

Katowice, 24 sierpnia 2020 r.
NZ-NK.1711.1.2020

Urząd Marszałkowski
Województwa Śląskiego
Departament Zdrowia
(oznaczenie jednostki kontrolującej)

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych
w Rybniku
ul. Gliwicka 33, 44-201 Rybnik
(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 2020 r. poz. 295 z późn. zm.),
- 2) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych (t. j.: Dz. U. 2015, poz. 1331),
- 3) planu kontroli na 2020 rok, załącznik nr 2, poz. 12 zatwierdzonego uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 5/91/VI/2020 z dnia 08.01.2020 r.,
- 4) 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: Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku, ul. Gliwicka 33, 44-201 Rybnik.

Kierownik jednostki kontrolowanej: w okresie objętym kontrolą funkcję Dyrektora Szpitala sprawowali:

- Pan Andrzej Krawczyk od 01.01.2009 r. do 31.07.2019 r.,
- Pan Bogdan Łaba od 06.06.2019 r. do nadal.

Dyrektor wykonuje swoje zadania kierownicze i zarządzające przy pomocy:

- Z-cy Dyrektora ds. Promocji i Rozwoju – Joachima Foltysa,
- p.o. Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa – Marka Ksola,
- p.o. Z-cy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa i Jakości - Joanny Fojcik,
- Główniej Księgowej – Barbary Rusnarczyk.

Termin przeprowadzenia czynności kontrolnych i zakres kontroli:

Kontrolę przeprowadzono w dniach 13-17.02.2020 r. w zakresie: realizacji zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie; dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych; prawidłowości gospodarowania mieniem oraz środkami publicznymi w latach 2018-2020.

[Dowód: akta kontroli str. 1-4]

Jednostka prowadząca kontrolę: Departament Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w Katowicach.

Osoby przeprowadzające kontrolę:

Marzena Chwałek - Główny Specjalista Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 61/ZD/2020 z dnia 07.02.2020r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 13 lutego 2020 r.

Monika Nowak - Podinspektor Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 60/ZD/2020 z dnia 07.02.2020 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 13 lutego 2020 r.

Magdalena Majchrzak-Osiecka - Kierownik Referatu ds. organizacyjno-kadrowych Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 62/ZD/2020 z dnia 07.02.2020 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 13 lutego 2020 r.

O kontroli Dyrektor jednostki został poinformowany pismem z dnia 05 lutego 2020 r. (osobisty odbiór pisemnego powiadomienia w dniu 10.02.2020 r.).

Kontrolę wpisano do książki kontroli pod pozycją 6/2020.

[Dowód: akta kontroli str. 5-13]

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 Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Państwowego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku.

1. Informacje ogólne.

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku 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 000000013265 oraz posiada osobowość prawną i jest wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego w Gliwicach pod numerem KRS 0000057601. Siedzibą Szpitala jest miasto Rybnik.

Szpital działa na podstawie:

- 1) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t. j.: Dz. U. z 2020 r. poz. 295 z późn. zm.) oraz przepisów wykonawczych do tej ustawy,
- 2) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j.: Dz. U. z 2019 r. poz. 1373 z późn. zm.),
- 3) Statutu Szpitala, przyjętego Uchwałą Nr V/42/34/2017 Sejmiku Województwa Śląskiego

z dnia 18 września 2017 r., w sprawie ogłoszenia tekstu jednolitego Uchwały Nr V/12/28/2015 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 21 września 2015 r. i ogłoszonego w Dzienniku Urzędowym Województwa Śląskiego w dniu 05.10.2017 r. pod pozycją 5312 (Dz. Urz. z dnia 05.10.2017 r., poz. 5312),

- 4) Regulaminu Organizacyjnego, którego ostatnie zmiany zostały pozytywnie zaopiniowane przez Radę Społeczną, uchwałą nr 23/2019 Rady Społecznej z dnia 18.12.2019 r. oraz wprowadzonego w życie Zarządzeniem Dyrektora nr 80/2019/ORG-R/3 z dnia 20.12.2019 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 1745/276/IV/2013 z dnia 06.08.2013 r., z późn. zm.,
 - b) zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie, określonych w Uchwale Zarządu Województwa Śląskiego nr 2232/288/V/2018 z dnia 25 września 2018 r. z późn. zm.,
- 6) innych powszechnie obowiązujących przepisów prawa.

W Szpitalu zatrudnienie na dzień 13.02.2020 r. roku wynosiło ogółem 726 pracowników:

- 700 pracowników w ramach umowy o pracę,
- 26 pracowników w ramach umowy cywilnoprawnej (w tym 10 pracowników na umowę zlecenie oraz 16 pracowników na umowę w ramach wykonywania świadczeń zdrowotnych).

[Dowód: akta kontroli str. 14]

2. Prawidłowość wpisów w Krajowym Rejestrze Sądowym.

Ostatnie zgłoszenie do Krajowego Rejestru Sądowego z dnia 10 czerwca 2019 r. dotyczy zmiany na stanowisku Dyrektora Szpitala (wykreślenia byłego Dyrektora Szpitala Pana Andrzeja Krawczyka i wpisanie obecnego Dyrektora Pana Bogdana Łabę). Ustalono, że został dopełniony ustawowy obowiązek wynikający z art. 22 ustawy o Krajowym Rejestrze Sądowym z dnia 20 sierpnia 1997 r. (t. j.: Dz. U. z 2019 r. poz. 1500 z późn. zm.), który wskazuje 7 dni na zgłoszenie zmian do KRS (powołanie Dyrektora z dniem 06.06.2019 r., wniosek z dnia 07.06.2019 r., złożenie wniosku w dniu 10.06.2019 r.). Ustalono, że do Krajowego Rejestru Sądowego zgłoszone zostały wszystkie wymagane prawem informacje o Szpitalu.

[Dowód: akta kontroli str. 15-31]

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

Regulamin Organizacyjny Szpitala (dalej: „Regulamin”) sporządzony został w oparciu o przepisy art. 24 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej. Ostatnie zmiany do Regulaminu oraz ogłoszenie tekstu jednolitego zostały pozytywnie zaopiniowane przez Radę Społeczną Szpitala Uchwałą Nr 23/2019 z dnia 18.12.2019 r., a następnie wprowadzone Zarządzeniem Dyrektora Szpitala Nr 80/2019/ORG-R/3 z dnia 20.12.2019 r.

W trakcie kontroli sprawdzono zgodność zapisów Regulaminu Organizacyjnego Szpitala z przepisami ww. ustawy. Stwierdzono, że Regulamin Organizacyjny nie zawiera jednego z niezbędnych elementów, wskazanych w treści art. 24 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej,

tj. informacji o wysokości opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej ustalonej w sposób określony w art. 28 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t. j.: Dz. U. z 2020 r., poz. 849). W Rozdziale XI§21 Regulaminu zawarty został jedynie ramowy wzór wyliczania opłat, bez wskazania konkretnych cen za wykonanie określonych usług w tym zakresie, a także informacja, że dane te znajdują się w Regulaminie przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej obowiązującym w Szpitalu, wprowadzonym osobnym Zarządzeniem Dyrektora Szpitala. Powyższego nie można uznać za tożsame z treścią zapisów art. 24 ust. 1 pkt. 9 ustawy o działalności leczniczej. Cennik powinien być zamieszczony w Regulaminie Organizacyjnym i stanowić jego część. Ponadto, istnieje niespójność pomiędzy zadaniami Szpitala wyszczególnionymi w Regulaminie a wpisanymi w Statut. W Regulaminie, w przeciwieństwie do Statutu, nie uwzględniono następujących zadań Szpitala:

- wykonywanie środka zabezpieczającego na zasadach określonych w Kodeksie Karnym Wykonawczym,
- świadczenie usług farmaceutycznych,
- prowadzenie działań z zakresu zdrowia publicznego, w tym profilaktyka chorób, promocja zdrowia i edukacja zdrowotna,
- uczestniczenie w przygotowaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i kształcenie osób wykonujących zawody medyczne na zasadach określonych w odrębnych przepisach regulujących kształcenie tych osób,
- realizacja zleconych przez właściwy organ określonych zadań związanych z obroną cywilną, sprawami obronnymi i ochroną ludności.

Zwraca się uwagę na określenie celów w Regulaminie Organizacyjnym w sposób odmienny od zapisów w Statucie Szpitala oraz nieodpowiednie ujęcie części zadań realizowanych przez Szpital (w tym rodzaje udzielanych świadczeń zdrowotnych) w rozdziale I Regulaminu - Postanowienia ogólne. Wszystkie zadania realizowane przez Szpital powinny być umiejscowione w rozdziale II Regulaminu Organizacyjnego - Misja, cele i zadania Szpitala i stanowić kompletny zapis dotyczący zakresu zadań i świadczeń udzielanych przez Szpital.

Stwierdzono zgodność zapisów Regulaminu w zakresie struktury organizacyjnej komórek działalności medycznej oraz miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych z Księgą Rejestrową widniejącą w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonym przez Wojewodę Śląskiego według stanu na dzień 13.02.2020 r.

Zgodność Regulaminu Organizacyjnego z Rejestrem Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonym przez Wojewodę Śląskiego prezentuje przedstawiona poniżej tabela nr. 1.

	REGULAMIN ORGANIZACYJNY		REJESTR PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ	
I.p.	Nazwa jednostki/ komórki organizacyjnej	Liczba łóżek/ miejsc dziennego o pobytu/ stanowisk / inne	Nazwa jednostki/ komórki organizacyjnej	Liczba łóżek/ miejsc dziennego o pobytu/ stanowisk k/ inne
1	2	3	4	5
A	ZAKŁAD LECZNICZY SZPITAL		ZAKŁAD LECZNICZY SZPITAL	
I	JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZAKŁADU LECZNICZEGO CENTRUM PSYCHIATRII OGÓLNEJ I SPECJALISTYCZNEJ		JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZAKŁADU LECZNICZEGO CENTRUM PSYCHIATRII OGÓLNEJ I SPECJALISTYCZNEJ	

1.	KOMÓRKA DZIAŁANOŚCI MEDYCZNEJ		KOMÓRKA DZIAŁANOŚCI MEDYCZNEJ	
1.1.	Oddział Psychiatryczny Ogólny	208	Oddział Psychiatryczny Ogólny	208
1.2.	Oddział Terapii Uzależnieni od Alkoholu	30	Oddział Terapii Uzależnieni od Alkoholu	30
1.3.	Oddział Rehabilitacji Psychiatrycznej	25	Oddział Rehabilitacji Psychiatrycznej	25
II	JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZAKŁADU LECZNICZEGO		JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZAKŁADU LECZNICZEGO	
	CENTRUM PSYCHIATRII SĄDOWEJ		CENTRUM PSYCHIATRII SĄDOWEJ	
1.	KOMÓRKA DZIAŁANOŚCI MEDYCZNEJ		KOMÓRKA DZIAŁANOŚCI MEDYCZNEJ	
1.1.	Oddział Psychiatrii Sądowej	218	Oddział Psychiatrii Sądowej	218
1.2.	Oddział Psychiatrii Sądowej o Wzmocnionym Zabezpieczeniu	45	Oddział Psychiatrii Sądowej o Wzmocnionym Zabezpieczeniu	45
III	JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZAKŁADU LECZNICZEGO		JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZAKŁADU LECZNICZEGO	
	SZPITALNE OŚRODKI POMOCNICZE		SZPITALNE OŚRODKI POMOCNICZE	
1	KOMÓRKA DZIAŁANOŚCI MEDYCZNEJ		KOMÓRKA DZIAŁANOŚCI MEDYCZNEJ	
1.1.	Izba Przyjęć Szpitala		Izba Przyjęć Szpitala	
1.2.	Terapia Zajęciowa		Terapia Zajęciowa	
1.3.	Apteka Szpitalna		Apteka Szpitalna	
B	ZAKŁAD LECZNICZY		ZAKŁAD LECZNICZY	
	ZAKŁAD OPIEKUNCZO-LECZNICZY PSYCHIATRYCZNY		ZAKŁAD OPIEKUNCZO-LECZNICZY PSYCHIATRYCZNY	
I	JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZAKŁADU LECZNICZEGO		JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZAKŁADU LECZNICZEGO	
	ZAKŁAD OPIEKUNCZO-LECZNICZY PSYCHIATRYCZNY		ZAKŁAD OPIEKUNCZO-LECZNICZY PSYCHIATRYCZNY	
1	KOMÓRKA DZIAŁANOŚCI MEDYCZNEJ		KOMÓRKA DZIAŁANOŚCI MEDYCZNEJ	
1.1.	Zakład Opiekuńczo-leczniczy Psychiatryczny	200	Zakład Opiekuńczo-leczniczy Psychiatryczny	200
C	ZAKŁAD LECZNICZY		ZAKŁAD LECZNICZY	
	ZESPÓŁ OPIEKI ANMBULATORIJNEJ I DZIENNEJ		ZESPÓŁ OPIEKI ANMBULATORIJNEJ I DZIENNEJ	
I	JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZAKŁADU LECZNICZEGO		JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZAKŁADU LECZNICZEGO	
	ZESPÓŁ ODDZIAŁÓW DZIENNYCH		ZESPÓŁ ODDZIAŁÓW DZIENNYCH	
	KOMÓRKA DZIAŁANOŚCI MEDYCZNEJ		KOMÓRKA DZIAŁANOŚCI MEDYCZNEJ	
1.1.	Oddział Dzienny Psychiatryczny	24	Oddział Dzienny Psychiatryczny	24
1.2.	Oddział Dzienny Terapii Uzależnienia od Alkoholu	20	Oddział Dzienny Terapii Uzależnienia od Alkoholu	20
I	JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZAKŁADU LECZNICZEGO		JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZAKŁADU LECZNICZEGO	
	ZESPÓŁ PORADNI I PRACOWNI		ZESPÓŁ PORADNI I PRACOWNI	
1.	KOMÓRKA DZIAŁANOŚCI MEDYCZNEJ		KOMÓRKA DZIAŁANOŚCI MEDYCZNEJ	
1.1.	Poradnia Zdrowia Psychicznego		Poradnia Zdrowia Psychicznego	
1.2.	Poradnia Medycyny Pracy		Poradnia Medycyny Pracy	
1.3.	Pracownia Fizjoterapii		Pracownia Fizjoterapii	
1.4.	Pracownia Diagnostyki Laboratoryjnej		Pracownia Diagnostyki Laboratoryjnej	
1.5.	Pracownia Diagnostyczna EMG, EEG i EKG		Pracownia Diagnostyczna EMG, EEG i EKG	

Tabela nr. 1 - Zgodność Regulaminu Organizacyjnego z Rejestrem Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonym przez Wojewodę Śląskiego.

Zgodnie z przekazanymi przez Dyrektora jednostki informacjami, według stanu na dzień 13.02.2020 r. Szpital realizował świadczenia medyczne we wszystkich zakresach zgodnie ze strukturą organizacyjną określoną w Regulaminie Organizacyjnym SPZOZ Państwowego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku.

Podczas kontroli sprawdzono prawidłowość procesu dokonywania zmian w strukturze organizacyjnej Szpitala w oparciu o *Procedurę postępowania w przypadku dokonywania zmian struktury organizacyjnej zakładów leczniczych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie*, wprowadzoną Uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 1327/201/VI/2017 z dnia 27.06.2017 r., a następnie Uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 801/36/VI/2019 z dnia 17.04.2019 r., a także zgodność z zapisami ustawy o działalności leczniczej. Przebieg zmian zweryfikowano pod względem uzyskania pozytywnej opinii Rady Społecznej Szpitala w związku z dokonywaną zmianą, uzyskaniem akceptacji podmiotu tworzącego, a także zgłoszeniem zmian w strukturze organizacyjnej do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonym przez Wojewodę Śląskiego. Stwierdzono, że ww. procesy zostały zachowane a ich przebieg przedstawiono poniżej (tabela nr 2).

I.p.	Określenie Rodzaju Zmiany	Opinia Rady Społecznej (Nr Uchwały, z Dnia)	Data Rozpoczęcia / Zakończenia Działalności/ Okres Zawieszenia	Data Zmiany w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą
1	2	3	4	5
1.	likwidacja komórki/jednostki organizacyjnej (nazwa likwidowanej komórki):			
	Oddział XVII - psychiatryczny ogólny	Uchwała Nr 13/2018 z dnia 07.06.2018r.	01.07.2018 r.	01.07.2018 r.
	Oddział VIII - psychiatryczny ogólny	Uchwała Nr 26/2018 z dnia 20.12.2018 r.	01.01.2019 r.	01.01.2019 r.
	Oddział VIII a - psychiatryczny ogólny	Uchwała Nr 25/2018 z dnia 20.12.2018 r.	01.01.2019 r.	01.01.2019 r.
	Oddział XVIII c - psychiatryczny dla chorych somatycznie	Uchwała Nr 15/2019 z dnia 30.09.2019 r.	01.11.2019 r.	01.11.2019 r.
2.	zmiana nazwy komórki / jednostki organizacyjnej (z/na):			
	Jednostka: Szpital Psychiatryczny, na: Centrum Psychiatrii Ogólnej i Specjalistycznej	Uchwała Nr 23/2019 z dnia 18.12.2019 r. (zmiana w Regulaminie Organizacyjnym)	nie dotyczy	01.02.2020 r.
	Oddział XIV - terapii uzależnienia od alkoholu, na: Oddział Terapii Uzależnienia od Alkoholu	Uchwała Nr 18/2019 z dnia 25.11.2019 r.	nie dotyczy	01.02.2020 r.
	Oddział XVI - rehabilitacji psychiatrycznej, na: Oddział Rehabilitacji Psychiatrycznej	Uchwała Nr 18/2019 z dnia 25.11.2019 r.	nie dotyczy	01.02.2020 r.
	Oddział IX - psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu, na: Oddział Psychiatrii Sądowej o Wzmocnionym Zabezpieczeniu	Uchwała Nr 18/2019 z dnia 25.11.2019 r.	nie dotyczy	01.02.2020 r.
	Oddział I - dzienny terapii uzależnienia od alkoholu, na: Oddział Dzienny Terapii Uzależnienia od Alkoholu	Uchwała Nr 18/2019 z dnia 25.11.2019 r.	nie dotyczy	01.02.2020 r.
3.	połączenie jednostek/komórek organizacyjnych:			
	Oddziały: VI - psychiatryczny ogólny, XVIII a - psychiatryczny ogólny, XVIII d - psychiatryczny ogólny połączono w Oddział Psychiatryczny Ogólny	Uchwała Nr 18/2019 z dnia 25.11.2019 r.	nie dotyczy	01.02.2020 r.
	Oddziały: III - psychiatrii sądowej, VII - psychiatrii sądowej, VII a - psychiatrii sądowej, X - psychiatrii sądowej, XX - psychiatrii sądowej połączono w Oddział Psychiatrii	Uchwała Nr 18/2019 z dnia 25.11.2019 r.	nie dotyczy	01.02.2020 r.

	Sądowej			
4.	zawieszenie działalności komórki / jednostki organizacyjnej (nazwa):			
	Oddział XVII - psychiatryczny ogólny	Uchwała Nr 6/2018 z dnia 17.01.2018 r.	01.03.2018 r.- 30.06.2018 r.	19.02.2018 r.
	Oddział VIII a - psychiatryczny ogólny	Uchwała Nr 14/2018 z dnia 07.06.2018 r.	01.07.2018 r.- 31.07.2018 r.; 01.08.2018 r.- 30.09.2018 r.; 01.10.2018 r.- 31.12.2018 r.	27.06.2018 r., 31.07.2018 r., 01.10.2018 r.
	Oddział XVIII c - psychiatryczny dla chorych somatycznie (odwołanie od decyzji Wojewody - MZ utrzymał w mocy decyzję Wojewody, w międzyczasie likwidacja komórki organizacyjnej)	Uchwała Nr 6/2019 z dnia 24.04.2019 r.	wnioskowany: 1.06.2019 r. - 30.11.2019 r.	brak wpisu

Tabela nr 2 – zmiany struktury organizacyjnej w okresie objętym kontrolą (t. j. od 1.01.2018 r. do 13.02.2020 r.).

Szpital posiada własną stronę internetową pod adresem: <https://psychiatria.com/> oraz odrębną stronę podmiotową BIP pod adresem: <https://bip.psychiatria.com/>. Kontrola strony Biuletynu Informacji Publicznej Szpitala wykazała, że zawiera ona informacje wymagane przez art. 24 ust. 2 o działalności leczniczej. Wszystkie informacje wskazane w ww. przepisie zostały poprawnie podane do wiadomości pacjentów poprzez ich wywieszenie w widocznych miejscach udzielania świadczeń zdrowotnych.

Analizie poddano zgodność danych zamieszczonych na stronie BIP z zapisami art. 8 ust. 3 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (t. j.: Dz. U. z 2019 r. poz. 1429 z późn. zm.). Stwierdzono, że wszystkie informacje wymagane przez przepisy ww. ustawy zostały zamieszczone na stronie BIP Szpitala.

[Dowód: akta kontroli str. 32-144]

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

1. Naruszenie dotyczące braku wskazania cennika opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej w Regulaminie Organizacyjnym Szpitala;
2. Uchybienie polegające na braku spójności zapisów Regulaminu Organizacyjnego Szpitala z zapisami Statutu Szpitala w zakresie:
 - a) nieuwzględnienia w Regulaminie Organizacyjnym następującej części zadań realizowanych przez Szpital:
 - wykonywanie środka zabezpieczającego na zasadach określonych w Kodeksie Karnym Wykonawczym,
 - świadczenie usług farmaceutycznych,
 - prowadzenie działań z zakresu zdrowia publicznego, w tym profilaktyka chorób, promocja zdrowia i edukacja zdrowotna,
 - uczestniczenie w przygotowaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i kształceniu osób wykonujących zawody medyczne na zasadach określonych w odrębnych przepisach regulujących kształcenie tych osób,
 - realizacja zleconych przez właściwy organ określonych zadań związanych z obroną cywilną, sprawami obronnymi i ochroną ludności;
 - b) braku precyzyjnych zapisów w Regulaminie Organizacyjnym Szpitala w zakresie realizowanych przez jednostkę celów (określeniu w Regulaminie Organizacyjnym celów Szpitala w sposób odmienny od zapisów w statucie Szpitala);

3. Brak umiejscowienia części z zadań Szpitala w odpowiednim Rozdziale Regulaminu Organizacyjnego,

Przyczyny nieprawidłowości/uchybień:

Niedochowanie należytej staranności w zakresie spełnienia wymogów ustawowych, poprzez:

- brak odzwierciedlenia w Regulaminie Organizacyjnym cennika opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej;
- powstanie rozbieżności w określeniu pełni zadań i celów Szpitala, powodujące niekompletne odzwierciedlenie zapisów Statutu w odpowiednim rozdziale Regulaminu Organizacyjnego Szpitala;

Skutki nieprawidłowości/uchybień:

- Naruszenie art. 24 ust. 1 pkt. 9 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
- Uchybienie skutkujące niepełną realizacją przepisu art. 24 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej w zakresie niekompletnego określenia celów i zadań Szpitala w Regulaminie Organizacyjnym, względem zapisów ujętych w jego Statucie;
- Brak spójnego określenia zadań Szpitala w odpowiednim Rozdziale Regulaminu Organizacyjnego.

Wskazane uchybienie nie stanowi rażącego naruszenie przepisów prawa.

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

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.

III. Dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych.

A. Ustalenia faktyczne:

Podstawowym celem działalności Szpitala jest udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz oferowanie profesjonalnej, wszechstronnej pomocy w zakresie psychiatrii, służącej poprawie jakości życia w chorobie, podejmowanie działań na rzecz kształtowania właściwych postaw środowiska wobec chorych psychicznie i promocja zdrowia psychicznego. Szpital prowadzi działalność medyczną w ramach umów zawartych z NFZ o świadczenie usług medycznych, w obiektach zlokalizowanych w Rybniku przy ul. Gliwickiej 33.

1. Funkcjonowanie wybranych komórek organizacyjnych.

W ramach czynności kontrolnych przeprowadzono wizytację wybranych komórek medycznych. Szczegółową kontrolą objęto funkcjonowanie Poradni Zdrowia Psychicznego oraz Oddziału Psychiatrii Sądowej o Wzmocnionym Zabezpieczeniu.

1) Poradnia Zdrowia Psychicznego

Poradnia wpisana jest do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 040 (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 została wpisana do Rejestru z dniem 31 marca 2005 r.

W ww. komórce organizacyjnej realizowane są świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne

dla dorosłych w ramach kontraktu z NFZ. Działalność Poradni opiera się na diagnostyce, leczeniu oraz rehabilitacji zaburzeń psychiatrycznych u pacjentów, niewymagających hospitalizacji, udzielaniu porad psychiatrycznych i psychologicznych.

W okresie objętym kontrolą liczba udzielonych porad wynosiła:

- 2647 w 2018 r.,
- 2789 w 2019 r.,
- 368 w okresie od 01.01.2020 r. do 13.02.2020 r.

Liczba oczekujących wynosiła 35 osób. W Poradni zatrudnionych jest 4 lekarzy, 2 psychologów, 1 pielęgniarka i 1 osoba zaliczająca się do innych grup zgłoszonych do Portalu Potencjału NFZ, t.j. pracownik socjalny ds. Pacjentów.

Według harmonogramu pracy zamieszczonego w Portalu Świadczeniodawcy NFZ oraz wywieszonego na drzwiach wejściowych Poradni świadczenia są udzielane przez 5 dni w tygodniu (od poniedziałku do piątku), w środy w godzinach od 7:00 do 15:00 oraz w pozostałe dni tygodnia od 7:25 do 15:00.

2) Oddział Psychiatrii Sądowej o Wzmocnionym Zabezpieczeniu

Oddział wpisany jest do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 015 (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: 4732 Oddział psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu. Oddział został wpisany do Rejestru z dniem 07 czerwca 1993 r. i dysponuje 45 łózkami.

Wyżej wymieniona komórka organizacyjna mieści się w Budynku Nr 9 na terenie Szpitala. Posiada dostęp do zamkniętego terenu rekreacyjnego, złożonego z ogrodzonego terenu zielonego z boiskiem do gier zespołowych i aktywnego wypoczynku, do którego wejście prowadzi bezpośrednio z Oddziału. Zgodnie z zapisami Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 stycznia 2017 r. w sprawie komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających w zakładach psychiatrycznych (t. j.: Dz. U. z 2017 r., poz. 119 z późn. zm.) Oddział w zakresie podstawowego zabezpieczenia wyposażony jest w elektroniczny system uniemożliwiający niekontrolowane otwarcie drzwi, a także funkcjonujący całodobowo monitoring wizyjny, pozwalający na ciągłą obserwację poszczególnych pomieszczeń oraz korytarzy. Monitorowaniem objęte są drzwi wejściowe, toalety, łazienki (występuje maskowanie obrazu), sale, korytarze, spacernik, dyżurka pielęgniarska, gabinet lekarzy, gabinet psychologa, pokój odwiedzin oraz świetlica. Zapis z monitoringu przechowywany jest na elektronicznym nośniku i przechowywany przez okres 30 dni (lub dłużej - w razie prowadzenia postępowania na podstawie przepisów prawa - do czasu zakończenia). Po tym okresie następuje niszczenie nagrań w sposób uniemożliwiający ich odtworzenie. Osoba obsługująca monitoring na bieżąco po wejściu każdej z osób z zewnątrz zapisuje jej dane (imię i nazwisko) oraz cel przyścia.

Oddział zajmuje się realizacją świadczeń z zakresu psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu opierających się na diagnostyce i leczeniu osób z zaburzeniami psychicznymi, wobec których wykonywany jest środek zabezpieczający, o którym mowa w art. 200 ustawy z dnia 06 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy (t. j.: Dz. U. z 2020 r. poz. 523 z późn. zm.) oraz w orzecznictwie sądowo-psychiatrycznym. Pacjenci przebywający na Oddziale objęci są kompleksową opieką obejmującą m.in. diagnostykę psychiatryczną, farmakoterapię, psychoterapię, rehabilitację, socjoterapię i resocjalizację. Ma ona na celu poprawę stanu zdrowia i zachowania w stopniu umożliwiającym powrót do życia w społeczeństwie i dalsze leczenie w warunkach poza szpitalnych. Działania terapeutyczne i rehabilitacyjne realizowane są m. in. poprzez psychoterapię indywidualną i grupową, psychoedukację, techniki relaksacyjne, muzykoterapię, arteterapię czy treningi interpersonalne, które dostosowywane są do potrzeb

i możliwości pacjentów. Celem realizowanych na Oddziale świadczeń jest jak największe zminimalizowanie objawów choroby i odbudowa funkcjonowania pacjenta, umożliwiającą mu niezależne życie.

W okresie objętym kontrolą liczba hospitalizowanych pacjentów wyniosła:

- 69 w 2018 r.,
- 63 w 2019 r.,
- 40 w okresie od 01.01.2020 r. do 13.02.2020 r.

W Oddziale zatrudnionych jest 5 lekarzy, 3 psychologów, 25 pielęgniarek oraz 3 osoby zaliczające się do innych grup zgłoszonych do Portalu Potencjału NFZ, w tym 2 terapeutów zajęciowych oraz 1 specjalista psychoterapii uzależnień.

Poza godzinami pracy lekarzy w oddziałach szpitalnych (tj. po godz. 15:00) w dni robocze oraz dni wolne od pracy, opieka zapewniana jest przez 1 lekarza pełniącego dyżur przyjęciowy, zobowiązanego do udzielania konsultacji psychiatrycznych pacjentom zgłaszającym się na Izbę Przyjęć Szpitala (w sytuacjach tego wymagających przyjęcia do Szpitala), a także dwóch lekarzy pełniących dyżur interwencyjny, zapewniających opiekę lekarską pacjentom przebywającym na oddziałach Szpitala oraz zobowiązanych do udzielenia pomocy lekarskiej w sytuacjach nagłego pogorszenia stanu zdrowia innych osób, przebywających na terenie Szpitala. Na dyżurach nocnych w Izbie Przyjęć pracuje 1 pielęgniarka oraz 4 mężczyzn w kombinacjach - 3 ratowników i 1 salowy/sanitariusz lub 4 ratowników.

W dniu 13.02.2020 r. o godz. 12:00 podczas wizytacji Oddziału stan liczby obecnego na nim personelu wynosił łącznie 16 osób i był następujący:

- 2 lekarzy,
- 1 psycholog,
- 1 pedagog,
- 5 pielęgniarek,
- 2 salowe,
- 1 osoba obsługująca monitoring,
- 2 terapeutów zajęciowych,
- 1 pielęgniarka oddziałowa,
- 1 rejestrator medyczny.

Zgodnie z otrzymaną ze Szpitala informacją w godzinach nocnych (od godz. 22:00 do godz. 07:00) w dniu 13.02.2020 r. stan liczby obecnego na Oddziale personelu wynosił łącznie 6 osób i był następujący:

- 5 pielęgniarek,
- 1 rejestrator medyczny na stanowisku obsługującym monitoring wizyjny.

Opieka Lekarska zapewniana była w razie potrzeby w godzinach nocnych przez lekarza dyżurującego.

Na Oddziale zarówno w godzinach dziennych, jak i nocnych nie zapewniono stałej obecności personelu ochrony.

W ramach usług ochroniarskich Szpital zatrudnia czterech pracowników ochrony w pełnym wymiarze pracy (w systemie pracy pomiędzy godz. 06:00 a godz. 18:00). Ponadto zawarto umowy na świadczenia ww. usług z następującymi kontrahentami:

- Ład-Komplex (okres obowiązywania umowy od 01.06.2017 r. do 31.03.2019 r.). Świadczenie usług ochroniarskich wykonywane całodobowo przez 2 osoby w zakresie ochrony fizycznej Szpitala;

- Kalexim Sp. z o. o. (okres obowiązywania umowy od 01.08.2019 r. do 31.07.2020 r.). Świadczenie usług bezpośredniej ochrony fizycznej oraz interwencji realizowane przez 7 dni w tygodniu, przy czym w godzinach od 18:00 do 06:00 Firma zapewnia jednego pracownika ochrony oraz wsparcie grupy interwencyjnej, która wzywana na telefon stanowi minimum dwóch

kwifikowanych pracowników ochrony wyposażonych w środki przymusu bezpośredniego. Z informacji otrzymanych ze Szpitala wynika, że po zakończeniu współpracy z firmą Ład-Komplex z dniem 01.04.2020 r. funkcję ochrony przejęło trzech pracowników zatrudnionych na umowę o pracę przez Szpital, pracujących w godzinach od 06:00 do godz. 18:00. W godzinach nocnych od godz. 18:00 do godz. 06:00 ochronę pełni jedna osoba zewnętrznej firmy, wyłonionej w drodze zapytania ofertowego.

W oparciu o ww. stan obecności pracowników na Oddziale w godzinach dziennych (od godz. 7:00 do godz. 22:00) stwierdza się, że zgodnie z wymogami określonymi w § 7 pkt. 4 ust. a) Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 stycznia 2017 r. w sprawie komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających w zakładach psychiatrycznych (t. j.: Dz. U. z 2017 r., poz. 119 z późn. zm.) zapewniono stałą obecność personelu w liczbie nie mniejszej niż 15 osób (w przeliczeniu 1/3 liczby łóżek odpowiednio zakładu lub jego części).

W oparciu o ww. stan obecności pracowników na Oddziale w godzinach nocnych (od godz. 22:00 do godz. 07:00) stwierdzono naruszenie przepisu § 7 pkt. 4 ust. b) ww. Rozporządzenia. Nie zapewniono stałej obecności personelu, w tym personelu ochrony na Oddziale. Stan ten powinien wynosić (7,5) 7 osób (w przeliczeniu 1/6 liczby łóżek odpowiednio zakładu lub jego części), zatem stwierdza się, że powyższe warunki nie zostały spełnione.

Zapewnienie ochrony na terenie Szpitala oraz wsparcia grupy interwencyjnej (na telefon) nie jest tożsame z zapewnieniem stałej obecności personelu ochrony na Oddziale zarówno w godzinach dziennych, jak i nocnych. Brak zapewnienia stałej obecności, na terenie Oddziału personelu ochrony zarówno w godzinach dziennych, jak i nocnych stanowi naruszenie § 7 pkt. 4 ww. Rozporządzenia.

[Dowód: akta kontroli str. 145-152]

2. Udzielanie zamówień na świadczenia zdrowotne.

Przedmiotem weryfikacji przeprowadzonej przez kontrolujących były zapisy umów:

- 1) Nr DZz.380.5.10.2018.DL.443 z dnia 03.01.2019 r. dotyczącej udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie ortopedii pacjentom Szpitala,
- 2) Nr DZz.380.5.11.2018.DL.439-1,2 z dnia 03.01.2019 r. dotyczącej udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie badań diagnostycznych tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego pacjentom Szpitala.

Ad. 1) Nr DZz.380.5.10.2018.DL.443 z dnia 03.01.2019 r.

Umowa została zawarta w wyniku przeprowadzonego przez Szpital postępowania konkursowego, zgodnie z przepisami 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.

W oparciu o zapisy określone w art. 27 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej stwierdza się, że umowa zawiera wszystkie wymagane zapisy, w szczególności:

- 1) określenie zakresu świadczeń zdrowotnych,
- 2) określenie sposobu organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym miejsca, dni i godzin udzielania świadczeń zdrowotnych,
- 3) minimalną liczbę osób udzielających określonych świadczeń zdrowotnych,
- 4) przyjęcie przez przyjmującego zamówienie obowiązku poddania się kontroli przeprowadzanej przez udzielającego zamówienia,
- 5) określenie rodzajów i sposobu kalkulacji należności, jaką udzielający zamówienia przekazuje przyjmującemu zamówienie z tytułu realizacji zamówienia, a w przypadku ustalenia stawki ryczałtowej – określenie jej wysokości,
- 6) ustalenie zasad rozliczeń oraz zasad i terminów przekazywania należności,

- 7) ustalenie trybu przekazywania udzielającemu zamówienia informacji o realizacji przyjętego zamówienia,
- 8) postanowienia dotyczące szczegółowych okoliczności uzasadniających rozwiązanie umowy za wypowiedzeniem oraz okres wypowiedzenia,
- 9) zobowiązanie przyjmującego zamówienie do prowadzenia określonej sprawozdawczości statystycznej.

Umowa została zawarta w formie pisemnej, na czas określony, tj. od dnia 03.01.2019 r. do dnia 02.01.2021 r. oraz wskazuje maksymalną wartość zamówienia.

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

- 02/2019/SzP z dnia 28.02.2019 r. - stawka jednostkowa zgodna z umową,
- 08/2019/SzP z dnia 31.08.2019 r. - stawka jednostkowa zgodna z umową.

Ad. 2) Nr DZz.380.5.11.2018.DL.439-1,2 z dnia 03.01.2019 r.

Umowa została zawarta w wyniku przeprowadzonego przez Szpital postępowania konkursowego, zgodnie z przepisami 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.

W oparciu o zapisy określone w art. 27 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej stwierdza się, że umowa zawiera wszystkie wymagane zapisy, w szczególności:

- 1) określenie zakresu świadczeń zdrowotnych,
- 2) określenie sposobu organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym miejsca, dni i godzin udzielania świadczeń zdrowotnych,
- 3) minimalną liczbę osób udzielających określonych świadczeń zdrowotnych,
- 4) przyjęcie przez przyjmującego zamówienie obowiązku poddania się kontroli przeprowadzanej przez udzielającego zamówienia,
- 5) określenie rodzajów i sposobu kalkulacji należności, jaką udzielający zamówienia przekazuje przyjmującemu zamówienie z tytułu realizacji zamówienia, a w przypadku ustalenia stawki ryczałtowej – określenie jej wysokości,
- 6) ustalenie zasad rozliczeń oraz zasad i terminów przekazywania należności,
- 7) ustalenie trybu przekazywania udzielającemu zamówienia informacji o realizacji przyjętego zamówienia,
- 8) postanowienia dotyczące szczegółowych okoliczności uzasadniających rozwiązanie umowy za wypowiedzeniem oraz okres wypowiedzenia,
- 9) zobowiązanie przyjmującego zamówienie do prowadzenia określonej sprawozdawczości statystycznej.

Umowa została zawarta w formie pisemnej, na czas określony, tj. od dnia 03.01.2019 r. do dnia 02.01.2021 r. oraz wskazuje maksymalną wartość zamówienia. Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach i podpisana przez strony.

W ramach kontroli realizacji umowy sprawdzono faktury nr:

- FV/082/07/2019 r. z dnia 31.07.2019 r. - stawka jednostkowa zgodna z umową,
- FV/096/08/2019 r. z dnia 31.08.2019 r. - stawka jednostkowa zgodna z umową.

[Dowód: akta kontroli str. 153-203]

3. Serwisowanie aparatury oraz sprzętu medycznego.

Kontrolujący w ramach kontroli jakości świadczonych usług zweryfikowali paszporty techniczne niżej wymienionych urządzeń, na których wykonywane są usługi medyczne:

- 1) Elektrokardiograf AsCARD MR. SILVER- nr 18/10, rok produkcji 2010, użytkowany na Izbie Przyjęć; Przegląd okresowy odbył się w dniu 05.04.2019 r. dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany w 04.2020 r., zgodnie z wpisem aparat sprawny,
- 2) FIRING z linii EVO dwukanałowy stymulator - nr F9498, rok produkcji 2017, użytkowany przez Pracownię Fizjoterapii; Przegląd okresowy odbył się w dniu 29.03.2019 r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany do dnia 29.03.2020 r., zgodnie z wpisem aparat sprawny.

[Dowód: akta kontroli str. 204-208]

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

W ramach kontroli dostępności świadczeń zdrowotnych sprawdzeniem objęto rejestr skarg i wniosków Szpitala w latach 2018-2020. Sposób rozpatrywania skarg i wniosków został określony w Regulaminie Organizacyjnym Szpitala. Zgodnie z zawartą w nim regulacją skargi i wnioski przyjmowane są w formie pisemnej, elektronicznej na adres kancelaria@psychiatria.com oraz ustnej przez Dyrektora Szpitala raz w tygodniu w wyznaczonym dniu oraz godzinach.

Skargi i wnioski rejestrowane są w prowadzonym w Szpitalu Rejestrze skarg i wniosków, który prowadzony jest zgodnie z art. 254 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t. j.: Dz. U. z 2020 r., poz. 256 z późn. zm.), czyli w sposób umożliwiający kontrolę przebiegu i terminów załatwiania skarg. Rozpoznawanie skarg i wniosków odbywa się w trybie określonym przepisami kodeksu postępowania administracyjnego.

Poniżej przedstawiono zestawienie skarg i wniosków w okresie objętym kontrolą (tabela nr 3 i 4).

L. p.	Lata	Liczba skarg	Liczba skarg uznanych za zasadne	Liczba skarg uznanych za niezasadne	Odpowiedź udzielona skarżącemu	Liczba odpowiedzi na skargi udzielona w terminie	Informacja przedstawiona na Radzie Społecznej
1	2	3	4	5	6	7	8
1	2018	30	1	29	30	30	w dniu 24.04.2019 r. za rok 2018, Protokół Nr 1/2019.
2	2019	33	2	31	33	33	Informacja zostanie przedstawiona na pierwszym spotkaniu Rady Społecznej w 2020 r.
3	2020	2	w trakcie rozpatrywania	w trakcie rozpatrywania	w trakcie rozpatrywania		

Tabela nr 3 - zestawienie skarg w okresie od 01.01.2018 r. do 13.02.2020 r.

Lata	Liczba wniosków	Udzielona odpowiedź	Informacja przedstawiona na Radzie Społecznej
2	3	4	5
2018	9	9	w dniu 24.04.2019 r. za rok 2018, Protokół Nr 1/2019.
2019	9	9	Informacja zostanie przedstawiona na pierwszym spotkaniu Rady Społecznej w 2020 r.
2020	0	0	

Tabela nr 4 - zestawienie wniosków w okresie od 01.01.2018 r. do 13.02.2020 r.

W trakcie kontroli w sposób wyrywkowy sprawdzono procedurę rozpatrywania skarg i wniosków, na podstawie:

- skargi zarejestrowanej pod pozycją nr 22 rejestru z 2018 r.,
- wniosku zarejestrowanego pod pozycją 13 rejestru z 2018 r.,
- skargi zarejestrowanej pod pozycją nr 3 rejestru z 2019 r.

Skargi i wnioski zostały rozpatrzone przez Dyrektora Szpitala, skarżącym udzielono odpowiedzi w ustawowym terminie.

Zwraca się uwagę, że zawiadomienia o odmownym załatwieniu skargi nie zawierają pouczenia o treści art. 239 ww. ustawy, które powinno zostać zamieszczone zgodnie z przepisem art. 238 § 1 Kodeksu postępowania administracyjnego. W związku z powyższym należy w odpowiedzi na skargę uznaną za niezasadną poinformować skarżącego, że art. 239 cytowanej ustawy stanowi, iż: „w przypadku, gdy skarga, w wyniku jej rozpatrzenia, została uznana za bezzasadną i jej bezzasadność wykazano w odpowiedzi na skargę, a skarżący ponowił skargę bez wskazania nowych okoliczności - organ właściwy do jej rozpatrzenia może podtrzymać swoje poprzednie stanowisko z odpowiednią adnotacją w aktach sprawy - bez zawiadamiania skarżącego”.

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. 209-230]

5. Realizacja Świadczeń Zdrowotnych.

5.1. Listy osób oczekujących na świadczenia zdrowotne.

W Szpitalu zgodnie z art. 20 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1373 z późn. zm.) prowadzone są listy osób oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego. W trakcie kontroli ustalono, że w Szpitalu działa „Zespół Oceny Przyjęć” powołany Zarządzeniem Dyrektora Szpitala Nr 87/2019/ZK/27 z dnia 31 grudnia 2019 r. w sprawie aktualizacji składu osobowego i zadań zespołu ds. oceny przyjęć i wypisów pacjentów, na podstawie art. 20 ust. 6 i art. 21 ww. ustawy. Do zadań Zespołu należy przeprowadzanie okresowej, co najmniej 1 raz w miesiącu oceny list oczekujących na udzielenie świadczenia pod względem:

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

Zespół Oceny Przyjęć, w myśl przepisów art. 21 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, raz w miesiącu sporządza raport z okresowej oceny list oczekujących i przedstawia go Dyrektorowi Szpitala. Dowód kontroli stanowią przykładowe raporty Zespołu Oceny Przyjęć za miesiąc grudzień 2018 r. i lipiec 2019 r., których wyniki przedstawia poniższa tabela (tabela nr 5).

I. p.	Najkrótszy czas oczekiwania na udzielenie świadczeń zdrowotnych	Najdłuższy czas oczekiwania na udzielenie świadczeń zdrowotnych
2018 r.	Poradni Zdrowia Psychicznego	Oddział XIV – Terapii Uzależnienia od Alkoholu
Czas oczekiwania (dni)	16 dni	480 dni

2019 r.	Oddział I - Dzienny Terapii Uzależnienia od Alkoholu	Zakład Opiekuńczo-Lecniczy Psychiatryczny
Czas oczekiwania (dni)	8 dni	730 dni

Tabela nr 5 - czas oczekiwania na udzielenie świadczeń na podstawie raportów Zespołu Oceny Przyjęć w grudniu 2018 r. oraz w lipcu 2019 r.

Z listy oczekujących na udzielenie świadczenia za miesiąc grudzień 2018 r. wynika, że najdłuższy czas oczekiwania na udzielenie świadczenia miał miejsce w Oddziale XIV – Terapii Uzależnienia od Alkoholu i wynosił 480 dni w przypadkach stabilnych. Najkrótszy czas oczekiwania zanotowano w Poradni Zdrowia Psychicznego i wynosił on 16 dni w przypadkach stabilnych.

Z listy oczekujących na udzielenie świadczenia za miesiąc lipiec 2019 r. wynika, że najdłuższy czas oczekiwania na udzielenie świadczenia miał miejsce w Zakładzie Opiekuńczo-Lecniczym Psychiatrycznym i wynosił 730 dni w przypadkach stabilnych. Najkrótszy czas oczekiwania zanotowano w Oddziale I - Dziennym Terapii Uzależnienia od Alkoholu i wynosił on 8 dni w przypadkach stabilnych.

5.2. Finansowanie udzielanych świadczeń.

Szpital na dzień przeprowadzania kontroli (t. j. 13.02.2020 r.) realizował świadczenia zdrowotne w poszczególnych komórkach organizacyjnych w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. Realizacja świadczeń i czas oczekiwania na udzielenie świadczenia wg. stanu na dzień 13.02.2020 r. zostały szczegółowo przedstawione w poniżej (tabela nr 6).

REALIZACJA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH				KOLEJKA OCZEKUJĄCYCH		
l.p.	Komórki działalności medycznej	w ramach kontraktu z NFZ	inne źródła finansowania - jakie (w tym programy zdrowotne, programy unijne, inne)	rodzaj świadczenia	Liczba osób oczekujących na świadczenie	
					pilne	stabilne
1	2	4	5	7	8	9
1	Oddział Psychiatryczny Ogólny	TAK	—	Świadczenia psychiatryczne dla dorosłych	0	0
2	Oddział Terapii Uzależnień od Alkoholu	TAK	—	Świadczenia terapii uzależnienia od alkoholu stacjonarne	0	98
3	Oddział Rehabilitacji Psychiatrycznej	TAK	—	Świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej	0	0
4	Oddział Psychiatrii Sądowej	TAK	—	Świadczenia w psychiatrii sądowej podstawowego zabezpieczenia	0	0
5	Oddział Psychiatrii Sądowej o Wzmocnionym Zabezpieczeniu	TAK	—	Świadczenia w psychiatrii sądowej w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia	0	0
6	Zakład Opiekuńczo-Lecniczy Psychiatryczny	TAK	—	Świadczenia opiekuńczo-lecznicze psychiatryczne dla dorosłych	0	43

7	Oddział Dzienny Psychiatryczny	TAK	–	Świadczenia dzienne psychiatryczne dla dorosłych	0	0
8	Oddział Dzienny Terapii Uzależnień od Alkoholu	TAK	–	Świadczenia dzienne terapii uzależnienia od alkoholu	0	22
9	Poradnia Zdrowia Psychicznego	TAK	–	Świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych	0	35
10	Izba Przyjęć Szpitala	TAK	–	Świadczenia w izbie przyjęć szpitala (ryczałt dobowy)	0	0

Tabela nr 6 - realizacja świadczeń zdrowotnych wg. stanu na dzień 13.02.2020 r.

W oparciu o powyższe zestawienie stwierdza się, że na dzień kontroli (t. j. 13.02.2020 r.) najdłuższy czas oczekiwania na udzielenie świadczeń zdrowotnych w przypadkach stabilnych w Szpitalu miał miejsce na Oddziale Terapii Uzależnień od Alkoholu (w rodzaju - świadczenia terapii uzależnienia od alkoholu stacjonarne), gdzie liczba oczekujących na udzielenie świadczenia wynosiła 98 osób. Z kolei na Oddziale Psychiatrycznym Ogólnym, Oddziale Rehabilitacji Psychiatrycznej, Oddziale Psychiatrii Sądowej, Oddziale Psychiatrii Sądowej o Wzmocnionym Zabezpieczeniu, Oddziale Dziennym Psychiatrycznym, a także na Izbie Przyjęć nie było kolejek oczekujących na udzielenie świadczenia.

Wyżej wymienione świadczenia w okresie objętym kontrolą były realizowane na podstawie umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień (szczegóły przedmiotowej Umowy przedstawia tabela nr 7).

I.p.	Kod umowy	Rodzaj świadczenia (nazwa)	Kwota (zł)	Okres obowiązywania umowy
1	2	3	4	5
1.	124/100085/04/2020	Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	48 091 104,41	od dnia 1 stycznia 2011 r. do dnia 30 czerwca 2023 r.

Tabela nr 7 - umowy realizowane przez Szpital w ramach finansowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

5.3. Certyfikaty jakości.

W ramach kontroli jakości świadczeń udzielanych przez Szpital ustalono, że w strukturze Szpitala funkcjonuje Pracownia Diagnostyki Laboratoryjnej, posiadająca certyfikat jakości nadany przez Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Laboratoryjnej w Łodzi w zakresie chemii klinicznej, immunochemii markerów kardiologicznych, hematologii i koagulologii. Laboratorium diagnostyczne od lat bierze udział w zewnętrznej ocenie kontroli jakości wykonywanych badań otrzymując pozytywną ocenę roczną potwierdzoną zaświadczeniem. Rodzaj i zakres czasowy ww. Certyfikatu wg. stanu na dzień kontroli przedstawione zostały poniżej (tabela nr 8).

I.p.	Dotyczy (komórka organizacyjna/jednostka/ itp.)	Rodzaj certyfikatu	Data przyznania certyfikatu	Data ważności certyfikatu
1	Pracownia Diagnostyki Laboratoryjnej	Zaświadczenie Centralnego Ośrodka Badań Jakości w Diagnostyce Laboratoryjnej	29.11.2019 r., 09.12.2019 r., 30.12.2019 r., 31.12.2019 r.	01.01.2020 r. - 31.12.2020 r.

Tabela nr 8 - zestawienie posiadanych Certyfikatów Jakości wg. stanu na dzień 13.02.2020 r.

Ponadto z informacji udzielonych przez Dyrektora Szpitala wynika, że w zakresie poprawy jakości i doskonalenia systemu zarządzania jakością Szpital rozpoczął prace zmierzające

do uzyskania certyfikatu akredytacyjnego Ministerstwa Zdrowia za pośrednictwem Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w Krakowie. Ze względu na braki kadrowe, wysokie koszty dostosowania do standardów, głównie w zakresie infrastruktury oraz koszty wydania certyfikatu, ostateczne decyzje w zakresie zgłoszenia Szpitala do certyfikacji zostały odroczone w czasie.

W ramach doskonalenia procesów i standardów systemu zarządzania jakością, w oparciu o Program Akredytacji Szpitali, zawierający zestawienie standardów opracowanych przez Centrum Monitorowania Jakości w Szpitalu wdrożono wiele standardów wewnętrznych, których celem było uporządkowanie poszczególnych dziedzin oraz poprawa istniejących procesów (w tym procesów medycznych). Przedmiotowe standardy objęły następujące obszary:

- ciągłość opieki,
- prawa pacjenta,
- laboratorium,
- odżywianie,
- farmakoterapia,
- zarządzanie zasobami ludzkimi,
- zarządzanie środowiskiem opieki,
- poprawa jakości i bezpieczeństwa pacjenta,
- ocena stanu pacjenta,
- opieka nad pacjentem,
- kontrola zakażeń,
- zarządzanie informacją,
- zarządzanie ogólne.

Z przekazanych przez Dyrektora Szpitala informacji wynika, że w oparciu o protokoły z audytów wewnętrznych przeprowadzanych w danym roku, raportu z badania satysfakcji pacjentów, analizy z badania satysfakcji pracowników oraz analizy stanu BHP za dany rok i raportów zadaniowych przygotowywanych przez funkcjonujące w jednostce zespoły, zgodnie ze standardem akredytacyjnym PJ 1 (związanym z opracowywaniem w szpitalu programu działania dla poprawy jakości) w jednostce corocznie opracowywany jest Plan Poprawy Jakości Szpitala.

[Dowód: akta kontroli str. 231-241]

6. Wykonywanie badań satysfakcji pacjenta.

W celu podniesienia poziomu satysfakcji i zadowolenia z usług zdrowotnych świadczonych w Szpitalu Dyrektor jednostki w latach objętych kontrolą wydał Komunikat nr K/DJ/20/2018 z dnia 27 sierpnia 2018 r. oraz Komunikat nr K/DJ/22/2019 z dnia 19 sierpnia 2019 r. w sprawie przeprowadzenia badania ankietowego dotyczącego jakości opieki i satysfakcji pacjentów ze świadczeń zdrowotnych w SPZOZ Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku. Z informacji przekazanych przez Szpital wynika, że przedmiotowe badania przeprowadzane są na podstawie standardu PJ3, opisanego w Zestawie Standardów Akredytacyjnych wydanych przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w 2019 r., zgodnie z którym ocena opinii pacjentów powinna być prowadzona regularnie, przynajmniej raz w roku i ma służyć uzyskaniu wiedzy na temat oczekiwań, preferencji i doświadczeń osób hospitalizowanych.

Badanie poziomu satysfakcji pacjentów przeprowadzone zostało w latach 2018-2019 poprzez formularze ankiet przeznaczone dla Pacjentów oddziałów Szpitalnych oraz Pacjentów Poradni Zdrowia Psychicznego, których wzory stanowią akta kontroli.

W roku 2018 przeprowadzono badania ankietowe w oparciu o następujące załączniki do ww. Komunikatu Dyrektora Szpitala:

- załącznik nr 1 - formularz ankiety oddziały Szpitalne;
- załącznik nr 2 - formularz ankiety PZP;

- załącznik nr 3 - zestawienie grup pytań.

W roku 2019 liczba załączników do ww. Komunikatu Dyrektora Szpitala została zmniejszona w następujący sposób:

- załącznik nr 1 - formularz ankiety oddziału Szpitalne;
- załącznik nr 2 - formularz ankiety PZP.

Badania jakości opieki i satysfakcji pacjentów ze świadczeń zdrowotnych udzielanych w Szpitalu w latach objętych kontrolą były każdorazowo przeprowadzane w wyznaczonych Komunikatami terminach w miesiącu sierpniu i trwały około 10 dni. Realizowano je w sposób anonimowy i dobrowolny. Pytania ankietowe były każdorazowo dzielone na 4 bloki tematyczne dotyczące pobytu, udzielanych świadczeń, kadry medycznej oraz infrastruktury Szpitala. W odniesieniu do każdej z grup zadawano kilkanaście pytań oraz jedno pytanie podsumowujące, w którym proszono o ogólną ocenę satysfakcji pacjenta. Po zakończeniu badań dokonywano analizy ankiet i formułowano wnioski z oceny, stanowiące podstawę do podjęcia działań korygujących i zapobiegawczych, a także służących podnoszeniu jakości usług medycznych w Szpitalu.

Analiza przeprowadzonej w roku 2019 oceny wykazała, że w zakresie satysfakcji pacjenta z pobytu na Izbie Przyjęć (oczekiwanie na przyjęcie do Szpitala) wskazano wysoki poziom zadowolenia ankietowanych (74% ocen pozytywnych). Wysoko oceniono poziom zadowolenia pacjentów z dostępności i jakości świadczeń oferowanych w Poradni Zdrowia Psychicznego (92% ankietowanych oceniła czas oczekiwania na przyjęcie do lekarza jako dobry i bardzo dobry). Wysoko oceniono możliwość korzystania z parku, poziom bezpieczeństwa oraz oświetlenie.

W zakresie przestrzegania przez personel Szpitala praw Pacjenta najwyżej oceniono pielęgniarki (91 %ocen bardzo dobrych), najgorzej psychologów (82 % ocen bardzo dobrych).

Gorsze wyniki uzyskano w zakresie oceny oferowanych przez Szpital posiłków, dostępności do personelu (w szczególności lekarzy), poziomu opieki personelu medycznego oraz pomocniczego nad Pacjentem. Wywnioskowano, że należy wzmacniać działania terapeutyczne na rzecz pacjentów oraz poszerzać katalog oferowanych zajęć.

Zgodnie z informacjami przekazanymi przez Szpital następne badanie ankietowe pacjentów planuje się przeprowadzić w sierpniu 2020 r.

[Dowód: akta kontroli str. 242-326]

B. Stwierdzone nieprawidłowości (przyczyny, skutki):

1. Nieprawidłowość dotycząca niezapewnienia w zakresie zgodności z przepisami liczby personelu, w tym personelu ochrony obecnego na Oddziale Psychiatrii Sądowej o Wzmocnionym Zabezpieczeniu w godzinach nocnych (od godz. 22:00 do godz. 07:00), a także niezapewnieniu stałej obecności na Oddziale personelu ochrony w godzinach dziennych.

Przyczyny nieprawidłowości:

- nienależyte wypełnienie obowiązków w zakresie doboru odpowiedniej liczby personelu w tym personelu ochrony na Oddziale Psychiatrii Sądowej o Wzmocnionym Zabezpieczeniu, zgodnie z wymaganiami zawartymi w przepisach Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 stycznia 2017 r. w sprawie komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających w zakładach psychiatrycznych (Dz. U. z 2017 r., poz. 119 z późn. zm.).

Skutki nieprawidłowości:

- naruszenie § 7 pkt. 4 ww. Rozporządzenia.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że w kwestii spełnienia wymagań określonych w § 7 pkt. 4 przedmiotowego Rozporządzenia, podejmuje działania mające na celu zatrudnienie dodatkowo

jednej osoby dla zapewnienia stałej obecności personelu w godzinach nocnych (od godz. 22:00 do godz. 07:00) w liczbie nie mniejszej niż 1/6 liczby łóżek na Oddziale Psychiatrii Sądowej o Wzmocnionym Zabezpieczeniu.

C. Ocena cząstkowa: 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. Prawdliwość gospodarowania mieniem.

A. Ustalenia faktyczne

W zakresie prawidłowości gospodarowania mieniem kontrolą objęto niżej wymienione zagadnienia:

1. Nabycie sprzętu i aparatury medycznej.

- a) Łóżka z wyposażeniem (Oddział IX) o wartości 112 104,00 zł:
- zakup nie został ujęty w planie inwestycyjnym na 2018 r.,
 - zakup sfinansowany ze środków własnych (w kwocie 5 101,00 zł) oraz ze środków z dotacji celowej samorządu Województwa Śląskiego (w kwocie 107 003,00 zł),
 - brak opinii Rady Społecznej dotyczącej przedmiotowego zakupu wyrażonej w Uchwale,
 - z uwagi na zakup aparatury i sprzętu medycznego ze środków z dotacji celowej Samorządu Województwa Śląskiego akceptacja przez podmiot tworzący nie była wymagana,
 - zakup potwierdzony fakturą VAT Nr 9100054639 z dnia 20.12.2018 r. na kwotę 112 104,00 zł, termin płatności 18.02.2019 r., zapłacono 28.12.2018 r.,
 - protokół zdawczo-odbiorczy sprzętu z dnia 20.12.2018 r.,
 - dowód przyjęcia OT0-00008/2018 z dnia 20.12.2018 r., numer inwentarzowy 000862.
- b) Łóżka z wyposażeniem (Oddział XVIII A) o wartości 116 532,10 zł:
- zakup został ujęty w planie inwestycyjnym na 2019 r.,
 - zakup sfinansowany ze środków własnych (w kwocie 6 122,60 zł) oraz ze środków z dotacji celowej samorządu Województwa Śląskiego (w kwocie 110 409,50 zł),
 - brak opinii Rady Społecznej dotyczącej przedmiotowego zakupu wyrażonej w Uchwale,
 - z uwagi na zakup aparatury i sprzętu medycznego ze środków z dotacji celowej Samorządu Województwa Śląskiego akceptacja przez podmiot tworzący nie była wymagana,
 - zakup potwierdzony fakturą VAT Nr FV/INW/000025/19 z dnia 10.12.2019 r. na kwotę 209 757,60 zł, termin płatności 09.01.2020 r., zapłacono 24.12.2019 r.,
 - protokół dostawy-odbioru sprzętu z dnia 05.12.2019 r.,
 - dowód przyjęcia OT0 - 00019/2019 z dnia 10.12.2019 r., numer inwentarzowy 000882.

W trakcie kontroli ustalono, że sprzęt i aparatura medyczna zakupiona z dotacji Województwa Śląskiego jest wykorzystywany do udzielania świadczeń zdrowotnych:

- c) Łóżka z wyposażeniem (Oddział IX) o wartości 112 104,00 zł:
- Oddział IX Psychiatrii Sądowej o Wzmocnionym Zabezpieczeniu, obecnie Oddział Psychiatrii Sądowej o Wzmocnionym Zabezpieczeniu.
- d) Łóżka z wyposażeniem (Oddział XVIII A) o wartości 116 532,10 zł:
- Oddział XVIII a Psychiatryczny Ogólny, obecnie Oddział Psychiatryczny Ogólny.

[Dowód: akta kontroli str. 327-347]

2. Zbycie sprzętu i aparatury medycznej.

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

- a) Elektrostymulator D-50 (Aparat Phisioter D 50) - nr inwentarzowy 000526; nr fabryczny 2002-10-24; rok produkcji 2002; wartość początkowa 5 940,18 zł; umorzenie 100 %:
 - dowód LT0-00030/2018 z dnia 28.12.2018 r.,
 - ocena stanu technicznego z dnia 14.03.2018 r. - urządzenie zostało wyeksploatowane w wyniku długotrwałego i intensywnego użytkowania. Został uszkodzony wkład elektroniczny, a w związku z wycofaniem modelu z produkcji i brakiem dostępu do części zamiennych uniemożliwione zostało przeprowadzenie skutecznej naprawy,
 - pozytywna opinia Rady Społecznej SPZOZ Państwowego szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku wyrażona uchwałą nr 17/2018 z dnia 27 września 2018 r.,
 - zgoda podmiotu tworzącego na zbycie nie była wymagana,
 - protokół kasacji – środka trwałego/wyposażenia inwentarzowego nr 4/2018, sporządzony na podstawie oceny stanu technicznego, likwidacja sprzętu z przeprowadzonej fizycznej kasacji aktywów trwałych dnia 06.11.2018 r.,
 - Faktura odwrotne obciążenie nr DG/11024/2018 z dnia 26.11.2018 r. na kwotę 222,45 zł wraz z dokumentem odbioru z dnia 26.11.2018 r. wskazującym, że sprzęt w ramach odsprzedaży elektroodpadów został przekazany firmie specjalistycznej Enviropol Gliwice do utylizacji,
 - Karta przekazania odpadu z dnia 26.11.2018 r.
- b) Aparat E.K.G. (Elektrokardiograf ekg Asgard Mr. Blue) - nr inwentarzowy 000378; nr fabryczny 0459; rok produkcji 2011; wartość początkowa 7 100,00 zł; umorzenie 100 %:
 - dowód LT0-00007/2019 z dnia 18.12.2019 r.,
 - ocena stanu technicznego z dnia 30.04.2019 r. - została uszkodzona płyta główna, będąca zasadniczym elementem urządzenia,
 - pozytywna opinia Rady Społecznej SPZOZ Państwowego szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku wyrażona uchwałą nr 24/2019z dnia 18 grudnia 2019 r.,
 - zgoda podmiotu tworzącego na zbycie nie była wymagana,
 - protokół kasacji - środka trwałego/wyposażenia inwentarzowego nr 9/19, sporządzony na podstawie oceny stanu technicznego. Kierownik Działu Gospodarczo-Technicznego Szpitala sporządził oświadczenie z dnia 17.02.2020 r. wyjaśniające, że fizyczna likwidacja sprzętu nastąpi po zebraniu się komisji likwidacyjnej. Urządzenie po likwidacji zostanie przekazane do specjalistycznej firmy jako elektroodpad,
 - karta przekazania odpadu zostanie sporządzona po likwidacji sprzętu.

Zbycie aparatury i sprzętu medycznego w w/w zakresie objętym kontrolą nie budzi zastrzeżeń.

[Dowód: akta kontroli str. 348-370]

3. Najem/dzierżawa pomieszczeń.

W ramach kontroli sprawdzaniem objęto prawidłowość zawarcia umowy dzierżawy nr DGt.223.2.2019 z dnia 03.07.2019 r. Przedmiotem umowy jest dzierżawa części nieruchomości gruntowej o powierzchni 8 m², zlokalizowanej przy ul. Gliwickiej 33 w Rybniku z przeznaczeniem na punkt sprzedaży detalicznej („kiosk Ruchu”). Umowa została zawarta na czas oznaczony od dnia 03.07.2019 r. do 03.07.2022 r. Zawarcie ww. umowy zostało poprzedzone wyrażeniem opinii przez Radę Społeczną Szpitala uchwałą nr 4/2019 z dnia 24.04.2019 r. Z uwagi na okres na jaki została zawarta ww. umowa zgoda podmiotu tworzącego

nie była wymagana.

Zgodnie z zapisami umowy, dzierżawca zobowiązany jest płacić wydierżawiającemu czynsz dzierżawy oraz opłaty dodatkowe (związane z przedmiotem umowy tj. koszty wody, odprowadzania ścieków, energii) z dołu do dnia 20-tego każdego miesiąca na podstawie wystawionej faktury VAT. Umowa nie zawiera postanowienia dotyczącego ubezpieczenia przedmiotu umowy od następstw zdarzeń losowych oraz od odpowiedzialności cywilnej wynikającego z § 3 pkt. 5 Zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie, określonych uchwałą nr 804/36/VI Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 25 września 2018 r. z późn. zm., które obowiązywały w chwili jej zawarcia.

Objęte kontrolą faktury z dnia 30.07.2019 r. i 30.12.2019 r. wystawione zostały zgodnie z treścią umowy, a płatności zostały uregulowane w terminach wynikających z faktur.

[Dowód: akta kontroli str. 371-382]

B. Stwierdzone nieprawidłowości (przyczyny, skutki):

1. Brak ujęcia zakupu łóżek z wyposażeniem (Oddział IX) o wartości 112 104,00 zł w planie inwestycyjnym na 2018 r.;
2. Brak opinii Rady Społecznej w sprawie zakupu łóżek z wyposażeniem (Oddział IX) oraz zakupu łóżek z wyposażeniem (Oddział XVIII A);
3. Brak zapisu dotyczącego ubezpieczenia przedmiotu w umowie dzierżawy nr DGT.223.2.2019 z dnia 03.07.2019 r. z przeznaczeniem na punkt sprzedaży detalicznej („kiosk Ruchu”), od następstw zdarzeń losowych oraz od odpowiedzialności cywilnej.

Przyczyny nieprawidłowości:

Niezachowanie wystarczającej staranności w zakresie dochowania koniecznych wymogów:

- poprzez brak uwzględnienia w planie inwestycyjnym zakupu łóżek z wyposażeniem (Oddział IX);
- niedopełnienia wymogu uzyskania opinii Rady Społecznej na zakup sprzętu i aparatury medycznej;
- sporządzania umowy dzierżawy w zakresie przygotowania dokumentacji, bez uwzględnienia zapisów postanowienia dotyczącego ubezpieczenia przedmiotu umowy od następstw zdarzeń losowych oraz od odpowiedzialności cywilnej.

Skutki nieprawidłowości:

- Niedochowanie zapisów art. 48 ust. 2 pkt 2 lit. a) ustawy o działalności leczniczej, poprzez brak uzyskania opinii Rady Społecznej Szpitala w zakresie planu inwestycyjnego z uwzględnieniem planu zakupu łóżek z wyposażeniem (Oddział IX);
- Naruszenie zapisów art. 48 ust. 2 pkt.2 lit. e) ustawy o działalności leczniczej, określających konieczność uzyskania opinii Rady Społecznej Szpitala w sprawie zakupu aparatury i sprzętu medycznego;
- Naruszenie przepisu § 3 pkt. 5 Zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie, określonych uchwałą nr 2232/288/V/2018 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 25 września 2018 r. z późn. zm., które obowiązywały w chwili jej zawarcia.

C. Ocena częściowa: pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości.

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 2018-2020 w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Państwowym Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku miało miejsce osiem postępowań konkursowych, a jedno postępowanie jest w toku - na stanowiska kierownicze.

Przeprowadzone/prowadzone postępowania konkursowe na stanowiska kierownicze:

- Stanowisko Zastępcy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa i Jakości – Naczelnej Pielęgniarki (termin składania ofert przez kandydatów: 18.03.2020 r.);
- Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Psychiatrii Sądowej (III) (data konkursu: 16.05.2018 r., okres zatrudnienia 01.06.2018 r. – 31.05.2024 r.);
- Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Psychiatrii Sądowej (VII) (data konkursu: 16.05.2018 r., okres zatrudnienia 01.06.2018 r. – 31.05.2024 r.);
Zgodnie z informacją przekazaną kontrolującą osoba zatrudniona na ww. stanowisku z dniem 01.02.2019 r. objęła funkcję p.o. Zastępcy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa i Jakości, a obowiązki pielęgniarki oddziałowej powierzono innej osobie do czasu rozstrzygnięcia postępowania konkursowego na ww. stanowisko.
- Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Psychiatrii Sądowej (VII a) (data konkursu: 16.05.2018 r., okres zatrudnienia 01.06.2018 r. – 31.05.2024 r.);
- Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Psychiatrii Sądowej (X) (data konkursu: 16.05.2018 r., okres zatrudnienia 01.06.2018 r. – 31.05.2024 r.);
- Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Psychiatrii Sądowej (XX) (data konkursu: 16.05.2018 r., okres zatrudnienia 01.06.2018 r. – 31.05.2024 r.);
- Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego Psychiatrycznego (II) (data konkursu: 15.11.2018 r., okres zatrudnienia 03.12.2018 r. – 02.12.2024 r.);
- Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego Psychiatrycznego (IV, XI) (data konkursu: 15.11.2018 r., okres zatrudnienia 03.12.2018 r. – 02.12.2024 r.);
- Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego Psychiatrycznego (V) (data konkursu: 15.11.2018 r., okres zatrudnienia 03.12.2018 r. – 02.12.2024 r.);

Ponadto, zgodnie z informacją uzyskaną od kontrolowanego rozpoczęto procedurę (zwrócono się do poszczególnych podmiotów, instytucji, organizacji o wytypowanie przedstawicieli do składu komisji konkursowej) w celu wszczęcia postępowań konkursowych na stanowisko:

- Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa,
- pielęgniarki oddziałowej Oddziału Psychiatrycznego Ogólnego (XVIII a),
- pielęgniarki oddziałowej Oddziału Psychiatrycznego Ogólnego (XVIII d),
- pielęgniarki oddziałowej Oddziału Rehabilitacji Psychiatrycznej,
- pielęgniarki oddziałowej Oddziału Psychiatrii Sądowej o Wzmocnionym Zabezpieczeniu,
- pielęgniarki oddziałowej Oddziału Psychiatrii Sądowej (VII).

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

- Oddział Dzienny Psychiatryczny: p.o. kierownika oddziału;
- Oddział Dzienny Terapii Uzależnienia od Alkoholu: kierownik oddziału;
- Oddział Psychiatrii Sądowej (III): p.o. kierownika oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- Oddział Psychiatryczny Ogólny (VI): p.o. kierownika oddziału, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
- Oddział Psychiatrii Sądowej (VII): p.o. kierownika oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- Oddział Psychiatrii Sądowej (VII a): p.o. kierownika oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- Oddział Psychiatryczny Ogólny (XVIII a): p.o. kierownika oddziału, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
- Oddział Psychiatrii Sądowej o Wzmocnionym Zabezpieczeniu: p.o. kierownika oddziału, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
- Oddział Psychiatrii Sądowej (X): p.o. kierownika oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- Zakład Opiekuńczo-Leczniczy Psychiatryczny: p.o. kierownika oddziału, pielęgniarki oddziałowe (II, IV, XI, V);
- Oddział Terapii Uzależnień od Alkoholu: kierownik oddziału, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
- Oddział Rehabilitacji Psychiatrycznej: p.o. kierownika oddziału, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
- Oddział Psychiatryczny Ogólny (XVIII d): p.o. kierownika oddziału, z-ca kierownika oddziału ds. pielęgniarstwa;
- Oddział Psychiatrii Sądowej (XX): p.o. kierownika oddziału, pielęgniarka oddziałowa.

Jak wskazano powyżej, oddziałami zarządzają kierownicy oddziałów oraz osoby pełniące obowiązki kierownika oddziału/kierownika ZOL. 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 p.o. zastępcy dyrektora ds. pielęgniarstwa i jakości, natomiast zespołem pielęgniarskim na pięciu oddziałach oraz w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym Psychiatrycznym zarządzają pielęgniarki oddziałowe, na sześciu oddziałach osoby pełniące obowiązki pielęgniarki oddziałowej (rozpoczęte 4 postępowania konkursowe), a na jednym oddziale zastępca kierownika oddziału ds. pielęgniarstwa (rozpoczęte postępowanie konkursowe).

Ww. stanowiska określone zostały zarówno w Regulaminie Organizacyjnym Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Państwowego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku, jak i załączniku nr 1 oraz nr 3 (Wykaz stanowisk, na których przysługuje dodatek funkcyjny i stawek tegoż dodatku) do Regulaminu Wynagradzania Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Państwowego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku, z wyjątkiem stanowiska naczelnej pielęgniarki, które nie zostało ujęte w ww. Dokumentach.

[Dowód: akta kontroli str. 383-397]

B. Stwierdzone nieprawidłowości (przyczyny, skutki):

1. Brak przeprowadzenia konkursu na stanowisko pielęgniarki oddziałowej w Oddziale Psychiatrycznym Ogólnym (VI) oraz Oddziale Terapii Uzależnień od Alkoholu.

Przyczyny nieprawidłowości:

- Niedochowanie należytej staranności w zakresie spełnienia wymogów ustawowych dotyczących konieczności przeprowadzania postępowań konkursowych na stanowisko pielęgniarki oddziałowej

Skutki nieprawidłowości:

- Naruszenie art. 49 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej;

C. Ocena cząstkowa: 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.

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

A. Ustalenia faktyczne:

Ostatnia kontrola w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Państwowym Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku przeprowadzona została przez pracowników Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w dniach 22 i 23 lutego 2018 r.

Przedmiotem kontroli objęto: realizację zadań statutowych, dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych, prawidłowość gospodarowania mieniem oraz gospodarkę finansową w okresie od 2017 r. do 2018 r.

Wydano następujące zalecenia pokontrolne:

- 1) *Zamieszczania na stronie BIP Szpitala informacji zgodnie z przepisami ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej, w szczególności:*
 - informacji dot. kontroli przeprowadzonych w Szpitalu, informacji o sposobach przyjmowania i załatwiania spraw oraz o naborze kandydatów do zatrudnienia,
 - aktualizacji danych dotyczących majątku, którym dysponuje Szpital.
- 2) *Przestrzegania zapisów art. 49 ust.1 ustawy o działalności leczniczej, tj. stosowania właściwej terminologii w zakresie nazewnictwa stanowisk pracy.*
- 3) *Okresowego przedstawiania Radzie Społecznej Szpitala analizy skarg i wniosków wnoszonych przez pacjentów, zgodnie z art. 48 ust. 2 pkt. 3 ustawy o działalności leczniczej.*
- 4) *Sporządzania każdorazowo (co miesiąc) raportów z przeprowadzonej oceny przyjęć pacjentów przez zespół ds. oceny przyjęć, zgodnie z art. 21 ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.*
- 5) *Regulowania należności wynikających z umów zawartych przez Szpital, zgodnie z art. 44 ust. 3 pkt. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych, tj. w wysokości i terminach wynikających z wcześniej zaciągniętych zobowiązań.*
- 6) *Realizacji w pełnym zakresie zaleceń pokontrolnych wskazanych przez podmiot tworzący.*

Dyrektor Szpitala, 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 2018-2020 (do dnia kontroli, t. j. 13.02.2020 r.) i stwierdzono, że zalecenia pokontrolne zostały wykonane.

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

C. Ocena częściowa: pozytywna

Na tym ustalenia kontrolne zakończono.

VII. Pozostałe informacje, zalecenia i pouczenia.

1. Pozostałe informacje.

- 1.1. Pismem z dnia 22.06.2020 r. znak: ZD-NK.1711.1.2020; ZD-NK.KW-00412/20, Projekt wystąpienia pokontrolnego został przekazany Dyrektorowi Szpitala. Ze „zwrotnego doręczenia odbioru” wynika, że pismo zostało doręczone do Szpitala w dniu 23 czerwca 2020 r. Pismem z dnia 30 czerwca 2020 r., znak: DN.0910.3.2020 (wpływ do Kancelarii Ogólnej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w dniu 30.06.2020 r.), Dyrektor Szpitala zgłosił wyjaśnienia/zastrzeżenia do treści ww. Projektu wystąpienia pokontrolnego. Wszystkie wyjaśnienia/zastrzeżenia zostały rozpatrzone. Natomiast decyzja o ich oddaleniu została przedstawiona w odrębnym piśmie, znak: ZD-NK.1711.1.2020; ZD-NK.KW-00468/20, do Dyrektora Szpitala, które stanowi akta kontroli.
- 1.2. Wystąpienie pokontrolne sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, z których jeden przekazuje się do Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Państwowego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku.
- 1.3. Wystąpienie pokontrolne zawiera 26 ponumerowanych stron.

2. Zalecenia

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

1. art. 24 ust. 1 pkt. 9 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t. j.: Dz. U. z 2020 r. poz. 295 z późn. zm.) poprzez wprowadzenie cennika opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej do Regulaminu Organizacyjnego Szpitala;
2. art. 24 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, poprzez pełne odzwierciedlenie celów i zadań Szpitala w Regulaminie Organizacyjnym, względem zapisów ujętych w jego Statucie;
3. § 7 pkt. 4 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 stycznia 2017 r. w sprawie komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających w zakładach psychiatrycznych (t. j.: Dz. U. z 2017 r., poz. 119 z późn. zm.), poprzez zapewnienie zgodnej z przepisami liczby personelu w Oddziale Psychiatrii o Wzmocnionym Nadzorze w godzinach nocnych, a także zapewnienie stałej obecności personelu ochrony w Oddziale w godzinach nocnych oraz dziennych;
4. art. 48 ust. 2 pkt. 2 lit. e) ustawy o działalności leczniczej, poprzez występowanie o opinię Rady Społecznej Szpitala w sprawie zakupu nowej aparatury i sprzętu medycznego;
5. § 3 pkt. 5 Zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie, określonych uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 804/36/VI/2019 z dnia 17.04.2019 r., poprzez uwzględnianie w przygotowywanej dokumentacji, zapisów postanowienia dotyczącego ubezpieczenia przedmiotu umowy od następstw zdarzeń losowych oraz od odpowiedzialności cywilnej;

6. art. 49 ustawy o działalności leczniczej, poprzez zachowywanie należytej staranności w zakresie spełnienia wymogów ustawowych dotyczących konieczności przeprowadzania postępowań konkursowych na stanowisko pielęgniarki oddziałowej.

Ponadto zaleca się uwzględnianie w planie inwestycyjnym Szpitala lub jego zmianach, wszystkich planowanych zakupów nowego sprzętu i aparatury medycznej. W przypadku braku ujęcia zakupu sprzętu w planie inwestycyjnym, należy dokonać korekty planu inwestycyjnego oraz zgodnie z treścią art. 48 ust. 2 pkt. 2 lit. a) ustawy o działalności leczniczej, przedstawić korektę na najbliższym posiedzeniu Rady Społecznej Szpitala.

Podmiot uprawniony do kontroli

z up. ZARZĄDU WOJEWÓDZTWA ŚLĄSKIEGO

Grzegorz Gwóźdź
Zastępca Dyrektora
Departamentu Nadzoru Podmiotów
Leczniczych i Ochrony Zdrowia

Pouczenie

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. Zgodnie z § 11 ust. 3 Regulaminu kontroli podmiotów leczniczych, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie, przyjętego Uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 666/30/VI/2019 z dnia 27.03.2019 r., kierownik kontrolowanej jednostki zobowiązany jest do przedłożenia w terminie 30 dni od daty otrzymania wystąpienia pokontrolnego zawierającego zalecenia pokontrolne, informacji o sposobie wykonania zaleceń, wykorzystaniu wniosków lub przyczynach ich niewykorzystania albo innym sposobie usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości.