

Katowice, 13 stycznia 2025 r.
NZ-NK.1711.3.2024

**Urząd Marszałkowski
Województwa Śląskiego
Departament Nadzoru
Podmiotów Lecznicych 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 2024 r. poz. 799),
- 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 2024 rok, załącznik nr 2, poz. 1 zatwierdzonego uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 141/482/VI/2024 z dnia 19.01.2024 roku,
- 4) regulaminu kontroli podmiotów leczniczych, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie określonego uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 1057/229/VI/2021 z dnia 28.04.2021 r.

I. Dane identyfikacyjne kontroli:

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

Kierownik jednostki kontrolowanej:

- Pan Robert Ostrowski od 16.09.2024 r. do nadal;
- Pan Robert Rychel (do 15.09.2024 r.).

Dyrektor na dzień przeprowadzenia kontroli wykonywał swoje zadania kierownicze i zarządcze przy pomocy:

- Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych – Pani Marii Zawady,
- Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa – Pana Józefa Danka,
- Zastępcy Dyrektora ds. Techniczno-Eksploatacyjnych:
 - Pana Eugeniusza Klapuch (do 28.10.2022 r.),
 - Pana Kamila Mzyk (od 01.11.2022 r. do 14.02.2024 r.),
- Głównej księgowej:
 - Pani Agaty Szpak (do 31.01.2024 r.),
 - Pani Małgorzaty Kosiorek-Buty (od 01.02.2024 r. do nadal).

Termin przeprowadzenia czynności kontrolnych i zakres kontroli:

Kontrolę przeprowadzono w dniach 23.02.2024 r. – 29.03.2024 r. w zakresie: wybranych zagadnień z zakresu spraw organizacyjno-finansowych w latach 2022-2024.

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

Osoby przeprowadzające kontrolę:

Agnieszka Wnuk – Główny specjalista Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 67/NZ/2024 z dnia 14.02.2024 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 23.02.2024 r.

Weronika Loska-Tomanik – Główny specjalista Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 69/NZ/2024 z dnia 14.02.2024 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 23.02.2024 r.

Barbara Gwiazda - Amrosz – Główny specjalista Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 68/NZ/2024 z dnia 14.02.2024 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 23.02.2024 r.

O kontroli Dyrektor jednostki został poinformowany pismem z dnia 15.02.2024 r.

Kontrolę wpisano do książki kontroli pod pozycją 4/2024.

[Dowód: akta kontroli str. 1-11]

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 Specjalistyczny Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju zwany dalej „Szpitalem” jest samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej. Funkcję podmiotu tworzącego pełni Województwo Śląskie. Nadzór nad działalnością Szpitala sprawuje Zarząd Województwa Śląskiego. Szpital wpisany jest do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego pod numerem 000000013057 oraz posiada osobowość prawną i jest wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego w Katowicach pod numerem KRS 0000048508. Siedzibą Szpitala jest miasto Jastrzębie-Zdrój.

Szpital działa na podstawie:

- 1) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t. j.: Dz. U. z 2024 r. poz. 799) 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 2024 r. poz. 146);
- 3) Statutu Szpitala przyjętego 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. 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, pozytywnie zaopiniowane przez Radę Społeczną Uchwałą Nr 50/2023 z dnia 25.10.2023 r., wprowadzone zostały

- w życie Zarządzeniem Nr 26/2024 Dyrektora Szpitala z dnia 30.01.2024 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. 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 20 kwietnia 2022 r. z późn. zm.,
- 6) innych powszechnie obowiązujących przepisów prawa.

W Szpitalu zatrudnienie na dzień 23.02.2024 r. roku wynosiło:

- 945 pracowników w ramach umowy o pracę,
- 88 pracowników w ramach umowy zlecenia,
- 235 pracowników w ramach kontraktu.

[Dowód: akta kontroli str. 12-14]

1. Prawdliwość wpisów w Krajowym Rejestrze Sądowym.

Ostatnie zgłoszenie do Krajowego Rejestru Sądowego (dalej: KRS) w okresie objętym kontrolą dotyczyło powołania Rady Społecznej Szpitala na kadencję 2024 – 2028, na podstawie Uchwały nr 671/494/VI/2024 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 20.03.2024 r. Wniosek o zmianę wpisu w KRS został złożony w dniu 27.03.2024 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.

[Dowód: akta kontroli str. 15-54]

2. 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, pozytywnie zaopiniowane przez Radę Społeczną uchwałą nr 50/2023 z dnia 25.10.2023 r., zostały wprowadzone w życie Zarządzeniem Dyrektora nr 26/2024 z dnia 30.01.2024 r.

W trakcie kontroli sprawdzono zgodność zapisów Regulaminu Organizacyjnego Szpitala z przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.

Kontrolujący stwierdzili, że cele oraz zadania podmiotu leczniczego wyszczególnione w Regulaminie Organizacyjnym Szpitala są w pełni tożsame z wpisanymi w Statut Szpitala.

Podczas kontroli stwierdzono brak zgodności zapisów Regulaminu w zakresie struktury organizacyjnej (komórki działalności medycznej) z Księgą Rejestrową w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (dalej: Rejestr) prowadzonym przez Wojewodę Śląskiego według stanu na dzień 23.02.2024 r. W Rejestrze widnieje wpis – Pracownia badań słuchu, podczas gdy w Regulaminie nie uwzględniono ww. komórki organizacyjnej. Pracownia została wpisana na wniosek Szpitala do Rejestru z dniem 06.02.2024 r. bez uzyskania uprzedniej akceptacji podmiotu tworzącego. Rada Społeczna Uchwałą nr 3/2023 z dnia 26.04.2024 r.

pozytywnie zaopiniowała zmianę struktury Szpitala - utworzenie Pracowni słuchu – po wpisaniu przedmiotowej komórki do Rejestru. W związku z powyższym, kontrolujący stwierdzili, że nie została zachowana *Procedura postępowania w przypadku dokonywania zmian dotyczących struktury organizacyjnej zakładów leczniczych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie*, wprowadzona Uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 2/303/VI/2022 z dnia 05.01.2022 r.

Pozostałe zmiany struktury organizacyjnej Szpitala przeprowadzone w kontrolowanym okresie zostały dokonane w oparciu o ww. Procedurę.

Szpital prowadzi stronę internetową pod adresem: <https://www.wss2.pl/> oraz powiązaną z nią stronę podmiotową BIP pod adresem <https://bip.wss2.pl/>. Kontrola treści zawartych na stronie internetowej Szpitala wykazała, że zawiera ona informacje wymagane przez art. 24 ust 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Ponadto, stwierdzono, że Szpital spełnia ustawy wymóg prowadzenia strony podmiotowej BIP i umieszczania na niej wymaganych prawem informacji, zgodnie z Ustawą z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej.

A. Stwierdzone nieprawidłowości i uchybienie:

1. Nieprawidłowość polegająca na braku zgodności pomiędzy zapisami Regulaminu Organizacyjnego Szpitala i Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą w zakresie komórki organizacyjnej działalności medycznej, czym naruszono art. 24 ust. 1 oraz art. 107 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
2. Nieprawidłowość polegająca na uzyskaniu opinii Rady Społecznej Szpitala po wymaganym terminie w zakresie utworzenia komórki organizacyjnej czym naruszono art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
3. Uchybienie polegające na braku uzyskania akceptacji podmiotu tworzącego na dokonanie zmian struktury organizacyjnej - utworzenia komórki organizacyjnej, czym naruszono Procedurę postępowania w przypadku dokonywania zmian dotyczących struktury organizacyjnej zakładów leczniczych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie, wprowadzoną uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 2/303/VI/2022 z dnia 05.01.2022 r.

B. Przyczyny nieprawidłowości i uchybienia:

Niedochowanie należytej staranności w zakresie:

- aktualizacji zapisów Regulaminu Organizacyjnego i Rejestru,
- uzyskania akceptacji podmiotu tworzącego dla dokonywania zmian w strukturze organizacyjnej Szpitala,
- terminowego uzyskania opinii Rady Społecznej Szpitala dla dokonywania zmian w strukturze organizacyjnej Szpitala.

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

D. Osoby odpowiedzialne: Dyrektor Szpitala na podstawie art. 46 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, zgodnie, z którym odpowiedzialność za zarządzanie podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą ponosi kierownik.

[Dowód: akta kontroli str. 55-152]

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. Krasickiego 21 w Jastrzębiu-Zdroju.

1. Funkcjonowanie wybranych komórek organizacyjnych.

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

1. Oddział Okulistyki,
2. Oddział Położniczo - Ginekologiczny,
3. Oddział Urologii i Onkologii Urologicznej,
4. Poradnia Urologiczna,
5. Poradnia Chorób Piersi.

Ad. 1) Oddział Okulistyki

Oddział wpisany jest do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 012 (kod resortowy identyfikujący komórkę organizacyjną stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych), kod resortowy charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych: 4600 okulistyczny. Oddział został wpisany do Rejestru z dniem 05.01.1998 r. i dysponuje 14 łózkami. W ramach Oddziału wykonywana jest diagnostyka i leczenie chorób narządu wzroku, m.in. operacyjne leczenie zaćmy, naprawcze odwarstwianie siatkówki, zabiegi w zakresie powiek oraz spojówek, rogówki, pourazowe zaopatrywanie ran w tym usuwanie ciał obcych wewnątrzgałkowych, udrażnianie kanalików łzowych oraz witrektomie.

W Oddziale zatrudnionych jest 14 lekarzy, 11 pielęgniarek.

W okresie objętym kontrolą liczba hospitalizowanych pacjentów wyniosła:

- 2 099 w 2022 r.,
- 2 014 w 2023 r.,
- 190 w styczniu 2024 r.

Na listę oczekujących, według stanu na dzień rozpoczęcia kontroli, wpisano 1 przypadek pilny oraz 499 przypadków stabilnych.

Funkcjonowanie ww. komórki organizacyjnej w zakresie udzielania świadczeń nie budzi zastrzeżeń.

Ad. 2) Oddział Położniczo-Ginekologiczny

Oddział wpisany jest do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 007 (kod resortowy identyfikujący komórkę organizacyjną stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych), kod resortowy charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych: 4450 Oddział położniczo-ginekologiczny. Oddział został wpisany do Rejestru z dniem 05.01.1998 r. i dysponuje 42 łózkami. W ww. komórce organizacyjnej przeprowadzana jest diagnostyka, leczenie i zabiegi operacyjne w zakresie

schorzeń ginekologicznych. Oddział posiada II stopień referencyjności. W strukturze Oddziału funkcjonuje Trakt Porodowo - Operacyjny oraz Szkoła Rodzenia.

W Oddziale leczone są kobiety ciężarne z zagrażającym poronieniem, porodem przedwczesnym oraz z powodu innych schorzeń występujących w okresie ciąży, stanowiących zagrożenie dla prawidłowego rozwoju płodu, a także mogących stanowić niebezpieczeństwo dla zdrowia i życia kobiety ciężarnej. Oddział, przy współpracy z innymi komórkami medycznymi Szpitala, zapewnia także opiekę nad noworodkiem.

W Oddziale zatrudnionych jest 14 lekarzy, 46 pielęgniarek.

W okresie objętym kontrolą liczba hospitalizowanych pacjentów wyniosła:

- 2 928 w 2022 r.,
- 2 909 w 2023 r.,
- 275 w styczniu 2024 r.

Na listę oczekujących, według stanu na dzień rozpoczęcia kontroli, wpisano 1 przypadek pilny oraz 37 przypadków stabilnych.

Funkcjonowanie ww. komórki organizacyjnej w zakresie udzielania świadczeń nie budzi zastrzeżeń.

Ad. 3) Oddział Urologii i Onkologii Urologicznej

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: 4640 Oddział urologiczny. Oddział został wpisany do Rejestru z dniem 05.01.1998 r. i dysponuje 20 łózkami.

W Oddziale prowadzona jest m.in. diagnostyka i leczenie chorób układu moczowego u kobiet i mężczyzn oraz układu płciowego u mężczyzn. Oddział prowadzi kompleksową opiekę specjalistyczną na każdym etapie choroby dla pacjentów onkologicznych obejmującą profilaktykę, diagnostykę, leczenie operacyjne, rehabilitację oraz fizjoterapię.

W Oddziale zatrudnionych jest 10 lekarzy oraz 19 pielęgniarek.

W okresie objętym kontrolą liczba hospitalizowanych pacjentów wyniosła:

- 1 764 w 2022 r.,
- 1 647 w 2023 r.,
- 164 w styczniu 2024 r.

Na listę oczekujących, według stanu na dzień rozpoczęcia kontroli, wpisano 5 przypadków pilnych oraz 147 przypadków stabilnych.

Funkcjonowanie ww. komórki organizacyjnej w zakresie udzielania świadczeń nie budzi zastrzeżeń.

Ad. 4) Poradnia Urologiczna

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: 1640 Poradnia Urologiczna. Poradnia wpisana została do Rejestru z dniem 05.01.1998 r. W Poradni wykonywana jest pełna diagnostyka urologiczna, w tym również diagnostyka onkologiczna w ramach karty DILO. Dodatkowo, w ramach Poradni

prowadzone jest leczenie zachowawcze chorób układu moczowego.

W okresie objętym kontrolą liczba udzielonych porad wyniosła:

- 8 021 w 2022 r.,
- 8 832 w 2023 r.,
- 854 w styczniu 2024 r.

Na listę oczekujących, według stanu na dzień rozpoczęcia kontroli, wpisano 15 przypadków pilnych i 43 stabilne.

Zgodnie z harmonogramem świadczenia udzielane są 5 dni w tygodniu: poniedziałek 8:00-15:00, wtorek 8:00-18:00, od środy do piątku 8:00-15:00. W dniu przeprowadzenia kontroli w siedzibie Szpitala (23.02.2024 r.). Poradnia działała zgodnie z harmonogramem.

Funkcjonowanie ww. komórki organizacyjnej w zakresie udzielania świadczeń nie budzi zastrzeżeń.

Ad. 5) Poradnia Chorób Piersi

Poradnia wpisana jest do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 037 (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: 1458 Poradnia profilaktyki chorób piersi. Poradnia wpisana została do Rejestru z dniem 05.01.1998 r. W Poradni wykonywana jest kompleksowa diagnostyka chorób piersi oraz przeprowadzane są konsultacje i działania profilaktyczne.

W okresie objętym kontrolą liczba udzielonych porad wyniosła:

- 1 171 w 2022 r.,
- 1 452 w 2023 r.,
- 168 w styczniu 2024 r.

Na listę oczekujących, według stanu na dzień rozpoczęcia kontroli, wpisano 8 przypadków pilnych i 49 stabilnych.

Zgodnie z harmonogramem świadczenia udzielane są 5 dni w tygodniu: poniedziałek 9:00-13:00, wtorek 13:00-14:00, od środy do czwartku 9:00-13:00, piątek: 12:00-13:00. W dniu przeprowadzenia kontroli w siedzibie Szpitala (23.02.2024 r.) Poradnia działała zgodnie z harmonogramem.

Funkcjonowanie ww. komórki organizacyjnej w zakresie udzielania świadczeń nie budzi zastrzeżeń.

[Dowód: akta kontroli str. 153-165]

2. Udzielanie zamówień na świadczenia zdrowotne.

Przedmiotem weryfikacji przeprowadzonej przez kontrolujących były zapisy umów:

- 1) Nr 257/2023 z dnia 10.03.2023 r. – umowa dotycząca wykonywania świadczeń zdrowotnych w zakresie chorób wewnętrznych;
- 2) Nr 318/2023 z dnia 18.04.2023 r. – umowa dotycząca udzielenia świadczeń zdrowotnych w zakresie psychiatrii.

Ad. 1)

Umowa została zawarta na podstawie przeprowadzonego konkursu ofert w oparciu o art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Przedmiotem umowy jest wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie chorób wewnętrznych

w Oddziale Gastrologiczno-Wewnętrzny.

W ramach czynności kontrolnych ustalono, że umowa zawiera wszystkie niezbędne zapisy określone w art. 27 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Umowa została zawarta w formie pisemnej, na czas określony, tj. od dnia 01.04.2023 r. do dnia 31.12.2023 r. oraz wskazuje maksymalną wartość zamówienia.

Umowa sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

W ramach kontroli realizacji umowy sprawdzono faktury nr:

- FVS/1/06/2023 z dnia 30.06.2023 r. – stawka jednostkowa zgodna z umową, płatność została dokonana w terminie,
- FVS/1/12/2023 z dnia 30.12.2023 r. – stawka zgodna z umową, płatność została dokonana w terminie.

Powyższą umowę sprawdzono również pod kątem realizacji zaleceń pokontrolnych z ostatniej przeprowadzonej przez pracowników Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia kontroli, podczas której stwierdzono nieprawidłowości polegające na:

- niedokonywaniu zmian warunków wymaganych od świadczeniodawców w toku postępowania w przypadku nie uwzględnienia takiej możliwości w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert,
- sporządzaniu 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.

Kontrolujący zweryfikowali dokumenty związane z przeprowadzeniem postępowania konkursowego, w tym Szczegółowe warunki konkursu ofert (dalej: SWKO) na świadczenia zdrowotne realizowane dla pacjentów Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 2 w okresie od 01.03.2023 r. do 31.03.2026 r., będące załącznikiem do Zarządzenia Nr 4/2023 Dyrektora Szpitala z dnia 12.01.2023 r. powołującym Komisję Konkursową w celu przeprowadzenia konkursu ofert na udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne w kilku zakresach, w tym w Oddziale Gastrologiczno-Wewnętrzny. W zakresie kontrolowanej umowy, zostały przeprowadzone negocjacje warunków świadczeń, jednakże w treści SWKO wskazano i dopuszczono taką możliwość. Doprecyzowano również zapisy SWKO jak i umowy zawartej z Przyjmującym zamówienie, która wskazuje m.in. na szczegółowe czynności, które będą realizowane w ramach umowy. W związku z powyższym, kontrolujący uznali, że ww. zalecenia zostały zrealizowane.

Ad. 2)

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

Przedmiotem umowy jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie psychiatrii na rzecz pacjentów Szpitala oraz podmiotów leczniczych, z którymi Szpital ma zawarte umowy do przeprowadzenia konsultacji.

W ramach czynności kontrolnych ustalono, że umowa zawiera wszystkie niezbędne zapisy określone w art. 27 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Umowa została zawarta w formie pisemnej, na czas określony, tj. od dnia 18.04.2023 r. do 31.12.2023 r. oraz wskazuje maksymalną wartość zamówienia.

Umowa sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach i podpisana przez Strony.

W ramach kontroli realizacji umowy sprawdzono faktury nr:

- 9/04/2023 z dnia 30.04.2023 r. – stawka jednostkowa zgodna z umową, płatność została dokonana w terminie,

- 10/08/2023 z dnia 31.08.2023 r. – stawka jednostkowa zgodna z umową, płatność została dokonana w terminie.

[Dowód: akta kontroli str. 166-227]

3. Serwisowanie aparatury oraz sprzętu medycznego.

Kontrolujący w ramach kontroli jakości świadczonych usług zweryfikowali paszporty techniczne niżej wymienionych urządzeń, wykorzystywanych do udzielania świadczeń zdrowotnych:

- 1) Mikroskop operacyjny okulistyczny ZEISS, nr: 285829, rok produkcji: 1998, data rozpoczęcia eksploatacji: 01.12.1998 r. Ostatni przegląd okresowy (do dnia rozpoczęcia kontroli) odbył się w dniu 21.04.2023 r., dokonany w terminie. Następny przegląd do 30.04.2024 r., zgodnie z wpisem urządzenie sprawne,
- 2) Ultrasonograf PANTHER 2002, nr 1998-1312395, rok produkcji: 1998. Ostatni przegląd okresowy (do dnia rozpoczęcia kontroli) odbył się 08.08.2023 r. Następny przegląd powinien zostać wykonany w sierpniu 2024 r., zgodnie z wpisem „urządzenie sprawne”,
- 3) Analizator przedniego odcinka oka SCANSYS, nr: IBD-517-I201912325-001, rok produkcji: 2019, data rozpoczęcia eksploatacji: 08.01.2020 r. Ostatni przegląd okresowy (do dnia rozpoczęcia kontroli) odbył się 09.02.2024 r., dokonany w terminie. Następny przegląd w lutym 2025 r., zgodnie z wpisem: „aparat sprawny”.
- 4) Ssak NEW ASKIR 20, nr: 0139, data rozpoczęcia eksploatacji: 2010 r. Ostatni przegląd okresowy (do dnia rozpoczęcia kontroli) odbył się w dniu 06.02.2024 r., dokonany w terminie. Następny przegląd w lutym 2025 r., zgodnie z wpisem „aparat sprawny”.

[Dowód: akta kontroli str. 228-235]

4. 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 2022-2024. Sposób rozpatrywania skarg i wniosków został określony w *Procedurze przyjmowania oraz rozpatrywania skarg i wniosków*, będącej jednym z elementów *Procedury Systemu Zarządzania Jakością QP-ZO-8*. Zgodnie z procedurą, skargi i wnioski mogą być składane:

- osobiście, a w przypadku skarg o charakterze medycznym, również przez osobę upoważnioną,
- przy pomocy elektronicznej skrzynki podawczej (ePUAP),
- droga pocztową - tradycyjną,
- droga elektroniczną na adres e-mail Szpitala.

W razie zgłoszenia skargi lub wniosku ustnie, przyjmujący zgłoszenie sporządza protokół według przyjętego wzoru. W przypadku skargi zgłoszonej telefonicznie, również jest sporządzany protokół, podpisany przez osobę przyjmującą zgłoszenie. 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 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 23.02.2024 r.):

- w roku 2022 wpłynęło 51 skarg, w tym 1 uznano za zasadną, 50 za niezasadne, odpowiedzi udzielono w terminie,
- w roku 2023 wpłynęły 43 skargi, w tym 2 uznano za zasadne, 41 za bezzasadne, odpowiedzi

108

udzielono w terminie,

- w roku 2024 (na dzień 23.02.2024 r.) wpłynęły 2 skargi i były one 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 protokoły z posiedzeń Rady.

[Dowód: akta kontroli str. 236-261]

5. Wykonywanie badań satysfakcji pacjenta.

W okresie objętym kontrolą wykonywanie badań satysfakcji pacjenta przeprowadzano w oparciu o treść „Regulaminu badania poziomu satysfakcji pacjentów Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 2 w Jastrzębiu – Zdroju”, przyjętego Zarządzeniami Dyrektora nr 190/2022 z dnia 01.09.2022 r. oraz nr 216/2023 dnia 21.04.2023 r.

Zgodnie z ww. Regulaminem, badanie poziomu satysfakcji pacjentów przeprowadza się w celu:

- poznania opinii o jakości świadczonych przez Szpital usług medycznych (dot. zarówno hospitalizacji, jak i leczenia ambulatoryjnego),
- określenia przyczyny braku zadowolenia pacjentów z uzyskanych świadczeń,
- podniesienia poziomu świadczonych usług,
- wdrożenia działań naprawczych służących poprawie jakości usług w obszarach tego wymagających.

Badania ankietowe są anonimowe i dobrowolne. Ankiety przeprowadzane są w okresie od 1 stycznia do 31 grudnia w danym roku kalendarzowym, zarówno w Oddziałach szpitalnych, jak i Poradniach. Analiza i opracowanie wyników ankiet należy do Pełnomocnika ds. Jakości. Wyniki i wnioski z przeprowadzonych badań do dnia 31 stycznia następnego roku są przedstawiane Dyrektorowi Szpitala. W wyniku powyższego wydawane są dyspozycje celem wprowadzenia działań naprawczych.

Kontrolującym przedstawiono wyniki badań satysfakcji pacjentów za 2022 r. oraz 2023 r. przeprowadzanych w Oddziałach szpitalnych. Badania były przeprowadzane za pomocą anonimowej ankiety, którą respondenci wypełniali przy wypisie ze Szpitala i miały one charakter dobrowolny.

W roku 2022 w badaniu ankietowym wzięło udział 988 pacjentów w ww. okresie, co stanowiło 12,19% ogółu leczonych. Natomiast w 2023 roku badaniu poddano 3 570 respondentów, co stanowiło 15,3 % ogółu leczonych pacjentów.

Jak wynika z przeprowadzonej analizy ankiet, zarówno w 2022, jak i 2023 roku jakość świadczonych usług była oceniana przez pacjentów bardzo wysoko. Dotyczyło to ogólnej oceny usług świadczonych przez Szpital, jak również warunków i przebiegu leczenia oraz kontaktu z personelem Szpitala. Respondenci zwracali uwagę na fachowość i rzetelność w opiece pielęgniarskiej i lekarskiej. Oceny pozytywne w tych obszarach stanowiły dominującą część wszystkich wypowiedzi ankietowanych (odpowiednio ok. 95% w 2022 r. i ok. 96% w 2023 r.). Większość pacjentów deklarowała, że „podczas pobytu w Szpitalu byli przekonani co do bezpieczeństwa sprawowanej nad nimi opieki i stosowanych procedur medycznych” (odpowiednio 89% w 2022 r. i 93 % w 2023 r. ankietowanych). Ponadto uczestniczący w badaniu uznali, że ww. Szpital jest godny polecenia (80% pacjentów w 2022 r. i 79% ankietowanych w 2023 r.).

Oceny negatywne w 2022 r. oraz 2023 r najczęściej dotyczyły:

- braku klimatyzacji w Oddziałach szpitalnych,
- braku telewizorów w salach pacjentów,
- braku wyboru posiłków z menu oraz zbyt małych porcji żywieniowych.

Po przeprowadzonej analizie ankiet w Szpitalu wdrażane są następujące działania naprawcze w ww. obszarach:

- w Oddziałach szpitalnych montowane są monitory telewizyjne,
- wprowadzono program pilotażowy w zakresie edukacji żywieniowej oraz poprawy jakości żywienia pn. „Dobry posiłek w szpitalu”; zwiększeniu uległa stawka żywieniowa dla pacjenta z dotychczasowej kwoty 8,70 zł do 34,32 zł (za osobodzień), co powinno przyczynić się do poprawy jakości posiłków.

[Dowód: akta kontroli str. 262-402]

B: Stwierdzone nieprawidłowości: brak.

C: Ocena cząstkowa: pozytywna.

IV. Prawidłowość gospodarowania mieniem.

A. Ustalenia faktyczne.

W zakresie prawidłowości gospodarowania mieniem kontrolą objęto:

1. Nabycie sprzętu i aparatury medycznej.

1. Respirator do intensywnej terapii Servo-n o wartości 154 980 zł;
 - nabycie Respiratora zostało ujęte w planie inwestycyjnym na 2022 r.,
 - Uchwała Rady Społecznej nr 5/2022 z dnia 07.02.2022 r. dotycząca przyjęcia darowizny ww. sprzętu medycznego od Fundacji Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy,
 - z uwagi na wartość jednostkową sprzętu zgoda podmiotu tworzącego na nabycie nie była wymagana;
 - protokół zdawczo - odbiorczy sprzętu z dnia 18.01.2022 r.
 - dowód przyjęcia OTS 8/2022 z dnia 01.02.2022 r., numer inwentarzowy:1/802/3867.
2. Aparat do znieczulania o wartości: 239 630,40 zł;
 - Uchwała Rady Społecznej nr 37/2023 z dnia 25.07.2023 r. dotycząca nabycia ww. sprzętu;
 - zakup ujęty w korekcie planu inwestycyjnego na 2023r.;
 - z uwagi na wartość jednostkową sprzętu zgoda podmiotu tworzącego nie była wymagana,
 - zakup potwierdzony fakturą VAT nr FA/1/112/2023 z dnia 31.10.2023 r. na kwotę 239 630, 40 zł, termin płatności 30 dni, uregulowano przelewem zgodnie z terminem płatności;
 - dowód przyjęcia: OTS 137/2023 z dnia 31.10.2023 r., numer inwentarzowy 1/802/801/4173.

Nabycie sprzętu objętego kontrolą budzi zastrzeżenia w zakresie uzyskania opinii Rady po terminie przyjęcia darowizny rzeczowej w postaci Respiratora do intensywnej terapii. Zgodnie z art. 48 ust. 2 pkt 2 lit. e ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej, do zadań Rady Społecznej należy przedstawianie kierownikowi wniosków i opinii w sprawach zakupu lub przyjęcia darowizny nowej aparatury i sprzętu medycznego. Ww. opinia powinna zostać przedstawiona przed przyjęciem darowizny rzeczowej.

[Dowód: akta kontroli str. 403-430]

2. Zbycie sprzętu i aparatury medycznej.

W ramach kontroli prawidłowości gospodarowania mieniem sprawdzono procedurę zbycia niżej

wymienionego sprzętu i aparatury medycznej:

1) Aparat do hemodializy 4008B, nr inwentarzowy: 1/802/2223; nr seryjny: 9V5AML52, rok produkcji: 2010, wartość początkowa: 37 450,12 zł; umorzenie: 100 %;

- orzeczenie techniczne z dnia 20.09.2022 r. – urządzenie uszkodzone (skorodowana pompa ultrafiltracji, niestabilne przepływy dializatu, drobne wycieki, głośna praca głowicy pompy, sugerowana wymiana sprzętu);

- pozytywna opinia Rady Społecznej Szpitala wyrażona uchwałą nr 54/2022 z dnia 03.11.2022 r.;

- zgoda podmiotu tworzącego na zbycie nie była wymagana;

- dowód LTS 10/2022 z dnia 05.12.2022 r.,

- protokół nr 8/2022 Komisji Likwidacyjnej z dnia 05.12.2022 r.;

- karta przekazania odpadów nr 00192/2023/KPO/0001/000024072 wraz z potwierdzeniem przyjęcia odpadów przez wyspecjalizowaną firmę transportującą odpady z dnia 26.05.2023 r.;

2) Aparat EKG Typ: AsCARD Grey, nr inwentarzowy: 1/802/2826; nr seryjny: 3830, rok produkcji: 2015 o wartości początkowej: 4 355,08 zł; umorzenie 100 %;

- orzeczenie techniczne z dnia 10.08.2023 r.- uszkodzona płyta główna, nieopłacalność naprawy, aparat nie nadaje się do dalszej eksploatacji;

- pozytywna opinia Rady Społecznej Szpitala wyrażona uchwałą nr 45/2023 z dnia 26.09.2023r.,

- zgoda podmiotu tworzącego na zbycie nie była wymagana;

- dowód LTS 12/2023 z dnia 13.11.2023r.,

- protokół nr 8/2023 Komisji Likwidacyjnej z dnia 01.12.2023 r.;

Zgodnie z Kartą przekazania odpadów nr 00502/2024/KPO/0001/000024072 przekazanie przedmiotowego środka trwałego odbiorcy uprawnionemu do transportu i utylizacji nastąpiło 13.12.2024 r. Kontrolujący stwierdzili niezgodność w powyższym zakresie, ponieważ zgodnie z § 10 „Zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie” sprzedaż ruchomego środka trwałego lub jego kasacja powinna zostać zakończona w terminie nie dłuższym niż rok od daty wydania w przedmiotowej sprawie opinii przez radę społeczną zakładu. W związku z powyższym, utylizacja wskazanego środka trwałego powinna nastąpić do dnia 26.09.2024 r.

[Dowód: akta kontroli str. 431-466]

3. Najem/dzierżawa pomieszczeń.

W kontrolowanym okresie Szpital zawarł umowy najmu:

1) nr 167/2022 z dnia 11.03.2022 r.;

2) nr 756/2023 z dnia 25.08.2023 r.;

Ad1) Przedmiotem umowy jest najem pomieszczenia o powierzchni użytkowej 73,82 m², zlokalizowanego na I piętrze ciągu komunikacyjnego (części niskiej) budynku Szpitala z przeznaczeniem na działalność gospodarczo – gastronomiczną.

Umowa została zawarta na okres 3 lat, liczony od dnia zawarcia umowy (tj. od 11.03.2022 r.). Zawarcie ww. umowy zostało poprzedzone wyrażeniem pozytywnej opinii przez Radę Społeczną Szpitala uchwałą nr 8/2022 z dnia 10.03.2022 r. Z uwagi na okres, na jaki została zawarta umowa, zgoda podmiotu tworzącego nie była wymagana.

Zgodnie z treścią umowy, Najemca zobowiązany jest płacić Wynajmującemu czynsz z tytułu najmu zgodnie z wystawioną fakturą + podatek VAT. Czynsz zawiera podatek od nieruchomości. Należność ma być rozliczana z góry do 10. dnia każdego miesiąca. Opłata za czynsz będzie ulegała raz w roku rewaloryzacji o wskaźnik wzrostu cen, towarów i usług ogłoszony przez

Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego. Ponadto, do ww. czynszu Najemca zobowiązany jest uiszczać co miesiąc doliczone przez Wynajmującego opłaty za media i wywóz nieczystości w terminie 14 dni od daty wystawienia faktury przez Szpital. Rozliczenia za media dokonywane będą na podstawie zużycia (odczyt licznika energii elektrycznej, wody ciepłej i zimnej wraz ze ściekami), natomiast za centralne ogrzewanie i wywóz śmieci - po obliczeniach według przyjętych przez Wynajmującego wskaźników, wynikających z kalkulacji kosztów i obowiązujących cen ustalonych przez dostawców mediów i usług.

Kontrolą objęto następujące faktury:

- Nr 30/DT/04/2022 z dnia 04.04.2022 r. (opłata za czynsz), płatność do 10.04.2022 r. - wystawiona została zgodnie z treścią umowy,
- Nr 53/DT/06/2022 z dnia 11.04.2022 r. (opłata za media i wywóz odpadów), płatność do 25.04.2022 r. - wystawiona zgodnie z treścią umowy.

Rozliczenie za powyższe faktury zostało dokonane za pomocą dokumentu kompensaty pomiędzy Szpitalem a Kontrahentem: nr 18/PK/05/2022 - data wystawienia i rozliczenia: 25.04.2022 r. W związku z powyższym należy uznać, że rozliczenie za fakturę nr 30 DT/04/2022 nastąpiło po terminie (15 dni); nie naliczono odsetek;

- Nr 40/DT/06/2022 z dnia 02.06.2022 r. (opłata za czynsz), płatność do 10.06.2022 r. - wystawiona została zgodnie z treścią umowy,
- Nr 57/DT/06/2022 z dnia 15.06.2022 r. (opłata za media i wywóz odpadów) płatność do 29.06.2022 r. - wystawiona zgodnie z treścią umowy.

Rozliczenie za powyższe faktury zostało dokonane za pomocą dokumentu kompensaty pomiędzy Szpitalem a Kontrahentem nr 33/PK/06/2022 - data wystawienia i rozliczenia: 29.06.2022 r. W związku z powyższym należy uznać, że rozliczenie za fakturę nr 40 DT/04/2022 nastąpiło po terminie (19 dni); nie naliczono odsetek.

Jak wynika z przekazanych przez podmiot kontrolowany wyjaśnień w sprawie braku wystawienia Kontrahentowi not odsetkowych, stosowane w Szpitalu zasady polityki rachunkowości zakładają, że noty odsetkowe wystawiane są przy kwotach powyżej 10,00 zł. W przypadku kontrolowanych faktur odsetki za nieterminową płatność nie przekraczają tej kwoty - wystawienie noty odsetkowej nie przyniosłoby spodziewanych efektów ekonomicznych.

W trakcie kontroli stwierdzono, że umowa zawiera wszystkie zapisy określone w §3 „Zasad zbywania, wdzierżawiania, wynajmowania, oddania w użytkowanie lub użyczenie aktywów trwałych SP ZOZ, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie”, określonych uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 1966/161/VI/2020 z dnia 26.08.2020r., które obowiązywały w chwili jej zawarcia.

Ad 2) Przedmiotem umowy jest najem pomieszczenia o powierzchni użytkowej 15 m², zlokalizowanego na I piętrze ciągu komunikacyjnego (części niskiej) budynku Szpitala z przeznaczeniem na działalność gospodarczą w zakresie sprzedaży aparatów słuchowych.

Umowa została zawarta na okres 3 lat, liczony od dnia zawarcia umowy (tj. od 25.08.2023 r.). Zawarcie ww. umowy zostało poprzedzone wyrażeniem pozytywnej opinii przez Radę Społeczną Szpitala uchwałą nr 40/2023 z dnia 25.07.2023 r. Z uwagi na okres, na jaki została zawarta umowa, zgoda podmiotu tworzącego nie była wymagana.

Zgodnie z treścią umowy, Najemca zobowiązany jest płacić Wynajmującemu czynsz z tytułu najmu zgodnie z wystawioną fakturą + podatek VAT. Czynsz zawiera podatek od nieruchomości. Należność ma być rozliczana z góry do 10. dnia każdego miesiąca. Opłata za czynsz będzie ulegała raz w roku rewaloryzacji o wskaźnik wzrostu cen, towarów i usług ogłoszony przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego. Ponadto, do ww. czynszu Najemca zobowiązany jest uiszczać co miesiąc doliczone przez Wynajmującego opłaty za media i wywóz nieczystości

w terminie 14 dni od daty wystawienia faktury przez Szpital. Rozliczenia za media dokonywane będą według przyjętych przez Wynajmującego cen, wynikających z kalkulacji kosztów i obowiązujących stawek ustalonych przez dostawców mediów i usług.

Kontrolą objęto następujące faktury:

- Nr 38/DT/10/2023 z dnia 04.10.2023 r. (opłata za czynsz), płatność do 10.10.2023 r. - wystawiona została zgodnie z treścią umowy, płatność dokonana w terminie,
- Nr 51/DT/10/2023 z dnia 12.10.2023 r. (opłata za media i wywóz odpadów) – płatność do 26.10.2023 r. - wystawiona zgodnie z treścią umowy, płatność dokonana w terminie,
- Nr 36/DT/11/2023 z dnia 02.11.2023 r. (opłata za czynsz), płatność do 10.11.2023 r. - wystawiona zgodnie z treścią umowy, płatność dokonana w terminie,
- Nr 51/DT/11/2023 z dnia 16.11.2023 r. (opłata za media i wywóz odpadów) - płatność do 30.11.2023 r. - wystawiona zgodnie z treścią umowy, płatność dokonana w terminie.

W trakcie kontroli stwierdzono, że umowa zawiera wszystkie zapisy określone w §3 „Zasad zbywania, wdzierżawiania, wynajmowania, oddania w użytkowanie lub użyczenie aktywów trwałych SP ZOZ, 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.

[Dowód: akta kontroli str. 467-493]

B. Stwierdzona nieprawidłowość i uchybienie:

- 1) Nieprawidłowość polegająca na braku uzyskania opinii Rady Społecznej w sprawie nabycia sprzętu medycznego w wymaganym terminie, co stanowi naruszenie art. 48 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
- 2) Uchybienie polegające na przekroczeniu rocznego terminu zbycia ruchomego środka trwałego od daty wydania w przedmiotowej sprawie opinii Rady Społecznej Szpitala, co stanowi naruszenie zapisów § 10 ust. 6 Zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie.

Przyczyny nieprawidłowości i uchybienia:

- 1) Brak należytej staranności w zakresie przestrzegania zapisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
- 2) Brak należytej staranności w zakresie przestrzegania procedury Zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie.

C. Ocena cząstkowa: pozytywna mimo stwierdzonej nieprawidłowości i uchybienia.

D. Osoby odpowiedzialne: Dyrektor Szpitala, na podstawie art. 46 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, zgodnie, z którym odpowiedzialność za zarządzanie podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą ponosi kierownik.

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

Ogłaszanie i przeprowadzanie konkursów na stanowiska kierownicze

Kontrola realizacji zadań na gruncie art. 49 ust. 1 pkt 2 - 5, ust. 2 - 6 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej wykazała, iż w okresie objętym kontrolą, tj. lata 2022-2024 w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju miało miejsce dwanaście

postępowania konkursowych na stanowiska kierownicze.

Przeprowadzone postępowania konkursowe na stanowiska kierownicze:

- 1) Stanowisko Naczelnej Pielęgniarki
(data konkursu: 05.09.2022 r., okres zatrudnienia: 6 lat),
- 2) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Kardiologii (data konkursu: 05.09.2022 r., okres zatrudnienia: 6 lat),
- 3) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Intensywnej Terapii Dziecięcej
(data konkursu: 07.09.2022 r., okres zatrudnienia: 6 lat),
- 4) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Gastrologiczno-Wewnętrznego
(data konkursu: 07.09.2022 r., okres zatrudnienia: 6 lat),
- 5) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Neurochirurgii
(data konkursu: 23.11.2022r., okres zatrudnienia: 6 lat),
- 6) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Nefrologiczno-Wewnętrznego
(data konkursu: 01.09.2023 r., okres zatrudnienia: 6 lat),
- 7) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Położniczo-Ginekologicznego
(data konkursu: 06.02.2024 r., okres zatrudnienia: 6 lat),
- 8) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Pediatrycznego
(data konkursu: 06.02.2024 r., okres zatrudnienia: 6 lat),
- 9) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Chirurgicznego Ogólnego
(data konkursu: 06.02.2024 r., okres zatrudnienia: 6 lat),
- 10) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Neonatologii
(data konkursu: 06.02.2024 r., okres zatrudnienia: 6 lat),
- 11) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii
(data konkursu: 06.02.2024 r., okres zatrudnienia: 6 lat),
- 12) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Urologii i Onkologii Urologicznej –
procedura konkursowa nierozstrzygnięta z powodu braku kandydatów spełniających warunki.

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 Chirurgiczny Ogólnej: lekarz zarządzający Oddziałem, pielęgniarka oddziałowa;
- 3) Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej: lekarz zarządzający Oddziałem, pielęgniarka oddziałowa;
- 4) Oddział Gastrologiczno-Wewnętrzny: lekarz zarządzający Oddziałem, pielęgniarka oddziałowa;
- 5) Oddział Intensywnej Terapii Dziecięcej: lekarz zarządzający Oddziałem, pielęgniarka oddziałowa;
- 6) Oddział Kardiologii: lekarz zarządzający Oddziałem, pielęgniarka oddziałowa;
- 7) Oddział Nefrologiczno-Wewnętrzny: lekarz zarządzający Oddziałem, pielęgniarka oddziałowa;
- 8) Oddział Neonatologiczny: lekarz zarządzający Oddziałem, pielęgniarka oddziałowa;
- 9) Oddział Neurochirurgii: lekarz zarządzający Oddziałem, pielęgniarka oddziałowa;
- 10) Oddział Neurologii: lekarz zarządzający Oddziałem, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
- 11) Oddział Okulistyki: lekarz zarządzający Oddziałem, pielęgniarka oddziałowa;
- 12) Oddział Pediatryczny: lekarz zarządzający Oddziałem, pielęgniarka oddziałowa;
- 13) Oddział Położniczo-Ginekologiczny: lekarz zarządzający Oddziałem, pielęgniarka oddziałowa;

- 14) Oddział Rehabilitacji: lekarz zarządzający Oddziałem, pielęgniarka oddziałowa;
- 15) Oddział Urologii i Onkologii Urologicznej: lekarz zarządzający Oddziałem, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
- 16) Stacja Dializ: pielęgniarka oddziałowa.

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

Pracą całego personelu pielęgniarskiego kieruje naczelną pielęgniarka, natomiast zespołem pielęgniarskim w czternastu Oddziałach zarządzają pielęgniarki oddziałowe, natomiast w dwóch osoby pełniące obowiązki pielęgniarki oddziałowej.

W trakcie przeprowadzania czynności kontrolnych ustalono, że:

- postępowanie konkursowe na stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Neurologii zostało ogłoszone w dniu 11.04.2024 r., jednakże z powodu braku odpowiedniej liczby ofert konkursu nie został rozstrzygnięty. W dniu 24.05.2024 r. ponownie ogłoszono konkurs na ww. stanowisko, w wyznaczonym terminie wpłynęły oferty spełniające wymagania. Szpital skierował pismo do Izby Pielęgniarek i Położnych z prośbą o wyznaczenie terminu posiedzenia komisji konkursowej.

Z wyjaśnień przedstawionych kontrolującym w dniu 16.12.2024 r., wynika, iż w dniu 30.10.2024 r. przeprowadzono postępowanie konkursowe i wybrano kandydatkę na stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Neurologii, z którą następnie zawarto umowę o pracę.

- postępowanie konkursowe na stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Urologii i Onkologii Urologicznej zostało dwukrotnie ogłoszone (30.10.2023 r. i 8.12.2023 r.) jednak nie zostało rozstrzygnięte z powodu braku odpowiedniej liczby ofert. Należy podkreślić, że zgodnie z art. 49 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej „jeżeli w wyniku postępowania w dwóch kolejnych konkursach kandydat nie został wybrany (...), kierownik nawiązuje stosunek pracy albo zawiera umowę cywilnoprawną z osobą przez siebie wskazaną po zasięgnięciu opinii komisji konkursowej”.

Z wyjaśnień przedstawionych kontrolującym w dniu 16.12.2024 r., wynika, iż konkurs na stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Urologii i Onkologii Urologicznej nie został rozstrzygnięty z powodu braku kandydata spełniającego wymagane kwalifikacje.

Kontrolujący zwracają uwagę na konieczność dokończenia postępowania konkursowego na stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Urologii i Onkologii Urologicznej w sposób wskazany w ww. ustawie. Wobec powyższego, należy zintensyfikować działania mające na celu wskazanie przez dyrektora kandydata spełniającego określone wymagania, a następnie zaopiniowanie wskazanej osoby przez komisję konkursową.

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. 494-534]

B: Stwierdzone nieprawidłowości: brak.

C: Ocena cząstkowa: pozytywna.

VI. Realizacja zaleceń pokontrolnych z poprzedniej kontroli prowadzonej przez Departament Nadzoru Podmiotów Lecznicych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego.

A. Ustalenia faktyczne:

Ostatnia kontrola w Szpitalu przeprowadzona została przez pracowników Departamentu Nadzoru Podmiotów Lecznicych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego w terminie od 18.11.2021 r. do 10.12.2021 r. Przedmiotem kontroli objęto: realizację zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie, dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych, prawidłowość gospodarowania mieniem oraz środkami publicznymi w latach 2020-2021.

Pismem z dnia 27.10.2022 r., znak: NZ-NK.1711.15.2021 (NZ-NK.KW-00479/22), przekazano Dyrektorowi Szpitala Wystąpienie pokontrolne zawierające zalecenia pokontrolne w zakresie konieczności:

1. *Wpisania w treści Regulaminu Organizacyjnego Szpitala celów i zadań będących w pełni tożsamymi z wyszczególnionymi w Statucie;*
2. *Ujednoczenia 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. 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.

Dyrektor Szpitala złożył do Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego sprawozdanie o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych pismem nr BOK.01.164.2022 z dnia 28.11.2022 r. i zadeklarował zrealizowanie ww. zaleceń pokontrolnych.

Sprawdzono realizację zaleceń pokontrolnych z poprzedniej kontroli i stwierdzono, że nie zostały wykonane zalecenia dot. pkt 2,3 oraz 16.

Brak wykonania zaleceń pokontrolnych z poprzednich kontroli przeprowadzanych przez podmiot tworzący może mieć wpływ na ocenę pracy kierownika jednostki kontrolowanej, w tym przypadku Dyrektora Szpitala.

B. Stwierdzone nieprawidłowości:

Nieprawidłowości polegające na braku wykonania zaleceń pokontrolnych dotyczących:

- braku zgodności pomiędzy zapisami Regulaminu Organizacyjnego Szpitala i Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą;

- każdorazowego występowania 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*;

- pełnej realizacji zaleceń pokontrolnych wydanych przez podmiot tworzący w wyniku przeprowadzonej kontroli.

C. Ocena cząstkowa: negatywna.

D. Osoby odpowiedzialne: Dyrektor Szpitala, na podstawie art. 46 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, zgodnie, z którym odpowiedzialność za zarządzanie podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą ponosi kierownik.

VII. Pozostałe informacje i pouczenia.

1. Pozostałe informacje.

Pismem z dnia 20.12.2024 r., znak: NZ-NK.1711.3.2024 (NZ-NK.KW-00432/24) Projekt wystąpienia pokontrolnego został przekazany p.o. Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala

Specjalistycznego Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju. Zastępca ds. Ekonomiczno-Finansowych pismem nr BOK.01.142.2024 z dnia 31.12.2024 r. poinformował, że nie wnosi się uwag do ww. projektu wystąpienia.

2. Zalecenia.

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

- 1) Ujednoczeniu zapisów dotyczących komórek organizacyjnych ujętych w Regulaminie Organizacyjnym i Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą;
- 2) Terminowym uzyskiwaniu opinii Rady Społecznej dla zmian w strukturze organizacyjnej Szpitala zgodnie z art. 48 ust. 2 pkt 1 lit. b ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
- 3) Każdorazowym uzyskiwaniu akceptacji podmiotu tworzącego dla 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, wprowadzoną uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 2/303/VI/2022 z dnia 05.01.2022 r.;
- 4) Terminowym uzyskiwaniu opinii Rady Społecznej w sprawie nabycia sprzętu medycznego, zgodnie z art. 48 ust.2 ustawy o działalności leczniczej;
- 5) Procedowaniu likwidacji ruchomego środka trwałego w terminie nie dłuższym niż rok od daty wydania w przedmiotowej sprawie opinii przez Radę Społeczną Szpitala;
- 6) Bezwzględnej realizacji zaleceń pokontrolnych wydanych po przeprowadzonej kontroli przez podmiot tworzący.

3. Pouczenia.

Wystąpienie pokontrolne sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, z których jeden przekazuje się do Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju. Wystąpienie pokontrolne zawiera 19 ponumerowanych stron.

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

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

Podmiot uprawniony do kontroli:

URZĘD MARSZAŁKOWSKI WOJEWÓDZTWA
Magdalena Barczyk
Dyrektor
Departamentu Nadzoru Podmiotów
Leczniczych i Opieki Zdrowia

