

Katowice, 24 kwietnia 2026 r.  
NZ-NK.1711.6.2025

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

**Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny  
im. dr. Emila Cyrana z siedzibą w Lublińcu  
ul. Grunwaldzka 48, 42-700 Lubliniec**  
(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 2026 r., poz. 156),
- 2) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych (t. j.: Dz. U. 2015, poz. 1331),
- 3) planu kontroli na 2025 rok, załącznik nr 3, poz. 7 zatwierdzonego uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 81/53/VII/2025 z dnia 15.01.2025 roku oraz zmiany planu zatwierdzonej uchwałą Zarządu nr 1070/82/VII/2025 z dnia 21.05.2025 r.,
- 4) regulaminu kontroli podmiotów leczniczych, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie określonego uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 466/66/VII/2025 z dnia 05.03.2025 r.

#### **I. Dane identyfikacyjne kontroli:**

Jednostka kontrolowana: Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. dr. Emila Cyrana z siedzibą w Lublińcu, ul. Grunwaldzka 48, 42-700 Lubliniec.

#### **Kierownik jednostki kontrolowanej:**

Pani Beata Musialik Dyrektor Szpitala od dnia 15 lipca 2019 r. do nadal.

Na dzień rozpoczęcia kontroli Dyrektor Szpitala wykonywała swoje zadania kierownicze i zarządcze przy pomocy:

- Zastępcy Dyrektora ds. Administracyjno-Technicznych – Pani Mirosławy Rutkowskiej,
- Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa – Pani Ewy Becelowskiej,
- Księgowej – Pani Kariny Kraski.

W Szpitalu zatrudnienie na dzień 31.10.2025 r. wyniosło:

- 611 pracowników w ramach umowy o pracę,
- 29 pracowników w ramach umów cywilnoprawnych.

#### **Termin przeprowadzenia czynności kontrolnych i zakres kontroli:**

Kontrolę przeprowadzono w dniach 31.10.2025 r. – 26.11.2025 r. w zakresie: wybranych zagadnień z zakresu spraw organizacyjno-finansowych w latach 2023-2025.

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

Osoby przeprowadzające kontrolę:

**Dorota Konieczny-Simela** – Dyrektor Biura Spraw Społecznych Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnienia jednorazowego nr 641/BS/2025 z dnia 17.11.2025 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 17.11.2025 r.

**Monika Nowak** – Inspektor Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnienia jednorazowego nr 556/NZ/2025 z dnia 29.10.2025 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 29.10.2025 r.

**Weronika Loska-Tomanik** – Główny specjalista Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w Katowicach, na podstawie upoważnienia jednorazowego nr 553/NZ/2025 z dnia 29.10.2025 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 29.10.2025 r.

**Barbara Białas** – Główny specjalista Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w Katowicach, na podstawie upoważnienia jednorazowego nr 555/NZ/2025 z dnia 29.10.2025 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 29.10.2025 r.

**Barbara Gwiazda - Amrosz** – Kierownik Referatu w Departamencie Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnienia jednorazowego nr 554/NZ/2025 z dnia 29.10.2025 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 29.10.2025 r.

O kontroli Dyrektor jednostki został poinformowany pismem z dnia 29.10.2025 r.

Kontrolę wpisano do książki kontroli pod pozycją 19/2025.

[Dowód: akta kontroli str. 1 - 16]

## 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.**

### Informacje ogólne.

Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. dr. Emila Cyrana z siedzibą w Lublińcu zwany dalej „Szpitalem” jest samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej. Funkcję podmiotu tworzącego pełni Województwo Śląskie. Nadzór nad działalnością Szpitala sprawuje Zarząd Województwa Śląskiego. Szpital wpisany jest do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego pod numerem 000000013400 oraz posiada osobowość prawną i jest wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego w Katowicach pod numerem KRS 0000039111. Siedzibą Szpitala jest miasto Lubliniec.

Szpital działa na podstawie:

- 1) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t. j.: Dz. U. z 2026 r., poz. 156), 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 2025 r. poz. 1461 z późn. zm.);
- 3) Statutu Szpitala nadanego uchwałą nr V/12/33/2015 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 21 września 2015 r., w sprawie ogłoszenia tekstu jednolitego uchwały Nr V/42/29/2017 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 18 września 2017 r.;
- 4) Regulaminu Organizacyjnego, którego ostatni tekst jednolity, pozytywnie zaopiniowany przez Radę Społeczną uchwałą Nr 22/2025 z dnia 25 kwietnia 2025 r., wprowadzony został w życie zarządzeniem Dyrektora Szpitala nr 29/2025 z dnia 25 kwietnia 2025 r.;
- 5) w zakresie gospodarki mieniem:
  - a) Procedury dotyczącej nabywania aparatury i sprzętu medycznego przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie określonej w Uchwale Zarządu Województwa Śląskiego nr 2734/299/VI/2021 z dnia 22 grudnia 2021 r.;
  - 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 20 kwietnia 2022 r. z późn. zm.;
- 6) innych powszechnie obowiązujących przepisów prawa.

#### **1. Prawidłowość wpisów w Krajowym Rejestrze Sądowym.**

Ostatnie zgłoszenie do Krajowego Rejestru Sądowego (dalej: KRS) w okresie objętym kontrolą dotyczyło powołania nowego składu Rady Społecznej Szpitala na kadencję 2024 – 2028, na podstawie Uchwały nr 677/494/VI/2024 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 20.03.2024 r. Szpital otrzymał informację o zaistniałych zmianach w dniu 26.03.2024 r., a wniosek o zmianę wpisu w KRS został złożony w dniu 29.03.2024 r. – został dopełniony ustawowy obowiązek wynikający z art. 22 ustawy o Krajowym Rejestrze Sądowym, który wskazuje 7 – dniowy termin na zgłoszenie zmian do KRS.

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

#### **2. Zgodność danych zamieszczanych na stronie BIP Szpitala z zapisami ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej.**

Szpital posiada własną stronę internetową pod adresem <https://wsnlc.pl/> oraz odrębną stronę podmiotową BIP pod adresem: <https://wsnlublinie-bip.slaskie.pl/>.

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 (tj. Dz.U. 2022 poz. 902 z późn. zm.).

Kontrola strony internetowej BIP Szpitala wykazała, że zawiera ona informacje wymagane przez art. 24 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Ponadto wszystkie informacje wskazane w ww. przepisie zostały poprawnie podane do wiadomości pacjentów poprzez ich wywieszenie w widocznych miejscach udzielania świadczeń.

*Woj. Śl.*

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 wykazała zgodność przedmiotowych danych z przepisami.

[Dowód: akta kontroli str.17- 56]

### **3. Zgodność zapisów Regulaminu Organizacyjnego z Rejestrem Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą oraz z zapisami ustawy 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. Ostatni tekst jednolity Regulaminu pozytywnie zaopiniowany przez Radę Społeczną uchwałą Nr 22/2025 z dnia 25 kwietnia 2025 r., wprowadzony został w życie zarządzeniem wewnętrznym Dyrektora Szpitala nr 29/2025 z dnia 25 kwietnia 2025 r. Ostatnie zmiany do ww. Regulaminu pozytywnie zaopiniowane przez Radę Społeczną uchwałą Nr 39/2025 z dnia 3 października 2025 r., wprowadzono Aneks nr 3 z dnia 25.04.2025 r. do Zarządzenia wewnętrznego nr 29/2025.

W toku kontroli zweryfikowano spójność zapisów w Statucie oraz Regulaminie Organizacyjnym Szpitala, wykazano że są one tożsame w obu dokumentach.

W trakcie kontroli sprawdzono zgodność zapisów Regulaminu Organizacyjnego Szpitala z przepisami ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej stwierdzono, że Regulamin Organizacyjny zawiera wszystkie niezbędne elementy, wskazane w treści art. 24 ust. 1 ww. ustawy.

Jednocześnie potwierdzono zgodność zapisów Regulaminu w zakresie struktury organizacyjnej komórek działalności medycznej oraz miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych z Księgą Rejestrową w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonym przez Wojewodę Śląskiego według stanu na dzień 25.11.2025 r.

[Dowód: akta kontroli str. 57 – 276]

**B. Stwierdzone nieprawidłowość (przyczyny, skutki): brak**

**C. Ocena częściowa: pozytywna**

### **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 Lublińcu przy ul. Grunwaldzkiej 48.

#### **1. Funkcjonowanie wybranych komórek medycznych.**

W ramach prowadzonych czynności szczególną kontrolą objęto funkcjonowanie wybranych komórek działalności medycznej:

1. Oddziału Psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży,
2. Poradni Zdrowia Psychicznego,
3. Pracowni Fototerapii,
4. Pracowni Elektroencefalografii / EEG.

**Ad. 1) Oddział Psychiatryczny dla dzieci i młodzieży.**

Oddział wpisany jest do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 009 (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: 4701 Oddział Psychiatryczny (ogólny) dla dzieci. Oddział został wpisany do Rejestru z dniem 20.05.1993 r. i dysponuje 33 łózkami. W Oddziale udzielane są świadczenia psychiatryczne obejmujące diagnostykę oraz leczenie dzieci i młodzieży.

W Oddziale zatrudnionych jest 11 lekarzy, 20 pielęgniarek, 8 psychologów, 2 terapeutów zajęciowych, 2 psychoterapeutów, 2 specjalistów psychoterapii dzieci i młodzieży, 1 pracownik socjalny, 1 dietetyk.

W okresie objętym kontrolą liczba hospitalizowanych pacjentów wyniosła:

- 528 w 2023 r.,
- 494 w 2024 r.,
- 487 (według stanu na dzień 31.10.2025 r.).

Na listę oczekujących, według stanu na dzień rozpoczęcia kontroli wpisano:

- 7 przypadków stabilnych,
- 4 przypadki pilne.

**Ad. 2) Poradnia Zdrowia Psychicznego.**

Poradnia wpisana jest do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 023 (kod resortowy identyfikujący komórkę organizacyjną stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych), kod resortowy charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych: 1700 Poradnia zdrowia psychicznego. Poradnia wpisana została do Rejestru z dniem 20.05.1993 r.

Poradnia prowadzi diagnostykę psychologiczną i kontrolną, porady i sesje terapeutyczne, w tym sesje psychoterapii indywidualnej, rodzinnej, grupowej. Poradnia świadczy usługi zdrowotne na rzecz osób, które ukończyły 18 rok życia.

W okresie objętym kontrolą liczba udzielonych porad wyniosła:

- 0 w 2023 r.,
- 28 394 w 2024 r.,
- 40 656 w okresie (według stanu na dzień 31.10.2025 r.).

Poradnia Zdrowia Psychicznego od 01.01.2019 r. nie realizowała świadczeń zdrowotnych z powodu braku kontraktu z NFZ. Od 01.05.2024 r. do chwili obecnej Poradnia funkcjonuje w strukturze Centrum Zdrowia Psychicznego w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Na listę oczekujących, według stanu na dzień 31.10.2025 r., wpisano 45 przypadków stabilnych. Zgodnie z harmonogramem świadczenia udzielane są 5 dni w tygodniu: od poniedziałku do piątku w godzinach od 8.00 do 18.00.

Kontrolujący stwierdzili, że w dniu 25.11.2025 r. podczas kontroli w siedzibie Szpitala udzielanie świadczeń zdrowotnych w Poradni odbywało się zgodnie z ustalonym harmonogramem.

### **Ad. 3) Pracownia Fototerapii.**

Pracownia wpisana jest do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 043 (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: 7998 Inne pracownie diagnostyczne lub zabiegowe. Komórka została wpisana do Rejestru z dniem 05.12.2022 r. W Pracowni zatrudniona jest 1 pielęgniarka.

Liczba udzielonych świadczeń:

- 62 w 2023 r.,
- 19 w 2024 r.,
- 31 (według stanu na dzień 31.10.2025 r.).

W Pracowni stosuje się fototerapię czyli światłolecznictwo, które stosowane jest przede wszystkim w leczeniu zaburzeń afektywnych sezonowych, w których objawy depresyjne wynikają ze zmniejszenia natężenia światła słonecznego w okresie jesienno-zimowym. Fototerapia może być stosowana również u pacjentów z zaburzeniami depresyjnymi o innej etiologii jako metoda wspomagająca farmakoterapię, a także w przypadku pacjentów odmawiających przyjmowania leków przeciwdepresyjnych.

Pracownia udziela świadczeń pacjentom Szpitala oraz odpłatnie dla pacjentów zewnętrznych, zgodnie z przyjętym cennikiem. Pracownia jest czynna od poniedziałku do piątku w godzinach od 10:00 do 12:00. Kontrolujący stwierdzili, że w dniu 25.11.2025 r. podczas kontroli w siedzibie Szpitala udzielanie świadczeń zdrowotnych w Poradni odbywało się zgodnie z ustalonym harmonogramem.

### **Ad. 4) Pracownia Elektroencefalografii / EEG.**

Pracownia wpisana jest do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 020 (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: 7998 Inne pracownie diagnostyczne lub zabiegowe. Komórka została wpisana do Rejestru z dniem 20.05.2023 r. W Pracowni zatrudniony jest 1 lekarz oraz 1 pielęgniarka.

Liczba udzielonych świadczeń:

- 154 w 2023 r.,
- 166 w 2024 r.,
- 86 (według stanu na dzień 31.10.2025 r.).

Wykorzystywane w pracowni EEG jest badaniem bezbolesnym i nieinwazyjnym, pozwalającym zbadać bioelektryczną czynność mózgu. Badanie polega na rejestracji fal mózgowych przez komputer za pośrednictwem elektrod umieszczanych na głowie pacjenta.

Pracownia pracuje zgodnie z następującym harmonogramem: pierwszy i trzeci wtorek miesiąca w godzinach 8.00 – 14.00. Od 14.00 – 17.00 badania wykonywane są dla pacjentów Szpitala.

Kontrolujący stwierdzili, że w dniu 25.11.2025 r. podczas kontroli w siedzibie Szpitala nie udzielano świadczeń zdrowotnych, zgodnie z przyjętym harmonogramem.

[Dowód: akta kontroli str. 277 - 281]

## 2. Serwisowanie aparatury oraz sprzętu medycznego.

W ramach kontroli jakości świadczonych usług kontrolujący zweryfikowali paszporty techniczne poniższych urządzeń, wykorzystywanych do udzielania świadczeń zdrowotnych w Szpitalu:

- Kapnograf Nonin Lifesense nr SN 505646996, data zakupu październik 2021 r., ostatni przegląd techniczny odbył się w dniu 03.11.2025 r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany do 03.11.2026 r., zgodnie z wpisem aparat sprawny.
- Elektrokardiograf AsCard Grey, nr inwentarzowy 001450, rok produkcji 2021, ostatni przegląd techniczny odbył się w dniu 03.11.2025 r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien odbyć się do 03.11.2026 r., zgodnie z wpisem aparat sprawny technicznie.
- Koncentrator tlenu, nr DM 201126002, rok produkcji 2020, ostatni przegląd techniczny odbył się 03.11.2025 r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien odbyć się do 03.11.2026 r., zgodnie z wpisem aparat sprawny.

[Dowód: akta kontroli str. 282 - 288]

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

Sprawdzeniem objęto Rejestr skarg i wniosków Szpitala w latach 2023-2025. Sposób rozpatrywania skarg i wniosków został określony w *Procedurze przyjmowania, rejestrowania, rozpatrywania skarg i wniosków przyjętej Zarządzeniem wewnętrznym nr 62/2022 Dyrektora Szpitala z dnia 18.08.2022 r.*

Zgodnie z procedurą, skargi i wnioski mogą być składane:

- osobiście w Sekretariacie Dyrektora,
- pisemnie na adres Szpitala,
- mailowo na adres: sekretariat@wsncl.pl lub poprzez telefax: 34/3562880,
- pisemnie w skrzynce „Skarg, zażaleń i wniosków” znajdującej się w budynku administracji,
- ustnie – bezpośrednio w Sekretariacie Dyrektora, do Kierownika Oddziału lub do I Lekarza Dyżurnego.

Ponadto przynajmniej raz w tygodniu (w czwartki w godzinach 13:00 – 14:00) Dyrektor Szpitala i jego Zastępcy przyjmują petentów w sprawie skarg i wniosków osobiście.

Informacja o sposobie przyjmowania skarg i wniosków jest umiejscowiona na tablicy ogłoszeń, w widocznych miejscach w komórkach organizacyjnych Szpitala, jak również na stronie internetowej Szpitala tj. [www.wsncl.pl](http://www.wsncl.pl).

W razie zgłoszenia skargi lub wniosku ustnie, przyjmujący zgłoszenie sporządza protokół według przyjętego wzoru, uwzględniając datę przyjęcia skargi, lub wniosku oraz dane (imię i nazwisko, adres zgłaszającego i krótki opis treści sprawy). Osoba przyjmująca skargę lub wniosek wnoszony ustnie do protokołu zobowiązana jest do niezwłocznego przekazania jej do Dyrektora Szpitala. W razie żądania skarżącego, przyjmujący skargę lub wniosek potwierdza ich złożenie.

Rozpoznawanie skarg odbywa się w trybie określonym przepisami *Kodeksu postępowania administracyjnego* oraz *Rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie organizacji przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków*.

Skargi i wnioski rejestrowane są w Rejestrze skarg i wniosków, który jest prowadzony przez Asystenta Dyrektora w sposób ułatwiający kontrolę przebiegu i terminów załatwienia poszczególnych skarg i wniosków, zgodnie z wymogami określonymi w art. 254 Kodeksu postępowania administracyjnego.

W okresie objętym kontrolą (do dnia 25.11.2025 r.):

- w roku 2023 wpłynęło 5 skarg, wszystkie uznano za bezzasadne, odpowiedzi udzielono

w terminie,

- w roku 2024 wpłynęły 4 skargi, wszystkie uznano za bezzasadne, odpowiedzi udzielono w terminie,
- w roku 2025 (do dnia 25.11.2025 r.): wpłynęło 6 skarg, 5 uznano za bezzasadne, 1 była w trakcie rozpatrywania.

W okresie objętym kontrolą nie wpłynął żaden wniosek.

Zgodnie z ustawą o działalności leczniczej analiza skarg i wniosków jest przedstawiana okresowo Radzie Społecznej Szpitala, co potwierdzają informacje zawarte w następujących wybranych w toku kontroli protokołach z posiedzeń Rady Społecznej Szpitala:

- punkt ad. 13. protokołu z posiedzenia Rady Społecznej Wojewódzkiego Szpitala Neuropsychiatrycznego im. dr. Emila Cyrana w Lublińcu z dnia 28.04.2023 roku (informacja o braku rejestracji skarg i wniosków w okresie od 28.02.2023 r., do dnia posiedzenia z wyłączeniem spraw podległych nadzorowi medycznemu),
- punkt ad. 21. protokołu z posiedzenia Rady Społecznej Wojewódzkiego Szpitala Neuropsychiatrycznego im. dr. Emila Cyrana w Lublińcu z dnia 13.12.2024 roku (informacja o braku rejestracji skarg i wniosków w okresie od 02.08.2024 r. do dnia posiedzenia z wyłączeniem spraw podległych nadzorowi medycznemu),
- punkt ad. 10. protokołu z posiedzenia Rady Społecznej Wojewódzkiego Szpitala Neuropsychiatrycznego im. dr. Emila Cyrana w Lublińcu z dnia 09.06.2025 roku do dnia posiedzenia (informacja o wpływie jednej skargi w okresie od 25.04.2025 r. i przebiegu jej załatwienia).

[Dowód: akta kontroli str. 289 - 333]

**B: Stwierdzone nieprawidłowości (przyczyny, skutki): brak**

**C: Ocena częściowa: pozytywna**

#### **IV. Weryfikacja realizacji procedur określonych w Standardach Ochrony Małoletnich, oraz realizacja obowiązków wynikających z ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich.**

Sprawdzeniem objęto realizację przez Szpital obszaru związanego ze standardami ochrony małoletnich w jednostce ochrony zdrowia, na podstawie ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (tj.: Dz. U. z 2016 r., poz. 110).

W szczególności skontrolowano następujące kwestie:

- istnienie i aktualność dokumentów regulujących ochronę małoletnich,
- procedurę zgłaszania i reagowania na podejrzenie krzywdzenia dziecka,
- sposób informowania małoletnich i ich opiekunów,
- dostępność standardów ochrony małoletnich w przestrzeni placówki,
- przeszkolenia Personelu,
- nadzoru nad realizacją standardów ochrony małoletnich.

W toku kontroli stwierdzono, że Szpital posiada przyjętą Zarządzeniem wewnętrznym nr 67/2024 Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Neuropsychiatrycznego im. dr. Emila Cyrana w Lublińcu

z dnia 08.08.2024 r. procedurę standardów ochrony małoletnich (dalej: SOM), zgodnie z wymogami ww. ustawy.

Stwierdzono spójność zapisów przedmiotowej procedury z następującymi dokumentami obowiązującymi w Szpitalu, dotyczącymi przedmiotowego zakresu:

- 1) Regulaminem Wewnętrznym Oddziału Psychiatrycznego dla Dzieci i Młodzieży Wojewódzkiego Szpitala Neuropsychiatrycznego im. dr. Emila Cyrana z siedzibą w Lublińcu przyjętego Zarządzeniem wewnętrznym nr 53/2025 r. Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Neuropsychiatrycznego im. dr. Emila Cyrana w Lublińcu z dnia 15.07.2025 r.
- 2) Procedurą przyjmowania, rejestrowania, rozpatrywania skarg i wniosków, przyjętej Zarządzeniem wewnętrznym nr 62/2022 r. Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Neuropsychiatrycznego im. dr. Emila Cyrana w Lublińcu z dnia 18.08.2022 r.
- 3) Procedurą oceny opinii i doświadczeń pacjentów przyjętej Zarządzeniem wewnętrznym nr 112/2024 r. Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Neuropsychiatrycznego im. dr. Emila Cyrana w Lublińcu z dnia 11.12.2024 r.
- 4) Procedurą dotyczącą monitoringu wizyjnego przyjętą Zarządzeniem Wewnętrznym nr 39/2023 Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Neuropsychiatrycznego im. dr. Emila Cyrana w Lublińcu z dnia 27.06.2023 r.,
- 5) Procedurą zasady bezpiecznej rekrutacji personelu przyjętą Zarządzeniem wewnętrznym nr 66/2024 r. Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Neuropsychiatrycznego im. dr. Emila Cyrana w Lublińcu z dnia 08.08.2024 r.

W toku czynności kontrolnych zapoznano się ze sprawą zdarzenia dotyczącego przemocy rówieśniczej, mającego miejsce w 2025 r. w Oddziale Psychiatrycznym dla Dzieci i Młodzieży. Zweryfikowano zgodność procedur i czynności podjętych przez pracowników Szpitala w przedmiotowej sprawie z zapisami SOM.

W badanej sprawie, zgodnie z przekazanymi informacjami, Szpital dokonał następujących czynności:

- zapoznano się ze zgłoszeniem pacjentki Szpitala,
- zarządzeniem wewnętrznym Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Neuropsychiatrycznego im. dr. Emila Cyrana z siedzibą w Lublińcu powołano Komisję do przeprowadzenia postępowania wyjaśniającego w sprawie opisanego zgłoszenia pacjentki,
- dokonano przez ww. Komisję przeglądu dokumentacji medycznej, pozostałej dokumentacji sporządzonej na okoliczności zdarzenia oraz przeprowadzono rozmowy z następującymi osobami: pielęgniarką oddziałową, kierownikiem oddziału, lekarzem dyżurnym, dwiema pielęgniarkami,
- sporządzono przez ww. Komisję sprawozdania z postępowania wyjaśniającego, zawierającego wnioski i zalecenia,
- w Oddziale Psychiatrycznym dla Dzieci i Młodzieży wdrożono przedmiotowe zalecenia, mające na celu zwiększenie bezpieczeństwa pacjentów oraz poprawę jakości pracy Zespołu Terapeutycznego.

Podczas kontroli dokonano weryfikacji poszczególnych zapisów SOM odnoszących się do badanej sytuacji. Stwierdzono zgodność podjętych w sprawie czynności, ze szczególnym uwzględnieniem następujących zapisów SOM:

- 1) 4.2 Zasady zapewniające bezpieczne relacje między małoletnim a Personalem szpitala, a w szczególności zachowania niedozwolone wobec małoletnich pacjentów oraz wymogi dotyczące bezpiecznych relacji małoletni – małoletni, a w szczególności zachowania

niedozwolone.

4.2.2 ust. 2 *informacje powinny być przekazywane w prosty i przystępny sposób, aby mogły być zrozumiane przez małoletniego pacjenta, forma przekazu i treść przekazywana powinny uwzględniać wiek małoletniego pacjenta, jego sytuację, stopień rozwoju, dojrzałości emocjonalnej.*

Z uzyskanych w toku kontroli informacji wynika, że podczas rozmowy z małoletnią, pielęgniarki pytały o sytuację, prosiły o informację na temat zdarzenia, dostosowując sposób rozmowy z małoletnią do jej stanu emocjonalnego.

2) 4.2.5 *Zachowanie niedozwolone wobec małoletnich pacjentów ze strony Personelu Szpitala:*

4.2.5 ust. 2 *Zabronione jest ignorowanie lub bagatelizowanie przeżyć małoletniego pacjenta takich, jak: odczucie lęku, strachu przed bólem, obaw o jego przyszłość.*

W czasie rozmowy z Personelem Szpitala pozyskano informacje, że pacjentka poinformowała o zdarzeniu i udzielono jej wsparcia, co odnotowano w Statusie lekarskim. Podjęto rozmowę z małoletnią oraz agresorkami.

Lekarz dyżurny udzielił pacjentce wsparcia, podkreślił jednak w rozmowie, że pacjentka zmieniała wersję wydarzeń, zidentyfikowano sprawczynię i przeprowadzono rozmowy dyscyplinujące.

3) 4.2.6 *Wymogi dotyczące bezpiecznych relacji między małoletnimi w szczególności zachowania niedozwolone.*

4.2.6 ust.1 *Personel Szpitala zobowiązany jest do zwracania szczególnej uwagi na nieprawidłowe zachowania małoletnich pacjentów względem siebie oraz do odpowiedniego i adekwatnego reagowania.*

Z wyjaśnień Personelu, przedstawionych także w Sprawozdaniu z postępowania wyjaśniającego w sprawie opisanej w zgłoszeniu wynika, że tuż po zdarzeniu, które miało miejsce odbyła się rozmowa, która miała na celu wyjaśnienie zajścia. Pacjentki, które dokonały incydentu przeprosiły, a poszkodowana pacjentka otrzymała wsparcie.

Po powzięciu informacji o kolejnym incydencie, którego pacjentka nie zgłosiła, a Personel dowiedział się o nim od innej pacjentki oraz rozmowy telefonicznej z ojcem, podjęto kolejną rozmowę. Personel stwierdził, że Pacjentka była w stanie dobrym, zbadał ją lekarz dyżurny i nie stwierdzono obrażeń zewnętrznych.

W Karcie Interwencji odnotowano podjęte działania:

- natychmiastowa interwencja personelu,
- rozmowa z pacjentką w celu wyjaśnienia okoliczności zdarzenia,
- badanie przez lekarza,
- omówienie w Zespole Terapeutycznym zaistniałej sytuacji,
- omówienie z pacjentami właściwych postaw wobec innych osób,
- zabezpieczenie zapisu monitoringu.

4) 4.3. *Zasady i procedury interwencji w sytuacji podejrzenia lub krzywdzenia lub posiadania informacji o krzywdzeniu małoletniego.*

4.3.9 *Postępowanie w przypadku podejrzenia przemocy - w przypadku naruszenia ze strony innego dziecka:*

*W przypadku gdy dziecko doznaje innej formy krzywdzenia na jego szkodę ze strony innego dziecka należy wystąpić do sądu rodzinnego o wgląd w sytuację dziecka krzywdzącego.*

Pracownicy Szpitala wypełnili Kartę Interwencji. Kierownik Oddziału wystąpił z wnioskiem o zabezpieczenie monitoringu ze zdarzenia, dokonano przeglądu monitoringu. Wysłano zgłoszenia do Sądów Rejonowych o stosowaniu przemocy wobec współpacjentki.

5) 4.3.10 *Powzięcie i przekazanie wewnętrzne informacji o potrzebie podjęcia działania interwencyjnego.*

4.3.10 ust. 2 W przypadku uzasadnionego podejrzenia wystąpienia zdarzenia polegającego na krzywdzeniu małoletniego/albo wystąpieniu takiego zdarzenia w zależności od rodzaju okoliczności Personel zobowiązany jest do podjęcia adekwatnego działania.

Szpital podjął działania jak wyżej.

- 6) 4.4 Osoby odpowiedzialne za przyjmowanie zgłoszeń o zdarzeniach zagrażających małoletniemu i udzielaniu mu wsparcia. Sposób dokumentowania i zasady przechowywania ujawnionych lub zgłoszonych incydentów lub zdarzeń zagrażających dobru małoletniego.

Dochowano procedury, zgodnie z zapisem.

4.4.6 W pilnych przypadkach po godzinie 15:00 oraz soboty niedziele i święta osobą odpowiedzialną za prowadzenie interwencji jest I Lekarz Dyżurny.

Incident miał miejsce z piątku na sobotę – personel poinformował lekarza dyżurnego o zdarzeniu.

Placówka posiada przyjęte Zarządzeniem wewnętrznym nr 67/2024 Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Neuropsychiatrycznego im. dr. Emila Cyrana z siedzibą w Lublińcu z dnia 8 sierpnia 2024 r., Standardy Ochrony Małoletnich.

Ponadto podczas przeprowadzonej kontroli na terenie Szpitala stwierdzono, że:

- SOM są udostępnione w miejscach ogólnodostępnych dla rodziców, opiekunów oraz małoletnich w Oddziale psychiatrycznym dla dzieci i młodzieży, w salach odwiedzin na odcinku A i B, w świetlicy na odcinku A i B,
- informacje są także przygotowane w wersji skróconej i dostępnej dla dzieci,
- niniejsza procedura dotyczy całego personelu Szpitala,
- pracownicy zostali zapoznani z ww. Procedurą, co potwierdzają podpisane przez nich oświadczenia o zapoznaniu ze SOM (udostępniono podczas kontroli do wglądu),
- pracownicy są szkoleni z zachowania SOM (m. in. szkolenie dla centrum zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży z obszaru procedury niebieskiej karty z uwzględnieniem standardów ochrony małoletnich),
- w SOM została wyznaczona osoba odpowiedzialna za ochronę małoletnich i ustanowione zastępstwo za tę osobę.

Procedura określa jasną ścieżkę zgłaszania podejrzenia przemocy i została ona w analizowanym przypadku dochowana, co potwierdza m. in. założenie karty interwencji, zgłoszenie do sądu incydentu weryfikowanego przypadku oraz zabezpieczenie nagrania z monitoringu wizyjnego dotyczące zdarzenia.

Na podstawie przeprowadzonej kontroli stwierdzono, że:

- 1) W jednostce są realizowane przyjęte Standardy Ochrony Małoletnich.
- 2) Standardy zostały udostępnione w czterech widocznych miejscach – na tablicach ogłoszeń przeznaczonych dla pracowników oraz interesariuszy.
- 3) Pracownicy złożyli pisemne oświadczenia o zapoznaniu się z SOM.
- 4) Przeprowadzono szkolenie z zakresu SOM.
- 5) W przedmiotowej sprawie dochowano zapisów zawartych w przyjętych w placówce SOM.
- 6) SOM Szpitala odnoszą się do sytuacji podejrzenia przemocy wskazując procedurę wystąpienia do Sądu Rodzinnego o wgląd w sytuację dziecka krzywdzącego (dochowano procedury).

Niemniej jednak, stwierdzono, że w procedurze SOM w zakresie przemocy rówieśniczej uwzględniono jedynie sytuację podejrzenia przemocy rówieśniczej i jako odpowiednią procedurę wskazano wystąpienie do sądu rodzinnego o wgląd w sytuację dziecka krzywdzącego.

Nie wskazano zasad postępowania w sytuacji podejrzenia i stwierdzenia przemocy rówieśniczej w toku hospitalizacji, co nie stanowi jednak nieprawidłowości.

Należy wskazać, że w trakcie trwania przedmiotowej kontroli, została jednocześnie przeprowadzona kontrola przez Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży z zakresu przestrzegania procedury SOM w Szpitalu, w efekcie której zarekomendował:

- 1) rozszerzenie Standardów Ochrony Małoletnich o standard postępowania w sytuacjach podejrzenia jak i stwierdzenie przemocy rówieśniczej w toku hospitalizacji,
- 2) zapoznanie personelu ze Standardami Ochrony Małoletnich.

Rekomendacje, które wydał są spójne z ustaleniami dokonanymi w toku przedmiotowej kontroli.

Pismem nr DS.0910.18.2025 z dnia 11 marca 2026 r. Dyrektor Szpitala poinformowała podmiot tworzący o realizacji przez Szpital ww. rekomendacji Konsultanta Wojewódzkiego. Zarządzeniem wewnętrznym nr 25/2026 z dnia 11.03.2026 r. Dyrektor Szpitala wprowadziła Standardy Ochrony Małoletnich w Szpitalu, poszerzone o ww. rekomendacje.

[Dowód: akta kontroli str. 334 - 439]

**B: Stwierdzone nieprawidłowości (przyczyny, skutki):** brak

**C: Ocena częściowa:** pozytywna mimo wydanych rekomendacji

Stwierdzono, że Szpital posiadał procedury dotyczące obszaru związanego ze standardami ochrony małoletnich w jednostce ochrony zdrowia, przygotowane na podstawie ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczości na tle seksualnym i ochronie małoletnich (tj.: Dz. U. z 2016 r., poz. 110).

Należy wskazać, że niezależna kontrola, przeprowadzona w przedmiotowym zakresie przez Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, wykazała potrzebę rozszerzenia stosowanej w Szpitalu procedury Standardów Ochrony Małoletnich o standard postępowania w sytuacjach podejrzenia jak i stwierdzenia przemocy rówieśniczej w toku hospitalizacji oraz potrzebę zapoznania personelu z jej zapisami.

Kontrolujący w toku czynności sprawdzających na podstawie weryfikowanego zdarzenia stwierdzili, że Szpital postępował zgodnie z przyjętymi zapisami Standardów Ochrony Małoletnich, jednakże również wskazali za zasadne rozszerzenie procedury o standard postępowania w sytuacjach podejrzenia i stwierdzenia przemocy rówieśniczej w toku hospitalizacji.

Brak tego zapisu w procedurze nie stanowi nieprawidłowości, jednakże rozszerzenie ścieżki postępowania w przypadku stwierdzenia przemocy rówieśniczej w toku hospitalizacji wytyczyłoby jednolity sposób postępowania w określonych sytuacjach. Wprowadzenie przedmiotowej rekomendacji stanowiłoby ulepszenie ww. procedury.

Należy wskazać, że Szpital otrzymał rekomendacje od Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży i podjęło działania w zakresie ich wprowadzenia.

Zarządzeniem wewnętrznym nr 25/2026 z dnia 11.03.2026 r. Dyrektor Szpitala wprowadziła Standardy Ochrony Małoletnich w podmiocie leczniczym w których ujęto przedmiotową rekomendację. Ponadto, podjęto działania mające na celu przeszkolenie personelu w tym zakresie.

## **V. Realizacja programu naprawczego.**

### **A. Ustalenia faktyczne.**

Program naprawczy Szpitala na lata 2023–2025 zatwierdzony został uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 2580/470/VI/2023 w dniu 06.12.2023r. Wszystkie kluczowe działania

zaplanowane na lata 2023–2025 zostały zrealizowane z wyjątkiem zadania dotyczącego zmniejszenia kosztów energii elektrycznej poprzez zainstalowanie paneli fotowoltaicznych. W zakresie prawidłowości realizacji programu naprawczego kontrolą objęto następujące zadania:

1) Zwiększenie przychodów w Oddziale Psychiatrii Sądowej o Podstawowym Stopniu Zabezpieczenia.

Szpital zakontraktował w Oddziale Psychiatrii Sądowej o Podstawowym Stopniu Zabezpieczenia od lipca 2023r. wyższą liczbę punktów rozliczeniowych z uwagi na posiadanie potencjału kadrowego. W I półroczu 2023 r. było zakontraktowanych 47 łóżek. Z uwagi na wyższe wykonanie kontraktu zarówno w I jak i II półroczu 2023 roku nastąpiło zwiększenie liczby łóżek kontraktowych o 8, co w efekcie przyczyniło się do pozyskania wyższych przychodów w roku 2023 i 2024 w łącznej kwocie 2 071 571,52 zł. Wynik ten przewyższył założoną w programie prognozę o 741 571,52 zł.

Przedmiotem weryfikacji przeprowadzonej przez kontrolujących w tym zakresie były zapisy umów:

- Aneks nr 1/04/2023 do umowy nr 123/100456/04/2022 z dnia 30.12.2022 r. o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień;
- Aneks nr 9 do umowy nr 123/100456/04/2023 23.06.2023 r. o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień;
- Aneks nr 10 do umowy nr 123/100456/04/2023 z dnia 13.07.2023 r.; o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień;
- Aneks nr 1/04/2024 do umowy nr 123/100456/04/2023 z dnia 16.01.2024 r. o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień.

2) Zwiększenie przychodów w Oddziale Psychiatrii Sądowej o Wzmocnionym Stopniu Zabezpieczenia.

Zakontraktowanie od lipca 2023 r. większej liczby punktów rozliczeniowych o 2 łóżka kontraktowe przy niewielkim nakładzie kosztowym pozwoliło Szpitalowi osiągnąć wyższe przychody. W efekcie osiągnięto w 2023 i 2024 roku efekt finansowy w łącznej kwocie 616 590,00 zł. Wynik ten przewyższył założoną w programie prognozę o 186 590,00 zł.

Przedmiotem weryfikacji przeprowadzonej przez kontrolujących w tym zakresie były zapisy umów:

- Aneks nr 1/04/2023 do umowy nr 123/100456/04/2022 z dnia 30.12.2022 r. o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień;
- Aneks nr 9 do umowy nr 123/100456/04/2023 23.06.2023 r. o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień;
- Aneks nr 10 do umowy nr 123/100456/04/2023 z dnia 13.07.2023 r.; o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień;
- Aneks nr 1/04/2024 do umowy nr 123/100456/04/2023 z dnia 16.01.2024 r. o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień.

[Dowód: akta kontroli str. 440 -503]

3) Umorzenie podatku od nieruchomości.

Szpital zwrócił się w dniu 17.07.2023 r. oraz 16.08.2023 r. do Burmistrza Miasta Lublińca z prośbą o umorzenie podatku od nieruchomości za miesiące lipiec i sierpień 2023 roku. Uzyskał zgodnie z założeniem w programie umorzenie na łączną kwotę 70 307,00 zł.

Przedmiotem weryfikacji przeprowadzonej przez kontrolujących w tym zakresie były:

- Decyzja Burmistrza Miasta Lubliniec nr FWP.3120.10.00014.2023.PR z dnia 21.07.2023 r.;
- Decyzja Burmistrza Miasta Lubliniec nr FWP.3120.10.00016.2023.PR z dnia 23.08.2023 r.

[Dowód: akta kontroli str. 504 - 511]

- 4) Zwrot Województwu Śląskiemu części nieruchomości położonych na terenie Szpitala wchodzących do wojewódzkiego zasobu nieruchomości Województwa Śląskiego.

W dniu 02.07.2019 r. Burmistrz Urzędu Miasta Lubliniec zwrócił się do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego z wnioskiem dotyczącym możliwości przekazania 9 działek znajdujących się w nieodpłatnym użytkowaniu Szpitala wraz z budynkami znajdującymi się na tych działkach.

W wyniku podjętych w tym zakresie działań Szpital dokonał zwrotu Województwu części nieruchomości położonych na terenie Szpitala, wchodzących do wojewódzkiego zasobu nieruchomości Województwa Śląskiego. Powyższy zwrot obejmował w sumie 9 działek znajdujących się na obrzeżach terenu zajmowanego przez Szpital, o łącznej powierzchni 0,5429 ha oraz wartości brutto 217 160,00zł wraz z dwoma znajdującymi się na ich terenie budynkami, tj. prosektorium oraz budynkiem socjalnym z przynależnymi do nich budowlami (ogrodzenie, sieć wodociągowa i kanalizacyjna) o wartości brutto 186.265,14zł. Do ostatecznego przekazania powyższych działek Województwu Śląskiemu doszło w marcu 2023 r.

Korzyści dla Szpitala (obniżenie podatku od nieruchomości, obniżenie kosztów amortyzacji budynków, niższe koszty utrzymania nieruchomości) po przekazaniu ww. działek i budynków wyniosły:

- w 2023 roku 15 393,00 zł (wynik ten przewyższył założoną w programie prognozę o 5 593,00 zł);
- w 2024 roku 17 606,96 zł (wynik ten przewyższył założoną w programie prognozę o 7 806,96 zł).

Ponadto, Szpital zredukował koszty operacyjne:

- ogradzania terenu (kwota ok. 80.000,00 zł);
- wykonywania zaleceń po przeglądach kominiarskich (kwota ok. 4.000,00 zł);
- wykonywania zaleceń Sanepidu w postaci wykonania służby i odrębnego wejścia do wydawania zwłok (kwota ok. 30.000,00 zł).

Łącznie 114 000,00 zł.

Przedmiotem weryfikacji przeprowadzonej przez kontrolujących w zakresie zwrotu nieruchomości były:

- Uchwała nr 1/2021 z dnia 21.01.2021 r. Wojewódzkiego Szpitala Neuropsychiatrycznego im. dr. Emila Cyrana w Lublińcu w sprawie zwrotu Województwu nieruchomości położonych na terenie Wojewódzkiego Szpitala Neuropsychiatrycznego im. dr. Emila Cyrana w Lublińcu wchodzących do wojewódzkiego zasobu nieruchomości Województwa Śląskiego;
- Uchwała nr 483/215/VI/2021 z dnia 30.03.2021 r. Zarządu Województwa Śląskiego w sprawie przeznaczenia do sprzedaży w drodze bezprzetargowej nieruchomości stanowiących własność Województwa Śląskiego położonych w Lublińcu na rzecz Gminy Lubliniec;

- Protokół zdawczo-odbiorczy z dnia 07.03.2023 r. dotyczący przekazania nieruchomości położonych w Lublińcu w rejonie ul. Sportowej wraz z dokumentacją opisaną w niniejszym protokole;
- Protokół przekazania – przyjęcia środka trwałego PT – 1 z dnia 07.03.2023 r.;
- Protokół przekazania – przyjęcia środka trwałego PT – 2 z dnia 07.03.2023 r.;
- Protokół przekazania – przyjęcia środka trwałego PT – 3 z dnia 07.03.2023 r.;
- Protokół przekazania – przyjęcia środka trwałego PT – 4 z dnia 07.03.2023 r.;
- Protokół przekazania – przyjęcia środka trwałego PT – 5 z dnia 07.03.2023 r.;
- Protokół przekazania – przyjęcia środka trwałego PT – 6 z dnia 07.03.2023 r.;
- Protokół przekazania – przyjęcia środka trwałego PT – 7 z dnia 07.03.2023 r.;
- Protokół przekazania – przyjęcia środka trwałego PT – 8 z dnia 07.03.2023 r.;
- Protokół przekazania – przyjęcia środka trwałego PT – 9 z dnia 07.03.2023 r.;
- Protokół przekazania – przyjęcia środka trwałego PT – 10 z dnia 07.03.2023 r.;
- Protokół przekazania – przyjęcia środka trwałego PT – 11 z dnia 07.03.2023 r.;
- Protokół przekazania – przyjęcia środka trwałego PT – 12 z dnia 07.03.2023 r.;
- Protokół przekazania – przyjęcia środka trwałego PT – 13 z dnia 07.03.2023 r.;
- Protokół przekazania – przyjęcia środka trwałego PT – 14 z dnia 07.03.2023 r.;

5) Utworzenie Centrum Zdrowia Psychicznego.

W dniu 30.09.2022 r. Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. dr. Emila Cyrana w Lublińcu zgłosił swój udział do programu pilotażowego Centrum Zdrowia Psychicznego. W wyniku podjętych w tym zakresie działań w czerwcu 2023 r. został zakwalifikowany jako jeden z jego realizatorów. Centrum rozpoczęło swoją działalność 01.05.2024 r. Obejmuje swoim zasięgiem obszar trzech powiatów, tj. lublinieckiego, myszkowskiego oraz kłobuckiego. W jego skład wchodzi Oddział Psychiatryczny Ogólny, Oddział Dzienny Psychiatryczny, Poradnia Zdrowia Psychicznego oraz Zespół Leczenia Środowiskowego. Wynik finansowy za 2024 r. zgodnie z założonym harmonogramem wynosić miał 473 000,00 zł zysku, wyniósł natomiast 545 504,63 zł zysku. Przewyższył zatem założoną w programie prognozę o 72 504,63 zł.

Przedmiotem weryfikacji przeprowadzonej przez kontrolujących w tym zakresie były zapisy umów:

- Umowa nr 123/100456/18/04/2024 z dnia 30.04.2024 r. o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programu pilotażowego w centrum zdrowia psychicznego;
- Aneks nr 3 do umowy nr 123/100456/18/04/2024 z dnia 21.06.2024 r. o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programu pilotażowego w centrum zdrowia psychicznego;
- Aneks nr 6 do umowy nr 123/100456/18/04/2024 z dnia 23.10.2024 r. o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programu pilotażowego w centrum zdrowia psychicznego;
- Aneks nr 8 do umowy nr 123/100456/18/04/2024 z dnia 05.11.2024 r. o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programu pilotażowego w centrum zdrowia psychicznego;
- Aneks nr 12 do umowy nr 123/100456/18/04/2024 z dnia 12.01.2025 r. o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programu pilotażowego w centrum zdrowia psychicznego.

[Dowód: akta kontroli str. 512 - 670]

6) Zmniejszenie kosztów energii elektrycznej poprzez zainstalowanie paneli fotowoltaicznych.

Szpital w dniu 14.07.2023 roku złożył wniosek o dofinansowanie realizacji projektu w ramach Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021-2027 (Fundusz na rzecz Sprawiedliwej Transformacji) dla Priorytetu: FESL.10.06-Rozwój energetyki rozproszonej opartej o odnawialne źródła energii pn. Budowa instalacji fotowoltaicznej z magazynem energii i pomp ciepła dla Szpitala. Zakładał on montaż odnawialnych źródeł energii w pawilonach Szpitala. W dniu 07.12.2023 r. Szpital otrzymał informację, że złożony wniosek wymaga korekty. Uzupełniony wniosek został złożony ponownie w dniu 15.12.2023 r. W dniu 05.04.2024 r. Szpital otrzymał informację z Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, Departamentu Europejskiego Fundusz Rozwoju Regionalnego o rozstrzygnięciu naboru FESL.10.06-IZ-01-011/23, jednak z uwagi na ograniczoną ilość dostępnych środków finansowych nie został zakwalifikowany do otrzymania dofinansowania.

Szpital śledził na bieżąco kolejne możliwości związane z aplikowaniem o środki na odnawialne źródła energii, brał pod uwagę także dofinansowanie z innych źródeł na OZE, między innymi z WFOŚ. Jednak ze względu na konieczność udziału wkładu własnego w przedsięwzięciu w wysokości 50% Szpital nie wnioskował o dofinansowanie w tym zakresie. Po otrzymaniu informacji o planowanym ponownym ogłoszeniu konkursu związanego z działaniem „efektywność energetyczna budynków”, Szpital podjął niezwłoczne kroki w celu ponownego aplikowania o środki finansowe. Po przeanalizowaniu kryteriów okazało się, iż Szpital miał możliwość aplikowania tylko i wyłącznie na budynki mające charakter zabytkowy. W dniu 28.11.2025 r. Szpital złożył zatem wniosek o dofinansowanie dla dwóch budynków, w efekcie czego możliwe będzie uzyskanie oszczędności w skali roku w wysokości 26.878,00 zł (między innymi poprzez montaż OZE). Realizacja inwestycji, po pozytywnej ocenie wniosku i otrzymaniu dofinansowania, przełoży się bezpośrednio na zmniejszenie kosztów ponoszonych przez Szpital, na energię elektryczną i ciepłą.

Biorąc pod uwagę powyższe, zakładany na rok 2025 efekt ekonomiczny w kwocie 191 000,00 zł nie był możliwy do zrealizowania o czym Szpital poinformował Departament Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia w sprawozdaniu z programu naprawczego w I kwartale 2025 r.

Dzięki wdrożonym działaniom uzyskano wynik finansowy w roku 2024 na poziomie (-) 1 090 948,58 zł. Osiągnięta strata jest niższa od zakładanej w programie prognozie o 570 051,42 zł. Rentowność pozostaje jednak ujemna. Koszty pochłaniają większą część przychodów i rosną szybciej w stosunku do przychodów. Pomimo czynników zewnętrznych niezależnych od Szpitala, utrzymana jest zdolność do regulowania bieżących zobowiązań. Szpital na dzień 31.10.2025 roku nie posiada zobowiązań wymagalnych ani kredytów i pożyczek.

Podsumowując, działania naprawcze są realizowane zgodnie z planem i przynoszą wymierne efekty ekonomiczne (łącznie osiągnięty efekt to ok. 6,3 mln zł wobec planowanych 4,5 mln zł), jednak cel pełnej stabilizacji finansowej nie został jeszcze osiągnięty. Szpital nadal odnotowuje straty i mierzy się z ograniczoną płynnością, na co wpływ mają przede wszystkim czynniki zewnętrzne niezależne od jego działań.

[Dowód: akta kontroli str. 671 - 936]

**B. Stwierdzone nieprawidłowości (przyczyny, skutki): brak**

**C. Ocena częściowa: pozytywna**

## **VI. Realizacja zadań w zakresie doboru personelu szpitalnego i podstawy zatrudnienia.**

### **A. Ustalenia faktyczne:**

Prawidłowość przeprowadzania postępowań konkursowych na stanowiska kierownicze zgodnie z art. 49 ust. 1 pkt 2-5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej w latach 2023 – 2025.

### **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 2023-2025 w Wojewódzkim Szpitalu Neuropsychiatrycznym im. dr. Emila Cyrana w Lublińcu miało miejsce jedenaście postępowań konkursowych na stanowiska kierownicze wskazane w art. 49 ww. ustawy.

### **Przeprowadzone postępowania konkursowe na stanowiska kierownicze:**

- 1) Stanowisko Zastępcy dyrektora ds. Lecznictwa (data konkursu: 08.05.2025 r., okres zatrudnienia 6 lat);
- 2) Stanowisko Naczelnej Pielęgniarki (data konkursu: 18.10.2023 r., okres zatrudnienia 6 lat);
- 3) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Psychiatrii Sądowej o Wzmocnionym Zabezpieczeniu (data konkursu: 23.01.2024 r., okres zatrudnienia 6 lat);
- 4) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Psychiatrycznego dla dzieci i Młodzieży (data konkursu: 23.01.2024 r., okres zatrudnienia 6 lat);
- 5) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Terapii Uzależnienia od Alkoholu z Pododdziałem dla Kobiet (data konkursu: 27.08.2024 r., okres zatrudnienia 6 lat);
- 6) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Psychiatrii Sądowej o Podstawowym Stopniu Zabezpieczenia (data konkursu: 10.09.2024 r., okres zatrudnienia 6 lat);
- 7) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Psychiatrycznego I z Pododdziałem Terapii Zaburzeń Afektywnych (data konkursu: 20.11.2024 r., okres zatrudnienia 6 lat);
- 8) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Psychiatrycznego II z Pododdziałem Terapii Zaburzeń Lękowych i Psychosomatycznych (data konkursu: 20.11.2024 r., okres zatrudnienia 6 lat);
- 9) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Psychiatrycznego III z Pododdziałem Terapii Pierwszych Epizodów Psychotycznych (data konkursu: 20.11.2024 r., okres zatrudnienia 6 lat);
- 10) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Dziennego Psychiatrycznego (data konkursu: 20.11.2024 r., okres zatrudnienia 6 lat);
- 11) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego (data konkursu: 09.04.2024 r., okres zatrudnienia 6 lat).

W trakcie prowadzonych czynności kontrolnych sprawdzono prawidłowość przeprowadzenia postępowań konkursowych na stanowisko Naczelnej Pielęgniarki oraz pielęgniarek oddziałowych w losowo wybranych Oddziałach. Kandydatki, które zostały wybrane w postępowaniach konkursowych podlegających weryfikacji, zgodnie z dokumentami znajdującymi się w aktach osobowych, posiadały wymagane kwalifikacje (wykształcenie wyższe, dyplom pielęgniarstwa, specjalizacje w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego) w związku z powyższym z wybranymi kandydatkami zawarte zostały umowy na okres 6 lat.

Weryfikacji poddano także dokumenty z postępowania konkursowego na stanowisko Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa. W dniu 8.05.2025 r. odbyło się postępowanie konkursowe w wyniku którego wybrana została Pani Patrycja Jakubczak (Siwek), która posiadała wymagane kwalifikacje

zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 10 lipca 2023 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami. Z dniem 23.05.2025 r. Pani Patrycja Jakubczak (Siwek) objęła funkcję Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa, jednakże od 16.06.2025 r. przebywała na usprawiedliwionej nieobecności związanej z macierzyństwem.

Z wyjaśnień przedstawionych przez Dyrektora Szpitala wynika, że biorąc pod uwagę dłuższą nieobecność Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa, a także mając na względzie konieczność wyznaczenia osoby pełniącej funkcję Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa, w przypadku gdy Dyrektor Szpitala nie jest lekarzem w celu zapewnienia ciągłości realizacji zadań, Dyrekcja Szpitala powierzyła pełnienie obowiązków Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa od dnia 1.07.2025 r. do 12.01.2026 r. Pani Ewie Becelowskiej.

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

- 1) Oddział psychiatryczny ogólny I z Pododdziałem Terapii Zaburzeń Afektywnych: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 2) Oddział psychiatryczny ogólny II z Pododdziałem Terapii Zaburzeń Lękowych i Psychosomatycznych: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 3) Oddział psychiatryczny ogólny III z Pododdziałem Terapii Pierwszych Epizodów Psychotycznych: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 4) Oddział Psychiatryczny dla Dzieci i Młodzieży: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 5) Oddział Terapii Uzależnienia od Alkoholu z Pododdziałem dla Kobiet: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 6) Oddział Psychiatrii Sądowej o Wzmocnionym Zabezpieczeniu: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 7) Oddziału Psychiatrii Sądowej o Podstawowym Stopniu Zabezpieczenia: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 8) Zakład Opiekuńczo-Leczniczy: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 9) Oddział Dzienny Psychiatryczny: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;

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

Pracą całego personelu pielęgniarskiego kieruje naczelną pielęgniarka, natomiast zespołem pielęgniarskim na poszczególnych oddziałach zarządzają pielęgniarki oddziałowe.

Ww. stanowiska określone zostały zarówno w Regulaminie Organizacyjnym Wojewódzkiego Szpitala Neuropsychiatrycznego im. dr. Emila Cyrana w Lublińcu, jak i w załączniku nr 2 (Taryfikator kwalifikacyjny pracowników) oraz w załączniku nr 3 (Wykaz stanowisk, na których przysługuje dodatek funkcyjny i stawek dodatku funkcyjnego) do Regulaminu Wynagradzania Wojewódzkiego Szpitala Neuropsychiatrycznego im. dr. Emila Cyrana w Lublińcu.

W trakcie czynności kontrolnych, ustalono, że Dyrekcja Szpitala zatrudnia pracowników na stanowiska kierownicze inne niż wskazane w art. 49 ustawy o działalności leczniczej wybierając w pierwszej kolejności w drodze rekrutacji wewnętrznej lub awansu wewnętrznego spośród

pracowników spełniających wymagania kwalifikacyjne określone w załączniku nr 2 do Regulaminu Wynagradzania Szpitala – Taryfikator z kategorią zaszeręgowania stanowisk pracy.

W przypadku braku możliwości wyłonienia kandydata w powyższym trybie, przeprowadza się rekrutację zewnętrzną obejmującą rozmowę kwalifikacyjną, poprzedzoną publikacją ogłoszenia o naborze na stronie internetowej Szpitala.

[Dowód: akta kontroli str. 937 - 1126]

**B: Stwierdzone nieprawidłowości (przyczyny, skutki):** brak

**C: Ocena częściowa:** pozytywna

## **VII. Realizacja zaleceń pokontrolnych z poprzedniej kontroli prowadzonej przez Departament Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego.**

### **A. Ustalenia faktyczne:**

Ostatnia kontrola w Szpitalu przeprowadzona została przez pracowników Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego w terminie od 04.11.2022 r. do 25.11.2022 r. Przedmiotem kontroli objęto wybrane zagadnienia z zakresu spraw organizacyjno-finansowych w latach 2021-2022.

Pismem z dnia 28.06.2024 r., znak: NZ-NK.1711.11.2022 (NZ-NK.KW-00234/23), przekazano Dyrektorowi Szpitala Wystąpienie pokontrolne zawierające zalecenia pokontrolne w zakresie konieczności:

- 1) *Aktualizacji treści umieszczonych na stronie BIP Szpitala w zakresie dokumentacji przebiegu i efektów kontroli oraz wystąpień, stanowisk, wniosków i opinii podmiotów ją przeprowadzających.*
- 2) *Przeprowadzeniu postępowań konkursowych na niektóre stanowiska kierownicze zgodnie z zapisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.*

Dyrektor Szpitala złożył do Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego informację o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych pismem nr D.0810.1.2023 z dnia 28.07.2023 r. i zadeklarował zrealizowanie ww. zaleceń pokontrolnych. Dokonana weryfikacja realizacji zaleceń pokontrolnych z poprzedniej kontroli wykazała, że zostały one wykonane.

**B. Stwierdzone nieprawidłowości (przyczyny, skutki):** brak

**C. Ocena częściowa:** pozytywna.

## **VIII. Pozostałe informacje, zalecenia i pouczenia.**

### **1. Pozostałe informacje.**

Pismem z dnia 03.04.2026 r., znak: NZ-NK.1711.6.2025 (NZ-NK.KW-00135/26) Projekt wystąpienia pokontrolnego został przekazany Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Neuropsychiatrycznego im. dr. Emila Cyrana w Lublińcu.

Dyrektor Szpitala nie zgłosił zastrzeżeń do Projektu wystąpienia pokontrolnego.

## 2. Zalecenia.

W związku z brakiem nieprawidłowości, nie wydaje się zaleceń.

## 3. Pouczenia.

Wystąpienie pokontrolne sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, z których jeden przekazuje się do Wojewódzkiego Szpitala Neuropsychiatrycznego im. dr. Emila Cyrana w Lublińcu.

Wystąpienie pokontrolne zawiera 20 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.

**Podmiot uprawniony do kontroli:**

z up. ZARZĄDU WOJEWÓDZTWA  
Bernadeta Kuraszewska  
Dyrektor  
Departamentu Nadzoru Podmiotów  
Leczniczych i Ochrony Zdrowia

*1.02*  
*20*