

Katowice, 31 stycznia 2020 r.
ZD-NiP.1711.19.2019

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

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 2
ul. Jana Pawła II 7
44-330 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. 17, 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 Specjalistyczny Nr 2, ul. Jana Pawła II 7, 44-330 Jastrzębie-Zdrój

Kierownik jednostki kontrolowanej:

W okresie objętym kontrolą funkcję Dyrektora Szpitala sprawowali:

- Pani Grażyna Kuczera od 20.02.2012 r. do 02.01.2019 r.,
- Pan Robert Rychel od 03.01.2019 r. do nadal.

Dyrektor wykonuje swoje zadania kierownicze i zarządcze przy pomocy:

- p.o. Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa – Pana Aureliusza Pisarka,
- Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno – Finansowych – Pani Marii Zawady
- Zastępcy Dyrektora ds. Techniczno – Eksploatacyjnych – Pana Eugeniusza Klapucha
- Głównej Księgowej - Pani Agaty Szpak

oraz kierowników komórek organizacyjnych.

Termin przeprowadzenia czynności kontrolnych i zakres kontroli:

kontrolę przeprowadzono w dniach 27-28.11.2019 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 2018-2019.

[Dowód: akta kontroli str.1-3]

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

Osoby przeprowadzające kontrolę:

Agnieszka Wnuk – Główny Specjalista Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w Katowicach, legitymacja służbowa nr 1102902, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 743/ZD/2019 z dnia 22.11.2019 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 22.11.2019 r.

Paulina Górkiewicz – Inspektor Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w Katowicach, legitymacja służbowa nr 1102931, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 742/ZD/2019 z dnia 22.11.2019 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 22.11.2019 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 744/ZD/2019 z dnia 22.11.2019 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 22.11.2019 r.

Kontrolę wpisano do Książki Kontroli Szpitala pod nr 43.

O kontroli Dyrektor jednostki został poinformowany za pośrednictwem poczty elektronicznej w dniu 21.11.2019 r.

[Dowód: akta kontroli str. 5-10]

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 Specjalistyczny Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju zwany dalej „Szpital” jest samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej. Funkcję podmiotu tworzącego pełni Województwo Śląskie. Nadzór nad działalnością Szpitala sprawuje Zarząd Województwa Śląskiego.

Szpital posiada osobowość prawną i jest wpisany jest do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego pod numerem 000000013057 oraz prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Gliwicach pod numerem KRS 0000048508. 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, przyjętego Uchwałą Nr V/42/21/2017 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 18.09.2017 r. i ogłoszonego w Dzienniku Urzędowym Województwa Śląskiego z dnia 05.10.2017 r. pod pozycją 5296,

- 4) Regulaminu Organizacyjnego, którego ostatnie zmiany zostały pozytywnie zaopiniowane przez Radę Społeczną Szpitala, uchwałą nr 26/2019 z dnia 27.08.2019r. wprowadzonego w życie Zarządzeniem nr 132/2019 Dyrektora z dnia 30.08.2019 r.

Zatrudnienie na dzień 27.11.2019 r. w Szpitalu wynosiło:

- 930 pracowników w ramach umowy o pracę,
- 266 pracowników w ramach umów cywilnoprawnych.

[Dowód: akta kontroli str. 11]

2. Prawdliwość wpisów w Krajowym Rejestrze Sądowym.

Ostatni wniosek o zmianę danych podmiotu w Krajowym Rejestrze Sądowym dotyczył zmiany danych osoby uprawnionej do reprezentacji Szpitala.

Powyższe zgłoszenie nastąpiło zgodnie z terminem wynikającym z art. 22 ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 roku o Krajowym Rejestrze Sądowym (t. j.: Dz. U. z 2019 r., poz. 1500 z późn. zm.).

Postanowieniem z dnia 29.07.2019 r. sygnatura sprawy: GL.X.NS-REJ.KRS/010667/19/374 Sąd Rejonowy w Gliwicach, X Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego dokonał wnioskowanego wpisu.

Zmiany Statutu Szpitala wprowadzone uchwałą nr VI/42/21/2017 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 18.09.2017 r. zostały zgłoszone do KRS wnioskiem z dnia 20.10.2017 r. Postanowieniem z dnia 05.01.2018 r. sygnatura: GL.X NS-REJ.KRS/020891/17/134 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.12-34]

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. Regulamin Organizacyjny pozytywnie zaopiniowany przez Radę Społeczną Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju uchwałą nr 26/2019 z dnia 27.08.2019 r. wprowadzony został Zarządzeniem nr 132/2019 Dyrektora z dnia 30.08.2019 r.

W trakcie kontroli sprawdzono zgodność zapisów Regulaminu Organizacyjnego Szpitala z przepisami ustawy. Ustalono, że Regulamin zawiera wszystkie zapisy wymagane przez art. 24 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej.

[Dowód: akta kontroli str. 35-121]

W trakcie kontroli sprawdzono zgodność zapisów Regulaminu Organizacyjnego w zakresie struktury organizacyjnej komórek działalności medycznej z Księgą Rejestrową widniejącą w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (dalej: Rejestr) według stanu na dzień 22.11.2019 r. Stwierdzono następujące różnice:

Lp.	Zapisy w Regulaminie Organizacyjnym Szpitala	Zapisy w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą
1	Poradnia Ginekologiczna	Poradnia Położniczo-Ginekologiczna
2	Zakład Diagnostyki Obrazowej (pracownia diagnostyki ogólnej, pracownia mammografii)	Zakład Diagnostyki Obrazowej
3	Poradnia Neonatologiczna	Poradnia neonatologiczna

4	Poradnia Proktologiczna	Poradnia proktologiczna
5	Szkoła Rodzenia	Szkoła rodzenia
6	Poradnia Konsultacyjna Anestezjologiczno-Internistyczna	Poradnia konsultacyjna anestezjologiczno-internistyczna
7	Poradnia Okulistyczna dla Dzieci	Poradnia okulistyczna dla dzieci
8	Poradnia Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej dla Dzieci	Poradnia chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci
9	Pracownia Tomografii komputerowej	Pracownia tomografii komputerowej
10	Pracownia Radiologii zabiegowej	Pracownia radiologii zabiegowej
11	Pracownia Rezonansu magnetycznego	Pracownia rezonansu magnetycznego
12	Poradnia Podstawowej Opieki Zdrowotnej	Poradnia (gabinet) Podstawowej Opieki Zdrowotnej
13	Poradnia (gabinet) nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej z gabinetem diagnostyczno-zabiegowym	Poradnia (gabinet) nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej Gabinet diagnostyczno-zabiegowy Poradni nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej
14	-	Ośrodek rehabilitacji leczniczej dziennej
15	Gabinet zabiegowy	-
16	Gabinet lekarza POZ	-

Zapisy w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą wymagają korekty i ujednolicenia z zapisami Regulaminu Organizacyjnego Szpitala.

[Dowód: akta kontroli st. 122-230]

Szpital posiada własną stronę internetową pod adresem: <https://www.wss2.pl/> oraz odrębną stronę podmiotową BiP pod adresem: <https://bip.wss2.pl/>, które powinny zawierać 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 z późn. zm.).

Strona WWW oraz BIP Szpitala nie spełniają wszystkich wymogów określonych w przytoczonych wyżej przepisach, ponieważ nie zawierają informacji obejmującej dokumentację przebiegu i efektów kontroli oraz wystąpień, stanowisk, wniosków i opinii podmiotów ją przeprowadzających (art. 6 ust. 1 pkt 4 lit. a) tiret drugie).

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

B. Stwierdzone nieprawidłowości:

- 1) Niezgodność pomiędzy zapisami Regulaminu Organizacyjnego Szpitala i Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą w zakresie komórek organizacyjnych działalności medycznej.
- 2) Naruszenie art. 6 ust. 1 pkt 4 lit. a) tiret drugie) ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (tekst jednolity: Dz. U. z 2019 r. poz. 1429 z późn. zm.) poprzez brak zamieszczenia na stronie BIP Szpitala informacji obejmującej dokumentację przebiegu i efektów kontroli oraz wystąpień, stanowisk, wniosków i opinii podmiotów ją przeprowadzających.

C. Ocena częściowa: pozytywna z nieprawidłowościami

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.

Handwritten signature

III. Dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych

A. Ustalenia faktyczne:

Podstawowym celem działalności Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju jest udzielanie świadczeń zdrowotnych służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych, a także promocja zdrowia.

Szpital prowadzi działalność leczniczą w ramach lecznictwa ambulatoryjnego oraz stacjonarnego, w tym opieki długoterminowej.

Szpital prowadzi działalność medyczną w obiektach zlokalizowanych przy:

- 1) Al. Jana Pawła II 7, 44 – 330 Jastrzębie – Zdrój,
- 2) ul. Krasickiego 21, 44 – 335 Jastrzębie – Zdrój,

1. Funkcjonowanie wybranych komórek organizacyjnych.

W ramach czynności kontrolnych przeprowadzono wizytację:

1) Oddziału Okulistyki

Oddział wpisany jest do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 012 (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: 4600. Oddział został wpisany do Księgi Rejestrowej z dniem 05.01.1998 r. i dysponuje 14 łózkami. Zlokalizowany jest w budynku przy Al. Jana Pawła II 7. Oddział wykonuje szeroki zakres diagnostyki i leczenia chorób narządu wzroku m.in. operacyjne leczenie zaćmy z wszczepieniem sztucznej soczewki metodą fakoemulsyfikacji, operacje p/jaskrowe, zabiegi witrektomii przedniej i tylnej, operacje naprawcze odwarstwiania siatkówki, zabiegi w zakresie powiek, spojówek, rogówki, iniekcje doszkliskowe itp.

W Oddziale zatrudnionych jest 13 lekarzy i 14 pielęgniarek.

Liczba hospitalizowanych pacjentów wyniosła:

- 1 600 w 2018 r.
- 1 650 do 31.10.2019 r.

2) Oddziału Neurologii

Oddział wpisany jest do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 015 (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: 4220. Oddział został wpisany do Księgi Rejestrowej z dniem 05.01.1998 r. i dysponuje 22 łózkami. Zlokalizowany jest w budynku przy Al. Jana Pawła II 7. Oddział zajmuje się diagnostyką i leczeniem chorób układu nerwowego w oparciu o najnowsze zaplecze diagnostyczne Szpitala i standardy leczenia neurologicznego.

W Oddziale zatrudnionych jest 20 lekarzy, 33 pielęgniarki, 1 farmaceuta, 7 fizjoterapeutów, 1 psycholog i 1 logopeda.

Liczba hospitalizowanych pacjentów wyniosła:

- 1 330 w 2018 r.
- 1 300 do 31.10.2019 r.

3) Poradni Urazowo-Ortopedycznej

Poradnia wpisana jest do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 018 (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: 1580. Poradnia została wpisana do Księgi Rejestrowej z dniem 05.01.1998 r., zlokalizowana jest w budynku przy Al. Jana Pawła II 7. Poradnia udziela świadczeń zdrowotnych w zakresie porad specjalistycznych, wykonywania badań diagnostycznych oraz przeprowadzania ambulatoryjnych zabiegów specjalistycznych dotyczących chorób narządu ruchu. Zapewnia kompleksową opiekę, umożliwiając pacjentom kontynuację leczenia poprzez zabiegi rehabilitacyjne. Poradnia przyjmuje pacjentów zgodnie z następującym harmonogramem: poniedziałek 08:00-15:00, wtorek 09:00-15:00, środa 09:00-18:00, czwartek 09:00-15:00, piątek 09:00-14:00. W dniach przeprowadzania kontroli Poradnia przyjmowała pacjentów zgodnie z harmonogramem.

W Poradni zatrudnionych jest 3 lekarzy i 4 pielęgniarki.

Liczba udzielonych porad:

- 13 000 w 2018 r.,
- 9 400 do 31.10.2019 r.

4) Pracowni Endoskopowej

Pracownia wpisana jest do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 039 (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: 7910. Pracownia została wpisana do Księgi Rejestrowej z dniem 05.01.1998 r., zlokalizowana jest w budynku przy Al. Jana Pawła II 7. W Pracowni wykonuje się świadczenia zdrowotne w zakresie badań górnego i dolnego odcinka przewodu pokarmowego, zgodnie z następującym harmonogramem: poniedziałek 08:00-14:00, wtorek 07:00-11:30, środa 07:00-14:30, czwartek 08:00-13:00, piątek 08:00-10:00 oraz 12:30-14:30. W dniach przeprowadzania kontroli Poradnia przyjmowała pacjentów zgodnie z harmonogramem.

Liczba wykonanych badań:

- 2600 w 2018 r.,
- 2870 do 31.10.2019 r.

Liczba osób oczekujących na badanie (stan na 27.11.2019 r.) –131 (gastroskopia).

[Dowód: akta kontroli str. 231- 239]

2. Udzielanie zamówień na świadczenia zdrowotne.

Przedmiotem weryfikacji przeprowadzonej przez kontrolujących były umowy:

- 1) Nr 985/2016 z dnia 30.12.2016 r. na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju, w zakresie densytometrii,
- 2) Nr 909/2018 z dnia 21.12.2018 r. na realizację świadczeń zdrowotnych w zakresie badania prątków gruźlicy.

Ad. 1) Nr 985/2016 z dnia 30.12.2016 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 01.01.2017 r. do dnia 31.12.2019 r.

Handwritten signature/initials

Postanowienia umowy nie uwzględniają zapisu zawartego w art. 27 ust. 8 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej dotyczącego szczegółowych okoliczności uzasadniających rozwiązanie umowy za wypowiedzeniem. W § 7 ust. 7 umowy wskazano jedynie, iż każda ze stron może rozwiązać umowę za 3 miesięcznym wypowiedzeniem przypadającym na koniec miesiąca kalendarzowego, nie precyzując szczegółowych przesłanek jej rozwiązania.

Umowa zawiera pozostałe zapisy wymagane art. 27 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Umowa zawiera zapis określający maksymalną wartość zamówienia.

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

- 271/2018 z dnia 30.06.2018 r. - stawka jednostkowa zgodna z umową.
- 561/2018 z dnia 31.12.2018 r. - stawka jednostkowa zgodna z umową.

Ad. 2) Nr 909/2018 z dnia 21.12.2018 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 01.01.2019 r. do dnia 31.12.2024 r.

Postanowienia umowy nie uwzględniają zapisu zawartego w art. 27 ust. 8 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej dotyczącego szczegółowych okoliczności uzasadniających rozwiązanie umowy za wypowiedzeniem. W § 7 ust. 7 umowy wskazano jedynie, iż każda ze stron może rozwiązać umowę za 3 miesięcznym wypowiedzeniem przypadającym na koniec miesiąca kalendarzowego, nie precyzując szczegółowych przesłanek jej rozwiązania.

Umowa zawiera pozostałe zapisy wymagane art. 27 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Umowa zawiera zapis określający maksymalną wartość zamówienia.

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

- PM/08/01/2019 z dnia 07.02.2019 r. - stawka jednostkowa zgodna z umową.
- PM/07/09/2019 z dnia 03.10.2019 r. - stawka jednostkowa zgodna z umową,

[Dowód: akta kontroli str. 240-275]

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

Ogłaszanie i przeprowadzanie konkursów na stanowiska kierownicze

Kontrola realizacji zadań na gruncie art. 49 ust. 1 pkt 2 - 5, ust. 2 - 6 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej wykazała, iż w okresie objętym kontrolą, tj. lata 2018-2019 w Szpitalu miały miejsce dwa postępowania konkursowe, a trzy postępowania są w toku - na stanowiska kierownicze.

Przeprowadzone postępowania konkursowe na stanowiska kierownicze:

- 1) Stanowisko Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa – zgodnie z informacją uzyskaną od Kierownika Działu Personalnego Szpitala procedura konkursowa jest w toku – trwa korespondencyjne ustalanie z członkami komisji konkursowej treści regulaminu konkursu i ogłoszenia o konkursie.
- 2) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Okulistyki (termin składania ofert przez kandydatów: 22.11.2019 r.).

Zgodnie z informacją uzyskaną od Kierownika Działu Personalnego Szpitala do Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych skierowane zostało pismo dotyczące wyznaczenia terminu posiedzenia komisji konkursowej.

- 3) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Otolaryngologii (data konkursu: 28.11.2019 r.).
Zgodnie z informacją uzyskaną od Kierownika Działu Personalnego Szpitala konkurs nie został rozstrzygnięty, co implikuje konieczność powtórzenia procedury konkursowej na ww. stanowisko.
- 4) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Rehabilitacji (data konkursu: 14.03.2018 r., okres zatrudnienia 30.05.2018 r. – 29.05.2024 r.),
- 5) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Pediatrycznego (data konkursu: 23.01.2018 r., okres zatrudnienia 01.03.2019 r. – 31.05.2025 r.).

Podczas czynności kontrolnych kontrolujący stwierdzili nieprawidłowość popełnioną w toku ww. postępowań konkursowych polegających na braku pisemnego powiadomienia o wynikach konkursu kandydatów biorących w nim udział, zgodnie z §15 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 roku w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą (Dz. U. z 2018 r., poz. 393 z późn. zm.).

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

- 1) Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii: lekarz zarządzający oddziałem, pielęgniarka oddziałowa;
- 2) Oddział Nefrologiczno-Wewnętrzny: lekarz zarządzający oddziałem, pielęgniarka oddziałowa;
- 3) Oddział Rehabilitacji: lekarz zarządzający oddziałem, pielęgniarka oddziałowa;
- 4) Oddział Gastrologiczno-Wewnętrzny: lekarz zarządzający oddziałem, pielęgniarka oddziałowa;
- 5) Oddział Kardiologiczno-Wewnętrzny: lekarz zarządzający oddziałem, pielęgniarka oddziałowa;
- 6) Oddział Urologii: lekarz zarządzający oddziałem, pielęgniarka oddziałowa;
- 7) Oddział Otolaryngologii: lekarz zarządzający oddziałem, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
- 8) Oddział Okulistyki: lekarz zarządzający oddziałem, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
- 9) Oddział Położniczo-Ginekologiczny: lekarz zarządzający oddziałem, pielęgniarka oddziałowa;
- 10) Oddział Neonatologiczny: lekarz zarządzający oddziałem, pielęgniarka oddziałowa;
- 11) Oddział Chirurgii Ogólnej: lekarz zarządzający oddziałem, pielęgniarka oddziałowa;
- 12) Oddział Neurochirurgii: lekarz zarządzający oddziałem, pielęgniarka oddziałowa;
- 13) Oddział Neurologii: lekarz zarządzający oddziałem, pielęgniarka oddziałowa;
- 14) Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej: lekarz zarządzający oddziałem, pielęgniarka oddziałowa;
- 15) Oddział Intensywnej Terapii Dziecięcej: lekarz zarządzający oddziałem, pielęgniarka oddziałowa;
- 16) Ośrodek Dializ: lekarz zarządzający oddziałem, pielęgniarka oddziałowa.

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

Pracą całego personelu pielęgniarskiego kieruje naczelną pielęgniarka, natomiast zespołem pielęgniarskim na czternastu Oddziałach zarządzają pielęgniarki oddziałowe, a na dwóch

Oddziałach (Oddział Otolaryngologii i Oddział Okulistyki) osoby pełniące obowiązki pielęgniarek oddziałowych.

Ww. stanowiska określone zostały zarówno w Regulaminie Organizacyjnym Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju, jak i w załączniku nr 2 (Tabela zaszerogowania stanowisk pracy) oraz nr 3 (Wykaz stanowisk, na których przysługuje dodatek funkcyjny oraz wysokości dodatku funkcyjnego) do Regulaminu Wynagradzania Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju.

[Dowód: akta kontroli str. 276-314]

4. Serwisowanie aparatury oraz sprzętu medycznego.

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

- 1) W Oddziale Okulistyki:
 - Perymetr automatyczny PTS – 900 nr 2012, rok produkcji 2003. Przegląd okresowy odbył się w dniu 16.10.2019 r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien być przeprowadzony w październiku 2020 r., zgodnie z wpisem urządzenie sprawne,
 - Biometr optyczny OA.2000 nr 766608, rok produkcji 2017. Przegląd okresowy odbył się w dniu 18.10.2019 r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien zostać przeprowadzony 18.10.2020 r., zgodnie z wpisem urządzenie sprawne,
 - Autorefraktokeratometr HRK 7000 nr 7HK8D2536, rok produkcji 2008. Przegląd okresowy odbył się w dniu 16.10.2019 r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien zostać przeprowadzony w październiku 2020 r., zgodnie z wpisem urządzenie sprawne,
- 2) W Oddziale Neurologii:
 - Solux LSC nr 783, rok produkcji 1978. Przegląd okresowy odbył się w dniu 14.11.2019 r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien zostać przeprowadzony w listopadzie 2020 r., zgodnie z wpisem urządzenie sprawne,
 - Elektrokardiograf Ascard Grey nr 5222, rok produkcji 2016. Przegląd okresowy odbył się w dniu 21.10.2019 r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien zostać przeprowadzony w październiku 2020 r., zgodnie z wpisem urządzenie sprawne,
 - Aparat Dopplerowski nr NCG 000323, rok produkcji 2011. Przegląd okresowy odbył się w dniu 17.01.2019 r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien zostać przeprowadzony do 17.01.2020 r., zgodnie z wpisem urządzenie sprawne,
- 3) W Pracowni Endoskopii:
 - Videokolonoskop EC-3890FK2 nr A120628, rok produkcji 2012. Przegląd okresowy odbył się w dniu 19.09.2019 r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien zostać przeprowadzony we wrześniu 2020 r., zgodnie z wpisem urządzenie sprawne,
 - Videoduoendoskop ED 3490 TK nr A120451, rok produkcji 2011. Przegląd okresowy odbył się w dniu 19.09.2019 r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien zostać przeprowadzony we wrześniu 2020 r., zgodnie z wpisem urządzenie sprawne,
 - Myjka ultradźwiękowa Sonic-6D, nr 157309, rok produkcji 2015. Przegląd okresowy odbył się w dniu 10.05.2019 r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien zostać przeprowadzony do 10.05.2020 r., zgodnie z wpisem urządzenie sprawne,
- 4) W Poradni Urazowo – Ortopedycznej:
 - Piła do cięcia gipsu nr 11381, rok produkcji 2011. Przegląd okresowy odbył się w dniu 31.10.2019 r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien zostać przeprowadzony do 31.10.2020 r., zgodnie z wpisem urządzenie sprawne,

- Lampa przenośna czteroogniskowa nr 112. Przegląd okresowy odbył się w dniu 14.10.2019 r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien zostać przeprowadzony w październiku 2020 r., zgodnie z wpisem urzędzenie sprawne,
- Lampa dwuogniskowa Famed 1 nr 76221. Przegląd okresowy odbył się w dniu 14.10.2019r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien zostać przeprowadzony w październiku 2020 r., zgodnie z wpisem urzędzenie sprawne.

[Dowód: akta kontroli str. 315-355]

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

W ramach kontroli dostępności świadczeń zdrowotnych sprawdzeniem objęto Rejestr skarg i wniosków wpływających do Dyrekcji Szpitala. Skargi rozpatrywane są w oparciu o Procedurę Systemu Zarządzania Jakością QP-ZO-8 dotyczącą przyjmowania, rozpatrywania oraz załatwiania skarg i wniosków z dnia 13.08.2018 r. wprowadzoną Zarządzeniem Dyrektora Szpitala nr 88/2018 z dnia 13.08.2018 r. Zgodnie z ww. Procedurą, skargi i wnioski mogą być przyjmowane w formie pisemnej, pocztą elektroniczną, a także ustnie do protokołu. Rozpoznawanie 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. W 2018 r. w przedmiotowym rejestrze umieszczono wpisy dotyczące 31 spraw, natomiast w 2019 r. (do dnia kontroli) zarejestrowano 32 sprawy. Skargi zostały rozpatrzone przez Szpital, zainteresowanym udzielono odpowiedzi w ustawowym terminie. Zgodnie z ustawą o działalności leczniczej analiza skarg i wniosków jest przedstawiana Radzie Społecznej Szpitala na ostatnim posiedzeniu w danym roku kalendarzowym, co potwierdza Protokół (brak numeru) z posiedzenia Rady Społecznej z dnia 18.12.2018 r.

[Dowód: akta kontroli str. 356-367]

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 działa Zespół Oceny Przyjęć powołany Zarządzeniem Dyrektora nr 111/2016 z dnia 18.04.2016 r. w sprawie ustalenia składu osobowego Zespołu Oceny Przyjęć. Do zadań Zespołu należy przeprowadzanie oceny list oczekujących na udzielenie świadczenia pod względem:

- prawidłowości prowadzenia dokumentacji,
- czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia,
- zasadności i przyczyn zmian terminów udzielenia świadczeń.

Zespół Oceny Przyjęć raz w miesiącu sporządza raport z okresowej oceny list osób oczekujących, który przedstawiany jest Dyrektorowi Szpitala. Przykładowe Raporty z czerwca i lipca 2018 r. oraz września i października 2019 r. stanowią dowód kontroli.

Z Raportu okresowej oceny list osób oczekujących za miesiąc październik 2019 wynika, iż najdłuższy czas oczekiwania na przyjęcie dla przypadków stabilnych wyniósł 790 dni w Oddziale Rehabilitacji. W zakresie ambulatoryjnej opieki zdrowotnej najwięcej osób oczekuje na udzielenie świadczenia w Poradni Kardiologicznej, tj. w przypadkach stabilnych – 689 dni. W przypadku oczekiwania na świadczenia w pracowniach diagnostycznych najdłużej czeka się na badanie

Ad 71
2019

rezonansem magnetycznym – 199 dni dla przypadków stabilnych, 37 dni dla przypadków pilnych.

[Dowód: akta kontroli str. 368-391]

7. Wykonywanie badań satysfakcji pacjenta.

Badanie satysfakcji pacjentów w Szpitalu przeprowadzane jest w oparciu o Regulamin badania poziomu satysfakcji pacjentów Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju wprowadzony Zarządzeniem nr 41/2012 Dyrektora z dnia 20.04.2012 r.

Badanie prowadzone jest poprzez dobrowolne, anonimowe ankiety skierowane do pacjentów oddziałów szpitalnych, poradni specjalistycznych oraz pacjentów POZ, których wzory stanowią dowód kontroli. Ocenie podlega również jakość opieki okołoporodowej. Ankieta w przypadku pacjentów leczonych w ramach Oddziałów obejmuje kilka obszarów: przyjęcie do szpitala, warunki pobytu, opiekę lekarską, pielęgniarскую, jakość diagnostyki, ocenę środowiska szpitalnego (wyżywienie, warunki lokalowe, organizację pracy) oraz przestrzeganie karty praw pacjenta. W przypadku pacjentów leczonych w ramach poradni bada się pracę rejestracji telefonicznej, obsługę pacjenta, jakość usług, czas oczekiwania na konsultację, opiekę lekarską i pielęgniarскую. W przypadku pacjentów POZ badanie pozwala ocenić dostępność oraz terminowość usług zdrowotnych, a także poziom informacji o programach profilaktycznych oraz respektowaniu praw pacjenta. Zbieranie ankiet odbywa się przy pomocy skrzynek zlokalizowanych przy wejściu do Szpitala oraz na Oddziałach.

Analiza i opracowanie wyników ankiet należy do obowiązków Pełnomocnika ds. Jakości, który sporządza raport półroczny dotyczący opinii pacjentów z oddziałów oraz roczny w zakresie uwag zgłaszanych przez pacjentów poradni. Raport przedstawiany jest Dyrektorowi Szpitala, a jego wyniki w razie konieczności przedstawiane są zespołom roboczym w celu omówienia i podjęcia działań naprawczych. Z analizy ankiet z pierwszego półrocza 2019 r. wynika, że większość badanych obszarów oceniona została przez pacjentów bardzo dobrze. Obszary wymagające poprawy zostały wskazane w Raporcie z dnia 26.11.2019 r. (m.in. niewystarczająca liczba miejsc parkingowych, zbyt długi czas oczekiwania na lekarza, brak wystarczającej ilości miejsca w salach chorych). W oparciu o sformułowane wnioski zostaną podjęte działania mające na celu poprawę zadowolenia pacjentów z usług zdrowotnych świadczonych w Szpitalu.

[Dowód: akta kontroli str. 392-462]

B. Stwierdzone nieprawidłowości:

- 1) Naruszenie zapisu art. 27 ust. 4 pkt 8 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej w zakresie braku wskazania w umowach Nr 985/2016 z dnia 30.12.2016 r. oraz nr 909/2018 z dnia 21.12.2018 r. szczegółowych okoliczności uzasadniających rozwiązanie umowy za wypowiedzeniem,
- 2) Naruszenie zapisu §15 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą w zakresie braku pisemnego powiadomienia kandydatów o wynikach konkursu.

C. Ocena częściowa: pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości

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.

IV. Prawdliwość gospodarowania mieniem.

A. Ustalenia faktyczne

W zakresie prawidłowości gospodarowania mieniem kontrolą objęto niżej wymienione zagadnienia:

1. Nabycie aparatury i sprzętu medycznego.

a) Stół zabiegowy Golem 2S o wartości 17 083,47 zł:

- dowód przyjęcia OTS14/19/OTS z dnia 28.02.2019 r., nr inwentarzowy: 1/802/3320;
- zakup ujęty w planie inwestycyjnym Szpitala na 2018 r. pozytywnie zaopiniowanym przez Radę Społeczną Szpitala uchwałą nr 37/2018 z dnia 21.12.2018 r.;
- pozytywna opinia Rady Społecznej dotycząca przystąpienia do projektu i przyjęcia dotacji wyrażona uchwałą nr 25/2018 z dnia 11.07.2018 r.;
- zakup współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach RPO WL 2014-2020, z uwagi na wartość ww. sprzętu zgoda podmiotu tworzącego na nabycie nie była wymagana;
- zakup potwierdzony fakturą VAT Nr 9/RN/02/2019 z dnia 28.02.2019 r., termin płatności 30.03.2019 r., zapłacono 18.03.2019 r.;

b) Inkubator zamknięty typ Atom Air Incu o wartości 42 676,81 zł:

- dowód przyjęcia OTS151/19/OTS z dnia 30.09.2019 r., nr inwentarzowy: 1/802/3455;
- zakup ujęty w planie inwestycyjnym Szpitala na 2019 r., którego zmiana została pozytywnie zaopiniowana przez Radę Społeczną Szpitala uchwałą nr 38/2019 z dnia 08.11.2019 r.;
- pozytywna opinia Rady Społecznej dotycząca przyjęcia darowizny wyrażona uchwałą nr 42/2019 z dnia 08.11.2019 r.;
- darowizna od Fundacji Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy, z uwagi na wartość ww. sprzętu zgoda podmiotu tworzącego na nabycie nie była wymagana;

c) Zestaw do transportu noworodka (inkubator, respirator, kardiomonitor, zestaw do transportu respiratora i kardiomonitora) o wartości 159 840,00 zł:

- dowód przyjęcia OTS194/19/OTS z dnia 29.11.2019 r., nr inwentarzowy: 1/802/3498;
- zakup ujęty w planie inwestycyjnym Szpitala na 2019 r., którego zmiana została pozytywnie zaopiniowana przez Radę Społeczną Szpitala uchwałą nr 38/2019 z dnia 08.11.2019 r.;
- pozytywna opinia Rady Społecznej wyrażona uchwałą nr 40/2019 z dnia 18.11.2019 r.;
- zgoda podmiotu tworzącego na przyjęcie darowizny pieniężnej na zakup sprzętu wyrażona pismem z dnia 19.11.2019 r.;
- protokół odbioru z dnia 24.11.2019 r.
- zakup potwierdzony fakturą VAT Nr 1019276 z dnia 29.11.2019 r., termin płatności 01.01.2020 r., zapłacono 09.12.2019 r.;

[Dowód: akta kontroli str. 463-530]

Nabycie sprzętu medycznego w ww. zakresie nie budzi zastrzeżeń.

2. Zbycie aparatury i sprzętu medycznego.

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

- a) Aparat do automatycznego pomiaru ciśnienia krwi SIRECUST 888 nr 02281 - nr inwentarzowy 1/802/1294; rok produkcji 1992; wartość początkowa 6 253,27 zł; umorzenie 100 %;
- Protokół Nr 37/2017 z dnia 20.02.2017 r. – urządzenie niekompletne, doprowadzenie do stanu użyteczności nieopłacalne kosztowo, sprzęt nadaje się do kasacji;
 - wniosek o kasację środka trwałego z dnia 25.01.2018 r.;
 - pozytywna opinia Rady Społecznej Szpitala wyrażona uchwałą nr 16/2018 z dnia 26.04.2018 r.;
 - z uwagi na wartość początkową ww. aparatu zgoda podmiotu tworzącego na zbycie aparatu nie była wymagana;
 - protokół nr 1/2018 Komisji Likwidacyjnej środków trwałych Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju z dnia 25.05.2018 r.;
 - dowód LTS z dnia 15.2/18 z dnia 31.05.2018 r.;
 - karta przekazania odpadów nr 1/01/2019 z dnia 30.01.2019 r.;
 - protokół przeprowadzonej procedury sprzedaży złomu z dnia 22.03.2019 r.
- b) Kardiomonitor typ CM-8 nr 700.00213 - nr inwentarzowy 1/802/1102; rok produkcji 1993; wartość początkowa 50 901,10 zł; umorzenie 100 %;
- Protokół Nr 24/2018 z dnia 29.03.2018 r. – urządzenie niekompletne i niesprawne, doprowadzenie do stanu użyteczności nieopłacalne kosztowo, sprzęt nadaje się do kasacji;
 - pozytywna opinia Rady Społecznej Szpitala wyrażona uchwałą nr 15/2018 z dnia 26.04.2018 r.;
 - zgoda podmiotu tworzącego na zbycie aparatu z dnia 24.05.2018 r.;
 - protokół nr 2/2018 Komisji Likwidacyjnej środków trwałych Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju z dnia 25.10.2018 r.;
 - dowód LTS7/18 z dnia 29.10.2018 r.;
 - karta przekazania odpadów nr 1/02/2019 z dnia 25.02.2019 r.;
 - protokół przeprowadzonej procedury sprzedaży złomu z dnia 22.03.2019 r.
- c) Zestaw do litotrypsji: Aparat RTG Cardio 945 nr seryjny 036-129/0702-2220-13 wraz z aparatem Econolith 2000 nr seryjny 076-32 - nr inwentarzowy 1/802/1951; rok produkcji odpowiednio 2007 i 2006; wartość początkowa 812 510,00 zł; umorzenie 100 %;
- pozytywna opinia Rady Społecznej Szpitala wyrażona uchwałą nr 5/2018 z dnia 26.04.2018 r.;
 - zgoda podmiotu tworzącego na zbycie aparatu wyrażona uchwałą nr 1239/262/V/2018 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 05.06.2018 r.;
 - protokół nr 2/2018 Komisji Likwidacyjnej środków trwałych Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju z dnia 25.10.2018 r.;
 - protokół z drugiego przetargu na sprzedaż z wnioskiem o przekazanie urządzenia do skupu surowców wtórnych;
 - karta przekazania odpadów nr 1/02/2019 z dnia 25.02.2019 r.;
 - protokół przeprowadzonej procedury sprzedaży złomu z dnia 22.03.2019 r.

[Dowód: akta kontroli str. 531-567]

Zbycie sprzętu medycznego w ww. zakresie nie budzi zastrzeżeń.

3. Najem/dzierżawa pomieszczeń.

W ramach kontroli sprawdzaniem objęto prawidłowość zawarcia umowy:

- 1) Najmu nr 625/2018 z dnia 03.09.2018 r.
- 2) Najmu nr 35/2019 z dnia 07.01.2019 r.

Ad 1) Przedmiotem umowy jest najem łącznej powierzchni użytkowej 186,51 m² zlokalizowanej w budynku Szpitala przy ul. Ignacego Krasickiego 21, z przeznaczeniem na działalność w zakresie krwiodawstwa i krwiolecznictwa polegającą na poborze krwi i jej składników. Umowa zawarta została na okres 3 lat od dnia 15.11.2018 r. Rada Społeczna uchwałą nr 29/2018 z dnia 11.07.2018 r. pozytywnie zaopiniowała najmem przedmiotowej powierzchni. Szpital uzyskał zgodę podmiotu tworzącego wyrażoną uchwałą nr 1898/278/V/2018 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 16.08.2018r.

Zgodnie z zapisami umowy, najemca zobowiązany jest płacić wynajmującemu czynsz najmu obejmujący również podatek od nieruchomości na podstawie wystawionej przez wynajmującego faktury VAT, na konto wskazane w fakturze lub skompensować płatność z fakturami wystawionymi przez RCKiK za wydaną krew i jej składniki. Płatność następować powinna z góry w terminie 14 dni od daty wystawienia faktury.

Zgodnie z zapisami § 15 ust. 3 „Zasad zbywania, wdzierżawiania, wynajmowania, oddania w użytkowanie lub użyczenie aktywów trwałych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie” przyjętych uchwałą nr 1784/277/IV/2013 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 13.08.2013 r. z późn. zm. (obowiązujących do dnia 24.09.2018r.) umowa powinna zawierać zobowiązanie najemcy do ubezpieczenia przedmiotu najmu od następstw zdarzeń losowych oraz posiadania przez najemcę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej. Zapis w § 12 umowy nie uwzględnia ubezpieczenia przedmiotu najmu od następstw zdarzeń losowych.

Pozostałe wymogi określone uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego zostały zawarte w ww. umowie.

Objęte kontrolą faktury za listopad i grudzień 2018 r. wystawione zostały zgodnie z treścią umowy. Należności z tytułu ww. faktur zostały skompensowane z zobowiązaniami Szpitala wobec najemcy.

Ad 2) Przedmiotem umowy jest najem łącznej powierzchni 34,11 m² zlokalizowanej w budynku Szpitala przy ul. Ignacego Krasickiego 21 do celów biurowo - magazynowych. Umowa zawarta została na okres 3 lat od dnia 26.01.2019 r. Rada Społeczna uchwałą nr 52/2018 z dnia 18.12.2018 r. pozytywnie zaopiniowała najem przedmiotowej powierzchni. Zgoda podmiotu tworzącego nie była wymagana.

Zgodnie z zapisami umowy, najemca zobowiązany jest płacić wynajmującemu czynsz najmu obejmujący również podatek od nieruchomości na podstawie wystawionej przez wynajmującego faktury VAT, na konto wskazane w umowie. Czynsz winien być płacony z góry w terminie 14 dni od daty wystawienia faktury.

W trakcie kontroli stwierdzono, że umowa zawiera wszystkie wymogi wskazane w § 3 „Zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie” określonych w uchwale nr 2232/288/V/2018 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 25.09.2018 r.

Objęte kontrolą faktury za maj i sierpień 2019 r. wystawione zostały zgodnie z treścią umowy. Należności z tytułu ww. faktur zostały uregulowane przez najemcę w formie zaliczek wnoszonych przed terminem płatności faktur.

[Dowód: akta kontroli str. 568-611]

B. Stwierdzone uchybienie:

Naruszenie zapisów § 15 ust. 3 „Zasad zbywania, wydzierżawiania, wynajmowania, oddania w użytkowanie lub użyczenie aktywów trwałych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie” przyjętych uchwałą nr 1784/277/IV/2013 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 13.08.2013 r. z późn. zm. (obowiązujących do dnia 24.09.2018r.) poprzez brak w umowie najmu nr 625/2018 z dnia 03.09.2018 r. zapisu dot. zobowiązania najemcy do ubezpieczenia przedmiotu najmu od następstw zdarzeń losowych.

C. Ocena częściowa: pozytywna z uchybieniem

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 08-09.11.2017 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) Dostosowanie zapisów Regulaminu Organizacyjnego Szpitala do wymogów wynikających z art. 24 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej oraz zapisów Księgi Rejestrowej Szpitala – zrealizowane w zakresie objętym kontrolą w latach 2016-2017;
- 2) Terminowe regulowanie zobowiązań;
- 3) Przestrzeganie przy zakupie sprzętu i aparatury medycznej postanowień wynikających z procedury dotyczącej nabywania aparatury i sprzętu medycznego przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie, określonej w uchwale Zarządu Województwa Śląskiego nr 1745/276/IV/2013 z dnia 6.08.2013 r.;
- 4) Zamieszczanie w zawieranych umowach najmu/dzierżawy postanowień określonych przez Zarząd Województwa Śląskiego uchwałą nr 1784/277/IV/2013 z dnia 13.08.2013 r. w sprawie przyjęcia zasad zbywania, wydzierżawiania, wynajmowania, oddania w użytkowanie lub użyczenie aktywów trwałych SP ZOZ, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie, z późn. zm. (brak zapisu w zawartej umowie dot. zobowiązania najemcy lub dzierżawcy do zakazu podnajmowania i poddzierżawy).

Stwierdzono, że zalecenia pokontrolne zostały wykonane.

B. Stwierdzone nieprawidłowości i uchybienia: brak

C. Ocena częściowa: pozytywna

Na tym ustalenia kontrolne zakończono.

VI. Pozostałe informacje, zalecenia i pouczenia.

1. Pozostałe informacje

Pismem z dnia 3 stycznia 2020 r., znak: ZD-N.1711.19.2019 (ZD-N.KW-00010/20), Projekt wystąpienia pokontrolnego został przekazany Dyrektorowi Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 2.

Ze „zwrotnego potwierdzenia odbioru” wynika, że pismo zostało doręczone do Szpitala w dniu 10 stycznia 2020 r.

Dyrektor Szpitala nie zgłosił zastrzeżeń do treści Projektu wystąpienia pokontrolnego.

2. Zalecenia

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami oraz uchybieniem **zalecam** podjąć działania zmierzające do:

- 1) Usunięcia niezgodności pomiędzy zapisami Regulaminu Organizacyjnego Szpitala i Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą w zakresie komórek organizacyjnych działalności medycznej;
- 2) Umieszczenia na stronie BIP Szpitala informacji obejmującej dokumentację przebiegu i efektów kontroli oraz wystąpień, stanowisk, wniosków i opinii podmiotów ją przeprowadzających, zgodnie z wymogiem art. 6 ust. 1 pkt. 4 lit. a) tiret drugie) ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej;
- 3) Przestrzegania zapisów art. 27 ust. 4 pkt. 8 ustawy o działalności leczniczej poprzez zawieranie w umowach dotyczących udzielania świadczeń zdrowotnych postanowień określających szczegółowe okoliczności uzasadniające rozwiązanie umowy za wypowiedzeniem;
- 4) Przeprowadzania postępowań konkursowych zgodnie z zapisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą, w zakresie dotyczącym § 15 ust 3 ww. rozporządzenia, tj. pisemnego powiadamiania kandydatów o wynikach konkursu;
- 5) Przestrzegania procedur i unormowań w zakresie gospodarowania mieniem Szpitala zgodnie z przyjętymi przez Województwo Śląskie uregulowaniami (Uchwała Nr 2232/288/V/2018 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 25.09.2018 r. z późn. zm. w sprawie *Zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie*) w zakresie umieszczania stosownych postanowień w treści zawieranych umów najmu, dzierżawy, użyczenia i użytkowania.

3. Pouczenia

Wystąpienie pokontrolne sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, z których jeden przekazuje się do Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju.

Wystąpienie pokontrolne zawiera 16 ponumerowanych stron.

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

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

Podmiot uprawniony do kontroli

z up. ZARZĄDU WOJEWÓDZTWA ŚLĄSKIEGO

Barbara Daniel
Zastępca Dyrektora
Departamentu Zdrowia