

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

Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny
im. dr. Emila Cyrana w Lublińcu
(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 (t.j.: Dz. U. 2015, poz. 1331),
- 3) planu kontroli na 2018 rok, załącznik nr 3, poz. 10 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: Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. dr. Emila Cyrana w Lublińcu, 42-700 Lubliniec, ul. Grunwaldzka 48.

Kierownik jednostki kontrolowanej: Pan Henryk Kromołowski powołany na stanowisko Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Neuropsychiatrycznego im. dr. Emila Cyrana w Lublińcu na mocy uchwały nr 1705/183/III/2008 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 31.07.2008 roku. Od dnia 20.03.2018r. pełniącą obowiązki Dyrektora Szpitala jest Pani Małgorzata Witkowska.

Dyrektor wykonuje swoje zadania kierownicze i zarządzające przy pomocy:

- Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa – Pana Ludwika Wódka
- Główniej Księgowej – Pani Kariny Kraski
- Naczelnego Pielęgniara – Pana Zbigniewa Bednarczyka
- kierowników komórek organizacyjnych oraz osób pracujących na samodzielnych stanowiskach pracy.

Termin przeprowadzenia czynności kontrolnych i zakres kontroli:

kontrolę przeprowadzono w dniach 27 lutego – 02 marca 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 2016 - 2018.

[Dowód: akta kontroli str. 1-3]

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

Osoby przeprowadzające kontrolę:

Ewa Waclawek – Główny specjalista Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 125/ZD/2018 z dnia 23.02.2018 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 27.02.2018 r.

Katarzyna Bartoszek – Główny specjalista Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 124/ZD/2018 z dnia 23.02.2018r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 27.02.2018 r.

Joanna Dudek - Ślęczek – Główny specjalista Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 126/ZD/2018 z dnia 23.02.2018 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 01.03.2018 r.

Jolanta Maksymiuk – Główny specjalista Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 128/ZD/2018 z dnia 23.02.2018 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 27.02.2018 r.

Magdalena Majchrzak – Osiecka – Główny Specjalista Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 127/ZD/2018 z dnia 23.02.2018 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 27.02.2018 r.

Tomasz Piechocki – Inspektor Wydziału Kontroli Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnienia jednorazowego 132/KA/2018 z dnia 26.02.2018 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 27.02.2018 r.

O kontroli Dyrektor jednostki został poinformowany dnia 26 lutego 2018 r.

Kontrolę wpisano do książki kontroli pod pozycją 2.

[Dowód: akta kontroli str. 4 - 16]

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 Wojewódzkiego Szpitala Neuropsychiatrycznego im. dr. Emila Cyrana w Lublińcu.

1. Informacje ogólne

Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. dr. Emila Cyrana w Lublińcu zwany dalej „Szpitalem” jest samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej. Funkcję podmiotu

tworzącego pełni Województwo Śląskie. Nadzór nad działalnością Szpitala sprawuje Zarząd Województwa Śląskiego. Szpital wpisany jest do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego pod numerem 000000013400 oraz posiada osobowość prawną i jest wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego w Częstochowie pod numerem KRS 0000039111. Siedzibą Szpitala jest miasto Lubliniec.

Szpital działa na podstawie:

- 1) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t.j.: Dz. U. z 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/12/23/2015 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 21.09.2015 r. tekst jednolity: Dz. Urz. Województwa Śląskiego z dnia 5.10.2017 r. poz. 5304,
- 4) Regulaminu Organizacyjnego, którego ostatnie zmiany zostały pozytywnie zaopiniowane przez Radę Społeczną, uchwałą nr 33/2017 z dnia 15.12.2017 r. oraz wprowadzone w życie aneksem nr 6 z dnia 15.12.2017r. do Zarządzenia Wewnętrznego nr 36/2015 Dyrektora Szpitala z dnia 16.10.2015 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, wydzierżawiania, 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 Szpitalu zatrudnienie na dzień 26.02.2018 roku wynosiło:

- 531 pracowników w ramach umowy o pracę,
- 31 pracowników w ramach umów cywilnoprawnych.

[Dowód: akta kontroli str. 17 - 19]

2. Prawidłowość wpisów w Krajowym Rejestrze Sądowym

Ostatnie zgłoszenie do Krajowego Rejestru Sądowego z dnia 31 maja 2017 r. dotyczyło nowego adresu poczty elektronicznej Szpitala. Zmiana została wpisana do Rejestru w dniu 20.06.2017r. Ponadto postanowieniem z dnia 6.12.2017r. Sąd Rejonowy w Częstochowie XVII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego przyjął do akt rejestrowych prowadzonych dla Szpitala uchwałą Nr V/42/29/2017 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 18 września 2017r. w sprawie ogłoszenia tekstu jednolitego statutu Szpitala.

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

[Dowód: akta kontroli str. 20 - 41]

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, prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego, pod numerem 000000013400. Ostatnie zmiany wpisu

zostały ujawnione w Rejestrze w dniu 12.07.2017 r., zgodnie z wnioskiem Dyrektora Szpitala z dnia 07.07.2017 r. i dotyczyły m.in. zmiany nazwy Szpitala oraz adresu email.

Stwierdzono wpis do Rejestru wszystkich komórek organizacyjnych, związanych z prowadzoną w Szpitalu działalnością medyczną.

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 z dniem 15.12.2017r. i weszły w życie od dnia 01.01.2018 r.

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. Wskazać należy, iż na stronie internetowej Szpitala umieszczona jest zakładka „Zarząd szpitala”, w której wskazane są osoby sprawujące kierownicze stanowiska w podmiocie leczniczym, tj. dyrektor Szpitala, Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa oraz Główna księgowa. Kontrolujący wskazują, iż w samodzielnym publicznym zakładzie opieki zdrowotnej nie występuje organ zwany „zarządem”, jak ma to miejsce w przypadku np. spółek prawa handlowego, stąd też nazwa przedmiotowej zakładki umieszczonej na stronie WWW Szpitala jest błędna.

Natomiast strona podmiotowa BIP Szpitala zawiera nieaktualną informację dotyczącą cennika procedur medycznych (umieszczony na stronie BIP w zakładce „Cennik procedur medycznych” cennik został przyjęty aneksem z dnia 22.09.2017r. natomiast aktualny cennik został zmieniony aneksem z dnia 15.12.2017r.). Ponadto wskazać należy, iż na stronie podmiotowej BIP Szpitala nie umieszczono aktualnego tekstu jednolitego regulaminu organizacyjnego Szpitala (w zakładce „Regulamin organizacyjny” brak jest aneksu nr 3, którym przyjęty został nowy tekst jednolity). W pozostałym zakresie strona podmiotowa BIP Szpitala zawiera informacje wskazane w ustawie o działalności leczniczej oraz ustawie o dostępie do informacji publicznej.

Obligatoryjne informacje zostały wywieszone w widocznych miejscach w poszczególnych jednostkach organizacyjnych Szpitala.

[Dowód: akta kontroli str. 42 - 276]

B: Stwierdzone nieprawidłowości:

1. Publikowanie nieaktualnych informacji na stronie podmiotowej BIP w zakresie wysokości opłat za usługi medyczne oraz regulaminu organizacyjnego Szpitala.

C: Ocena cząstkowa: pozytywna z nieprawidłowościami

D. Osoby odpowiedzialne:

1. Kierownik Działu Kontraktów, Rozliczeń i Organizacji.
2. Pracownik zatrudniony na Stanowisku ds. Komputeryzacji i Informatyki.
3. Dyrektor Szpitala Henryk Kromołowski, 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 Lublińcu przy ul. Grunwaldzkiej 48.

1. Funkcjonowanie wybranych komórek organizacyjnych.

W ramach czynności kontrolnych przeprowadzono wizytację wybranych komórek medycznych. Szczegółową kontrolą objęto funkcjonowanie Oddziału psychiatrycznego ogólnego 06 z pododdziałem leczenia zaburzeń schizofrenicznych oraz Oddziału psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży.

1) Oddział psychiatryczny ogólny 06 z pododdziałem leczenia zaburzeń schizofrenicznych

Oddział wpisany jest do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 006 (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: 4700 (Oddział psychiatryczny ogólny). Oddział został wpisany do rejestru podmiotów leczniczych z dniem 20.05.1993 r. i dysponuje 60 łózkami.

Oddział zajmuje się udzielaniem świadczeń psychiatrycznych obejmujących diagnostykę, leczenie, pielęgnację i rehabilitację osób z zaburzeniami psychicznymi, w szczególności psychotycznymi, powyżej 18 roku życia, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Wykonywane w Oddziale procedury obejmują m.in.: świadczenia terapeutyczne, programy terapeutyczne czy też działania edukacyjno-konsultacyjne dla rodzin. W oddziale odbywają się m.in. sesje pomocy psychologicznej (psychoterapia indywidualna, psychoterapia grupowa, psychoterapia rodzinna), psychoedukacja, terapia zajęciowa, trening behawioralny, terapia relaksacyjna czy terapia ruchowa.

W Oddziale rocznie hospitalizowanych jest ponad 500 pacjentów. W Oddziale zatrudnionych jest 5 lekarzy (4,2 etatu) i 17 pielęgniarek (16,5 etatu).

2) Oddział psychiatryczny dla dzieci i młodzieży

Oddział wpisany jest do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 009 (kod resortowy identyfikujący komórkę organizacyjną stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych), kod resortowy charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych: 4701 (Oddział psychiatryczny ogólny dla dzieci). Oddział został wpisany do rejestru podmiotów leczniczych z dniem 20.05.1993 r. i dysponuje 24 łózkami.

Oddział zajmuje się udzielaniem świadczeń psychiatrycznych obejmujących diagnostykę i leczenie dzieci i młodzieży objętych obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki oraz kształcących się w szkołach ponadgimnazjalnych do ich ukończenia. Oddział zajmuje się leczeniem pacjentów z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania a także obserwacją medyczną i oceną przypadków podejrzanych o chorobę lub stany podobne. W Oddziale odbywają się m.in. terapie grupowe z psychologiem, terapie indywidualne, terapie zajęciowe, różnego rodzaju treningi umiejętności doskonalenia czynności życia codziennego, zajęcia psychoedukacyjne oraz działania edukacyjno – konsultacyjne dla rodzin. W Oddziale prowadzone są zajęcia szkolne dla małych pacjentów. Prowadzone są także liczne programy terapeutyczne dotyczące m.in.: psychozy, zaburzeń psychoorganicznych, zaburzeń emocjonalnych, jadłowstrętu psychicznego czy też dla pacjentów z problemem alkoholowym

- W dniu 2.01.2018 r. konsultowana pacjentka 17 lat przez specj. psychiatrę dorosłych. Brak zapisu odnośnie konsultacji z kierownikiem Oddziału PDiM.
- W dniu 5.01.2018 r. konsultowany pacjent 16 lat przez specj. psychiatrę dorosłych. Odmowa przyjęcia została skonsultowana z lekarzem Oddziału PDiM.
- W dniu 8.01.2018 r. konsultowany pacjent 17 lat przez specj. psychiatrę dorosłych. Odmowa przyjęcia została skonsultowana z kierownikiem Oddziału PDiM.
- W dniu 12.01.2018 r. konsultowany pacjent 10 lat przez specj. psychiatrę dorosłych. Brak zapisu odnośnie konsultacji z kierownikiem Oddziału PDiM.
- W dniu 13.01.2018 r. i 15.01.2018 r. konsultowane dzieci lat 11 i lat 10 przez lekarza Oddziału PDiM.
- W dniu 17.01.2018 r. konsultowana pacjentka 15 lat przez specj. psychiatrę dorosłych. Odmowa przyjęcia została skonsultowana z kierownikiem Oddziału PDiM.
- W dniu 18.01.2018 r. konsultowanych 2 niepełnoletnich pacjentów przez lekarza Oddziału PDiM.
- 25.01.2018 r. konsultowana pacjentka 16 lat przez specj. psychiatrę dorosłych. Przypadek został zreferowany lekarzowi Oddziału PDiM.
- W dniu 29.01.2018 r. konsultowana pacjentka 17 lat przez lekarza Oddziału PDiM.
- W dniu 26.02.2018 r. konsultowana pacjentka 17 lat przez specj. psychiatrę dorosłych. Próba telefonicznej konsultacji z kierownikiem Oddziału PDiM nieskuteczna.
- W dniu 28.02.2018 r. konsultowany pacjent 14 lat przez specj. psychiatrę dorosłych. Brak zapisu w dokumentacji odnośnie konsultacji z kierownikiem Oddziału PDiM.

Dodatkowo kontroli poddano ten sam okres 2017 r., tj. 01.01.2017 r. - 28.02.2017 r.

- W dniu 9.01.2017 r. konsultowanych było 2 pacjentów lat 7 oraz pacjentka lat 14 przez specj. psychiatrę dorosłych.
- W dniu 10.01.2017 r. konsultowana pacjentka 17 lat przez specj. psychiatrę dorosłych.
- W dniu 11.01.2017 r. konsultowany pacjent 15 lat przez specj. psychiatrę dorosłych. Brak miejsc w Oddziale PDiM, podano numer do Szpitala w Opolu.
- W dniu 14.01.2017 r. konsultowany pacjent 17 oraz lat 15 przez specj. psychiatrę dorosłych. W dokumentacji zapis, iż przypadki omówiono z kierownikiem Oddziału PDiM.
- W dniu 21.01.2017 r. konsultowany pacjent 15 lat przez specj. psychiatrę dorosłych. Brak łóżek w Oddziale PDiM.
- W dniu 25.01.2017r. konsultowany pacjent 14 lat przez specj. psychiatrę dorosłych.
- W dniu 3.02.2017 r. konsultowany pacjent 14 lat przez specj. psychiatrę dorosłych. Brak miejsc w Oddziale PDiM. Wpis: „kontakt z ordynatorem (...) niemożliwy, telefon wyłączony”.
- W dniu 6.02.2017r. konsultowana pacjentka 15 lat przez lekarza Oddziału PDiM.
- W dniu 7.02.2017 r. konsultowana pacjentka 14 lat przez kierownika Oddziału PDiM.
- W dniu 8.02.2017 r. konsultowana pacjentka 17 lat przez specj. psychiatrę dorosłych. Postępowanie omówiono z kierownikiem Oddziału PDiM.
- W dniu 9.02.2017 r. konsultowany pacjent 17 lat przez specj. psychiatrę dorosłych. Przypadek przedstawiono kierownikowi Oddziału PDiM.
- W dniu 12.02.2017 r. konsultowana pacjentka 14 lat przez specj. psychiatrę dorosłych. Brak informacji o konsultacji z kierownikiem Oddziału PDiM.
- W dniu 12.01.2017 r. konsultowany pacjent 12 oraz pacjentka lat 17. Oba przypadki uzgodniono z kierownikiem Oddziału PDiM.
- W dniu 16.02.2017 r. konsultowany pacjent 17 lat przez specj. psychiatrę dorosłych. Istnieje wpis o braku możliwości konsultacji z kierownikiem Oddziału PDiM.
- W dniu 18.02.2017 r. konsultowana pacjentka 15 lat przez specj. psychiatrę dorosłych. Wpis w dokumentacji: „próba telefonicznego kontaktu z ordynatorem Oddziału PDiM niemożliwa”.
- W dniu 22.02.2017 r. konsultowana pacjentka 15 lat przez specj. psychiatrę dorosłych.

– W dniu 24.02.2017 r. konsultowana pacjentka ur. w 2012r. przez specj. psychiatrę dorosłych.

Z dokumentacji Izby Przyjęć Szpitala wynika, że kierownik Oddziału PDiM konsultował małych w ramach izby przyjęć przez 3 miesiące 2017 r., od kwietnia do czerwca 2017 r. (6.04.2017 r., 9.04.2017 r., 24.04.2017 r., 26.04.2017r., 7.06.2017 r., 16.06.2017 r., 2 razy w dniu 19.06.2017 r.). Z wyjaśnień uzyskanych w dniu 1.03.2018 r. od kierownika Oddziału PDiM wynika, że od kwietnia do czerwca 2017r. miał on podpisaną dodatkową umowę na konsultowanie małych w ramach izby przyjęć.

Ponadto poddano kontroli dokumentację medyczną dziewięciu niepełnoletnich pacjentów hospitalizowanych na oddziałach psychiatrycznych dla osób dorosłych w dniu 22.03.2017 r.:

Pacjentka _____ ur. 1999 r.

Hospitalizowana w Oddziale Psychiatrycznym Ogólnym (07) w okresie: 27.02.2017 r. – 20.12.2017 r. Pacjentka dopiero w sierpniu 2017 r. ukończyła 18 lat. Przez 4 miesiące była hospitalizowana na oddziale psychiatrycznym dla dorosłych. Kierowana była do szpitala psychiatrycznego z Oddziału Chirurgii Wad Rozwojowych Dzieci i Traumatologii, Szpitala Klinicznego w Zabrze. W dokumentacji medycznej pacjentki z dnia 26.03.2017 r. oraz z dnia 16.04.2017 r. widnieją wpisy kierownika Oddziału PDiM o zakończeniu zabezpieczenia. W dniach 24.04.2017 r. oraz 25.04.2017 r. widnieją wpisy kierownika Oddziału PDiM o zabezpieczeniu oraz w dniu 27.04.2017 r. o kontynuacji zabezpieczenia. Ponowne wpisy kierownika Oddziału PDiM o zabezpieczeniu z dnia 10.09.2017 r. oraz o zakończeniu zabezpieczenia w dniach 1.10.2017 r. i 3.12.2017 r. Pacjentka przebywała w Oddziale Psychiatrycznym Ogólnym również w okresach: 26.04.2016 r. - 20.05.2016 r., 22.05.2016 r.- 29.08.2016 r., 29.12.2016 r. – 20.02.2017 r.

Pacjentka _____, ur. 2000 r.

Przyjęta na Oddział Psychiatryczny Ogólny (01) w dniu 17.03.2017 r. Lekarzem przyjmującym, mającym dyżur na Izbie Przyjęć był lekarz w trakcie specjalizacji z psychiatrii dziecięcej. Hospitalizowana do dnia 5.04.2017 r. Podczas pobytu szpitalnego, w dokumentacji medycznej pacjentki brak wpisu o konsultacji przez psychiatrę dzieci i młodzieży.

Pacjentka _____ ur. 2000 r.

Przyjęta na Oddział Psychiatryczny Ogólny (04) w dniu 21.03.2017 r. Hospitalizowana do 24.03.2017 r. Z wywiadu wielokrotnie hospitalizowana na oddziałach psychiatrycznych. Leczona psychiatrycznie od 10 r.ż. W dokumentacji brak informacji o konsultacji przez psychiatrę dzieci i młodzieży.

Pacjent _____, ur. 1999 r. (lat 17)

Hospitalizowany w dniach 6.02.2017 r. – 26.06.2017 r. w Oddziale Psychiatrycznym Ogólnym (07). Przyjmowany przez lekarza dyżurnego w trakcie specjalizacji z psychiatrii dziecięcej. W dokumentacji medycznej brak wpisu odnośnie wykonania konsultacji przez psychiatrę dziecięcego, pomimo tego, iż pacjent przez cały okres pobytu szpitalnego nie miał ukończonego 18 roku życia.

Pacjent _____, ur. 2000 r. (lat 17)

Hospitalizowany w okresie 20.03.2017 r. - 29.03.2017 r. w Oddziale Psychiatrycznym Ogólnym (06) z Pododdziałem Zaburzeń Schizofrenicznych. W dniu przyjęcia wymagał przymusu bezpośredniego. W dokumentacji medycznej brak wpisu o wykonanej konsultacji przez psychiatrę dzieci i młodzieży.

Pacjent _____ ur. 2001r.

Hospitalizowany w okresie 21.03.2017 r. - 28.03.2017 r. w Oddziale Psychiatrycznym Ogólnym (01). W dokumentacji medycznej brak wpisu o wykonanej konsultacji przez psychiatrę dzieci i młodzieży.

Pacjent _____ ur. 2000r. (lat 17)

Hospitalizowany w dniach 17.03.2017r. – 24.03.2017r. w Oddziale Psychiatrycznym Ogólnym (05). Przyjmowany przez lekarza dyżurnego w trakcie specjalizacji z psychiatrii dziecięcej. W dokumentacji medycznej brak wpisu odnośnie wykonania konsultacji przez psychiatrę dziecięcego, pomimo tego, iż pacjent przez cały okres pobytu szpitalnego nie miał ukończonego 18 roku życia.

Pacjent _____ (lat 17)

Hospitalizowany w dniach 23.02.2017 r. – 25.04.2017 r. w Oddziale Psychiatrycznym Ogólnym (01). W trakcie hospitalizacji wymagał zabezpieczenia. W dokumentacji medycznej widnieje wpis lekarza w trakcie specjalizacji z psychiatrii dziecięcej dotyczący kontynuacji zabezpieczenia w dniu 25.02.2017r. z godz. 13.00 i 19.00 oraz w dniu 26.02.2017r. o godz. 1.00 oraz o 7.00. Brak innych wpisów psychiatry dzieci i młodzieży.

Pacjent _____ ur.1999r.

Hospitalizowany w dniach 13.12.2016 r. – 4.09.2017 r. w Oddziale Psychiatrycznym Ogólnym (04). W dokumentacji medycznej brak wpisu odnośnie wykonania konsultacji przez psychiatrę dzieci i młodzieży. Poprzednio hospitalizowany w dniach 24.02.2016 r.- 8.03.2016 r., 27.07.2016r. - 26.08.2016 r. w Oddziale PDiM oraz w dniach 21.09.2016 r. - 18.10.2016 r. w Oddziale Psychiatrycznym Ogólnym (01).

Wnioski:

- 1) Analiza księgi przyjęć Szpitala za okres 01.01.2018 r. - 28.02.2018 r. oraz 01.01.2017 r. - 28.02.2017 r. pod kątem przyjęć osób poniżej 18 r.ż., zarówno w dni powszednie w godzinach 7.25 - 15.00, jak również w godzinach dyżurowych:
 - zatrudniony w Szpitalu specjalista psychiatrii dzieci i młodzieży nie wykonuje przyjęć osób poniżej 18 r.ż.,
 - przyjęcia małoletnich wykonywane są przez specjalistów psychiatrii (tzw. dorosłych) lub w sporadycznych przypadkach przez asystenta Oddziału Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, specjalistę psychiatrii dorosłych, w trakcie specjalizacji z psychiatrii dzieci i młodzieży.
- 2) Analiza ksiąg odmów przyjęć Szpitala za okres 01.01.2018 r. - 28.02.2018 r., pod kątem realizacji § 13 ust. 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8.09.2015 r. w/s ogólnych warunków umów o udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej (tekst jednolity: Dz. U. z 2016 r. poz. 1146 z późn. zm.) – w razie odmowy przyjęcia dziecka do szpitala, przypadek należy skonsultować z ordynatorem oddziału, do którego dziecko miałoby być przyjęte albo jego zastępcą albo lekarzem kierującym tym oddziałem:
 - rozporządzenie realizowane jest jedynie w części przypadków. W kartach konsultacyjnych lekarz dokonujący konsultacji wpisuje informację o skonsultowaniu przypadku z kierownikiem Oddziału PDiM lub asystentką Oddziału w trakcie specjalizacji z psychiatrii dzieci i młodzieży. W pojedynczych przypadkach informacja o braku możliwości skonsultowania się z kierownikiem Oddziału przez specj. psychiatrę dorosłych.
- 3) Z analizy hospitalizacji osób poniżej 18 r.ż. w okresie: 23.03.2017 r. – 28.02.2018 r. w oddziałach psychiatrycznych dla dorosłych wynika, że w w/w okresie miało miejsce 59 takich hospitalizacji, w tym:
 - 9 pacjentów przekazano do dalszego leczenia w Oddziale PDiM, natomiast
 - 50 małoletnich pacjentów hospitalizowano przez cały okres pobytu w Szpitalu w oddziałach psychiatrycznych dla dorosłych.

- 4) W dniu 9.01.2018r. do Szpitala został dowieziony przez Policję małoletni z sądowym postanowieniem przyjęcia do Oddziału PDiM. Pacjent został przyjęty do oddziału dla dorosłych, gdzie przebywał 10 dni.
- 5) W dniu 28.02.2018 r. na oddziałach psychiatrycznych dla dorosłych przebywało 2 pacjentów w wieku poniżej 18 r.ż.: 1 lat 17 oraz 1 lat 17.
- 6) Niepełnoletni hospitalizowani w oddziałach dla dorosłych nie realizują obowiązku szkolnego, a także nie uczestniczą w programach terapeutycznych prowadzonych w Oddziale PDiM.

Dyrektor wniósł o dołączenie do akt kontroli pisma Pani Magdaleny Stasiak - Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego z dnia 1.03.2018r. znak RzPP-DZP-RzSP-SH.470.14.2018, dotyczącego oceny Oddziału Psychiatrycznego dla Dzieci i Młodzieży oraz oceny kierującego Oddziałem.

[Dowód: akta kontroli str. 281 - 283]

3. Udzielanie zamówień na świadczenia zdrowotne.

Przedmiotem weryfikacji przeprowadzonej przez kontrolujących były umowy:

- 1) Nr 6/WSN/DKR.2017/P z dnia 25.07.2017 r. o świadczenie usług zdrowotnych w zakresie badań laboratoryjnych planowych na rzecz Szpitala, oraz
- 2) Nr 10/WSN/DKR/2017/TK z dnia 24.11.2017 r. o świadczenie usług zdrowotnych w zakresie badań tomografii komputerowej na rzecz pacjentów Szpitala.

Ad. 1) Umowa Nr 6/WSN/DKR.2017/P

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

Umowa została zawarta w formie pisemnej, na czas określony 36 miesięcy, tj. od dnia 01.08.2017 r. do dnia 31.07.2020 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:

- B 0103/10/17.433 z dnia 31.10.2017 r. - stawka jednostkowa zgodna z umową
- B 0099/11/17/433 z dnia 30.11.2017r. - stawka jednostkowa zgodna z umową.

Ad. 2) Umowa Nr 10/WSN/DKR/2017/TK

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

Umowa została zawarta w formie pisemnej, na czas określony od dnia 01.12.2017 r. do dnia 30.11.2018 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:

- 171224900000167 z dnia 31.12.2017 r. - stawka jednostkowa zgodna z umową
- 180124900000097 z dnia 31.01.2018r. - stawka jednostkowa zgodna z umową.

3) Kontrolą objęto ponadto umowy na realizację świadczeń medycznych przez lekarzy wyłonionych w drodze konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii i lekarza w trakcie specjalizacji z psychiatrii (tzw. lekarze kontraktowi, umowy zawarte na okres od 01.05.2017 r. do 30.04.2018 r.). Skontrolowano okres: lipiec – grudzień 2017 r. oraz styczeń 2018 r.

Stwierdzono, że w ww. okresie na kontraktach zatrudnionych było 18 – stu lekarzy. Umowy z nimi zawarto w dniu 1.05.2017 r.

W umowach określono m.in.:

- dni oraz wymiar godzin udzielania świadczeń np. ... „od poniedziałku do soboty, w godzinach pomiędzy 8:00 a 20:00, - 96 godzin miesięcznie” (stwierdzony najmniejszy wymiar czasu pracy wyniósł 80 godzin, największy 160 godzin),
- sposób rozliczenia dokonywanego przez lekarza kontraktowego, tj, że należności z tytułu realizacji umowy wypłaca się za miesiąc poprzedni, po jego zakończeniu, w terminie 14 dni po dniu dostarczenia przez lekarza kontraktowego prawidłowo sporządzonej faktury, określając iloczyn liczby godzin x cenę jednostkową za jedną godzinę udzielonych świadczeń,
- sposób weryfikacji realizacji umowy: „właściwa realizacja umowy podlega weryfikacji przez zastępcę dyrektora ds. lecznictwa i wyznaczonego pracownika działu kadrowo – płacowego”.

Z przedstawionej kontrolującym dokumentacji wynika, że po zakończonym miesiącu lekarz kontraktowy składa fakturę VAT wskazując na niej jakiego okresu dotyczy, podając stawkę i liczbę godzin oraz ogólną wartość brutto. Faktura ta jest następnie sprawdzana pod względem merytorycznym, formalnym i rachunkowym (podpisy i pieczętki pracownika działu kadr oraz Zastępcy Dyrektora Szpitala ds. lecznictwa) oraz zatwierdzana do wypłaty. Ponadto właściwy pracownik ds. zamówień publicznych szpitala składał podpis i ujmował pieczętkę „Nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych zgodnie z art. 26 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej”.

Za okres lipiec 2017 - styczeń 2018 lekarze kontraktowi wystawili ogółem 125 faktur.

Spośród ww. 125 faktur, osiem opiewało na inną niż określona umową wartość. W siedmiu przypadkach była to wartość mniejsza, a w jednym większa, z czego by wynikało, że w siedmiu przypadkach pracowano mniej, a w jednym więcej niż określała to umowa. Kontrolujący zwrócili się zatem o wyjaśnienie sposobu rozliczenia miesięcznego lekarzy kontraktowych.

W dniu 2.03.2018 r. Dyrektor Szpitala złożył pisemne wyjaśnienia, w których wskazał, że „zakres wykonywanych świadczeń medycznych przez lekarza wyłonionego do ich pełnienia w trybie postępowania konkursowego określa Kierownik Oddziału, w którym dany lekarz wykonuje świadczenia” oraz że „wystawiony przez tego lekarza rachunek potwierdzany jest przez pracownika działu kadrowo – płacowego pod względem formalnym, a pod względem merytorycznym zatwierdza go Zastępca dyrektora ds. lecznictwa”.

Wg pracowników działu kadr Szpitala lekarze kontraktowi telefonicznie informowali o swojej nieobecności. Z ww. czynności telefonicznego poinformowania pracownicy działu kadr Szpitala sporządzali notatki służbowe.

Zgodnie z treścią umów „przyjmujący zamówienie w przypadku niemożności udzielania świadczeń zdrowotnych, zobowiązany jest do niezwłocznego telefonicznego i pisemnego powiadomienia” (§ 1 umowy). Nie okazano kontrolującym przykładowego dokumentu pisemnego powiadomienia.

W jednym przypadku złożono fakturę VAT opiewającą na większą niż dopuszczalna umową miesięczną ilość godzin.

W tej kwestii Dyrektor Szpitala przekazał:

- pisemne wyjaśnienie p.o. kierownika działu kadrowo – płacowego, gdzie wskazano, że w miesiącu sierpniu 2017 r. doszło do nadpracowania godzin, które nie zostały wypracowane w miesiącu wrześniu 2017 r. (wówczas przepracowano 48 godzin),

- pisemne oświadczenie osoby pełniącej funkcję kierownika działu kadrowo – płacowego o braku ze strony kierowników oddziałów i od osób ich zastępujących zastrzeżeń dot. czasu pracy lekarzy kontraktowych.

W związku z powyższym kontrolujący zwrócili się bezpośrednio do kierowników oddziałów Szpitala o udzielenie wyjaśnień w kwestii organizacji czasu pracy lekarzy kontraktowych. W przedmiotowej sprawie wyjaśnienia złożyło 6 kierowników (lub zastępców kierowników) oddziałów szpitalnych. Zgodnie z uzyskanymi wyjaśnieniami, w oddziałach nie prowadzi się ewidencji/harmonogramów czasu pracy lekarzy zatrudnionych na umowach cywilnoprawnych, brak jest również list obecności, na których lekarze pracujący na podstawie umów cywilnoprawnych potwierdzaliby swoją obecność w pracy (oraz godziny udzielania świadczeń zdrowotnych). Kierownicy oddziałów wyjaśnili, iż dysponują wiedzą o tym w jaki dzień tygodnia lekarz kontraktowy udziela świadczeń w danej jednostce, natomiast nie znają dokładnych godzin pracy lekarza. Wskazać należy, iż w przypadku personelu zatrudnionego w Szpitalu na podstawie umów o pracę, czas pracy rejestrowany jest przy pomocy urządzeń elektronicznych.

Zgodnie z treścią § 24 pkt 13 Regulaminu organizacyjnego Szpitala „Rozkład czasu pracy lekarzy i psychologów w oddziale ustala kierownik/ordynator oddziału w porozumieniu z Dyrektorem i Zastępcą Dyrektora ds. Lecznictwa”. Jak wskazano powyżej, w oddziałach szpitalnych nie są sporządzane pisemne rozkłady czasu pracy lekarzy na umowach cywilnoprawnych. Natomiast dział kadr Szpitala przekazał kontrolującym jedynie tabelę zawierającą „Harmonogram pracy lekarzy na umowach cywilnoprawnych oraz na kontraktach” wraz z pisemnym wyjaśnieniem, zgodnie z którym stanowi on „jedynie orientacyjny czas dni i przybycia na oddział lekarzy świadczących usługi w ramach zlecenia oraz kontraktu, służący **planowaniu pracy lekarzy oraz ich zastępstw w oddziale**, gdyby zaistniała taka konieczność”.

W umowach kontraktowych przyjęto godzinową stawkę wynagrodzenia, natomiast nie określono sposobu ewidencjonowania faktycznie wykonanej liczby godzin. Brak potwierdzania czasu wykonania świadczenia usług uniemożliwia kontrolę przestrzegania wypłaty za każdą faktyczną godzinę wykonywania umowy.

Wskazać należy, iż wydatki w jednostkach sektora finansów publicznych (w tym w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej) winny być dokonywane w sposób celowy i oszczędny (art. 44 ust. 3 ustawy o finansach publicznych). W myśl art. 22 ustawy o rachunkowości, dowody księgowo winny być rzetelne, tj. zgodne z rzeczywistym przebiegiem operacji gospodarczej, którą dokumentują. Kontrola merytoryczna dokumentów księgowych polegać powinna natomiast na *potwierdzeniu faktu zaistnienia dokumentowanej operacji gospodarczej, zgodności danych dokumentu z rzeczywistym przebiegiem operacji i jej związku z działalnością jednostki (...)* (Agnieszka Czajor, Anna Walińska Komentarz do art. 22 ustawy o rachunkowości, publ. LEX). W obowiązującym w Szpitalu Zarządzeniu Wewnętrznym Dyrektora w sprawie instrukcji obiegu i kontroli oraz przechowywania i zabezpieczenia dokumentów księgowych w § 4 wskazano, iż kontrola merytoryczna polega na stwierdzeniu prawidłowości i zgodności dokumentu m.in. z zasadami „rzetelności – dane w dowodzie są zgodne z rzeczywistym przebiegiem operacji” oraz celowości i gospodarności – czy realizacja wyrażonej w dowodzie księgowym operacji „nastąpiła z zachowaniem najbardziej oszczędnego użycia środków pieniężnych i rzeczowych (...).

4) Dodatkowo sprawdzeniem objęto zawarte w 2017 r. przez Szpital umowy zlecenia:

- umowę nr 17/2017 z dnia 20.06.2017 r., w której Szpital zlecał wykonanie świadczeń neurologicznych obejmujących diagnostykę i leczenie pacjentów Poradni Neurologicznej w terminie od dnia 1.07.2017 r. do dnia 31.12.2018 r., do 3 godzin tygodniowo; 13 godzin miesięcznie; rozliczenie odbywało się na podstawie rachunku, dla przykładu: rachunek nr 1/2018

z dnia 13.02.2018 r. za styczeń 2018 r., co zestawiano z pisemną informacją od Starszej Pielęgniarki,

- umowę nr 21/2017 z dnia 20.06.2017 r., w której Szpital zlecał wykonanie opisu badań EEG w terminie od dnia 1.07.2017 r. do dnia 31.12.2018 r.; rozliczenie odbywało się na podstawie rachunku, dla przykładu: rachunek nr 1/2018 z dnia 13.02.2018 r. dot. 19 opisów badań za styczeń 2018 r., co zestawiano z pisemną informacją od Pielęgniarki Oddziałowej o ilości badań EEG,

- umowę nr 23/2017 z dnia 1.12.2017 r., w której Szpital zlecał wykonanie świadczeń psychiatrycznych obejmujących diagnostykę i leczenie osób z zaburzeniami psychicznymi od dnia 1.12.2017 r. do dnia 30.04.2018 r., do 20 godzin tygodniowo, do 80 godzin miesięcznie; rozliczenie odbywało się na podstawie rachunku.

Ww. rachunki do umów zleceń były merytorycznie zatwierdzane przez Zastępcę Dyrektora ds. lecznictwa i wyznaczonego pracownika działu kadrowo – płacowego.

W przypadku umowy nr 23/2017 z dnia 1.12.2017 r., podobnie jak w przypadku umów kontraktowych przyjęto godzinową stawkę wynagrodzenia, natomiast nie określono sposobu ewidencjonowania faktycznie wykonanej liczby godzin. Brak potwierdzania czasu wykonania zlecenia uniemożliwia kontrolę przestrzegania wypłaty za każdą faktyczną godzinę wykonywania umowy.

[Dowód: akta kontroli str. 284 - 723]

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 2016-2018 w Wojewódzkim Szpitalu Neuropsychiatrycznym im. dr. Emila Cyrana z siedzibą w Lublińcu miało miejsce dwanaście postępowań konkursowych na stanowiska kierownicze wskazane w art. 49 w/w ustawy.

Przeprowadzone postępowania konkursowe na stanowiska kierownicze:

- 1) Stanowisko kierownika Oddziału Psychiatrycznego Ogólnego 01 (data konkursu: 14.04.2016 r., okres zatrudnienia 14.04.2016 r. – 13.04.2019 r.),
- 2) Stanowisko kierownika Oddziału Psychiatrii Sądowej o Podstawowym Stopniu Zabezpieczenia (data konkursu: 14.04.2016 r., okres zatrudnienia 14.04.2016 r. – 13.04.2019 r.),
- 3) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Psychiatrycznego Ogólnego 05 (data konkursu: 05.09.2016 r., okres zatrudnienia 15.09.2016 r. – 14.09.2022 r.),
- 4) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Psychiatrycznego Rehabilitacyjnego (data konkursu: 05.09.2016 r., okres zatrudnienia 15.09.2016 r. – 14.09.2022 r.),
- 5) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Psychiatrycznego Ogólnego 06 z Pododdziałem Leczenia Zaburzeń Schizofrenicznych (data konkursu: 05.09.2016 r., okres zatrudnienia 15.09.2016 r. – 14.09.2022 r.),
- 6) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Psychiatrii Sądowej o Wzmocnionym Zabezpieczeniu (data konkursu: 12.09.2016 r., okres zatrudnienia 22.09.2016 r. – 21.09.2022 r.),
- 7) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Psychiatrycznego Ogólnego 07 z Pododdziałem Detoksykacyjnym (data konkursu: 12.09.2016 r., okres zatrudnienia 22.09.2016 r. – 21.09.2022 r.),
- 8) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Psychiatrycznego Ogólnego 01

- (data konkursu: 20.03.2017 r., okres zatrudnienia 01.04.2017 r. – 31.03.2023 r.),
- 9) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Terapii Uzależnienia od Alkoholu z Pododdziałem dla Kobiet (data konkursu: 20.03.2017 r., okres zatrudnienia 01.04.2017 r. – 31.03.2023 r.),
 - 10) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Neurologicznego z pododdziałem udarowym (okres zatrudnienia 01.03.2017 r. – 28.02.2023 r.),
 - 11) Stanowisko Naczelnego Pielęgniacza (data konkursu: 23.05.2017 r., okres zatrudnienia 01.06.2017 r. – 31.05.2023 r.),
 - 12) Stanowisko zastępcy dyrektora ds. leczenia (okres zatrudnienia 12.01.2018 r. – 11.01.2024 r.).

Zgodnie z informacją otrzymaną od kontrolowanego w wyniku postępowania konkursowego na stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Neurologicznego z Pododdziałem Udarowym oraz stanowisko zastępcy dyrektora ds. leczenia kandydat nie został wybrany z przyczyn określonych w art. 49 ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej w dwóch kolejnych konkursach ogłoszonych przez Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Neuropsychiatrycznego.

Wobec powyższego Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Neuropsychiatrycznego nawiązał stosunek pracy ze wskazaną przez siebie osobą zarówno na stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Neurologicznego z Pododdziałem Udarowym, jak i stanowisko zastępcy dyrektora ds. leczenia, jednakże zasięgając opinii komisji konkursowej tylko w stosunku do osoby wskazanej na stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Neurologicznego z Pododdziałem Udarowym.

Zauważyć należy, iż zgodnie z brzmieniem art. 49 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej „Jeżeli w wyniku postępowania w dwóch kolejnych konkursach kandydat nie został wybrany z przyczyn określonych w ust. 3, odpowiednio podmiot tworzący albo kierownik nawiązuje stosunek pracy albo zawiera umowę cywilnoprawną z osobą przez siebie wskazaną **po zasięgnięciu opinii komisji konkursowej.**”

Ponadto, zgodnie z zapisami wystąpienia pokontrolnego z dnia 5 maja 2016 roku Zarządzeniem Wewnętrznym nr 29/2016 Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Neuropsychiatrycznego z dnia 17.02.2016 roku rozpoczęto procedurę postępowania konkursowego m.in. na stanowisko kierownika Oddziału Psychiatrycznego dla Dzieci i Młodzieży.

Zgodnie z informacją otrzymaną od kontrolowanego postępowania konkursowe na ww. stanowisko nie zostało przeprowadzone, gdyż „przeprowadzone rozeznanie rynku pracy dla lekarzy tej specjalności wykazało, że nie będzie możliwym skuteczne przeprowadzenie tego postępowania i stąd też rozpoczęcie przeprowadzania tej procedury byłoby niecelowe. Zatem czasowo odstąpiono od realizowania tego postępowania...”. Wobec powyższego, aneksem nr 1 dokonano zmiany ww. zarządzenia.

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

- 1) Oddział Psychiatryczny Ogólny 01: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 2) Oddział Psychiatryczny Ogólny 04: p.o. kierownika oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 3) Oddział Psychiatryczny Ogólny 05: p.o. kierownika oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 4) Oddział Psychiatryczny Ogólny 06 z Pododdziałem Leczenia Zaburzeń Schizofrenicznych: p.o. kierownika oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 5) Oddział Psychiatryczny Ogólny 07 z Pododdziałem Detoksykacyjnym: p.o. kierownika oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 6) Oddział Leczenia Zaburzeń Afektywnych: p.o. kierownika oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 7) Oddział Psychiatryczny Rehabilitacyjny: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 8) Oddział Psychiatryczny Dla Dzieci i Młodzieży: p.o. kierownika oddziału, pielęgniarka

- oddziałowa;
- 9) Oddział Psychiatrii Sądowej o Podstawowym Stopniu Zabezpieczenia: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
 - 10) Oddział Psychiatrii Sądowej o Wzmocnionym Zabezpieczeniu: p.o. kierownika oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
 - 11) Oddział Terapii Uzależnienia od Alkoholu z Pododdziałem dla Kobiet: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
 - 12) Oddział Neurologiczny z Pododdziałem Udarowym: p.o. kierownika oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
 - 13) Zakład Opiekuńczo-Leczniczy Psychiatryczny: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa – odcinek żeński, pielęgniarka oddziałowa – odcinek męski.

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 pielęgniarskiego kieruje naczelnny pielęgniarz, natomiast zespołem pielęgniarskim na poszczególnych oddziałach zarządzają pielęgniarki oddziałowe.

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

[Dowód: akta kontroli str. 724 - 774]

5. 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) Kardiomonitor model UT4000F, nr 4C6EAGV-039, rok produkcji 2007, użytkowany przez Oddział neurologiczny z pododdziałem udarowym; przegląd okresowy odbył się w dniu 06.11.2017r. – nie został dokonany w terminie (z poprzedniego wpisu wynikało, iż powinien być dokonany 20.09.2017r. – w paszporcie nie odnotowano, czy pomiędzy datą, w której miał zostać dokonany przegląd a dniem faktycznego przeglądu urządzenie było wyłączone z użytkowania. Dyrektor przedłożył pisemne oświadczenie, iż w okresie 20.09.2017r.-06.11.2017r. urządzenie było wyłączone z eksploatacji. Następnym przeglądem powinien być wykonany w dniu 06.11.2018r. r., zgodnie z ostatnim wpisem urządzenie sprawne.
- 2) Pompa infuzyjna, nr AP22/2180/06, rok produkcji 2006, użytkowana przez Oddział neurologiczny z pododdziałem udarowym; przegląd okresowy odbył się 15.01.2018r. – został dokonany w terminie wyznaczonym przy poprzednim przeglądzie. Następnym przeglądem powinien być wykonany w styczniu 2019 r., zgodnie z ostatnim wpisem urządzenie sprawne.
- 3) Respirator typ Bennett 760TM, nr 0073AEP04835, rok produkcji 2000, użytkowany przez Oddział neurologiczny z pododdziałem udarowym; przegląd okresowy odbył się w dniu 30.01.2017r. i wynikało z niego, że aparat był uszkodzony, wymagający wymiany części. Naprawa dokonana została w dniu 19.12.2017r. – w paszporcie nie odnotowano, czy pomiędzy datą, w której stwierdzono uszkodzenie a dniem naprawy urządzenie było wyłączone z użytkowania. Dyrektor przedłożył pisemne oświadczenie, iż w okresie 30.01.2017r.- 19.12.2017r. urządzenie było wyłączone z eksploatacji. Przy wpisie

dot. naprawy potwierdzono sprawność urządzenia, przy czym nie wskazano terminu kolejnego przeglądu okresowego.

- 4) Elektrokardiograf AsCARD Grey v.07.2014, rok produkcji 2015, użytkowany przez Oddział psychiatryczny ogólny 06 z pododdziałem leczenia zaburzeń schizofrenicznych; przegląd okresowy odbył się 04.10.2017r. – został dokonany w terminie wyznaczonym przy poprzednim przeglądzie. Następny przegląd powinien być wykonany w październiku 2018 r., zgodnie z ostatnim wpisem urządzenie sprawne.
- 5) Defibrylator HEART SAVE AED, rok produkcji 2011, użytkowany przez Oddział Psychiatryczny dla dzieci i młodzieży; przegląd okresowy odbył się 15.01.2018r. – został dokonany w terminie wyznaczonym przy poprzednim przeglądzie. Następny przegląd powinien być wykonany w styczniu 2019 r., zgodnie z ostatnim wpisem urządzenie sprawne.
- 6) Elektrokardiograf MR BLUE, rok produkcji 2011, użytkowany przez Oddział Psychiatryczny dla dzieci i młodzieży; przegląd okresowy odbył się 07.06.2017r. – został dokonany w terminie wyznaczonym przy poprzednim przeglądzie. Następny przegląd powinien być wykonany w dniu 07.06.2018 r., zgodnie z ostatnim wpisem urządzenie sprawne.

[Dowód: akta kontroli str. 775 - 801]

6. 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 prowadzony w Szpitalu. Skargi rozpatrywane są w oparciu o przepisy działu VIII Kodeksu postępowania administracyjnego. Skargi i wnioski rejestrowane są w prowadzonym w Szpitalu Rejestrze skarg i wniosków przechowywanym w Sekretariacie Dyrekcji. Przedmiotowy rejestr prowadzony jest zgodnie z wymogami art. 254 k.p.a., tj. w sposób umożliwiający kontrolę przebiegu i terminów załatwiania spraw i zawiera wszystkie niezbędne rubryki.

W 2016 r. w ww. Rejestrze umieszczono wpisy dotyczące jednej sprawy, również w 2017r. zarejestrowano jedną sprawę. W 2018 roku do dnia kontroli rejestr nie zawiera wpisów. Zarejestrowane skargi w latach 2016-2017 zostały rozpatrzone przez Szpital a skarżącym udzielono odpowiedzi w ustawowym terminie. Zgodnie z ustawą o działalności leczniczej analiza skarg i wniosków jest przedstawiana okresowo Radzie Społecznej Szpitala.

[Dowód: akta kontroli str. 802 - 817]

7. Czas oczekiwania na udzielenie świadczeń zdrowotnych.

W Szpitalu, zgodnie z art. 20 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych prowadzone są listy osób oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego. W trakcie kontroli ustalono, że w Szpitalu działa „Zespół Oceny Przyjęć” powołany, na podstawie art. 20 ust. 6 w/w ustawy. Do zadań Zespołu należy sprawdzenie zgodności postępowania z obowiązującymi przepisami prawa oraz przeprowadzanie comiesięcznej oceny list oczekujących na udzielenie świadczenia pod względem: prawidłowości prowadzenia dokumentacji, czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia oraz zasadności i przyczyn zmian terminów udzielenie świadczenia.

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, który przedstawiany jest Dyrektorowi Szpitala. Przykładowe Raporty za miesiąc grudzień 2016 r. i grudzień 2017r. stanowią dowód kontroli.

Z listy oczekujących na udzielenie świadczenia za miesiąc grudzień 2016 r. wynika, że najdłuższy czas oczekiwania na udzielenie świadczenia ma miejsce w Oddziale terapii uzależnienia od alkoholu z pododdziałem dla kobiet i wynosił:

- 467 dni w przypadkach stabilnych

- 0 w przypadkach pilnych.

Najkrótszy czas oczekiwania zanotowano w Poradni Zdrowia Psychicznego i wynosił on:

- 22 dni w przypadkach stabilnych

- 14 dni w przypadkach pilnych.

Z listy oczekujących na udzielenie świadczenia za miesiąc grudzień 2017 r. wynika, że najdłuższy czas oczekiwania na udzielenie świadczenia ma miejsce w Oddziale terapii uzależnienia od alkoholu z pododdziałem dla kobiet i wynosi:

- 170 dni w przypadkach stabilnych

- 0 w przypadkach pilnych.

Najkrótszy czas oczekiwania zanotowano w Poradni Zdrowia Psychicznego i wynosi on:

- 15 dni w przypadkach stabilnych

- 0 dni w przypadkach pilnych.

[Dowód: akta kontroli str. 818 - 827]

8. Wykonywanie badań satysfakcji pacjenta.

Z uwagi na wprowadzony w Szpitalu System Zarządzania Jakością wg normy PN-EN ISO 9001 w Szpitalu przewidziano monitorowanie zadowolenia pacjenta i klienta. Zgodnie z zapisami w Księdze Jakości informacje związane z zadowoleniem pacjentów ze świadczonych usług medycznych monitorowane są przez: rozmowy personelu z pacjentami, z rodziną lub opiekunami prawnymi pacjentów, rozmowy z klientami zakupującymi usługi medyczne.

Kontrolującym wyjaśniono, iż w okresie objętym kontrolą nie została ustalona szczegółowa procedura badania satysfakcji i nie udokumentowano badania poziomu satysfakcji i zadowolenia z usług świadczonych w Szpitalu.

B. Stwierdzone nieprawidłowości:

1. Hospitalizowanie w szpitalnych oddziałach dla dorosłych pacjentów niepełnoletnich, co stanowi naruszenie przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6.11.2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, które - w załączniku nr 1 do rozporządzenia – wyraźnie rozróżniają świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży od świadczeń psychiatrycznych dla dorosłych oraz warunki ich udzielania.

2. Nieprawidłowości w zakresie odmowy przyjmowania do Szpitala pacjentów niepełnoletnich – brak wymaganej zgodnie z § 13 ust. 5 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8.09.2015 r. w/s ogólnych warunków umów o udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej konsultacji z kierownikiem Oddziału Psychiatrycznego dla Dzieci i Młodzieży.

3. Zapłata ponad ustalony w umowie nr 6/2017 miesięczny wymiar godzin udzielania świadczeń zdrowotnych, 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.

4. Brak właściwej kontroli nad czasem pracy lekarzy zatrudnionych na umowach cywilnoprawnych, tj. brak dokładnych rozkładów czasu pracy/harmonogramów czasu pracy lekarzy w poszczególnych oddziałach szpitalnych.

5. Brak należytej kontroli merytorycznej nad dokumentami księgowymi przedstawianymi przez lekarzy zatrudnionych w Szpitalu na umowach cywilnoprawnych.

6. Brak opinii komisji konkursowej w ramach przeprowadzonego postępowania konkursowego na stanowisko zastępcy dyrektora ds. lecznictwa.

7. Opóźnienie w wykonaniu przeglądu Kardiomonitora model UT4000F, co stanowi naruszenie art. 90 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych.

C. Ocena cząstkowa: negatywna

D. Osoby odpowiedzialne:

1. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa – w zakresie pkt 1, 2, 4 i 5.
2. Główna Księgowa – w zakresie pkt 3.
3. Kierownik Działu Kadrowo-Płacowego – w zakresie pkt 4 i 5.
4. Kierownik Działu Logistyczno – Eksploatacyjnego – w zakresie pkt 7.
5. Pielęgniarka Oddziałowa Oddziału Neurologicznego z pododdziałem udarowym – w zakresie pkt 7 (zgodnie z § 22 ust. 5 pkt 4 Regulaminu Organizacyjnego Szpitala).
6. Dyrektor Szpitala Henryk Kromołowski na podstawie art. 46 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej, zgodnie z którym odpowiedzialność za zarządzanie podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą ponosi kierownik.

IV. Prawidłowość gospodarowania mieniem.

A. Ustalenia faktyczne

W zakresie prawidłowości gospodarowania mieniem kontrolą objęto niżej wymienione zagadnienia:

1. Nabycie aparatury i sprzętu medycznego.

- a) Elektrokardiograf AsCARD GREY i wózek do EKG Blue Red Freen (komplet) o wartości 4490,00 zł:
 - zakup ujęty w planie inwestycyjnym na 2016 r.;
 - pozytywna opinia Rady Społecznej Szpitala wyrażona w uchwale nr 18/2016 z dnia 30.09.2016 r.;
 - dla zakupu nie była wymagana akceptacja podmiotu tworzącego;
 - zakup potwierdzony fakturą VAT Nr 2608/10/16/MED z dnia 05.10.2016 r. na kwotę 4490,00 zł termin płatności 19.10.2016 r., zapłacono 19.10.2016 r.;
 - dowód przyjęcia środka trwałego z dnia 05.10.2016 r., numer inwentarzowy 001044
- b) Aparat do znieczulania ogólnego DRAGER CATO z akcesoriami o wartości 38 590,00 zł:
 - zakup ujęty w planie inwestycyjnym na 2017 r.;
 - pozytywna opinia Rady Społecznej Szpitala wyrażona w uchwale nr 9/2017 z dnia 21.04.2017 r.;
 - dla zakupu nie była wymagana akceptacja podmiotu tworzącego;
 - zakup potwierdzony fakturą VAT Nr FV/000095/7/17 z dnia 25.07.2017 r. na kwotę 38 590,00 zł termin płatności 18.08.2017 r., zapłacono 10.08.2017 r.;
 - dowód przyjęcia środka trwałego z dnia 25.07.2017 r., numer inwentarzowy 001066
- c) Kardiomonitor EDAN iM50 o wartości 7770,00 zł:
 - zakup ujęty w planie inwestycyjnym na 2018 r.;
 - pozytywna opinia Rady Społecznej Szpitala wyrażona w uchwale nr 35/2017 z dnia 15.12.2017 r.;
 - dla zakupu nie była wymagana akceptacja podmiotu tworzącego;
 - zakup potwierdzony fakturą VAT Nr FS/268/2018/MED z dnia 30.01.2018 r. na kwotę 7867,49 zł (w poz. 2 na kwotę 7770,00zł) termin płatności 13.02.2018 r., zapłacono 12.02.2018 r.;
 - dowód przyjęcia środka trwałego z dnia 30.01.2018 r., numer inwentarzowy 001080.

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

[Dowód: akta kontroli str. 828 - 858]

2. Zbycie aparatury i sprzętu medycznego

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

- a) Kardiomonitor BM3 Plus/XP - nr inwentarzowy 000556; nr fabryczny D2G0600039; rok produkcji 2006; wartość początkowa 12 200,00 zł; umorzenie 100 %:
 - orzeczenie techniczne z dnia 30.01.2017 r. – uszkodzony zespół monitora, niesprawny układ sterowania, niesprawny układ zasilania;
 - pozytywna opinia Rady Społecznej Szpitala wyrażona uchwałą nr 5/2017 z dnia 21.04.2017 r.;
 - dla zbycia nie była wymagana zgoda podmiotu tworzącego;
 - protokół Nr 1/2017 z dnia 03.07.2017 r. Komisji Likwidacyjnej środków trwałych;
 - sprzęt został przekazany do utylizacji w dniu 14.06.2017 r.

- b) Aparat Option 2 - nr inwentarzowy 000294; nr fabryczny 2624; rok produkcji 1992; wartość początkowa 13 741,56 zł; umorzenie 100 %:
 - orzeczenie techniczne z dnia 28.03.2017 r. – spalony silnik krokowy, utrata parametrów podzespołów elektronicznych termostatów, zużyte elementy mechaniczne;
 - pozytywna opinia Rady Społecznej Szpitala wyrażona uchwałą nr 5/2017 z dnia 21.04.2017 r.;
 - dla zbycia nie była wymagana zgoda podmiotu tworzącego;
 - protokół Nr 1/2017 z dnia 03.07.2017 r. Komisji Likwidacyjnej środków trwałych;
 - sprzęt został przekazany do utylizacji w dniu 14.06.2017 r.

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

[Dowód: akta kontroli str. 859 - 878]

3. Najem/dzierżawa pomieszczeń.

W ramach kontroli sprawdzaniem objęto prawidłowość zawarcia umów dzierżawy:

- 1) Nr DZP.2302.02.2016 z dnia 30.09.2016 r.
- 2) Nr DZP.381.27.2017 z dnia 29.09.2017 r.

Ad. 1)

Przedmiotem umowy jest dzierżawa budynku kotłowni przy ul. Grunwaldzkiej 48 oraz węzłów cieplnych wraz z systemem przesyłowym i wyposażeniem.

Umowa zawarta została w trybie bezprzetargowym na okres 01.10.2016r.-30.09.2019 r. Rada Społeczna pozytywnie zaopiniowała wniosek Dyrektora Szpitala dotyczący wydzierżawienia przedmiotowego obiektu uchwałą nr 14/2016 z dnia 22.04.2016 r. Zgoda podmiotu tworzącego została wyrażona uchwałą nr 1236/122/2016 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 21.06.2016r. Zgodnie z zapisami umowy, najemca zobowiązany jest płacić wynajmującemu czynsz dzierżawny, na podstawie wystawionej przez wynajmującego faktury VAT, w terminie 14 dni od otrzymania faktury. W umowie nie określono, czy czynsz dzierżawny należny jest z góry czy z dołu za dany miesiąc.

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 czerwiec 2017 r. i grudzień 2017 r. wystawione zostały zgodnie z treścią umowy, przy czym obciążenie nastąpiło z dołu za dany miesiąc. Nie wynikało to wprost

z umowy dzierżawy, jednak można to uznać za działanie prawidłowe. W umowie postanowiono, iż w sprawach nieuregulowanych umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego, zgodnie zaś z art. 699 kc, „jeżeli termin płatności czynszu nie jest w umowie oznaczony, czynsz jest płatny z dołu (...)”.

Należności z tytułu faktur zostały rozliczone w drodze potrącenia.

Ad 2)

Przedmiotem umowy jest świadczenie usług pralniczych dla potrzeb Szpitala wraz z transportem oraz dzierżawą pomieszczeń budynku pralni.

Umowa zawarta została w trybie przetargu na okres 01.10.2017 r. - 30.09.2019 r. Rada Społeczna pozytywnie zaopiniowała wniosek Dyrektora Szpitala dotyczący wydzierżawienia przedmiotowego obiektu uchwałą nr 12/2017 z dnia 21.04.2017 r. Zgoda podmiotu tworzącego nie była wymagana. Zgodnie z zapisami umowy, najemca zobowiązany jest płacić wynajmującemu czynsz dzierżawny, na podstawie wystawionej przez wynajmującego faktury VAT, w terminie 30 dni od jej wystawienia. W umowie nie określono, czy czynsz dzierżawny należny jest z góry czy z dołu za dany miesiąc.

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 październik 2017 r. i grudzień 2017 r. wystawione zostały zgodnie z treścią umowy, przy czym obciążenie nastąpiło z dołu za dany miesiąc. Nie wynikało to wprost z umowy dzierżawy, jednak można to uznać za działanie prawidłowe. W umowie postanowiono, iż w sprawach nieuregulowanych umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego, zgodnie zaś z art. 699 kc, „jeżeli termin płatności czynszu nie jest w umowie oznaczony, czynsz jest płatny z dołu (...)”.

Należności z tytułu faktur zostały terminowo rozliczone w całości, tj. częściowo skompensowane w drodze potrącenia, częściowo zapłacone.

[Dowód: akta kontroli str. 879 - 975]

B. Stwierdzone nieprawidłowości: brak

C. Ocena częściowa: pozytywna

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 25.02 - 26.02.2016 r.

Przedmiotem kontroli objęto: realizację zadań statutowych, dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych, prawidłowość gospodarowania mieniem oraz środkami publicznymi w okresie od 2014 r. do 2016 r., ponadto w zakresie doboru personelu szpitalnego i podstawy zatrudnienia.

Wydano następujące zalecenia pokontrolne:

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami zalecono podjąć działania zmierzające do:

- 1) określania w zawieranych umowach na świadczenia zdrowotne maksymalnej łącznej kwoty zobowiązania, zgodnie z art. 44 ust. 3 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2013 r. poz. 885 z późn. zm.);
- 2) przestrzegania przy nabyciu aparatury i sprzętu medycznego zapisów wynikających z:
 - art. 48 ust. 2 pkt 1) lit. a, pkt 2) lit. e ustawy o działalności leczniczej,

– „Procedury nabywania aparatury i sprzętu medycznego przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie” określonej w uchwale nr 1745/276/IV/2013 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 6.08.2013 r.,

- 3) zamieszczania w zawieranych umowach najmu postanowień określonych przez Zarząd Województwa Śląskiego uchwałą nr 1784/277/IV/2013 z dnia 13.08.2013 r. w sprawie przyjęcia zasad zbywania, wydzierżawiania, wynajmowania, oddania w użytkowanie lub użyczenie aktywów trwałych SP ZOZ, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie, z późn. zm.

Dyrektor 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 2016-2018 i stwierdzono, że zalecenia pokontrolne zostały wykonane.

B. Stwierdzone nieprawidłowości i uchybienia: brak

C. Ocena częściowa: pozytywna

Na tym ustalenia kontrolne zakończono.

VI. Pozostałe informacje, zalecenia i pouczenia.

1. Pozostałe informacje

Pismem z dnia 29.03.2018 r. znak: ZD-NiP.KW-00222/18, ZD-N.1711.2.2018, Projekt wystąpienia pokontrolnego został przekazany p.o. Dyrektora Szpitala. Ze „zwrotnego doręczenia odbioru” wynika, że pismo zostało doręczone do Szpitala w dniu 03.04.2018 r.

P.o. Dyrektora Szpitala zgłosiła zastrzeżenia do treści Projektu wystąpienia pokontrolnego. Wszystkie zastrzeżenia zostały rozpatrzone i znalazły odzwierciedlenie w treści Wystąpienia pokontrolnego, natomiast uzasadnienie ich przyjęcia lub oddalenia zostało przedstawione w odrębnym piśmie znak: ZD-NiP.KW-00333/18, ZD-N.1711.2.2018 skierowanym do p.o. Dyrektora Szpitala, które stanowi również akta kontroli.

2. Zalecenia

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami zalecam podjąć działania zmierzające do:

- 1) Publikowania aktualnych informacji na stronie podmiotowej BIP Szpitala.
- 2) Hospitalizowania pacjentów niepełnoletnich wyłącznie w szpitalnym oddziale dla dzieci i młodzieży.
- 3) Respektowania zapisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8.09.2015 r. w/s ogólnych warunków umów o udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej w sytuacji odmowy przyjmowania do Szpitala pacjentów niepełnoletnich.
- 4) 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 wysokościach i terminach wynikających z zaciągniętych zobowiązań.
- 5) Sprawowania właściwej kontroli nad czasem pracy lekarzy zatrudnionych na umowach cywilnoprawnych.
- 6) Sprawowania należytej kontroli merytorycznej nad dokumentami księgowymi przedstawianymi przez lekarzy zatrudnionych w Szpitalu na umowach cywilnoprawnych.
- 7) Zasięgania opinii komisji konkursowej w przypadkach określonych w art. 49 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej.
- 8) Terminowego wykonywania przeglądów aparatury i sprzętów medycznych użytkowanych w Szpitalu.

Wystąpienie pokontrolne sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, z których jeden przekazuje się Wojewódzkiemu Szpitalowi Neuropsychiatrycznemu im. dr. Emila Cyrana w Lublińcu.

Wystąpienie pokontrolne zawiera 22 ponumerowane strony.

3. Pouczenia

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 Województwa Śląskiego w terminie 30 dni od daty otrzymania niniejszego wystąpienia.

Podmiot uprawniony do kontroli

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

Dokonano anonimizacji 4 dekretów
danych osobowych zgodnie z art. 5
ustawy z dnia 6 września 2016 r.
o dostępie do informacji publicznej.
Osobą dokonującą wyłączenia danych
jest Katarzyna Białaszek.

Informacja przygotowana
do publikacji w BIP
z uwzględnieniem przepisów
o ochronie tajemnic
ustanowionych w przepisach
danych osobowych.