

Katowice, 21 maja 2018 r.
ZD-N.1711. 1.2018.

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

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych
w Rybniku**
(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 2018 r. poz. 160 z późn. zm.),
- 2) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych (Dz. U. 2015, poz. 1331),
- 3) planu kontroli na 2018 rok, załącznik nr 3, poz. 12 zatwierdzonego uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 2797/233/V/2017 z dnia 28.12.2017 r.,
- 4) regulaminu kontroli podmiotów leczniczych, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie określonego uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 698/108/V/2016 z dnia 19.04.2016 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: od dnia 01.01.2009 r. funkcję Dyrektora Szpitala pełni Pan Andrzej Krawczyk.

Dyrektor wykonuje swoje zadania kierownicze i zarządzające przy pomocy:

- p.o. Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa – Pana Marka Ksola,
- p. o. Z-cy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa i Jakości – Pani Danuty Ziółkowskiej,
- Główniej Księgowej – Pani Iwony Krajewskiej.

Termin przeprowadzenia czynności kontrolnych i zakres kontroli:

kontrolę przeprowadzono w dniach 22 i 23 lutego 2018r. w zakresie: realizacji zadań określonych w statucie i regulaminie organizacyjnym; dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych; prawidłowości gospodarowania mieniem oraz środkami publicznymi w latach 2017-2018 oraz wybranych zagadnień dotyczących ochrony danych osobowych pacjentów.

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

Osoby przeprowadzające kontrolę:

Agnieszka Wnuk – Inspektor Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 92/ZD/2018 z dnia 14.02.2018 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 22.02.2018 r.

Joanna Dudek - Ślęczek – Główny specjalista Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 93 /ZD/2018 z dnia 14.02.2018 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 22.02.2018 r.

Magdalena Majchrzak – Osiecka – Główny Specjalista Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 94/ZD/2018 z dnia 14.02.2018 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 22.02.2018 r.

O kontroli Dyrektor jednostki został poinformowany dnia 13 lutego 2018 r. (osobisty odbiór pisemnego powiadomienia w dniu 14.02.2018r.).

[Dowód: akta kontroli str.1-8]

Kontrolę wpisano do książki kontroli pod pozycją 5.

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

1. Informacje ogólne

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie 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 2018r. poz. 160 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 2017r. poz. 1938 z późn. zm.),
- 3) Statutu Szpitala przyjętego Uchwałą Nr V/12/28/2015 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 21.09.2015 r. tekst jednolity: Dz. Urz. Województwa Śląskiego z dnia 5.10.2017 r. poz. 5312,

- 4) Regulaminu Organizacyjnego, którego ostatnie zmiany zostały pozytywnie zaopiniowane przez Radę Społeczną, uchwałą nr 2/2018 z dnia 17 stycznia 2018r. oraz wprowadzone w życie Zarządzeniem Dyrektora nr 2/2018/ORG-R/3.2 z dnia 17 stycznia 2018 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 6.08.2013 r.,
 - b) zasad zbywania, wdzierżawiania, wynajmowania, oddania w użytkowanie lub użyczenie aktywów trwałych SP ZOZ, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie określonych w uchwale Zarządu Województwa Śląskiego nr 1784/277/IV/2013 z dnia 13.08.2013 r.
- 6) innych powszechnie obowiązujących przepisów prawa.

W Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Państwowym Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku zatrudnienie na dzień 19.02.2018 roku wynosiło:

- 806 pracowników w ramach umowy o pracę,
- 9 pracowników w ramach umowy zlecenia.

2. Prawidłowość wpisów w Krajowym Rejestrze Sądowym

Ostatnie zgłoszenie do Krajowego Rejestru Sądowego z dnia 15.12.2017 r. dotyczy wpisania tekstu jednolitego Statutu Szpitala (wniosek Szpitala z dnia 17.10.2017r.).

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

[Dowód: akta kontroli str. 9-19]

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

Kontrolowany Szpital jest wpisany do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (zwanego dalej „RPWDL”), prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego, pod numerem 000000013265.

Ostatnia zmiana (do dnia kontroli) została ujawniona w RPWDL w dniu 15.02.2018r. i dotyczyła czasowego zaprzestania działalności Oddziału XVII – psychiatrycznego ogólnego. Zmiana wpisu została dokonana na podstawie Decyzji Wojewody Śląskiego z dnia 15 lutego 2018 r., nr ZDII.9611.2.1.2018 (wyrażenie zgody na czasowe zaprzestanie działalności od dnia 01.03.2018r. do dnia 30.06.2018r.), po pozytywnym rozpatrzeniu wniosku Dyrektora SPZOZ Państwowego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku z dnia 18.01.2018r. w powyższej sprawie. Nie zachodziła więc konieczność składania odrębnego wniosku przez Dyрекcję Szpitala o dokonanie zmian w RPWDL.

Zgodnie z oświadczeniem Dyrekcji, wszystkie medyczne komórki organizacyjne (z wyjątkiem czasowo wyłączonego Oddziału XVII), udzielają świadczeń zdrowotnych.

W Szpitalu funkcjonuje Regulamin Organizacyjny sporządzony w oparciu o przepisy art. 24 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej. Ostatnie zmiany w Regulaminie Organizacyjnym wprowadzone zostały w życie z dniem 17.01.2018r. (Zarządzenie Dyrektora nr 2/2018/ORG-R/3.2).

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

Przeprowadzono kontrolę treści umieszczonych na stronie internetowej i stronie podmiotowej BIP Szpitala pod względem spełniania wymogów ustawy o działalności leczniczej oraz ustawy z dnia 6 września 2001r. o dostępie do informacji publicznej.

Kontrola wykazała, iż na stronie internetowej Szpitala umieszczone zostały wszystkie aktualne, wymagane przepisami prawa informacje, o których mowa w art. 24 ust. 2 w zw. z ust. 1 ustawy o działalności leczniczej.

Obligatoryjne informacje zostały wywieszane również w widocznych miejscach w poszczególnych jednostkach organizacyjnych Szpitala.

Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej mieszczą się w katalogu podmiotów wymienionych w art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (tekst jednolity: Dz. U. z 2016 r., poz. 1764 z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o BIP”, które są zobowiązane do udostępniania informacji publicznej. Ustawa o BIP w art. 8 ust. 3 określa, jakie informacje powinny znaleźć się na stronie BIP.

Na stronie BIP Szpitala nie zamieszczono następujących informacji wymaganych przez zapisy cytowanej powyżej ustawy:

- dokumentacji przebiegu i efektów kontroli oraz wystąpień, stanowisk, wniosków i opinii podmiotów ją przeprowadzających (art. 6 ust. 1 pkt 4 lit. a) tiret drugie),
- informacji o sposobach przyjmowania i załatwiania spraw, w tym przypadku spraw skarg i wniosków (art. 6 ust.1 pkt 3 lit. d),
- informacji o naborze kandydatów do zatrudnienia (art. 6 ust.1 pkt 3 lit. g).

Ponadto dane dotyczące majątku Szpitala zamieszczone w BIP są nieaktualne – ostatnia aktualizacja miała miejsce 20.08.2014r.

Kontrolujący nie stwierdzili ujawniania danych osobowych pacjentów w informacjach/treściach publikowanych na stronie internetowej podmiotu leczniczego (www.psychiatria.com) lub na stronie BIP.

B. Stwierdzone nieprawidłowości:

1. Brak na stronie BIP Szpitala informacji w zakresie dokumentacji dot. kontroli przeprowadzonych w Szpitalu, informacji o sposobach przyjmowania i załatwiania spraw oraz o naborze kandydatów do zatrudnienia, co stanowi naruszenie art. 8 ust. 3 ustawy o dostępie do informacji publicznej.
2. Brak na stronie BIP aktualizacji informacji o majątku, którym dysponuje Szpital, wymaganych przepisami ustawy o dostępie do informacji publicznej.

C Ocena częściowa: pozytywna z nieprawidłowościami

D. Osoby odpowiedzialne:

1. W zakresie pkt 1 - Kierownik Działu Organizacji i Nadzoru , na podstawie Regulaminu publikowania danych SP ZOZ Państwowego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku w Biuletynie Informacji Publicznej, wprowadzonego zarządzeniem Dyrektora Szpitala nr 83/2015/ORG-R/10 z dnia 19.10.2015r.
2. W zakresie pkt 2 - Główna Księgowa, na podstawie Regulaminu publikowania danych SP ZOZ Państwowego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku w Biuletynie Informacji

Publicznej, wprowadzonego zarządzeniem Dyrektora Szpitala nr 83/2015/ORG-R/10 z dnia 19.10.2015r.

2. 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 i promocja zdrowia. 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 Oddziału VI- Psychiatrycznego ogólnego, Oddziału VIII – Psychiatrycznego ogólnego oraz Pracowni diagnostycznej EEG.

1) Oddział VI – Psychiatryczny ogólny

Oddział wpisany jest do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 008 (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: 4 700 – Oddział psychiatryczny (ogólny).

Oddział został wpisany do rejestru podmiotów leczniczych z dniem 07.06.1993 r. i dysponuje 96 łózkami.

Oddział zajmuje się udzielaniem świadczeń psychiatrycznych dla kobiet, obejmujących diagnostykę, leczenie, pielęgnację i rehabilitację pacjentkom z zaburzeniami psychicznymi powyżej 18 roku życia (w grupie rozpoznań: zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania), wymagającym całodobowego stacjonarnego leczenia psychiatrycznego.

Wykonywane w Oddziale procedury obejmują m.in.: świadczenia terapeutyczne i rehabilitacyjne, dostosowane do potrzeb i możliwości pacjentek. Oddziaływanie terapeutyczne i rehabilitacyjne odbywają się m.in. poprzez psychoterapię indywidualną, grupową, psychoedukację rodzinną, terapię zajęciową czy też terapię ruchową.

W Oddziale w 2017 roku hospitalizowanych było 605 pacjentek. W Oddziale zatrudnionych jest 8 lekarzy i 26 pielęgniarek.

2) Oddział VIII – Psychiatryczny ogólny

Oddział wpisany jest do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 013 (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: 4 700 – Oddział psychiatryczny (ogólny).

Oddział został wpisany do rejestru podmiotów leczniczych z dniem 07.06.1993 r. i dysponuje bazą 46 łózek dla mężczyzn.

Oddział zajmuje się udzielaniem świadczeń psychiatrycznych obejmujących diagnostykę, leczenie, pielęgnację i rehabilitację pacjentom z zaburzeniami psychicznymi powyżej 18 roku życia (w grupie rozpoznań: zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania), wymagającym całodobowego stacjonarnego leczenia psychiatrycznego.

Diagnostyka i terapia psychologiczna w Oddziale obejmuje m.in.: psychoterapię indywidualną,

grupową, interwencje kryzysowe i rodzinne, psychoedukację pacjentów i ich rodzin, treningi umiejętności społecznych.

W Oddziale w 2017 roku hospitalizowanych było 521 pacjentów. W ww. komórce organizacyjnej zatrudnionych jest 4 lekarzy i 22 pielęgniarki.

Sale w wizytowanych oddziałach są wieloosobowe, utrzymane w czystości. Na oddziałach wygospodarowane są pomieszczenia (świetlice), gdzie pacjenci mogą m.in. spotykać się z odwiedzającymi (wyposażone w stoły, krzesła, szafki, fotele).

Na tablicach informacyjnych znajdujących się w przedmiotowych komórkach organizacyjnych Szpitala wywieszane są wymagane informacje wskazane w art. 24 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej.

Baza łóżkowa Szpitala mieści się w kompleksie kilku budynków, których ogólny stan techniczny wskazuje na konieczność wykonania gruntownych prac remontowych i modernizacyjnych. Obiekty te objęte są jednak nadzorem konserwatora zabytków, co utrudnia wykonywanie wszelkich zmian w substancji budowlanej. Dyrekcja Szpitala podjęła wykonywanie remontów od częściowej termomodernizacji wewnętrznych instalacji grzewczych, jednak budynki wymagają dalszych licznych prac remontowych, w szczególności podnoszących standard i funkcjonalność oddziałów szpitalnych.

3) Pracownia diagnostyczna EEG

Pracownia wpisana jest do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 032 (kod resortowy identyfikujący komórkę organizacyjną stanowiącą część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych), kod resortowy charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych: 7998 Inne pracownie diagnostyczne lub zabiegowe. Pracownia rozpoczęła działalność w dniu 07.06.1993 r.

W ww. komórce organizacyjnej zatrudnionych jest 2 techników fizjoterapii. W Pracowni wykonywane są badania elektroencefalograficzne w celu rozpoznania stanu zdrowia pacjenta i ustalenia dalszego postępowania leczniczego. Pracownia realizuje usługi dla pacjentów, jak również dla osób z zewnątrz (świadczenia komercyjne zgodnie z obowiązującym cennikiem). Pracownia funkcjonuje od poniedziałku do piątku w godzinach od 6:30 do 14:05.

[Dowód: akta kontroli str. 20 - 34]

2. Procedury w przypadku wystąpienia u pacjentów chorób somatycznych.

Zgodnie z przekazanymi kontrolującym informacjami, oprócz leczenia zaburzeń psychicznych i świadczenia usług terapeutyczno – rehabilitacyjnych, niejednokrotnie konieczne jest wdrożenie u pacjentów kompleksowych i zintegrowanych działań medycznych poprzez leczenie współistniejących chorób somatycznych. Szpital podejmuje działania zmierzające do zapewnienia pacjentom w takich przypadkach właściwej opieki medycznej poprzez realizację stosownych procedur. W Szpitalu opracowano oraz wdrożono m.in. następujące procedury dot. wsparcia leczenia somatycznego:

- „Zasady konsultowania pacjentów i zapewnienia pacjentom dostępu do innych świadczeń zdrowotnych”, wprowadzone Zarządzeniem Dyrektora Nr 11/2018/PRC-EPM/MED./26,
- „Zasady badania pacjenta po przyjęciu do Szpitala”, wprowadzone Zarządzeniem Dyrektora Nr 9/2018/PRC-EPM/MED./33,
- „Postępowanie personelu w przypadku wystąpienia zdarzeń niepożądanych” (Zarządzenie Dyrektora Nr 97/2013/PRC-EPM/MED./39 ze zm.,
- „Postępowanie w stanach nagłego zagrożenia życia” (Zarządzenie Dyrektora Nr 24/2016/PRC-EPM/MED./46 ze zm.,
- „Procedura poszanowania praw pacjenta” (Zarządzenie Dyrektora Nr 36/2016/PRC-

EPM/MED./47 ze zm.,

- „Zasady opieki nad pacjentem w stanie terminalnym” (Zarządzenie Dyrektora Nr 36/2016/PRC-EPM/MED./47 ze zm.

W celu realizacji wzmożonej opieki nad pacjentem psychicznie chorym ze współistniejącymi schorzeniami somatycznymi, Szpital zapewnia na miejscu specjalistyczne konsultacje lekarskie. Wszelkie decyzje dotyczące sposobu leczenia pensjonariuszy Szpitala, niezwiązane z procesem leczenia psychiatrycznego, są podejmowane na podstawie badań i opinii lekarzy specjalistów.

Dla zapewnienia kompleksowości leczenia pacjentów w przypadku pogorszenia się ich stanu somatycznego, Szpital dzierżawi ambulans transportowy i zapewnia własną obsadę kadrową podczas transportu chorych na konsultacje specjalistyczne i badania przeprowadzane poza terenem Szpitala.

Szczegółowe zasady konsultowania pacjentów przez specjalistów, zarówno na terenie Szpitala jak i w miejscu wskazanym przez konsultującego oraz udzielania pacjentom świadczeń medycznych, niezbędnych do przeprowadzenia postępowania diagnostyczno – leczniczego, określa przyjęta w ww. podmiocie leczniczym Procedura: „Zasady konsultowania pacjentów i zapewnienia pacjentom dostępu do innych świadczeń zdrowotnych”, stanowiąca materiał dowodowy akt kontroli.

Czynności wykonywane przez kadrę medyczną podlegają standaryzacji w celu wyeliminowania błędów, a tym samym ograniczenia ryzyka wystąpienia zdarzeń niepożądanych.

Procedura dot. postępowania personelu w przypadku wystąpienia zdarzeń niepożądanych wprowadzona została Zarządzeniem Dyrektora Nr 97/2013/PRC-EPM/MED./39 ze zm.

Celem wprowadzenia niniejszej procedury jest m.in.:

- zwiększenie bezpieczeństwa pacjentów,
- stworzenie optymalnych warunków do prowadzenia procesu leczniczego,
- wdrożenie do praktyki takich rozwiązań, które pozwoliłyby na eliminację lub ograniczenie występowania zdarzeń niepożądanych.

W Szpitalu działa Zespół ds. Zarządzania Ryzykiem Zdarzeń Niepożądanych, który jest odpowiedzialny za rejestrowanie, identyfikację i analizę zgłoszeń, podejmowanie działań wyjaśniających i naprawczych, wydawanie zaleceń i kontrolę ich skuteczności oraz opracowanie okresowych raportów. Kopię raportu i analizy zdarzeń niepożądanych w Szpitalu za okres sprawozdawczy od 01.01.2017 r. do 31.12.2017 r. włączono do akt kontroli.

[Dowód: akta kontroli str. 35 -111]

3. Udzielanie zamówień na świadczenia zdrowotne.

Przedmiotem weryfikacji przeprowadzonej przez kontrolujących były umowy:

- 1) Nr DZp.Lpz766.KO-1.P.2016 z dnia 13.01.2017r. o świadczenie usług zdrowotnych w zakresie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych lekarskich w Poradni Zdrowia Psychicznego,
- 2) Nr DZp.DL.378.KO-8.2017 z dnia 14.07.2017r. o świadczenie usług zdrowotnych w zakresie badań diagnostycznych tomografii komputerowej (TK).

Ad. 1) Umowa Nr DZp.Lpz766.KO-1.P.2016

Umowa została zawarta w trybie postępowania konkursowego na podstawie art. 26 ustawy o działalności leczniczej.

Umowa została zawarta w formie pisemnej, na czas określony, tj. od dnia 16.01.2017 r. do dnia 02.01.2019 r. i zawiera wszystkie niezbędne zapisy określone w art. 27 ustawy.

Ponadto umowa określa szacunkową wartość brutto zamówienia, zgodnie z obowiązkiem wynikającym z przepisów ustawy o finansach publicznych (art. 44 ust. 3 pkt 3).

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

W ramach kontroli realizacji umowy sprawdzono faktury nr:

- 22 z dnia 30.11.2017.r. - stawka jednostkowa zgodna z umową,
- 25 z dnia 31.12.2017 r. - stawka jednostkowa zgodna z umową.

Ad. 2) Umowa Nr DZp.DL.378.KO-8.2017

Umowa została zawarta w trybie postępowania konkursowego na podstawie art. 26 ustawy o działalności leczniczej.

Umowa została zawarta w formie pisemnej, na czas określony, tj. od dnia 17.07.2017 r. do dnia 02.01.2019 r. i zawiera wszystkie niezbędne zapisy określone w art. 27 ustawy.

Ponadto umowa określa szacunkową wartość brutto zamówienia, zgodnie z obowiązkiem wynikającym z przepisów ustawy o finansach publicznych (art. 44 ust. 3 pkt 3).

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

W ramach kontroli realizacji umowy sprawdzono faktury nr:

- 03/09/17/W z dnia 04.09.2017.r. - stawka jednostkowa zgodna z umową,
- 03/10/17/W z dnia 03.10.2017 r. - stawka jednostkowa zgodna z umową.

[Dowód: akta kontroli str.112-152]

4. 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, że w okresie objętym kontrolą, tj. lata 2017-2018 w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Państwowym Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku miało miejsce pięć postępowań konkursowych na stanowiska kierownicze wskazane w art. 49 w/w ustawy.

Przeprowadzone postępowania konkursowe na stanowiska kierownicze:

- 1) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału III – psychiatrii sądowej (termin składania ofert przez kandydatów: 21.02.2018 r.),
- 2) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału VII – psychiatrii sądowej (termin składania ofert przez kandydatów: 21.02.2018 r.),
- 3) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału VIIa – psychiatrii sądowej (termin składania ofert przez kandydatów: 21.02.2018 r.),
- 4) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału X – psychiatrii sądowej (termin składania ofert przez kandydatów: 21.02.2018 r.),
- 5) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału XX – psychiatrii sądowej (termin składania ofert przez kandydatów: 21.02.2018 r.).

Zgodnie z informacją otrzymaną od kontrolowanego w wyniku postępowań konkursowych na ww. stanowiska kandydaci nie zostali wybrani z przyczyn określonych w art. 49 ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej tj. do konkursu na stanowiska pielęgniarek oddziałowych ww. Oddziałów nie zgłosiło się co najmniej dwóch kandydatów.

Wobec powyższego, Dyrektor SP ZOZ Państwowego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku ogłosi nowe konkursy na ww. stanowiska pielęgniarek oddziałowych do dnia 23.03.2018 roku oraz w dalszej perspektywie, zamierza ogłosić kolejne konkursy na stanowiska pielęgniarek oddziałowych w Szpitalu.

Zatrudnienie na stanowiskach objętych konkursem na podstawie w/w przepisów prawa kształtuje się następująco:

- 1) Oddział Dzienny Psychiatryczny: p.o. kierownika oddziału;
- 2) Oddział I - Dzienny Terapii Uzależnienia od Alkohol: p.o. kierownika oddziału;
- 3) Oddział II - ZOL: p.o. kierownika oddziału, z-ca kierownika ZOL ds. pielęgniarstwa;
- 4) Oddział III - Psychiatrii Sądowej: p.o. kierownika oddziału, z-ca kierownika oddziału ds. pielęgniarstwa;
- 5) Oddział IV - ZOL: p.o. kierownika oddziału, z-ca kierownika ZOL ds. pielęgniarstwa;
- 6) Oddział V - ZOL: p.o. kierownika oddziału, z-ca kierownika ZOL ds. pielęgniarstwa;
- 7) Oddział VI – Psychiatryczny Ogólny: p.o. kierownika oddziału, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
- 8) Oddział VII - Psychiatrii Sądowej: p.o. kierownika oddziału, z-ca kierownika oddziału ds. pielęgniarstwa;
- 9) Oddział VIIa - Psychiatrii Sądowej: p.o. kierownika oddziału, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
- 10) Oddział VIII – Psychiatryczny Ogólny: p.o. kierownika oddziału, z-ca kierownika oddziału ds. pielęgniarstwa;
- 11) Oddział VIIIa – Psychiatryczny Ogólny: p.o. kierownika oddziału, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
- 12) Oddział IX - Psychiatrii Sądowej o Wzmocnionym Zabezpieczeniu: p.o. kierownika oddziału, z-ca kierownika oddziału ds. pielęgniarstwa;
- 13) Oddział X - Psychiatrii Sądowej: p.o. kierownika oddziału, z-ca kierownika oddziału ds. pielęgniarstwa;
- 14) Oddział XI - ZOL: p.o. kierownika oddziału, z-ca kierownika ZOL ds. pielęgniarstwa;
- 15) Oddział XIV - Terapii Uzależnienia od Alkohol: p.o. kierownika oddziału, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
- 16) Oddział XVI – Rehabilitacji Psychiatrycznej: p.o. kierownika oddziału, z-ca kierownika oddziału ds. pielęgniarstwa;
- 17) Oddział XVII – Psychiatryczny Ogólny: p.o. kierownika oddziału, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
- 18) Oddział XVIIIa – Psychiatryczny Ogólny: p.o. kierownika oddziału, z-ca kierownika oddziału ds. pielęgniarstwa;
- 19) Oddział XVIIIc – Psychiatryczny dla Chorych Somatycznie: p.o. kierownika oddziału, p.o. z-cy kierownika oddziału ds. pielęgniarstwa;
- 20) Oddział XVIIId – Psychiatryczny Ogólny: p.o. kierownika oddziału, z-ca kierownika oddziału ds. pielęgniarstwa;
- 21) Oddział XX - Psychiatrii Sądowej: p.o. kierownika oddziału, p.o. pielęgniarki oddziałowej.

Jak wskazano powyżej, poszczególnymi oddziałami zarządzają kierownicy oddziałów. Rozwiązanie takie jest zgodne z treścią art. 49 ust. 7 w/w 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 pielęgniarstwa kieruje p.o. zastępcy dyrektora ds. pielęgniarstwa i jakości, natomiast zespołem pielęgniarstwa na sześciu oddziałach zarządzają osoby p.o. pielęgniarki oddziałowej, a na pozostałych oddziałach zastępcy kierownika oddziału/ZOL ds. pielęgniarstwa.

Wskazać należy, iż nazwa stanowiska powinna zawierać ustawowe brzmienie „pielęgniarki oddziałowej”. Działania mające na celu nieobsadzanie stanowisk wymienionych z nazwy w art. 49 ust.1 ustawy, a w ich miejsce tworzenie w zakresie merytorycznym tożsamyh stanowisk - tylko inaczej nazwanych - stanowią próbę obejścia przepisów.

W Szpitalu nie funkcjonuje stanowisko naczelnej pielęgniarki/przełożonej pielęgniarek. Zgodnie z informacją przekazaną kontrolującym przez Kierownika Działu organizacji i nadzoru „Obecna struktura zatrudnienia w SP ZOZ Państwowym Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie

Chorych w Rybniku nie uwzględnia stanowiska naczelnej pielęgniarki z uwagi na fakt, iż nie wynika to z potrzeb organizacyjnych tut. Szpitala”.

Należy zaznaczyć, iż zgodnie z uzyskaną przez Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej opinią Ministerstwa Zdrowia, decyzja o utworzeniu bądź rezygnacji z utworzenia stanowiska naczelnej 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.

W Regulaminie Organizacyjnym Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Państwowego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku nie wykazano stanowiska naczelnej pielęgniarki, natomiast wyszczególniono stanowisko zastępcy dyrektora ds. pielęgniarstwa i jakości oraz kierownika oddziału. Stanowisko ordynatora (lekarza kierującego oddziałem) oraz pielęgniarki oddziałowej zostało określone zarówno w załączniku nr 1 jak i 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.

[Dowód: akta kontroli str. 153 -171]

4. Serwisowanie aparatury oraz sprzętu medycznego.

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

- 1) Ssak elektryczny OGARIT nr SO4, rok produkcji 2002, użytkowana przez Oddział VI – Psychiatryczny ogólny; przegląd okresowy odbył się 13.04.2017r. – został dokonany w terminie wyznaczonym przy poprzednim przeglądzie. Następny przegląd powinien być wykonany do 13 kwietnia 2018 r., zgodnie z ostatnim wpisem urządzenie sprawne.
- 2) Elektroencefalograf EEG 8 ED- 14/8, rok produkcji 1993, użytkowany przez Pracownię diagnostyczną EEG; przegląd okresowy odbył się w dniu 13.04.2017r. – został dokonany w terminie wyznaczonym przy poprzednim przeglądzie. Następny przegląd powinien być wykonany do 13 kwietnia 2018 r., zgodnie z ostatnim wpisem urządzenie sprawne.
- 3) Elektrokardiograf AsCARD Mr. Blue, nr 0459, rok produkcji 2011, użytkowany przez Pracownię diagnostyczną EKG; przegląd okresowy odbył się w dniu 13.04.2017r. – został dokonany w terminie wyznaczonym przy poprzednim przeglądzie. Następny przegląd powinien być wykonany do 13 kwietnia 2018 r., zgodnie z ostatnim wpisem urządzenie sprawne.
- 4) Defibrylator Lifepak nr 36233649, rok produkcji 2008; przegląd okresowy odbył się w dniu 13.04.2017r. – został dokonany w terminie wyznaczonym przy poprzednim przeglądzie. Następny przegląd powinien być wykonany do 13 kwietnia 2018 r., zgodnie z ostatnim wpisem urządzenie sprawne.

[Dowód: akta kontroli str. 172 -179]

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

W ramach kontroli dostępności świadczeń zdrowotnych sprawdzeniem objęto rejestr skarg i wniosków Szpitala z roku 2017 i 2018. Sposób rozpatrywania skarg i wniosków został określony w Regulaminie organizacyjnym Szpitala. Zgodnie z tą regulacją skargi i wnioski przyjmowane są w formie pisemnej oraz ustnej przez Dyrektora Szpitala raz w tygodniu w wyznaczonym dniu.

Rozpoznawanie skarg i wniosków odbywa się w trybie określonym przepisami kodeksu postępowania administracyjnego. Skargi i wnioski rejestrowane są w prowadzonym w Szpitalu Rejestrze skarg i wniosków. W przedmiotowym Rejestrze za 2017 rok umieszczono wpisy dotyczące 16 spraw, natomiast w 2018 r. do dnia kontroli zarejestrowano 3 sprawy. Skargi zostały rozpatrzone przez Dyrektora Szpitala, skarżącym udzielono odpowiedzi w ustawowym terminie. Analiza skarg i wniosków nie była przedstawiana okresowo Radzie Społecznej. W trakcie kontroli kontrolujący zwrócili uwagę Dyrektorowi, iż obowiązek taki wynika z treści art. 48 ust. 2 pkt 3 ustawy o działalności leczniczej. Z wyjaśnień Dyrektora wynika, iż analiza skarg i wniosków za rok 2017 zostanie przedstawiona Radzie Społecznej na planowanym posiedzeniu w II kwartale 2018 roku.

Prowadzony rejestr skarg i wniosków zapewnia ochronę danych osobowych (w tym danych wrażliwych). Rejestr umożliwia kontrolę przebiegu i terminów załatwiania poszczególnych skarg.

[Dowód: akta kontroli str. 180]

6. Czas oczekiwania na udzielenie świadczeń zdrowotnych.

W Szpitalu zgodnie z art. 20 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych prowadzone są listy osób oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego. W trakcie kontroli ustalono, że na podstawie art. 21 ust. 1 pkt 1 w/w ustawy w Szpitalu działa „Zespół Oceny Przyjęć”, powołany zarządzeniem Dyrektora Szpitala nr 48/207/ZK/27 z dnia 23.08.2017r. Do zadań Zespołu należy przeprowadzanie oceny list oczekujących na udzielenie świadczenia pod względem: prawidłowości prowadzenia dokumentacji, czasu oczekiwania na udzielenia świadczenia oraz zasadności i przyczyn zmian terminów udzielenia świadczeń.

Zespół Oceny Przyjęć dokonuje oceny list oczekujących, co miesiąc, tj. zgodnie z art. 21 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, przy czym raporty dla Dyrektora Szpitala sporządza dwa razy w roku – co jest niezgodne z art. 21 ust. 5 w/w ustawy.

Kopie raportów sporządzonych: z dnia 23.08.2017 r. i z dnia 01.02.2018 r. stanowią akta kontroli.

Z listy oczekujących na udzielenie świadczenia za m-c styczeń 2018 wynika, że:

- najdłuższy czas oczekiwania na udzielenie świadczenia ma miejsce w Oddziale XIV psychiatrycznym odwykowym dla uzależnionych od alkoholu i wynosi 477 dni w przypadkach stabilnych,
- najkrótszy czas oczekiwania na udzielenie świadczenia ma miejsce w Oddziale I dziennym terapii od alkoholu i wynosi 8 dni w przypadkach stabilnych.

Ze względu na specyfikę świadczeń udzielanych w pozostałych oddziałach, do których przyjęcia realizowane są na podstawie orzeczeń sądowych nie prowadzi się statystyki kolejek oczekujących.

[Dowód: akta kontroli str.181-192]

7. Wykonywanie badań satysfakcji pacjenta.

W trosce o poprawę jakości oferowanych pacjentom usług zdrowotnych, Dyrektor Szpitala wydał Komunikat nr K/DN/22/2017 z dnia 25 sierpnia 2017r. w sprawie przeprowadzania badania ankietowego dotyczącego jakości opieki i satysfakcji pacjentów ze świadczeń zdrowotnych w SP ZOZ Państwowym Szpitalu dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Rybniku.

Komunikat zawierał zaproszenie pacjentów do wzięcia udziału w anonimowej ankiecie i określał termin rozprawienia ankiet (28-29 sierpnia 2017r.) oraz termin ich zwrotu (do dnia 8.09.2017r)

W wyznaczonym terminie rozdano 255 ankiet skierowanych do pacjentów oddziałów szpitalnych oraz 30 ankiet skierowanych do pacjentów poradni (wzór 1 i 2 ankiety stanowią akta kontroli).

Pytania ankietowe zostały podzielone na 4 bloki tematyczne dotyczące pobytu, udzielanych

świadczeń, kadry medycznej oraz infrastruktury Szpitala. W odniesieniu do każdej z grup zadano kilkanaście pytań oraz pytanie podsumowujące, w którym poproszono o ogólną ocenę satysfakcji pacjenta. Zwrócono łącznie 240 ankiet z oddziałów szpitalnych oraz 29 z poradni. Zgodnie ze sporządzoną przez Zespół ds. poprawy jakości i bezpieczeństwa pacjenta analizą ankiet wynika, iż osiągnięto zadawalające wyniki z badania satysfakcji pacjentów.

Przykładowo, w zakresie oceny opieki oferowanej przez personel lekarski należy wskazać na wysoki poziom zadowolenia ankietowanych (89% ocen pozytywnych). W zakresie satysfakcji pacjenta z pobytu w Izbie przyjęć (oczekiwanie na przyjęcie do Szpitala) 68% ankietowanych uważało go za dobry lub bardzo dobry.

Gorsze wyniki osiągnięto w zakresie oceny pacjentów dotyczącej posiłków i infrastruktury Szpitala. Przykładowo, w zakresie urozmaicenia posiłków dominują oceny dobre (32% ankietowanych) oraz dostateczne (26%), w zakresie wyposażenia sal chorych 71% i 53% ocen pozytywnych odpowiednio wśród pacjentów oddziałów psychiatrycznych ogólnych i pacjentów oddziałów sądowych.

Z wniosków i zaleceń z przeprowadzonej analizy wynika m.in., iż zastrzeżeń nie budzi poziom opieki personelu medycznego oraz pomocniczego nad pacjentem. Należy natomiast podejmować m.in. działania poprawiające oznakowanie terenu Szpitala oraz jego oświetlenie, jak również podjąć czynności poprawiające walory smakowe i estetyczne oferowanych posiłków, przy jednoczesnym zachowaniu wymagań norm żywieniowych dla żywienia zbiorowego.

Zgodnie z informacjami przekazanymi przez Szpital, kolejne badanie ankietowe pacjentów planuje się przeprowadzić w sierpniu 2018 r.

[Dowód: akta kontroli str.193-247]

B. Stwierdzone nieprawidłowości:

1. Zastąpienie stanowiska pielęgniarki oddziałowej stanowiskiem „zastępcy kierownika oddziału/ZOL ds. pielęgniarstwa”, co stanowi naruszenie art. 49 ust.1 ustawy o działalności leczniczej.
2. Brak przedstawiania Radzie Społecznej Szpitala analizy skarg i wniosków wnoszonych przez pacjentów, co narusza art. 48 ust. 2 pkt 3 ustawy o działalności leczniczej.
3. Brak comiesięcznych (sporządzanych każdorazowo) raportów zespołu ds. oceny przyjęć, co jest niezgodne z art. 21 ust. 5 ustawy z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

C. Ocena cząstkowa: pozytywna z nieprawidłowościami

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.

IV. Prawdliwość gospodarowania mieniem.

A. Ustalenia faktyczne

W zakresie prawidłowości gospodarowania mieniem kontrolą objęto niżej wymienione zagadnienia:

1. Nabycie aparatury i sprzętu medycznego.

- a) Podnośniki elektryczne EAGLE 620 2 szt. o wartości 6 800,00 zł (cena za 1 szt. 3 400,00zł):

- zakup ujęty w planie inwestycyjnym na 2017 r. w ramach zakupu wyposażenia;
 - pozytywna opinia Rady Społecznej Szpitala wyrażona w uchwale nr 13/2017 z dnia 09.08.2017 r.;
 - z uwagi na cenę akceptacja podmiotu tworzącego dla zakupu nie była wymagana;
 - zakup potwierdzony fakturą VAT Nr 888/MPG/06/2017 z dnia 19.06.2017 r. na kwotę 6 800,00 zł termin płatności 03.07.2017 r., zapłacono 25.08.2017 r. tj. 53 dni po terminie;
 - protokół przekazania sprzętu z dnia 14.06.2017r.;
 - numer inwentarzowy P-32-96;
- b) Łóżka szpitalne z materacami i szafkami (50 sztuk, używane) o łącznej wartości 105 300,00 zł (cena jednostkowa kompletu 2 106,00zł):
- zakup ujęty w planie inwestycyjnym na 2017 r. w ramach zakupu wyposażenia;
 - pozytywna opinia Rady Społecznej Szpitala wyrażona w uchwale nr 13/2017 z dnia 09.08.2017 r.;
 - z uwagi na ceny jednostkowe akceptacja podmiotu tworzącego dla zakupu nie była wymagana;
 - zakup potwierdzony fakturą VAT Nr 17/10-FVS/0001 z dnia 26.10.2017 r. na kwotę 105 300,00 zł termin płatności 07.11.2017 r., zapłacono 09.11.2017 r.;
 - sprzęt został zaewidencjonowany jako wyposażenie.

Procedura nabywania aparatury i sprzętu medycznego w zakresie objętym kontrolą oceniona została pozytywnie. Nieprawidłowość stanowi nieterminowe uregulowanie płatności za nabyty sprzęt.

[Dowód: akta kontroli str.248-262]

2. Zbycie aparatury i sprzętu medycznego

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

- a) Aparat EKG - nr inwentarzowy 000379; nr fabryczny AsCard 590/00/6P, rok produkcji 2000; wartość początkowa 7 100,00 zł; umorzenie 100 %:
- orzeczenie techniczne z 2016 r. – uszkodzony mechanizm drukarki, aparat wyeksploatowany;
 - pozytywna opinia Rady Społecznej Szpitala wyrażona uchwałą nr 3/2017 z dnia 12.01.2017 r.;
 - zgoda podmiotu tworzącego na zbycie nie była wymagana;
 - protokół nr 828/17 z dnia 27.03.2017 r. Komisji Likwidacyjnej środków trwałych;
 - sprzęt został przekazany do utylizacji w dniu 27.03.2017r.
- b) Analizator biochemiczny Hitachi - 902 - nr inwentarzowy 000565, rok produkcji 2002; wartość początkowa 119 999,20 zł; umorzenie 100 %:
- orzeczenie techniczne z 12.12.2016 r. – brak wyeksploatowanych części zamiennych (zakończenie produkcji w 2015r.);
 - pozytywna opinia Rady Społecznej Szpitala wyrażona uchwałą nr 3/2017 z dnia 12.01.2017 r.;
 - zgoda na zbycie wyrażona przez Członka Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 06.03.2017 r.;
 - protokół nr 001/2017 z dnia 26.05.2017 r. Komisji Likwidacyjnej środków trwałych;
 - sprzęt został przekazany do utylizacji w dniu 26.05.2017r.

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

[Dowód: akta kontroli str. 263- 281]

3. Najem/dzierżawa pomieszczeń.

W ramach kontroli sprawdzaniem objęto prawidłowość zawarcia umów dzierżawy:

- 1) Nr DGt.223.4.2016 z dnia 30.06.2016 r.
- 2) Nr DGt.223.1.2017 z dnia 29.03.2017 r.

Ad 1)

Przedmiotem umowy jest dzierżawa pawilonu o powierzchni użytkowej 176,62m² wraz z przylegającym ogródkiem, posadowionym na działce nr 3760/11 (teren Szpitala). Umowa zawarta została w trybie bezprzetargowym na okres: 25.07.2016 r.– 24.07.2019 r. Rada Społeczna pozytywnie zaopiniowała wniosek Dyrektora Szpitala dotyczący dzierżawy przedmiotowego pomieszczenia uchwałą nr 2/2017 z dnia 12.01.2017 r. Z uwagi na okres na jaki została zawarta umowa zgoda podmiotu tworzącego nie była wymagana. Zgodnie z zapisami umowy, dzierżawca zobowiązany jest płacić wydzierżawiającemu czynsz dzierżawny, na podstawie wystawionej z dołu faktury VAT, do 10 dnia każdego miesiąca. Umowa zawiera zapisy określone w § 15 „Zasad zbywania, wydzierżawiania, wynajmowania, oddania w użytkowanie lub użyczenie aktywów trwałych SP ZOZ, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie”.

Objęte kontrolą faktury za listopad 2017 r. i grudzień 2017 r. wystawione zostały zgodnie z treścią umowy. Należności z tytułu faktur wpłynęły: za XI w dniu 29.12.2017r. tj. 19 dni po terminie, za XII w dniu 31.01.2018 r. tj 21 dni po terminie. Szpital obciążył dzierżawcę odsetkami za opóźnienie w zapłacie (nota odsetkowa z dnia 19.01.2018r.)

Ad. 2)

Przedmiotem umowy jest dzierżawa pawilonu o powierzchni użytkowej 91m² wraz z drogą dojazdową, posadowionym na działce nr 432/15 (teren Szpitala). Umowa zawarta została w trybie bezprzetargowym na okres: 03.04.2017 r.– 03.04.2020 r. Rada Społeczna pozytywnie zaopiniowała wniosek Dyrektora Szpitala dotyczący dzierżawy przedmiotowego pomieszczenia uchwałą nr 14/2016 z dnia 20.04.2016 r. Z uwagi na okres na jaki została zawarta umowa zgoda podmiotu tworzącego nie była wymagana. Zgodnie z zapisami umowy, dzierżawca zobowiązany jest płacić wydzierżawiającemu czynsz dzierżawny, na podstawie wystawionej z dołu przez wydzierżawiającego faktury VAT, do 10 dnia każdego miesiąca.

Umowa zawiera zapisy określone w § 15 „Zasad zbywania, wydzierżawiania, wynajmowania, oddania w użytkowanie lub użyczenie aktywów trwałych SP ZOZ, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie”.

Objęte kontrolą faktury za grudzień 2017 r. i styczeń 2018 r. wystawione zostały zgodnie z treścią umowy. Należności z tytułu faktur wpłynęły: za XII w dniu 08.01.2018r. tj. terminowo, za I w dniu 06.02.2018 r. tj terminowo.

[Dowód: akta kontroli str. 282-311]

B. Stwierdzone nieprawidłowości:

Opóźnienie w zapłacie za zakupiony sprzęt medyczny wykazany w pkt 1 ppkt a, co stanowi naruszenie art. 44 ust. 3 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (j.t. Dz. U. z 2017 poz. 2077 z późn. zm.), zgodnie z którym wydatki publiczne powinny być dokonywane w wysokości i terminach wynikających z wcześniej zaciągniętych zobowiązań.

C. Ocena cząstkowa: pozytywna z nieprawidłowościami

D. Osoby odpowiedzialne:

1. Główna Księgowa
2. 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 zaleceń pokontrolnych z poprzedniej kontroli prowadzonej przez Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego.

A. Ustalenia faktyczne:

Ostatnia kontrola w Szpitalu przeprowadzona została przez pracowników Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w dniach 29-30.08.2016r.

Przedmiotem kontroli objęto: realizację zadań statutowych, dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych, prawidłowość gospodarowania mieniem oraz gospodarkę finansową w latach 2014-2016.

Wydano następujące zalecenia pokontrolne dotyczące:

- a) przestrzegania zapisów art. 49 ustawy o działalności leczniczej,
- b) przestrzegania terminu wynikającego z art. 237 par. 1 Kpa oraz obowiązków wynikających z art. 36 i 14 Kpa,
- c) przestrzegania procedury dotyczącej zbywania aparatury i sprzętu medycznego,
- d) umieszczania w treści umów dzierżawy pomieszczeń zawieranych z podmiotami zewnętrznymi zapisu dotyczącego możliwości waloryzacji czynszu w oparciu o wskaźnik wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych ogłaszany przez Prezesa GUS.

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

Kontrola realizacji zaleceń pokontrolnych w latach 2017-2018 wykazała, iż Dyrektor Szpitala zastosował się częściowo do wydanego zalecenia pokontrolnego dot. przestrzegania zapisów art. 49 ustawy o działalności leczniczej, tj. przeprowadzono pięć postępowań konkursowych na stanowiska pielęgniarek oddziałowych oddziałów Szpitala.

Stwierdzono wykonanie pozostałych powyżej wymienionych zaleceń.

B. Stwierdzone nieprawidłowości:

Częściowe wykonanie zalecenia pokontrolnego dotyczącego przestrzegania zapisów art. 49 ustawy o działalności leczniczej, w związku z zastąpieniem stanowiska pielęgniarki oddziałowej stanowiskiem „zastępcy kierownika oddziału/ZOL ds. pielęgniarstwa”.

C. Ocena cząstkowa: pozytywna z nieprawidłowościami

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.

Na tym ustalenia kontrolne zakończono.

VI. Pozostałe informacje i pouczenia.

1. Pozostałe informacje

Projekt wystąpienia pokontrolnego wraz z pismem przewodnim znak: ZD-N.1711.1.2018 z dnia 18 kwietnia 2018 r. został przekazany Dyrektorowi Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki

Zdrowotnej Państwowego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku, listem poleconym za zwrotnym potwierdzeniem odbioru. Szpital odebrał wskazany dokument w dniu 23 kwietnia 2018 r., co potwierdza *zwrotne potwierdzenie odbioru*. Dyrektor nie wniósł zastrzeżeń do treści projektu wystąpienia pokontrolnego.

2. Zalecenia pokontrolne

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami zalecam podjąć działania zmierzające do:

- 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.

3. Pouczenia

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.

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

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

Wystąpienie pokontrolne zawiera 16 ponumerowanych stron.

Podmiot uprawniony do kontroli:

Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego
Urząd Marszałkowski
Z-ca Dyrektora Wydziału
Zdrowia i Polityki Społecznej