

Katowice, 22 kwietnia 2021 r.
NZ-NK.1711.2.2020

**Urząd Marszałkowski
Województwa Śląskiego
Departament Nadzoru
Podmiotów Lecznicznych i Ochrony Zdrowia**
(oznaczenie jednostki kontrolującej)

**Beskidzki Zespół Leczniczo-Rehabilitacyjny
Szpital Opieki Długoterminowej
ul. Słoneczna 83, 43-384 Jaworze**
(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 (t. j.: Dz. U. z 2020 r. poz. 295 z późn. zm.),
- 2) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych (t. j.: Dz. U. 2015, poz. 1331),
- 3) planu kontroli na 2020 rok, załącznik nr 2, poz. 6 zatwierdzonego uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 5/91/VI/2020 z dnia 08.01.2020 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.

I. Dane identyfikacyjne kontroli:

Jednostka kontrolowana: Beskidzki Zespół Leczniczo-Rehabilitacyjny Szpital Opieki Długoterminowej, ul. Słoneczna 83, 43-384 Jaworze.

Kierownik jednostki kontrolowanej: w okresie objętym kontrolą funkcję Dyrektora pełniła Pani Grażyna Habdas powołana 26.04.2007 r.

Dyrektor wykonuje swoje zadania kierownicze i zarządzające przy pomocy:

- Z-cy Dyrektora ds. administracyjno-eksploatacyjnych – Pani Marty Kwiatkowskiej,
- Główniej Księgowej – Pani Renaty Olek.

Termin przeprowadzenia czynności kontrolnych i zakres kontroli:

Kontrolę przeprowadzono w dniach 9-10.07.2020 r. oraz 10.09.2020 r. w zakresie: realizacji zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie; dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych; prawidłowości gospodarowania mieniem oraz środkami publicznymi w latach 2018-2020.

[Dowód: akta kontroli str. 1-3]

Jednostka prowadząca kontrolę: Departament Nadzoru Podmiotów Lecznicznych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w Katowicach.

Osoby przeprowadzające kontrolę:

Barbara Gwiazda-Amrosz - Główny Specjalista Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w Katowicach, legitymacja służbowa nr 1101491, na podstawie upoważnień jednorazowych Nr 220/ZD/2020 z dnia 29.06.2020 r. i 339/NZ/2020 z dnia 7.09.2020 wydanych z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 8 lipca 2020 r.

Paulina Górkiewicz - Główny Specjalista Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w Katowicach, legitymacja służbowa nr 1102931, na podstawie upoważnień jednorazowych Nr 221/ZD/2020 z dnia 29.06.2020 r. i 340/NZ/2020 z dnia 7.09.2020 r. wydanych z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 8 lipca 2020 r.

Magdalena Majchrzak-Osiecka - Kierownik Referatu ds. organizacyjno-kadrowych Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w Katowicach, legitymacja służbowa nr 1100992, na podstawie upoważnień jednorazowych Nr 219/ZD/2020 z dnia 29.06.2020r. i 338/NZ/2020 z dnia 7.09.2020r. wydanych z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 8 lipca 2020 r.

O kontroli Dyrektor jednostki został poinformowany telefonicznie oraz pismem przesłanym drogą elektroniczną w dniu 29 czerwca 2020 r.

Kontrolę wpisano do książki kontroli pod pozycją 4/2020.

[Dowód: akta kontroli str. 4-9]

II. Działalność statutowa.

A. Ustalenia faktyczne:

Zgodność zakresu i rodzaju udzielanych świadczeń zdrowotnych lub usług z zakresem i rodzajem świadczeń lub usług przewidzianych w Statucie i Regulaminie Organizacyjnym Beskidzkiego Zespołu Leczniczo-Rehabilitacyjnego Szpitala Opieki Długoterminowej w Jaworzu.

1. Informacje ogólne.

Beskidzki Zespół Leczniczo-Rehabilitacyjny Szpital Opieki Długoterminowej w Jaworzu zwany dalej „Szpitalem” jest samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej. Funkcję podmiotu tworzącego pełni Województwo Śląskie. Nadzór nad działalnością Szpitala sprawuje Zarząd Województwa Śląskiego. Szpital wpisany jest do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego pod numerem 000000013990 oraz posiada osobowość prawną i jest wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Bielsku-Białej pod numerem KRS 0000179093. Siedziba Szpitala znajduje się w Jaworzu.

Szpital działa na podstawie:

- 1) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t. j.: Dz. U. z 2020 r. poz. 295 z późn. zm.) oraz przepisów wykonawczych do tej ustawy,
- 2) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j.: Dz. U. z 2020 r. poz. 1398 z późn.zm.),

- 3) Statutu Szpitala, przyjętego Uchwałą Nr V/42/22/2017 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 18 września 2017 r., w sprawie ogłoszenia tekstu jednolitego Uchwały Nr V/12/16/2015 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 21 września 2015 r. i ogłoszonego w Dzienniku Urzędowym Województwa Śląskiego w dniu 05.10.2017 r. pod pozycją 5297 (Dz. Urz. z dnia 05.10.2017 r., poz. 5297),
- 4) Regulaminu Organizacyjnego, którego ostatnie zmiany zostały pozytywnie zaopiniowane przez Radę Społeczną, uchwałą nr 10/2020 Rady Społecznej z dnia 22.06.2020 r. oraz wprowadzonego w życie Zarządzeniem Dyrektora nr 64/2020 z dnia 23.06.2020 r.
- 5) w zakresie gospodarki mieniem:
 - a) 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 06.08.2013 r., z późn. zm.,
 - b) zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie, określonych w Uchwale Zarządu Województwa Śląskiego nr 2232/288/V/2018 z dnia 25 września 2018 r. z późn. zm.,
- 6) innych powszechnie obowiązujących przepisów prawa.

W Szpitalu zatrudnienie na dzień 10.07.2020 r. roku wynosiło ogółem 267 pracowników:

- 202 pracowników w ramach umowy o pracę,
- 65 pracowników w ramach umowy cywilnoprawnej (w tym 29 pracowników realizujących zadania w ramach umowy zlecenia oraz 36 pracowników realizujących zadania, w tym świadczenia zdrowotne, w ramach umowy kontraktowej).

[Dowód: akta kontroli str. 10]

2. Prawdliwość wpisów w Krajowym Rejestrze Sądowym.

Ostatnie zgłoszenie do Krajowego Rejestru Sądowego z dnia 19 grudnia 2019 r. dotyczy zmiany Składu Rady Społecznej Szpitala powołanej Uchwałą nr 2269/73/VI/2019 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 07.10.2019 r. Ustalono, że został dopełniony ustawowy obowiązek wynikający z art. 22 ustawy o Krajowym Rejestrze Sądowym z dnia 20 sierpnia 1997 r. (t. j.: Dz. U. z 2019 r. poz. 1500 z późn. zm.), który wskazuje 7-dniowy termin na zgłoszenie zmian do KRS (powołanie Rady Społecznej 07.10.2019 r., pierwsze posiedzenie Rady, na którym można było uzyskać dane niezbędne do przeprowadzenia zmian w KRS 12.12.2019 r., złożenie wniosku w dniu 19.12.2019 r., wpis 20.01.2020 r.). Ustalono, że do Krajowego Rejestru Sądowego zgłoszone zostały wszystkie wymagane prawem informacje o Szpitalu.

[Dowód: akta kontroli str. 11-33]

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

Regulamin Organizacyjny Szpitala (dalej: „Regulamin”) sporządzony został w oparciu o przepisy art. 24 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej. Ostatnie zmiany do Regulaminu oraz ogłoszenie tekstu jednolitego zostały pozytywnie zaopiniowane przez Radę Społeczną Szpitala Uchwałą Nr 10/2020 z dnia 22.06.2020 r., a następnie wprowadzone Zarządzeniem Dyrektora Szpitala Nr 64/2020 z dnia 23.06.2020 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. Stwierdzono zgodność zapisów Regulaminu w zakresie struktury organizacyjnej komórek działalności medycznej oraz miejsca udzielania świadczeń

zdrowotnych z Księgą Rejestrową widniejącą w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonym przez Wojewodę Śląskiego według stanu na dzień 09.07.2020 r.

Zwraca się jednak uwagę na odmienny sposób pisowni poszczególnych wyrazów w nazwach komórek organizacyjnych Szpitala w ww. dokumentach (w Regulaminie Organizacyjnym wszystkie człony w nazwach pisane są dużą literą, natomiast w księdze tylko pierwszy człon nazwy pisany jest dużą literą, pozostałe człony z małej).

Zgodność Regulaminu Organizacyjnego Szpitala z Rejestrem Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonym przez Wojewodę Śląskiego prezentuje przedstawiona poniżej tabela nr. 1.

REGULAMIN ORGANIZACYJNY			REJESTR PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ PROWADZONY PRZEZ WOJEWODĘ	
L.P.	NAZWA JEDNOSTKI/ KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ	LICZBA ŁÓŻEK/ MIEJSC DZIENNEGO POBYTU/ STANOWISK/ INNE	NAZWA JEDNOSTKI/ KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ	LICZBA ŁÓŻEK/ MIEJSC DZIENNEGO POBYTU/ STANOWISK/ INNE
1	2	3	4	5
A	ZAKŁAD LECZNICZY		ZAKŁAD LECZNICZY	
SZPITAL SPECJALISTYCZNY			SZPITAL SPECJALISTYCZNY	
I	JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZAKŁADU LECZNICZEGO		JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZAKŁADU LECZNICZEGO	
Szpital Specjalistyczny			Szpital Specjalistyczny	
I	KOMÓRKA DZIAŁANOŚCI MEDYCZNEJ		KOMÓRKA DZIAŁANOŚCI MEDYCZNEJ	
1.1.	Oddział Leczniczo - Rehabilitacyjny dla Dorosłych	53	Oddział leczniczo - rehabilitacyjny dla dorosłych	53
1.2.	Pododdział Rehabilitacji Neurologicznej dla Dorosłych	37	Pododdział rehabilitacji neurologicznej dla dorosłych	37
1.3.	Pododdział Rehabilitacji Kardiologicznej	30	Pododdział rehabilitacji kardiologicznej	30
1.4	Oddział Leczniczo - Rehabilitacyjny dla Dzieci i Młodzieży	60	Oddział leczniczo - rehabilitacyjny dla dzieci i młodzieży	60
1.5	Pododdział Rehabilitacji Neurologicznej dla Dzieci i Młodzieży	17	Pododdział rehabilitacji neurologicznej dla dzieci i młodzieży	17
1.6	Pododdział Rehabilitacji Pulmonologicznej dla Dzieci i Młodzieży	13	Pododdział rehabilitacji pulmonologicznej dla dzieci i młodzieży	13
1.7	Izba Przyjęć dla Dorosłych	nie dotyczy	Izba przyjęć dla dorosłych	nie dotyczy
1.8	Izba Przyjęć dla Dzieci	nie dotyczy	Izba przyjęć dla dzieci	nie dotyczy
1.9	Dział Farmacji Szpitalnej	nie dotyczy	Dział farmacji szpitalnej	nie dotyczy
1.10	Pracownia Spirometryczna	nie dotyczy	Pracownia spirometryczna	nie dotyczy
1.11	Pracownia Prób Wysiłkowych	nie dotyczy	Pracownia prób wysiłkowych	nie dotyczy
1.12	Pracownia Pomiarowa	nie dotyczy	Pracownia pomiarowa	nie dotyczy
1.13	Pracownia Pomiarowa dla Dzieci i Młodzieży	nie dotyczy	Pracownia pomiarowa dla dzieci i młodzieży	nie dotyczy
B	ZAKŁAD LECZNICZY		ZAKŁAD LECZNICZY	
AMBULATORYJNA OPIEKA ZDROWOTNA			AMBULATORYJNA OPIEKA ZDROWOTNA	
I	JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZAKŁADU		JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZAKŁADU	

adla

	LECZNICZEGO		LECZNICZEGO	
	Ambulatoryjna Opieka Zdrowotna		Ambulatoryjna Opieka Zdrowotna	
I	KOMÓRKA DZIAŁANOŚCI MEDYCZNEJ		KOMÓRKA DZIAŁANOŚCI MEDYCZNEJ	
1.1.	Pododdział Dzienny Rehabilitacji Kardiologicznej	20	Pododdział dzienny rehabilitacji kardiologicznej	20
1.2.	Pododdział Dzienny	20	Pododdział dzienny	20
1.3.	Pododdział Dzienny dla Dzieci i Młodzieży	20	Pododdział dzienny dla dzieci i młodzieży	20
1.4.	Dział Rehabilitacji dla Dorosłych	nie dotyczy	Dział rehabilitacji dla dorosłych	nie dotyczy
1.5.	Dział Rehabilitacji Dziecięcej	nie dotyczy	Dział rehabilitacji dziecięcej	nie dotyczy
1.6.	Poradnia Rehabilitacyjna	nie dotyczy	Poradnia rehabilitacyjna	nie dotyczy
1.7.	Poradnia Rehabilitacyjna dla Dzieci i Młodzieży	nie dotyczy	Poradnia rehabilitacyjna dla dzieci i młodzieży	nie dotyczy
1.8.	Poradnia Kardiologiczna	nie dotyczy	Poradnia kardiologiczna	nie dotyczy
1.9.	Poradnia Reumatologiczna	nie dotyczy	Poradnia reumatologiczna	nie dotyczy
1.10.	Poradnia Neurologiczna	nie dotyczy	Poradnia neurologiczna	nie dotyczy
1.11.	Pracownia Rentgenodiagnostyki	nie dotyczy	Pracownia rentgenodiagnostyki	nie dotyczy
1.12.	Pracownia Ultrasonografii	nie dotyczy	Pracownia ultrasonografii	nie dotyczy
II	JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZAKŁADU LECZNICZEGO		JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZAKŁADU LECZNICZEGO	
	Medyczne Laboratorium Diagnostyczne		Medyczne Laboratorium Diagnostyczne	
I	KOMÓRKA DZIAŁANOŚCI MEDYCZNEJ		KOMÓRKA DZIAŁANOŚCI MEDYCZNEJ	
1.1.	Pracownia Analityczna	nie dotyczy	Pracownia analityczna	nie dotyczy

Tabela nr. 1 - Zgodność Regulaminu Organizacyjnego z Rejestrem Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonym przez Wojewodę Śląskiego.

Zgodnie z przekazanymi przez Dyrektora jednostki informacjami, według stanu na dzień 09.07.2020 r. Szpital realizował świadczenia medyczne we wszystkich zakresach zgodnie ze strukturą organizacyjną określoną w Regulaminie Organizacyjnym Beskidzkiego Zespołu Leczniczo-Rehabilitacyjnego Szpitala Opieki Długoterminowej w Jaworzu.

Podczas kontroli sprawdzono prawidłowość procesu dokonywania zmian w strukturze organizacyjnej w zakresie komórek/jednostek organizacyjnych Szpitala realizujących świadczenia zdrowotne w oparciu o *Procedurę postępowania w przypadku dokonywania zmian struktury organizacyjnej zakładów leczniczych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie*, wprowadzoną Uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 1327/201/VI/2017 z dnia 27.06.2017 r., a następnie Uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 801/36/VI/2019 z dnia 17.04.2019 r., a także zgodność z zapisami ustawy o działalności leczniczej. Przebieg zmian zweryfikowano pod względem uzyskania pozytywnej opinii Rady Społecznej Szpitala w związku z dokonywaną zmianą, uzyskaniem akceptacji podmiotu tworzącego, a także zgłoszeniem zmian w strukturze organizacyjnej do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonym przez Wojewodę Śląskiego. Stwierdzono, że ww. procesy nie w każdym przypadku zostały zachowane (dot. utworzenia Poradni Reumatologicznej, Poradni Neurologicznej, Pracowni Pomiarowej oraz Pracowni Pomiarowej dla Dzieci i Młodzieży). Dyrektor Szpitala pisemnie odniósł się do kwestii uzyskania akceptacji podmiotu tworzącego na dokonanie zmian w strukturze organizacyjnej jednostki polegającej na utworzeniu komórek organizacyjnych po dacie rozpoczęcia przez nie działalności wyjaśniając, iż posiadanie ww. komórek stanowiło jeden z wymogów udziału w konkursie ofert organizowanym przez Narodowy Fundusz Zdrowia,

zmiernym do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Brak możliwości dochowania terminów związanych z uzyskaniem akceptacji wynikał z krótkiego terminu składania ofert w przedmiotowym postępowaniu.

Przebieg procesu zmian w strukturze organizacyjnej związany z działalnością medyczną Szpitala przedstawiono poniżej (tabela nr 2).

L.P.	OKREŚLENIE RODZAJU ZMIANY	OPINIA RADY SPOŁECZNEJ (NR UCHWAŁY, Z DNIA)	DATA ROZPOCZĘCIA / ZAKOŃCZENIA DZIAŁALNOŚCI / OKRES ZAWIESZENIA	DATA ZMIANY W REJESTRZE PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ	DATA AKCEPTACJI UDZIEŁONEJ PRZEZ PODMIOT TWORZĄCY
1	2	3	4	5	6
*utworzenie komórki/jednostki organizacyjnej (nazwa utworzonej komórki):					
1	PORADNIA KARDIOLOGICZNA	Uchwała Nr 18/2018 z dnia 24.10.2018 r. Uchwała Nr 25/2018 z dnia 19.12.2018 r.	09.11.2018 r.	26.10.2018 r.	31.10.2018 r.
2	PORADNIA REUMATOLOGICZNA, PORADNIA NEUROLOGICZNA	Uchwała Nr 19/2018 z dnia 05.11.2018 r. Uchwała Nr 25/2018 z dnia 19.12.2018 r.	16.11.2018 r.	07.11.2018 r.	21.11.2018 r.
3	PRACOWNIA POMIAROWA, PRACOWNIA POMIAROWA DLA DZIECI I MŁODZIEŻY	Uchwała Nr 25/2018 z dnia 19.12.2018 r.	30.11.2018 r.	29.11.2018 r.	04.12.2018 r.
4	MEDYCZNE LABORATORIUM DIAGNOSTYCZNE	Uchwała Nr 12/2019 z dnia 14.06.2019 r.	03.07.2019 r.	03.07.2019 r.	18.06.2019 r.
5	W okresie kontroli nie przeprowadzono zmian w zakresie likwidacji, połączenia, podziału komórek / jednostek organizacyjnych, zmian nazw komórek / jednostek organizacyjnych, zawieszenia działalności komórek / jednostek organizacyjnych, a także zmian w zakresie liczby łóżek w Szpitalu.				

Tabela nr 2 – zmiany struktury organizacyjnej w okresie objętym kontrolą (t. j. od 1.01.2018 r. do 09.07.2020 r.).

Szpital posiada własną stronę internetową pod adresem: <https://http://www.rehabilitacja-jaworze.com.pl/> oraz odrębną stronę podmiotową BIP pod adresem: <https://https://bip-slaskie.pl/bzlrja/>. Kontrola strony Biuletynu Informacji Publicznej Szpitala wykazała, że zawiera ona informacje wymagane przez art. 24 ust. 2 o działalności leczniczej. Wszystkie informacje wskazane w ww. przepisie zostały poprawnie podane do wiadomości pacjentów poprzez ich wywieszenie w widocznych miejscach udzielania świadczeń zdrowotnych.

Analizie poddano zgodność danych zamieszczonych na stronie BIP z zapisami art. 8 ust. 3 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (t. j.: Dz. U. z 2019 r. poz. 1429 z późn. zm.). Stwierdzono, że wszystkie informacje wymagane przez przepisy ww. ustawy zostały zamieszczone na stronie BIP Szpitala.

[Dowód: akta kontroli str. 34-166]

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

- a) Uchybienie polegające na utworzeniu komórek organizacyjnych (Poradnia Reumatologiczna, Poradnia Neurologiczna, Pracownia Pomiarowa, Pracownia Pomiarowa dla Dzieci

i Młodzieży) bez wymaganej uprzedniej akceptacji podmiotu tworzącego dla zmiany dotyczącej struktury organizacyjnej zakładu leczniczego szpoz.

Uchybienie skutkujące naruszeniem zapisów Rozdziału II ust. 2 pkt. 2 *Procedury postępowania w przypadku dokonywania zmian dotyczących struktury organizacyjnej zakładów leczniczych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie.*

Wskazane uchybienie nie stanowi rażącego naruszenie przepisów prawa.

C. Ocena cząstkowa: 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.

III. Dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych.

A. Ustalenia faktyczne:

Podstawowym celem działalności Beskidzkiego Zespołu Leczniczo- Rehabilitacyjnego Szpitala Opieki Długoterminowej w Jaworzu jest udzielanie świadczeń zdrowotnych służących zachowaniu, ratowaniu przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania, a także promocja zdrowia.

Szpital prowadzi działalność leczniczą w ramach lecznictwa stacjonarnego i ambulatoryjnego w zakresie rehabilitacji leczniczej i balneoklimatologii, kardiologii, reumatologii i neurologii, diagnostyki medycznej oraz usług farmaceutycznych.

Szpital prowadzi działalność medyczną w ramach umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia w obiektach zlokalizowanych w Jaworze (43-384) przy:

- ul. Słonecznej 83,
- ul. Wapiennickiej 142.

1. Funkcjonowanie wybranych komórek organizacyjnych.

W ramach czynności kontrolnych przeprowadzono wizytację wybranych komórek medycznych. Szczegółową kontrolą objęto funkcjonowanie Oddziału Leczniczo-Rehabilitacyjnego dla Dzieci i Młodzieży, Pododdziału Dziennego Rehabilitacji Kardiologicznej, Poradni Reumatologicznej oraz Pracowni Analitycznej.

1) Oddział Leczniczo-Rehabilitacyjny dla Dzieci i Młodzieży

Oddział wpisany jest do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 002 (kod resortowy identyfikujący komórkę organizacyjną stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych), kod resortowy charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych: 4301 Oddział rehabilitacyjny dla dzieci. Komórka została wpisana do Rejestru z dniem 1 marca 1994 r.

Oddział realizuje świadczenia dla dzieci w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych. Oddział zajmuje się w szczególności diagnostyką, leczeniem i rehabilitacją schorzeń narządu ruchu: po urazach wielonarządowych i wielomiejscowych, po zabiegach chirurgicznych i ortopedycznych, w schorzeniach układu kostno–stawowego, wadach postawy i skoliozach oraz innych ustalonych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej oraz działaniami profilaktycznymi w zakresie w/w schorzeń. Komórka dysponuje 60 łózkami w pokojach 2-, 3-, 5-osobowych z pełnym węzłem sanitarnym. Czas trwania rehabilitacji ogólnoustrojowej dla jednego

pacjenta wynosi do 6 tygodni.

W okresie objętym kontrolą liczba udzielonych hospitalizacji wynosiła:

- 1100 w 2018 r.,
- 1109 w 2019 r.,
- 318 w okresie od 01.01.2020 r. do 30.06.2020 r.

Liczba oczekujących wynosiła 211 osób.

W Oddziale zatrudnionych jest:

- 10 lekarzy (6 w ramach umowy o pracę, 4 w ramach umowy cywilno-prawnej)
- 19 pielęgniarek (18 w ramach umowy o pracę, 1 w ramach umowy cywilno-prawnej)
- 15 fizjoterapeutów (14 w ramach umowy o pracę, 1 w ramach umowy cywilno-prawnej)
- 3 psychologów (w ramach umowy o pracę)

2) Pododdział Dzienny Rehabilitacji Kardiologicznej

Pododdział wpisany jest do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 014 (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: 2308 Zakład/Ośrodek rehabilitacji kardiologicznej dziennej. Komórka została wpisana do Rejestru z dniem 1 stycznia 2011 r.

Pododdział realizuje świadczenia w zakresie rehabilitacji kardiologicznej lub kardiologicznej, telerehabilitacji hybrydowej.

Komórka w szczególności udziela świadczeń zdrowotnych z zakresu rehabilitacji kardiologicznej pacjentom, których stan zdrowia nie pozwala na rehabilitację w warunkach ambulatoryjnych i którzy nie wymagają całodobowego nadzoru medycznego, a w szczególności przy: ostrych zespołach wieńcowych, plastyce naczyń wieńcowych, zabiegach kardiochirurgicznych, zabiegach z zakresu chirurgii naczyniowej, zaostrzeniach niewydolności serca. Rehabilitacja prowadzona jest w oparciu o indywidualnie dobrany dla każdego pacjenta schemat treningowy przygotowany przez lekarza specjalistę, lekarza rehabilitacji medycznej lub balneologii i medycyny fizykalnej we współpracy w magistrem fizjoterapii. Rehabilitacja obejmuje stosowanie ćwiczeń fizycznych o rodzaju, intensywności, czasie trwania i częstotliwości, uwzględniających globalną ocenę ryzyka zdarzeń sercowych oraz wynik badania wysiłkowego. Schemat rehabilitacji obejmuje także: fizykoterapię, zajęcia edukacyjne, interwencje psychospołeczne ukierunkowane na profilaktykę chorób układu krążenia, wtórną prewencję i rehabilitację.

W okresie objętym kontrolą liczba udzielonych świadczeń wynosiła:

- 150 w 2018 r.,
- 186 w 2019 r.,
- 58 w okresie od 01.01.2020 r. do 30.06.2020 r.

Liczba oczekujących wynosiła 74 osób.

W Oddziale zatrudnionych jest:

- 8 lekarzy (3 w ramach umowy o pracę, 5 w ramach umowy cywilno-prawnej)
- 1 pielęgniarka (w ramach umowy o pracę)
- 9 fizjoterapeutów (8 w ramach umowy o pracę, 1 w ramach umowy cywilno-prawnej)
- 4 psychologów (3 w ramach umowy o pracę, 1 w ramach umowy cywilno-prawnej)

Według harmonogramu pracy zamieszczonego w Portalu Świadczeniodawcy NFZ oraz wywieszzonego na drzwiach wejściowych Pododdziału świadczenia udzielane są przez 5 dni w tygodniu (od poniedziałku do piątku), w poniedziałek 6:00-16:00, wtorek 11:00-21:00, środa 6:00-16:00, czwartek 6:00-16:00, piątek 11:00-21:00.

3) Poradnia Reumatologiczna

Poradnia wpisana jest do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 023 (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: 1280 Poradnia reumatologiczna. Komórka została wpisana do Rejestru z dniem 16 listopada 2018 r.

W ww. komórce organizacyjnej realizowane są świadczenia specjalistyczne w zakresie reumatologii poza kontraktem z NFZ. Poradnia realizuje specjalistyczne porady lekarskie w warunkach ambulatoryjnych, które obejmują: kompleksową ocenę stanu zdrowia u pacjenta pierwszorazowego, ocenę przebiegu leczenia w oparciu o badanie podmiotowe i przedmiotowe oraz posiadane lub przedstawione wyniki badań dodatkowych, realizację procedur diagnostycznych, terapeutycznych i rehabilitacyjnych będących kontynuacją rozpoczętych wcześniej, wydawanie orzeczeń lub zaświadczeń lekarskich, wystawianie zleceń na wyroby medyczne w tym leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środkami pomocniczymi, kierowanie na konsultacje specjalistyczne, leczenie szpitalne, leczenie uzdrowskowe lub rehabilitacje leczniczą, edukację i promocję zachowań prozdrowotnych oraz wykonywanie badań profilaktycznych.

W okresie objętym kontrolą liczba udzielonych porad wynosiła:

- 0 w 2018 r.,
- 2 w 2019 r.,
- 1 w okresie od 01.01.2020 r. do 30.06.2020 r.

Nie ma kolejki oczekujących na porady w ramach ww. komórki organizacyjnej. W Poradni zatrudniony jest 1 lekarz. Według harmonogramu pracy zamieszczonego w Portalu Świadczeniodawcy NFZ oraz wywieszonego na drzwiach wejściowych Poradni świadczenia są w środy w godz. od 13:00 do 14:00.

4) Pracownia Analityczna

Pracownia wpisana 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: 7100 Medyczne laboratorium diagnostyczne (laboratorium). Komórka została wpisana do Rejestru z dniem 1 stycznia 2000 r.

W ww. komórce organizacyjnej realizowane są świadczenia z zakresu diagnostyki laboratoryjnej. Do zadań komórki należy: wykonywanie badań laboratoryjnych (z zakresu: analityki ogólnej, biochemii, hematologii), prowadzenie szczegółowej dokumentacji badań, a przede wszystkim: książki badań wykonywanych dla pacjentów leczonych ambulatoryjnie, książki badań wykonywanych dla pacjentów leczonych stacjonarnie.

W okresie objętym kontrolą liczba wykonanych badań wynosiła:

- 9725 w 2018 r.,
- 9645 w 2019 r.,
- 3871 w okresie od 01.01.2020 r. do 30.06.2020 r.

Według harmonogramu pracy świadczenia realizowane przez 5 dni w tygodniu (od poniedziałku do piątku) poniedziałek- piątek 7:00-14:35.

[Dowód: akta kontroli str. 167]

2. Udzielanie zamówień na świadczenia zdrowotne.

Przedmiotem weryfikacji przeprowadzonej przez kontrolujących były zapisy umów:

- 1) Nr DN-SP/3/18 z dnia 05.03.2018 r., Aneks nr 1 z dnia 30.08.2018 r., Aneks nr 2 z dnia 05.10.2018 r., Aneks nr 3 z dnia 03.12.2018 r., Aneks nr 4 z dnia 13.06.2019 r., Aneks nr 5 z dnia 26.08.2019 r. - dotyczącej pełnienia kompleksowej opieki lekarskiej nad osobami leczonymi.

- 2) Nr ZP/BP/69/2018 z dnia 31.10.2018 r., Aneks nr 1 z dnia 22.11.2018 r. - dotyczącej wykonywania badań z zakresu diagnostyki laboratoryjnej tj. badań analitycznych i diagnostycznych u pacjentów kierowanych przez lekarzy zatrudnionych przez Szpital.

Ad. 1) Nr DN-SP/3/18 z dnia 05.03.2018 r.

Umowę zawarto na podstawie art. 26 ust. 4a ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej - jej wartość nie przekracza wyrażonej w złotych równowartości kwoty 30 000 euro liczonej według średniego kursu złotego w stosunku do euro, ustalonego w przepisach wydanych na podstawie art. 35 ust. 3 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych. Jej zawarcie regulują zapisy Regulaminu udzielania zamówień na świadczenia zdrowotne o wartości netto nieprzekraczającej równowartości 30 000 euro stanowiącego załącznik nr 1 do Zarządzenia nr 90/2016 Dyrektora Beskidzkiego Zespołu Leczniczo-Rehabilitacyjnego. Wartość szacunkową zgodnie z ww. Regulaminem określono we wniosku o przeprowadzenie postępowania z dnia 05.03.2018 r. Kalkulacji dokonano na okres 12 m-cy.

Umowa zawarta w formie pisemnej, na czas określony, tj. od dnia 01.04.2018r. na czas udzielania świadczeń, nie krótszy niż 3 miesiące.

Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach i podpisana przez strony, aneksy do umowy sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach i podpisano przez strony.

Zgodnie z art. 27 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej z przyjmującym zamówienie udzielający zamówienia zawiera umowę na czas udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub na czas określony. Należy zwrócić uwagę, iż co do zasady jednak termin ten powinien być określony w sposób precyzyjny tak, aby można było jednoznacznie stwierdzić kiedy umowa ulega rozwiązaniu. Określenie terminu realizacji świadczeń jest istotne w szczególności przy szacowaniu wartości zamówienia. Niejasny termin obowiązywania umowy, a także zawarcie dwóch umów w tożsamym zakresie (co opisano poniżej) może rodzić wątpliwość co do przyjęcia właściwego sposobu kalkulacji wartości zamówienia i zastosowania procedury wyboru świadczeniodawcy. Ponadto w oparciu o zapisy określone w art. 27 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej stwierdza się, że umowa zawiera wszystkie wymagane zapisy, w szczególności:

- 1) określenie zakresu świadczeń zdrowotnych,
- 2) określenie sposobu organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym miejsca, dni i godzin udzielania świadczeń zdrowotnych,
- 3) minimalną liczbę osób udzielających określonych świadczeń zdrowotnych,
- 4) przyjęcie przez przyjmującego zamówienie obowiązku poddania się kontroli przeprowadzanej przez udzielającego zamówienia,
- 5) określenie rodzajów i sposobu kalkulacji należności, jaką udzielający zamówienia przekazuje przyjmującemu zamówienie z tytułu realizacji zamówienia, a w przypadku ustalenia stawki ryczałtowej – określenie jej wysokości,
- 6) ustalenie zasad rozliczeń oraz zasad i terminów przekazywania należności,
- 7) ustalenie trybu przekazywania udzielającemu zamówienia informacji o realizacji przyjętego zamówienia,
- 8) postanowienia dotyczące szczegółowych okoliczności uzasadniających rozwiązanie umowy za wypowiedzeniem oraz okres wypowiedzenia,
- 9) zobowiązanie przyjmującego zamówienie do prowadzenia określonej sprawozdawczości statystycznej.

Art. 27 ust. 8 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej zawiera katalog przesłanek, w których umowa na udzielanie świadczeń zdrowotnych ulega rozwiązaniu. Kontrolowana umowa nie przewiduje możliwości jej rozwiązania określonych w art. 27 ust. 8 pkt. 1,2 i 4).

W ramach kontroli realizacji umowy sprawdzono rachunki nr:

- 16/2018 z dnia 30.05.2018 r. - godzinowa stawka jednostkowa za opiekę lekarską nad pacjentami zgodna z umową. Na dzień wystawienia dokumentu zgodnie z umową

miejszem świadczenia usług jest Oddział Leczniczo-Rehabilitacyjny dla Dorosłych, a nie jak wskazano Oddział Ogólnoustrojowy i Poradnia Rehabilitacyjna. Należałoby zwrócić uwagę Przyjmującemu zamówienie na precyzyjne określenie zakresu wykonywanych usług na dokumentach rozliczeniowych. Na fakturze wyszczególniono także usługi, których nie obejmuje kontrolowana umowa tj. dyżur nocny i dyżur świąteczny. W związku z powyższym uzyskano wyjaśnienie, iż Szpital posiada umowę Nr DN-SP/25/17 na usługi określone w dokumencie rozliczeniowym zawartą 16.11.2017 r. z tym samym Przyjmującym zamówienie. W wyniku weryfikacji stwierdza się, iż zakres i godzinowe stawki jednostkowe wyszczególnione w fakturze są zgodne z przedmiotową umową.

- 10/2019 z dnia 30.04.2020 r. - godzinowa stawka jednostkowa za opiekę lekarską zgodna z umową. Na dzień wystawienia dokumentu zgodnie z umową miejscem świadczenia usług jest Oddział Leczniczo-Rehabilitacyjny dla Dorosłych, a nie jak wskazano Oddział Ogólnoustrojowy i Poradnia Rehabilitacyjna. Należałoby zwrócić uwagę Przyjmującemu zamówienie na precyzyjne określenie zakresu wykonywanych usług na dokumentach rozliczeniowych. Na fakturze wyszczególniono także usługi, których nie obejmuje kontrolowana umowa tj. dyżur nocny i dyżur świąteczny. W związku z powyższym uzyskano wyjaśnienie, iż Szpital posiada umowę Nr DN-SP/25/17 na usługi określone w dokumencie rozliczeniowym zawartą 16.11.2017 r. z tym samym Przyjmującym zamówienie. W wyniku weryfikacji stwierdza się, iż zakres i godzinowe stawki jednostkowe wyszczególnione w fakturze są zgodne z przedmiotową umową.
- 7/2020 z dnia 30.06.2020 r. - zakres i godzinowe stawki jednostkowe za opiekę lekarską nad pacjentami zgodne z umową.

Zwraca się uwagę, iż od dnia 01.07.2019 r. poprzez zawarcie Aneksu nr 4 do kontrolowanej umowy jej zakres przedmiotowy stał się tożsamy z zakresem umowy DN-SP/25/17 zawartej 16.11.2017 r., która do dnia kontroli nie została rozwiązana. Trudno mówić również o jej samoczynnym rozwiązaniu i zakończeniu udzielania świadczeń skoro Przyjmujący wykonuje tożsame świadczenia jednakże w ramach innej umowy. Zasadnym byłoby zatem formalne rozwiązanie przedmiotowej umowy.

	Umowa DN-SP/25/17 z dnia 16.11.2017 r.	Umowa DN-SP/3/18 z dnia 05.03.2018
Przedmiot umowy	Pełnienie opieki lekarskiej nad osobami hospitalizowanymi w dni powszednie w porze nocnej, oraz niedziele, święta i dni wolne od pracy	Pełnienie kompleksowej opieki lekarskiej nad osobami leczonymi w dni powszednie, a w szczególności badanie pacjentów, prowadzenie pacjenta przez cały jego pobyt w szpitalu, prowadzenie dokumentacji medycznej
Termin obowiązywania	Od 01.12.2017 r. na czas udzielania świadczeń zdrowotnych	Od 01.04.2018 r. na czas udzielania świadczeń zdrowotnych, nie krótszy niż 3 miesiące
Miejsce udzielania świadczeń	Oddział Leczniczo-Rehabilitacyjny dla Dorosłych	Oddział Leczniczo-Rehabilitacyjny dla Dorosłych
Zakres świadczeń	20 godzin tygodniowo	24 godz./ tygodniowo 101 godz. /m-c
Stawka	stawka brutto/godz. pracy w nocy w dni powszednie, stawka brutto/godz. pracy w święta i dni wolne od pracy	stawka brutto / godz.
Aneks 1 data zawarcia / data obowiązywania	15.02.2018 r. / 01.03.2018 r.	30.08.2018 r. / 01.09.2018 r.
Aneks 1 zakres zmian	stawka brutto/godz. pracy w nocy w dni powszednie, stawka brutto/godz. pracy w święta i dni wolne od pracy	Średnio 38 godz., prawo do nieudzielania świadczeń
Aneks 2 data zawarcia	-	05.10.2018 r. /01.09.2018 r.

/ data obowiązywania	-	
Aneks 2 zakres zmian	-	stawka brutto / godz.
Aneks 3 data zawarcia / data obowiązywania	-	03.12.2018 r. / od 01.12.2018r. do 31.12.2018 r.
Aneks 3 zakres zmian	-	1. Dodatkowe udzielanie świadczeń zdrowotnych w związku ze zwiększoną ilością pacjentów, w tym dodatkowe konsultacje na Izbie Przyjęć w grudniu 2018 r. 2. Ryczałt za dodatkowe udzielanie świadczeń, w tym konsultacje na Izbie Przyjęć
Aneks 4 data zawarcia / data obowiązywania	-	13.06.2019 r. / 01.07.2019 r.
Aneks 4 zakres zmian	-	1. Pełnienie kompleksowej opieki lekarskiej na osobami leczonymi w dni powszednie oraz w nocy, w niedziele, święta i dni wolne od pracy. 2. Miejsce udzielania świadczeń - Szpital. 3. Średnio 43 godz./tygodniowo, 174 godz. miesięcznie. 4. stawka brutto / godz. w dni powszednie, stawka brutto/ godz. za pracę w porze nocnej, stawka brutto / godz. za pracę w święta i dni wolne od pracy.
Aneks 5 data zawarcia / data obowiązywania	-	26.08.2019 r. / 01.09.2019 r.
Aneks 5 zakres zmian	-	3. Średnio 43,5 godz./tygodniowo, 176 godz. miesięcznie. 4. stawka brutto / godz. w dni powszednie, stawka brutto/ godz. za pracę w porze nocnej, stawka brutto / godz. za pracę w święta i dni wolne od pracy.
Data zakończenia umowy	-	-

Tabela nr 3 – porównanie umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pełnienia kompleksowej opieki lekarskiej nad osobami leczonymi

Ad. 2) Nr ZP/BP/69/2018 z dnia 31.10.2018 r.

Umowę zawarto na podstawie art. 26 ust. 4a ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej - jej wartość nie przekracza wyrażonej w złotych równowartości kwoty 30 000 euro liczonej według średniego kursu złotego w stosunku do euro, ustalonego w przepisach wydanych na podstawie art. 35 ust. 3 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych. Jej zawarcie regulują zapisy Regulaminu udzielania zamówień na świadczenia zdrowotne o wartości netto nieprzekraczającej równowartości 30 000 euro stanowiącego załącznik nr 1 do Zarządzenia nr 90/2016 Dyrektora Beskidzkiego Zespołu Leczniczo-Rehabilitacyjnego.

Wartość szacunkową zgodnie z ww. Regulaminem określono we wniosku o przeprowadzenie postępowania z dnia 09.10.2018 r. Kalkulacji dokonano na okres 24 m-cy zgodnie z art. 26a ust. 7 ustawy o działalności leczniczej.

Umowa zawarta w formie pisemnej, na czas określony, tj. od dnia 01.03.2019 r. do 28.02.2021 r. Aneksem nr 1 z 22.11.2018 r. ze względu na konieczność zabezpieczenia świadczeń na czas trwania umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia zmienia się okres obowiązywania umowy tj. od dnia 01.01.2019 r. do 30.06.2024 r.

Umowa oraz aneks do umowy zostały sporządzone w trzech jednobrzmiących egzemplarzach i podpisane przez strony.

W oparciu o zapisy określone w art. 27 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności

leczniczej stwierdza się, że umowa zawiera wszystkie wymagane zapisy, w szczególności:

- 1) określenie zakresu świadczeń zdrowotnych,
- 2) określenie sposobu organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym miejsca, dni i godzin udzielania świadczeń zdrowotnych,
- 3) minimalną liczbę osób udzielających określonych świadczeń zdrowotnych,
- 4) przyjęcie przez przyjmującego zamówienie obowiązku poddania się kontroli przeprowadzanej przez udzielającego zamówienia,
- 5) określenie rodzajów i sposobu kalkulacji należności, jaką udzielający zamówienia przekazuje przyjmującemu zamówienie z tytułu realizacji zamówienia, a w przypadku ustalenia stawki ryczałtowej – określenie jej wysokości,
- 6) ustalenie zasad rozliczeń oraz zasad i terminów przekazywania należności,
- 7) ustalenie trybu przekazywania udzielającemu zamówienia informacji o realizacji przyjętego zamówienia,
- 8) postanowienia dotyczące szczegółowych okoliczności uzasadniających rozwiązanie umowy za wypowiedzeniem oraz okres wypowiedzenia,
- 9) zobowiązanie przyjmującego zamówienie do prowadzenia określonej sprawozdawczości statystycznej.

Kontrolowana umowa zawiera katalog przesłanek, w których może ulec rozwiązaniu określony w art. 27 ust. 8 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

W ramach kontroli realizacji umowy sprawdzono rachunki nr:

- 281/04/2019 z dnia 30.04.2019 r. - nie wszystkie stawki jednostkowe w załączniku do faktury są zgodne z określonymi w aneksie do umowy zawartym w dniu 22.11.2018 r. (istnieje rozbieżność m.in. w przypadku badań w kierunku Borreliozy (faktura 22 zł, umowa 19 zł), badań ferrytyny (faktura 14 zł, umowa 12 zł), białka całkowitego (faktura 3 zł, umowa 2 zł), lipazy (faktura 8 zł, umowa 6 zł), prolaktyny (faktura 18 zł, umowa 11 zł) - ceny jednostkowe w załączniku do faktury są zatem większe niż w umowie). Termin płatności w dokumencie rozliczeniowym niezgodny z umową (faktura 14 dni, umowa 30 dni).
- 137/03/2020 z dnia 24.03.2020 r. - nie wszystkie stawki jednostkowe w załączniku do faktury są zgodne z określonymi w umowie (istnieje rozbieżność m.in. w przypadku badań ferrytyny (faktura 14 zł, umowa 12 zł), lipazy (faktura 8 zł, umowa 6 zł), prokacytoniny (faktura 65 zł, umowa 60 zł) - ceny jednostkowe w załączniku do faktury są zatem większe niż w umowie). Termin płatności w dokumencie rozliczeniowym niezgodny z umową (faktura 14 dni, umowa 30 dni).

Na dzień kontroli zgodnie z informacją przekazaną przez Główną Księgową Szpital nie zwrócił się do Przyjmującego zamówienie o korektę faktur.

W załączniku do faktur wyszczególniono także badania, które nie zostały ujęte w obowiązującej umowie ani aneksie (m.in. homocysteina, transferyna). Zwraca się uwagę, iż przedmiotowy sposób postępowania może mieć wpływ na właściwe szacownie wartości zamówienia i wybór trybu wyboru Przyjmującego zamówienie.

[Dowód: akta kontroli str. 168- 260]

3. Serwisowanie aparatury oraz sprzętu medycznego.

Kontrolujący w ramach kontroli jakości świadczonych usług zweryfikowali paszporty techniczne niżej wymienionych urządzeń, na których wykonywane są usługi medyczne:

- 1) Analizator biochemiczny A-15, rok produkcji 2008, nr 831051930, użytkowany w laboratorium analitycznym. Przegląd okresowy przeprowadzono 19.05.2020 r. dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany 19.05.2021 r., zgodnie z wpisem aparat sprawny technicznie.
- 2) Analizator biochemiczny STAF-FAX, rok produkcji 1997, nr 19042391, użytkowany w laboratorium analitycznym. Przegląd okresowy przeprowadzono 19.05.2020 r. dokonany

w terminie, następny przegląd powinien być wykonany 19.05.2021 r., zgodnie z wpisem aparat sprawny technicznie.

- 3) MYTHIC 18, rok produkcji 2008, nr 102 808-002877, użytkowany w laboratorium. Przegląd okresowy przeprowadzono 14.01.2020 r. dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany w styczniu 2021 r., zgodnie z wpisem aparat sprawny technicznie.
- 4) Ekopompa, Aquavibron, rok produkcji 2016, nr SN 0112-2016, użytkowana w gabinecie masażu. Przegląd okresowy przeprowadzono 26.06.2020 r. dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany 26.06.2021 r., zgodnie z wpisem aparat sprawny technicznie.
- 5) Wirówka KD LASTURA, rok produkcji 2011, nr N 293/2011, użytkowana w gabinecie hydroterapii. Przegląd okresowy przeprowadzono 16.04.2020 r. dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany 16.04.2021 r., zgodnie z wpisem urządzenie sprawne.
- 6) Magner Plus PP-MP, rok produkcji 2014, nr MP-06/W1/A1, użytkowany w gabinecie fizykoterapii. Przegląd okresowy przeprowadzono 06.03.2020 r. dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany 06.03.2021 r., zgodnie z wpisem aparat dopuszczony do użytku.
- 7) Ergometr SB 1000 easy, rok produkcji 2018, nr 18030101023, użytkowany w oddziale rehabilitacji kardiologicznej dziennej. Przegląd okresowy przeprowadzono 13.11.2020 r. dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany w listopadzie 2021 r., zgodnie z wpisem aparat działa prawidłowo.

[Dowód: akta kontroli str. 261-278]

4. 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 w latach 2018-2020. Skargi i wnioski rozpatrywane są zgodnie z przyjętym Zarządzeniem nr 50/2016 Dyrektora z dnia 16.06.2016 r. w sprawie trybu składania i przyjmowania skarg i wniosków osób objętych świadczeniami zdrowotnymi w Beskidzkim Zespole Leczniczo-Rehabilitacyjnym Szpitalu Opieki Długoterminowej w Jaworzu. Skargi i wnioski przyjmowane są w formie pisemnej, elektronicznej oraz ustnej, a następnie rejestrowane są w rejestrze prowadzonym przez Pełnomocnika ds. praw pacjenta. Rejestr prowadzony jest zgodnie z art. 254 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t. j.: Dz. U. z 2020 r., poz. 256 z późn. zm.), czyli w sposób umożliwiający kontrolę przebiegu, terminów i trybu załatwiania skarg.

Poniżej przedstawiono zestawienie skarg i wniosków w okresie objętym kontrolą (tabela nr 4 i 5).

L.p.	Lata	Liczba skarg	Liczba skarg uznanych za zasadne	Liczba skarg uznanych za niezasadne	Odpowiedź udzielona skarżącemu	Liczba odpowiedzi na skargi udzielona w terminie	Informacja przedstawiona na Radzie Społecznej
1	2	3	4	5	6	7	8
1	2018	5	0	5	tak	5	Protokół nr 1/2018 z 26.04.2018 Protokół nr 2/2018 z 23.05.2018 Protokół nr 3/2018 z 16.10.2018
2	2019	2	0	2	tak	2	Protokół nr 1/2019 z 01.03.2019 Protokół nr 4/2019

3	2020	2	0	2	tak	2	z 26.09.2019 Skargi zostaną przedstawione na najbliższym posiedzeniu Rady Społecznej
---	------	---	---	---	-----	---	---

Tabela nr 4- zestawienie skarg w okresie od 01.01.2018 r. do 06.07.2020 r.

Lata	Liczba wniosków	Udzielona odpowiedź	Informacja przedstawiona na Radzie Społecznej
1	2	3	4
2018	0	0	W 2018 r. nie wpłynął żaden wniosek
2019	1	1	Protokół nr 2/2019 z 25.04.2019 r.
2020	0	0	Do dnia 06.07.2020r. nie wpłynął żaden wniosek

Tabela nr 5 - zestawienie wniosków w okresie od 01.01.2018 r. do 06.07.2020 r.

Wszystkie skargi i wnioski zostały rozpatrzone przez Dyрекcję Szpitala, skarżącym udzielono odpowiedzi w ustawowym terminie.

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. 279-282]

5. Realizacja Świadczeń Zdrowotnych.

5.1. Listy osób oczekujących na świadczenia zdrowotne.

W Szpitalu zgodnie z art. 20 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1373 z późn. zm.) prowadzone są listy osób oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego. W trakcie kontroli ustalono, że w Szpitalu działa „Zespół ds. oceny przyjęć” powołany Zarządzeniem Dyrektora Szpitala Nr 4/2017 z dnia 16.01.2017 r. w sprawie zespołów ds. oceny przyjęć pacjentów na Oddziały Leczniczo-Rehabilitacyjne”, na podstawie art. 20 i 21 ww. ustawy. Do zadań Zespołu należy przeprowadzanie okresowej, co najmniej 1 raz w miesiącu oceny list oczekujących na udzielenie świadczenia pod względem:

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

Zespół Oceny Przyjęć, w myśl przepisów art. 21 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, raz w miesiącu sporządza raport z okresowej oceny list oczekujących i przedstawia go Dyrektorowi Szpitala. Dowód kontroli stanowią przykładowe raporty Zespołu Oceny Przyjęć za miesiąc sierpień 2018 r. i czerwiec 2019 r., których wyniki przedstawia poniższa tabela (tabela nr 6).

I. p.	Czas oczekiwania na udzielenie świadczeń zdrowotnych – przypadki pilne	Czas oczekiwania na udzielenie świadczeń zdrowotnych – przypadki stabilne
2018 r.	Oddział Leczniczo - Rehabilitacyjny dla Dzieci i Młodzieży	Oddział Leczniczo – Rehabilitacyjny dla Dzieci i Młodzieży
Czas oczekiwania (dni)	Rehabilitacja ogólnoustrojowa - 154 dni Rehabilitacja neurologiczna - 0 dni	Rehabilitacja ogólnoustrojowa - 133 dni Rehabilitacja neurologiczna - 119 dni

	Rehabilitacja pulmonologiczna - 0 dni	Rehabilitacja pulmonologiczna - 137 dni
2019 r.	Oddział Leczniczo-Rehabilitacyjny dla Dorosłych	Oddział Leczniczo-Rehabilitacyjny dla Dorosłych
Czas oczekiwania (dni)	71 dni	1922 dni

Tabela nr 6 - czas oczekiwania na udzielenie świadczeń na podstawie raportów Zespołu Oceny Przyjęć w sierpniu 2018 r. oraz w czerwcu 2019 r.

KOLEJKA OCZEKUJĄCYCH na dzień 30.06.2020 r.				
L.p.	Komórki działalności medycznej	Rodzaj świadczenia	Liczba osób oczekujących na świadczenie	
			Pilne	Stabilne
1	2	3	4	5
1	Oddział Leczniczo-Rehabilitacyjny dla Dorosłych	Rehabilitacja medyczna	187	2922
2	Oddział Leczniczo-Rehabilitacyjny dla Dzieci i Młodzieży	Rehabilitacja medyczna	5	239
3	Pododdział Rehabilitacji Neurologicznej dla Dorosłych	Rehabilitacja medyczna	16	371
4	Pododdział Rehabilitacji Neurologicznej dla Dzieci i Młodzieży	Rehabilitacja medyczna	1	60
5	Pododdział Rehabilitacji Kardiologicznej	Rehabilitacja medyczna	1	12
6	Pododdział Rehabilitacji Pulmonologicznej dla Dzieci i Młodzieży	Rehabilitacja medyczna	0	56
7	Pododdział Dzienny Rehabilitacji Kardiologicznej	Rehabilitacja medyczna	0	74
8	Pododdział Dzienny	Rehabilitacja medyczna	83	140
9	Pododdział Dzienny dla Dzieci i Młodzieży	Rehabilitacja medyczna	1	59
10	Dział Rehabilitacji dla Dorosłych	Rehabilitacja medyczna	148	338
11	Dział Rehabilitacji Dziecięcej	Rehabilitacja medyczna	0	15
12	Poradnia Rehabilitacyjna	Rehabilitacja medyczna	15	120
13	Poradnia Rehabilitacyjna dla Dzieci i Młodzieży	Rehabilitacja medyczna	3	11

Tabela nr 7 - kolejka oczekujących wg. stanu na dzień 30.06.2020 r.

W oparciu o powyższe zestawienie stwierdza się, że na dzień 30.06.2020 r. najdłuższy czas oczekiwania na udzielenie świadczeń zdrowotnych w Szpitalu miał miejsce na Oddziale Leczniczo-Rehabilitacyjnym dla Dorosłych, gdzie liczba oczekujących na udzielenie świadczenia w przypadkach stabilnych wynosiła 2922 osoby, a w przypadkach pilnych – 187 osób. Z kolei najkrótszy czas oczekiwania na udzielenie świadczeń zdrowotnych miał miejsce w Poradni rehabilitacyjnej dla dzieci i młodzieży, gdzie liczba oczekujących na udzielenie świadczenia w przypadkach stabilnych wynosiła 11 osób, a w przypadkach pilnych – 3 osoby. oraz w Pododdziale rehabilitacji kardiologicznej, gdzie liczba oczekujących na udzielenie świadczenia w przypadkach stabilnych wynosiła 12 osób, a w przypadkach pilnych – 1 osoba.

5.2. Finansowanie udzielanych świadczeń.

Szpital na dzień przeprowadzania kontroli (tj. 9.07.2020 r.) realizował świadczenia zdrowotne

w poszczególnych komórkach organizacyjnych w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. Realizacja świadczeń i czas oczekiwania na udzielenie świadczenia wg. stanu na dzień 30.06.2020 r. zostały szczegółowo przedstawione w poniżej (tabela nr 8).

REALIZACJA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH			
lp.	Komórki działalności medycznej	w ramach kontraktu z NFZ	inne źródła finansowania - jakie (w tym programy zdrowotne, programy unijne, inne)
1	2	3	4
1	Oddział Leczniczo-Rehabilitacyjny dla Dorosłych	TAK	--
2	Oddział Leczniczo-Rehabilitacyjny dla Dzieci i Młodzieży	TAK	--
3	Pododdział Rehabilitacji Neurologicznej dla Dorosłych	TAK	--
4	Pododdział Rehabilitacji Neurologicznej dla Dzieci i Młodzieży	TAK	--
5	Pododdział Rehabilitacji Kardiologicznej	TAK	--
6	Pododdział Rehabilitacji Pulmonologicznej dla Dzieci i Młodzieży	TAK	--
7	Pododdział Dzienny Rehabilitacji Kardiologicznej	TAK	--
8	Pododdział Dzienny	TAK	--
9	Pododdział Dzienny dla Dzieci i Młodzieży	TAK	--
10	Dział Rehabilitacji dla Dorosłych	TAK	TAK
11	Dział Rehabilitacji Dziecięcej	TAK	--
12	Poradnia Rehabilitacyjna	TAK	TAK
13	Poradnia Rehabilitacyjna dla Dzieci i Młodzieży	TAK	--

Tabela nr 8 - realizacja świadczeń zdrowotnych wg. stanu na dzień 30.06.2020 r.

Wyżej wymienione świadczenia w okresie objętym kontrolą były realizowane na podstawie umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie rehabilitacja lecznicza (szczegóły przedmiotowej Umowy przedstawia tabela nr 9).

l.p.	Kod umowy	Rodzaj świadczenia (nazwa)	Kwota (zł)	Okres obowiązywania umowy
1	2	3	4	5
1.	122/100112/05/2020	Rehabilitacja lecznicza	14 152 719,81	od dnia 1 stycznia 2020 r. do dnia 31 grudnia 2020 r.

Tabela nr 9 - umowy realizowane przez Szpital w ramach finansowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

[Dowód: akta kontroli str. 283-289]

5.3. Certyfikaty jakości.

W ramach kontroli jakości świadczeń udzielanych przez Szpital ustalono, że w strukturze Szpitala funkcjonuje zakład leczniczy pod nazwą Szpital Specjalistyczny posiadający certyfikat

akredytacyjny potwierdzający spełnienie standardów akredytacyjnych dla leczenia szpitalnego nadany przez Ministra Zdrowia oraz certyfikat zgodności z normą ISO 9001, który nadany jest dwóm zakładom leczniczym: Szpital Specjalistyczny i Ambulatoryjna Opieka Zdrowotna w zakresie świadczenia usług medycznych. Ponadto Szpital mieści się na ministerialnej liście jednostek uprawnionych do prowadzenia specjalizacji w zakresie rehabilitacji medycznej.

Rodzaj i zakres czasowy ww. Certyfikatów wg. stanu na dzień kontroli przedstawione zostały poniżej (tabela nr 10).

I.p.	Dotyczy (komórka organizacyjna/ jednostka/ itp.)	Rodzaj certyfikatu	Data przyznania certyfikatu	Data ważności certyfikatu
1.	Szpital Specjalistyczny	Certyfikat akredytacyjny nadany przez Ministra Zdrowia	11.09.2017 r.	10.09.2020 r.
2.	Szpital Specjalistyczny Ambulatoryjna Opieka Zdrowotna	Certyfikat zgodności z normą ISO 9001	10.03.2020 r.	10.03.2023 r.

Tabela nr 10 - zestawienie posiadanych Certyfikatów Jakości wg. stanu na dzień 09.07.2020 r.

Z informacji udzielonych przez Dyрекcję Szpitala wynika, że w oparciu o analizy z badania satysfakcji pacjentów, Szpital na bieżąco dostosowuje się do zgłaszanych potrzeb i oczekiwań, przestrzega praw pacjentów, monitoruje zakażenia szpitalne oraz starannie prowadzi dokumentację medyczną w celu podwyższenia poziomu świadczonych usług medycznych. Ponadto Szpital jest w trakcie przygotowywania procedury złożenia wniosku o ponowną akredytację. Ze względu na epidemię procedury związane z certyfikacją są znacznie wydłużone.

[Dowód: akta kontroli str. 290-292]

6. Wykonywanie badań satysfakcji pacjenta.

Na podstawie Zarządzenia Nr 2/2018 z dnia 02.01.2018 r. w sprawie zasad kontroli zarządczej w Beskidzkim Zespole Leczniczo-Rehabilitacyjnym Szpitalu Opieki Długoterminowej w Jaworzu, w celu ustalenia poziomu satysfakcji i zadowolenia z usług zdrowotnych prowadzona jest ocena Szpitala przez pacjentów poprzez anonimową ankietę skierowaną do pacjentów w oddziałach, której wzór stanowi dowód kontroli. Ankiety wydawane są pacjentom w dniu przyjęcia na oddział przez Pielęgniarki Oddziałowe, a następnie zbierane są do urn umieszczonych w poszczególnych oddziałach. Analiza i opracowanie wyników ankiet należy do obowiązków Pielęgniarki Oddziałowej, która raz na kwartał sporządza raport i przekazuje go Dyrektorowi Szpitala. Wyniki analizy ankiet omawiane są na odprawach służbowych z personelem medycznym. Ankieta obejmuje kilka obszarów: ocenę przyjęcia do szpitala, warunki zakwaterowania, wyżywienie, opiekę lekarską, pielęgniarską, psychologiczną i logopedyczną, zabiegi rehabilitacyjne, terapię zajęciową oraz przestrzeganie praw pacjenta oraz ocenę efektów rehabilitacji.

Ostatnie badanie przeprowadzono w miesiącu kwietniu 2019 r. Z analizy ankiet wynika, że 100% zadowolenie pacjentów uzyskano w obszarze: opieka psychologiczna oraz terapia zajęciowa, nie wystąpiły obszary oceniane poniżej 85% zadowolenia. Pacjenci zgłaszali głównie potrzebę urozmaicenia posiłków o warzywa i owoce.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że w oparciu o sformułowane w protokole wnioski zostaną podjęte działania mające na celu poprawę zadowolenia pacjentów ze świadczonych usług zdrowotnych.

[Dowód: akta kontroli str. 293-320]

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

Szpital w okresie objętym kontrolą nie poniósł kosztów dostosowania podmiotu do zapisów Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą oraz kosztów dostosowania do przepisów p/poż. Realizację założonych przedsięwzięć, zmierzających do dostosowania placówki do zgodności z obowiązującymi przepisami we wskazanych wyżej zakresach, ze względu na wysokie koszty inwestycji leżące poza własnymi możliwościami finansowymi, w przypadku pozyskania zewnętrznych środków planuje się na lata 2021-2023.

Szczegóły planowanych działań zawarto w poniższej tabeli (tabela nr 11).

KOSZTY PLANOWANE					
LP	ZAKRES	WYNIKAJĄCY Z ROZPORZĄDZENIA	WYNIKAJĄCY Z PRZEPISÓW P/POŻ	SZACUNKOWY KOSZT DOSTOSOWANIA	UWAGI
		PLANOWANA DATA REALIZACJI	PLANOWANA DATA REALIZACJI		
1	2	3	4	5	6
1	Poprawa dostępności i jakości świadczeń medycznych poprzez przebudowę i modernizację infrastruktury Beskidzkiego Zespołu Leczniczo-Rehabilitacyjnego Szpitala Opieki Długoterminowej w Jaworzu Część II Poprawa jakości i dostępności do świadczeń medycznych w Beskidzkim Zespole Leczniczo-Rehabilitacyjnym Szpitala Opieki Długoterminowej w Jaworzu poprzez przebudowę i modernizację budynku Mariensztat i Olimp	2021 r.- 2023 r.		10 975 133,35 zł	wykonanie jest uwarunkowane otrzymaniem zewnętrznych środków
2	Wykonanie drogi p/pożarowej na terenie Oddziału Leczniczo-Rehabilitacyjnego dla Dorosłych oraz Oddziału Leczniczo - Rehabilitacyjnego dla Dzieci i Młodzieży Beskidzkiego Zespołu Leczniczo-Rehabilitacyjnego Szpitala Opieki Długoterminowej w Jaworzu		2021r.- 2023 r.	1 500 000,00 zł	wykonanie jest uwarunkowane otrzymaniem zewnętrznych środków

Tabela nr 11 – zestawienie kosztów dostosowania podmiotu do wymagań podmiotu realizującego działalność leczniczą oraz do przepisów p/poż.

[Dowód: akta kontroli str. 321]

8. Normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych.

Ze względu na fakt, iż kontrolowany podmiot nie prowadzi leczenia w zakresie leczenia szpitalnego nie obowiązują w nim normy w przeliczeniu na liczbę łóżek zgodne z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń

gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego. W Szpitalu obowiązują normy zatrudnienia pielęgniarek zgodne z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalenia minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. z 2012 r. poz. 1545). Minimalne zatrudnienie w poszczególnych komórkach organizacyjnych reguluje Zarządzenie Nr 6/2018 Dyrektora Beskidzkiego Zespołu Leczniczo-Rehabilitacyjnego Szpitala Opieki Długoterminowej w Jaworzu z dnia 31.01.2018 r.

Na dzień kontroli normy zatrudnienia są spełnione we wszystkich Oddziałach i Pododdziałach Szpitala.

KOMÓRKI	ZATRUDNIENIE WG STANU NA DZIEŃ 07.07.2020 (w etatach)	NORMA OBOWIĄZUJĄCA WG ZARZĄDZENIA Nr 6/2018	% WYKORZYSTANIA ŁÓŻEK ZA 2019
1	2	3	4
1.Oddział Leczniczo-Rehabilitacyjny dla Dorosłych	12,08	8,75	98,8
2.Pododdział Rehabilitacji Kardiologicznej	6,45	4,76	83,9
3.Pododdział Rehabilitacji Neurologicznej dla Dorosłych	10,65	9,91	93
4.Oddział Leczniczo-Rehabilitacyjny dla Dzieci i Młodzieży	11,37	8,89	98,2
5.Pododdział Rehabilitacji Pulmunologicznej dla Dzieci i Młodzieży	5,63	2,07	86,1
6.Pododdział Rehabilitacji Neurologicznej dla Dzieci i Młodzieży	5,52	1,92	71,4

Tabela nr 12 – normy zatrudnienia pielęgniarek.

[Dowód: akta kontroli str. 322-324]

9. Stan infrastruktury technicznej i sprzętowej (zaplecze diagnostyczne)

W grupie przyjętego do badania sprzętu ze względu na charakter działalności Szpitala najwięcej świadczeń wykonuje się przy użyciu aparatury i sprzętu medycznego służącego do rehabilitacji pacjentów przy pomocy laseroterapii.

Struktura posiadanej infrastruktury technicznej i sprzętowej, ze szczególnym uwzględnieniem okresu użytkowania poszczególnych urządzeń, została przedstawiona poniżej (tabela nr 13).

L.P.	RODZAJ APARATURY I SPRZĘTU MEDYCZNEGO	LICZBA					LICZBA WYKONANYCH BADAŃ / ZABIEGÓW
		OKRES UŻYTKOWANIA 0-3 LATA	OKRES UŻYTKOWANIA 4-8 LAT	OKRES UŻYTKOWANIA 9-11 LAT	OKRES UŻYTKOWANIA POWYŻEJ 12 LAT	OGÓŁEM	
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Aparaty EKG	2	2	1	2	7	548
2.	Aparaty RTG, w tym:	0	0	1	0	1	446
3.	Aparaty USG, w tym:	0	1	1	0	2	322
4.	- kardiologiczne		1			1	191
5.	- pozostałe			1		1	131

6.	Laseroterapia	1	3	0	1	5	6496
7.	Analizator biochemiczny wieloparametrowy	0	0	1	1	2	3785

Tabela nr 13 – zaplecze diagnostyczne.

Na podstawie powyższej tabeli stwierdzić można, iż największa liczba sprzętu i aparatury medycznej będąca w posiadaniu Szpitala mieści się w okresie użytkowania 4-8 lat. Jednakże sprzęt, który wymaga największych nakładów finansowych w przypadku potrzeby wymiany mieści się w przedziale użytkowania 9-11 lat. Na dzień kontroli nie wskazano problemów związanych z koniecznością ewentualnej wymiany infrastruktury sprzętowej Szpitala.

[Dowód: akta kontroli str. 325]

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

- a) Nieprawidłowość polegająca na braku w zawartej umowie na realizację świadczeń zdrowotnych Nr DN-SP/3/18 z dnia 05.03.2018 r. wszystkich postanowień dotyczących szczegółowych okoliczności uzasadniających rozwiązanie umowy za wypowiedzeniem określonych w art. 27 ust. 8 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
- b) Nieprawidłowość polegająca na dokonaniu wydatku w wysokości przekraczającej wartość zaciągniętego zobowiązania (w zakresie cen jednostkowych określonych w umowie) tj. zapłacie za niektóre badania laboratoryjne w wysokości wyższej niż wynikająca z zawartej umowy Nr ZP/BP/69/2018 z dnia 31.10.2018 r.

Przyczyny nieprawidłowości:

- a) Niedochowanie należytej staranności w zakresie spełnienia wymogów ustawowych poprzez konstruowanie zapisów umów w procesie udzielania zamówień na świadczenia zdrowotne bez uwzględnienia wszystkich możliwości rozwiązania umowy określonych w art. 27 ust. 8 ustawy o działalności leczniczej;
- b) Niedochowanie należytej staranności przy weryfikacji merytorycznej faktur za świadczenia zdrowotne wystawione na podstawie zawartej umowy Nr ZP/BP/69/2018 z dnia 31.10.2018r.

Skutki nieprawidłowości:

- a) Naruszenie art. 27 ust. 8 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
- b) Naruszenie art. 44 ust. 3 pkt. 3 ustawy o finansach publicznych. Czyn został wskazany także w art. 11 ustawy z dnia 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych jednakże ze względu na okoliczności wskazane w art. 26 ust. 1 te same ustawy nie stanowi on naruszenia dyscypliny finansów publicznych, gdyż przedmiotem stwierdzonych naruszeń są środki finansowe w wysokości nieprzekraczającej jednorazowo, a w przypadku więcej niż jednego działania lub zaniechania - łącznie w roku budżetowym, kwoty minimalnej określonej w art. 26 ust. 3.

C. Ocena cząstkowa: pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości.

D. Osoba odpowiedzialna: 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 oraz Główny Księgowy w zakresie weryfikacji dokumentów pod względem merytorycznym oraz Zastępca Dyrektora ds. Administracyjno-Ekonomicznych zatwierdzający dokument do wypłaty.

IV. Prawdliwość gospodarowania mieniem.

A. Ustalenia faktyczne

W zakresie prawidłowości gospodarowania mieniem kontrolą objęto niżej wymienione zagadnienia:

1. Nabycie sprzętu i aparatury medycznej.

a) Kriokomora o wartości 163 134,00 zł:

- dowód przyjęcia OTS6/11/18 z dnia 30.11.2018 r., numer inwentarzowy: ST00014/18;
- zakup ujęty w planie inwestycyjnym Szpitala na 2018 r., którego korekta została pozytywnie zaopiniowana przez Radę Społeczną Szpitala uchwałą nr 12/2018 z dnia 16.10.2018 r.;
- pozytywna opinia Rady Społecznej dotycząca zakupu wyrażona uchwałą nr 17/2018 z dnia 16.10.2018 r.;
- akceptacja dla zakupu aparatu została wyrażona przez podmiot tworzący w dniu 23.10.2018 r.
- zakup sfinansowany ze środków własnych, potwierdzony fakturą VAT nr FV/15/3067/2018 z dnia 29.11.2018r. na kwotę 163 134,00 zł, termin płatności 29.12.2018 r., zapłacono 28.12.2018 r.;
- protokół zdawczo-odbiorczy z dnia 27.11.2018 r.;

b) urządzenie do wczesnej rehabilitacji neurologicznej kończyn górnych i dolnych z biofeedbackiem o wartości 120 000,00 zł:

- dowód przyjęcia OTS1/12/19 z dnia 06.12.2019 r., numer inwentarzowy: ST00010/19;
- zakup ujęty w planie inwestycyjnym Szpitala na 2019 r., którego korekta została pozytywnie zaopiniowana przez Radę Społeczną Szpitala uchwałą nr 22/2019 z dnia 12.12.2019 r.;
- pozytywna opinia Rady Społecznej dotycząca zakupu wyrażona uchwałą nr 28/2019 z dnia 12.12.2019 r.;
- akceptacja dla zakupu aparatu została wyrażona przez podmiot tworzący w dniu 19.12.2019 r.
- zakup sfinansowany w ramach programu polityki zdrowotnej pn. „Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD na lata 2017-2020” ze środków publicznych Ministerstwa Zdrowia w wysokości 89 988,00 zł oraz ze środków własnych w wysokości 30 012,00 zł, potwierdzony fakturą VAT nr 2019/POL/18 z dnia 06.12.2019 r. na kwotę 120 000,00 zł, termin płatności 05.01.2020 r., zapłacono 18.12.2019 r.;
- protokół zdawczo-odbiorczy z dnia 06.12.2019 r.;

Zwraca się uwagę, iż w przypadku nabycia urządzenia do wczesnej rehabilitacji neurologicznej kończyn górnych i dolnych z biofeedbackiem uzyskanie wymaganej opinii Rady Społecznej oraz akceptacji podmiotu tworzącego nastąpiło po dokonaniu zakupu co stoi w sprzeczności z intencją Procedury nabywania aparatury i sprzętu medycznego przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie wprowadzonej Uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 1745/276/IV/2013 z dnia 06.08.2013 r. Zgodnie z powyższym oraz ideą zawartą w art. 48 ust. 2. pkt. 1 ppkt. a) Ustawy o działalności leczniczej kwestia zakupu sprzętu i aparatury medycznej winna zostać skonsultowana przed wszczęciem procedury zakupu, a jeśli ze względu na okoliczności nie jest to możliwe – bezwzględnie przed jego faktycznym nabyciem.

[Dowód: akta kontroli str. 326-361]

2. Zbycie sprzętu i aparatury medycznej.

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

- a) Aparat do krioterapii - nr inwentarzowy 1/800/186; rok produkcji 1998; wartość początkowa 25 263,00 zł; umorzenie 100 %:
 - dowód LTS3/18 z dnia 31.10.2018 r.,
 - orzeczenie techniczne z dnia 23.06.2017 r. – uszkodzony generator, układ sterujący i wąż, ze względu na niedostępność części zamiennych i nieopłacalność naprawy aparat należy skasować,
 - pozytywna opinia Rady Społecznej dotycząca likwidacji środków trwałych wyrażona uchwałą nr 24/2017 z dnia 15.12.2017 r.,
 - zgoda podmiotu tworzącego na zbycie nie była wymagana,
 - protokół likwidacyjny nr 22/2018 z dnia 10.08.2018 r.,
 - karta przekazania odpadu nr 00951 z dnia 06.11.2018 r.

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

[Dowód: akta kontroli str. 362-366]

3. Najem/dzierżawa pomieszczeń.

W ramach kontroli sprawdzaniem objęto prawidłowość zawarcia umowy najmu nr 26/2019 z dnia 23.12.2019 r. Przedmiotem umowy jest najem 1 m² powierzchni w holu głównym budynku „Przewiązka” zlokalizowanej przy ul. Słonecznej 83 w Jaworzu, z przeznaczeniem na prowadzenie działalności gospodarczej (automat samosprzedający gorące napoje) dla pacjentów, personelu i osób odwiedzających Szpital. Umowa zawarta została na okres 29 miesięcy tj. od 02.01.2020 r. do 31.05.2022 r. Zawarcie ww. umowy zostało poprzedzone wyrażeniem opinii przez Radę Społeczną Szpitala uchwałą nr 30/2019 z dnia 12.12.2019 r. Z uwagi na okres na jaki została zawarta ww. umowa zgoda podmiotu tworzącego nie była wymagana.

Zgodnie z zapisami umowy, Najemca zobowiązany jest płacić Wynajmującemu czynsz najmu na podstawie wystawionej faktury VAT przelewem w terminie do 21 dni od daty jej wystawienia. Wysokość czynszu obejmuje opłaty z tytułu zużycia energii elektrycznej i wywozu śmieci. Umowa nie zawiera postanowienia dotyczącego:

- a) ubezpieczenia przedmiotu umowy od następstw zdarzeń losowych oraz od odpowiedzialności cywilnej wynikającego z § 3 pkt. 5 Zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie, określonych uchwałą nr 804/36/VI/2019 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 17 kwietnia 2019 r. z późn. zm.,
- b) zakazu poddzierżawiania przedmiotu umowy bez zgody Wynajmującego wynikającego z § 3 pkt. 8 cytowanych wyżej zasad, które obowiązywały w chwili jej zawarcia.

Objęte kontrolą faktury za miesiąc styczeń i luty 2020 r. wystawione zostały zgodnie z treścią umowy, a płatności zostały uregulowane w terminach wynikających z faktur.

[Dowód: akta kontroli str. 367-378]

4. Inwestycje współfinansowane z dotacji celowej Województwa Śląskiego

W okresie objętym kontrolą Szpital nie realizował inwestycji współfinansowanych z dotacji celowych Województwa Śląskiego.

[Dowód: akta kontroli str. 379]

B. Stwierdzone uchybienia (przyczyny, skutki):

- a) Brak uzyskania opinii Rady Społecznej w sprawie nabycia urządzenia do wczesnej rehabilitacji neurologicznej kończyn górnych i dolnych z biofeedbackiem, przed rozpoczęciem procedury zakupu ww. sprzętu medycznego (opinię Rady Społecznej uzyskano 6 dni po wystawieniu faktury zakupu i przyjęciu ww. sprzętu)
- b) Nabycie urządzenia do wczesnej rehabilitacji neurologicznej kończyn górnych i dolnych z biofeedbackiem przed otrzymaniem akceptacji podmiotu tworzącego (zgoda podmiotu tworzącego uzyskano 13 dni po wystawieniu faktury zakupu i przyjęciu sprzętu).
- c) 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 i od odpowiedzialności cywilnej oraz zapisu dot. zakazu poddzierżawiania przedmiotu umowy bez zgody Wynajmującego.

Przyczyny uchybień:

- a) Brak nadzoru nad pracownikami odpowiedzialnymi za realizację procedur związanych z nabywaniem sprzętu i aparatury medycznej.
- b) Brak nadzoru nad pracownikami odpowiedzialnymi za konstruowanie zapisów umów na najem.

Skutki uchybień:

- a) Naruszenie zapisów rozdziału III ust. 2 oraz ust. 3 pkt. 4 "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.
- b) Naruszenie § 3 pkt. 5 i 8 „Zasad gospodarowania samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie” przyjętych uchwałą nr 804/36/VI/2019 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 17.04.2019 r. z późn. zm.

C. Ocena częściowa: pozytywna mimo stwierdzonych 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.

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

A. Ustalenia faktyczne

Ogłaszanie i przeprowadzanie konkursów na stanowiska kierownicze

Kontrola realizacji zadań na gruncie art. 49 ust. 1 pkt 2 - 5, ust. 2 - 6 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej wykazała, iż w okresie objętym kontrolą, tj. lata 2018-2020 w Beskidzkim Zespole Leczniczo-Rehabilitacyjnym Szpitalu Opieki Długoterminowej w Jaworzcu miały miejsce dwa postępowania konkursowe na stanowiska kierownicze wskazane w art. 49 ww. ustawy.

Przeprowadzone postępowania konkursowe na stanowiska kierownicze:

- 1) Stanowisko ordynatora Oddziału Leczniczo-Rehabilitacyjnego dla Dzieci i Młodzieży (data konkursu: 13.11.2018 r., okres zatrudnienia 14.11.2018 r. – 13.11.2024 r.);
- 2) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Pododdziału Rehabilitacji Kardiologicznej (data konkursu: 11.01.2018 r., okres zatrudnienia 12.01.2018 r. – 11.01.2024 r.).

Podczas czynności kontrolnych kontrolujący stwierdzili nieprawidłowości popełnione w toku ww. postępowań konkursowych polegające 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.);

- niepowiadomieniu Członków Komisji Konkursowej o posiedzeniu Komisji w sposób wskazany w § 7 ust 2 ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia tj. pisemnie.

Zgodnie z dokumentami przekazanymi kontrolującym, w ramach obu ww. postępowań konkursowych Członkowie Komisji powiadomieni zostali telefonicznie o terminie posiedzeń, natomiast kandydatom biorącym udział w ww. konkursach ustnie przekazano informację dot. wyniku postępowania, po zakończeniu obrad poszczególnych Komisji.

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

- 1) Oddział Leczniczo – Rehabilitacyjny dla Dorosłych: ordynator, pielęgniarka oddziałowa;
- 2) Pododdział Rehabilitacji Neurologicznej: ordynator, pielęgniarka oddziałowa;
- 3) Pododdział Rehabilitacji Kardiologicznej: ordynator, pielęgniarka oddziałowa;
- 4) Oddział Leczniczo – Rehabilitacyjny dla Dzieci i Młodzieży: ordynator, pielęgniarka oddziałowa;
- 5) Pododdział Rehabilitacji Neurologicznej dla Dzieci i Młodzieży: ordynator, pielęgniarka oddziałowa;
- 6) Pododdział Rehabilitacji Pulmonologicznej dla Dzieci i Młodzieży: ordynator, pielęgniarka oddziałowa.

Jak wskazano powyżej, poszczególnymi oddziałami/pododdziałami zarządzają ordynatorzy.

Pracą całego personelu pielęgniarskiego kieruje przełożona pielęgniarek, natomiast zespołem pielęgniarskim na poszczególnych oddziałach/pododdziałach zarządzają pielęgniarki oddziałowe. Ww. stanowiska określone zostały zarówno w Regulaminie Organizacyjnym Beskidzkiego Zespołu Leczniczo–Rehabilitacyjnego Szpitala Opieki Długoterminowej w Jaworzu, jak i załączniku nr 1 (Tabela stanowisk, kwalifikacji, kategorii i stawek zaszeregowania w Beskidzkim Zespole Leczniczo–Rehabilitacyjnym Szpitalu Opieki Długoterminowej w Jaworzu) do Regulaminu Wynagradzania Pracowników Beskidzkiego Zespołu Leczniczo–Rehabilitacyjnego Szpitala Opieki Długoterminowej w Jaworzu.

[Dowód: akta kontroli str. 380-457]

B. Stwierdzone nieprawidłowości (przyczyny, skutki):

- a) przeprowadzenie postępowań konkursowych niezgodnie 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 dot. §15 ust 3 ww. rozporządzenia tj. pisemnego powiadomienia kandydatów o wynikach konkursu;
- b) przeprowadzenie postępowań konkursowych niezgodnie 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 dot. §7 ust 2 ww. rozporządzenia tj. powiadomienia członków komisji o posiedzeniu komisji konkursowej w sposób pisemny.

abu

Przyczyny nieprawidłowości:

- a) niedochowanie należytej staranności w zakresie stosowania zapisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą (Dz. U. z 2018 r., poz. 393 z późn. zm.).

Skutki nieprawidłowości:

- a) naruszenie zapisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą (Dz. U. z 2018 r., poz. 393 z późn. zm.).

C. Ocena częściowa: pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości.

D. Osoba odpowiedzialna: 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.

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

A. Ustalenia faktyczne:

Ostatnia kontrola w Beskidzkim Zespole Leczniczo-Rehabilitacyjnym Szpitalu Opieki Długoterminowej w Jaworzu przeprowadzona została przez pracowników Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w dniach 5-6 kwietnia 2018 r.

Przedmiotem kontroli objęto: realizację zadań statutowych, dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych, prawidłowość gospodarowania mieniem oraz gospodarkę finansową w okresie od 2016 r. do 2018 r.

Wydano następujące zalecenia pokontrolne:

- 1) *przeprowadzić konkurs na stanowisko ordynatora Oddziału Leczniczo - Rehabilitacyjnego dla Dzieci i Młodzieży zgodnie z art. 49 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;*
- 2) *występować o opinię Rady Społecznej w sprawach wyrażenia zgody na nabycie aparatury i sprzętu medycznego przed rozpoczęciem procedury zakupu, zgodnie z przepisem rozdziału III ust. 2 "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.*

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 i stwierdzono, że zalecenia pokontrolne zostały wykonane częściowo tj. tylko w zakresie pkt 1.

B. Stwierdzone nieprawidłowości (przyczyny, skutki):

- a) Brak realizacji zalecenia pokontrolnego dot. uzyskiwania opinii Rady Społecznej w przypadkach przewidzianych w *"Procedurze 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.

Przyczyna nieprawidłowości:

- a) Brak należytego nadzoru nad pracownikami odpowiedzialnymi za wykonywanie czynności wskazanych w niezrealizowanych zaleceniach pokontrolnych.

Skutki nieprawidłowości:

- a) Brak realizacji zaleceń, do wykonania których Dyrektor Szpitala zobowiązana została przez Zarząd Województwa Śląskiego w wystąpieniu pokontrolnym z dnia 26 lipca 2018r.

C. Ocena cząstkowa: 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.

Na tym ustalenia kontrolne zakończono.

VII. Pozostałe informacje i pouczenia.

1. Pozostałe informacje

Pismem z dnia 31 grudnia 2020 r., znak: NZ-NK.1711.2.2020; NZ-NK.KW-00546/20 Projekt wystąpienia pokontrolnego został przekazany Dyrektor Szpitala. Ze „zwrotnego doręczenia odbioru” wynika, że pismo zostało doręczone do Szpitala w dniu 07.01.2021 r. Dyrektor Szpitala nie zgłosiła zastrzeżeń do treści Projektu wystąpienia pokontrolnego. Pismem z dnia 1 marca 2021 r. znak: NZ-NK.1711.2.2020; NZ-NK.KW-00063/21 przekazano Dyrektor Szpitala sprostowanie Projektu wystąpienia pokontrolnego.

2. Zalecenia

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

- 1) Przestrzeganiu zapisów „Procedury postępowania w przypadku dokonywania zmian dotyczących struktury organizacyjnej zakładów leczniczych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie” wprowadzonej Uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 1327/201/VI/2017 z dnia 27.06.2017 r., a następnie Uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 801/36/VI/2019 z dnia 17.04.2019 r. w zakresie uzyskiwania uprzedniej akceptacji podmiotu tworzącego dla wprowadzanych zmian w strukturze organizacyjnej Szpitala;
- 2) Przestrzeganiu 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;

- 3) Przestrzeganiu zapisów art. 44 ust. 3 pkt. 3 ustawy o finansach publicznych poprzez dokonywanie wydatków w wysokości nie przekraczającej wartości zaciągniętego zobowiązania;
- 4) Sprawowaniu należytej kontroli merytorycznej nad dokumentami księgowymi dotyczącymi realizacji świadczeń zdrowotnych;
- 5) Przestrzeganiu zapisów „Zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie” przyjętych uchwałą nr 804/36/VI/2019 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 17.04.2019 r. z późn. zm. w zakresie umieszczania wymaganych postanowień w treści zawieranych umów najmu, dzierżawy, użyczenia i użytkowania;
- 6) Przestrzeganiu zapisów „Procedury dotyczącej nabywania aparatury i sprzętu medycznego przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie” przyjętej uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 1745/276/IV/2013 z dnia 6.08.2013 r.;
- 7) Przeprowadzaniu 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;
- 8) Pełnej realizacji zaleceń pokontrolnych wydanych przez podmiot tworzący w wyniku przeprowadzonej kontroli.

3. Pouczenia

Wystąpienie pokontrolne sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, z których jeden przekazuje się do Beskidzkiego Zespołu Leczniczko-Rehabilitacyjnego Szpitala Opieki Długoterminowej w Jaworzu.

Wystąpienie pokontrolne zawiera 28 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 (tekst jednolity: Dz. U. z 2015 r. poz. 1331) od wystąpienia pokontrolnego nie przysługują środki odwoławcze.

Na podstawie § 26 ww. rozporządzenia, informację o sposobie wykonania zaleceń, wykorzystaniu wniosków lub przyczynach ich niewykorzystania albo o innym sposobie usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości należy przekazać do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w terminie 30 dni od daty otrzymania niniejszego wystąpienia.

Podmiot uprawniony do kontroli:

z up. ZARZĄD WOJEWÓDZTWA ŚLĄSKIEGO

Grzegorz Gwóźdź
Zastępca Dyrektora
Departamentu Nadzoru Podmiotów
Lecznicznych i Ochrony Zdrowia