

Katowice 24 września 2019 r.
ZD-NiP.1711.7.2019

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

**Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci
w Jastrzębiu-Zdroju
ul. T. Kościuszki 14,
44-268 Jastrzębie-Zdrój**
(oznaczenie podmiotu kontrolowanego)

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

z kontroli przeprowadzonej na podstawie:

- 1) art. 121 oraz 122 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (tekst jednolity: 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, poz. 1331),
- 3) planu kontroli na 2019 rok, załącznik nr 2, poz. 16 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 Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu-Zdroju

Kierownik jednostki kontrolowanej: Pani Henryka Drużyńska-Skarbek powołana na stanowisko Dyrektora z dniem 21.02.2005 roku do 26.07.2019 r.

Pan Wojciech Michalik powołany od 27.07.2019 r. na okres 6 lat.

Dyrektor wykonuje swoje zadania kierownicze i zarządcze przy pomocy:

- Głównej Księgowej - Pani Jolanty Ślipek-Dzieńkowskiej,
- oraz kierowników komórek organizacyjnych.

Termin przeprowadzenia czynności kontrolnych i zakres kontroli:

kontrolę przeprowadzono w dniach 1-2.07.2019 r. w zakresie: realizacji zadań określonych w statucie i regulaminie organizacyjnym; dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych; prawidłowości gospodarowania mieniem oraz środkami publicznymi w latach 2017-2019.

[Dowód: akta kontroli str. 1-3]

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

Osoby przeprowadzające kontrolę:

Barbara Gwiazda-Amrosz – Główny Specjalista Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w Katowicach, legitymacja służbowa nr 1101491, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 406/ZD/2019 z dnia 21.06.2019 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 27.06.2019 r.

Wioleta Budowska – podinspektor Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w Katowicach, legitymacja służbowa nr 1102820, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 405/ZD/2019 z dnia 21.06.2019 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 27.06.2019 r.

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 407/ZD/2019 z dnia 21.06.2019 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 27.06.2019 r.

[Dowód: akta kontroli str. 4-9]

O kontroli Dyrektor jednostki została poinformowana za pośrednictwem poczty elektronicznej w dniu 21.06.2019 r.

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 Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu-Zdroju zwany dalej „Szpitalem” jest podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą udzielającym świadczeń zdrowotnych w ramach leczenia dzieci z dysfunkcjami narządów ruchu, działającym w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Nadzór nad działalnością Szpitala sprawuje Zarząd Województwa Śląskiego. Szpital wpisany jest do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego, pod numerem 000000013981 oraz posiada osobowość prawną i jest wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego w Gliwicach pod numerem 0000045140. Siedzibą Szpitala jest Jastrzębie-Zdrój.

Szpital działa na podstawie:

- 1) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (tekst jednolity: Dz. U. z 2018r. 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 (tekst jednolity: Dz. U. z 2019 r. poz. 1373),
- 3) Statutu Szpitala, którego tekst jednolity został przyjęty Uchwałą Nr V/42/20/2017 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 18.09.2017 r. i ogłoszony w Dzienniku Urzędowym Województwa Śląskiego z dnia 05.10.2017 r. pod pozycją 5293,
- 4) Regulaminu Organizacyjnego, którego ostatnie zmiany zostały pozytywnie zaopiniowane przez Radę Społeczną Szpitala, uchwałą nr 23/2019 z dnia 29.04.2019 r., wprowadzonego w życie Zarządzeniem nr 6/2019 Dyrektora z dnia 29.04.2019 r.

W Szpitalu zatrudnienie na dzień 30.06.2019 r. wynosiło:

- 67 pracowników w ramach umowy o pracę,
- 17 pracowników w ramach umów cywilnoprawnych.

[Dowód: akta kontroli str. 10]

2. Prawdliwość wpisów w Krajowym Rejestrze Sądowym.

Ostatni wniosek z dnia 14.11.2017 r. o zmianę danych podmiotu w Krajowym Rejestrze Sądowym dotyczył wpisania do akt rejestrowych tekstu jednolitego Statutu Szpitala przyjętego uchwałą nr V/42/20/2017 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 18.09.2017 r., ogłoszoną w dniu 05.10.2017 r. w Dzienniku Urzędowym Województwa Śląskiego pod poz. 5293. Postanowieniem z dnia 27.12.2017 r. sygnatura: GL.X NS-REJ.KRS/022863/17/115 Sąd Rejonowy w Gliwicach, X Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego dokonał wnioskowanego wpisu.

W trakcie kontroli ustalono, że wg stanu na dzień sporządzenia wystąpienia pokontrolnego, do Krajowego Rejestru Sądowego zostały wprowadzone wszystkie wymagane przepisami prawa informacje o kontrolowanej jednostce.

[Dowód: akta kontroli str. 11-24]

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

Regulamin Organizacyjny Szpitala sporządzony został w oparciu o przepisy art. 24 ustawy o działalności leczniczej. Ostatnie zmiany do Regulaminu zostały pozytywnie zaopiniowane przez Radę Społeczną Szpitala uchwałą nr 23/2019 z dnia 29.04.2019 r. oraz wprowadzone Zarządzeniem Dyrektora nr 6/2019 z dnia 29.04.2019 r. Następnie Zarządzeniami Dyrektora nr 8/2019 z dnia 06.05.2019 r. i nr 11/2019 z dnia 03.06.2019 r. wprowadzono zmiany Załącznika nr 2 do Regulaminu Organizacyjnego Szpitala (cennik opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej), które nie zostały zaopiniowane przez Radę Społeczną Szpitala.

W trakcie kontroli sprawdzono zgodność zapisów Regulaminu Organizacyjnego Szpitala z przepisami ustawy. W § 22 ust. 4 Regulaminu zawarty został zapis informujący, że wysokość opłaty za udostępnianie dokumentacji medycznej podlega aktualizacji wprowadzonej odrębnymi zarządzeniami Dyrektora Szpitala. Ww. zapis Regulaminu, który stanowi, że opłaty ustala Dyrektor Szpitala w drodze Zarządzenia nie wypełnia wymogu określonego w ustawie. Cennik przedmiotowych opłat, na gruncie ustawy o działalności leczniczej, jest częścią składową regulaminu organizacyjnego podmiotu leczniczego, a każda jego zmiana musi być procedowana w taki sam sposób jak każda inna zmiana zapisów regulaminu, tj. opiniowana przez radę społeczną i wprowadzana w życie zarządzeniem kierownika jednostki. Biorąc pod uwagę powyższe, Zarządzenia Dyrektora nr 8/2019 z dnia 06.05.2019 r. i nr 11/2019 z dnia 03.06.2019 r. w sprawie zmiany Załącznika nr 2 do Regulaminu Organizacyjnego powinny zostać poprzedzone opinią Rady Społecznej Szpitala.

Pozostałe zapisy Regulaminu Organizacyjnego Szpitala są zgodne z wymogami określonymi w art. 24 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej.

Weryfikacji poddano również zgodność zapisów uwidocznionych w Księdze Rejestrowej Szpitala prowadzonej pod nr 000000013981 w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą Wojewody Śląskiego z Regulaminem Organizacyjnym Szpitala. W przedmiotowym zakresie stwierdzono następujące niezgodności:

- 1) niezgodność w nazwie komórki organizacyjnej - w Dziale III Lp. 7 Księgi Rejestrowej wpisano „Ośrodek rehabilitacji dziennej dla dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego”, natomiast w § 7 ust. 1 pkt 2 lit. a) Regulaminu wpisano „Ośrodek rehabilitacji dziennej”,

2) brak w Regulaminie zapisu dotyczącego Ośrodka rehabilitacji leczniczej dziennej ogólnoustrojowej – komórka ta jest widoczna w Księdze Rejestrowej w Dziale III Lp. 11.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że Ośrodek rehabilitacji leczniczej dziennej ogólnoustrojowej został wpisany do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą w związku z trwającym od grudnia 2018 r. postępowaniem konkursowym. Ośrodek miał rozpocząć działalność po zakończeniu kontraktowania i podpisaniu umowy z NFZ czyli od 1 lipca 2019 r., jednak oferta Szpitala została odrzucona. Odwołanie złożone przez Szpital także zostało odrzucone. W związku z powyższym Dyrektor zapewnił, że wniosek o zaopiniowanie dokonania stosownych zmian w Regulaminie Organizacyjnym Szpitala zostanie skierowany na najbliższe posiedzenie Rady Społecznej, a stosowne zmiany w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą zostaną niezwłocznie wprowadzone, celem usunięcia rozbieżności pomiędzy zapisami Rejestru i Regulaminu Organizacyjnego Szpitala.

[Dowód: akta kontroli str. 25-71]

Szpital posiada własną stronę internetową pod adresem: <http://www.wsr.cal.pl> oraz odrębną stronę podmiotową BiP pod adresem: <http://www.wsr.cal.pl/bip/>, które zawierają wszystkie wymagane informacje określone w art. 24 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej oraz w art. 8 ust. 3 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (tekst jednolity: Dz. U. z 2019 r. poz. 1429).

Ponadto informacje wymagane przez ustawę o działalności leczniczej zostały wywieszone w widocznych miejscach, na tablicach informacyjnych, w poszczególnych jednostkach organizacyjnych Szpitala.

B. Stwierdzone nieprawidłowości i uchybienia:

- 1) Nieprawidłowość dotycząca dokonywania zmian Załącznika nr 2 do Regulaminu Organizacyjnego Szpitala w zakresie wysokości opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej z naruszeniem art. 48 ust 2 pkt 2 lit. f ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tj.: Dz.U. z 2018, poz. 2190 z późn. zm) oraz błędny zapis § 22 ust. 4 Regulaminu Organizacyjnego.
- 2) Uchybienia dotyczące rozbieżności pomiędzy zapisami Regulaminu Organizacyjnego Szpitala i Księgi Rejestrowej w zakresie:
 - a) nazewnictwa Ośrodka rehabilitacji dziennej dla dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego,
 - b) braku zapisu dotyczącego Ośrodka rehabilitacji leczniczej dziennej ogólnoustrojowej w Regulaminie Organizacyjnym.

C. Ocena cząstkowa: pozytywna mimo stwierdzonej nieprawidłowości i uchybień

D. Osoby odpowiedzialne:

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

III. Dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych

A. Ustalenia faktyczne:

Podstawowym celem działalności Szpitala jest udzielanie świadczeń zdrowotnych i promocja zdrowia.

1. Funkcjonowanie wybranych komórek organizacyjnych.

W ramach czynności kontrolnych przeprowadzono wizytację:

1) Oddziału Rehabilitacyjnego dla Dzieci

Oddział wpisany jest do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 001 (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: 4301. Oddział został wpisany do Księgi Rejestrowej z dniem 21.02.1995 r. i dysponuje 55 łózkami. Zlokalizowany jest w budynku przy ul. Kościuszki 14. Oddział zajmuje się diagnostyką i leczeniem schorzeń narządu ruchu oraz dysfunkcji wrodzonych i nabytych (stany po urazach kończyn oraz zabiegach operacyjnych, wady postawy, skoliozy, zespoły bólowe kręgosłupa, stany po urazach tkanek miękkich i plastyce więzadeł, deformacje klatki piersiowej). W Oddziale zatrudnieni są 1 lekarz i 8 pielęgniarek.

Liczba hospitalizowanych pacjentów wyniosła: 599 w 2017 r., 695 w 2018 r., 285 do 30.06.2019 r. Liczba osób oczekujących na leczenie w Oddziale (stan na 30.06.2019 r.) wynosiła: przypadki pilne 21 osób, przypadki stabilne 227 osób.

2) Ośrodka rehabilitacji dziennej dla dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego

Ośrodek wpisany jest do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 007 (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: 2301. Ośrodek został wpisany do Księgi Rejestrowej z dniem 01.10.2007 r. Zlokalizowany jest w budynku przy ul. Kościuszki 14. Ośrodek realizuje świadczenia medyczne na rzecz dzieci w wieku 0-18 lat zagrożonych nieprawidłowym rozwojem oraz dzieci z zaburzonym rozwojem psychosomatycznym. Ośrodek realizuje program wielospecjalistycznej, kompleksowej rehabilitacji dzieci wymagających intensywnego usprawnienia. W Ośrodku zatrudnieni są 1 lekarz i 1 pielęgniarka.

Liczba leczonych pacjentów wyniosła: 14318 w 2017 r., 13331 w 2018 r., 7749 do 30.06.2019 r. Liczba osób oczekujących na leczenie w Ośrodku (stan na 30.06.2019 r.) wynosiła: przypadki pilne 1 osoba, przypadki stabilne 6 osób.

3) Poradni wad postawy

Poradnia wpisana jest do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 010 (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: 1583. Poradnia została wpisana do Księgi Rejestrowej z dniem 14.12.2015 r., zlokalizowana jest w budynku przy ul. Kościuszki 14. Poradnia udziela świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki, konsultacji i leczenia wad postawy oraz skrzywień kręgosłupa dzieci i młodzieży w wieku od 0 do 18 roku życia. Poradnia nie posiada umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, świadczenia są udzielane odpłatnie na wniosek opiekuna/rodzica pacjenta. Szpital oczekuje na ogłoszenie konkursu na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną przez NFZ.

[Dowód: akta kontroli str. 72-75]

2. Udzielanie zamówień na świadczenia zdrowotne.

Przedmiotem weryfikacji przeprowadzonej przez kontrolujących były umowy:

- 1) Nr 826/2016 z dnia 08.11.2016 r. na udzielanie świadczeń zdrowotnych obejmujących badania: RTG, USG, EMG, EEG, konsultacje lekarskie i inne świadczenia wykonywane dla potrzeb Szpitala,
- 2) Nr 21/2017 z dnia 19.06.2017 r. na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale rehabilitacyjnym dla dzieci, Poradni rehabilitacyjnej oraz Ośrodka rehabilitacji dziennej zgodnie z harmonogramem.

Ad. 1) Nr 826/2016 z dnia 08.11.2016 r.

Umowa nie została zawarta w trybie postępowania konkursowego, gdyż wartość usług objętych umową nie przekraczała kwoty 30 000 euro. Umowa została zawarta w formie pisemnej, na czas określony, tj. od dnia 01.01.2017 r. do dnia 31.12.2022 r. i zawiera wszystkie niezbędne zapisy określone w art. 27 ustawy o działalności leczniczej. Dokonano oszacowania wartości zamówienia. Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach i podpisana przez strony. W ramach kontroli realizacji umowy sprawdzono faktury nr:

- 12/FSA/12/2018 z dnia 05.12.2018 r. - stawka jednostkowa zgodna z umową,
- 23/FSA/06/2019 z dnia 06.06.2019 r. - stawka jednostkowa zgodna z umową.

Ad. 2) Nr 21/2017 z dnia 19.06.2017 r.

Umowa została zawarta w trybie postępowania konkursowego, przeprowadzonego przez Szpital, na podstawie art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Umowa została zawarta w formie pisemnej, na czas określony, tj. od dnia 01.07.2017 r. do dnia 30.06.2019 r. i zawiera wszystkie niezbędne zapisy określone w art. 27 ustawy o działalności leczniczej.

Umowa nie zawiera zapisu określającego maksymalną wartość zamówienia, jednak przed wszczęciem postępowania konkursowego została ona oszacowana, co potwierdza notatka służbowa z dnia 22.05.2017 r.

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

- 04.11.2017 z dnia 30.11.2017 r. - stawka jednostkowa zgodna z umową,
- 02.11.2018 z dnia 30.11.2018 r. - stawka jednostkowa zgodna z umową.

[Dowód: akta kontroli str. 76-102]

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, że w okresie objętym kontrolą, tj. w latach 2017-2019 w Szpitalu miało miejsce jedno postępowanie konkursowe na stanowisko kierownicze wskazane w art. 49 ww. ustawy.

Przeprowadzone postępowania konkursowe na stanowiska kierownicze:

- 1) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Rehabilitacyjnego dla Dzieci i Pododdziału rehabilitacji neurologicznej (data konkursu: 18.04.2018 r., okres zatrudnienia 01.05.2018 r. – 30.04.2024 r.).

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

- 1) Oddział Rehabilitacyjny dla Dzieci i Pododdział rehabilitacji neurologicznej: lekarz zarządzający oddziałem, pielęgniarka oddziałowa.

Jak wskazano powyżej, Oddziałem kieruje lekarz zarządzający oddziałem. 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 pielęgniarka oddziałowa.

W Szpitalu nie funkcjonuje stanowisko naczelnej pielęgniarki/przełożonej pielęgniarek.

Zgodnie z informacją przekazaną kontrolującym przez Dyrektora Szpitala, mając na uwadze specyfikę jednostki, struktura zatrudnienia w ww. podmiocie leczniczym nie uwzględnia stanowiska naczelnej pielęgniarki/przełożonej pielęgniarek.

Należy zaznaczyć, że zgodnie z uzyskaną przez Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej opinią Ministerstwa Zdrowia, decyzja o utworzeniu bądź rezygnacji z utworzenia stanowiska naczelnej pielęgniarki lub przełożonej pielęgniarek w podmiocie leczniczym prowadzącym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych szpitalnych, jak i innych niż szpitalne, powinna wynikać z potrzeb organizacyjnych, struktury zatrudnienia, a także rodzaju działalności leczniczej oraz zakresu świadczeń zdrowotnych udzielanych przez dany podmiot leczniczy.

Ww. stanowiska określone zostały zarówno w Regulaminie Organizacyjnym Szpitala, jak i załączniku nr 1 (Tabela zaszeregowania stanowisk pracy) do Regulaminu Wynagradzania Szpitala.

[Dowód: akta kontroli str. 103-120]

4. Serwisowanie aparatury oraz sprzętu medycznego.

Kontrolujący w ramach kontroli jakości świadczonych usług zweryfikowali m.in. następujące paszporty techniczne urządzeń wykorzystywanych do udzielania świadczeń zdrowotnych:

- 1) Bieżnia HMS, nr inwentarzowy WSR/2/505, rok produkcji 2016. Przegląd okresowy odbył się w dniu 20.11.2018 r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany 20.11.2019 r., zgodnie z wpisem aparat sprawny,
- 2) Pulsotronic ST-5D, nr inwentarzowy 1/802/35, rok produkcji 1998. Przegląd okresowy odbył się w dniu 20.11.2018 r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany 20.11.2019 r., zgodnie z wpisem aparat sprawny,
- 3) Rotor kończyn górnych i dolnych – Moto-Med, nr inwentarzowy WSR/P/47, rok produkcji 2009. Przegląd okresowy odbył się w dniu 20.11.2018 r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany w dniu 20.11.2019 r., zgodnie z wpisem aparat sprawny,
- 4) Duoter LT, nr inwentarzowy 1/802/78, rok produkcji 2010. Przegląd okresowy odbył się w dniu 20.11.2018 r., następny przegląd powinien być wykonany w dniu 20.11.2019 r., zgodnie z wpisem aparat sprawny,
- 5) Hydromasaż Massana, nr inwentarzowy WSR/2/452, rok produkcji 2010. Przegląd okresowy odbył się w dniu 20.11.2018 r., następny przegląd powinien być wykonany w dniu 20.11.2019r., zgodnie z wpisem aparat sprawny,
- 6) Stół Bobat, nr inwentarzowy WSR/2/267, rok produkcji 2001. Przegląd okresowy odbył się w dniu 20.11.2018 r., następny przegląd powinien być dokonany w dniu 20.11.2019 r., zgodnie z wpisem aparat sprawny.

[Dowód: akta kontroli str. 121-133]

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

W ramach kontroli dostępności świadczeń zdrowotnych sprawdzaniem objęto Rejestr skarg i wniosków wpływających do Dyrekcji Szpitala. Skargi rozpatrywane są w oparciu o „Regulamin rozpatrywania skarg i wniosków”, wprowadzony w życie Zarządzeniem Dyrektora nr 15/2012 z dnia 09.10.2012 r. Zgodnie z ww. Regulaminem, skargi i wnioski mogą być przyjmowane pisemnie, telegraficznie, za pomocą telefaksu, poczty elektronicznej oraz ustnie do protokołu. Wzór protokołu przyjęcia skargi wniesionej ustnie stanowi załącznik do Regulaminu. Rozpatrywanie skarg i wniosków odbywa się w trybie określonym przepisami Kodeksu postępowania administracyjnego. Skargi i wnioski rejestrowane są w prowadzonym w Szpitalu Rejestrze skarg i wniosków, który zawiera wszystkie niezbędne informacje, zgodnie z art. 254 Kodeksu postępowania administracyjnego. W okresie objętym kontrolą wpłynęła następująca liczba skarg na działalność Szpitala: w 2017 r. – 0 skarg, w 2018 r. – 2 skargi, w tym 2 zasadne, w 2019 r. – 3 skargi, w tym 3 zasadne.

Wszystkie skargi zostały rozpatrzone, skarżącym udzielono odpowiedzi w terminach zgodnych z przepisami Kodeksu postępowania administracyjnego.

Zgodnie z ustawą o działalności leczniczej analiza skarg i wniosków jest przedstawiana okresowo Radzie Społecznej Szpitala, co potwierdzają protokoły z posiedzeń Rady.

[Dowód: akta kontroli str. 134-139]

6. Czas oczekiwania na udzielenie świadczeń zdrowotnych.

W Szpitalu, zgodnie z art. 20 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych prowadzone są listy osób oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego. W trakcie kontroli ustalono, że w Szpitalu funkcjonują:

- a) Zespół ds. kwalifikacji skierowań do kolejki oczekujących na Oddział Rehabilitacyjny dla Dzieci oraz Pododdział rehabilitacji neurologicznej – powołany Zarządzeniem Nr 15/2016 Dyrektora z dnia 12.10.2016 r., zmieniony następnie Zarządzeniem Nr 16/2019 z dnia 21.06.2019 r.,
- b) Zespół ds. przeprowadzania okresowej oceny list oczekujących w Ośrodku rehabilitacji dziennej dla dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego - powołany Zarządzeniem Nr 6/2018 Dyrektora z dnia 02.05.2018 r., zmieniony następnie Zarządzeniem Nr 21/2018 Dyrektora z dnia 27.12.2018 r.;

Do zadań Zespołów należy przeprowadzanie oceny list osób oczekujących na udzielenie świadczenia pod względem prawidłowości prowadzenia dokumentacji, czasu oczekiwania na przyjęcie do Oddziałów/Ośrodka oraz zasadności i przyczyn zmian terminów przyjęcia do Oddziałów/Ośrodka. Zespoły, w myśl przepisów art. 21 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, raz w miesiącu sporządzają protokoły z okresowej oceny list oczekujących i przedstawiają je Dyrektorowi Szpitala. Niżej wymienione protokoły stanowią dowód kontroli:

- Protokół z okresowej oceny list oczekujących na przyjęcie do Oddziału Rehabilitacyjnego dla Dzieci i Pododdziału rehabilitacji neurologicznej z dnia 19.02.2018 i 12.06.2019 r.
- Protokół z okresowej oceny list oczekujących na przyjęcie do Ośrodka rehabilitacji dziennej dla dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego z dnia 06.06.2018 r. i 04.06.2019 r.

Z listy oczekujących na udzielenie świadczenia za miesiąc czerwiec 2019 r. wynika, że najdłuższy czas oczekiwania na przyjęcie ma miejsce w Oddziale Rehabilitacyjnym dla Dzieci:

- przypadki stabilne termin na 10.10.2019 r.,
- przypadki pilne termin na 16.09.2019 r.

[Dowód: akta kontroli str. 140-153]

7. Wykonywanie badań satysfakcji pacjenta.

Na podstawie Zarządzenia Dyrektora nr 11/2010 z dnia 01.09.2010 r. w sprawie oceny pracowników i jednostki przez pacjentów i ich opiekunów w Wojewódzkim Szpitalu Rehabilitacyjnym dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju, zmienionym Zarządzeniem nr 11a/2017 z dnia 30.06.2017 r., w Szpitalu co pół roku przeprowadza się wśród pacjentów i opiekunów anonimową ankietę mającą na celu zbadanie poziomu satysfakcji z leczenia i pobytu w placówce. Wypełnione ankiety składane są w Rejestracji zlokalizowanej na parterze przy wejściu głównym, a następnie analizowane są przez wyznaczonego pracownika, wyniki analizy przedstawiane są Dyrektorowi. Ankieta obejmuje kilka obszarów: przyjęcie na oddział, opiekę lekarską, pielęgniarską, pracę fizjoterapeutów, zakwaterowanie, wyżywienie oraz wyposażenie Szpitala. Ostatnie badanie przeprowadzono w okresie od lipca do grudnia 2018 r. Z analizy ankiet wynika, że większość badanych obszarów oceniona została bardzo dobrze, a uwagi dotyczyły głównie wyżywienia. Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że w oparciu o sformułowane w raportach wnioski podejmuje działania mające na celu poprawę zadowolenia pacjentów z usług zdrowotnych świadczonych w Szpitalu.

[Dowód: akta kontroli str. 154-165]

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.

W okresie objętym kontrolą, zgodnie z oświadczeniem Dyrektora przedstawionym kontrolującym, Szpital przeprowadził tylko jedno postępowanie dotyczące nabycia sprzętu medycznego - zakup Lampy zabiegowej o wartości 990,00 zł:

- dowód przyjęcia 2/TŚT/2018 z dnia 20.04.2018 r., nr inwentarzowy WSR/2/522;
- pozytywna opinia Rady Społecznej Szpitala na zakup lampy wyrażona uchwałą nr 15/2018 z dnia 21.12.2018 r.;
- zakup sfinansowany ze środków własnych;
- zgoda podmiotu tworzącego nie była wymagana;
- zakup potwierdzony fakturą VAT Nr 63/4/18 z dnia 20.04.2018 r. na kwotę 990,00 zł, termin płatności 27.04.2018 r., zapłacono 24.04.2018 r.;
- protokół odbioru z dnia 20.04.2018 r.

Uchwała Rady Społecznej została podjęta w terminie późniejszym niż nabycie urządzenia.

[Dowód: akta kontroli str. 166-173]

2. Zbycie aparatury i sprzętu medycznego.

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

- a) Wanna do hydroterapii - nr inwentarzowy 1/802/33; rok zakupu 1998; wartość początkowa 41 300,00 zł; umorzenie 100 %;
 - dowód LT 4/2017 z dnia 03.11.2017 r.;
 - orzeczenie techniczne z dnia 03.08.2017 r. – wanna wyeksploatowana, nie klasyfikuje się do naprawy (przecieka);
 - pozytywna opinia Rady Społecznej Szpitala wyrażona uchwałą nr 194/2017 z dnia 03.11.2017 r.;

- zgoda podmiotu tworzącego na zbycie nie była wymagana;
 - protokół z dnia 03.11.2017 r. Komisji Likwidacyjnej środków trwałych;
 - sprzęt został przekazany do Gminnego Punktu Zbierania Odpadów Niebezpiecznych w Jastrzębiu-Zdroju.
- b) Laser - nr inwentarzowy 1/802/56; rok zakupu 2005; wartość początkowa 7 110,00 zł; umorzenie 100 %;
- dowód LT 3/2018 z dnia 24.04.2018 r.;
 - orzeczenie techniczne z dnia 28.03.2017 r. – sprzęt nie nadaje się do naprawy ze względu na jego wyeksploatowanie i uszkodzenia podzespołów w związku z czym należy poddać go likwidacji;
 - pozytywna opinia Rady Społecznej Szpitala wyrażona uchwałą nr 11/2018 z dnia 24.04.2018 r.;
 - zgoda podmiotu tworzącego na zbycie nie była wymagana;
 - protokół z dnia 24.04.2018 r. Komisji Likwidacyjnej środków trwałych;
 - sprzęt do dnia kontroli nie został fizycznie zlikwidowany – zapisy § 10 ust. 6 Zasad gospodarowania aktywami trwałymi SP ZOZ, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie, dotyczące sprzedaży lub kasacji ruchomego środka trwałego w terminie roku od daty podjęcia uchwały przez Radę Społeczną Szpitala w przedmiotowej sprawie, zostały wprowadzone z dniem 25.09.2018 r. uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego.

[Dowód: akta kontroli str. 174-186]

3. Najem/dzierżawa pomieszczeń.

W ramach kontroli sprawdzaniem objęto prawidłowość zawarcia umowy użyczenia nr 20/2018 z dnia 28.12.2018 r. Przedmiotem umowy jest użyczenie pomieszczeń o łącznej powierzchni 404,22 m² znajdującego się w budynku Szpitala przy ul. Kościuszki 14, z przeznaczeniem na prowadzenie statutowych zadań przez Zespół Szkół Specjalnych przy Wojewódzkim Szpitalu Rehabilitacyjnym dla Dzieci w Jastrzębiu-Zdroju dla dzieci przebywających na leczeniu szpitalnym. Umowa zawarta została na czas oznaczony od dnia 01.01.2019 r. do dnia 31.12.2019 r. Zawarcie ww. umowy zostało poprzedzone wyrażeniem opinii przez Radę Społeczną Szpitala uchwałą nr 188/2017 z dnia 27.06.2017 r. Z uwagi na okres, na jaki została zawarta umowa zgoda podmiotu tworzącego nie była wymagana.

Zgodnie z zapisami umowy, Użyczający oddaje bezpłatnie Biorącemu w użyczenie ww. pomieszczenia. Strony ponadto ustaliły, iż Użyczający zapewnia Biorącemu w użyczenie możliwość korzystania z nośników energii elektrycznej i ciepłej, ciepłej i zimnej wody oraz wywozu nieczystości. Z kolei Biorący w użyczenie będzie ponosił określone w załączniku do niniejszej umowy – stanowiącym kalkulację poszczególnych rodzajów kosztów - opłaty związane z utrzymaniem przedmiotu użyczenia, do ostatniego dnia miesiąca na podstawie wystawionej faktury.

Umowa zawiera wszystkie postanowienia wynikające z § 3 Zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie określonych uchwałą nr 2232/288/V/2018 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 25.09.2018 r.

Objęte kontrolą faktury z dnia 15.01.2019 r. i z dnia 15.04.2019 r. wystawione zostały zgodnie z treścią umowy, a płatności zostały uregulowane w terminach wynikających z faktur.

[Dowód: akta kontroli str. 187-198]

B. Stwierdzone uchybienie:

Uchwała Rady Społecznej Szpitala na zakup lampy zabiegowej podjęta po dacie nabycia ww. sprzętu medycznego, co stanowi naruszenie zapisu art. 48 ust. 2 pkt. 1 lit a i pkt 2 lit. e ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tj.: Dz.U. z 2018, poz. 2190 z późn. zm) oraz pkt 2 Działu III Procedury nabywania aparatury i sprzętu medycznego przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie określonej uchwałą nr 1745/276/IV/2013 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 6.08.2013 r.

C. Ocena częściowa: pozytywna mimo stwierdzonego uchybienia**D. Osoby odpowiedzialne:**

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

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 16-17.03.2017 r. Przedmiotem kontroli objęto: realizację zadań statutowych, dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych, prawidłowość gospodarowania mieniem oraz gospodarkę finansową w latach 2016-2017.

Wydano następujące zalecenia pokontrolne:

1. Wprowadzić do Krajowego Rejestru Sądowego komplet informacji, o których mowa w art. 38 pkt 1a, w związku z art. 53a ustawy z dnia 20 sierpnia 1997r. o Krajowym Rejestrze Sądowym;
2. Zamieścić informacje, o których mowa w art. 24 ust. 1 pkt 9, 11 i 12 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej, na stronie internetowej Szpitala;
3. Publikować na stronie podmiotowej BIP Szpitala aktualne i kompletne informacje;
4. Obsadzić stanowisko, o którym mowa w art. 49 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej;
5. Przestrzegać procedur i unormowań zawartych w „Zasadach zbywania, wydzierżawiania wynajmowania, oddania w użytkowanie lub użyczenie aktywów trwałych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej” przyjętych Uchwałą Nr 1784/277/IV/2013 Zarządu Województwa z dnia 13.08.2013 r. z późn. zm., w zakresie zawierania umów najmu i dzierżawy mienia Szpitala poprzez stosowanie ich analogicznie w określonym zakresie do umów użyczenia.

Dyrektor Szpitala, w ustawowym terminie, złożyła 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 te zostały wykonane.

B. Stwierdzone nieprawidłowości: brak**C. Ocena częściowa:** pozytywna

Na tym ustalenia kontrolne zakończono.

VI. Pozostałe informacje, zalecenia i pouczenia.

1. Pozostałe informacje

Projekt wystąpienia pokontrolnego wraz z pismem przewodnim z dnia 6 września 2019 r., znak: ZD-N.1711.7.2019 (ZD-NiP.KW-00673/19), został przekazany Dyrektorowi Wojewódzkiego Szpitala Rehabilitacyjnego dla Dzieci w Jastrzębiu-Zdroju. Ze „zwrotnego potwierdzenia odbioru” wynika, że pismo zostało doręczone do Szpitala w dniu 12.09.2019 r.

Dyrektor Szpitala nie zgłosił zastrzeżeń do treści Projektu wystąpienia pokontrolnego.

2. Zalecenia

W związku ze stwierdzoną nieprawidłowością i uchybieniami zalecam:

- 1) Przestrzegać zapisu art. 48 ust 2 pkt 2 lit. f ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tj.: Dz.U. z 2018, poz. 2190 z późn. zm) w zakresie dokonywania zmian Załącznika nr 2 do Regulaminu Organizacyjnego Szpitala oraz poprawić błędny zapis § 22 ust. 4 Regulaminu Organizacyjnego.
- 2) Ujednolicić zapisy Regulaminu Organizacyjnego Szpitala i Księgi Rejestrowej w zakresie:
 - a) Ośrodka rehabilitacji dziennej dla dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego,
 - b) Ośrodka rehabilitacji leczniczej dziennej ogólnoustrojowej.
- 3) Wnioskować o opinię Rady Społecznej Szpitala w sprawie zakupu aparatury i sprzętu medycznego przed dokonaniem nabycia zgodnie z zapisami art. 48 ust. 2 pkt. 1 lit a i pkt 2 lit. e ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tj.: Dz.U. z 2018, poz. 2190 z późn. zm) oraz pkt 2 Działu III Procedury nabywania aparatury i sprzętu medycznego przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie określonej uchwałą nr 1745/276/IV/2013 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 6.08.2013 r. z późn. zm.

Wystąpienie pokontrolne sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, z których jeden przekazuje się do Wojewódzkiego Szpitala Rehabilitacyjnego dla Dzieci w Jastrzębiu-Zdroju.

Wystąpienie pokontrolne zawiera 12 ponumerowanych stron.

3. Pouczenia

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 w/w 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 Gwóźdź

Z-ca Dyrektora Wydziału
Zdrowia i Polityki Społecznej