

Katowice, 28 grudnia 2021 r.
NZ-NK.1711.12.2021

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

Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu-Zdrój
ul. Tadeusza Kościuszki 14, 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 (t. j.: Dz. U. z 2021 r. poz. 711 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 2021 rok, załącznik nr 2, poz. 11 zatwierdzonego uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 469/213/VI/2021 z dnia 24.02.2021 r.,
- 4) Regulaminu kontroli jednostek organizacyjnych Województwa Śląskiego określonego uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 1057/229/VI/2021 z dnia 28.04.2021 r.

I. Dane identyfikacyjne kontroli:

Jednostka kontrolowana: Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu-Zdroju,
ul. Tadeusza Kościuszki 14, 44-330 Jastrzębie-Zdrój.

Kierownik jednostki kontrolowanej:

1. Wojciech Michalik (Dyrektor) od 27.07.2019 r. do 30.11.2020 r.;
2. Jerzy Piotrowski (p.o. Dyrektora) od 01.12.2020 r. do nadal.

Wyżej wymienieni Dyrektorzy w okresie objętym kontrolą wykonywali swoje zadania kierownicze i zarządcze przy pomocy Głównej Księgowej – Jolanty Ślipek-Dzieńkowskiej (od 01.01.2006 r. do nadal) oraz kierowników komórek organizacyjnych.

Termin przeprowadzenia czynności kontrolnych i zakres kontroli:

Kontrolę przeprowadzono w dniach od 27.09.2021 r. do 15.10.2021 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 2020-2021.

[Dowód: akta kontroli str. 1-12]

Jednostka prowadząca kontrolę: Departament Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony

Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w Katowicach.

Osoby przeprowadzające kontrolę:

Katarzyna Raczek - kierownik Referatu Nadzoru i Kontroli Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w Katowicach, na podstawie upoważnienia jednorazowego nr 442/NZ/2021 z dnia 20.09.2021 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 27.09.2021 r.

Tomasz Jarzab – inspektor Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w Katowicach, na podstawie upoważnienia jednorazowego nr 444/NZ/2021 z dnia 20.09.2021 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 27.09.2021 r.

Barbara Gwiazda - Amrosz – główny specjalista Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnienia jednorazowego nr 443/NZ/2021 z dnia 20.09.2021 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 27.09.2021 r.

O kontroli Dyrektor jednostki został poinformowany pismem z dnia 20.09.2021 r. przekazanym za pośrednictwem Poczty Polskiej oraz drogą elektroniczną.

Kontrolę wpisano do książki kontroli pod pozycją 121.

[Dowód: akta kontroli str. 13-18]

II. Działalność statutowa.

1. Ustalenia faktyczne:

Zgodność zakresu i rodzaju udzielanych świadczeń zdrowotnych lub usług z zakresem i rodzajem świadczeń lub usług przewidzianych w Statucie i Regulaminie Organizacyjnym Szpitala.

1. Informacje ogólne.

Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Jastrzębiu-Zdroju 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 000000013981 oraz posiada osobowość prawną i jest wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego w Katowicach pod numerem KRS 0000045140. Siedzibą Szpitala jest miasto Jastrzębie-Zdrój.

Szpital działa na podstawie:

- 1) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (tekst jednolity: Dz. U. z 2021 r. poz. 711 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 2021 r. poz. 1285 z późn. zm.),
- 3) Statutu Szpitala, którego tekst jednolity został przyjęty uchwałą nr V/42/20/2017 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 18.09.2017 r. i ogłoszony w Dzienniku Urzędowym Województwa Śląskiego z dnia 05.10.2017 r. pod pozycją 5293,
- 4) Regulaminu Organizacyjnego, którego ostatnie zmiany zostały pozytywnie zaopiniowane

TU

- przez Radę Społeczną uchwałą nr 5/2021 z dnia 29.09.2021 r., a następnie wprowadzone Zarządzeniami Dyrektora Szpitala nr 1/VI/2021 z dnia 30.06.2021 r.,
- 5) Procedury postępowania w przypadku dokonywania zmian dotyczących struktury organizacyjnej zakładów leczniczych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie wyrażonej uchwałą nr 801/36/VI/2019 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 17.04.2019 r.,
 - 6) 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 samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie przyjętych uchwałą nr 2232/288/V/2018 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 25.09.2018 r. z późn. zm. (uchwała nr 804/36/VI/2019 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 17 kwietnia 2019 r., uchwała 1966/161/VI/2020 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 26.08.2020 r. oraz uchwała 1945/265/VI/2021 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 25.08.2021 r. w sprawie zmiany zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie),
 - 7) innych powszechnie obowiązujących przepisów prawa.

W Szpitalu zatrudnienie na dzień 27.09.2021 r. roku wynosiło ogółem 68 pracowników:

- 61 pracowników w ramach umowy o pracę,
- 7 pracowników w ramach umowy cywilnoprawnej.

[Dowód: akta kontroli str. 19]

2. Prawdliwość wpisów w Krajowym Rejestrze Sądowym.

Ostatnie zgłoszenia do Krajowego Rejestru Sądowego dotyczyło powołania Dyrektora Szpitala dokonanego uchwałą nr 2754/191/VI/2020 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 27.11.2020 r. W trakcie kontroli ustalono, iż w ww. zakresie nie został dopełniony ustawowy obowiązek wynikający z art. 22 ustawy o Krajowym Rejestrze Sądowym z dnia 20 sierpnia 1997 r. (t. j.: Dz. U. z 2021 r. poz. 112 z późn. zm.), który wskazuje 7-dniowy termin na zgłoszenie zmian do KRS. Zgłoszenie nastąpiło wnioskiem z dnia 10.03.2021 r.

[Dowód: akta kontroli str. 20-43]

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

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

Kontrolujący stwierdzili, że cele oraz zadania Szpitala w Regulaminie są w pełni tożsame z wpisanymi w Statut Szpitala w obowiązującym brzmieniu nadanym uchwałą nr V/42/20/2017 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 18 września 2017 roku w sprawie zmiany uchwały nr V/12/14/2015 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 21 września 2015 roku dot. nadania statutu Wojewódzkiemu Szpitalowi Rehabilitacyjnemu dla Dzieci w Jastrzębiu-Zdroju.

Sprawdzono zgodność zapisów Regulaminu w zakresie struktury organizacyjnej komórek działalności medycznej oraz miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych z Księgą Rejestrową nr 000000013981 widniejącą w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (dalej: Rejestr) według stanu na dzień 27.09.2021 r.

Stwierdzono wpis do Rejestru wszystkich komórek organizacyjnych związanych z prowadzoną w Szpitalu działalnością medyczną.

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

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	A	ZAKŁAD LECZNICZY	
	Szpital rehabilitacyjny dla dzieci		Szpital rehabilitacyjny dla dzieci	
I	JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZAKŁADU LECZNICZEGO	I	JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZAKŁADU LECZNICZEGO	
	Szpital rehabilitacyjny dla dzieci		Szpital rehabilitacyjny dla dzieci	
	KOMÓRKA DZIAŁANOŚCI MEDYCZNEJ		KOMÓRKA DZIAŁANOŚCI MEDYCZNEJ	
1	Oddział rehabilitacyjny dla dzieci	55	Oddział Rehabilitacyjny dla Dzieci	55
2	Oddział rehabilitacji neurologicznej	15	Pododdział rehabilitacji neurologicznej	15
3	Dział farmacji szpitalnej	x	Dział farmacji szpitalnej	X
B	ZAKŁAD LECZNICZY	B	ZAKŁAD LECZNICZY	
	Ambulatoryjna opieka zdrowotna		Ambulatoryjna opieka zdrowotna	
I	JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZAKŁADU LECZNICZEGO	I	JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZAKŁADU LECZNICZEGO	
	Ambulatoryjna opieka zdrowotna		Ambulatoryjna opieka zdrowotna	
	KOMÓRKA DZIAŁANOŚCI MEDYCZNEJ		KOMÓRKA DZIAŁANOŚCI MEDYCZNEJ	
1	Ośrodek rehabilitacji dziennej dla dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego	x	Ośrodek rehabilitacji dziennej dla dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego	X
2	Poradnia rehabilitacyjna dla dzieci	x	Poradnia rehabilitacyjna	X
3	Poradnia logopedyczna dla dzieci	x	Poradnia logopedyczna	X
4	Poradnia psychologiczna dla dzieci	X	Poradnia psychologiczna	X
5	Dział fizjoterapii	X	Pion ds. Fizjoterapii	X

Tabela nr 1 – Porównanie zapisów Regulaminu Organizacyjnego z Rejestrem Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonym przez Wojewodę Śląskiego.

Stwierdzono rozbieżności pomiędzy zapisami Regulaminu Organizacyjnego a zapisami widniejącymi w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonym przez Wojewodę Śląskiego w zakresie przyjętych nazw nw. komórek organizacyjnych:

- Oddział rehabilitacyjny dla dzieci,
- Oddział rehabilitacji neurologicznej,
- Poradnia rehabilitacyjna dla dzieci,
- Poradnia logopedyczna dla dzieci,
- Poradnia psychologiczna dla dzieci,
- Dział fizjoterapii.

Podczas kontroli sprawdzono prawidłowość procesu dokonywania zmian w strukturze organizacyjnej Szpitala 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 801/36/VI/2019 z dnia 17.04.2019 r., a także zgodność z zapisami ustawy o działalności leczniczej.

W okresie objętym kontrolą dokonano zmiany w strukturze organizacyjnej Szpitala polegającej na likwidacji Poradni wad postawy.

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 prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego.

Przebieg procesów przedstawiono poniżej.

L.P.	OKREŚLENIE RODZAJU ZMIANY	OPINIA RADY SPOŁECZNEJ	WYMAGANA AKCEPTACJA PODMIOTU TWORZĄCEGO	CZYNNOŚĆ SPOWODOWAŁA ZMIANĘ UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ	DATA ROZPOCZĘCIA / ZAKOŃCZENIA DZIAŁALNOŚCI/ OKRES ZAWIESZENIA	DATA ZMIANY W REJESTRZE PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ	UWAGI
1	2	3	4	5	6	7	8
1	utworzenie komórki/jednostki organizacyjnej (nazwa utworzonej komórki):	Nie wykazano zmian w tym zakresie					
2	likwidacja komórki/jednostki organizacyjnej (nazwa likwidowanej komórki): Poradnia wad postawy	14/2020 z dnia 28.09.2020 r.	TAK-akceptacja Członka Zarządu	NIE	14.10.2020 r., zakończenie działalności	23.11.2020 r.	-
3	zmiana nazwy komórki / jednostki organizacyjnej (z/na):	Nie wykazano zmian w tym zakresie					
4	połączenie jednostek/komórek organizacyjnych:	Nie wykazano zmian w tym zakresie					

L.P.	OKREŚLENIE RODZAJU ZMIANY	OPINIA RADY SPOŁECZNEJ	WYMAGANA AKCEPTACJA PODMIOTU TWORZĄCEGO	CZYNNOSĆ SPOWODOWAŁA ZMIANĘ UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ	DATA ROZPOCZĘCIA / ZAKOŃCZENIA DZIAŁALNOŚCI/ OKRES ZAWIESZENIA	DATA ZMIANY W REJESTRZE PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ	UWAGI
1	2	3	4	5	6	7	8
5	podział jednostek/komórek organizacyjnych:	Nie wykazano zmian w tym zakresie					
6	zawieszenie działalności komórki / jednostki organizacyjnej (nazwa):	Nie wykazano zmian w tym zakresie					

Tabela nr 2 – zmiany struktury organizacyjnej w okresie objętym kontrolą (tj. od 01.01.2020 r. do 27.09.2021 r.).

W okresie objętym kontrolą Szpital nie dokonał zmiany liczby łóżek.

Przeprowadzono kontrolę treści umieszczonych na stronie internetowej Szpitala pod względem spełnienia wymogów ustawy o działalności leczniczej. Ponadto sprawdzono, czy Szpital spełnia ustawowy wymóg prowadzenia strony podmiotowej Biuletynu Informacji Publicznej i umieszczania na niej wymaganych prawem informacji. Przedmiotowy obowiązek wynika z ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej. Zgodnie z treścią art. 8 pkt. 2 w związku z art. 4 ust. 1 ww. ustawy, do udostępniania informacji publicznej w Biuletynie Informacji Publicznej zobowiązane są m.in. podmioty reprezentujące państwowe osoby prawne albo osoby prawne samorządu terytorialnego oraz podmioty reprezentujące inne państwowe jednostki organizacyjne albo jednostki organizacyjne samorządu terytorialnego, a także podmioty reprezentujące inne osoby lub jednostki organizacyjne, które wykonują zadania publiczne lub dysponują majątkiem publicznym.

Szpital prowadzi stronę internetową pod adresem: <http://www.wsr.cal.pl/> oraz powiązaną z nią stronę BIP pod adresem: <http://www.wsr.cal.pl/bip/>, na których zostały umieszczone wszystkie informacje wymagane w art. 24 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej.

W toku kontroli stwierdzono także, że wszystkie informacje wymagane przez przepisy zostały wywieszone w widocznych miejscach, na tablicach informacyjnych, w poszczególnych jednostkach organizacyjnych Szpitala.

[Dowód: akta kontroli str. 44-92]

B. Stwierdzona nieprawidłowość (przyczyny, skutki):

1. Niedochowanie siedmiodniowego terminu na zgłoszenie zmian do KRS, czym naruszono art. 22 ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym.
2. Brak zgodności nazewnictwa komórek organizacyjnych działalności medycznej widniejących w Regulaminie Organizacyjnym Szpitala z ujawnionymi w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą.

Przyczyny nieprawidłowości:

Niedochowanie należytej staranności przez pracowników Szpitala odpowiedzialnych za zgłoszenie zmian do KRS oraz do RPWDL.

Wskazane nieprawidłowości nie stanowią rażącego naruszenia przepisów prawa.

C. Ocena cząstkowa:

Pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości.

D. Osoby odpowiedzialne:

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

III. Dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych.

A. Ustalenia faktyczne:

Podstawowym celem działalności Szpitala jest udzielanie świadczeń zdrowotnych i promocja zdrowia. Szpital prowadzi działalność medyczną w ramach umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia o świadczenie usług medycznych, w obiekcie zlokalizowanym w Jastrzębiu-Zdroju przy ulicy Tadeusza Kościuszki 14.

Szpital jest jednostką specjalistyczną z zakresu rehabilitacji leczniczej dla dzieci.

1. Funkcjonowanie wybranych komórek organizacyjnych.

W ramach czynności kontrolnych przeprowadzono wizytację wybranych komórek medycznych. Szczegółową kontrolą objęto funkcjonowanie:

- 1) Oddział rehabilitacji dziennej dla dzieci;
- 2) Oddział rehabilitacji neurologicznej.

1) Oddział rehabilitacji dziennej dla dzieci

Oddział wpisany jest do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 001 (kod resortowy identyfikujący komórkę organizacyjną stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych), kod resortowy charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych: 4301 Oddział rehabilitacyjny dla dzieci. Oddział został wpisany do Rejestru z dniem 21.02.1995 r. i dysponuje 55 łózkami.

W Oddziale udzielane są świadczenia zdrowotne z zakresu rehabilitacji ogólnoustrojowej dzieci i młodzieży w warunkach stacjonarnych obejmujące diagnostykę i leczenie schorzeń narządu ruchu oraz dysfunkcji wrodzonych i nabytych, w szczególności stany po urazach kończyn oraz zabiegach operacyjnych, wady postawy, skoliozy, wady kończyn dolnych, zespoły bólowe kręgosłupa, jałowe martwice kości kończyn i kręgosłupa, stany po urazach tkanek miękkich i plastyce więzadeł, deformacje klatki piersiowej, usprawniania po przebytych zabiegach operacyjnych na narządach ruchu.

Liczba hospitalizowanych w Oddziale pacjentów w kontrolowanym okresie wyniosła:

- 408 w 2020 r.
- 364 w 2021 r.

Wg stanu na 27.09.2021 r. liczba oczekujących na przyjęcie do Oddziału w trybie pilnym to 11 osób, natomiast w trybie stabilnym to 105 osób.

Zatrudnienie w Oddziale: 9 lekarzy, 15 pielęgniarek, 14 fizjoterapeutów, 2 psychologów, 3 opiekunów medycznych, 2 techników masażu oraz terapeuta zajęciowy.

Funkcjonowanie ww. komórki organizacyjnej nie budzi zastrzeżeń.

2) Oddział rehabilitacji neurologicznej

Oddział wpisany jest do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 008 (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: 4307 Oddział rehabilitacji neurologicznej dla dzieci. Komórka została wpisana do Rejestru z dniem 09.11.2010 r. i dysponuje 15 łózkami.

W Oddziale udzielane są świadczenia zdrowotne z zakresu rehabilitacji neurologicznej obejmujące diagnostykę i leczenie schorzeń układu nerwowego, w tym mózgowego porażenia dziecięcego, wrodzonych wad rozwojowych (przepukliny oponowo - rdzeniowe, wodogłowie, zaburzenia koordynacji ruchowej pochodzenia centralnego, dystrofie mięśniowe, rdzeniowe zaniki mięśniowe, wady genetyczne), pourazowego uszkodzenia neurologicznego i uszkodzenia nerwów obwodowych.

Rehabilitacja neurologiczna obejmuje zabiegi rehabilitacyjne z zakresu fizykoterapii i kinezyterapii, konsultacje i terapię psychologiczną, konsultację i terapię logopedyczną terapię zajęciową, dogoterapię, konsultacje neurologa dziecięcego (w uzasadnionych przypadkach).

Liczba hospitalizowanych w Oddziale pacjentów w kontrolowanym okresie wyniosła:

- 86 w 2020 r.
- 52 w 2021 r.

Wg stanu na 27.09.2021 r. liczba oczekujących na przyjęcie do Oddziału w trybie pilnym to 2 osoby, natomiast w trybie stabilnym 31 osób.

Zatrudnienie w Oddziale: 9 lekarzy, 15 pielęgniarek, 14 fizjoterapeutów, 3 psychologów, 3 opiekunów medycznych, 2 techników masażu, neurologopeda oraz terapeuta zajęciowy.

Funkcjonowanie ww. komórki organizacyjnej nie budzi zastrzeżeń.

[Dowód: akta kontroli str. 93-94]

2. Udzielanie zamówień na świadczenia zdrowotne.

Przedmiotem weryfikacji przeprowadzonej przez kontrolujących były umowy:

- 1) Nr 8/2021 z dnia 10.05.2021 r. na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie udzielania konsultacji neurologicznych;
- 2) Nr 12/2021 z dnia 10.05.2021 r. na świadczenia zdrowotne w zakresie pełnienia dyżurów w Oddziale rehabilitacyjnym dla dzieci oraz Oddziale rehabilitacji neurologicznej.

Ad. 1) Nr 8/2021 z dnia 10.05.2021 r.

Umowa została zawarta w wyniku przeprowadzonego przez Szpital postępowania konkursowego na podstawie przepisu art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Umowa została zawarta w formie pisemnej, na czas określony tj. od dnia 01.07.2021 r. do dnia 30.06.2023 r.

Przedmiotowa umowa zawiera wszystkie zapisy określone w art. 27 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach i podpisana przez strony.

W ramach kontroli realizacji umowy sprawdzono faktury nr:

- R080/07/21 z dnia 26.07.2021 r. - stawki za zrealizowane świadczenia zgodne z umową,
- R089/08/21 z dnia 17.08.2021 r. - stawki za zrealizowane świadczenia zgodne z umową.

Ad. 2) Nr 12/2021 z dnia 10.05.2021 r.

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

oraz przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Umowa została zawarta w formie pisemnej, na czas określony tj. od dnia 01.07.2021 r. do dnia 30.06.2023 r.

Przedmiotowa umowa zawiera wszystkie zapisy określone w art. 27 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

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

- 14/2021 z dnia 31.07.2021 r. - stawki za zrealizowane świadczenia zgodne z umową,
- 16/2021 z dnia 30.08.2021 r. - stawki za zrealizowane świadczenia zgodne z umową.

Przeprowadzona weryfikacja ww. umów wykazała brak określenia wartości zamówienia zgodnie z obowiązkiem wynikającym z art. 44 ust. 3 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (t.j.: Dz. U. z 2021 r. poz. 1240 z późn. zm.).

W związku z powyższym zachodzi wątpliwość co do właściwego sposobu realizacji przedmiotowych umów w zakresie ilości i wartości zleczonych usług. Zasadnym zatem byłoby wprowadzenie do umów zapisów regulujących kwestie ich maksymalnej wartości, w celu określenia całkowitej wartości zobowiązania i zapewnienia kontroli realizacji umowy.

[Dowód: akta kontroli str. 95-124]

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) Hydromasaż MASSANA B143 – nr seryjny: 72156, rok produkcji: 2010. Ostatni przegląd okresowy odbył się terminowo w dniu 25.11.2020 r. Zgodnie z wpisem urządzenie sprawne. Przegląd ważny do listopada 2021 r.,
- 2) Stół do pionizacji TECH-MED – nr seryjny: 54/09/09, rok produkcji: 2009. Ostatni przegląd okresowy odbył się terminowo w dniu 25.11.2020 r. Zgodnie z wpisem urządzenie sprawne. Przegląd ważny do listopada 2021 r.,
- 3) Podnośnik mobilny MAXI TWIN – nr seryjny: 0909002030, rok produkcji: 2009. Ostatni przegląd okresowy odbył się terminowo w dniu 23.08.2021 r. Zgodnie z wpisem urządzenie sprawne. Przegląd ważny do sierpnia 2022 r.,
- 4) Kardiomonitor CONTEC MEDICAL SYSTEM – nr seryjny: SN05AD000280, rok produkcji: 2013. Ostatni przegląd okresowy odbył się terminowo w dniu 13.02.2021 r. Po usunięciu awarii w dniu 18.06.2021 r. kolejny przegląd wyznaczono na dzień 30.06.2022 r. Zgodnie z wpisem aparat sprawny.

Zgodnie z poczynionymi ustaleniami serwis aparatów oraz sprzętu medycznego prowadzony w Szpitalu przebiega bez zastrzeżeń.

[Dowód: akta kontroli str. 125-138]

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

W ramach kontroli dostępności świadczeń zdrowotnych sprawdzaniem objęto rejestr skarg i wniosków wpływających do Dyrekcji Szpitala.

Skargi rozpatrywane są w oparciu o *Regulamin rozpatrywania skarg i wniosków*, wprowadzony w życie zarządzeniem Dyrektora nr 15/2012 z dnia 09.10.2012 r.

Zgodnie z ww. Regulaminem, skargi i wnioski mogą być przyjmowane pisemnie, telegraficznie, za pomocą telefaksu, poczty elektronicznej oraz ustnie do protokołu. Wzór protokołu przyjęcia skargi wniesionej ustnie stanowi załącznik do Regulaminu. Rozpatrywanie skarg i wniosków

odbywa się w trybie określonym przepisami Kodeksu postępowania administracyjnego. Skargi i wnioski rejestrowane są w prowadzonym w Szpitalu Rejestrze skarg i wniosków, który zawiera wszystkie niezbędne informacje umożliwiające kontrolę przebiegu realizacji skarg, zgodnie z art. 254 Kodeksu postępowania administracyjnego.

W okresie objętym kontrolą nie odnotowano żadnych wniosków i skarg na działalność Szpitala.

[Dowód: akta kontroli str. 139-144]

5. Realizacja Świadczeń Zdrowotnych.

5.1. Finansowanie udzielanych świadczeń.

Szpital na dzień przeprowadzania kontroli (tj. 27.09.2021 r.) realizował świadczenia zdrowotne w poszczególnych komórkach organizacyjnych w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia, jak również z innych źródeł finansowania. Finansowanie świadczeń wg poszczególnych źródeł ich uzyskania została szczegółowo przedstawiona w poniżej tabeli.

L.P.	KOMÓRKA DZIAŁALNOŚCI MEDYCZNEJ	REALIZACJA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH			KOMÓRKA NIE REALIZUJE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
		W RAMACH RYCZAŁTU NFZ	W RAMACH KONTRAKTU Z NFZ	INNE ŹRÓDŁA FINANSOWANIA - JAKIE (W TYM PROGRAMY ZDROWOTNE, PROGRAMY UNIJNE, INNE)	
1	2	3	4	5	6
1	Oddział rehabilitacji ogólnoustrojowej		X		
2	Oddział rehabilitacji neurologicznej		X		
3	Ośrodek rehabilitacji dziennej		X		
4	Poradnia rehabilitacyjna dla dzieci			X	
5	Poradnia logopedyczna dla dzieci			X	
6	Poradnia psychologiczna dla dzieci			X	
7	Dział fizjoterapii			X	
8	Dział farmacji				X

Tabela nr 3 - realizacja świadczeń zdrowotnych wg. stanu na dzień 27.09.2021 r.

Szczegółowe informacje dotyczące świadczeń realizowanych na podstawie umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia zostały w poniższej tabeli.

L.P.	KOD UMOWY	RODZAJ ŚWIADCZENIA (nazwa)	KWOTA (zł)	OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY (od dd-mm-rrr do dd-mm-rrr)
1	2	3	4	5
1.	124/100269/05/2020	Rehabilitacja lecznicza	4 635 234,10	od 01.01.2020 do 31.12.2020
2.	124/100269/19/1/2020	Zapobieganie, przeciwdziałanie i zwalczanie COVID-19	wg wykonania	od 01.07.2019 do 31.12.2020

L.P.	KOD UMOWY	RODZAJ ŚWIADCZENIA (nazwa)	KWOTA (zł)	OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY (od dd-mm-rrr do dd-mm-rrr)
1	2	3	4	5
3.	124/100269/19/1/2020A	Zapobieganie, przeciwdziałanie i zwalczanie COVID-19	wg wykonania	od 24.12.2020 do 31.12.2020
4.	124/100269/19/3/2020	Szczepienia ochronne przeciw grypie w związku z przeciwdziałaniem COVID-19	wg wykonania	od 01.08.2020 do 31.12.2020
5.	124/100269/05/2021	Rehabilitacja lecznicza	5 225 434,90	od 01.01.2021 do 31.12.2021
6.	124/100269/19/1/2021	Zapobieganie, przeciwdziałanie i zwalczanie COVID-19	wg wykonania	od 01.01.2021 do 31.12.2021
7.	124/100269/19/1/2021C	Zapobieganie, przeciwdziałanie i zwalczanie COVID-19	wg wykonania	od 01.01.2021 do 31.12.2021
8.	124/100269/19/3/2021	Szczepienia ochronne przeciw grypie w związku z przeciwdziałaniem COVID-19	wg wykonania	od 01.01.2021 do 31.12.2021

Tabela nr 4 – Zestawienie podpisanych umów z NFZ w latach 2020-2021.

Podstawowym zakresem świadczeń medycznych udzielanych przez Szpital jest rehabilitacja lecznicza. Zgodnie z przedstawionymi danymi na rok 2021 w powyższym zakresie kontrakt z NFZ osiągnął wartość 5 225 434,90 zł, w związku z czym poziom kontraktu wzrósł o 590 200,80 zł w porównaniu do roku poprzedniego.

Działania Szpitala zmierzające do zwiększenia kontraktu z NFZ nie budzą zastrzeżeń.

[Dowód: akta kontroli str. 145-148]

5.2. Certyfikaty jakości.

Szpital posiada Certyfikat Systemu Zarządzania Jakością zgodny z wymaganiami Normy PN- EN ISO 9001:2015 w zakresie świadczenia usług zdrowotnych w lecznictwie ambulatoryjnym oraz szpitalnym.

Do dnia 15.08.2021 r. Szpital posiadał również Akredytację Ministra Zdrowia, niemniej jednak odnowienie Certyfikatu zostało wstrzymane z uwagi na koszty jego utrzymania oraz pandemię COVID-19.

Podejmowane działania zmierzające do utrzymania wysokiego standardu udzielanych świadczeń medycznych przy jednoczesnej konieczności zachowania racjonalnej i adekwatnej do przyjętych standardów polityki finansowej jednostki Kontrolujący ocenili za wystarczające.

[Dowód: akta kontroli str. 149]

5.3. Wykonywanie badań satysfakcji pacjenta.

Na podstawie zarządzenia Dyrektora nr 11/2010 z dnia 01.09.2010 r. w sprawie oceny pracowników i jednostki przez pacjentów i ich opiekunów w Wojewódzkim Szpitalu Rehabilitacyjnym dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju, zmienionym Zarządzeniem nr 11a/2017 z dnia 30.06.2017 r., w Szpitalu co pół roku przeprowadza się wśród pacjentów i opiekunów anonimową ankietę mającą na celu zbadanie poziomu satysfakcji z leczenia i pobytu w placówce. Wypełnione ankiety składane są w Rejestracji zlokalizowanej na parterze przy wejściu głównym, a następnie analizowane są przez wyznaczonego pracownika, wyniki analizy przedstawiane są Dyrektorowi.

Badanie ankietowe ma na celu ocenę zadowolenia pacjentów z usług świadczonych w zakresie ogólnej działalności, funkcjonowania poszczególnych oddziałów szpitalnych, a także panujących warunków udzielania świadczeń medycznych.

Kontrolującym przedstawiono raport z oceny oddziałów szpitalnych za pierwsze półrocze 2021 roku. Z przekazanych dokumentów wynika, że w badaniu wzięło udział 162 pacjentów oraz 9 opiekunów dzieci, którzy w dniach od 01.01.2021 r. do 30.06.2021 r. przebywali w oddziałach Szpitala.

Z analizy ankiet wynika, że większość badanych pacjentów (90%) z grupy 162 respondentów najlepiej ocenia dostępność personelu medycznego. Natomiast najłagodniej oceniono smak wydawanych posiłków.

W grupie 9 opiekunów najlepiej oceniono m.in. dogodność terminu hospitalizacji, opiekę lekarską oraz pracę fizjoterapeutów. Natomiast, tak jak to było w poprzedniej grupie ankietowej, najłagodniej oceniono smak wydawanych posiłków.

[Dowód: akta kontroli str. 150-197]

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

W okresie objętym kontrolą nie przeprowadzono inwestycji w przedmiotowym zakresie. W chwili obecnej Szpital poszukuje możliwości dofinansowania zabezpieczenia przeciwpożarowego wycenionego na łączny koszt 852 050,82 zł.

Szpital działa na podstawie decyzji Komendanta Miejskiego Państwowej Straży Pożarnej nr 53 i 54.MZ.12 z dnia 30.05.2012 r. (termin ważności do dnia 31.12.2021 r.) oraz decyzji Państwowego Inspektora Nadzoru Budowlanego z dnia 10.07.2012 r. (termin ważności do dnia 31.12.2022 r.).

W związku z powyższym zwrócono uwagę na konieczność podjęcia stosownych działań zmierzających do uregulowania przedmiotowej kwestii.

Dyrektor Szpitala pismem z dnia 2.11.2021 r. zwrócił się do Komendanta Miejskiego Straży Pożarnej w Jastrzębiu-Zdroju z wnioskiem o przedłużenie terminu wykonania ww. decyzji do dnia 31.12.2023 r.

[Dowód: akta kontroli str. 198]

5.5. Normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych.

W okresie kontroli zatrudnienie pielęgniarek w Szpitalu odpowiada wymogom rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 kwietnia 2021 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (t.j.: Dz. U. z 2021 r. poz. 638), w związku z realizacją zapisów załącznika nr 2 pozycja 4 litera a oraz b rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej. Zgodnie z ww. rozporządzeniem świadczeniodawca udzielający świadczeń w trybie hospitalizacji, o których mowa w § 3 ust. 1, jest zwolniony z obowiązku spełniania wymagań określonych w załączniku nr 3, w części dotyczącej warunków realizacji świadczeń odnoszących się do wymaganego personelu lekarskiego oraz pielęgniarskiego, pod warunkiem zapewnienia przez kierownika podmiotu leczniczego ciągłości procesu leczniczego i bezpieczeństwa zdrowotnego świadczeniobiorców.

Według stanu na dzień 31.08.2021 r. w Oddziale rehabilitacyjnym dla dzieci zatrudnienie wyniosło 10,2 etatu, natomiast w Oddziale rehabilitacji neurologicznej 2,0 etatu.

Dyrekcja Szpitala podejmuje działania mające na celu zapewnienie ciągłości procesu leczniczego i bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów.

[Dowód: akta kontroli str. 199-204]

5.6. Braki kadrowe.

Na dzień kontroli Szpital nie wskazał na braki kadrowe uniemożliwiające zachowanie ciągłości procesu leczniczego i bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów leczonych w placówce.

[Dowód: akta kontroli str. 205]

5.7. Funkcjonowanie systemu kontroli / oceny zakażeń.

W Szpitalu zarządzeniem Dyrektora nr 8/XII/2020 z dnia 30.12.2020 r. powołany został *Komitet kontroli zakażeń szpitalnych oraz Zespołu kontroli zakażeń szpitalnych*.

Do zadań ośmioosobowego Komitetu kontroli zakażeń szpitalnych należy:

- 1) opracowywanie planów i kierunków systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych,
- 2) ocena wyników kontroli wewnętrznej przedstawionych przez zespół kontroli zakażeń szpitalnych,
- 3) opracowywanie i aktualizacja standardów farmakoprofilaktyki i farmakologii zakażeń i chorób zakaźnych w Szpitalu.

Do zadań pięcioosobowego Zespołu ds. kontroli zakażeń szpitalnych należy:

- 1) opracowywanie i aktualizacja systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych,
- 2) prowadzenie kontroli wewnętrznej oraz przedstawiania wyników i wniosków z przedmiotowej kontroli Dyrektorowi Szpitala i Komitetowi zakażeń szpitalnych,
- 3) szkolenie personelu w zakresie kontroli zakażeń szpitalnych,
- 4) konsultowanie osób podejrzanych o zakażenie lub chorobę zakaźną oraz tych, u których rozpoznano zakażenie lub chorobę zakaźną.

Członkowie Zespołu odbywają cykliczne spotkania (w dobie pandemii nawet dwa razy w miesiącu), w trakcie których omawiana jest sytuacja epidemiologiczna Szpitala. Przykładowy protokół ze spotkania ww. Zespołu w dniu 16.06.2021 r. stanowi akta kontroli.

W okresie objętym kontrolą liczba zakażeń szpitalnych kształtowała się następująco:

- 2020 rok – 7 zakażeń (4 w Oddziale rehabilitacji dla dzieci oraz 3 w Oddziale rehabilitacji neurologicznej),
- 2021 rok (do dnia kontroli) – 27 zakażeń (25 w Oddziale rehabilitacji dla dzieci oraz 2 w Oddziale rehabilitacji neurologicznej).

[Dowód: akta kontroli str. 206-209]

5.8. Kontrola zawieranych umów.

W związku z faktem, iż Szpital pozyskuje zewnętrzne usługi medyczne i niemedyczne dokonano weryfikacji, czy prowadzony jest nadzór nad wykonywaniem zleconych zadań zmierzający do zwiększenia jakości realizowanych świadczeń oraz efektywnego wydatkowania środków publicznych.

L.P.	RODZAJ DZIAŁALNOŚCI ZLECANY PODMIOTOM ZEWNĘTRZNYM	CZY AKTUALNE UMOWY REGULUJĄ KWESTIE ZWIĄZANE Z KONTROLĄ ŚWIADCZONYCH USŁUG	ZAKRES UPRAWNIENI KONTROLNYCH PODMIOTU LECZNICZEGO OBJĘTY UMOWĄ	CZY PODMIOT KONTROLUJE REALIZACJĘ UMÓW ZGODNIE Z ZAPISAMI UMOWY	OPIS DZIAŁAŃ KONTROLNYCH WOBEC PODMIOTU ZEWNĘTRZNEGO REALIZUJĄCEGO UMOWĘ
1	2	3	4	5	6
1.	dyżury lekarskie	TAK	paragraf 7 umów	TAK	zgodnie z umową oraz dokumentami systemowymi – ISO

L.P.	RODZAJ DZIAŁALNOŚCI ZLECANY PODMIOTOM ZEWNĘTRZNYM	CZY AKTUALNE UMOWY REGULUJĄ KWESTIE ZWIĄZANE Z KONTROLĄ ŚWIADCZONYCH USŁUG	ZAKRES UPRAWNIEŃ KONTROLNYCH PODMIOTU LECZNICZEGO OBJĘTY UMOWĄ	CZY PODMIOT KONTROLUJE REALIZACJĘ UMÓW ZGODNIE Z ZAPISAMI UMOWY	OPIS DZIAŁAŃ KONTROLNYCH WOBEC PODMIOTU ZEWNĘTRZNEGO REALIZUJĄCEGO UMOWĘ
1	2	3	4	5	6
2.	badania laboratoryjne	TAK	aneks nr 1 umowy	TAK	zgodnie z umową oraz dokumentami systemowymi – ISO
3.	badania diagnostyczne pozostałe	TAK	paragraf 3 umowy	TAK	zgodnie z umową oraz dokumentami systemowymi – ISO
4.	Żywnienie pacjentów	TAK	paragraf 2 umowy	TAK	zgodnie z umową oraz dokumentami systemowymi – ISO
5.	transport sanitarny	TAK	paragraf 2 pkt 8 umowy	TAK	zgodnie z umową oraz dokumentami systemowymi – ISO
6.	pranie	TAK	paragraf 5 i 6 umowy	TAK	zgodnie z umową oraz dokumentami systemowymi – ISO

Tabela nr 5 – Kontrola zawieranych umów.

Z otrzymanych informacji wynika, iż zawarte umowy zawierają zapisy uprawniające do dokonywania kontroli przez Szpital, na podstawie których dokonuje on okresowej kontroli realizacji świadczeń i usług.

W związku z powyższym Szpital prowadzi nie budzący zastrzeżeń nadzór nad wykonywaniem zleconych zadań zmierzający do zwiększenia jakości realizowanych świadczeń oraz efektywnego wydatkowania środków publicznych.

[Dowód: akta kontroli str. 210]

5.9. Stan infrastruktury technicznej i sprzętowej (zaplecze diagnostyczne).

Ze względu na specyfikę udzielanych świadczeń zdrowotnych Szpital posiada głównie sprzęt i aparaturę medyczną przeznaczoną do wykonywania zabiegów rehabilitacyjnych dla dzieci. Poza sprzętem rehabilitacyjnym Szpital w swoich zasobach posiada dwa aparaty EKG o okresie użytkowania do 3 lat oraz od 4 do 8 lat, jak również urządzenie do laseroterapii, na którym w okresie od stycznia do sierpnia 2021 r. przeprowadzono 344 zabiegi.

Zgodnie z ustaleniami sprzęt podlega systematycznym wymianom na nowszy zgodnie z bieżącym zapotrzebowaniem i możliwościami finansowymi Szpitala.

[Dowód: akta kontroli str. 211]

B. Stwierdzone nieprawidłowości (przyczyny, skutki):

Nieprawidłowość polegająca na braku w treści umów na świadczenia zdrowotne (Nr 8/2021 z dnia 10.05.2021 r. oraz Nr 12/2021 z dnia 10.05.2021 r.) określenia wartości brutto zamówienia, zgodnie z art. 44 ust. 3 pkt. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych.

Przyczyny nieprawidłowości:

Niedochowanie należytej staranności w konstruowaniu zapisów umów w procesie udzielania zamówień na świadczenia zdrowotne.

C. Ocena cząstkowa:

Pozytywna mimo stwierdzonej nieprawidłowości.

D. Osoba odpowiedzialna:

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

IV. Prawdliwość gospodarowania mieniem.

A. Ustalenia faktyczne

W zakresie prawidłowości gospodarowania mieniem kontrolą objęto niżej wymienione zagadnienia:

1. Nabycie sprzętu i aparatury medycznej.

Ozonator KORONA A20 o wartości: 3 013,50 zł;

- zakup nie został ujęty w planie inwestycyjnym Szpitala na 2020 r.;
- Rada Społeczna Szpitala uchwałą nr 6/2020 z dnia 07.08.2020 r. zaopiniowała pozytywnie przedmiotowy zakup;
- sprzęt został zakupiony w 100 % ze środków własnych;
- zakup potwierdzony fakturą VAT nr FS 11/04/2020 z dnia 20.04.2020 r. na kwotę 3 015,50 zł (płatności w terminie 14 dni), fakturę zapłacono w terminie (29.04.2020 r.);
- dowód przyjęcia OT0 – 2/PST/2020 z dnia 22.04.2020 r.

Uchwała Rady Społecznej została podjęta w terminie późniejszym niż nabycie aparatu oraz przedmiotowy zakup nie został ujęty w planie inwestycyjnym Szpitala na 2020 r.

Zgodnie z przekazanymi wyjaśnieniami wybuch pandemii COVID-19 uniemożliwił zaplanowanie przedmiotowego zakupów z wyprzedzeniem. Ponadto ze względu na wartość ozonatora nie przekraczającą 10 000 zł odstąpiono od ujęcia zakupu w korekcie planu inwestycyjnego.

W kwestii przyczyny opóźnienia w pozyskaniu opinii Rady Społecznej Dyrekcja Szpitala wskazała na utrudnienia w organizacji posiedzenia Rady związane z dynamicznie zmieniającą się, w początkowej fazie rozwoju epidemii, sytuacją epidemiologiczną w kraju.

W związku z powyższym Kontrolujący odstąpili od wydania zalecenia pokontrolnego w zakresie uzyskania opinii Rady Społecznej.

[Dowód: akta kontroli str. 212-250]

2. Zbycie sprzętu i aparatury medycznej.

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

Rowerek rehabilitacyjny WSR/2/263 – nr inwentarzowy: WSR/2/263, data przyjęcia do użytkowania: 06.11.2001 r., wartość: 1 300,00 zł.

- ocena stanu technicznego z dnia 12.04.2021 r. – brak możliwości naprawy ze względu na niedostępność części zamiennych,
- pozytywna opinia Rady Społecznej Szpitala wyrażona uchwałą nr 03/2021 z dnia 04.05.2021 r.,
- zgoda podmiotu tworzącego na likwidację nie była wymagana,
- protokół kasacyjno-likwidacyjny z dnia 07.05.2021 r.,
- dowód LT0-3/2021 z dnia 07.05.2021 r.,
- protokół przekazania odpadu do utylizacji z dnia 07.09.2021 r.

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

[Dowód: akta kontroli str. 251-285]

3. Najem/dzierżawa pomieszczeń.

W kontrolowanym okresie Szpital zawarł jedną umowę najmu, tj.: umowa nr 10/2020 z dnia 28.09.2020 r. (umowa aneksowana – aneks nr 1 z dnia 11.03.2021 r.).

Przedmiotem umowy jest najem pomieszczeń o powierzchni użytkowej 20,62 m² z przeznaczeniem na prowadzenie stacji wymiennika ciepła.

Umowa została zawarta na czas określony tj. począwszy od dnia 01.09.2020 r. do dnia 31.08.2023 r. Z uwagi na okres, na jaki została zawarta umowa, zgoda podmiotu tworzącego nie była wymagana.

Rada Społeczna Szpitala pozytywnie zaopiniowała wniosek w sprawie wynajęcia ww. pomieszczeń uchwałą nr 16/2020 z dnia 28.09.2020 r.

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

Objęte kontrolą faktury za miesiąc październik 2020 r. i czerwiec 2021 r. zostały wystawione zgodnie z treścią umowy.

W związku z powyższym sposób przygotowania i realizacji przedmiotowej umowy najmu w kontrolowanym zakresie nie budzi zastrzeżeń.

[Dowód: akta kontroli str. 286-298]

B. Stwierdzone nieprawidłowości (przyczyny, skutki):

Brak.

C: Ocena cząstkowa:

Pozytywna.

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 2020-2021 w Wojewódzkim Szpitalu Rehabilitacyjnym dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju miało miejsce jedno postępowanie konkursowe na stanowisko kierownicze wskazane w art. 49 ww. ustawy.

Przeprowadzone postępowania konkursowe na stanowiska kierownicze:

Stanowisko Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa (data konkursu: 18.11.2020 r., okres zatrudnienia 18.11.2020 r. – 18.11.2026 r.).

W związku z wyznaczeniem do pełnienia obowiązków dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Rehabilitacyjnego dla Dzieci w Jastrzębiu Zdroju od dnia 1.12.2020 r. Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa (wybranego w ramach ww. postępowania konkursowego) oraz mając na uwadze zapis art. 49 ust. 1 pkt. 2 dot. konieczności przeprowadzenia konkursu na stanowisko Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa w przypadku gdy kierownik podmiotu leczniczego nie jest lekarzem, brak

TK

jest konieczności przeprowadzenia kolejnego postępowania konkursowego na stanowisko Zastępcy ds. Lecznictwa.

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

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

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

W Szpitalu nie funkcjonuje stanowisko naczelnego pielęgniarki/przełożonej pielęgniarek.

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

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

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

[Dowód: akta kontroli str. 299-328]

B: Stwierdzone nieprawidłowości (przyczyny, skutki):

Brak.

C: Ocena cząstkowa:

Pozytywna.

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

A. Ustalenia faktyczne.

Ostatnia kontrola w Wojewódzkim Szpitalu Rehabilitacyjnym dla Dzieci w Jastrzębiu-Zdroju przeprowadzona została przez pracowników Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w dniach 1-2.07.2019 r.

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

Wydano następujące zalecenia pokontrolne:

- 1) *Przestrzegać zapisu art. 48 ust 2 pkt 2 lit. f ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j.: Dz.U. z 2018, poz. 2190 z późn. zm) w zakresie dokonywania zmian Załącznika*

nr 2 do Regulaminu Organizacyjnego Szpitala oraz poprawić błędny zapis § 22 ust. 4 Regulaminu Organizacyjnego.

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

Dyrektor Szpitala złożył do Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego sprawozdanie o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych pismem Ldz. Nz.310/2019 z dnia 29.10.2019 r.

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

B: Stwierdzone nieprawidłowości (przyczyny, skutki):

Brak.

C: Ocena cząstkowa:

Pozytywna.

Na tym ustalenia kontrolne zakończono.

VII. Pozostałe informacje i pouczenia.

1. Pozostałe informacje.

Pismem z dnia 17 listopada 2021 r., znak: NZ-NK.1711.12.2021(NZ-NK.KW-00619/21), Projekt wystąpienia pokontrolnego został przekazany p.o. Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Rehabilitacyjnego dla Dzieci w Jastrzębiu-Zdroju. Pismo zostało doręczone w dniu 19 listopada 2021 r. P.o. Dyrektor Szpitala nie zgłosił zastrzeżeń do treści Projektu wystąpienia pokontrolnego.

2. Zalecenia

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami zalecam podjąć działania polegające na:

- 1) Zgłaszanie do KRS wymaganych danych w ustawowym terminie;
- 2) Usunięcie niezgodności pomiędzy zapisami Regulaminu Organizacyjnego Szpitala i Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą w zakresie nazewnictwa komórek organizacyjnych działalności medycznej;
- 3) Umieszczanie w treści umów na świadczenia zdrowotne wartości brutto zamówienia, zgodnie z obowiązkiem wynikającym z przepisów ustawy o finansach publicznych (art. 44 ust. 3 pkt. 3).

3. Pouczenia

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

Wystąpienie pokontrolne zawiera 19 ponumerowanych stron.

Zgodnie z § 25 ust. 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu

i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych (t.j.: Dz.U. z 2015 r., poz. 1331) od wystąpienia pokontrolnego nie przysługują środki odwoławcze.

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

Podmiot uprawniony do kontroli

Departament Nadzoru Podmiotów
Leczniczych i Ochrony Zdrowia


Tomasz Jankowski
Główny Specjalista

Departament Nadzoru Podmiotów
Leczniczych i Ochrony Zdrowia


Katarzyna Raczek
Kierownik Referatu

z up. ZARZĄDU WOJEWÓDZTWA ŚLĄSKIEGO


Małgorzata Przybyłek
Zastępca Dyrektora
Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych
i Ochrony Zdrowia

Departament Nadzoru Podmiotów
Leczniczych i Ochrony Zdrowia


Barbara Gwizda-Amrosz
Główny Specjalista