

Katowice, 25 października 2022 r.
NZ-NK.1711.13.2021

**Urząd Marszałkowski
Województwa Śląskiego
Departament Nadzoru
Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia**
(oznaczenie jednostki kontrolującej)

**Wojewódzki Ośrodek Lecznictwa Odwykowego
i Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Gorzycach
ul. Zamkowa 8, 44-350 Gorzyce**
(oznaczenie podmiotu kontrolowanego)

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

z kontroli przeprowadzonej na podstawie:

- 1) art. 121 oraz 122 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t. j.: Dz. U. z 2021 r., poz. 711 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. z 2015 r., poz. 1331),
- 3) planu kontroli na 2021 rok, załącznik nr 2, poz. 9 zatwierdzonego uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 469/213/VI/2021 z dnia 24.02.2021 r. z późn. zm.,
- 4) regulaminu kontroli jednostek organizacyjnych Województwa Śląskiego określonego uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 1057/229/VI/2021 z dnia 28.04.2021 r.

I. Dane identyfikacyjne kontroli:

Jednostka kontrolowana: Wojewódzki Ośrodek Lecznictwa Odwykowego i Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Gorzycach, ul. Zamkowa 8, 44-350 Gorzyce.

Kierownik jednostki kontrolowanej: w okresie objętym kontrolą funkcję Dyrektora Ośrodka sprawował Pan Sławomir Sito od dnia 01.01.1992 r. do nadal.

Dyrektor w okresie objętym kontrolą wykonywał swoje zadania kierownicze i zarządcze przy pomocy:

- Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa:
 - Pana Leszka Asmana od 01.04.2015 r. do 31.07.2020 r.,
 - Pani Kariny Wawrzyniak (p.o. Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa) od 01.08.2020 r. do nadal;
- Zastępcy Dyrektora ds. Terapii Uzależnień:
 - Pan Stanisława Wolnego od 10.12.1998 r. do 30.03.2020 r.,
 - Pana Mirosława Saja od 01.04.2020 r. do nadal;
- Głównego Księgowego Pana Witolda Szendzielorza od 03.04.2000 r. do nadal oraz kierowników komórek organizacyjnych.

Termin przeprowadzenia czynności kontrolnych i zakres kontroli:

Kontrolę przeprowadzono w dniach: od 23.09.2021 r. do 15.10.2021 r. w zakresie: realizacji zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie; dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych; prawidłowości gospodarowania mieniem oraz środkami publicznymi w latach 2020-2021.

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

Osoby przeprowadzające kontrolę:

Joanna Bochenek-Bogacz – Inspektor Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w Katowicach, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 446/NZ/2021 z dnia 17 września 2021 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 22 września 2021 r.

Monika Mrozek – Główny specjalista Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w Katowicach, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 447/NZ/2021 z dnia 17 września 2021 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 22 września 2021 r.

Barbara Gwiazda-Amrosz – Główny specjalista Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 448/NZ/2021 z dnia 20 września 2021 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 22 września 2021 r.

O kontroli Dyrektor jednostki został poinformowany drogą mailową w dniu 21 września 2021 r. oraz pismem doręczonym przez kontrolujących.

Kontrolę wpisano do książki kontroli pod pozycją 238.

[Dowód: akta kontroli str. 13-16]

II. Działalność statutowa.**A. Ustalenia faktyczne:**

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

1. Informacje ogólne.

Wojewódzki Ośrodek Lecznictwa Odwykowego i Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Gorzycach (dalej: Ośrodek) jest samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej. Funkcję podmiotu tworzącego pełni Województwo Śląskie. Nadzór nad działalnością Ośrodka sprawuje Zarząd Województwa Śląskiego. Ośrodek wpisany jest do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego pod numerem 000000014046 oraz posiada osobowość prawną i jest wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Gliwicach pod numerem KRS 0000045171. Siedziba Ośrodka znajduje się w Gorzycach.

Ośrodek działa na podstawie:

- 1) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t. j.: Dz. U. z 2022 r., poz. 633 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 2021 r., poz. 1285 z późn. zm.),
- 3) Statutu Ośrodka nadanego uchwałą Nr V/12/12/2015 Sejmiku Województwa Śląskiego dnia 21.09.2015 r., z uwzględnieniem zmian wprowadzonych uchwałą Nr V/34/20/2017 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 13.02.2017 r. (t. j. ogłoszony w Dz. Urz. Województwa Śląskiego w dniu 05.10.2017 r., poz. 5290),
- 4) Regulaminu Organizacyjnego, którego ostatnie zmiany zostały przyjęte Zarządzeniem Dyrektora Ośrodka nr 11/2021 z dnia 16.03.2021 r. z zastrzeżeniem, że „zarządzenie wchodzi w życie po uzyskaniu pozytywnej opinii Rady Społecznej i po wejściu w życie odpowiednich przepisów ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (Dz. U. z 2021 r. poz. 97)”, a pozytywnie zaopiniowane przez Radę Społeczną Ośrodka uchwałą nr 1/RS/2021 z dnia 23.03.2021 r.,
- 5) w zakresie gospodarki mieniem:
 - a) procedury nabywania aparatury i sprzętu medycznego przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie, określonej w uchwale Zarządu Województwa Śląskiego nr 2734/299/VI/2021 z dnia 22.12.2021 r.,
 - b) zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie, określonych w uchwale Zarządu Województwa Śląskiego nr 686/326/VI/2022 z dnia 20 kwietnia 2022 r.,
- 6) innych powszechnie obowiązujących przepisów prawa.

W Ośrodku zatrudnienie na dzień 23.09.2021 r. roku wynosiło ogółem 272 pracowników:

- 260 pracowników w ramach umowy o pracę,
- 12 pracowników w ramach umowy cywilnoprawnej.

[Dowód: akta kontroli str. 20]

2. Prawdliwość wpisów w Krajowym Rejestrze Sądowym.

Ostatnie (i zarazem jedyne w okresie objętym kontrolą) zgłoszenie do Krajowego Rejestru Sądowego dotyczyło powołania Rady Społecznej Ośrodka na kadencję 2020-2024. Ustalono, że nie został dopełniony ustawowy obowiązek wynikający z art. 22 ustawy o Krajowym Rejestrze Sądowym z dnia 20 sierpnia 1997 r. (t. j.: Dz. U. z 2021 r., poz. 112 z późn. zm.), który wskazuje 7 dni na zgłoszenie zmian do Krajowego Rejestru Sądowego. Powołanie Rady Społecznej nastąpiło z dniem 05.02.2020 r., w związku z czym Ośrodek zawiadzał członków Rady Społecznej do przedstawienia wymaganych danych osobowych. Jeden z członków Rady Społecznej nie udostępnił Ośrodkowi swojego numeru PESEL, a następnie przebywał za granicą bez możliwości nawiązania kontaktu. Brakującą daną wskazany członek Rady Społecznej przedstawił Ośrodkowi dnia 08.04.2020 r. Notarialne poświadczenie dokumentów wymaganych przez Krajowy Rejestr Sądowy nastąpiło dnia 14.04.2020 r., po znalezieniu notariusza, który świadczył usługi mimo ogłoszonego stanu epidemii. Wniosek do KRS został wysłany dnia 15.04.2020 r., lecz został przez sąd zwrócony z powodu braku formalnego (brak właściwych podpisów na załącznikach do wniosku). Poprawnie uzupełniony wniosek złożono dnia 11.05.2020 r.

Wobec powyższego, opóźnienie w zakresie złożenia wniosku do Krajowego Rejestru Sądowego wynika z przyczyn nie w pełni zależnych od Ośrodka. Dnia 26.05.2020 r. dokonano stosownego wpisu w Krajowym Rejestrze Sądowym.

W trakcie kontroli ustalono, że do Krajowego Rejestru Sądowego zgłoszone zostały wszystkie wymagane prawem informacje o Ośrodku.

[Dowód: akta kontroli str. 21-60]

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

Regulamin Organizacyjny Ośrodka (dalej: „Regulamin”) sporządzony został w oparciu o przepisy art. 24 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej. Ostatnie zmiany do Regulaminu zostały przyjęte Zarządzeniem Dyrektora Ośrodka nr 11/2021 z dnia 16.03.2021 r. z zastrzeżeniem, że „zarządzenie wchodzi w życie po uzyskaniu pozytywnej opinii Rady Społecznej i po wejściu w życie odpowiednich przypisów ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (Dz. U. z 2021 r. poz. 97)”, a pozytywnie zaopiniowane przez Radę Społeczną Ośrodka uchwałą nr 1/RS/2021 z dnia 23.03.2021 r.,

Przedłożone kontrolującym następujące kolejno po sobie Zarządzenia Dyrektora dotyczące wprowadzenia zmian w Regulaminie Organizacyjnym Ośrodka, tj.:

- Zarządzenie nr 34/2018 z dnia 25.10.2018 r.,
- Zarządzenie nr 36/2020 z dnia 21.05.2020 r.,
- Zarządzenie nr 76/2020 z dnia 21.12.2020 r.,
- Zarządzenie nr 11/2021 z dnia 16.03.2021 r.

zawierają zastrzeżenia odnośnie terminu wprowadzenia zmian w Regulaminie, tj. po uzyskaniu pozytywnej opinii Rady Społecznej, a w przypadku Zarządzenia nr 11/2021 z dnia 16.03.2021 r., jak już wskazano powyżej, także „po wejściu w życie odpowiednich przypisów ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (Dz. U. z 2021 r. poz. 97)”. Taki tryb wprowadzania zmian w Regulaminie kontrolujący uznali za nieprawidłowy jako utrudniający ustalenie obowiązującej na dany dzień treści Regulaminu. Dodatkowo, jak wyżej wskazano, zastosowanie opisanego rozwiązania nie miało charakteru incydentalnego, a stanowi przyjęty przez Ośrodek zwyczajowy sposób działania. Zauważa się ponadto, że Dyrektor Ośrodka nie może warunkować wejścia Regulaminu w życie wydaniem przez Radę Społeczną pozytywnej opinii dla zmian jego treści, gdyż rzeczona opinia, zarówno pozytywna jak i negatywna, nie jest dla kierownika sp zoz wiążąca - możliwe jest wprowadzenie w życie regulaminu organizacyjnego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej zaopiniowanego negatywnie.

Zgodnie z zapisami art. 46 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej odpowiedzialność za zarządzanie podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą ponosi kierownik. Art. 48 ww. ustawy stanowi z kolei, że w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą działa rada społeczna, która jest organem inicjującym i opiniodawczym podmiotu tworzącego oraz doradczym kierownika. Do zadań rady społecznej należy:

- przedstawianie podmiotowi tworzącemu wniosków i opinii w sprawach: zbycia aktywów trwałych oraz zakupu lub przyjęcia darowizny nowej aparatury i sprzętu medycznego; związanych z przekształceniem lub likwidacją; rozszerzeniem lub ograniczeniem działalności; przyznawania kierownikowi nagród; rozwiązania stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej z kierownikiem;
- przedstawianie kierownikowi wniosków i opinii w sprawach: planu finansowego, w tym planu inwestycyjnego; rocznego sprawozdania z planu finansowego, w tym planu inwestycyjnego; kredytów bankowych lub dotacji; podziału zysku; zbycia aktywów trwałych oraz zakupu lub przyjęcia darowizny nowej aparatury i sprzętu medycznego; regulaminu organizacyjnego;
- dokonywanie okresowych analiz skarg i wniosków wnoszonych przez pacjentów, z wyłączeniem spraw podlegających nadzorowi medycznemu;
- opiniowanie wniosku w sprawie czasowego zaprzestania działalności leczniczej;
- wykonywanie innych zadań określonych w ustawie i statucie.

W toku kontroli sprawdzono zgodność zapisów Regulaminu z przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Stwierdzono, że Regulamin Ośrodka nie zawiera następujących niezbędnych elementów wskazanych w treści art. 24 ust. 1 ww. ustawy - brak jest precyzyjnego określenia:

- celów i zadań podmiotu (tabela nr 1):

	Regulamin Organizacyjny Ośrodka – § 2. Cele i zadania WOŁOiZOL	Statut Ośrodka – Rozdział 2 Cele i zadania
Cele		<p>§ 3. Celem działania Ośrodka jest:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) udzielanie świadczeń zdrowotnych służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania; 2) promocja zdrowia.
Zadania	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cele i zadania WOŁOiZOL, w tym zadania w zakresie innej działalności niż lecznicza, określa Statut. 2. Cele WOŁOiZOL są realizowane w oparciu o misję: „Jesteśmy, by pomóc Tobie i Twoim najbliższym”. 	<p>§ 4. Do zadań Ośrodka należy:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) udzielanie stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne, w tym z zakresu leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych (detoksykacji); 2) udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych, w tym realizowanie turnusów rehabilitacyjnych; 3) świadczenie usług farmaceutycznych; 4) udzielanie świadczeń zdrowotnych rzeczowych i świadczeń towarzyszących, w rozumieniu przepisów powszechnie obowiązujących dotyczących świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych; 5) prowadzenie działań ze zdrowia publicznego, w tym profilaktyka chorób, promocja zdrowia i edukacja zdrowotna; 6) uczestniczenie w realizacji zadań dydaktycznych i badawczych, w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia; 7) uczestniczenie w przygotowywaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i kształceniu osób wykonujących zawody medyczne, na zasadach określonych w odrębnych przepisach regulujących kształcenie tych osób; 8) orzekanie o stanie zdrowia i czasowej niezdolności do pracy; 9) realizacja zleconych przez właściwy organ określonych zadań związanych z obroną cywilną, sprawami obronnymi i ochroną ludności; 10) kształcenie i szkolenie personelu medycznego; 11) pełnienie na obszarze województwa śląskiego funkcji Wojewódzkiego Ośrodka Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia, w rozumieniu przepisów powszechnie obowiązujących dotyczących wychowania w trzeźwości i przeciwdziałania alkoholizmowi i realizacja zadań właściwych dla tego ośrodka; 12) wspomaganie procesu rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych w formie warsztatu terapii zajęciowej, w rozumieniu przepisów powszechnie obowiązujących dotyczących rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudniania osób niepełnosprawnych i realizacja zadań właściwych dla tego warsztatu; 13) współpraca z podmiotami i osobami wykonującymi zadania w zakresie celów i zadań Ośrodka.

Tabela nr 1 – Porównanie zapisów Regulaminu Organizacyjnego ze Statutem Ośrodka w zakresie celów i zadań samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

- miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych – w Regulaminie wskazano jedynie, że Ośrodek „udziela świadczeń zdrowotnych w miejscach określonych jego adresem oraz w innych miejscach, do których WOŁOiZOL [Ośrodek] ma tytuł prawny, a także w innych miejscach uzasadnionych realizacją jego celów i zadań”, przy czym nie wskazano konkretnych lokalizacji;

- informacji o wysokości opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej ustalonej w sposób określony w art. 28 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw

Pacjenta (t.j.: Dz. U. z 2020 r., poz. 849 z późn. zm.). W § 9 ust. 1 Regulaminu zawarty został zapis informujący w jaki sposób jest wyliczana opłata za udostępnienie dokumentacji medycznej, jednakże nie zostały w nim wskazane konkretne ceny za wykonanie określonych usług w tym zakresie. W § 9 ust. 4 widnieje informacja, że aktualizacji opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej dokonuje Księgowość. Zamieszczenie w treści Regulaminu powyższych zapisów nie można uznać za tożsame z określeniem wysokości opłat, o których mowa w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Dokument, w którym określona jest wysokość opłat w walucie jest częścią składową regulaminu organizacyjnego podmiotu leczniczego, dlatego każda jego zmiana powinna być procedowana w sposób właściwy dla zmian zapisów regulaminu, tj. opiniowana przez radę społeczną i wprowadzana w życie zarządzeniem kierownika jednostki.

W tym miejscu zwraca się uwagę na funkcję informacyjną jaką powinien pełnić regulamin organizacyjny w podmiocie leczniczym. Przede wszystkim w jednym dokumencie spisane powinny być informacje wymagane przepisami art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, aby umożliwić zaznajomienie się m.in. z organizacją, zadaniami czy zakresem wykonywanej przez Ośrodek działalności leczniczej. Odwoływanie się do innych dokumentów (§ 2 ust. 1 Regulaminu Ośrodka) powoduje utrudnienia w uzyskaniu informacji dotyczących celów i zadań Ośrodka.

Zgodność Regulaminu Organizacyjnego Ośrodka z Rejestrem Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonym przez Wojewodę Śląskiego prezentuje przedstawiona poniżej tabela nr 2:

REGULAMIN ORGANIZACYJNY			REJESTR PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ PROWADZONY PRZEZ WOJEWODĘ		UWAGI
L.P.	NAZWA JEDNOSTKI/ KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ	LICZBA ŁÓŻEK/ MIEJSC DZIENNEGO POBYTU/ STANOWISK/ INNE (jeśli dotyczy)	NAZWA JEDNOSTKI/ KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ	LICZBA ŁÓŻEK/ MIEJSC DZIENNEGO POBYTU/ STANOWISK/ INNE (jeśli dotyczy)	
1	2	3	4	5	6
A	ZAKŁAD LECZNICZY		ZAKŁAD LECZNICZY		
	Ośrodek Terapii Uzależnień		Ośrodek Terapii Uzależnień		
1	KOMÓRKA DZIAŁALNOŚCI MEDYCZNEJ		KOMÓRKA DZIAŁALNOŚCI MEDYCZNEJ		
1.1	Oddział Przyjęć i Detoksykacji	35	Oddział Przyjęć i Detoksykacji	35	
1.2	Oddział Terapii Uzależnienia	112	Oddział Terapii Uzależnienia	112	
B	ZAKŁAD LECZNICZY		ZAKŁAD LECZNICZY		
	Przychodnia		Przychodnia		

REGULAMIN ORGANIZACYJNY			REJESTR PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ PROWADZONY PRZEZ WOJEWODĘ		UWAGI
L.P.	NAZWA JEDNOSTKI/ KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ	LICZBA ŁÓŻEK/ MIEJSC DZIENNEGO POBYTU/ STANOWISK/ INNE (jeśli dotyczy)	NAZWA JEDNOSTKI/ KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ	LICZBA ŁÓŻEK/ MIEJSC DZIENNEGO POBYTU/ STANOWISK/ INNE (jeśli dotyczy)	
1	2	3	4	5	6
1	KOMÓRKA DZIAŁALNOŚCI MEDYCZNEJ		KOMÓRKA DZIAŁALNOŚCI MEDYCZNEJ		
1.1	Poradnia Uzależnienia i Współuzależnienia		Poradnia Uzależnienia i Współuzależnienia		Od 2019 roku Ośrodek udziela ambulatoryjnych świadczeń terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu we własnym zakresie i na swój koszt (bez umowy z NFZ)
C	ZAKŁAD LECZNICZY		ZAKŁAD LECZNICZY		
	Ośrodek Opieki Długoterminowej		Ośrodek Opieki Długoterminowej		
1	KOMÓRKA DZIAŁALNOŚCI MEDYCZNEJ		KOMÓRKA DZIAŁALNOŚCI MEDYCZNEJ		
1.1	Psychiatryczny Zakład Opiekuńczo-Lecznicy	214	Psychiatryczny Zakład Opiekuńczo-Lecznicy	214	
1.2	Apteka WOLOIZOL w Gorzycach		Apteka WOLOIZOL w Gorzycach		zadania dla wszystkich komórek jw. w ramach umowy z NFZ na te świadczenia (bez Poradni Uzależnienia i Współuzależnienia)
1.3	Rehabilitacja		Rehabilitacja		zadania dla Psychiatrycznego Zakładu Opiekuńczo-Lecznicy (PZOL) – w ramach umowy z NFZ na PZOL

Tabela nr 2 – Porównanie zapisów Regulaminu Organizacyjnego z Rejestrem Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonym przez Wojewodę Śląskiego.

Kontrolujący zauważają, że w zamieszczonym w Regulaminie schemacie organizacyjnym Ośrodka, do komórki o nazwie Oddział Terapii Uzależnienia przyporządkowane są Pododdziały A, B i C, które zgodnie ze złożonymi wyjaśnieniami nie są odrębnymi komórkami, a jedynie pełnią charakter tzw. odcinków. Wobec powyższego, celem wyeliminowania ewentualnych nieporozumień związanych z nazewnictwem zastosowanym z Regulaminie, proponuje się dokonać stosownej korekty we wskazanym zakresie.

Kontrolujący ustalili, że w okresie objętym kontrolą nie dokonywano zmian w strukturze organizacyjnej Ośrodka.

Ośrodek posiada własną stronę internetową pod adresem: <http://woloizol.com.pl/> oraz odrębną stronę podmiotową BIP pod adresem: <http://bip-slaskie.pl/wologo>.

Kontrola strony internetowej oraz Biuletynu Informacji Publicznej Ośrodka wykazała, że ww. strony zawierają informacje wymagane przez art. 24 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.

Analizie poddano zgodność danych zamieszczonych na stronie BIP z zapisami art. 8 ust. 3 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (t.j.: Dz. U. z 2020 r. poz. 2176 z późn. zm.). Stwierdzono, że Ośrodek nie opublikował informacji wymaganych przez przepisy ww. ustawy w zakresie osób sprawujących funkcje w organach Ośrodka – w zakresie składu Rady Społecznej (art. 6 ust. 1 pkt 2 lit. d).

Informacje w tym zakresie widnieją na stronie internetowej Ośrodka w zakładkach „Statut i zarządzanie” oraz „Aktualności”. Brak jest jednak odpowiednich odesłań do wskazanych działów bezpośrednio ze strony BIP.

[Dowód: akta kontroli str. 61-111]

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

1. Uchybienie polegające na przyjęciu niewłaściwego trybu wprowadzania zmian w Regulaminie Organizacyjnym Ośrodka, w tym m.in. warunkowanie w zarządzeniu Dyrektora wejścia w życie Regulaminu od późniejszego uzyskania pozytywnej opinii Rady Społecznej dla wskazanych jego zmian;
2. Nieprawidłowość polegająca na braku w Regulaminie Organizacyjnym:
 - określenia celów i zadań Ośrodka,
 - możliwie precyzyjnego wskazania miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych,
 - wysokości opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej,co stanowi naruszenie art. 24 ust. 1 pkt 2, 5 i 9 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
3. Nieprawidłowość polegająca na braku na stronie BIP Ośrodka informacji o osobach sprawujących funkcje w organach Ośrodka w zakresie składu Rady Społecznej, co stanowi naruszenie art. 8 ust. 3 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej.

Przyczyny nieprawidłowości i uchybień:

Brak należytej staranności w zakresie:

- konstruowania zapisów oraz aktualizacji Regulaminu Organizacyjnego Ośrodka,
- zamieszczania wymaganych informacji na stronie BIP Ośrodka.

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

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

III. Dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych.

A. Ustalenia faktyczne:

Podstawowym celem działalności Ośrodka jest udzielanie świadczeń zdrowotnych i promocja zdrowia. Ośrodek prowadzi działalność medyczną w ramach umów zawartych z NFZ o świadczenie usług medycznych w obiektach zlokalizowanych w siedzibie Ośrodka przy ul. Zamkowej 8 w Gorzycach.

1. Funkcjonowanie wybranych komórek organizacyjnych.

W ramach prowadzonych czynności szczególną kontrolą objęto funkcjonowanie wybranych komórek medycznych:

- 1) Oddziału Przyjęć i Detoksykacji,

- 2) Oddziału Terapii Uzależnienia,
- 3) Psychiatrycznego Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego,
- 4) Poradni Uzależnienia i Współuzależnienia.

Ad. 1) Oddział Przyjęć i Detoksykacji

Oddział wpisany jest do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 001 (kod resortowy identyfikujący komórkę organizacyjną stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych), kod resortowy charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych: 2748 Ośrodek leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych (detoksykacji). Oddział został wpisany do Rejestru z dniem 07.06.1993 r. i dysponuje 35 łóżkami. W Oddziale diagnozowane są zaburzenia spowodowane spożywaniem alkoholu lub używaniem innych substancji psychoaktywnych, ma miejsce leczenie alkoholowego lub polekowego zespołu abstynencyjnego oraz motywowanie pacjentów do podjęcia psychoterapii uzależnień. Od strony organizacyjnej Oddział zapewnia w szczególności: organizację przyjęć wszystkich stacjonarnych pacjentów Ośrodka, udzielanie świadczeń lekarskich, pielęgniarских oraz prowadzenie farmakoterapii dla pacjentów Oddziału Terapii Uzależnienia, dyżury lekarskie/pełnienie nadzoru lekarskiego poza godzinami normalnej ordynacji lekarskiej (zapewniające całodobową opiekę lekarską wszystkim stacjonarnym pacjentom Ośrodka).

Liczba hospitalizowanych w Oddziale pacjentów wyniosła:

- 657 w 2020 r.,
- 796 w 2021 r.

Sprawozdana liczba osób oczekujących na leczenie w Oddziale (stan na 23.09.2021 r.) wynosiła: przypadki pilne – 0, przypadki stabilne – 74.

W Oddziale zatrudnionych jest 13 lekarzy, 14 pielęgniarek, psycholog oraz 1 osoba z innej grupy zawodowej.

Ad. 2) Oddział Terapii Uzależnienia

Oddział wpisany jest do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 002 (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: 2742 Ośrodek leczenia uzależnień stacjonarny. Oddział został wpisany do Rejestru z dniem 07.06.1993 r. i dysponuje 112 łóżkami.

W Oddziale diagnozowane są zaburzenia spowodowane spożywaniem alkoholu lub używaniem innych substancji psychoaktywnych oraz zaburzenia nawyków i popędów, realizowane są programy psychoterapii i udzielane są indywidualne świadczenia zapobiegawczo-lecznicze dla pacjentów pozostających w programie terapii (uzależnionych od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, z zaburzeniami nawyków i popędów), a także prowadzone są działania konsultacyjno-edukacyjne dla członków rodzin pacjentów oraz przygotowanie pacjenta do kontynuowania terapii w warunkach ambulatoryjnych.

Liczba hospitalizowanych w Oddziale pacjentów wyniosła:

- 661 w 2020 r.,
- 834 w 2021 r.

Sprawozdana liczba osób oczekujących na leczenie w Oddziale (stan na 23.09.2021 r.) wynosiła: przypadki pilne – 0, przypadki stabilne – 12.

W Oddziale zatrudnionych jest 7 lekarzy, 11 pielęgniarek oraz 12 specjalistów terapii uzależnień.

Ad. 3) Psychiatryczny Zakład Opiekuńczo-Leczniczy

Komórka wpisana jest do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego

przez Wojewodę Śląskiego – kod 007 (kod resortowy identyfikujący komórkę organizacyjną stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych), kod resortowy charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych: 5172 Zakład/Oddział opiekuńczo-leczniczy psychiatryczny. Komórka została wpisana do Rejestru z dniem 07.06.1993 r.

Oddział zajmuje się pielęgnacją i rehabilitacją psychicznie chorych mężczyzn niewymagających hospitalizacji, w tym realizuje świadczenia i programy terapeutyczne, przeprowadza niezbędne badania diagnostyczne, konsultacje specjalistyczne, prowadzi działania edukacyjno-konsultacyjne dla rodzin, w zakresie opieki socjalnej, a także sesje pomocy psychologicznej (psychoterapie: indywidualną, grupową, rodzinną, w obszarze edukacji i psychoedukacji, terapie zajęciowe, treningi umiejętności społecznych, arteterapie, terapie ruchowe).

Liczba hospitalizowanych w Oddziale pacjentów wyniosła:

- 257 w 2020 r.,
- 266 w 2021 r.

Sprawozdana liczba osób oczekujących na leczenie w Oddziale (stan na 23.09.2021 r.) wynosiła: przypadki pilne – 13, przypadki stabilne – 8.

W Oddziale zatrudnionych jest 5 lekarzy, 56 pielęgniarek, 2 fizjoterapeutów oraz 4 psychologów.

Ad. 4) Poradnia Uzależnienia i Współuzależnienia

Komórka wpisana jest do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 005 (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: 1744 Poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia. Komórka została wpisana do Rejestru z dniem 01.01.1999 r.

Poradnia zajmuje się diagnozowaniem zaburzeń spowodowanych spożywaniem alkoholu lub używaniem innych substancji psychoaktywnych oraz zaburzeń nawyków i popędów, diagnozowaniem zaburzeń występujących u członków rodzin osób spożywających alkohol lub używających innych substancji psychoaktywnych, realizacją programów korekcyjnych, udzielaniem indywidualnych świadczeń zapobiegawczo-leczniczych, a także prowadzeniem działań konsultacyjno-edukacyjnych dla członków rodzin pacjentów.

Liczba porad udzielonych w komórce wyniosła:

- 150 w 2020 r.,
- 149 w 2021 r.

W Poradni zatrudnionych jest 3 lekarzy oraz 3 specjalistów psychoterapii uzależnień.

Od 2019 roku Ośrodek udziela ambulatoryjnych świadczeń terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu we własnym zakresie i na swój koszt (bez umowy z NFZ).

[Dowód: akta kontroli str. 112-118]

2. Udzielanie zamówień na świadczenia zdrowotne.

Przedmiotem weryfikacji przeprowadzonej przez kontrolujących były umowy:

- 1) Nr 26/2020 z dnia 21.02.2020 r. na pełnienie nadzoru lekarskiego nad pacjentami Ośrodka,
- 2) Nr 35/2020 z dnia 21.02.2020 r. na pełnienie nadzoru lekarskiego nad pacjentami Ośrodka.

Ad. 1) Nr 26/2020 z dnia 21.02.2020 r.

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

Umowa została zawarta w formie pisemnej, na czas określony tj. od dnia 01.03.2020 r. do dnia 30.06.2022 r.

Umowa wskazuje szacunkową wartość zamówienia oraz zawiera wszystkie zapisy określone w art. 27 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, jednakże okoliczności uzasadniające rozwiązanie umowy za wypowiedzeniem wskazano niezgodnie z art. 27 ust. 4 pkt 8 ww. ustawy, tj. nie zachowując wymogu szczegółowego ich określenia. Zgodnie z § 10 ust. 2 ww. umowy „przyjmujący zamówienie może rozwiązać umowę w przypadku, gdy Udzielający zamówienia trzykrotnie opóźni się z zapłatą wynagrodzenia powyżej 21 dni od daty określonej w § 5 ust. 5 z zachowaniem 14-dniowego okresu wypowiedzenia” Jednocześnie, w myśl § 10 ust. 5 „umowa może zostać rozwiązana przez każdą ze stron bez podania przyczyny z zachowaniem 2-miesięcznego okresu wypowiedzenia.”

Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach i podpisana przez strony. W ramach kontroli realizacji umowy sprawdzono rachunek nr 2020/6/2 z dnia 31.03.2020 r. i stwierdzono, że stawka jednostkowa jest zgodna z umową.

Ad. 2) Nr 35/2020 z dnia 21.02.2020 r.

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

Umowa została zawarta w formie pisemnej, na czas określony tj. od dnia 01.03.2020 r. do dnia 30.06.2022 r.

Umowa wskazuje szacunkową wartość zamówienia oraz zawiera wszystkie zapisy określone w art. 27 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, jednakże okoliczności uzasadniające rozwiązanie umowy za wypowiedzeniem wskazano niezgodnie z art. 27 ust. 4 pkt 8 ww. ustawy, tj. nie zachowując wymogu szczegółowego ich określenia. Zgodnie z § 10 ust. 2 ww. umowy „przyjmujący zamówienie może rozwiązać umowę w przypadku, gdy Udzielający zamówienia trzykrotnie opóźni się z zapłatą wynagrodzenia powyżej 21 dni od daty określonej w § 5 ust. 5 z zachowaniem 14-dniowego okresu wypowiedzenia” Jednocześnie, w myśl § 10 ust. 5 „umowa może zostać rozwiązana przez każdą ze stron bez podania przyczyny z zachowaniem 2-miesięcznego okresu wypowiedzenia.”

Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach i podpisana przez strony. W ramach kontroli realizacji umowy sprawdzono fakturę nr 28/2021 z dnia 31.07.2021 r. i stwierdzono, że stawka jednostkowa jest zgodna z umową.

[Dowód: akta kontroli str. 119-181]

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

Ogłaszanie i przeprowadzanie konkursów na stanowiska kierownicze

Kontrola realizacji zadań na gruncie art. 49 ust. 1 pkt 2 - 5, ust. 2 - 6 ustawy z dnia 15 kwietnia

2011 roku o działalności leczniczej wykazała, iż w okresie objętym kontrolą, tj. lata 2020-2021 w Wojewódzkim Ośrodku Lecznictwa Odwykowego i Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym w Gorzycach nie miały miejsca żadne postępowania konkursowe na stanowiska kierownicze wskazane w art. 49 ww. ustawy.

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

- a. Oddział Przyjęć i Detoksykacji: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- b. Oddział Terapii Uzależnień: kierownik oddziału;

Jak wskazano powyżej, poszczególnymi oddziałami zarządzają kierownicy oddziałów. Rozwiązanie takie jest zgodne z treścią art. 49 ust. 7 ww. ustawy, który przewiduje możliwość kierowania oddziałem przez lekarza niebędącego ordynatorem stanowiąc, że „w przypadku gdy zgodnie z regulaminem organizacyjnym oddziałem kieruje lekarz niebędący ordynatorem, na stanowisko lekarza kierującego oddziałem konkursu nie przeprowadza się.”

Pracą całego personelu pielęgniarskiego w Oddziale Przyjęć i Detoksykacji kieruje pielęgniarka oddziałowa, natomiast w Oddziale Terapii Uzależnienia z uwagi na jego terapeutyczny charakter, nie ma zatrudnionych pielęgniarek, a ich miejsce zajmują terapeuci.

W Ośrodku nie funkcjonuje stanowisko naczelnej pielęgniarki/przełożonej pielęgniarek.

Zgodnie z informacją przekazaną kontrolującym przez Dyrektora Ośrodka, mając na uwadze specyfikę jednostki, struktura zatrudnienia w w/w podmiocie leczniczym nie uwzględnia stanowiska naczelnej pielęgniarki/ przełożonej pielęgniarek.

Należy zaznaczyć, iż zgodnie z 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.

Zgodnie z wyjaśnieniami przekazanymi kontrolującym, w związku z rozwiązaniem z dniem 31.07.2020 r. umowy o pracę z dotychczasowym Zastępcą Dyrektora ds. Lecznictwa, od dnia 01.08.2020 r. powierzono obowiązki Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa Pani Karinie Wawrzyniak, do czasu przeprowadzenia i rozstrzygnięcia postępowania konkursowego na stanowisko Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa. W tym czasie obowiązywał już stan epidemii, a ze względu na pojawiające się kolejne ogniska zakażeń wśród personelu i pacjentów Ośrodka oraz wprowadzone ograniczenia w zakresie zgromadzeń, Dyrektor Ośrodka zawarł z dniem 31.12.2020 r. z Panią Kariną Wawrzyniak porozumienie dot. pełnienia obowiązków Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa, w ramach dodatkowego wymiaru czasu pracy, do czasu rozstrzygnięcia konkursu na w/w stanowisko. Po unormowaniu się sytuacji epidemiologicznej wszczęte zostanie postępowanie konkursowe na stanowisko Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.

Kontrolujący stwierdzili, że w Regulaminie Wynagradzania pracowników Wojewódzkiego Ośrodka Lecznictwa Odwykowego i Zakładu Opiekuńczo-Lecznicznego nadal nie zostało wskazane stanowisko pielęgniarki oddziałowej.

Pozostałe ww. stanowiska określone zostały zarówno w Regulaminie Organizacyjnym Ośrodka, jak i w załączniku nr 2 (Tabela zaszeregowania stanowisk pracy) oraz załączniku nr 4 cz. I (Wykaz stanowisk, na których przysługuje dodatek funkcyjny i stawek dodatku funkcyjnego) do Regulaminu Wynagradzania pracowników WOŁOiZOL w Gorzycach.

[Dowód: akta kontroli str. 182-196]

4. Serwisowanie aparatury oraz sprzętu medycznego.

Kontrolujący w ramach kontroli jakości świadczonych usług zweryfikowali paszporty techniczne niżej wymienionych urządzeń, służących do wykonywania usług medycznych:

- 1) Elektrokardiograf Ascard Mr. Blue, Nr fabryczny **17/10**, data rozpoczęcia eksploatacji: 28.04.2010 r. Ostatni przegląd okresowy odbył się 02.04.2021r. – wykonany w terminie, zgodnie z wpisem urządzenie sprawne. Kolejny przegląd winien być wykonany do dnia 02.04.2022 r.
- 2) Elektrokardiograf Ascard Mr. Blue, Nr fabryczny **11/10**, data rozpoczęcia eksploatacji: 28.04.2010 r. Ostatni przegląd okresowy odbył się 02.04.2021r. – wykonany w terminie, zgodnie z wpisem urządzenie sprawne. Kolejny przegląd winien być wykonany do dnia 02.04.2022 r.
- 3) Koncentrator tlenu Tokyo 3A-W, Nr fabryczny **14110274**, data rozpoczęcia eksploatacji: 18.01.2017 r. Ostatni przegląd okresowy odbył się 02.04.2021r. – wykonany w terminie, zgodnie z wpisem urządzenie sprawne. Kolejny przegląd winien być wykonany do dnia 02.04.2022 r.
- 4) Inhalator mechaniczny Flaem Nuova Condor F-400, Nr fabryczny **432475/L3**, rok produkcji: 2005 r. Ostatni przegląd okresowy odbył się 02.04.2021r. – wykonany w terminie, zgodnie z wpisem urządzenie sprawne. Kolejny przegląd winien być wykonany do dnia 02.04.2022 r.

[Dowód: akta kontroli str. 197-214]

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

W ramach kontroli sprawdzeniem objęto rejestr skarg i wniosków Ośrodka. Skargi i wnioski rozpatrywane są w oparciu o procedurę opisaną w Zarządzeniu Dyrektora nr 43/2019 z dnia 9 grudnia 2019r. Zgodnie z ww. Procedurą, która opiera się m.in. na Kodeksie Postępowania Administracyjnego, skargi i wnioski mogą być wnoszone pisemnie, telegraficznie lub za pomocą dalekopisu, telefaksu, poczty elektronicznej oraz ustnie do protokołu. Odnosząc się do zapisu zawartego w art. 254 KPA, skargi i wnioski rejestruje się i przechowuje w sposób ułatwiający kontrolę przebiegu i terminów załatwiania poszczególnych skarg i wniosków. Rejestr prowadzony przez Ośrodek zawiera takie rubryki jak: numer i data, tematyka skargi, sposób i data rozpatrzenia, uwagi. Niemniej jednak rejestr nie zawiera informacji o danych strony wnoszącej skargę oraz osobie odpowiedzialnej za jej rozpatrzenie, co może znacząco utrudniać kontrolę przebiegu załatwiania skarg i wniosków. Wszystkie skargi, które wpłynęły do Ośrodka w okresie kontroli zostały rozpatrzone w terminie.

L.P.	LATA	LICZBA SKARG	LICZBA SKARG UZNANYCH ZA ZASADNE	LICZBA SKARG UZNANYCH ZA NIEZASADNE	ODPOWIEDŹ UDZIELONA SKARZĄCEMU	LICZBA ODPOWIEDZI NA SKARGI UDZIELONA W TERMINIE	OBZARY DZIAŁALNOŚCI OŚRODKA, KTÓRYCH DOTYCZA SKARGI	INFORMACJA PRZEDSTAWIONA NA RADZIE SPOŁECZNEJ
1	01.01.2020-31.12.2020	6	0	6	tak	6	Psychiatryczny Zakład Opiekuńczo-Lecznicy, Oddział Przyjęć i Detoksykacji	30.12.2020r. Uchwała nr 20/RS/2020
2	01.01.2021-23.09.2021	0	0	0	-	0	-	-

Tabela nr 3 – Zestawienie skarg wpływających do Ośrodka w okresie objętym kontrolą.

W okresie kontroli do Ośrodka nie wpłynęły żadne wnioski.

Zgodnie z ustawą o działalności leczniczej analiza skarg i wniosków jest przedstawiana okresowo Radzie Społecznej Ośrodka. Protokół z posiedzenia Rady stanowi akta kontroli.

[Dowód: akta kontroli str. 215-220]

6. Finansowanie udzielanych świadczeń.

Ośrodek na dzień przeprowadzania kontroli (tj. 23.09.2021 r.) realizował świadczenia zdrowotne w poszczególnych komórkach organizacyjnych w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. Wykaz realizowanych świadczeń został szczegółowo przedstawiony w tabeli poniżej. Zgodnie z uzyskanymi informacjami świadczenia w Poradni Uzależnienia i Współuzależnienia są realizowane w głównej mierze w formie teleporad, za które Ośrodek nie pobiera opłat.

L.P.	KOMÓRKI DZIAŁALNOŚCI MEDYCZNEJ	REALIZACJA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH	KOLEJKA OCZEKUJĄCYCH			UWAGI
		W RAMACH KONTRAKTU Z NFZ	RODZAJ ŚWIADCZENIA	PILNE	STABILNE	
1	2	3	4	5	6	7
1.	Oddział Przyjęć i Detoksykacji	X	Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień - ośrodek leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych (detoksykacji)	-	74	
2	Oddział Terapii Uzależnienia	X	Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień - ośrodek leczenia uzależnień stacjonarny	-	12	
3	Poradnia Uzależnienia i Współuzależnienia		Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień - poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia	Brak	Brak	Poradnia bez kontraktu z NFZ, świadczenia udzielane są nieodpłatnie, głównie w formie teleporad.
4.	Psychiatryczny Zakład Opiekuńczo-Lecznicy	X	Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień - zakład opiekuńczo-leczniczy psychiatryczny dla dorosłych	13	8	
5	Apteka WOLOiZOL w Gorzycach	X	Farmakologia kliniczna - apteka szpitalna	Nie dotyczy	Nie dotyczy	Zadania dla wszystkich komórek jw w ramach umowy z NFZ na te świadczenia (bez poradni).
6.	Rehabilitacja	X	Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień - inna i nieokreślona komórka działalności medycznej	Nie dotyczy	Nie dotyczy	Zadania dla PZOL - w ramach umowy z NFZ na PZOL.

Tabela nr 4- Realizacja świadczeń w poszczególnych komórkach Ośrodka

Zestawienie podpisanych przez Ośrodek umów z Narodowym Funduszem Zdrowia przedstawia poniższa tabela (lata 2020-2021):

L.P.	KOD UMOWY	RODZAJ ŚWIADCZENIA (nazwa)	KWOTA (zł)	OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY	UWAGI
1	124/100084/04/2021	Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	18 335 956,15	01.04.2019-30.06.2023	Wg aneksu nr 8 do umowy, dla okresu rozliczeniowego 01.01.2020-01.12.2020
1a	124/100084/04/2021	Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	19 857 669,02	01.04.2019-30.06.2023	Wg aneksu nr 8 do umowy, dla okresu rozliczeniowego 01.01.2021-01.12.2021

Tabela nr 5 - Wykaz umów zawartych z NFZ w latach 2020 -2021.

Ośrodek realizuje świadczenie w ramach zawartych umów.

[Dowód: akta kontroli str. 221-222]

7. Certyfikaty jakości.

W ramach kontroli jakości udzielanych świadczeń ustalono, że Ośrodek nie posiada certyfikatów jakości. Zgodnie z przekazanymi informacjami Dyrekcja oczekuje na opracowanie i wdrożenie do stosowania standardów akredytacyjnych placówek odwykowych i psychiatrycznych zakładów opieki długoterminowej.

8. Kontrola zawieranych umów.

Zgodnie z oświadczeniem Dyrektora kontrola zawieranych umów w Ośrodku przeprowadzana jest w zakresie wskazanym w poniższej tabeli:

L.P.	RODZAJ DZIAŁALNOŚCI ZLECANY PODMIOTOM ZEWNĘTRZNYM	CZY AKTUALNE UMOWY REGULUJĄ KWESTIE ZWIĄZANE Z KONTROLĄ ŚWIADCZONYCH USŁUG	ZAKRES UPRAWNIEŃ KONTROLNYCH PODMIOTU LECZNICZEGO OBJĘTY UMOWĄ	CZY PODMIOT KONTROLUJE REALIZACJĘ UMÓW ZGODNIE Z ZAPISAMI UMOWY	OPIS DZIAŁAŃ KONTROLNYCH WOBEC PODMIOTU ZEWNĘTRZNEGO REALIZUJĄCEGO UMOWĘ	UZASADNIENIE ODSTĄPIENIA OD KONTROLI REALIZACJI UMOWY
1	2	3	4	5	6	7
1	ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE:					
1.1	dyżury lekarskie	TAK	kontrola w zakresie wykonywania umowy	TAK	lista obecności-jako potwierdzenie wykonania dyżurów	umowa realizowana zgodnie z warunkami określonymi w umowie
1.2	badania laboratoryjne	TAK	kontrola w zakresie wykonywania umowy	TAK	faktura za wykonane badania z załączonym wykazem wykonanych badań, sprawdzanym przez osobę upoważnioną	umowa realizowana zgodnie z warunkami określonymi w umowie
1.3	badania diagnostyczne pozostałe	TAK	kontrola w zakresie wykonywania umowy	TAK	faktura za wykonane badania z załączonym wykazem wykonanych badań, sprawdzanym przez osobę upoważnioną	umowa realizowana zgodnie z warunkami określonymi w umowie
2	transport sanitarny	TAK	kontrola w zakresie wykonywania umowy	TAK	faktura za wykonany transport pacjentów z załączonymi zleceniami wyjazdów sprawdzanymi przez osobę upoważnioną	umowa realizowana zgodnie z warunkami określonymi w umowie

Tabela nr 6 - Kontrola zawieranych umów

Przedstawiając dane we wskazanym zakresie Dyrektor Ośrodka zaznaczył, że działania kontrolne podejmowane są przez Ośrodek wobec usługodawców zgodnie z zapisami umów.

9. Zaplecze diagnostyczne.

W okresie objętym kontrolą (01.01.2020-23.09.2021 r.), podstawowym rodzajem używanej aparatury przez pracowników medycznych są aparaty EKG. Wyszczególnienie posiadanej aparatury wraz z okresem użytkowania sprzętu zostało przedstawione w poniższej tabeli.

L.P.	RODZAJ APARATURY I SPRZĘTU MEDYCZNEGO	LICZBA				OGÓŁEM	LICZBA WYKONANYCH BADAŃ / ZABIEGÓW
		OKRES UŻYTKOWANIA 0-3 LATA	OKRES UŻYTKOWANIA 4-8 LAT	OKRES UŻYTKOWANIA 9-11 LAT	OKRES UŻYTKOWANIA POWYŻEJ 12 LAT		
1.	Aparaty EKG	0	0	2	1	3	183

Tabela nr 7- Zaplecze diagnostyczne (01.01.2020r. - 23.09.2021r.).

Na podstawie ww. tabeli można stwierdzić, iż dwa spośród trzech aparatów EKG jest w okresie użytkowania 9-11 lat, a jeden znajduje się w okresie użytkowania powyżej 12 lat.

[Dowód: akta kontroli str. 223-227]

10. Normy zatrudnienia pielęgniarek.

Nawiązując do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19.06.2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U. 2019 poz. 1285 z późn. zm.) w odniesieniu do świadczeń zdrowotnych udzielanych w Ośrodku nie ma wymogu wyliczania norm pielęgniarskich na łóżko pacjenta. W związku z powyższym zastosowanie mają postanowienia art. 50 ust.1 ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej który przewiduje iż minimalne normy ustala kierownik danego podmiotu po zasięgnięciu opinii kierujących jednostkami lub komórkami organizacyjnymi określonymi w regulaminie organizacyjnym oraz przedstawicieli organów samorządu pielęgniarek oraz związków zawodowych pielęgniarek i położnych działających na terenie podmiotu. W związku z tym w Ośrodku minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek zostały ustalone w zarządzeniu Dyrektora nr 25/2021 z 30.06.2021 r., które stanowi akta kontroli.

Poniższa tabela przedstawia zatrudnienie pielęgniarek w poszczególnych komórkach Ośrodka.

KOMÓRKI	ZATRUDNIENIE WG STANU NA DZIEŃ 15.06.2021 (w etatach)
1	2
ODDZIAŁY O PROFILU ZACHOWAWCZYM	
Psychiatryczny Zakład Opiekuńczo-Lecznicy	56,75
Oddział Przyjęć i Detoksykacji	13,13
Oddział Terapii Uzależnień	0,87
Poradnia Uzależnienia i Współuzależnienia	nie dotyczy

Tabela nr 8 - Zestawienie zatrudnienia pielęgniarek w Ośrodku

[Dowód: akta kontroli str. 228-229]

11. Braki kadrowe.

Zgodnie z przedstawionymi informacjami przez Dyрекcję Ośrodka, w okresie przeprowadzenia kontroli nie występują braki w zatrudnieniu personelu dotyczące poniżej wskazanych umów w zakresie realizacji zadań statutowych:

- świadczenia opiekuńczo-lecznicze psychiatryczne dla dorosłych,
- leczenie alkoholowych zespołów abstynencyjnych- detoksykacja,
- świadczenia terapii uzależnienia od alkoholu,
- zadania rehabilitacyjne w Warsztacie Terapii Zajęciowej.

[Dowód: akta kontroli str. 230-231]

12. Wykonywanie badań satysfakcji pacjenta.

Ośrodek ze względu na swą specyfikę nie przeprowadza badań satysfakcji pacjenta.

[Dowód: akta kontroli str. 232]

13. Inwestycje związane z dostosowaniem podmiotu do wymagań wynikających z przepisów prawa.

Ośrodek w okresie objętym kontrolą nie poniósł kosztów dostosowania podmiotu do wymagań wynikających z przepisów prawa. Dyrektor oświadczył, iż w 2022 r. planuje zapewnić pomieszczenie umożliwiające mycie i dezynfekcję środków transportu. Szacunkowy koszt inwestycji wyniesie 150 000 zł.

[Dowód: akta kontroli str. 233]

14. System kontroli/oceny zakażeń.

W trakcie kontroli ustalono, iż w Ośrodku nie funkcjonuje system zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych. Według *art. 14 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi* wskazany system dotyczy podmiotów leczniczych udzielających świadczeń szpitalnych, bowiem Ośrodek udziela stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż świadczenia szpitalne. W związku z powyższym zespół oraz komitet do spraw oceny zakażeń nie został powołany. Jednak pomimo to w podmiocie funkcjonuje stanowisko pielęgniarki epidemiologicznej prowadzącej dokumentację dotyczącą zakażeń. W Ośrodku opracowywane są procedury epidemiologiczne mające na celu zapobieganie i zwalczanie zakażeń, dwa razy do roku przeprowadzane są kontrole wewnętrzne w zakresie oceny stanu sanitarno-higienicznego oraz wewnętrzne szkolenia w obszarze zakażeń, których częstotliwość jest uzależniona od aktualnej sytuacji epidemiologicznej w Ośrodku. Ponadto okresowo organizowane są spotkania zespołu pracowników mające na celu omówienie stanu epidemiologicznego i podjęcie ewentualnych działań mających na celu jego poprawę.

[Dowód: akta kontroli str. 234]

B: Stwierdzone nieprawidłowości i uchybienie (przyczyny, skutki):

1. Nieprawidłowość polegająca na braku określenia w umowach o udzielanie świadczeń zdrowotnych szczegółowych okoliczności uzasadniających rozwiązanie umowy za wypowiedzeniem, co stanowi naruszenie art. 27 ust. 4 pkt 8 z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

2. Nieprawidłowość polegająca na braku przeprowadzenia konkursu na stanowisko Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa, zgodnie z art. 49 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.

3. Uchybienie polegające na braku w prowadzonym Rejestrze skarg i wniosków informacji dotyczących danych strony składającej skargę oraz osobie odpowiedzialnej za jej rozpatrzenie, co uniemożliwia pełną kontrolę ich przebiegu, zgodnie z art. 254 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 roku Kodeks postępowania administracyjnego.

Przyczyny nieprawidłowości i uchybienia:

- brak należytej staranności w zakresie konstruowania zapisów umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych,

- niedochowanie należytej staranności w zakresie stosowania zapisów art. 49 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej,

- niedochowanie należytej staranności przy rozpatrywaniu skarg co stanowi naruszenie art. 254 i 238 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 roku Kodeks postępowania administracyjnego.

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

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

IV. Prawidłowość gospodarowania mieniem.

A. Ustalenia faktyczne.

W zakresie prawidłowości gospodarowania mieniem kontrolą objęto niżej wymienione zagadnienia:

1. Nabycie sprzętu i aparatury medycznej.

Ośrodek w okresie kontroli nie nabywał sprzętu i aparatury medycznej.

[Dowód: akta kontroli str. 235]

2. Zbycie sprzętu i aparatury medycznej.

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

- 1) Stół do pionizacji - nr inwentarzowy w księdze 8-80-802/18, rok zakupu: 1993, wartość początkowa: 1 824,00 zł;
 - ekspertyza (ocena techniczna) z dnia 02.04.2021 r. – urządzenie nie nadaje się do bezpiecznej eksploatacji, naprawa nieekonomiczna;
 - pozytywna opinia Rady Społecznej Ośrodka wyrażona uchwałą nr 6/RS/2021 z dnia 10.05.2021 r.;
 - ze względu na wartość początkową oraz okres użytkowania dłuższy niż 10 lat zgoda podmiotu tworzącego nie była wymagana;
 - dowód LTO/00015/2021 z dnia 10.05.2021 r.;
 - protokół kasacyjny nr 2/AT/2021 z dnia 14.05.2021 r.;
 - sprzęt został przekazany na złom, faktura nr SG/226/08/2021 z dnia 31.08.2021 r.

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

[Dowód: akta kontroli str. 236-244]

3. Najem/dzierżawa pomieszczeń.

Zgodnie z przekazanymi informacjami, w kontrolowanym okresie Ośrodek zawarł tylko jedną umowę najmu o nr 98/2021 z dnia 11.08.2021 r. w trybie bezprzetargowym. Przedmiotem umowy jest **najem na cele mieszkaniowe** pomieszczenia o powierzchni 11,00 m² z dostępem do zaplecza higieniczno-sanitarnego. Zgodnie z przyjętym przez tutejszy Departament *programem kontroli Ośrodka, umowy najmu i dzierżawy poddawane są kontroli zgodności z „Zasadami gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie”, pod które ww. umowa nie podlega. Wskazane zasady obejmują wyłącznie lokale użytkowe tj. **przeznaczone na cele inne niż mieszkalne.***

Niemniej jednak w okresie objętym kontrolą faktura za miesiąc sierpień 2021r. została wystawiona zgodnie z treścią umowy oraz opłacona w terminie przez wynajmującego.

[Dowód: akta kontroli str. 245-251]

B. Stwierdzone nieprawidłowości: brak.

C. Ocena cząstkowa: pozytywna.

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

A. Ustalenia faktyczne.

Ostatnia kontrola w Wojewódzkim Ośrodku Lecznictwa Odwykowego i Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym w Gorzycach przeprowadzona została przez pracowników Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w dniach 12.12.2019 r. – 13.12.2019 r.

Przedmiotem kontroli objęto realizację zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie; dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych; prawidłowość gospodarowania mieniem oraz środkami publicznymi w latach 2017-2019 oraz wydano dwa zalecenia pokontrolne.

Dyrektor Ośrodka, w ustawowym terminie, złożył do Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego sprawozdanie o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych pismem z dnia 25.03.2020 r.

Sprawdzono realizację zaleceń pokontrolnych i stwierdzono, że wydane zalecenia zostały wykonane.

B. Stwierdzona nieprawidłowość (przyczyna, skutek): brak.

C. Ocena cząstkowa: pozytywna.

Na tym ustalenia kontrolne zakończono.

VI. Pozostałe informacje i pouczenia.

1. Pozostałe informacje.

Pismem z dnia 8 kwietnia 2022 r., znak: NZ-NK.1711.13.2021 (NZ-NK.KW-00185/22), Projekt wystąpienia pokontrolnego został przekazany Dyrektorowi Wojewódzkiego Ośrodka Lecznictwa Odwykowego i Zakładu Opiekuńczo-Leczniczny w Gorzycach. Pismo zostało doręczone w dniu 12 kwietnia 2022 r. Dyrektor Ośrodka zgłosił zastrzeżenia do treści Projektu wystąpienia

pokontrolnego, na które otrzymał odpowiedź pismem znak: NZ-NK.1711.13.2021, NZ-NK.KW-00427/22 z dnia 22 września 2022 r.

2. Zalecenia

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

- 1) Przyjęciu właściwego trybu wprowadzania zmian w Regulaminie Organizacyjnym Ośrodka, w tym m.in. braku warunkowania w zarządzeniu Dyrektora wejścia w życie Regulaminu od późniejszego uzyskania pozytywnej opinii Rady Społecznej;
- 2) Precyzyjnym wpisaniu w treść Regulaminu Organizacyjnego Ośrodka celów i zadań Ośrodka, miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych, oraz wysokości opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej;
- 3) Umieszczeniu na stronie podmiotowej BIP Centrum wszystkich informacji wymaganych przepisami prawa;
- 4) Określenia w umowach o udzielanie świadczeń zdrowotnych szczegółowych okoliczności uzasadniających rozwiązanie umowy za wypowiedzeniem;
- 5) Przeprowadzeniu konkursów na stanowiska kierownicze w Ośrodku zgodnie z zapisami art.49 ustawy o działalności leczniczej;
- 6) Wprowadzeniu w prowadzonym Rejestrze skarg i wniosków informacji dotyczących danych strony składającej skargę oraz osoby odpowiedzialnej za jej rozpatrzenie.

3. Pouczenia.

Wystąpienie pokontrolne sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, z których jeden przekazuje się do Wojewódzkiego Ośrodka Lecznictwa Odwykowego i Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Gorzycach. Wystąpienie pokontrolne zawiera 20 ponumerowanych stron. Zgodnie z § 25 ust. 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych (t.j.: Dz.U. z 2015 r., poz. 1331) od wystąpienia pokontrolnego nie przysługują środki odwoławcze.

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

Podmiot uprawniony do kontroli:

z up. ZARZĄDU WOJEWÓDZTWA
Agnieszka Barczyk
Zastępca Dyrektora
Departamentu Nadzoru Podmiotów
Leczniczych i Ochrony Zdrowia