

Katowice, 17 kwietnia 2019 r.
ZD-NiP.1711.2.2019

Urząd Marszałkowski
Województwa Śląskiego
Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej
(oznaczenie jednostki kontrolującej)

Ośrodek Terapii Nerwic dla Dzieci i Młodzieży
ul. Mikołowska 208, 43-187 Orzesze
(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 (tekst jednolity: Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 z późn. zm),
- 2) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych (Dz. U. z 2015, poz. 1331),
- 3) planu kontroli na 2019 rok, załącznik nr 2, poz. 7 zatwierdzonego uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 205/7/VI/2018 z dnia 21.12.2018 r.,
- 4) regulaminu kontroli podmiotów leczniczych, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie określonego uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 1421/264/V/2018 z dnia 19.06.2018 r. z późn. zm.,
- 5) regulaminu kontroli podmiotów leczniczych, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie określonego uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 666/30/VI/2019 z dnia 27.03.2019 r.

I. Dane identyfikacyjne kontroli:

Jednostka kontrolowana: Ośrodek Terapii Nerwic dla Dzieci i Młodzieży z siedzibą w Orzeszu, ul. Mikołowska 208, 43-187 Orzesze.

Kierownik jednostki kontrolowanej: Pan Piotr Lewandowski powołany na stanowisko Dyrektora z dniem 21.02.2011 roku do nadal.

Dyrektor wykonuje swoje zadania kierownicze i zarządcze przy pomocy:

- p.o. Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa – Pani Barbary Zakrzewskiej,
- Głównej Księgowej - Pani Joanny Jakimowicz

oraz kierowników komórek organizacyjnych.

Termin przeprowadzenia czynności kontrolnych i zakres kontroli:

kontrolę przeprowadzono w dniach 30-31.01.2019 r. w zakresie: realizacji zadań określonych w statucie i regulaminie organizacyjnym; dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych; prawidłowości gospodarowania mieniem oraz środkami publicznymi w latach 2018-2019.

[Dowód: akta kontroli str. 1-3]

HA
A-R
ca

Jednostka prowadząca kontrolę: Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w Katowicach.

Osoby przeprowadzające kontrolę:

Agnieszka Barczyk – Główny Specjalista Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w Katowicach, legitymacja służbowa nr 1101498, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 41/ZD/2019 z dnia 24.01.2019 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 29.01.2019 r.

[Dowód: akta kontroli str. 4-5]

Barbara Gwiazda-Amrosz – Inspektor Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w Katowicach, legitymacja służbowa nr 1101491, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 42/ZD/2019 z dnia 24.01.2019 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 29.01.2019 r.

[Dowód: akta kontroli str. 6-7]

Magdalena Majchrzak-Osiecka - Główny Specjalista Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w Katowicach, legitymacja służbowa nr 1100992, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 40/ZD/2019 z dnia 24.01.2019 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 29.01.2019 r.

[Dowód: akta kontroli str. 8-9]

O kontroli Dyrektor jednostki został poinformowany za pośrednictwem poczty elektronicznej w dniu 28.01.2019 r.

II. Realizacja zadań statutowych.

A. Ustalenia faktyczne:

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

1. Informacje ogólne

Ośrodek Terapii Nerwic dla Dzieci i Młodzieży z siedzibą w Orzeszu zwany dalej „Ośrodkiem” jest samodzielny publiczny zakładem opieki zdrowotnej. Funkcję podmiotu tworzącego pełni Województwo Śląskie. Nadzór nad działalnością Ośrodka sprawuje Zarząd Województwa Śląskiego. Ośrodek wpisany jest do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego pod numerem 00000014179 oraz posiada osobowość prawną i jest wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego w Katowicach pod numerem KRS 0000039962. Siedzibą Ośrodka jest Orzesze, powiat mikołowski.

Ośrodek działa na podstawie:

- 1) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (tekst jednolity: Dz. U. z 2018r. poz. 2190 z późn. zm.) oraz przepisów wykonawczych do tej ustawy,
- 2) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2018 r. poz. 1510 z późn. zm.),
- 3) ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (tekst jednolity: Dz. U. z 2018 r., poz. 1878),

GA 12

- 4) Statutu Ośrodka, którego tekst jednolity został przyjęty Uchwałą Nr V/42/31/2017 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 18.09.2017 r. i ogłoszony w Dzienniku Urzędowym Województwa Śląskiego z dnia 05.10.2017 r. pod pozycją 5306,
- 5) Regulaminu Organizacyjnego, którego ostatnie zmiany zostały pozytywnie zaopiniowane przez Radę Społeczną Ośrodka, uchwałą nr 6/2018 z dnia 06.11.2018 r. oraz wprowadzonego w życie Zarządzeniem wewnętrznym nr 11/2018 Dyrektora z dnia 06.11.2018 r.

W Ośrodku Terapii Nerwic dla Dzieci i Młodzieży zatrudnienie na dzień 30.01.2019 r. wynosiło:
 - 44 pracowników w ramach umowy o pracę,
 - 7 pracowników w ramach umów cywilnoprawnych.

[Dowód: akta kontroli str. 10]

2. Prawdliwość wpisów w Krajowym Rejestrze Sądowym

Ostatni wniosek o zmianę danych podmiotu w Krajowym Rejestrze Sądowym dotyczył uzupełnienia wpisu w aktach rejestrowych w zakresie adresu poczty elektronicznej, adresu strony internetowej oraz tekstu jednolitego Statutu Ośrodka przyjętego uchwałą nr V/42/31/2017 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 18.09.2017 r., ogłoszoną w dniu 05.10.2017 r. w Dzienniku Urzędowym Województwa Śląskiego poz. 5306. Postanowieniem z dnia 08.02.2019 r. sygnatura: KA.VIII Ns-Rej.KRS 003260/19/369 Sąd Rejonowy Katowice - Wschód w Katowicach, Wydział VIII Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego dokonał wnioskowanych wpisów oraz przyjął do akt rejestrowych tekst jednolity Statutu Ośrodka.

Z uwagi na fakt, że ww. wniosek nie dotyczył zmian w treści Statutu, kontrolą objęto wcześniejszy wniosek z dnia 16.03.2017 r., który dotyczył zmian Statutu przyjętych Uchwałą nr V/34/33/2017 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 13.02.2017 r. ogłoszoną w dniu 20.02.2017 r. w Dzienniku Urzędowym Województwa Śląskiego poz. 1030. Zgodnie z zapisami ww. uchwały Sejmiku Województwa Śląskiego, uchwała wchodzi w życie po 14 dniach od jej ogłoszenia. Zgodnie z art. 22 ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym (tekst jednolity: Dz. U. z 2018 r. poz. 986 z późn. zm.) wniosek o wpis do Rejestru powinien być złożony nie później niż w terminie 7 dni od dnia zdarzenia uzasadniającego dokonanie wpisu. Ostateczny termin złożenia wniosku do KRS w tym przypadku upłynął w dniu 13.03.2017 r., natomiast z przedstawionych kontrolującym dokumentów wynika, że Ośrodek złożył przedmiotowy wniosek w dniu 16.03.2017 r. W związku z powyższym termin ustawowy nie został dochowany.

W trakcie kontroli ustalono, że wg stanu na dzień sporządzenia wystąpienia pokontrolnego, do Krajowego Rejestru Sądowego zostały wprowadzone wszystkie wymagane przepisami prawa informacje o kontrolowanej jednostce. Wskazać jednak należy, że w Dziale I w rubryce 6 dotyczącej wskazania podmiotu, który utworzył samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, widnieje błędny zapis „Wojewoda Katowicki”.

[Dowód: akta kontroli str. 11-24]

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

Regulamin Organizacyjny Ośrodka sporządzony został w oparciu o przepisy art. 24 ustawy o działalności leczniczej. Ostatnie zmiany do Regulaminu zostały pozytywnie zaopiniowane przez Radę Społeczną Ośrodka uchwałą nr 6/2018 z dnia 06.11.2018 roku, a następnie wprowadzone Zarządzeniem wewnętrznym nr 11/2018 Dyrektora z dnia 06.11.2018 r.

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

Weryfikacji poddano również zgodność zapisów uwidocznionych w Księdze Rejestrowej Ośrodka prowadzonej pod nr 000000014179 w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą Wojewody Śląskiego z Regulaminem Organizacyjnym Ośrodka. W przedmiotowym zakresie stwierdzono niezgodność w nazwie Oddziału:

- w Dziale III w poz. Lp. 3 Księgi Rejestrowej wpisano „Oddział dzienny psychiatryczny rehabilitacyjny”,

- w § 7 Regulaminu wpisano „Oddział Dzienny Psychiatryczny Rehabilitacyjny dla Dzieci”.

Ponadto w Dziale III w poz. Lp. 5 Księgi Rejestrowej dotyczącej Poradni Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży i Ich Rodzin, w rubryce 15 widnieje zapis o 40 miejscach pobytu dziennego, co jest nieprawidłowe z uwagi na ambulatoryjny charakter świadczeń udzielanych przez przedmiotową komórkę organizacyjną.

[Dowód: akta kontroli str. 25-54]

Ośrodek posiada własną stronę internetową pod adresem: <http://www.otnorzesze.pl>, która zawiera wszystkie wymagane informacje określone w art. 24 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej oraz w art. 8 ust. 3 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (tekst jednolity: Dz. U. z 2018 r. poz. 1330 z późn. zm.). Ośrodek nie prowadzi odrębnej strony podmiotowej BiP, co w przypadku umieszczenia na stronie internetowej wymaganych informacji, jest zgodne z zapisem § 9 ust. 3 rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 18 stycznia 2007 r. w sprawie Biuletynu Informacji Publicznej (Dz. U. Nr 10 poz. 68).

Ponadto Informacje wymagane przez ustawę o działalności leczniczej zostały wywieszone w widocznych miejscach, na tablicach informacyjnych, w poszczególnych jednostkach organizacyjnych Ośrodka.

B. Stwierdzone nieprawidłowości i uchybienie:

1. Naruszenie zapisów art. 22 ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym (tekst jednolity: Dz. U. z 2018 r. poz. 986 z późn. zm) w zakresie zgłoszenia zmian Statutu Ośrodka do KRS.
2. Nieprawidłowe wskazanie w KRS w Dziale 1 w rubryce 6 podmiotu, który utworzył samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej.
3. Niezgodność w zakresie nazewnictwa Oddziału dziennego psychiatrycznego rehabilitacyjnego pomiędzy Księgą Rejestrową a Regulaminem Organizacyjnym Ośrodka.
4. Nieprawidłowy wpis w Księdze Rejestrowej Ośrodka w zakresie Poradni Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży i Ich Rodzin.

C. Ocena cząstkowa: pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości w pkt 1,3, 4 i uchybienie w pkt 2,

D. Osoby odpowiedzialne:

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

III. Dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych

A. Ustalenia faktyczne:

Podstawowym celem działalności Ośrodka jest udzielanie świadczeń zdrowotnych i promocja zdrowia.

1. Funkcjonowanie wybranych komórek organizacyjnych.

W ramach czynności kontrolnych przeprowadzono wizytację:

1) Oddziału Leczenia Zaburzeń Nerwicowych dla Dzieci i Młodzieży

Oddział wpisany jest do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 001 (kod resortowy identyfikujący komórkę organizacyjną stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych), kod resortowy charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych: 4705. Oddział został wpisany do Księgi Rejestrowej z dniem 30.03.1998 r. i dysponuje 40 łózkami. Zlokalizowany jest w budynku przy ul. Mikołowskiej 208. W Oddziale leczone są następujące schorzenia: zaburzenia lękowe, zaburzenia adaptacyjne, lęki separacyjne, fobie, zaburzenia stresowe, natręctwa, zaburzenia dysocjacyjne, konwersyjne, występujące pod postacią somatyczną itp. W Oddziale zatrudnionych jest 5 lekarzy i 9 pielęgniarek. W 2018 r. w Oddziale hospitalizowano 227 pacjentów. Liczba osób oczekujących na leczenie (stan na 30.01.2019 r.) wynosiła 122 osoby.

2) Ośrodka Dziennego

W strukturze organizacyjnej Ośrodka funkcjonuje Zakład Leczniczy pod nazwą Ośrodek Dzienny, wpisany do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 2408031 (identyfikator terytorialny dla jednostki podziału terytorialnego, w której znajduje się zakład leczniczy). W ramach ww. Zakładu Leczniczego funkcjonują:

- Oddział dzienny dla osób z autyzmem dziecięcym,
- Oddział dzienny psychiatryczny rehabilitacyjny,
- Poradnia Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży i Ich Rodzin.

Przedmiotowe komórki nie realizują kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia, na ich bazie są prowadzone dwa projekty pn.: Terapeutyczny Oddział Dzienny i Szpital Domowy, dofinansowane ze środków EFS w ramach RPO WSL na lata 2014-2020.

[Dowód: akta kontroli str. 55]

2. Udzielanie zamówień na świadczenia zdrowotne.

Przedmiotem weryfikacji przeprowadzonej przez kontrolujących były umowy:

- 1) Nr 8/2018 z dnia 29.12.2017 r. o świadczenie usług medycznych w zakresie wykonywania badań laboratoryjnych wraz z transportem,
- 2) Nr 9/2018 z dnia 29.12.2017 r. o świadczenie usług medycznych w zakresie opieki medycznej podczas transportu zgodnie ze zleceniem oraz przewozu pacjenta karetką na trasie według zlecenia.

Ad. 1) Nr 8/2018 z dnia 29.12.2017 r.

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

Umowa została zawarta w formie pisemnej, na czas określony, tj. od dnia 02.01.2018 r. do dnia 31.12.2018 r. i zawiera wszystkie niezbędne zapisy określone w art. 27 ustawy o działalności leczniczej.

Ponadto w umowie wskazana została szacunkowa wartość brutto zamówienia.

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

W ramach kontroli realizacji umowy sprawdzono faktury nr:

- B-00068/060/2018 z dnia 28.02.2018 r. - stawka jednostkowa zgodna z umową,
- B-00529/0160/2018 z dnia 31.08.2018 r. - stawka jednostkowa zgodna z umową.

Ad. 2) Nr 9/2018 z dnia 29.12.2017 r.

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

Umowa została zawarta w formie pisemnej, na czas określony, tj. od dnia 02.01.2018 r. do dnia 31.12.2018 r. i zawiera wszystkie niezbędne zapisy określone w art. 27 ustawy o działalności leczniczej.

Ponadto w umowie wskazana została szacunkowa wartość brutto zamówienia.

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

W ramach kontroli realizacji umowy sprawdzono faktury nr:

- 29/2018 z dnia 31.03.2018 r. - stawka jednostkowa zgodna z umową,
- 132/2018 z dnia 06.10.2018 r. - stawka jednostkowa zgodna z umową.

[Dowód: akta kontroli str. 56-75]

3. 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 o działalności leczniczej wykazała, iż w okresie objętym kontrolą, tj. w latach 2018-2019 w Ośrodku nie miały miejsca żadne postępowania konkursowe na stanowiska kierownicze wskazane w art. 49 ww. ustawy.

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

Oddział Leczenia Zaburzeń Nerwicowych dla Dzieci i Młodzieży: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa.

Jak wskazano powyżej, Oddziałem zarządza kierownik oddziału. Rozwiązanie takie jest zgodne z treścią art. 49 ust. 7 ww. ustawy, który przewiduje możliwość kierowania oddziałem przez lekarza nie będącego 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 pielęgniarka oddziałowa.

Ww. stanowiska określone zostały zarówno w Regulaminie Organizacyjnym Ośrodka, jak i w załączniku nr 1 (Tabela zaszeregowania stanowisk pracy dla pracowników Ośrodka Terapii Nerwic dla Dzieci i Młodzieży) oraz nr 4 (Wykaz stanowisk kierowniczych uprawnionych do dodatku funkcyjnego) do Regulaminu Wynagradzania pracowników zatrudnionych w Ośrodku.

W Ośrodku nie funkcjonuje stanowisko naczelnego pielęgniarki/przełożonej pielęgniarek.

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

Dodatkowo, mając na uwadze, że osobie zatrudnionej na stanowisku Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa jedynie powierzono obowiązki, bez przeprowadzenia konkursu, należy wszcząć postępowanie konkursowe na ww. stanowisko.

[Dowód: akta kontroli str. 76-106]

4. Serwisowanie aparatury oraz sprzętu medycznego.

Kontrolujący w ramach kontroli jakości świadczonych usług zweryfikowali paszport techniczny niżej wymienionego urządzenia, wykorzystywanego do udzielania świadczeń zdrowotnych:

- Aparat EEG z Biofeedbackiem nr AD 6-20000409, rok zakupu 2004. Przegląd okresowy odbył się w dniu 16.11.2018 r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany w listopadzie 2019 r., zgodnie z wpisem aparat sprawny.

[Dowód: akta kontroli str. 107-111]

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

W ramach kontroli dostępności świadczeń zdrowotnych sprawdzeniem objęto rejestr skarg i wniosków wpływających do Dyrekcji Ośrodka. Skargi rozpatrywane są w oparciu o „Procedurę rozpatrywania skarg i wniosków w Ośrodku Terapii Nerwic dla Dzieci i Młodzieży”, wprowadzoną w życie Zarządzeniem Dyrektora nr 25/2017 z dnia 28.12.2017 r. Zgodnie z ww. procedurą, skargi i wnioski mogą być przyjmowane w formie pisemnej oraz ustnie do protokołu. Rozpoznawanie skarg i wniosków odbywa się w trybie określonym przepisami kodeksu postępowania administracyjnego.

Skargi i wnioski rejestrowane są w prowadzonym w Ośrodku Rejestrze skarg i wniosków. Zgodnie z art. 254 Kodeksu postępowania administracyjnego, rejestr powinien być prowadzony w sposób umożliwiający kontrolę przebiegu i terminów załatwiania skarg, poprzez zamieszczenie w nim rubryk dotyczących daty wpływu i załatwienia skargi. Rejestr prowadzony przez Ośrodek zawiera jedynie następujące rubryki: „Data”, „Skarga”, „Podpis”, w związku z powyższym nie spełnia wymogów wynikających z art. 254 Kpa.

W okresie objętym kontrolą nie wpłynęła żadna skarga na działalność Ośrodka. Zgodnie z ustawą o działalności leczniczej analiza skarg i wniosków jest przedstawiana okresowo Radzie Społecznej Ośrodka, co potwierdzają protokoły z posiedzeń Rady.

[Dowód: akta kontroli str. 112-124]

6. Czas oczekiwania na udzielenie świadczeń zdrowotnych.

W Ośrodku, zgodnie z art. 20 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych prowadzone są listy osób oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego. W trakcie kontroli ustalono, że zgodnie z Regulaminem Organizacyjnym Ośrodka (§ 9 pkt. 3) kwalifikacji pacjenta do leczenia w oddziale dokonuje Komisja Kwalifikacyjna, skład której ustala Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa. W skład komisji wchodzi co najmniej 3 osoby z Zespołu Terapeutycznego, przewodniczącym Komisji jest Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa lub Kierownik Oddziału. Do zadań komisji należy przeprowadzanie oceny list oczekujących na udzielenie świadczenia pod względem:

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

Komisja Kwalifikacyjna w myśl przepisów art. 21 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, raz w miesiącu sporządza protokół z okresowej oceny list oczekujących i przedstawia go Dyrektorowi Ośrodka. Przykładowe protokoły za miesiąc kwiecień 2018 r. i styczeń 2019 r. stanowią dowód kontroli.

Z listy oczekujących na udzielenie świadczenia za miesiąc grudzień 2018 r. wynika, że w Oddziale Leczenia Zaburzeń Nerwicowych dla Dzieci i Młodzieży czas oczekiwania na udzielenie świadczenia: przypadki stabilne - 114 dni, przypadki pilne – 0 dni.

Liczba osób oczekujących na przyjęcie: przypadki stabilne – 122 osoby, przypadki pilne – 0,

[Dowód: akta kontroli str. 125-129]

7. Wykonywanie badań satysfakcji pacjenta.

Z uwagi na specyfikę działalności medycznej Ośrodka nie są prowadzone ankiety satysfakcji leczonych pacjentów.

8. Stan sanitarny i temperatura w pomieszczeniach, z których korzystają pacjenci Ośrodka, zabezpieczenie przycisków przeciwpożarowych i traktowanie pacjentów przez personel.

W wyniku przeprowadzonych czynności kontrolnych ustalono, że temperatura w pomieszczeniach, z których korzystają pacjenci Ośrodka wynosiła 22-23° C, podobna temperatura panowała również w pomieszczeniach Szkoły Specjalnej działającej przy Ośrodku. Zgodnie z wyjaśnieniami otrzymanymi od Dyrektora Ośrodka oraz Dyrektora Szkoły podczas kontroli, zarówno pacjenci, jak i personel nie zgłaszali żadnych zastrzeżeń do temperatury panującej w pomieszczeniach.

Skontrolowano również stan sanitarny łazienek oraz szczelność okien w ww. pomieszczeniach. W Ośrodku znajdują się oddzielne łazienki dla dziewcząt i chłopców. Każda z łazienek składa się z 3 kabin prysznicowych oddzielonych ścianką działową. Pomieszczenia są czyste, w dobrym stanie technicznym, na ścianach i suficie nie stwierdzono pleśni. Okna w ww. pomieszczeniach są szczelne.

W Ośrodku działa system sygnalizacji pożaru, składający się z centrali alarmowej oraz ostrzegaczy. Na sufitach zamontowane są czujniki dymu (izotopowe), które działają w sposób ciągły. Zgodnie z wyjaśnieniami Dyrektora, w chwili wystąpienia zagrożenia pożarowego alarm uruchamiany jest automatycznie. Przyciski przeciwpożarowe stanowią uzupełnienie ww. systemu sygnalizacji i zabezpieczone są standardowo. Kontrolującym przedstawiono również dokumenty świadczące o przeprowadzonej konserwacji ww. sprzętu. Zgodnie z kartą konserwacji/naprawy wykonano okresowy przegląd techniczny systemu sygnalizacji pożaru (listopad 2018 r.) i urządzenia działają prawidłowo. Kontrolujący zapoznali się także z dokumentacją (protokołami) dot. wykonania badania szczelności źródeł promieniowania jonizującego (izotopowych czujek dymu - pomiar wykonany w kwietniu 2018 r.) oraz przeglądu podręcznego sprzętu gaśniczego (protokół zbiorczy z m-ca sierpnia 2018 r.). Jak wynika z powyższych protokołów, zarówno czujniki, jak i gaśnice są sprawne.

Dyrektor Ośrodka wyjaśnił, że personel zatrudniony w Ośrodku oprócz działań terapeutycznych zobowiązany jest również do wdrażania działań wychowawczych, w zakres których wchodzi też upomnienie czy zwrócenie uwagi podopiecznemu oraz zezwalanie na korzystanie z telefonu komórkowego w przeznaczonym do tego czasie. Ze względu na specyfikę działalności Ośrodka (terapia zaburzeń nerwicowych i wybranych zaburzeń emocjonalnych u dzieci i młodzieży) sprawowana opieka ma na celu zapewnienie pacjentom maksymalnego poczucia bezpieczeństwa. Z uwagi na podejmowane próby samookaleczania się pacjentów, nadzór musi być sprawowany również podczas wykonywanych czynności kąpielowych. Przebiega on jednak w sposób zapewniający pacjentowi intymność. Jednakże w sytuacji, gdy kąpiący się nie reaguje na polecenia i nie wychodzi z kabiny prysznicowej, personel Ośrodka zobowiązany jest do sprawdzenia czy jego zdrowie i życie nie jest zagrożone. Dyrektor zapewnił jednak, że personel zwraca się do pacjentów z należyтым szacunkiem i dba o ich dobro.

W Ośrodku funkcjonuje Rzecznik Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego, który przyjmuje zainteresowanych w każdy pierwszy i trzeci piątek miesiąca.

[Dowód: akta kontroli str. 130-134]

B. Stwierdzone nieprawidłowości:

1. Brak przeprowadzenia konkursu na stanowisko zastępcy dyrektora ds. leczenia zgodnie z art. 49 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.
2. Naruszenie art. 254 Kodeksu postępowania administracyjnego w zakresie prowadzenia Rejestru skarg i wniosków – brak informacji o sposobie załatwienia skargi.

C. Ocena częściowa: pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości.

D. Osoba odpowiedzialna:

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

IV. Prawidłowość gospodarowania mieniem.**A. Ustalenia faktyczne**

W zakresie prawidłowości gospodarowania mieniem kontrolą objęto niżej wymienione zagadnienia:

1. Nabycie aparatury i sprzętu medycznego.

W kontrolowanym okresie Ośrodek nie przeprowadził postępowań dotyczących nabycia aparatury i sprzętu medycznego.

2. Zbycie aparatury i sprzętu medycznego

W kontrolowanym okresie Ośrodek nie przeprowadził postępowań dotyczących zbycia aparatury i sprzętu medycznego.

3. Najem/dzierżawa pomieszczeń.

W ramach kontroli sprawdzaniem objęto prawidłowość zawarcia umowy najmu nr 13/2018 z dnia 29.12.2017 r. Przedmiotem umowy jest:

- a) najem części pomieszczeń znajdujących się w budynku „Oficyny” o łącznej powierzchni 356,96 m², z przeznaczeniem na prowadzenie zajęć edukacyjnych i wychowawczych;
- b) najem pomieszczenia sali gimnastycznej znajdującej się w budynku „Oficyny” o powierzchni 64,85 m² oraz świetlicy o powierzchni 65,25 m².

Umowa zawarta została na czas oznaczony od dnia 01.01.2018 r. do dnia 31.12.2018 r. Zawarcie ww. umowy nie zostało poprzedzone wyrażeniem opinii przez Radę Społeczną Ośrodka, co jest niezgodne z zapisem § 5 „Zasad zbywania, wydzierżawiania, wynajmowania, oddania w użytkowanie lub użyczenie aktywów trwałych SP ZOZ, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie” przyjętych uchwałą nr 1784/277/IV/2013 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 13.08.2013 r. (z późn. zm.).

Z uwagi na okres na jaki została zawarta umowa zgoda podmiotu tworzącego nie była wymagana. Zgodnie z zapisami umowy, najemca zobowiązany jest płacić wynajmującemu czynsz najmu za pomieszczenia wymienione w ppkt a) za każdy miesiąc z góry, do dnia 15 każdego miesiąca i czynsz najmu za pomieszczenia wymienione w ppkt b) za każdy miesiąc z dołu do 15 dnia każdego miesiąca, na podstawie zestawienia zrealizowanych godzin lekcyjnych i wychowawczych. Ponadto najemca jest zobowiązany do partycypowania w kosztach opłat za zużyte media za każdy miesiąc z dołu do 15 dnia każdego miesiąca.

Umowa zawiera wszystkie zapisy określone w § 15 ww. Zasad.

Objęte kontrolą faktury za luty i marzec 2018 r. oraz wrzesień i październik 2018 r. wystawione zostały zgodnie z treścią umowy, a płatności zostały uregulowane w terminach wynikających z faktur.

[Dowód: akta kontroli str. 135-151]

B. Stwierdzone uchybienie:

Naruszenie § 5 „Zasad zbywania, wydzierżawiania, wynajmowania, oddania w użytkowanie lub użyczenie aktywów trwałych SP ZOZ, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie” przyjętych uchwałą nr 1784/277/IV/2013 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 13.08.2013 r. (z późn. zm.) w zakresie braku opinii Rady Społecznej Ośrodka dotyczącej zawarcia umowy najmu nr 13/2018.

C. Ocena częściowa: pozytywna mimo stwierdzonego uchybienia.

D. Osoby odpowiedzialne:

Dyrektor Ośrodka, 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 zaleceń pokontrolnych z poprzedniej kontroli prowadzonej przez Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego.

A. Ustalenia faktyczne:

Ostatnia kontrola w Ośrodku przeprowadzona została przez pracowników Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w dniach 21-22.08.2017 r. Przedmiotem kontroli objęto: realizację zadań statutowych, dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych, prawidłowość gospodarowania mieniem oraz gospodarkę finansową w latach 2016-2017.

Wydano następujące zalecenia pokontrolne:

1. Dostosować zapisy w Krajowym Rejestrze Sądowym zgodnie z ustawą z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 700) oraz rozporządzeniem Ministra Sprawiedliwości z dnia 17 listopada 2014 r. (Dz. U. 1667 z późn. zm.) w sprawie szczegółowego sposobu prowadzenia rejestrów wchodzących w skład Krajowego Rejestru Sądowego oraz szczegółowej treści wpisów w tych rejestrach,
2. Dokonywać terminowego przeglądu sprzętu i aparatury medycznej,
3. Przestrzegać przy ocenie listy oczekujących na udzielenie świadczenia zapisów określonych w art. 21 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz.1938 z późn. zm.),
4. Zamieszczać w zawieranych umowach najmu/dzierżawy postanowienia określone przez Zarząd Województwa Śląskiego uchwałą nr 1784/277/IV/2013 z dnia 13.08.2013 r. w sprawie przyjęcia zasad zbywania, wydzierżawiania, wynajmowania, oddania w użytkowanie lub użyczenie aktywów trwałych SP ZOZ, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie, z późn. zm.

Dyrektor Ośrodka, w ustawowym terminie, złożył do Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego sprawozdanie o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych.

Sprawdzono realizację zaleceń pokontrolnych w latach 2018-2019 i stwierdzono, że zalecenia pokontrolne zostały wykonane.

B. Stwierdzone nieprawidłowości: Brak

C. Ocena częściowa: pozytywna

Na tym ustalenia kontrolne zakończono.

VI. Pozostałe informacje, zalecenia i pouczenia.

1. Pozostałe informacje

Pismem z dnia 19 marca 2019 r. znak: ZD-N.1711.2.2019, Projekt wystąpienia pokontrolnego został przekazany Dyrektorowi Ośrodka. Ze „zwrotnego doręczenia odbioru” wynika, że pismo zostało doręczone do Ośrodka w dniu 25.03.2019 r.

Dyrektor Ośrodka nie zgłosił zastrzeżeń do treści Projektu wystąpienia pokontrolnego.

2. Zalecenia

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami zalecam podjąć działania zmierzające do:

1. Przestrzegania zapisów art. 22 ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym (tekst jednolity: Dz. U. z 2018 r. poz. 986) w zakresie zgłaszania zmian Statutu Ośrodka do KRS.
2. Dokonania zmiany wpisu w KRS w Dziale 1 w rubryce 6 w zakresie podmiotu, który utworzył samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej.
3. Ujednolicenia nazewnictwa dotyczącego Oddziału dziennego psychiatrycznego rehabilitacyjnego pomiędzy Księgą Rejestrową a Regulaminem Organizacyjnym Ośrodka.
4. Dokonania zmiany wpisu w Księdze Rejestrowej Ośrodka w zakresie Poradni Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży i Ich Rodzin w zakresie informacji dotyczących miejsc pobytu dziennego.
5. Przeprowadzenia konkursu na stanowisko zastępcy dyrektora ds. leczenia zgodnie z art. 49 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.
6. Przestrzegania zapisów art. 254 Kodeksu postępowania administracyjnego w zakresie prowadzenia Rejestru skarg i wniosków, którego zapisy powinny odzwierciedlać zarówno przebieg jak i termin załatwienia skargi czy wniosku.
7. Przestrzegania zapisów „Zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie” przyjętych uchwałą nr 2232/288/V/2018 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 25.09.2018 r. dotyczących opiniowania przez Radę Społeczną umów w zakresie rozporządzania środkami trwałymi poprzez najem, dzierżawę, użyczenie i użytkowanie.

3. Pouczenia

Wystąpienie pokontrolne sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, z których jeden przekazuje się do Ośrodka Terapii Nerwic dla Dzieci i Młodzieży z siedzibą w Orzeszu.

Wystąpienie pokontrolne zawiera 11 ponumerowanych stron.

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

Na podstawie § 26 w/w rozporządzenia, informację o podjętych działaniach w zakresie zaleceń należy przekazać do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w terminie 30 dni od daty otrzymania niniejszego wystąpienia.

Podmiot uprawniony do kontroli

z up. ZARZĄDU WOJEWÓDZTWA ŚLĄSKIEGO
Grzegorz Gwoździł
 Z-ca Dyrektora Wydziału
 Zdrowia i Polityki Społecznej