieszczono informację zawierającą imię i nazwisko, adres e – mail, numer telefonu IOD w budynkach Szpitala, tablicy informacyjnej; 2. wprowadzono zmiany w Regulaminie Organizacyjnym Szpitala w zakresie określenia podległości IOD oraz zapis dotyczący organizacji zadań IOD, 3. zaktualizowano wydane polecenia przetwarzania danych, 4. odnotowano w rejestrze naruszeń stwierdzoną nieprawidłowość w zakresie zabezpieczenia fizycznego miejsca przetwarzania danych osobowych oraz pouczono o obowiązku stosowania przepisów RODO w tym zakresie	n/d
11.	**Śląski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Katowicach**	Warunki pracy i przestrzeganie przepisów w otoczeniu źródeł pól elektromagnetycznyc	Dokumentacja prowadzona w związku z realizacją przestrzegania przepisów	n/d	1. rozszerzenie zapisu „pole elektromagn.” zawarte w skierowaniach na profilaktyczne	1. uzupełniono zapis dot. opisu pola elektromag. w skierowaniach na profilaktyczne badania	n/d

	Kontrola warunków pracy i przestrzegania przepisów w otoczeniu źródeł pól elektromagnetycznych	h	w otoczeniu źródeł pól elektromagnetycznych *nieprawidłowości małej wagi/uchybienia*		badania lekarskie o informację dot. poziomu narażenia w przestrzeni pracy dostępnej dla pracownika; 2. wpr. w inst.. stanowiskowych dla fizjoterapeutów zapisu dot. bezwzględnego zakazu dotykania aplikatorów w trakcie działania aparatów do magnetoterapii; 3. uzyskanie potwierdzenia, że kierownicy komórek organizacyjnych na których eksploatowane są źródła pola-EM, przekazali pracownikom pracującym w narażeniu na pole-EM stref ochronnych informacje dotyczące oceny zagrożeń elektromagnetycznych oraz informacji zawartych w sprawozdaniach z wykonywanych pomiarów pola-EM, 4. przedstawić dok. potw. kasację urządzeń wycofanych z eksploatacji a będących przedm, kontroli	lek., 2. wprowadzono w instrukcji stanowisk. dla fizjoter. zapisu dot. bezwzgl. zakazu dotykania aplikatorów w trakcie działania aparatów do magnetoterapii, 3. uzyskano potwierdzenia, że kierownicy komórek organizacyjnych na których eksploatowane są źródła pola-EM (…), 4. przekazano dokumentację dot. kasacji	
12.	**Centralny Ośrodek Koordynujący** **Kontrola jakości** badań mammograficznych wykonywanych w ramach programu Profilaktyki Raka Piersi	Kontrola jakości badań mammograficznych wykonywanych w ramach programu Profilaktyki Raka Piersi	Brak	n/d	Brak	n/d	n/d

13.	**Centralny Ośrodek Koordynujący** Kontrola jakości badań cytologicznych wykonywanych w ramach programu Profilaktyki Raka Szyjki Macicy – etap pogłębionej diagnostyki <u>okres objęty kontrolą:</u> 2020 – 2021 rok	Kontrola jakości badań cytologicznych wykonywanych w ramach programu Profilaktyki Raka Szyjki Macicy – etap pogłębionej diagnostyki	Brak	n/d	Brak	n/d	n/d
14.	**Centralny Ośrodek Koordynujący** Kontrola jakości badań cytologicznych wykonywanych w ramach programu Profilaktyki Raka Szyjki Macicy – etap diagnostyczny <u>okres objęty kontrolą:</u> 2020 – 2021 rok	Kontrola jakości badań cytologicznych wykonywanych w ramach programu Profilaktyki Raka Szyjki Macicy – etap diagnostyczny	Brak	n/d	Brak	n/d	n/d
15.	**Państwowa Inspekcja Pracy Okręgowego Inspektoratu Pracy w Katowicach** Kontrola uprzednio wydanych decyzji i nakazów PIP oraz realizacji ustawy z dnia 8 czerwca 2017 roku o sposobie ustalania najniższego wynagr. zasadniczego niektórych pracowników zatr. w podm. leczn. ze szczególnym uwzgl.. pracowników posiadających tyt. mgr lub specjalizację, legalności zatrudnienia i innej pracy zarobkowej cudzoziemców	Kontrola uprzednio wydanych decyzji i nakazów PIP oraz legalność zatrudnienia i innej pracy zarobkowej cudzoziemców	Realizacja ustawy z dnia 8 czerwca 2017 roku o sposobie ustalania najniższego wynagr. zasadniczego niektórych pracowników zatr. w podm. leczn. ze szczególnym uwzgl.. pracowników posiadających tyt. mgr lub specjalizację. *nieprawidłowości średniej wagi*	n/d	1. Ustalanie, w przyp. niezawarcia porozumienia ze wszystkimi zw. zaw. w zarządzeniu, o którym mowa w ustawie z dnia 8.06.2017r. o sposobie ustalania najniższego wynagr. zas. niektórych pracown. zatrudnionych w podm. leczn. sposobu podwyższania wynagr. zasadn.; 2. nieustalanie w zarządzeniu sposobu podwyższ. wynagr. zasadn., na podst. Ustawy j.w., w przyp. ustalenia tych zasad w porozumieniu zawartym z organ. związkowymi; 3. przeanal. wys.	1. Poinformowano insp. PIP o stosowaniu się do zaleceń dot. ustalania trybu wprowadzenia do stosowania zapisów ustawy z dnia 8.06.2017r. o sposobie ustalania najniższego wynagr. zas. niektórych pracown. zatrudnionych w podm. leczn. sposobu podwyższania wynagr. Zasadn; 2. przeanal. wys. wynagr. zasadn. pracowników pod kątem zgodności jego wys. z zawartym ze zw. zaw. porozumieniem oraz zwrócono się o wytyczne w przedm.	n/d

					wynagr. zasadn. pracowników pod kątem zgodności jego wys. z zawartym ze zw. zaw. porozumieniem celem ustalenia jego prawidłowej wys.i; 4. dokonać aktualizacji zawartej w reg. wynagr. tabeli stawek wynagr. zasadniczego; 5. doręczyć pracownikom dokumentów dot. wzrostu wynagr. zas.	sprawie do MZ; 3. zaktualizowano zawartej w reg. wynagr. tabele stawek wynagr. zasadniczego; 5. doręczono pracownikom dokumenty dot. wzrostu wynagr. zas	
16.	**Departament Kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia Terenowy Wydział Kontroli XII w Katowicach** Realizacja i rozliczanie/ sprawozdawanie świadczeń w grupie JGP F42 duże zabiegi jamy brzusznej w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie PSZ <u>okres objęty kontrolą:</u> 2018, 2019, 2020 rok	Brak	Realizacja i rozliczanie/ sprawozdawanie świadczeń w grupie JGP F42 duże zabiegi jamy brzusznej w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie PSZ *nieprawidłowości poważne*	Wg kontrolerów skontrolowane świadczenia zostały nieprawidłowo sprawozdane i rozliczone w odniesieniu do zapisów w dokumentacji medycznej w związku z czym Szpital został zobowiązany do zwrotu nienależnie pobranych środków oraz zapłaty kary umownej co rodzi poważne konsekwencje finansowe.	1. Wykazywać w raportach statystycznych wyłącznie rozpoznania chorobowe wynikające ze stanu klinicznego pacjenta oraz proc. Faktycznie wykonane, a następnie na ich podstawie kwalifikować i rozl. grupy JGP, zgodnie z obow. Zarządzeniem Prezesa NFZ w sprawie określ. warunkow zawierania i realizacji umów, 2. dokonać korekty skontrolowanych świadczeń oraz zapłacić karę umowną w wysokości 328 tyś zł.	W związku z poważnymi konsekwencjami finansowymi wynikającymi z wyników kontroli zarówno w odniesieniu do okresu kontrolowanego jak również związane z rozliczaniem bieżących pacjentów a ponadto w zw. z brakiem uwzględnienia wyjaśnień złożonych przez Szpital w trakcie prowadzonych czynności kontrolnych Szpital rozpoczął niezbędne czynności mające na celu skierowanie przedmiotowej sprawy na drogę sądową. Szpital nie zgadza się z wynikami kontroli.	Wnioski oraz uwagi zostały szczegółowo omówione z osobami realizującymi, jak również rozliczającymi świadczenia medyczne będące przedmiotem niniejszej kontroli. Dalsze działania zostały zawieszone do czasu rozstrzygnięcia przedmiotowej sprawy przez sąd.
17.	**Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego Departament Europejskiego Funduszu Społecznego**	Realizacja formy wsparcia zgodnie z umową o dofinansowanie oraz sprawozdanym harmonogramem, zakres tematyczny,	Dokumentacja potwierdzająca realizację formy wsparcia. *nieprawidłowości małej wagi/uchybienia*	n/d	Wzmożenie kontroli wewnętrznej przy sporządzaniu dokumentów w szczególności w zakresie oznaczania dokumentów	Skorygowano błędnie oznakowane dokumenty – tam gdzie było to możliwe oraz wzmożono kontrolę w tym zakresie.	n/d

	Ocena jakości i prawidłowości realizowanej formy szkolenia Ergonomia pracy z pacjentem w oparciu o dokumenty programowe oraz umowę o dofinansowanie projektu pn. Eliminacja zdrowotnych czynników ryzyka pracowników w Szpitalu Specjalistycznym Nr 2 w Bytomiu Termin wizyty monitoringowej – 7.11.2022r.	oznakowanie pomieszczeń, faktyczne wykorzystywanie zakupionego w ramach projektu sprzętu.			prawidłowymi logotypami.		
18.	**Konsultant wojewódzki w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej** Kontrola w zakresie oceny działalności medycznej laboratorium diagnostycznego	Realizacja szkolenia specjalizacyjnego wynikającego z programów szkoleniowych i poziomu kształcenia, wyposażenie laboratorium w sprzęt, działalność pod względem wymogów związanych ze specyfiką reprezentowanej dziedziny	Ocena kadry medycznej laboratorium pod względem zabezpieczenia udzielanych świadczeń medycznych, ocena organizacji laboratorium dotycząca warunków udzielanych świadczeń medycznych *nieprawidłowości średniej wagi*	n/d	1. zapewnienie całodobowej autoryzacji sprawozdań z badań laboratoryjnych przez diagnostów laboratoryjnych, 2. stworzenie procedury wskazującej jednoznaczny harmonogram wykonywania codziennej QC na wszystkich stanowiskach, co pozwoli na wykonywanie jej w stałym powtarzalnym harmonogramie, zapewniając możliwość wdrożenia działań naprawczych i zapewniających pełny nadzór nad daną metodyką.	1. w związku z koniecznością zapewnienia całodobowej autoryzacji sprawozdań z badań laboratoryjnych, zatrudniono dodatkowego diagnostę laboratoryjnego oraz dokonano zmiany czasu pracy jednego z pracujących w laboratorium diagnosty laboratoryjnego z systemu jednozmianowego na dyżurowy (12h); 2. zaktualizowano funkcjonującą w Szpitalu procedurę nr LA/QC/2 poprzez dołączenie harmonogramu wykonywania codziennej QC na wszystkich stanowiskach, zgodnie z wytycznymi	n/d

						konsultanta.	

*w przypadku obszernej treści wymagane informacje można wskazać w odrębnym dokumencie, stanowiącym załącznik do niniejszego Zestawienia

Sporządził:

Magdalena Budzińska – Koordynator ds. kontroli zarządczej i audytu, tel. 32 786 16 42 30.01.2023r……

(imię i nazwisko, stanowisko służbowe, numer telefonu) (data, podpis kierownika jednostki)