

Katowice, 25 października 2022r.
NZ-NK.1711.15.2021

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

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 2
w Jastrzębiu-Zdroju
ul. Jana Pawła II, 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. z 2015 r., poz. 1331),
- 3) planu kontroli na 2021 rok, załącznik nr 2, poz. 12 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:

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju, ul. Jana Pawła II, 44-330 Jastrzębie-Zdrój.

Kierownik jednostki kontrolowanej: w okresie objętym kontrolą funkcję Dyrektora sprawował Pan Robert Rychel (od 03.01.2019 r. do nadal).

Dyrektor w okresie objętym kontrolą wykonywał swoje zadania kierownicze i zarządcze przy pomocy:

- Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych – Pani Maria Zawada od 01.2003 r. do nadal,
- p.o. Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa – Pan Aureliusz Pisarek od 08.08.2019 r. do 17.03.2020 r., Pan Józef Danek od 19.03.2021 r. do nadal,
- Zastępcy Dyrektora ds. Techniczno-Eksploatacyjnych – Pan Eugeniusz Kłapuch od 01.10.2009 r. do nadal,
- Głównego Księgowego – Pani Agata Szpak od 01.10.2013 do nadal.

Termin przeprowadzenia czynności kontrolnych i zakres kontroli:

Kontrolę przeprowadzono w dniach od 18.11.2021 r. do 10.12.2021 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.

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

Osoby przeprowadzające kontrolę:

Paulina Górkiewicz – Główny specjalista Departamentu Nadzoru Podmiotów Lecznicznych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w Katowicach, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 558/NZ/2021 z dnia 15 listopada 2021 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 15 listopada 2021 r.

Weronika Loska-Tomanik – Główny specjalista Departamentu Nadzoru Podmiotów Lecznicznych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w Katowicach, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 559/NZ/2021 z dnia 15 listopada 2021 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 15 listopada 2021 r.

Barbara Gwiazda - Amrosz – Główny specjalista Departamentu Nadzoru Podmiotów Lecznicznych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 560/NZ/2021 z dnia 15 listopada 2021 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 15 listopada 2021 r.

O kontroli Dyrektor jednostki został poinformowany pismem z dnia 15 listopada 2021 r. Kontrolę wpisano do książki kontroli pod pozycją 10.

[Dowód: akta kontroli str. 1-19]

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.

1. Informacje ogólne.

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju (dalej: Szpital) 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 Leczniczną prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego pod numerem 000000013057 oraz posiada osobowość prawną i jest wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Gliwicach pod numerem KRS 0000048508. Siedziba Szpitala znajduje się w Jastrzębiu-Zdroju.

Szpital działa na podstawie:

- 1) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t. j.: Dz. U. z 2022 r. poz. 633 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 2021 r. poz. 1285),
- 3) Statutu Szpitala, przyjętego Uchwałą Nr VI/42/21/2017 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 18 września 2017 r., w sprawie ogłoszenia tekstu jednolitego Uchwały Nr VI/12/15/2015 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 21 września 2015 r. i ogłoszonego w Dzienniku Urzędowym Województwa Śląskiego w dniu 05.10.2017 r. pod pozycją 5296 (Dz. Urz. z dnia 05.10.2017 r., poz. 5296),

- 4) Regulaminu Organizacyjnego, którego ostatnie zmiany zostały pozytywnie zaopiniowane przez Radę Społeczną Szpitala uchwałą nr 37/2021 z dnia 28.10.2021 r., a następnie wprowadzone Zarządzeniem Dyrektora Szpitala nr 163/2021 z dnia 29.10.2021 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 określonych w uchwale Zarządu Województwa Śląskiego nr 686/326/VI/2022 z dnia 20.04.2022 r., z późn. zm.
- 7) innych powszechnie obowiązujących przepisów prawa.

W Szpitalu zatrudnienie na dzień 18.11.2021 r. roku wynosiło ogółem 1 208 pracowników:

- 920 pracowników w ramach umowy o pracę,
- 68 pracowników w ramach umowy zlecenia,
- 220 pracowników w ramach kontraktu.

[Dowód: akta kontroli str. 21]

2. Prawidłowość wpisów w Krajowym Rejestrze Sądowym.

Ostatnie zgłoszenie do Krajowego Rejestru Sądowego z dnia 09.03.2020 r. dotyczy zmiany składu Rady Społecznej Szpitala powołanej uchwałą nr 305/101/VI/2020 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 05.02.2020 r. W trakcie kontroli ustalono, iż nie został dopełniony ustawowy obowiązek wynikający z art. 22 ustawy o Krajowym Rejestrze Sądowym, który wskazuje 7-dniowy termin na zgłoszenie zmian do KRS, jednakże wyjaśniono, że wniosek złożono 09.03.2020 r. ze względu na utrudniony kontakt z nowymi Członkami Rady Społecznej i brak wszystkich niezbędnych danych umożliwiających złożenie wniosku do KRS.

Ustalono, że do Krajowego Rejestru Sądowego zgłoszone zostały wszystkie wymagane prawem informacje o Szpitalu.

[Dowód: akta kontroli str. 22-25]

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 zostały pozytywnie zaopiniowane przez Radę Społeczną Szpitala uchwałą nr 37/2021 z dnia 28.10.2021 r., a następnie wprowadzone Zarządzeniem Dyrektora Szpitala nr 163/2021 z dnia 29.10.2021 r. W trakcie kontroli sprawdzono zgodność zapisów Regulaminu Szpitala z przepisami ustawy. Ustalono, że Regulamin zawiera wszystkie zapisy wymagane przez art. 24 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej.

Kontrolujący stwierdzili, że cele i zadania podmiotu leczniczego wyszczególnione w Regulaminie Szpitala nie są w pełni tożsame z wpisanymi do Statutu Szpitala w obowiązującym brzmieniu przyjętym Uchwałą Nr V/42/21/2017 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 18 września 2017 r.,

w sprawie ogłoszenia tekstu jednolitego Uchwały Nr V/12/15/2015 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 21 września 2015 r., co obrazuje poniższa tabela.

	Regulamin Organizacyjny Szpitala – Rozdział II Cele i zadania	Statut Szpitala – Rozdział 2 Cele i zadania
Cele	2. Profilaktyka i promocja zdrowia	2. Promocja zdrowia
Zadania	W § 6 pkt 1-3 Regulaminu wymieniono szczegółowy zakres świadczeń	Brak uszczegółowienia
	Rozdział II § 6 pkt 1 udzielanie świadczeń zdrowotnych w szczególności w zakresach: diagnostyki medycznej, radiologii i diagnostyki obrazowej, radiologii zabiegowej, transplantologii, epidemiologii, farmakologii klinicznej, usług farmaceutycznych w aptece szpitalnej, patomorfologii	Rozdział 2 § 4 : - pkt 4 prowadzenie działalności diagnostycznej - pkt 5 prowadzenie działań w zakresie pobierania narządów i tkanek do transplantacji, - pkt 6 świadczenie usług farmaceutycznych
	Rozdział II pkt 9 Współpraca z organizacjami pożytku publicznego działającymi w obszarze zdrowia publicznego	Rozdział 2 § 4 Współpraca z organizacjami pożytku publicznego działającymi w obszarze ochrony zdrowia
	Rozdział II pkt 13 ust 8) sprzedaż zbędnych składników mienia	

Tabela nr 1 – Porównanie zapisów Regulaminu Organizacyjnego ze Statutem Szpitala w zakresie zadań i celów samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

Sprawdzono zgodność zapisów Regulaminu w zakresie struktury organizacyjnej komórek działalności medycznej oraz miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych z Księgą Rejestrową nr 000000013057 widniejącą w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (dalej: Rejestr) według stanu na dzień 18.11.2021 r.

Porównanie zapisów Regulaminu 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 (jeśli dotyczy)	NAZWA JEDNOSTKI/ KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ	LICZBA ŁÓŻEK/ MIEJSC DZIENNEGO POBYTU/ STANOWISK/ INNE (jeśli dotyczy)	UWAGI
1	2	3	4	5	6
A	ZAKŁAD LECZNICZY				
	SZPITAL SPECJALISTYCZNY				
I	JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZAKŁADU LECZNICZEGO				
	SZPITAL SPECJALISTYCZNY				
1	KOMÓRKA DZIAŁALNOŚCI MEDYCZNEJ				
1.1.	Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	13	Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	13	
1.2.	Oddział Rehabilitacji	50	Oddział Rehabilitacji	50	
1.3.	Oddział Neurochirurgii	33	Oddział Neurochirurgii	33	
1.4.	Oddział Chirurgiczny Ogólny	34	Oddział Chirurgiczny Ogólny	34	
1.5.	Oddział Chirurgii Urazowo- Ortopedycznej	40	Oddział Chirurgii Urazowo- Ortopedycznej	40	
1.6.	Oddział Położniczo-Ginekologiczny	42	Oddział Położniczo-Ginekologiczny	42	

1.7.	Oddział Otolaryngologii z Pododdziałem Chirurgii Szcękowo-Twarzowej	16	Oddział Otolaryngologii z Pododdziałem Chirurgii Szcękowo-Twarzowej	16	
1.8.	Oddział Urologii i Onkologii Urologicznej	24	Oddział Urologii i Onkologii Urologicznej	24	
1.9.	Oddział Gastrologiczno-Wewnętrzny	37	Oddział Gastrologiczno-Wewnętrzny	37	
1.10.	Oddział Kardiologii	40	Oddział Kardiologii	40	
1.11.	Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego	6	Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego	6	
1.12.	Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej	5	Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej	5	
1.13.	Dzienny Ośrodek Rehabilitacji Kardiologicznej	5			w RPWDL zarejestrowany przy zakładzie leczniczym AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA
1.14.	Oddział Okulistyki	14	Oddział Okulistyki	14	
1.15.	Oddział Nefrologiczno-Wewnętrzny	16	Oddział Nefrologiczno-Wewnętrzny	16	
1.16.	Stacja Dializ	12	Stacja Dializ	12	
1.17.	Oddział Neurologii	20	Oddział Neurologii	20	
1.18.	Oddział Udarowy	16	Oddział Udarowy	16	
1.18.	Oddział Intensywnej Terapii Dziecięcej	8	Oddział Intensywnej Terapii Dziecięcej	8	
1.19.	Szpitalny Oddział Ratunkowy	12	Szpitalny Oddział Ratunkowy	12	
1.20.	Oddział Neonatologiczny	23	Oddział Neonatologiczny	23	
1.21.	Oddział Pediatriczny	20	Oddział Pediatriczny	20	
1.22.	Blok Operacyjny		Blok Operacyjny		
1.23.	Izba Przyjęć		Izba Przyjęć		
1.24.	Pracownia Endoskopowa		Pracownia endoskopowa		
1.25.	Pracownia Spirometrii		Pracownia Spirometrii		
1.26.	Pracownia USG		Pracownia USG		
1.27.	Pracownia EEG		Pracownia EEG		
1.28.	Pracownia EMG		Pracownia EMG		
1.29.	Pracownia EKG		Pracownia EKG		
1.30.	Lithostar		Lithostar		
1.31.	Pracownia USG dla Dzieci		Pracownia USG dla Dzieci		
1.32.	Pracownia Fizjoterapii		Pracownia fizjoterapii		
1.33.	Pracownia Tomografii Komputerowej		Pracownia tomografii komputerowej		
1.34.	Pracownia Radiologii zabiegowej		Pracownia radiologii zabiegowej		
1.35.	Pracownia Rezonansu magnetycznego		Pracownia rezonansu magnetycznego		
1.36.	Pracownia hemodynamiki		Pracownia hemodynamiki		
1.37.	Pracownia elektrofizjologii		Pracownia elektrofizjologii		
1.38.	Apteka Szpitalna		Apteka Szpitalna		
1.39.	Zakład Diagnostyki Obrazowej (pracownia diagnostyki ogólnej, pracownia mammografii)		Zakład Diagnostyki Obrazowej (pracownia diagnostyki ogólnej, pracownia mammografii)		
1.40.	Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych		Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych		
1.41.			Pracownia urządzeń wszczepialnych serca		
B	ZAKŁAD LECZNICZY				
	AMBULATORYJNA OPIEKA ZDROWOTNA				
I	JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZAKŁADU LECZNICZEGO				
	AMBULATORYJNA OPIEKA ZDROWOTNA				
1	KOMÓRKA DZIAŁALNOŚCI MEDYCZNEJ				
1.1.	Poradnia Urazowo-Ortopedyczna		Poradnia Urazowo-Ortopedyczna		
1.2.	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy poradni urazowo-ortopedycznej		Gabinet diagnostyczno-zabiegowy poradni urazowo-ortopedycznej		
1.3.	Poradnia Chirurgii Ogólnej		Poradnia Chirurgii Ogólnej		
1.4.	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy poradni chirurgii ogólnej		Gabinet diagnostyczno-zabiegowy poradni chirurgii ogólnej		
1.5.	Poradnia Neurochirurgiczna		Poradnia Neurochirurgiczna		
1.6.	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy poradni neurochirurgicznej		Gabinet diagnostyczno-zabiegowy poradni neurochirurgicznej		

1.7.	Poradnia Gastrologiczna		Poradnia Gastrologiczna		
1.8.	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy poradni gastrologicznej		Gabinet diagnostyczno-zabiegowy poradni gastrologicznej		
1.9.	Poradnia Kardiologiczna		Poradnia Kardiologiczna		
1.10.	Poradnia Urologiczna		Poradnia Urologiczna		
1.11.	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy poradni urologicznej		Gabinet diagnostyczno-zabiegowy poradni urologicznej		
1.12.	Poradnia Nefrologiczna		Poradnia Nefrologiczna		
1.13.	Poradnia Chirurgii Szczękowo-Twarzowej		Poradnia Chirurgii Szczękowo-Twarzowej		
1.14.	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy poradni chirurgii szczękowo-twarzowej		Gabinet diagnostyczno-zabiegowy poradni chirurgii szczękowo-twarzowej		
1.15.	Poradnia Ginekologiczna		Poradnia Położniczo- Ginekologiczna		
1.16.	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy poradni ginekologicznej		Gabinet diagnostyczno-zabiegowy poradni ginekologicznej		
1.17.	Poradnia Otolaryngologiczna		Poradnia Otolaryngologiczna		
1.18.	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy poradni otolaryngologicznej		Gabinet diagnostyczno-zabiegowy poradni otolaryngologicznej		
1.18.	Poradnia Okulistyczna		Poradnia Okulistyczna		
1.19.	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy poradni okulistycznej		Gabinet diagnostyczno-zabiegowy poradni okulistycznej		
1.20.	Poradnia Neurologiczna		Poradnia Neurologiczna		
1.21.	Poradnia Zdrowia Psychicznego		Poradnia Zdrowia Psychicznego		
1.22.	Poradnia Reumatologiczna		Poradnia Reumatologiczna		
1.23.	Poradnia Rehabilitacyjna		Poradnia Rehabilitacyjna		
1.24.	Poradnia Diabetologiczna		Poradnia Diabetologiczna		
1.25.	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy poradni diabetologicznej		Gabinet diagnostyczno-zabiegowy poradni diabetologicznej		
1.26.	Poradnia Pulmonologiczna		Poradnia Pulmonologiczna		
1.27.	Poradnia Hematologiczna		Poradnia Hematologiczna		
1.28.	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy poradni hematologicznej		Gabinet diagnostyczno-zabiegowy poradni hematologicznej		
1.29.	Poradnia Chorób Piersi		Poradnia Chorób Piersi		
1.30.	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy poradni chorób piersi		Gabinet diagnostyczno-zabiegowy poradni chorób piersi		
1.31.	Poradnia Medycyny Pracy		Poradnia Medycyny Pracy		
1.32.	Poradnia Proktologiczna		Poradnia proktologiczna		
1.33.	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy poradni proktologicznej		Gabinet diagnostyczno-zabiegowy poradni proktologicznej		
1.34.	Poradnia Laktacyjna		Poradnia Laktacyjna		
1.35.	Poradnia Konsultacyjna Anestezjologiczno-Internistyczna		Poradnia konsultacyjna anestezjologiczno-internistyczna		
1.36.	Poradnia Stwardnienia Rozsianego		Poradnia Stwardnienia Rozsianego		
1.37.	Poradnia Parkinsonizmu i Chorób Układu Pozapiramidowego		Poradnia Parkinsonizmu i Chorób Układu Pozapiramidowego		
1.38.	Poradnia Okulistyczna dla Dzieci		Poradnia okulistyczna dla dzieci		
1.39.	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy poradni okulistycznej dla dzieci		Gabinet diagnostyczno-zabiegowy poradni okulistycznej dla dzieci		
1.40.	Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej dla dzieci		Chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci		
1.41.	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy poradni chirurgii urazowo – ortopedycznej dla dzieci		Gabinet diagnostyczno-zabiegowy poradni chirurgii urazowo – ortopedycznej dla dzieci		
1.42.	Poradnia Neonatologiczna		Poradnia neonatologiczna		
1.43.	Poradnia Alergologiczna dla Dzieci		Poradnia Alergologiczna dla Dzieci		
1.44.	Poradnia Logopedyczna		Poradnia Logopedyczna		
1.45.	Poradnia Dietetyczna		Poradnia Dietetyczna		
1.46.	Poradnia Podstawowej Opieki Zdrowotnej		Poradnia (gabinet) Podstawowej Opieki Zdrowotnej		
1.47.	Gabinet Lekarza POZ				
1.48.	Gabinet pielęgniarki POZ		Gabinet pielęgniarki POZ		

1.49.	Gabinet położnej POZ		Gabinet położnej POZ		
1.50.	Punkt szczepień		Punkt szczepień		
1.51.	Gabinet zabiegowy		Gabinet diagnostyczno-zabiegowy Poradni podstawowej opieki zdrowotnej		
1.52.	Poradnia (gabinet) nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej z gabinetem diagnostyczno-zabiegowym		Poradnia (gabinet) nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej		
1.53.			Poradnia (gabinet) nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej	II lokalizacja	
1.54.			Gabinet diagnostyczno-zabiegowy poradni nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej		
1.55.			Gabinet diagnostyczno-zabiegowy poradni nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej	II lokalizacja	
1.56.	Szkoła Rodzenia		Szkoła rodzenia		
1.57.	Ambulatorium Ogólne		Ambulatorium Ogólne		
1.58.	Ambulatorium Kardiologiczne		Ambulatorium Kardiologiczne		
1.59.	Ambulatorium Okulistyczne				
1.60.	Ambulatorium Pediatriczne		Ambulatorium Pediatriczne		
1.61.	Ambulatorium Chirurgiczno- urazowe		Ambulatorium Chirurgiczno- urazowe		
1.62.			Dzienny Ośrodek Rehabilitacji Kardiologicznej		W RO przypisany do zakładu leczniczego SZPITAL SPECJALISTYCZNY
1.63.			Ośrodek Rehabilitacji leczniczej dziennej		
1.64.			Poradnia kontroli urządzeń wszczepialnych		
C	ZAKŁAD LECZNICZY				
	ZAKŁADY OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ				
I	JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZAKŁADU LECZNICZEGO				
	ZAKŁADY OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ				
1	KOMÓRKA DZIAŁANOŚCI MEDYCZNEJ				
1.1.	Zakład Opiekuńczo-Leczniczy	54	Zakład Opiekuńczo-Leczniczy	54	
1.2	Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy	54	Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy	54	
1.3.			Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy-Dруги Dom	10	

Tabela nr 2 – Porównanie zapisów Regulaminu z Rejestrem Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonym przez Wojewodę Śląskiego.

Stwierdzono następujące różnice:

L.P	Zapisy w Regulaminie Organizacyjnym	Zapisy w Rejestrze
1	Poradnia Ginekologiczna	Poradnia Położniczo-Ginekologiczna
2	Poradnia Neonatologiczna	Poradnia neonatologiczna
3	Pracownia Fizjoterapii	Pracownia fizjoterapii
4	Pracownia Endoskopowa	Pracownia endoskopowa
5	Poradnia Proktologiczna	Poradnia proktologiczna
6	Szkoła Rodzenia	Szkoła rodzenia
7	Poradnia Konsultacyjna Anestezjologiczno Internistyczna	Poradnia konsultacyjna anestezjologiczno-internistyczna
8	Poradnia Okulistyczna dla Dzieci	Poradnia okulistyka dla dzieci
9	Poradnia Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej dla Dzieci	Poradnia chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci
10	Pracownia Tomografii komputerowej	Pracownia tomografii komputerowej
11	Pracownia Radiologii zabiegowej	Pracownia radiologii zabiegowej
12	Pracownia Rezonansu magnetycznego	Pracownia rezonansu magnetycznego
13	Poradnia Podstawowej Opieki Zdrowotnej	Poradnia (gabinet) Podstawowej Opieki Zdrowotnej
14	Poradnia (gabinet) nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej z gabinetem diagnostyczno-zabiegowym	Poradnia (gabinet) nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej

15	Gabinet zabiegowy	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy Poradni podstawowej opieki zdrowotnej
16	Gabinet lekarza POZ	-
17	-	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy Poradni nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej
18	-	Ośrodek rehabilitacji leczniczej dziennej
19	-	Dzienny Ośrodek Rehabilitacji Kardiologicznej
20	-	Poradnia kontroli urządzeń wszczepialnych serca
21	-	Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy – Drugi Dom
22	-	Pracownia urządzeń wszczepialnych serca

Tabela nr 3 – Porównanie zapisów Regulaminu z Rejestrem Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonym przez Wojewodę Śląskiego (wg. stanu na dzień 18.11.2021 r.)

Już w poprzedniej kontroli wykazano niezgodność dotyczącą różnicy wpisów w przypadku niektórych komórek medycznych, tym samym stwierdza się, że nie zostały wykonane zalecenia pokontrolne, zgodnie z którymi należało „usunąć niezgodności pomiędzy zapisami Regulaminu Organizacyjnego Szpitala i Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą w zakresie komórek organizacyjnych działalności medycznej”.

Kontrolujący stwierdzili, że wskazane w Regulaminie Organizacyjnym wysokości opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej zostały ustalone zgodnie ze sposobem wskazanym w art. 28 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j.: Dz. U. z 2020 r., poz. 859).

Weryfikacji poddano również 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. (dalej: Procedura), a także zgodność z zapisami ustawy o działalności leczniczej. W okresie objętym kontrolą dokonano zmian w strukturze organizacyjnej Szpitala. 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 prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego. Przebieg procesów przedstawiono poniżej.

L.P.	OKREŚLENIE RODZAJU ZMIANY	OPINIA RADY SPOŁECZNEJ (NR UCHWAŁY, Z DNIA)	WYMAGANA AKCEPTACJA PODMIOTU TWORZĄCEGO (TAK/ NIE/ NIE DOTYCZY)	CZYNNOŚĆ SPOWODOWAŁA ZMIANĘ UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ (TAK/ NIE/ NIE DOTYCZY)	DATA ROZPOCZĘCIA / ZAKOŃCZENIA DZIAŁALNOŚCI/ OKRES ZAWIESZENIA	DATA ZMIANY W REJESTRZE PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ	UWAGI
1	2	3	4	5	6	7	8
1	likwidacja komórki/jednostki organizacyjnej (nazwa likwidowanej komórki):						
1.1.	Pododdział Okulistyki dla Dzieci	Uchwała Nr 26/2021 z 29.07.2021 r.	NIE	NIE	10.08.2021 r.	18.08.2021 r.	Usunięcie z dokumentów rejestrowych martwych zapisów (niezgodnych z rzeczywistą sytuacją organizacyjną).
1.2.	Pododdział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej dla Dzieci	Uchwała Nr 26/2021 z 29.07.2021 r.	NIE	NIE	10.08.2021 r.	18.08.2021 r.	Usunięcie z dokumentów rejestrowych martwych zapisów (niezgodnych z rzeczywistą sytuacją organizacyjną).
1.3.	Oddział Kardiologiczny	Uchwała Nr 37/2021 z dnia 28.10.2021 r.	NIE	NIE	28.10.2021	04.11.2021 r.	Usunięcie z dokumentów rejestrowych martwych zapisów (niezgodnych z rzeczywistą sytuacją organizacyjną).

L.P.	OKREŚLENIE RODZAJU ZMIANY	OPINIA RADY SPOŁECZNEJ (NR UCHWAŁY, Z DNIA)	WYMAGANA AKCEPTACJA PODMIOTU TWORZĄCEGO (TAK/ NIE/ NIE DOTYCZY)	CZYNNÓŚĆ SPOWODOWAŁA ZMIANĘ UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ (TAK/ NIE/ NIE DOTYCZY)	DATA ROZPOCZĘCIA / ZAKOŃCZENIA DZIAŁALNOŚCI/ OKRES ZAWIESZENIA	DATA ZMIANY W REJESTRZE PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ	UWAGI
2.1.	Oddział Kardiologiczno-Wewnętrzny na Oddział Kardiologii	Uchwała Nr 37/2021 z dnia 28.10.2021 r.	Poinformowanie podmiotu tworzącego pismem nr BOK.01.158.2021	NIE		04.11.2021 r.	dostosowanie nazwy Oddziału do specyfiki udzielanych świadczeń
3	zawieszenie działalności komórki / jednostki organizacyjnej (nazwa):						
3.1.	Oddział Pediatriczny	Uchwała Nr 1/2020 z dnia 03.01.2020 r.	Decyzja Wojewody	ograniczenie świadczeń z zakresu pediatrii	Od 04.02.2020 r. do 04.05.2020 r.	30.01.2020 r.	
3.2.	Oddział Otolaryngologii z Pododdziałem Chirurgii Szcękowo-Twarzowej	Uchwała Nr 12/2021 z dnia 04.05.2021 r.	Decyzja Wojewody	ograniczenie świadczeń z zakresu otolaryngologii w zakresie leczenia szpitalnego, świadczenia realizowane przez poradnię – bez zmian	Od 01.06.2021 r. do 31.08.2021 r.	01.06.2021 r.	
3.3.	Oddział Otolaryngologii z Pododdziałem Chirurgii Szcękowo-Twarzowej	Uchwała Nr 25/2021 z dnia 29.07.2021	Decyzja Wojewody	ograniczenie świadczeń z zakresu otolaryngologii w zakresie leczenia szpitalnego, świadczenia realizowane przez poradnię – bez zmian	Od 01.09.2021 r. do 30.11.2021 r.	brak wpisu z urzędu	

Tabela nr 4 – zmiany struktury organizacyjnej w okresie objętym kontrolą (tj. od 01.01.2020 r. do 18.11.2021 r.)

Stwierdzono, iż w okresie kontrolowanym dokonano zmian w strukturze Szpitala polegających na likwidacji 4 komórek medycznych:

- Pododdziału Okulistyki dla Dzieci,
- Pododdziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej dla Dzieci,
- Oddziału Kardiologicznego,
- Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej

z naruszeniem Procedury. Zgodnie z zapisami rozdziału II ust. 2 Procedury Dyrektor Szpitala ma obowiązek wnioskować o akceptację podmiotu tworzącego w przypadku planowanej zmiany dotyczącej struktury organizacyjnej zakładu leczniczego. Dopiero po otrzymaniu akceptacji podmiotu tworzącego kierownik jednostki może przeprowadzić stosowne zmiany w Regulaminie. Zmianę liczby łóżek w Oddziałach w okresie kontrolowanym przedstawia tabela poniżej.

L.P.	NAZWA ODDZIAŁU	WYJŚCIOWA LICZBA ŁÓŻEK	LICZBA ŁÓŻEK ZLIKwidOWANYCH	LIKwidACJA ŁÓŻEK W %	LICZBA ŁÓŻEK UTWORZONYCH	UTWORZENIE ŁÓŻEK W %	LICZBA ŁÓŻEK PO ZMIANACH	WYMAGANA AKCEPTACJA PODMIOTU TWORZĄCEGO (TAK/ NIE/ NIE DOTYCZY)	AKCEPTACJA PODMIOTU TWORZĄCEGO (JEŚLI DOTYCZY -DATA, ZNAK PISMA)	OPINIA RADY SPOŁECZNEJ (NR UCHWAŁY, Z DNIA)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	Oddział Rehabilitacji	39		0%	11	28%	50	tak	Pismo znak: ZD-NK.9024. 14.29.2021 z dnia 31.05.2021 r.	Uchwała Nr 4/2021 z dnia 27.04.2021 r.
2	Oddział Położniczo-Ginekologiczny	44	2	5%		0%	42	nie		Uchwała Nr 5/2021 z dnia 27.04.2021 r.
3	Oddział Neurologii	22	2	9%		0%	20	nie		Uchwała Nr 5/2021 z dnia 27.04.2021 r.
4	Oddział Intensywnej Terapii Dziecięcej	10	2	20%		0%	8	tak		Uchwała Nr 5/2021 z dnia 27.04.2021 r.

Tabela nr 5 – zmiany struktury organizacyjnej w okresie objętym kontrolą – zmiana liczby łóżek (tj. od 01.01.2020 r. do 18.11.2021 r.)

Stwierdzono, że w przypadku likwidacji łóżek w Oddziale Intensywnej Terapii nie uzyskano akceptacji podmiotu tworzącego wymaganej w przypadku zmiany liczby łóżek o 20 %, co stanowi naruszenie Procedury.

Szpital posiada własną stronę internetową pod adresem <https://www.wss2.pl/> oraz odrębną stronę podmiotową BIP pod adresem: <https://bip.wss2.pl/>, do której odniesienie znajduje się na stronie internetowej.

Analizie poddano zgodność danych zamieszczonych na stronie internetowej Szpitala i stronie BIP z art. 24 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej oraz 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 2020 r. poz. 2176).

Kontrola strony internetowej Biuletynu Informacji Publicznej Szpitala wykazała, że zawiera ona informacje wymagane przez art. 24 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej. Jednocześnie analiza zgodności danych zamieszczonych na stronie BIP z zapisami art. 8 ust. 3 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej uwidoczniała brak publikacji informacji wymaganych przez przepisy ww. ustawy dotyczących: dokumentacji przebiegu i efektów kontroli oraz wystąpień, stanowisk, wniosków i opinii podmiotów ją przeprowadzających (art. 6 ust. 1 pkt 4 lit. a tiret drugie). Na stronie podmiotowej BIP w zakładce *Kontrola* widnieją jedynie informacje o nazwie podmiotu kontrolującego, przedmiocie kontroli, wydanych zaleceniach i informacji nt. wdrożenia zaleceń.

Zwraca się uwagę, iż wszelkie informacje zamieszczane na stronach prowadzonych przez Szpital winny być zgodne ze stanem faktycznym (na stronie internetowej widnieje rozbieżność w nazwie Oddziału Kardiologii - zgodnie z Regulaminem – Oddział Kardiologii a na stronie internetowej – Oddział Kardiologiczny).

[Dowód: akta kontroli str.26-137]

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

1. Uchybienie skutkujące niepełną realizacją przepisu art. 24 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej w zakresie niespójnego określenia celów i zadań Szpitala w Regulaminie względem zapisów ujętych w Statucie Szpitala.
2. Nieprawidłowość polegająca na braku zgodności pomiędzy zapisami Regulaminu Organizacyjnego Szpitala i Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą w zakresie komórek organizacyjnych działalności medycznej, czym naruszono art. 24 ust. 1 oraz art. 107 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
3. Uchybienie polegające na dokonaniu zmian w strukturze organizacyjnej Szpitala polegających na likwidacji 4 komórek medycznych oraz zmianie liczby łóżek o 20% w Oddziale Intensywnej Terapii bez wymaganej zgody podmiotu tworzącego czym naruszono zapisy Rozdziału II ust. 2 *Procedury postępowania w przypadku dokonywania zmian dotyczących struktury organizacyjnej zakładów leczniczych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie.*
4. Nieprawidłowość polegająca na nieumieszczeniu na stronie BIP Szpitala informacji nt. dokumentacji przebiegu i efektów kontroli oraz wystąpień, stanowisk, wniosków i opinii podmiotów ją przeprowadzających, czym naruszono art. 8 ust. 3 w związku z art. 6 ust. 1 pkt 4 lit. A tiret drugie ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej

Przyczyny nieprawidłowości i uchybień:

- a) Niedochowanie należytej staranności w zakresie:
 - aktualizacji wpisów w Regulaminie Organizacyjnym oraz Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą,
 - określenia w Regulaminie zadań i celów Szpitala, nie będących w pełni tożsamymi z wyszczególnionymi w Statucie,
 - aktualizacji oraz wytwarzania wymaganych informacji i zamieszczania ich na stronie internetowej BIP Szpitala.
- b) Brak odpowiedniego nadzoru nad pracownikami odpowiedzialnymi za aktualizację Regulaminu Organizacyjnego Szpitala oraz wytwarzanie wymaganych informacji i zamieszczanie ich na stronie BIP Szpitala.
- c) Niedochowanie należytej staranności w zakresie realizacji zapisów *Procedury postępowania w przypadku dokonywania zmian dotyczących struktury organizacyjnej zakładów leczniczych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie.*

C. Ocena cząstkowa: pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości i uchybień.

D. Osoby odpowiedzialne: Dyrektor Szpitala Robert Rychel, 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 NFZ o świadczenie usług medycznych w obiektach zlokalizowanych w siedzibie Szpitala przy Al. Jana Pawła II 7 oraz przy ul. Ignacego Krasickiego 21 w Jastrzębiu-Zdroju.

1. Funkcjonowanie wybranych komórek organizacyjnych.

W ramach czynności kontrolnych szczegółową kontrolą objęto funkcjonowanie:

- 1) Oddziału Rehabilitacji,
- 2) Oddziału Gastrologiczno-Wewnętrzny,
- 3) Oddziału Kardiologii,
- 4) Poradni Kardiologicznej,
- 5) Poradni Chirurgii Ogólnej.

1) Oddział Rehabilitacji

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: 4300 Oddział rehabilitacyjny. Oddział został wpisany do Rejestru z dniem 05.01.1998 r. i dysponuje 50 łózkami.

Do zadań Oddziału należy m.in.

- 1) wykonywanie zabiegów kinezyterapii, fizykoterapii, hydroterapii oraz masażu leczniczego,
- 2) usprawnianie pacjentów po zabiegach ortopedycznych, neurochirurgicznych oraz leczonych neurologicznie,
- 3) leczenie pacjentów z przewlekłymi chorobami narządu ruchu i neurologicznymi np. stwardnienie

rozsiane, choroba Parkinsona, zwyrodnienie wielostawowe kręgosłupa.
Ponadto Oddział wyposażony jest w system rehabilitacji wirtualnej SeeMe.

Liczba hospitalizowanych w Oddziale pacjentów wyniosła:

- 725 w 2019 r.,
- 354 w 2020 r.
- 485 w 2021 r. (do dnia przeprowadzenia kontroli).

Sprawozdana liczba osób oczekujących na leczenie w Oddziale (stan na 18.11.2021 r.) wyniosła: przypadki pilne – 98, przypadki stabilne – 488.

Zatrudnienie w Oddziale to: lekarze 5 osób, pielęgniarki 18 osób oraz fizjoterapeuci – 18 osób.

2) Oddział Gastrologiczno-Wewnętrzny

Oddział wpisany jest do Rejestru prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 010 (kod resortowy identyfikujący komórkę organizacyjną stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych), kod resortowy charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych: 4000 Oddział Chorób wewnętrznych. Oddział został wpisany do Rejestru z dniem 05.01.1998 r. i dysponuje 37 łózkami. W Oddziale udzielane są świadczenia zdrowotne m.in. z zakresu kompleksowej diagnostyki schorzeń internistycznych, ze szczególnym uwzględnieniem chorób układu pokarmowego, świadczeń medycznych w zakresie: pandeskopii diagnostycznej i leczniczej, przezskórnej gastrostomii, USG jamy brzusznej, tarczycy, UKG, EKG, wykonywanie biopsji wątroby, tarczycy, szpiku.

Liczba hospitalizowanych w Oddziale pacjentów wyniosła:

- 1 893 w 2019 r.,
- 1 326 w 2020 r.
- 1 364 w 2021 r.

Sprawozdana liczba osób oczekujących na leczenie w Oddziale (stan na 18.11.2021 r.) wyniosła: przypadki pilne – 0, przypadki stabilne – 87.

Zatrudnienie w Oddziale to: lekarze 16 osób, pielęgniarki 23 osób oraz inne grupy zgłoszone do Portalu Potencjału NFZ – 3 osoby.

3) Oddział Kardiologii

Komórka wpisana jest do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 011 (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: 4100 Oddział kardiologiczny. Komórka została wpisana do Rejestru z dniem 05.01.1998 r. i dysponuje 40 łózkami.

W ramach Oddziału diagnozowane i leczone są choroby układu krążenia oraz wykonywane są specjalistyczne procedury obejmujące m.in. koronarografię i angioplastykę wieńcową, kardiowersję farmakologiczną i elektryczną, zakładania kontrapulsacji wewnątrzaoortalnej.

Liczba hospitalizowanych w Oddziale pacjentów wyniosła:

- 1 908 w 2019 r.,
- 1 650 w 2020 r.
- 1 411 w 2021 r.

Zatrudnienie w Oddziale to: lekarze 27 osób, pielęgniarki 33 osób oraz inne grupy zgłoszone do Portalu Potencjału NFZ – 1 osoba.

4) Poradnia kardiologiczna

Poradnia wpisana jest do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 022 (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: 1100 Poradnia kardiologiczna. Komórka została wpisana do Rejestru z dniem 05.01.1998 r.

W Poradni zatrudnionych jest 5 lekarzy oraz 1 pielęgniarka.

Poradnia przyjmuje pacjentów zgodnie z następującym harmonogramem: poniedziałek 10:00-12:00, wtorek 15.00-18.00, środa 10:00-14:00, czwartek 10:00-14:00, piątek 11:00-13:00.

Liczba udzielonych porad:

- 4 225 w 2019 r.,

- 2 183 w 2020 r.,

- 2 788 w 2021 r.

Na listę oczekujących wpisano 38 przypadków pilnych oraz 58 przypadków stabilnych.

5) Poradnia chirurgii ogólnej

Poradnia wpisana jest do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 019 (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: 1500 Poradnia chirurgii ogólnej. Komórka została wpisana do Rejestru z dniem 05.01.1998 r.

W Poradni zatrudnionych jest 15 lekarzy oraz 1 pielęgniarka.

Poradnia przyjmuje pacjentów zgodnie z następującym harmonogramem: od poniedziałku do piątku w godzinach 9:00-14.30.

Liczba udzielonych porad:

- 6 928 w 2019 r.,

- 4 186 w 2020 r.,

- 4 769 w 2021 r.

Na listę oczekujących wpisano 1 przypadek pilny oraz 11 przypadków stabilnych.

[Dowód: akta kontroli str.138-142]

2. Udzielanie zamówień na świadczenia zdrowotne.

Przedmiotem weryfikacji przeprowadzonej przez kontrolujących były umowy:

- 1) Nr 668/2021 z dnia 19.08.2021 r. na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej,
- 2) Nr 208/2021 z dnia 26.03.2021 r. na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii.
- 3) Nr 357/2021 z dnia 18.05.2021 r. na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ratownictwa medycznego w Izbie Przyjęć.

Ad. 1) Nr 668/2021 z dnia 19.08.2021 r.

Umowa została zawarta na podstawie art. 26 ust. 4a ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Umowa została zawarta w formie pisemnej, na czas określony tj. od dnia 10.09.2021 r. do 09.12.2021 r.

W oparciu o zapisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej stwierdza się, że umowa nie zawiera wszystkich zapisów, do których obliguje art. 27 ust. 4 tj.:

- postanowienia dotyczącego określenia sposobu organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym miejsca, dni i godzin udzielania świadczeń zdrowotnych (art. 27 ust. 4 pkt 2) wskazując jedynie miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych,

- postanowienia dotyczącego szczegółowych okoliczności uzasadniających rozwiązanie umowy za wypowiedzeniem (art. 27 ust. 4 pkt 8) wskazując jedynie okres wypowiedzenia.
- zobowiązania przyjmującego zamówienie do prowadzenia określonej sprawozdawczości statystycznej (art. 27 ust. 4 pkt. 9).

Art. 27 ust. 8 u.d.l zawiera katalog przesłanek rozwiązania umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych. Kontrolowana umowa nie zawiera wszystkich wymaganych zapisów - nie przewidziano możliwości określonych w pkt. 2) wskazującej, iż ulega ona rozwiązaniu z dniem zakończenia udzielania określonych świadczeń zdrowotnych.

Kontrolujący wskazują, że przed udzieleniem zamówienia nie ustalono szacunkowej wartości zamówienia zgodnie z art. 26 a ust. 1 ustawy o działalności leczniczej stanowiącym, iż podstawą ustalenia wartości zamówienia jest całkowite szacunkowe wynagrodzenie przyjmującego zamówienie, bez podatku od towarów i usług, ustalone przez udzielającego zamówienia z należytą starannością. W związku z powyższym naruszając powyższy przepis, a także zapis art. 26 ust. 7 mówiący, że jeżeli zamówienia udziela się na czas oznaczony wartością zamówienia jest wartość ustalona z uwzględnieniem okresu wykonywania zamówienia nie można jednoznacznie stwierdzić czy wystąpiła przesłanka do zastosowania art. 26 ust. 4a jako podstawy do zawarcia przedmiotowej umowy.

Ponadto umowa nie zawiera szacunkowej wartości brutto zamówienia, zgodnie z obowiązkiem wynikającym z przepisów ustawy o finansach publicznych (art. 44 ust. 3 pkt. 3). Powyższe utrudniać może sprawowanie kontroli właściwego sposobu jej realizacji w zakresie ilości i wartości zlecanych usług. Zasadnym zatem byłoby wprowadzenie do umów zapisów regulujących kwestie ich maksymalnej wartości, szczególnie w umowach zawieranych poza trybem konkursowym, celem potwierdzenia właściwego trybu wyboru wykonawcy. Zgodnie z art. 46 ust. 1 cytowanej wyżej ustawy jednostki sektora finansów publicznych mogą zaciągać zobowiązania do sfinansowania w danym roku do wysokości wynikającej z planu wydatków lub kosztów jednostki, pomniejszonej o wydatki na wynagrodzenia i uposażenia, składki na ubezpieczenie społeczne i Fundusz Pracy, inne składki i opłaty obowiązkowe oraz płatności wynikające z zobowiązań zaciągniętych w latach poprzednich, z zastrzeżeniem art. 136 ust. 4 i art. 153. Główny księgowy jednostki, dokonując wstępnej kontroli danej operacji, potwierdza, iż zobowiązania wynikające z danej operacji mieszczą się w planie finansowym jednostki (art. 54 ust. 3 pkt 3 ustawy o finansach publicznych). Brak określenia całkowitej wartości umowy ogranicza możliwość weryfikacji, czy zobowiązania wynikające z umowy mieszczą się w planie finansowym Szpitala.

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

- nr 14/2021 z dnia 30.09.2021 r. – stawka za zrealizowane świadczenia zgodna z umową.

Ad. 2) Nr 208/2021 z dnia 26.03.2021 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 (dalej u.d.l.) 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 01.04.2021 r. do 31.03.2023 r.

W oparciu o zapisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej stwierdza się, że umowa nie zawiera wszystkich zapisów, do których obowiązuje art. 27 ust. 4 tj.:

- postanowienia dotyczącego określenia sposobu organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym miejsca, dni i godzin udzielania świadczeń zdrowotnych (art. 27 ust. 4 pkt 2) wskazując jedynie miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych,

- postanowienia dotyczącego szczegółowych okoliczności uzasadniających rozwiązanie umowy za wypowiedzeniem (art. 27 ust. 4 pkt 8) wskazując jedynie okres wypowiedzenia.

Art. 27 ust. 8 u.d.l zawiera katalog przesłanek rozwiązania umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych. Kontrolowana umowa nie zawiera wszystkich wymaganych zapisów. Uregulowania nie przewidują możliwości określonych w pkt.2) wskazującej, iż umowa ulega rozwiązaniu z dniem zakończenia udzielania określonych świadczeń zdrowotnych.

W trakcie kontroli stwierdzono, że przed udzieleniem zamówienia nie ustalono szacunkowej wartości zamówienia zgodnie z art. 26 a ust. 1 ustawy o działalności leczniczej stanowiącym, iż podstawą ustalenia wartości zamówienia jest całkowite szacunkowe wynagrodzenie przyjmującego zamówienie, bez podatku od towarów i usług, ustalone przez udzielającego zamówienia z należytą starannością. Brak każdorazowej kalkulacji uniemożliwia prawidłową ocenę przesłanki unieważnienia postępowania na podstawie art. 150 ust. 1 pkt. 4) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Nie określając szacunkowej wartości zamówienia nie sposób określić kwoty przeznaczonej na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym postępowaniu, a następnie porównanie jej z kwotą najkorzystniejszej oferty.

Kontrolujący wskazują również, że umowa nie zawiera szacunkowej wartości brutto zamówienia, zgodnie z obowiązkiem wynikającym z przepisów ustawy o finansach publicznych (art. 44 ust. 3 pkt. 3). § 6 ust. 5 kontrolowanej umowy wskazuje co prawda, że liczba godzin wykonywania świadczeń zdrowotnych w każdym roku trwania umowy, za które Udzielający zamówienia zapłaci wynagrodzenie, wynosi 2040 godzin, chyba, że strony ustalą ze względu na szczególne potrzeby Udzielającego zamówienia (...), wyższy limit godzin (...). Zauważyć jednak należy, iż zapis nie jest na tyle precyzyjny, aby móc ustalić faktyczny limit realizowanych świadczeń. Umowa przewiduje bowiem nie tylko wynagrodzenie godzinowe, ale także rozliczenia za poszczególne zabiegi.

Brak precyzyjnych zapisów utrudniać może sprawowanie kontroli właściwego sposobu realizacji umowy w zakresie ilości i wartości zleczanych usług. Zasadnym zatem byłoby wprowadzenie do umów zapisów regulujących kwestie ich maksymalnej wartości. Zgodnie z art. 46 ust. 1 cytowanej wyżej ustawy jednostki sektora finansów publicznych mogą zaciągać zobowiązania do sfinansowania w danym roku do wysokości wynikającej z planu wydatków lub kosztów jednostki, pomniejszonej o wydatki na wynagrodzenia i uposażenia, składki na ubezpieczenie społeczne i Fundusz Pracy, inne składki i opłaty obligatoryjne oraz płatności wynikające z zobowiązań zaciągniętych w latach poprzednich, z zastrzeżeniem art. 136 ust. 4 i art. 153. Główny księgowy jednostki, dokonując wstępnej kontroli danej operacji, potwierdza, iż zobowiązania wynikające z danej operacji mieszczą się w planie finansowym jednostki (art. 54 ust. 3 pkt 3 ustawy o finansach publicznych). Brak określenia całkowitej wartości umowy ogranicza możliwość weryfikacji, czy zobowiązania wynikające z umowy mieszczą się w planie finansowym Szpitala.

Kontrolujący zwracają także uwagę, iż ww. umowa została zawarta w wyniku rozstrzygnięcia postępowania konkursowego, który został przeprowadzony z naruszeniem art. 140 ust. 1 oraz ust. 2 pkt.1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, który Szpital zobligowany był stosować na podstawie art. 26 ust. 4 u.d.l. Na mocy przytoczonych przepisów należy opisać przedmiot zamówienia w sposób jednoznaczny i wyczerpujący, za pomocą dostatecznie dokładnych i zrozumiałych określeń, uwzględniając wszystkie wymagania i okoliczności mogące mieć wpływ na sporządzenie oferty oraz w sposób, który nie utrudnia uczciwej konkurencji. W Zarządzeniu Nr 20/2021 Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju powołującym Komisję Konkursową w celu przeprowadzenia konkursu ofert wskazano, iż zakres konkursu obejmuje opiekę całodobową lub dyżury lekarskie w określonych oddziałach. Ta sama informacja widnieje w ogłoszeniu o konkursie ofert oraz Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert na Świadczenia Zdrowotne (dalej: SWKO)

stanowiących załączniki do ww. Zarządzenia w części IV ust. 1 SWKO wskazano, iż przedmiotem postępowania konkursowego są świadczenia zdrowotne realizowane zgodnie z zleceniem Udzielającego zamówienia w zakresie; otolaryngologii, kardiologii, chirurgii urazowo-ortopedycznej, neurochirurgii, urologii, chorób wewnętrznych. Nie wskazuje się jednak konkretnych czynności, które Przyjmujący zamówienie miałby realizować w ramach umowy. Tymczasem w § ust. 1 kontrolowanej umowy zawartej w wyniku rozstrzygnięcia ww. konkursu ofert widnieje zapis, iż Przyjmujący zamówienie otrzymywać będzie określone wynagrodzenie jednakże nie wskazuje się czy będzie to płatność za opiekę całodobową czy dyżury. § ten zawiera także informację o dodatkowym wynagrodzeniu za przeprowadzenie szeregu procedur w pracowni hemodynamiki, o których nie było mowy w SWKO. Biorąc pod uwagę powyższe opis przedmiotu zamówienia nie określa wszystkich wymagań i okoliczności mogących mieć wpływ na sporządzenie oferty, daje on także dużą możliwość uznaniowości w złożeniu oferty, co utrudnia uczciwą konkurencję.

Ponadto Szpital po złożeniu ofert stosuje praktykę wielostopniowych negocjacji (m.in. ceny i okresu trwania umowy) złożonej oferty o czym nie wspomina się w SWKO. Stanowi to naruszenie art. 147 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, który wskazuje iż kryteria oceny ofert i warunki wymagane od świadczeniodawców są jawne i nie podlegają zmianie w toku postępowania. Zauważyć należy, że w części II pkt. 1 SWKO wskazuje się, że Udzielający zamówienia wymaga przygotowania i złożenia kompletnej oferty zgodnej z wymaganiami określonymi w warunkach postępowania. Ponadto w części V wskazuje się, że "umowa zostanie zawarta nie wcześniej od 01 kwietnia 2021 r. do 31 marca 2024 r." zatem takim okresem dyspozycyjności musi wykazać się potencjalny świadczeniodawca składający ofertę w konkursie. Tymczasem w wyniku negocjacji umowa zostaje skrócona kosztem obniżki cen świadczonych usług. Mając na uwadze powyższe niedopuszczalna jest więc zmiana warunków wymaganych w trakcie konkursu. Praktyka negocjacyjna jest możliwa, jednakże jej warunki powinny zostać opisane w SWKO tak by każdy z oferentów miał równe szanse, a zapisy nie wzbudzały wątpliwości co do zakresu wymagań stawianych świadczeniodawcom.

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

- nr 12/2021 z dnia 31.05.2021 r. – stawki za zrealizowane świadczenia zgodne z umową.
- nr 20/2021 z dnia 31.08.2021 r. – stawki za zrealizowane świadczenia zgodne z umową.

Ww. faktury zawierają także zobowiązania z tytułu koordynacji pracowni hemodynamiki uregulowane odrębną umową.

Ad. 3) Nr 357/2021 z dnia 18.05.2021 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 (dalej u.d.l.) 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 01.06.2021 r. do 28.02.2022 r.

W oparciu o zapisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej stwierdza się, że umowa nie zawiera wszystkich zapisów, do których obliguje art. 27 ust. 4 tj.:

- postanowienia dotyczącego szczegółowych okoliczności uzasadniających rozwiązanie umowy za wypowiedzeniem (art. 27 ust. 4 pkt 8) wskazując jedynie okres wypowiedzenia.

Art. 27 ust. 8 u.d.l. zawiera katalog przesłanek rozwiązania umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych. Kontrolowana umowa nie zawiera wszystkich wymaganych zapisów. Uregulowania nie przewidują możliwości określonych w pkt.2) wskazującej, iż umowa ulega rozwiązaniu z dniem zakończenia udzielania określonych świadczeń zdrowotnych.

W trakcie kontroli stwierdzono, że przed udzieleniem zamówienia nie ustalono szacunkowej wartości zamówienia zgodnie z art. 26 a ust. 1 ustawy o działalności leczniczej stanowiącym, iż podstawą ustalenia wartości zamówienia jest całkowite szacunkowe wynagrodzenie przyjmującego zamówienie, bez podatku od towarów i usług, ustalone przez udzielającego zamówienia z należytą starannością. Brak każdorazowej kalkulacji uniemożliwia prawidłową ocenę przesłanki unieważnienia postępowania na podstawie art. 150 ust. 1 pkt. 4) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Nie określając szacunkowej wartości zamówienia nie sposób określić kwoty przeznaczonej na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym postępowaniu, a następnie porównanie jej z kwotą najkorzystniejszej oferty.

Kontrolujący wskazują również, że umowa nie zawiera wartości brutto zamówienia, zgodnie z obowiązkiem wynikającym z przepisów ustawy o finansach publicznych (art. 44 ust. 3 pkt. 3). Brak precyzyjnych zapisów utrudniać może sprawowanie kontroli właściwego sposobu realizacji umowy w zakresie ilości i wartości zlecanych usług. Zasadnym zatem byłoby wprowadzenie do umów zapisów regulujących kwestie ich maksymalnej wartości. Zgodnie z art. 46 ust. 1 cytowanej wyżej ustawy jednostki sektora finansów publicznych mogą zaciągać zobowiązania do sfinansowania w danym roku do wysokości wynikającej z planu wydatków lub kosztów jednostki, pomniejszonej o wydatki na wynagrodzenia i uposażenia, składki na ubezpieczenie społeczne i Fundusz Pracy, inne składki i opłaty obligatoryjne oraz płatności wynikające z zobowiązań zaciągniętych w latach poprzednich, z zastrzeżeniem art. 136 ust. 4 i art. 153. Główny księgowy jednostki, dokonując wstępnej kontroli danej operacji, potwierdza, iż zobowiązania wynikające z danej operacji mieszczą się w planie finansowym jednostki (art. 54 ust. 3 pkt 3 ustawy o finansach publicznych). Brak określenia całkowitej wartości umowy ogranicza możliwość weryfikacji, czy zobowiązania wynikające z umowy mieszczą się w planie finansowym Szpitala.

Kontrolujący stwierdzają, że Szpital po złożeniu ofert stosuje praktykę wielostopniowych negocjacji (m.in. ceny i okresu trwania umowy) złożonej oferty o czym nie wspomina się w SWKO. Stanowi to naruszenie art. 147 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, który wskazuje, iż kryteria oceny ofert i warunki wymagane od świadczeniodawców są jawne i nie podlegają zmianie w toku postępowania. Zauważyć należy, że w części II pkt. 1 SWKO wskazuje się, że Udzielający zamówienie wymaga przygotowania i złożenia kompletnej oferty zgodnej z wymaganiami określonymi w warunkach postępowania. Ponadto w części V wskazuje się, że "umowa zostanie zawarta nie wcześniej od 01 czerwca 2021 r. do 31 maja 2023 r." zatem takim okresem dyspozycyjności musi wykazać się potencjalny świadczeniodawca składający ofertę w konkursie. Tymczasem w wyniku negocjacji termin trwania umowy zostaje skrócony kosztem obniżenia ceny. Mając na uwadze powyższe niedopuszczalna jest więc zmiana warunków wymaganych w trakcie konkursu. Praktyka negocjacyjna jest możliwa, jednakże jej warunki powinny zostać opisane w SWKO tak by każdy z oferentów miał równe szanse, a zapisy nie wzbudzały wątpliwości co do zakresu wymagań stawianych świadczeniodawcom.

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

- nr FVS/1/07/2021 z dnia 03.07.2021 r. – stawki za zrealizowane świadczenia zgodne z umową.
- nr FVS/1/10/2021 z dnia 04.10.2021 r. – stawki za zrealizowane świadczenia zgodne z umową.

Kontrolujący zwracają uwagę, iż oferta w konkursie, na podstawie którego zawarto przedmiotową umowę została złożona przez osobę fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą, zatem informacja o stronie wskazanej w komparycji umowy winna zawierać oprócz imienia i nazwiska

także nazwę (firmę) identyfikującą przedsiębiorcę, a także nr NIP. W związku z powyższym należy dochować większej staranności przy weryfikacji formalnej i merytorycznej dokumentów księgowych potwierdzających realizację usług.

[Dowód: akta kontroli str. 143-239]

4. Serwisowanie aparatury oraz sprzętu medycznego.

Kontrolujący w ramach kontroli jakości świadczonych usług zweryfikowali poniżej wskazane paszporty techniczne aparatury i sprzętu medycznego wykorzystywane do udzielania świadczeń zdrowotnych:

1. Monitor pacjenta MEC – 1200, nr CC-98109927, rok produkcji 2009. Ostatni przegląd okresowy odbył się terminowo w dniu 06.05.2021 r. Zgodnie z wpisem aparat sprawny. Termin następnego przeglądu – maj 2022 r.
2. USG Vivid T8, nr 6025652WXO. Ostatni przegląd okresowy odbył się terminowo w dniu 04.08.2021 r. Zgodnie z wpisem aparat sprawny. Termin następnego przeglądu – do 31.08.2022 r.
3. Diatermia elektrochirurgiczna - VIO 100 C, nr SN-11467597, rok produkcji 2019. Ostatni przegląd okresowy odbył się 02.06.2021 r. Zgodnie z wpisem aparat sprawny. Termin następnego przeglądu czerwiec 2022 r.
4. Lampa operacyjna (zabiegowa) sufitowa jednoczaszowa Astralite Plus/ALED60CJ, nr 21122/6, rok produkcji 2019. Ostatni przegląd okresowy odbył się terminowo w dniu 30.07.2021 r. Zgodnie z wpisem urządzenie sprawne. Termin następnego przeglądu lipiec 2022 r.

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

[Dowód: akta kontroli str. 240-256]

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

W ramach kontroli dostępności świadczeń zdrowotnych sprawdzeniem objęto rejestr skarg i wniosków Szpitala w latach 2020-2021 (do dnia kontroli). Skargi rozpatrywane są w oparciu o Zarządzenie Dyrektora nr 82/2018 z dnia 13 sierpnia 2018 r. w sprawie przyjęcia procedury Systemu Zarządzania Jakością QP-ZO-8 Procedura przyjmowania, rozpatrywania oraz załatwiania skarg i wniosków.

Zgodnie z ww. procedurą, skargi i wnioski mogą być wnoszone:

- drogą elektroniczną przy pomocy elektronicznej skrzynki podawczej,
- za pomocą poczty tradycyjnej na adres Szpitala,
- za pomocą poczty elektronicznej na adres e-mail: szpital@wss2.pl,
- ustnie do protokołu,
- poprzez złożenie pisemnej skargi lub wniosku bezpośrednio w Sekretariacie Szpitala,
- poprzez sporządzenie wpisu w rejestrze skarg komórki organizacyjnej Szpitala.

Skargi i wnioski rejestrowane są w prowadzonym w Szpitalu „Rejestrze skarg i wniosków”. Rejestr zawiera wszystkie niezbędne rubryki, pozwalające na przeprowadzenie kontroli przebiegu i terminów załatwienia spraw.

W 2020 roku w przedmiotowym rejestrze umieszczono wpisy dotyczące 45 spraw, z których 3 skargi uznane zostały za zasadne. W 2021 r., do dnia kontroli w rejestrze umieszczono wpisy dotyczące 39 spraw, spośród których 1 z wniesionych skarg uznana została za zasadną.

Odpowiedzi na skargi zostały udzielone skarżącym w terminie wynikającym z przepisów prawa. Analiza skarg i wniosków jest przedstawiana okresowo Radzie Społecznej Szpitala, do czego obligują zapisy ustawy o działalności leczniczej (art. 48 ust. 2 pkt. 3 u.d.l.). Analiza skarg wniesionych do Szpitala w 2020 r. została przeprowadzona przez Radę Społeczną Szpitala na „posiedzeniu w trybie obiegowym” (Protokół z dnia 22.12.2020 r.). Analiza skarg i wniosków, które wpłynęły do Szpitala w I półroczu 2021 r. została przeprowadzona na posiedzeniu Rady Społecznej w dniu 29.07.2021 r. (Protokół z dnia 29.07.2021 r.).

Poniżej przedstawiono zestawienie skarg w okresie objętym kontrolą:

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	OBSZARY DZIAŁALNOŚCI SZPITALA, KTÓRYCH DOTYCZA SKARGI	INFORMACJA PRZEDSTAWIONA NA RADZIE SPOŁECZNEJ
1	01.01.2020-31.12.2020	45	3	42	tak	45	Oddziały/Poradnie/Izba Przyjęć	Protokół z dnia 22.12.2020 r.
2	01.01.2021-18.11.2021	39	1	38	tak	39	Oddziały/Poradnie/Izba Przyjęć	Protokół z dnia 29.07.2021 r.

Tabela nr 6 – Zestawienie skarg wpływających do Szpitala w okresie objętym kontrolą.

[Dowód: akta kontroli str.257-283]

6. Finansowanie udzielanych świadczeń.

Szpital na dzień wszczęcia kontroli (tj. 18.11.2021 r.) realizował świadczenia zdrowotne w poszczególnych komórkach organizacyjnych w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. Finansowanie świadczeń wg poszczególnych źródeł ich uzyskania zostało szczegółowo przedstawione w poniżej tabeli.

L.P.	KOMÓRKI DZIAŁALNOŚCI MEDYCZNEJ	W RAMACH RYCZAŁTU NFZ	W RAMACH KONTRAKTU Z NFZ	INNE ŹRÓDŁA FINANSOWANIA - JAKIE (W TYM PROGRAMY ZDROWOTNE, PROGRAMY UNIJNE, INNE)	KOMÓRKA NIE REALIZUJE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
1	2	3	4	5	6
1	Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	x		x	
2	Oddział Rehabilitacji		x		
3	Oddział Neurochirurgii	x	x	x	
4	Oddział Chirurgiczny Ogólny	x	x	x	
5	Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej	x	x	x	
6	Oddział Położniczo-Ginekologiczny	x	x	x	
7	Oddział Otolaryngologiczny z Pododdziałem Chirurgii Szcękowo-Twarzowej	x	x		
8	Oddział Onkologii i Urologii Onkologicznej	x	x	x	
9	Oddział Gastrologiczno-Wewnętrzny	x			
10	Oddział Kardiologii	x	x		
11	Oddział Okulistyki	x	x		
12	Oddział Nefrologiczno-Wewnętrzny	x			
13	Stacja Dializ		x	x	
14	Oddział Neurologii	x		x	

L.P.	KOMÓRKI DZIAŁALNOŚCI MEDYCZNEJ	W RAMACH RYCZAŁTU NFZ	W RAMACH KONTRAKTU Z NFZ	INNE ŹRÓDŁA FINANSOWANIA - JAKIE (W TYM PROGRAMY ZDROWOTNE, PROGRAMY UNIJNE, INNE)	KOMÓRKA NIE REALIZUJE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
15	Izba Przyjęć		x	x	
16	Poradnia Urazowo-Ortopedyczna		x	x	
17	Poradnia Chirurgii Ogólnej		x	x	
18	Poradnia Neurochirurgiczna		x	x	
19	Poradnia Gastrologiczna		x		
20	Poradnia Kardiologiczna		x	x	
21	Poradnia Urologiczna		x	x	
22	Poradnia Nefrologiczna		x		
23	Poradnia Chirurgii Szczękowo-Twarzowej		x	x	
24	Poradnia Położniczo-Ginekologiczna		x	x	
25	Poradnia Otolaryngologiczna		x	x	
26	Poradnia Okulistyczna		x	x	
27	Poradnia Neurologiczna		x	x	
28	Poradnia Zdrowia Psychicznego				x
29	Poradnia Reumatologiczna		x		
30	Poradnia Rehabilitacyjna		x		
31	Poradnia Diabetologiczna				x
32	Poradnia Hematologiczna		x	x	
33	Poradnia Chorób Piersi		x		
34	Poradnia Medycyny Pracy			x	x
35	Pracownia Endoskopowa		x	x	
36	Pracownia Spirometrii			x	
37	Pracownia USG			x	
38	Pracownia EEG			x	
39	Pracownia EKG			x	
40	Apteka Szpitalna			x	
41	Zakład Diagnostyki Obrazowej			x	
42	Oddział Neonatologiczny		x		
43	Oddział Intensywnej Terapii Dziecięcej		x		
44	Zakład Opiekuńczo Leczniczy		x		
45	Pracownia USG dla dzieci				x
46	Szpitalny Oddział Ratunkowy				x
47	Poradnia Proktologiczna		x		
48	Szkoła Rodzenia			x	
49	Poradnia Laktacyjna			x	
50	Pracownia Fizjoterapii			x	
51	Oddział Udarowy	x	x		
52	Poradnia Stwardnienia Rozsianego				x
53	Poradnia Parkinsonizmu i Chorób Układu Pozapiramidowego				x
54	Poradnia Okulistyczna dla Dzieci				x
55	Poradnia chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci				x
56	Pracownia tomografii komputerowej		x	x	
57	Pracownia rezonansu magnetycznego		x	x	
58	Poradnia Podstawowej Opieki Zdrowotnej		x		
59	Poradnia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej		x	x	
60	Oddział Pediatryczny		x		
61	Ośrodek rehabilitacji leczniczej dziennej		x		
62	Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy-Drugi Dom			x	

Tabela nr 7- realizacja świadczeń zdrowotnych wg. stanu na dzień 18.11.2021 r.

Kontrolujący zwracają uwagę, że Szpital powinien dokonać aktualizacji struktury organizacyjnej i rozważyć zasadność likwidacji komórek organizacyjnych, które nie realizują świadczeń, a Szpital nie podejmuje starań zmierzających do przywrócenia bądź pozyskania finansowania na ich realizację.

Zestawienie umów podpisanych przez Szpital z Narodowym Funduszem Zdrowia przedstawia poniższa tabela:

L.P	KOD UMOWY	RODZAJ ŚWIADCZENIA (nazwa)	OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY (od dd-mm-rrr do dd-mm-rrr)
1	2	3	4
1	124/100448/01/2021	PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA	od 01-10-2015 na czas nieoznaczony
2	124/100448/03/1/2021	LECZENIE SZPITALNE	od 01-06-2019 do 30-06-2022
3	124/100448/03/5/2021	LECZENIE SZPITALNE – PROGRAMY LEKOWE	od 01-08-2017 do 31-12-2021
4	124/100448/03/8/2021	SYSTEM PODSTAWOWEGO SZPITALNEGO ZABEZPIECZENIA ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ	od 01-10-2017 do 31-12-2021
5	124/100448/05/2021	REHABILITACJA LECZNICZA	od 01-07-2019 do 30-06-2024
6	124/100448//11/2021	ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE KONTRAKTOWANE ODRĘBNI	od 01-07-2018 do 30-06-2022
7	124/100448/14/1/2021	ŚWIADCZENIE PIEŁĘGNACYJNE I OPIEKUNCZE W RAMACH OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ	od 01-11-2019 do 30-06-2024
8	124/100448/18/5/2021	PROGRAM PILOTAŻOWY „Standard szpitalnego żywienia kobiet w ciąży i w okresie poporodowym – Dieta Mamy”	od 15-03-2020 do 14-03-2022

Tabela nr 8 - Wykaz umów zawartych z NFZ na dzień 18.11.2021 r.

[Dowód: akta kontroli str. 284-294]

7. Certyfikaty jakości.

W ramach kontroli jakości udzielanych świadczeń ustalono, że Szpital w okresie objętym kontrolą posiadał Certyfikat Akredytacyjny Ministerstwa Zdrowia potwierdzający spełnianie standardów akredytacyjnych dla lecznictwa szpitalnego. Certyfikat został nadany na okres od 19.06.2019 r. do 19.06.2022 r.

Ponadto Szpital posiada Certyfikat Systemu Zarządzania Jakością zgodny z wymaganiami Normy PN- EN ISO 9001;2015. Certyfikat został wydany na okres od 02.01.2019 r. do 23.01.2022 r.

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 prowadzący zarówno do zwiększenia jakości realizowanych świadczeń, jak i do efektywnego wydatkowania środków publicznych. Z otrzymanych informacji wynika, iż zawarte umowy zawierają zapisy uprawniające do dokonywania kontroli przez Szpital, na podstawie których dokonywana jest okresowa kontrola realizacji świadczeń i usług.

Tabela poniżej przedstawia zestawienie z kontroli wybranych umów zawartych przez Szpital.

L.P.	RODZAJ DZIAŁALNOŚCI ZLECANY PODMIOTOM ZEWNĘTRZNYM	CZY AKTUALNE UMOWY REGULUJĄ KWESTIE ZWIĄZANE Z KONTROLĄ ŚWIADCZONYCH USŁUG (TAK/NIE)	CZY PODMIOT KONTROLUJE REALIZACJĘ UMÓW ZGODNIE Z ZAPISAMI UMOWY (TAK/NIE)	OPIS DZIAŁAŃ KONTROLNYCH WOBEC PODMIOTU ZEWNĘTRZNEGO REALIZUJĄCEGO UMOWĘ (jeśli są podejmowane)
1.1.	dyżury lekarskie	tak	tak	sprawdzenie ilości godzin udzielania świadczeń zdrowotnych lub ilości udzielanych innych świadczeń zdrowotnych, sprawdzanie wartości wykonanych usług zgodnie z umową, weryfikacja posiadanych uprawnień
1.2.	dyżury pielęgniarskie	tak	tak	sprawdzenie ilości godzin udzielania świadczeń zdrowotnych lub ilości udzielanych innych świadczeń zdrowotnych, sprawdzanie wartości wykonanych usług zgodnie z umową, weryfikacja posiadanych uprawnień
1.3.	badania laboratoryjne	tak	tak	błędy przedlaboratoryjne raz na 6 miesięcy aktualizacja wymaganych certyfikatów, kontrola: warunki lokalowe warunki sprzętowe kwalifikacje personelu czas usługi komunikacja dostawca-klient jakość asortymentu
1.4.	badania diagnostyczne pozostałe	tak	tak	weryfikacja zasadności wykonania świadczenia sprawdzenie wartości wykonanych usług zgodnie z umową
2	TRANSPORT SANITARNY	tak	tak	weryfikacja zasadności wykonania świadczenia sprawdzenie wartości wykonanych usług zgodnie z umową

Tabela nr 9 – Kontrola zawieranych umów.

9. Zaplecze diagnostyczne.

Struktura posiadanej infrastruktury technicznej i sprzętowej, ze szczególnym uwzględnieniem okresu użytkowania poszczególnych urządzeń, została przedstawiona poniżej.

L.P.	RODZAJ APARATURY I SPRZĘTU MEDYCZNEGO	LICZBA				OGÓŁEM	LICZBA WYKONANYCH BADAŃ / ZABIEGÓW *
		OKRES UŻYTKOWANIA 0-3 LATA	OKRES UŻYTKOWANIA 4-8 LAT	OKRES UŻYTKOWANIA 9-11 LAT	OKRES UŻYTKOWANIA POWYŻEJ 12 LAT		
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Aparaty EKG	17	11	1	12	41	13092
2.	Aparaty KTG	3	1	3	1	8	3483
3.	Aparaty EEG			1		1	196
4.	Aparaty EMG				1	1	3085
5.	Aparaty RTG, w tym:	4	1	2	4	11	15330
6.	- aparaty RTG z torem wizyjnym				1	1	5107
7.	- pozostałe	4	1	2	3	10	10223
8.	Aparaty USG, w tym:	9	10	4	3	26	15176
9.	- kardiologiczne	3		1	1	5	1493

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
10.	- pozostałe	6	10	3	2	21	13683
11.	Tomograf komputerowy			1		1	10668
12.	Rezonans Magnetyczny		1			1	4575
13.	Litotrypter	1		1		2	149
14.	Laseroterapia		1	1	1	3	20067
15.	Respirator, w tym:	73	13	1	30	117	4393
16.	- dla dorosłych	67	12		10	89	3571
17.	- dla dzieci	6	1	1	20	28	822
18.	Aparat do znieczulenia ogólnego	1	4		7	12	2796
19.	Stoly operacyjne		1		8	9	5098
20.	Inkubatory	5	2	6	15	28	1106
21.	Urządzenie angiograficzne, zestaw do badań naczyniowych		1			1	764
22.	Aparatura endoskopowa, w tym:	2	7	4	3	16	2345
23.	- gastroskop		3	1		4	1450
24.	- kolonoskop		2	2		4	606
25.	- bronchoskop	1	1		1	3	86
26.	- laparoskop	1	1	1	2	5	203

Tabela nr 10- Zaplecze diagnostyczne na dzień 30.09.2021 r.

Na podstawie powyższej tabeli stwierdzić można, iż największa liczba sprzętu i aparatury medycznej będąca w posiadaniu Szpitala mieści się w okresie użytkowania 0-3 lat (41,37 %). 30,58 % urządzeń jest eksploatowane przez Szpital powyżej 12 lat. 19,06% sprzętu mieści się w przedziale 4-8 lat, natomiast 8,99 % w przedziale użytkowania powyżej 9-11 lat.

Sprzęt, który wymaga największych nakładów finansowych w przypadku potrzeby wymiany mieści się w kategoriach 4-8 lat bądź 9-11 lat.

[Dowód: akta kontroli str. 295-299]

10. Normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych.

W Szpitalu normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych nie są spełnione w aż 11 komórkach organizacyjnych (łącznie blisko 27 brakujących etatów).

W Oddziałach o profilu zachowawczym braki kształtują się następująco:

- Oddział Rehabilitacji (wg normy organizacyjnej brakuje 4,58 etatów)
- Oddział Gastrologiczno-Wewnętrzny (brakuje 3,46 etatu)
- Oddział Kardiologiczno-Wewnętrzny (brakuje 1,18 etatu)
- Oddział Nefrologiczno-Wewnętrzny (brakuje 0,76 etatu)

- Stacja Dializ (brakuje 0,5 etatu)
- Oddział Pediatriczny (brakuje 0,49 etatu)

Struktura braków w Oddziałach o profilu zabiegowym kształtuje się następująco:

- Oddział Urazowo-Ortopedyczny (brakuje 3,5 etatu)
- Oddział Neurochirurgii (brakuje 2,52 etatu)
- Oddział Ginekologiczno-Położniczy (brakuje 2,56 etatu)
- Oddział Urologii i Onkologii Urologicznej (brakuje 1,29 etatu)
- Oddział Laryngologii (brakuje 6 etatów)

Sytuacja ta wynika nie tylko z braku pielęgniarek na rynku pracy, ale również z sytuacji faktycznej mającej miejsce w poszczególnych oddziałach szpitalnych (przebywanie pracowników na długotrwałych zwolnieniach lekarskich, na urloпах macierzyńskich i wychowawczych, korzystanie ze świadczeń rehabilitacyjnych, urlopów bezpłatnych itp.). Dyrekcja Szpitala podejmuje działania mające na celu pozyskanie personelu medycznego do zatrudnienia. Prowadzona jest bieżąca rekrutacja w grupie zawodowej pielęgniarek. Umieszczane są ogłoszenia ofert pracy, przyjmuje się praktykantów, Szpital współpracuje z uczelniami medycznymi oraz Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych. Z uwagi na sytuację na rynku pracy w tej grupie personelu działania nie przynoszą oczekiwanych rezultatów. Od 01.10.2021 r. do dnia kontroli Szpital zatrudnił 11 nowych osób (pielęgniarek i położnych).

11.Braki kadrowe

Na dzień kontroli w Szpitalu występują braki kadrowe w grupie personelu: lekarze (25,5 brakujących etatów), pielęgniarki (24,42 brakujących etatów) oraz położne (2,56 brakujących etatów). Braki personelu lekarskiego występują w Oddziałach szpitalnych, Izbie Przyjęć, Stacji Dializ oraz Poradniach, natomiast personelu pielęgniarskiego w Oddziałach szpitalnych oraz Stacji Dializ. Mimo szerokiego zakresu działań zmierzających do pozyskania kadry medycznej nie udało się pozyskać wymaganej liczby personelu.

Szczegółowe informacje w zakresie braków kadrowych i podejmowanych działań Dyrekcji Szpitala w kierunku pozyskania kadry medycznej do zatrudnienia, obrazuje poniższa tabela.

L.P.	GRUPA ZAWODOWA PERSONELU W KTÓREJ WYSTĘPUJĄ BRAKI KADROWE	LICZBA BRAKUJĄCEGO PERSONELU (w osobach)	LICZBA BRAKUJĄCEGO PERSONELU (w etatach)	KOMÓRKA ORGANIZACYJNA, W KTÓREJ WYSTĘPUJE BRAK	PRZYCZYNA BRAKU	OPIS I EFEKT PODJĘTYCH DZIAŁAŃ W KIERUNKU POZYSKANIA KADRY
1	2	3	4	5	6	7
1	Lekarze	5	5	Izba Przyjęć	Brak chętnych do pracy, oferty cenowe zbyt wysokie, nieprzedłużanie kończących się umów	Regularne ogłaszanie konkursów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, ogłoszenia na stronie Szpitala i izbach lekarskich, próby indywidualnego znalezienia personelu przez Dyrekcję i lekarzy
2	Lekarze	2	2	Oddział Intensywnej Terapii Dziecięcej	Brak chętnych do pracy	Ogłaszanie konkursów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, próby indywidualnego znalezienia personelu przez lekarzy Oddziału. Jeden z lekarzy pracujących zwiększył ilość godzin udzielania świadczeń zdrowotnych
3	Lekarze	2	2	ZPO/ZOL	Brak chętnych do pracy	Regularne ogłaszanie konkursów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, próby indywidualnego znalezienia personelu przez Dyrekcję i lekarzy
4	Lekarze	3	3	Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	Brak chętnych do pracy, oferty cenowe zbyt wysokie,	Regularne ogłaszanie konkursów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, ogłoszenia na stronie Szpitala i izbach lekarskich, próby indywidualnego znalezienia personelu przez Dyrekcję i lekarzy

L.P.	GRUPA ZAWODOWA PERSONELU W KTÓREJ WYSTĘPUJĄ BRAKI KADROWE	LICZBA BRAKUJĄCEGO PERSONELU (w osobach)	LICZBA BRAKUJĄCEGO PERSONELU (w etatach)	KOMÓRKA ORGANIZACYJNA, W KTÓREJ WYSTĘPUJE BRAK	PRZYCZYNA BRAKU	OPIS I EFEKT PODJĘTYCH DZIAŁAŃ W KIERUNKU POZYSKANIA KADRY
1	2	3	4	5	6	7
5	Lekarze	3	3	Oddział Otolaryngologii	Brak chętnych do pracy, oferty cenowe zbyt wysokie,	Regularne ogłaszanie konkursów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, ogłoszenia na stronie Szpitala i izbach lekarskich, próby indywidualnego znalezienia personelu przez Dyрекcję i lekarzy, nadal trwają rozmowy z potencjalnymi kandydatami
6	Lekarze	2	2	Oddział Neurologii	Brak chętnych do pracy	Ogłaszanie konkursów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, próby indywidualnego znalezienia personelu przez lekarzy Oddziału,
7	Lekarze	2	2	Oddział Gastrologiczno-Wewnętrzny	Brak chętnych do pracy	Ogłaszanie konkursów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, próby indywidualnego znalezienia personelu przez lekarzy Oddziału, Pozyskano lekarza ze spec. chorób płuc
8	Lekarze	2	2	POZ	Brak chętnych do pracy, oferty cenowe zbyt wysokie,	Ogłaszanie konkursów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, próby indywidualnego znalezienia personelu przez lekarzy
9	Lekarze	2	2	Nocna i Świąteczna Opieka Zdrowotna	Brak chętnych do pracy	Ogłaszanie konkursów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, próby indywidualnego znalezienia personelu przez lekarzy. Zatrudniono dodatkowego lekarza
10	Lekarze	2	2	Stacja Dializ	Brak chętnych do pracy	Ogłaszanie konkursów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, próby indywidualnego znalezienia personelu przez lekarzy. Zatrudniono dodatkowego lekarza dyżurującego
11	Lekarze	1	0,5	Poradnia Zdrowia Psychicznego	Brak chętnych do pracy	Ogłaszanie konkursów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, próby indywidualnego znalezienia personelu przez lekarzy. Pozyskano lekarza do konsultacji
12	Pielęgniarki	4	3,6	Oddział Gastrologiczno-Wewnętrzny	Niewystarczająca liczba chętnych do pracy	Regularne ogłaszanie konkursów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, ogłoszenia na stronie Szpitala i izbach pielęgniarskich, stałe utrzymywanie kontaktu z uczelniami wyższymi, stałe przyjmowanie praktykantów, zatrudnianie emerytów. Pozyskano 1 osobę od października 2021 r.
13	Pielęgniarki	1	0,76	Oddział Nefrologiczno-Wewnętrzny	Niewystarczająca liczba chętnych do pracy	Regularne ogłaszanie konkursów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, ogłoszenia na stronie Szpitala i izbach pielęgniarskich, stałe utrzymywanie kontaktu z uczelniami wyższymi, stałe przyjmowanie praktykantów, zatrudnianie emerytów. Pozyskano 1 osobę umową zlecenia od listopada 2021 r.
14	Pielęgniarki	2	1,18	Oddział Kardiologiczno-Wewnętrzny	Niewystarczająca liczba chętnych do pracy	Regularne ogłaszanie konkursów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, ogłoszenia na stronie Szpitala i izbach pielęgniarskich, stałe utrzymywanie kontaktu z uczelniami wyższymi, stałe przyjmowanie praktykantów, zatrudnianie emerytów. Pozyskano 1 osobę od listopada 2021 r.
15	Pielęgniarki	1	0,5	Stacja Dializ	Niewystarczająca liczba chętnych do pracy	Regularne ogłaszanie konkursów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, ogłoszenia na stronie Szpitala i izbach pielęgniarskich, stałe utrzymywanie kontaktu z uczelniami wyższymi, stałe przyjmowanie praktykantów, zatrudnianie emerytów

L.P.	GRUPA ZAWODOWA PERSONELU W KTÓREJ WYSTĘPUJĄ BRAKI KADROWE	LICZBA BRAKUJĄCEGO PERSONELU (w osobach)	LICZBA BRAKUJĄCEGO PERSONELU (w etatach)	KOMÓRKA ORGANIZACYJNA, W KTÓREJ WYSTĘPUJE BRAK	PRZYCZYNA BRAKU	OPIS I EFEKT PODJĘTYCH DZIAŁAŃ W KIERUNKU POZYSKANIA KADRY
1	2	3	4	5	6	7
16	Pielęgniarki	5	4,58	Oddział Rehabilitacji	Niewystarczająca liczba chętnych do pracy	Regularne ogłaszanie konkursów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, ogłoszenia na stronie Szpitala i izbach pielęgniarskich, stałe utrzymywanie kontaktu z uczelniami wyższymi, stałe przyjmowanie praktykantów, zatrudnianie emerytów.
17	Pielęgniarki	1	0,49	Oddział Pediatryczny	Niewystarczająca liczba chętnych do pracy	Regularne ogłaszanie konkursów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, ogłoszenia na stronie Szpitala i izbach pielęgniarskich, stałe utrzymywanie kontaktu z uczelniami wyższymi, stałe przyjmowanie praktykantów, zatrudnianie emerytów.
18	Pielęgniarki	4	3,5	Oddział Urazowo-Ortopedyczny	Niewystarczająca liczba chętnych do pracy	Regularne ogłaszanie konkursów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, ogłoszenia na stronie Szpitala i izbach pielęgniarskich, stałe utrzymywanie kontaktu z uczelniami wyższymi, stałe przyjmowanie praktykantów, zatrudnianie emerytów. Pozyskano 1 osobę od października 2021 r.
19	Pielęgniarki	3	2,52	Oddział Neurochirurgii	Niewystarczająca liczba chętnych do pracy	Regularne ogłaszanie konkursów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, ogłoszenia na stronie Szpitala i izbach pielęgniarskich, stałe utrzymywanie kontaktu z uczelniami wyższymi, stałe przyjmowanie praktykantów, zatrudnianie emerytów. Pozyskano 1 osobę od września 2021 r.
20	Pielęgniarki	2	1,29	Oddział Urologii i Onkologii Urologicznej	Niewystarczająca liczba chętnych do pracy	Regularne ogłaszanie konkursów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, ogłoszenia na stronie Szpitala i izbach pielęgniarskich, stałe utrzymywanie kontaktu z uczelniami wyższymi, stałe przyjmowanie praktykantów, zatrudnianie emerytów. Pozyskano 1 osobę od października 2021 r.
21	Pielęgniarki	6	6	Oddział Otolaryngologiczny	Niewystarczająca liczba chętnych do pracy	Regularne ogłaszanie konkursów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, ogłoszenia na stronie Szpitala i izbach pielęgniarskich, stałe utrzymywanie kontaktu z uczelniami wyższymi, stałe przyjmowanie praktykantów, zatrudnianie emerytów. Szpital w trakcie kompletowania kadry pielęgniarskiej -4 umowy zlecenia
22	Położne	3	2,56	Oddział Położniczo-Ginekologiczny	Niewystarczająca liczba chętnych do pracy	Regularne ogłaszanie konkursów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, ogłoszenia na stronie Szpitala i izbach pielęgniarskich, stałe utrzymywanie kontaktu z uczelniami wyższymi, stałe przyjmowanie praktykantów, zatrudnianie emerytów.

Tabela nr 11 – braki kadrowe

[Dowód: akta kontroli str. 300-303]

12. Wykonywanie badań satysfakcji pacjenta.

Badania ankietowe satysfakcji pacjenta prowadzone są w oparciu o Regulamin badania poziomu satysfakcji pacjentów Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju wprowadzony Zarządzeniem Dyrektora Szpitala nr 41/2012 z dnia 20.04.2012 r. Celem powyższej procedury jest poznanie opinii oraz uwag dot. opieki szpitalnej i ambulatoryjnej, określenie

przyczyny braku zadowolenia pacjentów z uzyskanych świadczeń, wdrożenie działań naprawczych oraz podniesienie poziomu satysfakcji i zadowolenia pacjentów korzystających z usług świadczonych Szpitalu.

Badanie prowadzone jest poprzez dobrowolne, anonimowe ankiety skierowane do pacjentów oddziałów szpitalnych, poradni specjalistycznych oraz POZ. Odrębna ankieta dotyczy opieki okołoporodowej. Aktualne wzory ww. ankiet wprowadzono Zarządzeniem Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju nr 28/2019 z dnia 01.02.2019 . oraz 71/2019 z dnia 25.04.2019 r.

Analiza i opracowanie wyników ankiet należy do Pełnomocnika ds. Jakości. Zgodnie z ww. Zarządzeniem ankiety dot. opinii pacjentów dla Oddziałów poddawane są analizie raz na pół roku, natomiast ankiety z Poradni Specjalistycznych Przyszpitalnych raz na rok. Zauważyć należy, iż nie uregulowano w procedurze częstotliwości sporządzania wyników analiz ankiet okołoporodowych oraz ankiet pozyskanych od pacjentów POZ. Kontrolujący zwracają uwagę, iż zasadnym byłoby doprecyzowanie tej kwestii w przedmiotowej regulacji wewnętrznej. Wyniki ankiet i wnioski z badań przedstawiane są Dyrekcji Szpitala. W wyniku powyższego wydawane są dyspozycje celem wprowadzenia działań naprawczych.

Kontrolującym przedstawiono analizy ankiet:

- oddziałów szpitalnych za okres od 01 stycznia do 31 grudnia 2020 r. oraz od 01 stycznia do 31 października 2021 r. Zauważyć należy, iż zgodnie z ww. Regulaminem Pełnomocnik ds. Jakości gromadzi ankiety raz na pół roku i poddaje je szczegółowej analizie. Poddanie analizie ankiet raz w roku stanowi niedopełnienie obowiązku wynikającego z pkt. 7 Regulaminu badania poziomu satysfakcji pacjentów (...). Zgodnie z wyjaśnieniem powyższe odstępstwo było spowodowane panującą pandemią i ograniczeniami w przyjmowaniu pacjentów planowych oraz reżim sanitarno -epidemiologiczny. Z przedłożonej analizy wynika jednak, że badanie było prowadzone w okresach jw., a jedynie opracowanie wyników nastąpiło z pominięciem zasad określonych w Regulaminie. Z przeprowadzonej analizy ankiet wynika, iż większość obszarów oceniona została pozytywnie. Niezadowolenie pacjentów najczęściej dotyczyło słabej przepustowości, złych warunków na Izbie Przyjęć, braku dostępu lekarza w godzinach nocnych, płatnego parkingu i telewizji. Stosunkowo nisko oceniono także kwestie związane z żywieniem w Szpitalu (53% i 68% ocen pozytywnych). W sformułowanych wnioskach wskazano na konieczność skrócenia czasu oraz poprawy warunków przyjęcia do Szpitala, a także zwiększenia liczby personelu. Nie sformułowano natomiast wniosku związanego z poprawą jakości żywienia.
- w poradniach specjalistycznych przyszpitalnych za okres od 01 stycznia do 30 grudnia 2020 r. oraz 01 stycznia do 30 października 2021 r. Z przedłożonej dokumentacji wynika, iż odstąpiono od procesu ankietyzacji na 1 dzień tj. 31 grudnia 2020 r. co stanowi sprzeczność z § 4 Zarządzenia 41/2012 Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju, który wskazuje początkowy termin rozpoczęcia ankietyzacji bez wskazania terminu końcowego co oznacza bezterminowość procesu. Z przeprowadzonej analizy ankiet wynika, iż większość obszarów oceniona została pozytywnie. Najwyżej oceniono opiekę lekarską i pielęgniarską. Najniżej oceniono pracę rejestracji telefonicznej. Sformułowano wniosek dot. zwiększenia kontraktu na porady specjalistów z NFZ.
- pacjenta POZ za okres od stycznia do grudnia 2020 r. oraz od stycznia do października 2021 r. Wg większości ankietowanych jakość usług świadczonych w POZ, w tym satysfakcja z kontaktu z personelem oceniona została wysoko. Sformułowano wniosek dotyczący dołożenia starań do zwiększenia możliwości rejestracji pacjentów przez stronę internetową.

- opieki okołoporodowej za okres od stycznia do grudnia 2020 r. oraz od stycznia do października 2021 r. W ankietach w obu okresach większość ankietowanych wysoko oceniła pracę pielęgniarek, położnych i lekarzy w oddziale położniczym i neonatologii.

Zauważyć należy, iż zasadniczo w obu ankietowanych latach występują zastrzeżenia w tych samych obszarach co wskazywać może na słabą skuteczność wprowadzanych działań naprawczych.

[Dowód: akta kontroli str. 304-520]

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

W okresie objętym kontrolą Szpital poniósł koszty zarówno 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, jak też koszty dostosowania do przepisów p/poż. Zgodnie z poniższą tabelą łączny poniesiony koszt dostosowania wyniósł 12 397 121,00 zł.

Szczegółowe informacje o realizacji założonych przedsięwzięć, zmierzających do dostosowania placówki do zgodności z obowiązującymi przepisami obrazuje poniższa tabela.

KOSZTY PONIESIONE W OKRESIE OBJĘTYM KONTROLĄ				
LP	ZAKRES	WYNIKAJĄCY Z ROZPORZĄDZENIA	WYNIKAJĄCY Z PRZEPISÓW P/POŻ	KOSZT DOSTOSOWANIA
		DATA REALIZACJI	DATA REALIZACJI	
1	2	3	4	5
1	Poprawa jakości i dostępności do świadczeń ochrony zdrowia z zakresu ambulatoryjnej specjalistycznej i podstawowej opieki zdrowotnej (...)	12.10.2018- 13.11.2020	12.10.2018-13.11.2020	4 601 864,30 zł
2	Przebudowa, doposażenie Oddziału Urazowo-Ortopedycznego oraz Zakładu Diagnostyki Obrazowej (...) dla osób przewlekle chorych i starszych oraz diagnostyki, leczenia i profilaktyki chorób układu ruchu	03.09.2018- 31.01.2020	03.09.2018-31.01.2020	633 975,41 zł
3	Działania w WSS Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju w celu ograniczenia epidemii wywołanej przez SARS-CoV-2 i skutecznego leczenia chorych zainfekowanych koronawirusem - dostosowanie części oddziałów zlokalizowanych na I i II piętrze bloku łóżkowego	08.07.2020- 31.12.2020	08.07.2020-31.12.2020	7 161 280,90 zł

Tabela nr 13 – zestawienie kosztów dostosowania podmiotu do wymagań podmiotu realizującego działalność leczniczą oraz do przepisów p/poż.

W latach 2022/2033 planuje się przeprowadzenie kolejnych inwestycji dostosowujących Szpital do wymogów ww. Rozporządzenia oraz przepisów P/Poż w zakresie wyposażenia oddziałów w maceratory oraz wymiany drzwi wejściowych ppoż. w oddziałach medycznych Bloku łóżkowego. Szacunkowe koszty realizacji inwestycji wynoszą 810 000,00 zł.

[Dowód: akta kontroli str.521-523]

14. System kontroli/oceny zakażeń.

W trakcie kontroli ustalono, iż w Szpitalu funkcjonuje Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych oraz Komitet Kontroli Zakażeń Szpitalnych, powołane Zarządzeniem wewnętrznym Dyrektora 49/2019 z dnia 01.01.2019 r., zaktualizowane Zarządzeniem nr 12/2021 z dnia 04.01.2021 r. Zgodnie z zapisami ww. Zarządzeń do zadań:

- 1) Zespołu należy m.in.:
 - a) opracowanie i aktualizacja systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych,
 - b) prowadzenie kontroli wewnętrznej w zakresie realizacji zadań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych oraz przedstawianie wyników i wniosków z kontroli Dyrektorowi oraz Komitetowi Kontroli Zakażeń Szpitalnych,
 - c) szkolenie personelu w zakresie kontroli zakażeń szpitalnych,
 - d) konsultowanie osób podejrzanych o zakażenie lub chorobę zakaźną oraz tych, u których rozpoznano zakażenie lub chorobę zakaźną;
 - e) nadzór nad przestrzeganiem procedur zapewniających ochronę przed zakażeniami szpitalnymi, w tym sterylizacji i dezynfekcji, nad prawidłowością rejestracji i zgłaszania zakażeń szpitalnych,
 - f) analiza występujących ognisk zakażeń, formułowanie wniosków dotyczących ich likwidacji oraz działań profilaktycznych.
- 2) Komitetu należy m.in.:
 - a) opracowywanie planów i kierunków systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych,
 - b) ocena wyników kontroli wewnętrznej przedstawionych przez Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych,
 - c) opracowywanie i aktualizacja standardów farmakoprofilaktyki i farmakoterapii zakażeń i chorób zakaźnych w Szpitalu,
 - d) udział w tworzeniu polityki antybiotykowej.

Jak wynika z przekazanych informacji, w Szpitalu prowadzone są zarówno szkolenia wewnętrzne, jak i zewnętrzne dla personelu w obszarze zakażeń (wewnętrzne w roku 2020 r. zależne od sytuacji epidemiologicznej, w 2021 r. w formie prezentacji i na piśmie, z uwagi na zagrożenie epidemiczne, głównie w formie on-line (webinaria)). W celu zapewnienia bezpieczeństwa udzielania świadczeń, zarówno pacjentom jak i personelowi medycznemu w okresie pandemii Komitet Kontroli Zakażeń Szpitalnych oprócz spotkań we własnym gronie odbywał także spotkania z lekarzami zarządzającymi Oddziałami oraz kierownikami innych komórek organizacyjnych.

Przykładowe protokoły z działalności Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych (z dnia 30 listopada 2020 r. i 29 października 2021 r.) oraz Komitetu Kontroli Zakażeń Szpitalnych (z dnia 29 grudnia 2020 r. oraz 30 czerwca 2021r.) stanowią akta kontroli.

[Dowód: akta kontroli str. 524-570]

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

1. Nieprawidłowość polegająca na braku w zawartych umowach na realizację świadczeń zdrowotnych Nr 668/2021 z dnia 19.08.2021 r. oraz 208/2021 z dnia 26.03.2021 r. postanowienia dotyczącego określenia sposobu organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym miejsca, dni i godzin udzielania świadczeń zdrowotnych - wskazano jedynie miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych, czym naruszono art. 27 ust. 4 pkt. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. działalności leczniczej.

2. Nieprawidłowość polegająca na braku w zawartych umowach na realizację świadczeń zdrowotnych Nr 668/2021 z dnia 19.08.2021 r., 208/2021 z dnia 26.03.2021 r. oraz 357/2021 z dnia 18.05.2021 r. postanowienia dotyczącego szczegółowych okoliczności uzasadniających rozwiązanie umowy za wypowiedzeniem - wskazano jedynie okres wypowiedzenia czym naruszono art. 27 ust. 4 pkt. 8 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. działalności leczniczej.
3. Nieprawidłowość polegająca na braku w zawartej umowie na realizację świadczeń zdrowotnych Nr 668/2021 z dnia 19.08.2021 r. postanowienia dotyczącego zobowiązania przyjmującego zamówienie do prowadzenia określonej sprawozdawczości statystycznej, czym naruszono art. 27 ust. 4 pkt. 9 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. działalności leczniczej.
4. Nieprawidłowość polegająca na braku w zawartych umowach na realizację świadczeń zdrowotnych Nr 668/2021 z dnia 19.08.2021 r., 208/2021 z dnia 26.03.2021 r. oraz 357/2021 z dnia 18.05.2021 r. postanowienia, iż umowa ulega rozwiązaniu z dniem zakończenia udzielania określonych świadczeń zdrowotnych czym naruszono art. 27 ust. 8 pkt. 2) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
5. Nieprawidłowość polegająca na braku ustalenia szacunkowego wynagrodzenia przyjmującego zamówienie, z którym zawarto umowę Nr 668/2021 z dnia 19.08.2021 r. czym naruszono art. 26 a ust. 1 i 7 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
6. Nieprawidłowość polegająca na niedochowaniu należytej staranności przy ustalaniu szacunkowego wynagrodzenia przyjmującego zamówienie, z którym zawarto umowy Nr 208/2021 z dnia 26.03.2021 r. oraz 357/2021 z dnia 18.05.2021 r. czym naruszono art. 26 a ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej w związku z art. 150 ust. 1 pkt. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
7. Nieprawidłowość polegająca na braku określenia w treści umów na świadczenia zdrowotne: Nr 668/2021 z dnia 19.08.2021 r., 208/2021 z dnia 26.03.2021 r. oraz 357/2021 z dnia 18.05.2021 r. szacunkowej wartości brutto zamówienia, zgodnie z obowiązkiem wynikającym z przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (art. 44 ust. 3 pkt. 3) czym naruszono ww. przepis.
8. Nieprawidłowość polegająca na niesporządzaniu opisu przedmiotu zamówienia w sposób jednoznaczny i wyczerpujący, za pomocą dostatecznie dokładnych i zrozumiałych określeń, uwzględniając wszystkie wymagania i okoliczności mogące mieć wpływ na sporządzenie oferty oraz w sposób, który nie utrudnia uczciwej konkurencji co stanowi naruszenie art. 140 ust. 1 oraz ust. 2 pkt.1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w związku art. 26 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
9. Nieprawidłowość polegająca na zmianie warunków wymaganych od świadczeniodawców w toku postępowania poprzez przeprowadzanie negocjacji bez wskazania tego faktu w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert czym naruszono art. 147 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w związku art. 26 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
10. Uchybienie polegające na braku realizacji obowiązku przeprowadzania analizy badań satysfakcji pacjentów raz na pół roku w wyniku czego naruszono pkt. 7 zarządzenia Dyrektora nr 41/2012 z dnia 20.04.2012 r. w sprawie wprowadzenia Regulaminu badania poziomu satysfakcji pacjentów Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju.

11. Uchybienie polegające na odstępieniu od procesu ankietyzacji na 1 dzień tj. 31 grudnia 2020 r. czym naruszono § 4 Zarządzenia 41/2012 Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju.

Nieprawidłowości opisane w pkt. 1-9 stanowią naruszenia przepisów ustawy o działalności leczniczej i ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, niemniej jednak nie pociągają za sobą odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych.

Przyczyny nieprawidłowości i uchybień:

1. Niedochowanie należytej staranności w zakresie przeprowadzania procesu ankietyzacji w Szpitalu i terminowości analizy badań satysfakcji pacjentów Szpitala.
2. Niedochowanie należytej staranności w zakresie spełnienia wymogów ustawowych poprzez:
 - a) konstruowanie zapisów umów w procesie udzielania zamówień na świadczenia zdrowotne bez uwzględnienia wszystkich zapisów wskazanych w art. 27 ust. 4 i 8 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej,
 - b) przeprowadzanie konkursów na udzielanie świadczeń zdrowotnych bez uwzględnienia przepisów wskazanych w art. 26 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej,
 - c) konstruowanie zapisów umów w procesie udzielania zamówień na świadczenia zdrowotne bez uwzględnienia szacunkowej wartości brutto zamówienia,
 - d) zmianę warunków wymaganych od świadczeniodawców w toku postępowania poprzez przeprowadzanie negocjacji wbrew art. 147 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
3. Niedochowanie należytej staranności w zakresie stosowania zapisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 roku o finansach publicznych poprzez brak określenia maksymalnej wysokości zobowiązania wynikającego z zawartych umów na świadczenia zdrowotne.

C. Ocena cząstkowa: pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości i uchybień.

D. Osoba odpowiedzialna: Dyrektor Szpitala Robert Rychel 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. Prawidłowość gospodarowania mieniem.

A. Ustalenia faktyczne.

W zakresie prawidłowości gospodarowania mieniem kontrolą objęto niżej wymienione zagadnienia:

1. Nabycie sprzętu i aparatury medycznej

- a) System do wielostanowiskowej rehabilitacji kardiologicznej PELETON PLUS, wartość zakupu: 139 644,00 zł;
 - dowód przyjęcia OTS 134/21 z dnia 18.06.2021 r., numer inwentarzowy: 1/802/3783;
 - zakup nie został ujęty w planie inwestycyjnym Szpitala na 2021 r., ujęto go natomiast w korekcie planu pozytywnie zaopiniowanej przez Radę Społeczną Szpitala uchwałą nr 39/2021 z dnia 20.12.2021 r.;
 - Rada Społeczna Szpitala uchwałą nr 14/2021 z dnia 26.05.2021 r. zaopiniowała pozytywnie przedmiotowy zakup;
 - Szpital przed nabyciem przedmiotowego urządzenia nie wystąpił do podmiotu tworzącego o stosowną akceptację;

- zakup potwierdzony fakturą VAT nr 7/06/2021 z dnia 18.06.2021 r., płatną do dnia 17.08.2021 r. Zapłacono 30.08.2021 r.;
- protokół zdawczo-odbiorczy z dnia 18.06.2021 r.

b) Tomograf okulistyczny spektralny w zest. z perymetrem statycznym o wartości: 215 225,76 zł;

- dowód przyjęcia OTS 142/21 z dnia 10.08.2021 r., numer inwentarzowy: 1/802/3791;
- zakup nie został ujęty w planie inwestycyjnym Szpitala na 2021 r., ujęto go natomiast w korekcie planu pozytywnie zaopiniowanej przez Radę Społeczną Szpitala uchwałą nr 39/2021 z dnia 20.12.2021 r.;
- Rada Społeczna Szpitala uchwałą nr 22/2021 z dnia 29.07.2021 r. zaopiniowała pozytywnie przedmiotowy zakup;
- Szpital przed nabyciem przedmiotowego urządzenia nie wystąpił do podmiotu tworzącego o stosowną akceptację;
- zakup potwierdzony fakturą VAT FH21 nr 393 z dnia 03.08.2021 r., płatną wg terminarza w 4 równych ratach płatnych do 4 dnia miesiąca (od września do grudnia 2021 r.). Wszystkie 3 raty do dnia kontroli zapłacono w terminie;
- protokół zdawczo-odbiorczy z dnia 02.08.2021 r.

W toku kontroli ustalono, iż Szpital przed wszczęciem procedury zakupu nie wystąpił do podmiotu tworzącego z wnioskiem o wyrażenie akceptacji dla nabycia ww. sprzętu i aparatury medycznej. Ponadto zwraca się uwagę, iż ww. urządzenia nie zostały ujęte w planie inwestycyjnym na 2021 r. zaopiniowanym przez Radę Społeczną uchwałą nr 32/2020 z dnia 22.12.2020 r. Zakup sprzętu został uwzględniony w korekcie planu dokonanej po dacie zakupu (20.12.2021 r.). Podkreślić należy, iż opinię Rady Społecznej dotyczącą przedmiotowego zakupu uzyskano przed faktycznym jego nabyciem zatem możliwe było także uzyskanie opinii w kwestii korekty planu. Plan inwestycyjny będący dokumentem systematyzującym proces zamierzeń inwestycyjnych podmiotu winien być korygowany na bieżąco. Działanie Szpitala w tym zakresie stoi w sprzeczności z ideą planu oraz intencją art. 48 ust. 2. pkt. 2 ppkt. a) ustawy o działalności leczniczej. Zgodnie z powyższym kwestia zapisów w planie inwestycyjnym winna zostać skonsultowana przed dokonaniem inwestycji tj. przed wszczęciem procedury zakupu, a jeśli ze względu na okoliczności nie jest to możliwe – przed jego faktycznym nabyciem.

2. Zbycie sprzętu i aparatury medycznej.

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

- a) Aparat EKG Mortala Eli 250 – nr fabryczny: 106277862163, nr inwentarzowy: 1/802/2882; rok produkcji: 2006; wartość początkowa: 11 800,00 zł; umorzenie 100%;
- ocena stanu technicznego z dnia 06.04.2020 r. – brak możliwości naprawy z uwagi na niedostępność części zamiennych i brak wsparcia serwisowego producenta urządzeń. Z uwagi na uszkodzenie zalecenie wycofania aparatu z eksploatacji i zabezpieczenie przed ponownym użyciem,
 - pozytywna opinia Rady Społecznej Szpitala wyrażona uchwałą nr 30/2020 z dnia 27.11.2020 r.,
 - zgoda podmiotu tworzącego na likwidację przedmiotowego aparatu nie była wymagana,
 - protokół kasacyjny nr 3/2020 z dnia 22.12.2020 r.,
 - dowód LTS6/20 pozycja nr 6 z dnia 31.12.2020 r.,
 - karta przekazania odpadu – 04.03.2021 - potwierdzenia przejęcia odpadów przez firmę transportującą odpady.

- b) Aparat RTG z ramieniem C Ziehm 8000 – nr fabryczny: 4930, nr inwentarzowy: 1/802/1875; rok produkcji: 2006; wartość początkowa: 438 603,54 zł; umorzenie 100%;
- ocena stanu technicznego z dnia 28.01.2020 r. – znaczny stopień zużycia urządzenia, naprawa nieopłacalna,
 - protokół wewnętrzny Zespołu Szpitala nr 66/2020 z dnia 31.12.2020 r. – na podstawie oceny stanu technicznego z dnia 28.01.2020 r. podjęto decyzję o rozpoczęciu procedury kasacji,
 - pozytywna opinia Rady Społecznej Szpitala wyrażona uchwałą nr 11/2021 z dnia 27.04.2021 r.,
 - z uwagi na okres użytkowania zgoda podmiotu tworzącego na likwidację przedmiotowego aparatu nie była wymagana,
 - Zgodnie z oświadczeniem urządzenie nie zostało jeszcze zbyte. W związku z powyższym na dzień kontroli nie wystawiono dokumentu LT.

Zbycie aparatury i sprzętu medycznego w ww. zakresie objętym kontrolą przebiegło zgodnie z przyjętą procedurą.

[Dowód: akta kontroli str. 571-632]

3. Najem/dzierżawa pomieszczeń.

W ramach kontroli sprawdzaniem objęto prawidłowość zawarcia umów najmu:

- 1) nr 581/2020 z dnia 28.10.2020 r.
- 2) nr 371/2021 z dnia 01.06.2021 r.,

Ad 1) Przedmiotem umowy jest najem pomieszczeń socjalnych dla kierowców o łącznej powierzchni użytkowej 60,80 m², korytarz (powierzchnia wspólna) 24,46 m² oraz część nieruchomości gruntowej pod trzy miejsca parkingowe w celu świadczenia usług transportu pacjentów.

Umowa została zawarta w trybie bezprzetargowym na okres 3 lat liczony od dnia 1 listopada 2020 r. Zgoda podmiotu tworzącego na zawarcie przedmiotowej umowy nie była wymagana.

Rada Społeczna Szpitala pozytywnie zaopiniowała wniosek w sprawie wynajęcia ww. pomieszczeń (uchwała nr 20/2020 z dnia 08.10.2020 r.).

Zgodnie z zapisami umowy, Najemca zobowiązany jest płacić Wynajmującemu czynsz najmu łącznie z opłatą za miejsca parkingowe na podstawie wystawionej faktury VAT. Czynsz najmu zawiera podatek od nieruchomości. Zapłata następować będzie na konto Szpitala przelewem z góry w terminie 14 dni od daty wystawienia faktury przez Szpital. Ponadto najemca obciążany będzie kosztami za zużycie energii elektrycznej, ciepłej i zimnej wody, centralnego ogrzewania oraz wywozu odpadów komunalnych na podstawie ryczałtu kalkulacji sporządzonej przez Szpital wg przyjętych wskaźników i ryczałtów obliczonych wg obowiązującej ceny ustalanych przez dostawców usług. Płatność za media dokonywana powinna być w terminie 14 dni od daty wystawienia faktury przez Szpital.

Przedmiotowa umowa nie zawiera wszystkich wymogów wynikających z § 3 ust. 8 *Zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie* przyjętych uchwałą nr 2232/288/V/2018 z dnia 25 września 2018 r. z późn. zm. tj. zakazu poddzierżawiania i oddawania do bezpłatnego używania. § 9 ust. 1 pkt. a) umowy obejmuje jedynie zakaz użyczenia i podnajmowania.

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

Przedłożone do kontroli faktury zawierające opłaty z tytułu czynszu za miesiąc listopad 2020 r. i maj 2021 r. zostały wystawione zgodnie z treścią umowy.

Faktury z tytułu opłat za media za miesiąc listopad 2020 r. i maj 2021 r. nie w każdej pozycji zgodne z przedłożoną kalkulacją opłat do umowy z dnia 31.10.2020 r. oraz 10.01.2021 r.

Faktura za listopad 2020 r. zgodna z przedłożoną kalkulacją opłat do umowy z dnia 10.01.2021 r. we wszystkich pozycjach poza energią elektryczną oraz zimną wodą. Kalkulacja przewiduje, iż cena za dystrybucję i zużycie energii elektrycznej jest zmienna.

Faktura za miesiąc maj 2021 r. zgodna z przedłożoną kalkulacją opłat do umowy z dnia 10.01.2021 r. we wszystkich pozycjach poza energią elektryczną. Kalkulacja przewiduje jednak, iż cena za dystrybucję i zużycie energii elektrycznej jest zmienna.

Zauważyć należy, iż § 8 ust. 2 umowy daje Szpitalowi możliwość rozliczania mediów na podstawie kalkulacji sporządzonej według przyjętych przez niego wskaźników i ryczałtów obliczonych według obowiązującej ceny ustalonej przez dostawcę danej usługi niemniej jednak zgodnie z ust. 3 ww. zapisu wymaga to powiadomienia najemcy. Do kontroli nie przedłożono dokumentów świadczących o spełnieniu powyższego obowiązku ani też kompletnej kalkulacji pozwalającej potwierdzić zgodność wystawionych faktur z cenami dostawców mediów.

Należności wynikające z ww. faktur zostały skompensowane z zobowiązaniami Szpitala.

Ad 2) Przedmiotem umowy jest najem pomieszczeń warsztatowych o łącznej powierzchni 17,30 m² z przeznaczeniem na prowadzenie stolarni.

Umowa została zawarta w trybie bezprzetargowym na czas oznaczony 3 lat liczonych od dnia zawarcia umowy. Zgoda podmiotu tworzącego na zawarcie przedmiotowej umowy nie była wymagana.

Rada Społeczna Szpitala pozytywnie zaopiniowała wniosek w sprawie wynajęcia ww. pomieszczeń (uchwała nr 10/2021 z dnia 27.04.2021 r.).

Zgodnie z zapisami umowy, Najemca zobowiązany jest płacić Wynajmującemu czynsz najmu na podstawie wystawionej faktury VAT. Czynsz najmu zawiera podatek od nieruchomości. Zapłata następować będzie na konto Szpitala przelewem z góry do 10 dnia każdego miesiąca. Ponadto najemca obciążany będzie kosztami za zużycie i dystrybucję energii elektrycznej na podstawie ryczałtu i obliczeń wg przyjętych przez Wynajmującego wskaźników wynikających z kalkulacji kosztów i ceny ustalonej przez dostawcę usługi. Płatność za media dokonywana powinna być w terminie 14 dni od daty wystawienia faktury przez Szpital.

Przedmiotowa umowa nie zawiera wszystkich wymogów wynikających z § 3 *Zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie* przyjętych uchwałą nr 2232/288/V/2018 z dnia 25 września 2018 r. z późn. zm. tj.

- wskazanego w ust. 5 zapisu dot. nakazu ubezpieczenia przedmiotu umowy od następstw zdarzeń losowych oraz od odpowiedzialności cywilnej. Umowa w § 12 zawiera co prawda obowiązek ubezpieczenia w zakresie odpowiedzialności cywilnej za szkody powstałe ze wszystkich zdarzeń związanych z wynajmowanym pomieszczeniem niemniej jednak nie jest to zakres w pełni tożsamy z wymienionym w ww. Zasadach.
- wskazanego w ust. 8 zapisu dot. zakazu poddzierżawiania i oddawania do bezpłatnego używania. § 9 ust. 1 pkt. a) umowy obejmuje jedynie zakaz podnajmowania.

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

Przedłożone do kontroli faktury zawierające opłaty z tytułu czynszu za miesiąc lipiec i wrzesień 2021 r. zostały wystawione zgodnie z treścią umowy.

Faktury z tytułu opłat za media za miesiąc lipiec i wrzesień 2021 r. w części dotyczącej opłat za zużycie i dystrybucję energii elektrycznej zgodne z umową.

Zauważyć należy, iż do umowy dołączono kalkulację opłat za media (energia elektryczna, woda zimna ze ściekami oraz energia cieplna) i świadczenia dodatkowe (wywóz nieczystości komunalnych). Kontrolowana umowa reguluje jedynie kwestie opłat z tytułu energii elektrycznej. Zasadnym byłoby zatem uregulowanie w treści umowy zasad rozliczania wszystkich opłat ponoszonych w związku z jej realizacją.

Płatności za faktury zostały dokonane po terminie płatności - obie 21 dni po terminie. Od ww. nieterminowych zapłat odsetki za opóźnienie w transakcjach handlowych wyniosłyby 89 groszy. Faktura za media za miesiąc lipiec 2021 r. – zapłacona 32 dni po terminie (46 groszy odsetek), natomiast faktura za wrzesień 2021 r. uregulowana 21 dni po terminie (odsetki 35 groszy). Stosowane w Szpitalu uregulowania wewnętrzne dot. ustalenia dokumentacji przyjętych zasad (polityki) rachunkowości zakładają, iż noty odsetkowe wystawiane są w kwocie powyżej 10,00 zł. Zgodnie z uzyskanymi wyjaśnieniami wystawienie noty odsetkowej nie przyniosłoby spodziewanych efektów ekonomicznych (koszt postępowania tj. wytworzenia i przesłania, ewentualnie dochodzenia należności przewyższyłby przychód z tytułu odsetek).

[Dowód: akta kontroli str.633-697]

B: Stwierdzone uchybienia (przyczyny, skutki):

1. Uchybienie polegające na niezłożeniu do podmiotu tworzącego wniosek o wyrażenie akceptacji dla zakupu systemu do wielostanowiskowej rehabilitacji kardiologicznej PELETON PLUS oraz tomografu okulistycznego spektralnego w zest. z perymetrem statycznym przed faktycznym nabyciem czym naruszono III ust. 3 pkt. 1 i 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. z późn. zm.
2. Uchybienie polegające na braku w umowach najmu nr 581/2020 z dnia 28.10.2020 r. oraz nr 371/2021 z dnia 01.06.2021 r. zapisu dot. zakazu poddzierżawiania i oddawania do bezpłatnego używania przedmiotu umowy czym naruszono § 3 ust. 8 *Zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie* przyjętych uchwałą nr 2232/288/V/2018 z dnia 25 września 2018 r. z późn. zm.
3. Uchybienie polegające na braku w umowie najmu nr 371/2021 z dnia 01.06.2021 r. zapisu dot. nakazu ubezpieczenia przedmiotu umowy od następstw zdarzeń losowych oraz od odpowiedzialności cywilnej czym naruszono § 3 ust. 5 *Zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie* przyjętych uchwałą nr 2232/288/V/2018 z dnia 25 września 2018 r. z późn. zm.

Przyczyny uchybień:

Niedochowanie należytej staranności w zakresie:

- a) przestrzegania procedury dotyczącej nabywania sprzętu i aparatury medycznej,
- b) konstruowania zapisów umów najmu bez uwzględnienia zapisów *Zasad gospodarowania aktywami trwałymi*.

C. Ocena cząstkowa: pozytywna z uchybieniami.

D. Osoba odpowiedzialna: Dyrektor Szpitala Robert Rychel, na podstawie art. 46 ust. 1 ustawy 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 2020-2021 w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju miały miejsce trzy postępowania konkursowe na stanowiska kierownicze.

Przeprowadzone postępowania konkursowe na stanowiska kierownicze:

- 1) Stanowisko Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa (data konkursu: 20.08.2020 r., okres zatrudnienia 01.09.2020 r. – 31.08.2026 r.),
- 2) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Otolaryngologii (data konkursu: 23.06.2020r., okres zatrudnienia 01.07.2020 r. – 30.06.2026 r.),
- 3) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Okulistyki (data konkursu: 16.01.2020r., okres zatrudnienia 10.02.2020 r. – 09.02.2026 r.),

Podczas czynności kontrolnych kontrolujący stwierdzili nieprawidłowość popełnioną w toku ww. postępowań konkursowych polegającą 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 2021 r., poz. 430).

Zgodnie z wyjaśnieniami przekazanymi kontrolującym, przez Kierownika Działu Personalnego Szpitala, w postępowaniach konkursowych na stanowiska Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa i Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Okulistyki brało udział tylko po jednym kandydacie. Ostatecznie każda z tych osób wygrała ww. konkursy i została o tym poinformowana ustnie, a nie pisemnie.

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

- 1) Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii: lekarz zarządzający oddziałem, pielęgniarka oddziałowa;
- 2) Oddział Nefrologiczno-Wewnętrzny: lekarz zarządzający oddziałem, pielęgniarka oddziałowa;
- 3) Oddział Rehabilitacji: lekarz zarządzający oddziałem, pielęgniarka oddziałowa;
- 4) Oddział Gastrologiczno-Wewnętrzny: lekarz zarządzający oddziałem, pielęgniarka oddziałowa;
- 5) Oddział Kardiologiczno-Wewnętrzny: lekarz zarządzający oddziałem, pielęgniarka oddziałowa;
- 6) Oddział Otolaryngologii: lekarz zarządzający oddziałem, pielęgniarka oddziałowa;
- 7) Oddział Urologii: lekarz zarządzający oddziałem, pielęgniarka oddziałowa;
- 8) Oddział Położniczo-Ginekologiczny: lekarz zarządzający oddziałem, pielęgniarka oddziałowa;
- 9) Oddział Neonatologiczny: lekarz zarządzający oddziałem, pielęgniarka oddziałowa;
- 10) Oddział Okulistyki: lekarz zarządzający oddziałem, pielęgniarka oddziałowa;
- 11) Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej: lekarz zarządzający oddziałem, pielęgniarka oddziałowa;
- 12) Oddział Chirurgii Ogólnej: lekarz zarządzający oddziałem, pielęgniarka oddziałowa;
- 13) Oddział Neurochirurgii: lekarz zarządzający oddziałem, pielęgniarka oddziałowa;

- 14) Oddział Neurologii: lekarz zarządzający oddziałem, pielęgniarka oddziałowa;
- 15) Oddział Intensywnej Terapii Dziecięcej: lekarz zarządzający oddziałem, pielęgniarka oddziałowa;
- 16) Oddział Pediatriczny: p.o. lekarza zarządzającego oddziałem, pielęgniarka oddziałowa;
- 17) Stacja Dializ: lekarz zarządzający oddziałem, pielęgniarka oddziałowa.

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

Pracą całego personelu pielęgniarskiego kieruje naczelną pielęgniarka, natomiast zespołem pielęgniarskim na wszystkich siedemnastu Oddziałach zarządzają pielęgniarki oddziałowe.

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

[Dowód: akta kontroli str.698-735]

B. Stwierdzone nieprawidłowości oraz przyczyny, zakres i skutki stwierdzonych nieprawidłowości:

Nieprawidłowość polegająca na przeprowadzeniu postępowań konkursowych niezgodnie z zapisami §15 ust 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą tj. pisemnego powiadomienia o wynikach konkursu kandydatów biorących w nim udział.

Przyczyny nieprawidłowości:

Niedochowanie należytej staranności w zakresie stosowania zapisów §15 ust 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą.

C: Ocena cząstkowa: pozytywna mimo stwierdzonej nieprawidłowości

D: Osoba odpowiedzialna: Dyrektor Szpitala Robert Rychel, na podstawie art. 46 ust. 1 ustawy 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 Szpitalu przeprowadzona została przez pracowników Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w dniach 27-28.11.2019 r. Przedmiotem kontroli objęto: realizację zadań statutowych, dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych, prawidłowość gospodarowania mieniem oraz gospodarkę finansową w okresie od 2018 r. do 2019 r.

Wydano następujące zalecenia pokontrolne:

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

- 1) Usunięcia niezgodności pomiędzy zapisami Regulaminu Organizacyjnego Szpitala i Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą w zakresie komórek organizacyjnych działalności medycznej
- 2) Umieszczenia na stronie BIP Szpitala informacji obejmującej dokumentację przebiegu i efektów kontroli oraz wystąpień, stanowisk, wniosków i opinii podmiotów ją przeprowadzających, zgodnie z wymogiem art. 6 ust. 1 pkt 4 lit. A tiret drugie) ustawy z dnia 6 września 2021 r. o dostępie do informacji publicznej
- 3) Przestrzegania zapisów art. 27 ust.4 pkt. 8 ustawy o działalności leczniczej poprzez zawieranie w umowach dotyczących udzielania świadczeń zdrowotnych postanowień określających szczegółowe okoliczności uzasadniające rozwiązanie umowy za wypowiedzeniem
- 4) Przeprowadzania postępowań konkursowych zgodnie z zapisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzenia konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą, w zakresie dotyczącym § 15 ust 3 ww. rozporządzenia, tj. pisemnego powiadamiania kandydatów o wynikach konkursu
- 5) Przestrzegania procedur i unormowań w zakresie gospodarowania mieniem Szpitala zgodnie z przyjętymi przez Województwo Śląskie uregulowaniami (*Uchwała Nr 2232/288/V/2018 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 25.09.2018 r. z późn. zm. W sprawie Zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnymi publicznymi zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie*) w zakresie umieszczania stosownych postanowień w treści zawieranych umów najmu, dzierżawy, użyczenia i użytkowania.

Dyrektor Szpitala, w ustawowym terminie, złożył do Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego sprawozdanie o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych pismem z dnia 28.02.2020 r.

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

B: Stwierdzone nieprawidłowości (przyczyny, skutki):

Brak realizacji zaleceń pokontrolnych, do wykonania których Dyrektor Szpitala zobowiązany został przez Zarząd Województwa Śląskiego w wystąpieniu pokontrolnym z dnia 31 stycznia 2020 r. :

1. Brak realizacji zalecenia dot. usunięcia niezgodności pomiędzy zapisami Regulaminu Organizacyjnego Szpitala i Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą w zakresie komórek organizacyjnych działalności medycznej.
2. Brak realizacji zalecenia dot. umieszczenia na stronie BIP Szpitala informacji obejmującej dokumentację przebiegu i efektów kontroli oraz wystąpień, stanowisk, wniosków i opinii podmiotów ją przeprowadzających, zgodnie z wymogiem art. 6 ust. 1 pkt 4 lit. A tiret drugie) ustawy z dnia 6 września 2021 r. o dostępie do informacji publicznej.
3. Brak realizacji zalecenia dot. przestrzegania zapisów art. 27 ust.4 pkt. 8 ustawy o działalności leczniczej poprzez zawieranie w umowach dotyczących udzielania świadczeń zdrowotnych postanowień określających szczegółowe okoliczności uzasadniające rozwiązanie umowy za wypowiedzeniem.
4. Brak realizacji zalecenia dot. przeprowadzania postępowań konkursowych zgodnie

z zapisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzenia konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą, w zakresie dotyczącym § 15 ust 3 ww. rozporządzenia, tj. pisemnego powiadamiania kandydatów o wynikach konkursu.

5. Brak realizacji zalecenia dot. przestrzegania procedur i unormowań w zakresie gospodarowania mieniem Szpitala zgodnie z przyjętymi przez Województwo Śląskie uregulowaniami (*Uchwała Nr 2232/288/V/2018 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 25.09.2018 r. z późn. zm. W sprawie Zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie*) w zakresie umieszczania stosownych postanowień w treści zawieranych umów najmu, dzierżawy, użyczenia i użytkowania.

Przyczyny nieprawidłowości:

Zaniedbania w zakresie sprawowanego nadzoru nad poszczególnymi komórkami organizacyjnymi (pracownikami) Szpitala odpowiedzialnymi za realizację ww. czynności.

C: Ocena częściowa: negatywna - z uwagi na brak realizacji wydanych zaleceń pokontrolnych.

D: Osoba odpowiedzialna: Dyrektor Szpitala Robert Rychel 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 29 kwietnia 2022 r., znak: NZ-NK.1711.15.2021 (NZ-NK.KW-00219/22), Projekt wystąpienia pokontrolnego został przekazany Dyrektorowi Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju. Pismo zostało doręczone w dniu 5 maja 2022 r. Dyrektor Szpitala zgłosił 1 uwagę techniczną do projektu wystąpienia pokontrolnego, która została uwzględniona.

2. Zalecenia

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami i uchybieniami zalecam podjąć działania zmierzające do:

1. Wpisania w treści Regulaminu Organizacyjnego Szpitala celów i zadań będących w pełni tożsamymi z wyszczególnionymi w Statucie;
2. Ujednolicenia zapisów dotyczących nazewnictwa komórek organizacyjnych ujętych w Regulaminie Organizacyjnym i Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą;
3. Występowania każdorazowo do podmiotu tworzącego o zgodę na wprowadzenie zmian w strukturze organizacyjnej Szpitala zgodnie z Procedurą postępowania w przypadku dokonywania zmian dotyczących struktury organizacyjnej zakładów leczniczych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie;
4. Umieszczania na stronie podmiotowej BIP Szpitala wszystkich informacji wymaganych przepisami prawa;
5. Realizowania obowiązku przeprowadzania analizy badań satysfakcji pacjentów raz na pół roku wynikającego z zarządzenia Dyrektora Szpitala;
6. Przestrzegania terminowości dot. procesu ankietyzacji zgodnie z przyjętym Zarządzeniem Dyrektora;
7. Każdorazowego umieszczania w treści umów na świadczenia zdrowotne zapisów wskazanych w:

- art. 27 ust. 4 pkt. 2,8 i 9 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;

- art. 27 ust. 8 pkt. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
- art. 26 a ust. 1 i 7 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
- 8. Każdorazowego ustalania szacunkowego wynagrodzenia przyjmującego zamówienie, zgodnie z art. 26 a ust. 1 i 7 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
- 9. Dochowywania należytej staranności przy ustalaniu szacunkowego wynagrodzenia przyjmującego zamówienie zgodnie z art. 26 a ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej w związku z art. 150 ust. 1 pkt. 4) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 10. Określania w treści umów na świadczenia zdrowotne szacunkowej wartości brutto zamówienia, zgodnie z obowiązkiem wynikającym z przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych;
- 11. Sporządzania opisu przedmiotu zamówienia w sposób jednoznaczny i wyczerpujący, za pomocą dostatecznie dokładnych i zrozumiałych określeń, uwzględniając wszystkie wymagania i okoliczności mogące mieć wpływ na sporządzenie oferty oraz w sposób który nie utrudnia uczciwej konkurencji - art. 140 ust. 1 oraz ust. 2 pkt.1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w związku art. 26 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
- 12. Niedokonywania zmian warunków wymaganych od świadczeniodawców w toku postępowania, zgodnie z art. 147 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w związku art. 26 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
- 13. Każdorazowego umieszczania wszystkich wymaganych zapisów w treści umów najmu, zgodnie z Zasadami gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie;
- 14. Występowania o akceptację podmiotu tworzącego na nabycie sprzętu, zgodnie z Procedurą dotyczącą nabywania aparatury i sprzętu medycznego przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie;
- 15. Przeprowadzania postępowań konkursowych zgodnie z zapisami § 15 ust 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą;
- 16. 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 Wojewódzkiemu Szpitalowi Specjalistycznemu Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju. Wystąpienie zawiera 40 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:

z up. ZARZĄDU WOJEWÓDZTWA
Agnieszka Barczyk
Zastępca Dyrektora
Departamentu Nadzoru Podmiotów
Leczniczych i Ochrony Zdrowia