

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

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych
w Rybniku (obecna nazwa: Kliniczny Szpital Psychiatryczny SPZOZ w Rybniku)
ul. Gliwicka 33, 44-201 Rybnik**
(oznaczenie podmiotu kontrolowanego)

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

z kontroli przeprowadzonej na podstawie:

- 1) art. 121 oraz 122 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t. j.: Dz. U. z 2022 r. poz. 633 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 2022 rok, załącznik nr 2, poz. 10 zatwierdzonego uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 73/305/VI/2022 z dnia 19.01.2022 r.,
- 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: Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku (obecna nazwa: Kliniczny Szpital Psychiatryczny SPZOZ w Rybniku), ul. Gliwicka 33, 44-201 Rybnik.

Kierownik jednostki kontrolowanej: w okresie objętym kontrolą funkcję Dyrektora Szpitala sprawował Pan Joachim Foltys (p.o. Dyrektora od dnia 17.12.2020 r. do 30.09.2022 r., Dyrektor Szpitala od dnia 01.10.2022 r. do nadal).

Dyrektor wykonuje swoje zadania kierownicze i zarządzające przy pomocy:

- Z-cy Dyrektora – Barbary Stefańskiej,
- Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa – Wojciecha Eysymonta,
- Głównej Księgowej – Barbary Rusnarczyk do 30.04.2021 r., Urszuli Rygulskiej od 27.04.2021r. do 31.07.2021 r., Anny Guderlay - Mordarskiej od 02.07.2021 r. do nadal.

Termin przeprowadzenia czynności kontrolnych i zakres kontroli:

Kontrolę przeprowadzono w dniach od 10 listopada 2022 r. do dnia 30 listopada 2022 r. w zakresie wybranych zagadnień z zakresu spraw organizacyjno-finansowych w latach 2021-2022.

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

Osoby przeprowadzające kontrolę:

Agnieszka Wnuk – Główny specjalista Departamentu Nadzoru Podmiotów Lecznicych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w Katowicach,

na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 593/NZ/2022 z dnia 2 listopada 2022 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 10 listopada 2022 r.

Weronika Loska-Tomanik – Główny specjalista Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w Katowicach, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 592/NZ/2022 z dnia 2 listopada 2022 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 10 listopada 2022 r.

Barbara Gwiazda - Amrosz – Główny specjalista Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 591/NZ/2022 z dnia 2 listopada 2022 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 10 listopada 2022 r.

O kontroli Dyrektor jednostki został poinformowany pismem z dnia 3 listopada 2022 r. przekazanym za pośrednictwem Poczty Polskiej.
Kontrolę wpisano do książki kontroli pod pozycją 16.

[Dowód: akta kontroli str. 1-12]

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 Szpitala.

1. Informacje ogólne.

Funkcję podmiotu tworzącego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Państwowego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku (obecna nazwa: Kliniczny Szpital Psychiatryczny SPZOZ w Rybniku) zwanego dalej „Szpitalem” pełni Województwo Śląskie. Nadzór nad działalnością Szpitala sprawuje Zarząd Województwa Śląskiego. Szpital wpisany jest do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego pod numerem 000000013265 oraz posiada osobowość prawną i jest wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego w Katowicach pod numerem KRS 0000057601. Siedziba Szpitala mieści się przy ul. Gliwickiej 33 w Rybniku. Świadczenia zdrowotne udzielane są w Rybniku przy ul. Gliwickiej 33 oraz Rudzkiej 13.

Szpital działa na podstawie:

- 1) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (tekst jednolity: Dz. U. z 2023 r. poz. 991) oraz przepisów wykonawczych do tej ustawy,
- 2) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2021 r. poz. 1285 z późn. zm.),
- 3) Statutu Szpitala nadanego uchwałą Nr VI/12/28/2015 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 21.09.2015 r., którego tekst jednolity został ogłoszony uchwałą Nr VI/36/10/2021 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 20.09.2021 r.,
- 4) Regulaminu Organizacyjnego, którego ostatnie zmiany zostały pozytywnie zaopiniowane przez Radę Społeczną, uchwałą nr 22/2022 z dnia 14.10.2022 r. oraz wprowadzonego w życie Zarządzeniem Dyrektora nr 58/2022/ORG-R/3.2 z dnia 17.10.2022 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 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 przyjętych uchwałą nr 686/326/VI/2022 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 20.04.2022 r.
- 6) innych powszechnie obowiązujących przepisów prawa.

W Szpitalu zatrudnienie na dzień 10.11.2022 r. roku wynosiło ogółem 764 pracowników:

- 749 pracowników w ramach umowy o pracę,
- 15 pracowników w ramach umowy cywilnoprawnej.

[Dowód: akta kontroli str. 13- 14]

2. Prawdliwość wpisów w Krajowym Rejestrze Sądowym.

Ostatnie zgłoszenie do Krajowego Rejestru Sądowego z dnia 14.06.2022 r. dotyczyło przyjęcia uchwały nr VI/44/7/2022 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 23.05.2022 r. w sprawie zmiany uchwały nr VI/12/28/2015 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 21.09.2015 r. w sprawie nadania statutu Szpitalowi. W trakcie kontroli ustalono, iż został dopełniony ustawowy obowiązek wynikający z art. 22 ustawy o Krajowym Rejestrze Sądowym, który wskazuje 7-dniowy termin na zgłoszenie zmian do KRS.

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

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

Regulamin Organizacyjny Szpitala (dalej: „Regulamin”) sporządzony został w oparciu o przepisy art. 24 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej. Ostatnie zmiany do Regulaminu zostały wprowadzone w życie Zarządzeniem Dyrektora nr 58/2022/ORG-R/3.2 z dnia 17.10.2022 r. Rada Społeczna uchwałą nr 22/2022 z dnia 14.10.2022 r. pozytywnie zaopiniowała przedmiotowe zmiany do Regulaminu.

W trakcie kontroli sprawdzono zgodność zapisów Regulaminu Organizacyjnego Szpitala z przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.

Kontrolujący stwierdzili, że cele i zadania podmiotu leczniczego wyszczególnione w Regulaminie są w pełni tożsame z wpisanymi w Statut Szpitala.

Stwierdzono wpis wszystkich komórek organizacyjnych związanych z prowadzoną w Szpitalu działalnością medyczną do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonym przez Wojewodę Śląskiego (dalej: Rejestr). Niemniej jednak pomiędzy zapisami Regulaminu Organizacyjnego a zapisami widniejącymi w Rejestrze występują różnice w zakresie przyjętych nazw nw. komórek organizacyjnych, co przedstawia poniższa tabela:

Lp.	Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą	Regulamin Organizacyjny Szpitala
1	Pracownia Diagnostyczna EMG, EEG, EKG	Pracownia Diagnostyczna EMG, EEG, EKG i USG
2	Pracownia USG	Brak zapisów dot. Pracowni USG

W trakcie kontroli stwierdzono również zgodność zapisów Regulaminu z przepisami prawa i ustalono, że zawiera on wszystkie zapisy wymagane przez art. 24 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej a wskazane w Regulaminie wysokości opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej zostały ustalone zgodnie ze sposobem wskazanym 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. 859).

Podczas kontroli sprawdzono prawidłowość procesu dokonywania zmian w strukturze organizacyjnej Szpitala w oparciu o *Procedurę postępowania w przypadku dokonywania zmian dotyczących struktury organizacyjnej zakładów leczniczych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie*, wprowadzoną Uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 801/36/VI/2019 z dnia 17.04.2019 r., a następnie Uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 2/303/VI/2022 z dnia 05.01.2022 r., a także zgodność z zapisami ustawy o działalności leczniczej. W okresie objętym kontrolą dokonywano zmian w strukturze organizacyjnej Szpitala. Przebieg zmian zweryfikowano pod względem uzyskania opinii Rady Społecznej Szpitala w związku z dokonywaną zmianą, uzyskaniem akceptacji podmiotu tworzącego a także zgłoszeniem zmian w strukturze organizacyjnej do Rejestru. Stwierdzono, że ww. procedury zostały zachowane.

Szpital prowadzi stronę internetową pod adresem: <https://psychiatria.com/> oraz powiązaną z nią stronę BIP pod adresem: <https://bip.psychiatria.com/>.

Kontrola strony internetowej Biuletynu Informacji Publicznej Szpitala wykazała, że nie spełnia ona zapisów art. 8 ust. 3 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej. Stwierdzono brak publikacji informacji wymaganych przez przepisy ww. ustawy dotyczących: dokumentacji przebiegu i efektów kontroli oraz wystąpień, stanowisk, wniosków i opinii podmiotów ją przeprowadzających (art. 6 ust. 1 pkt 4 lit. a tiret drugie).

[Dowód: akta kontroli str. 15-129]

B. Stwierdzone nieprawidłowości (przyczyny, skutki):

1. Nieprawidłowość polegająca na braku zgodności pomiędzy zapisami Regulaminu Organizacyjnego Szpitala i Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą w zakresie komórek organizacyjnych działalności medycznej, czym naruszono art. 24 ust. 1 oraz art. 107 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
2. Nieprawidłowość polegająca na braku publikacji na stronie BIP Szpitala dokumentacji przebiegu i efektów kontroli oraz wystąpień, stanowisk, wniosków i opinii podmiotów ją przeprowadzających, co stanowi naruszenie art. 8 ust. 3 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej.

Przyczyny nieprawidłowości:

Niedochowanie należytej staranności w zakresie stosowania tożsamyh nazw komórek organizacyjnych w Rejestrze i Regulaminie oraz aktualizacji i wytwarzania wymaganych informacji i zamieszczanie ich na stronie BIP.

C. Ocena cząstkowa: Pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości.

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

III. Dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych.

A. Ustalenia faktyczne:

Podstawowym celem działalności Szpitala jest udzielanie świadczeń zdrowotnych, promocja zdrowia i prowadzenie prac badawczo-rozwojowych. Szpital prowadzi działalność medyczną w ramach umów zawartych z NFZ o świadczenie usług medycznych, w obiektach zlokalizowanych w Rybniku przy ul. Gliwickiej 33 oraz ul. Rudzkiej 13.

1. Funkcjonowanie wybranych komórek organizacyjnych.

W ramach czynności kontrolnych kontrolujący zapoznali się z działalnością niżej opisanych komórek organizacyjnych:

- 1) Oddział Psychiatryczny Ogólny,
- 2) Pracownia diagnostyczna EMG, EEG i EKG.

1) Oddział Psychiatryczny Ogólny

Oddział wpisany jest do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 022 (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 z dniem 07.06.1993 r. i dysponuje 167 łózkami. W Oddziale udzielane są świadczenia zdrowotne z zakresu diagnostyki i leczenia osób z zaburzeniami psychicznymi w szczególności psychotycznymi oraz orzecznictwo sądowo-psychiatryczne.

Liczba hospitalizowanych w Oddziale pacjentów wyniosła:

- 1 568 w 2021 r.,
- 1 560 w 2022 r. (od stycznia do października)

Sprawozdana liczba osób oczekujących na leczenie w Oddziale (stan na dzień 10.11.2022 r.) wynosiła: przypadki pilne – 0, przypadki stabilne – 0.

W Oddziale zatrudnionych jest: 17 lekarzy, 72 pielęgniarki, 5 psychologów oraz 8 osób zatrudnionych w ramach innych grup personelu zgłoszonych do Portalu Potencjału NFZ.

2) Pracownia diagnostyczna EMG, EEG i EKG

Pracownia wpisana jest do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 032 (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: 7998 Inne pracownie diagnostyczne lub zabiegowe. Komórka została wpisana do Rejestru z dniem 07.06.1993 r.

W Pracowni zatrudnionych jest w ramach wykonywania świadczeń EMG – 3 fizjoterapeutów, EEG – 2 fizjoterapeutów i EKG – 2 fizjoterapeutów.

Liczba udzielonych porad:

- w ramach świadczeń EMG
 - 8 698 w 2021 r.,
 - 8 089 w 2022 r. (styczeń – październik),
- w ramach świadczeń EEG

101

- 451 w 2021 r.,
- 506 w 2022 r. (styczeń – październik),
 - w ramach świadczeń EKG
- 1 112 w 2021 r.,
- 1 299 w 2022 r. (styczeń październik).

Zadaniem Pracowni diagnostycznej EMG, EEG i EKG jest wykonywanie badań w celu rozpoznania stanu zdrowia pacjenta i ustalenia dalszego postępowania leczniczego.

[Dowód: akta kontroli str. 130-131]

2. Udzielanie zamówień na świadczenia zdrowotne.

Przedmiotem weryfikacji przeprowadzonej przez kontrolujących były zapisy umów:

- 1) Nr DZz.380.5.7.2021.LF.299B z dnia 01.10.2021 r. dotyczącej udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań EMG i sporządzania opisów do badań EMG.
- 2) Nr DZz.380.5.6.2021.DL.299A_1 z dnia 15.10.2021 r. dotyczącej udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie świadczeń chirurgii ogólnej pacjentom Szpitala.

Ad.1)

Umowa została zawarta w wyniku przeprowadzonego przez Szpital postępowania konkursowego, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Podczas weryfikacji treści umowy kontrolujący stwierdzili, że przedmiotowa umowa zawiera wszystkie zapisy określone w art. 27 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Umowa została zawarta w formie pisemnej, na czas określony, tj. od dnia 01.10.2021 r. do dnia 30.09.2023 r. oraz wskazuje maksymalną wartość zamówienia.

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

- 11/2022 z dnia 28.02.2022 r. - stawka jednostkowa zgodna z umową,
- 31/2022 z dnia 31.05.2022 r. - stawka jednostkowa zgodna z umową.

Ad. 2)

Umowa została zawarta w wyniku przeprowadzonego przez Szpital postępowania konkursowego, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Podczas weryfikacji treści umowy kontrolujący stwierdzili, że przedmiotowa umowa zawiera wszystkie zapisy określone w art. 27 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Umowa została zawarta w formie pisemnej, na czas określony, tj. od dnia 15.10.2021 r. do dnia 04.10.2023 r. oraz wskazuje maksymalną wartość zamówienia.

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

- 1/11/2021 z dnia 30.11.2021 r. - stawka jednostkowa zgodna z umową,
- 4/02/2022 z dnia 28.02.2022 r. - stawka jednostkowa zgodna z umową.

[Dowód: akta kontroli str. 132-167]

3. Serwisowanie aparatury oraz sprzętu medycznego.

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

- 1) Ssak elektryczny OGARIT S-O4, nr inwentarzowy 000491, rok produkcji 2002. Przegląd okresowy odbył się w dniu 29.04.2022 r., dokonany w terminie. Następny przegląd powinien zostać wykonany do 30.04.2023 r., zgodnie z wpisem aparat sprawny.
- 2) Elektrokardiograf, nr fabryczny 2654, nr inwentarzowy T-1/802/166, rok produkcji 2019, data zakupu 31.10.2019 r. Przegląd okresowy odbył się w dniu 15.12.2020r., dokonany w terminie. Następny przegląd powinien zostać wykonany w grudniu 2022 r., zgodnie z wpisem aparat sprawny.
- 3) Audiometr impedancyjny typ AT 235 h, nr fabryczny 781547 nr inwentarzowy T-1/802/162, data zakupu 28.10.2010 r. Ostatni przegląd okresowy odbył się w dniu 31.01.2022 r., dokonany został w terminie. Następny przegląd powinien zostać wykonany w styczniu 2023 r., zgodnie z wpisem aparat sprawny.

[Dowód: akta kontroli str. 168-176]

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

W ramach kontroli dostępności świadczeń zdrowotnych sprawdzeniem objęto rejestr skarg i wniosków wpływających do Szpitala w latach 2021-2022 (do dnia kontroli). Sposób rozpatrywania skarg i wniosków został określony w Regulaminie Organizacyjnym Szpitala. Zgodnie z zawartą w nim regulacją skargi i wnioski mogą być zgłaszane w formie pisemnej, elektronicznej (na adres szpital@psychiatria.com oraz ustnej). Skargi i wnioski rejestrowane są w prowadzonym w Szpitalu Rejestrze skarg i wniosków, który prowadzony jest zgodnie z art. 254 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (dalej: KPA), czyli w sposób umożliwiający kontrolę przebiegu i terminów załatwiania skarg.

W roku 2021 w Rejestrze skarg i wniosków odnotowano 20 skarg (w tym: 14 uznano za bezzasadne, 6 za zasadne) oraz 10 wniosków. Natomiast w 2022 roku (do dnia kontroli) do Szpitala wpłynęło 13 skarg (w tym: 12 bezzasadnych, 1 uznana za zasadną) oraz 42 wnioski. Wszystkie skargi i wnioski zostały rozpatrzone przez Szpital, z dochowaniem ustawowego terminu (KPA) udzielenia odpowiedzi skarżącym. Zgodnie z ustawą o działalności leczniczej analiza skarg i wniosków jest przedstawiana okresowo Radzie Społecznej Szpitala, co potwierdza przykładowy protokół z posiedzenia Rady (nr 6/2021 z dnia 17.12.2021r.).

[Dowód: akta kontroli str. 177-179]

5. Wykonywanie badań satysfakcji pacjenta.

Badania ankietowe satysfakcji pacjenta prowadzone są na podstawie wydawanych w danym roku Komunikatów Dyrektora Szpitala. W kontrolowanym okresie (lata 2021-2022) badania prowadzone były zgodnie z Komunikatami K/DOF/43/2021 z dnia 17 listopada 2021 r. oraz K/DOF/60/2022 z dnia 2 grudnia 2022 r. w sprawie przeprowadzenia badania ankietowego dotyczącego jakości opieki i satysfakcji pacjentów ze świadczeń zdrowotnych w SPZOZ Państwowym Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku. Jak wynika z ww. dokumentów - za odbiór, rozproszanie ankiet wśród pacjentów oraz ich zwrot do Kancelarii Głównej Szpitala odpowiedzialni są rejestratorzy medyczni.

Przedmiotowe badania ankietowe w Szpitalu przeprowadzane są na podstawie standardu PJ3, opisanego w Zestawie Standardów Akredytacyjnych wydanych przez Centrum Monitorowania

Jakości w Ochronie Zdrowia, zgodnie z którym ocena opinii pacjentów powinna być prowadzona regularnie, przynajmniej raz w roku i ma służyć uzyskaniu wiedzy na temat oczekiwań, preferencji i doświadczeń osób hospitalizowanych.

Badania jakości opieki i satysfakcji pacjentów ze świadczeń zdrowotnych udzielanych w Szpitalu w latach objętych kontrolą były każdorazowo przeprowadzane w wyznaczonych Komunikatami terminach i trwały około 2-3 dni. Realizowano je w sposób anonimowy i dobrowolny. Pytania ankietowe były każdorazowo dzielone na bloki tematyczne dotyczące oceny przez pacjenta jego pobytu, udzielanych świadczeń, opieki przez kadrę medyczną oraz infrastruktury Szpitala. Po zakończeniu badania satysfakcji pacjentów dokonuje się analizy ankiet, na podstawie której formułowane są wnioski z oceny, stanowiące podstawę do podjęcia działań korygujących i zapobiegawczych, a także służących podnoszeniu jakości usług medycznych w Podmiocie leczniczym.

Przykładowo, analiza przeprowadzonego w roku 2021 badania wykazała wysoki poziom zadowolenia ankietowanych w zakresie satysfakcji pacjenta z pobytu w Izbie Przyjęć (oczekiwanie na przyjęcie do Szpitala - 81% ocen pozytywnych). Ponadto, pacjenci ocenili pobyt w Szpitalu dobrze (71% ankietowanych - dot. oddziałów stacjonarnych) lub bardzo dobrze (100% i 97% ankietowanych – dot. oddziałów dziennych i Poradni Zdrowia Psychicznego). W zakresie opieki i dostępności kadry medycznej Szpitala najwięcej ocen pozytywnych (aż 87%) pochodziło od pacjentów Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego (dalej: ZOL), nieco gorzej dostęp do personelu ocenili pacjenci oddziałów specjalistycznych (70% ocen pozytywnych).

Na podstawie przeprowadzonej analizy ankiet wywnioskowano, iż w stosunku do lat poprzednich, pogorszeniu uległa ocena zapewnienia intymności wśród pacjentów ZOL. Stwierdzono konieczność dążenia do poprawy wyników w tym zakresie. Z przedmiotowej analizy wynika również, że infrastruktura Szpitala wymaga zwiększonych nakładów inwestycyjnych. Ww. nakłady dotyczą głównie konieczności doposażenia sal i pomieszczeń sanitarnych, co powinno przyczynić się do poprawy komfortu pacjentów.

[Dowód: akta kontroli str. 180-237]

B. Stwierdzone nieprawidłowość: brak.

C. Ocena cząstkowa: pozytywna.

IV. Prawdliwość gospodarowania mieniem.

A. Ustalenia faktyczne

W zakresie prawidłowości gospodarowania mieniem kontrolą objęto niżej wymienione zagadnienia:

1. Nabycie aparatury i sprzętu medycznego.

W ramach kontroli prawidłowości gospodarowania mieniem sprawdzono procedurę nabycia niżej wymienionej aparatury medycznej:

- 1) Defibrylator AED 3 szt. o wartości jednostkowej: 4 150,00 zł (wartość łączna : 12 450, 00 zł),
 - zakup ujęty w korekcie planu inwestycyjnego na 2021r.;
 - pozytywna opinia Rady Społecznej Szpitala dot. ww. zakupu, przyjęta uchwałą nr 10/2019 z dnia 30.09.2019 r.;
 - z uwagi na wartość jednostkową sprzętu zgoda podmiotu tworzącego nie była wymagana,
 - zakup potwierdzony fakturą VAT nr FVS/17/06/2021 z dnia 17.06.2021 r. na kwotę łączną 12 450, 00 zł (3 sztuki sprzętu), termin płatności do dnia 17.07.2021 r., zapłacono zgodnie z terminem płatności;

- dowody przyjęcia:
 - OT0- 00006/2021 z dnia 17.06.2021 r., numer inwentarzowy 000911;
 - OT0- 00007/2021 z dnia 17.06.2021 r., numer inwentarzowy 000912;
 - OT0- 00008/2021 z dnia 17.06.2021 r., numer inwentarzowy 000913.

2) Koncentrator tlenu (3 szt.) o wartości łącznej 13 478,40 zł (wartość jednostkowa: 4 492,80 zł)

- zakup ujęty w korekcie planu inwestycyjnego na 2021r.;
- z uwagi na wartość jednostkową sprzętu zgoda podmiotu tworzącego nie była wymagana,
- zakup potwierdzony fakturą VAT nr 00264/2021/10 z dnia 21.10.2022r. na kwotę 13 478,40 zł, zapłacono zgodnie z terminem płatności omyłkowo kwotę 13 478,00 zł - wyrównanie kwoty zapłaty (0,40 zł) przekazano na rachunek kontrahenta przelewem w dniu 29.10.2021r.;
- protokół dostawy - odbioru urządzenia z dnia 21.10.2021 r.;
- dowody przyjęcia:
 - OT0-00023/2021 (2 szt.) z dnia 21.10.2021 r., nr seryjne: 2114380, 2128873
 - OT0-00024/2021 (1 szt.) z dnia 21.10.2021 r., nr seryjny: 2128814;
- pozytywna opinia Rady Społecznej Szpitala przyjęta uchwałą nr 21/2021 z dnia 17.12.2021 r.; - uzyskana po dacie zakupu ww. aparatury medycznej.

Zgodnie z oświadczeniem Szpitala, nabycie ww. Koncentratorów tlenu, bez uprzedniego uzyskania opinii Rady Społecznej wynikało z pilnej potrzeby zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów w związku ze wzrostem zachorowań na SARS - CoV-2 i panującym stanem epidemii COVID-19 — sytuacja nadzwyczajna, brak celowego zaniechania. Nabycie wskazanej aparatury zostało pozytywnie zaopiniowane podczas kolejnego posiedzenia Rady Społecznej Szpitala, tj. w dniu 17.12.2021r. W związku powyższym, kontrolujący przyjęli przedmiotowe wyjaśnienia i uznając za priorytetowe działanie Szpitala w celu zabezpieczenia pilnych potrzeb pacjentów odstąpili od wykazywania nieprawidłowości w przedmiotowym zakresie.

Zgodnie z oświadczeniem Dyrektora Szpitala, w roku 2022 (do dnia kontroli) nie przeprowadzano procedur dotyczących nabycia aparatury i sprzętu medycznego.

[Dowód: akta kontroli str. 238-259]

2. Zbycie aparatury i sprzętu medycznego.

Zgodnie z oświadczeniem Dyrektora Szpitala, w kontrolowanym okresie (lata 2021-2022 - do dnia kontroli) nie przeprowadzano postępowań dotyczących zbycia aparatury i sprzętu medycznego.

[Dowód: akta kontroli str. 260-261]

3. Najem/dzierżawa pomieszczeń.

W kontrolowanym okresie Szpital zawarł umowę najmu DFg.223.10.2021 z dnia 23.12.2021 r. Przedmiotem umowy jest najem powierzchni Szpitala w ilości 2 m², zlokalizowanej przy ul. Gliwickiej 33 w Rybniku - Pawilon XVIII przy Izbie Przyjęć, celem zamontowania dwóch automatów sprzedających (automat na napoje gorące -1 szt. oraz automat na napoje zimne, kanapki i przekąski - 1 szt.). Umowa została zawarta na czas oznaczony od dnia 01.01.2022 r. do 02.11.2023 r. Zawarcie ww. umowy zostało poprzedzone wyrażeniem pozytywnej opinii przez Radę Społeczną Szpitala uchwałą nr 20/2020 z dnia 23.10.2020 r. Z uwagi na okres na jaki została

zawarta ww. umowa zgoda podmiotu tworzącego nie była wymagana.

Zgodnie z zapisami umowy, najemca zobowiązany jest płacić czynsz najmu w wysokości 50 zł netto miesięcznie za 1 m² przedmiotu najmu, tj. 100 zł netto +VAT. Ponadto, do ww. czynszu zobowiązany jest uiszczać co miesiąc doliczone przez wynajmującego opłaty dodatkowe za media i odpady komunalne - ryczałtowo w wysokości wyznaczonej aktualnie przez dostawców mediów, zgodnie z załącznikiem do niniejszej umowy. Najemca zobowiązuje się do uiszczania ww. opłat na rachunek wynajmującego do dnia 15 – ego następnego miesiąca za miesiąc poprzedni.

W trakcie kontroli stwierdzono, że umowa nie zawiera postanowień dotyczących:

- ubezpieczenia przedmiotu umowy od następstw zdarzeń losowych oraz od odpowiedzialności cywilnej,

- zakazu podnajmowania, poddzierżawiania i oddawania do bezpłatnego używania,

wynikających z § 3 pkt. 5 oraz pkt 8 Zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie, określonych uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 1945/265/VI/2021 z dnia 25.08.2021 r., które obowiązywały w chwili jej zawarcia.

Objęte kontrolą faktury za miesiące marzec i wrzesień 2022 r. wystawione zostały z terminem płatności odpowiednio do 11 - tego i 10 - tego dnia kolejnego miesiąca (w umowie wskazano termin zapłaty do dnia 15 – ego następnego miesiąca). Najemca nie występował o korektę/ nie wnosił zastrzeżeń do treści ww. faktur, a płatności za powyższe uregulował w terminach z nich wynikających.

Kontrolujący zwrócili uwagę na konieczność dochowania należytej staranności i rzetelności przy sporządzaniu dokumentacji księgowej związanej z procedurą zawierania i rozliczania umów z kontrahentami.

[Dowód: akta kontroli str. 262-271]

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 2021-2022 w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Państwowym Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku (obecna nazwa: Kliniczny Szpital Psychiatryczny SPZOZ w Rybniku) miały miejsce dwa postępowania konkursowe na stanowiska kierownicze wskazane w art. 49 w/w ustawy.

Przeprowadzone postępowania konkursowe na stanowiska kierownicze:

1. Stanowisko Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa (data konkursu: 28.01.2022 r., okres zatrudnienia 21.02.2022r. – 20.02.2028r.);
2. Stanowisko naczelniej pielęgniarki (data konkursu: 18.05.2022 r., okres zatrudnienia 01.06.2022r. – 31.05.2028r.);

Ponadto, zgodnie z informacją uzyskaną od kontrolowanego na dzień kontroli w toku było 5 postępowań konkursowych:

1. Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Rehabilitacji Psychiatrycznej (XVII),
2. Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Psychiatrii Ogólnej (XVIIIc),
3. Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Terapii Uzależnienia od Alkoholu (XIV),
4. Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Psychiatrii Sądowej (VII),
5. Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Psychiatrii Sądowej o Wzmocnionym Zabezpieczeniu (IX).

Na podstawie przesłanych dokumentów ustalono, że posiedzenia Komisji Konkursowych na stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Psychiatrii Sądowej (VII) i Oddziału Psychiatrii Sądowej o Wzmocnionym Zabezpieczeniu (IX) przewidziane są na 01.02.2023 r., a na stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Terapii Uzależnienia od Alkoholu (XIV) i Oddziału Rehabilitacji Psychiatrycznej (XVII) zaplanowane są na 07.02.2023 r. Natomiast, do konkursu na stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Psychiatrii Ogólnej (XVIIIc) nie zgłosił się żaden kandydat. W związku z powyższym zgodnie z zapisami art. 49 ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej kierownik podmiotu leczniczego powinien ogłosić nowy konkurs w terminie 30 dni od zakończenia postępowania w poprzednim konkursie z uwagi na brak kandydatów w pierwszym postępowaniu.

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

1. Oddział Terapii Uzależnienia od Alkoholu: lekarz kierujący oddziałem, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
2. Oddział Psychiatryczny Ogólny (XVIIIa): lekarz kierujący oddziałem, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
3. Oddział Psychiatryczny Ogólny (XVIIIb): lekarz kierujący oddziałem, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
4. Oddział Psychiatryczny Ogólny (XVIIIc): lekarz kierujący oddziałem, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
5. Oddział Psychiatryczny Ogólny (XVIIId): lekarz kierujący oddziałem, pielęgniarka oddziałowa;
6. Oddział Psychiatrii Sądowej (III): lekarz kierujący oddziałem, pielęgniarka oddziałowa;
7. Oddział Psychiatrii Sądowej (VII): lekarz kierujący oddziałem, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
8. Oddział Psychiatrii Sądowej (VIIa): lekarz kierujący oddziałem, pielęgniarka oddziałowa;
9. Oddział Psychiatrii Sądowej (VIII): lekarz kierujący oddziałem, pielęgniarka oddziałowa;
10. Oddział Psychiatrii Sądowej (X): lekarz kierujący oddziałem, pielęgniarka oddziałowa;
11. Oddział Psychiatrii Sądowej o Wzmocnionym Zabezpieczeniu: lekarz kierujący oddziałem, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
12. Oddział Rehabilitacji Psychiatrycznej: lekarz kierujący oddziałem, p.o. pielęgniarki oddziałowej;

Jak wskazano powyżej, poszczególnymi Oddziałami zarządzają lekarze kierujący oddziałami. Rozwiązanie takie jest zgodne z treścią art. 49 ust. 7 ww. ustawy o działalności leczniczej, 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 naczelną pielęgniarka, natomiast zespołem pielęgniarskim na pięciu oddziałach zarządzają pielęgniarki oddziałowe, a na siedmiu osoby pełniące obowiązki pielęgniarki oddziałowej.

Ww. stanowiska określone zostały zarówno w Regulaminie Organizacyjnym Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Państwowego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku (obecnie: Kliniczny Szpital Psychiatryczny SPZOZ w Rybniku), jak i załączniku nr 1 oraz nr 3 (Wykaz stanowisk, na których przysługuje dodatek funkcyjny oraz jego wysokość) do Regulaminu Wynagradzania pracowników Szpitala.

W trakcie czynności kontrolnych, ustalono, że Dyrektor Szpitala realizuje ustawę z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Zgodnie z otrzymanym

oświadczeniem wyniku, że Szpital zawarł porozumienie ze stroną społeczną (porozumienie z dnia 27.05.2022 r.), a następnie dokonał zmiany w Regulaminie wynagradzania pracowników Szpitala.

Kontrolujący sprawdzili realizację przez pracodawcę przestrzegania przepisów ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych, tj. czy dokonano podwyższenia wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawód medyczny oraz pracowników działalności podstawowej, innej niż pracownicy wykonujący zawód medyczny na zasadach określonych przepisami. Na podstawie wyciągów bankowych sprawdzono wypłatę wynagrodzenia za miesiąc czerwiec, lipiec i sierpień 2022 r., stwierdzono wzrost wynagrodzenia zasadniczego, czyli realizację ww. ustawy.

[Dowód: akta kontroli str. 272-349]

B: Stwierdzone nieprawidłowości i uchybienie:

- 1) Nieprawidłowość polegająca na braku przeprowadzenia postępowań konkursowych na stanowiska pielęgniarki oddziałowej Oddziału Psychiatrycznego Ogólnego XVIIIa i XVIIIb, zgodnie z art. 49 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.
- 2) Uchybienie polegające na braku uwzględnienia zapisów postanowień dotyczących ubezpieczenia przedmiotu umowy od następstw zdarzeń losowych i od odpowiedzialności cywilnej oraz zakazu podnajmowania, poddzierżawiania i oddawania do bezpłatnego używania w umowie najmu DFg.223.10.2021 z dnia 23.12.2021 r.;

Przyczyny nieprawidłowości i uchybienia:

Niedochowanie należytej staranności w zakresie stosowania zapisów art. 49 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej w zakresie przeprowadzania ww. postępowań konkursowych oraz przepisów § 3 pkt. 5 oraz pkt 8 Zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie.

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

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

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 ówczesnego Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w dniach 13-17.02.2020 r. Przedmiotem kontroli objęto: realizację zadań określonych w statucie i regulaminie organizacyjnym, dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych, prawidłowość gospodarowania mieniem oraz środkami publicznymi w latach 2018-2020.

Wydano następujące zalecenie pokontrolne w zakresie przestrzegania zapisów:

1. *art. 24 ust. 1 pkt. 9 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t. j.: Dz. U. z 2020 r. poz. 295 z późn. zm.) poprzez wprowadzenie cennika opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej do Regulaminu Organizacyjnego Szpitala;*

2. *art. 24 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, poprzez pełne odzwierciedlenie celów i zadań Szpitala w Regulaminie Organizacyjnym, względem zapisów ujętych w jego Statucie;*
3. *§ 7 pkt. 4 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 stycznia 2017 r. w sprawie komisji psychiatrycznej do spraw środków zabezpieczających w zakładach psychiatrycznych (t. j.: Dz. U. z 2017 r., poz. 119 z późn. zm.), poprzez zapewnienie zgodnej z przepisami liczby personelu w Oddziale Psychiatrii o Wzmocnionym Nadzorze w godzinach nocnych, a także zapewnienie stałej obecności personelu ochrony w Oddziale w godzinach nocnych oraz dziennych;*
4. *art. 48 ust. 2 pkt. 2 lit. e) ustawy o działalności leczniczej, poprzez występowanie o opinię Rady Społecznej Szpitala w sprawie zakupu nowej aparatury i sprzętu medycznego;*
5. *§ 3 pkt. 5 Zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie, określonych uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 804/36/VI/2019 z dnia 17.04.2019 r., poprzez uwzględnianie w przygotowywanej dokumentacji, zapisów postanowienia dotyczącego ubezpieczenia przedmiotu umowy od następstw zdarzeń losowych oraz od odpowiedzialności cywilnej;*
6. *art. 49 ustawy o działalności leczniczej, poprzez zachowywanie należytej staranności w zakresie spełnienia wymogów ustawowych dotyczących konieczności przeprowadzania postępowań konkursowych na stanowisko pielęgniarki oddziałowej.*

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

Dyrektor Szpitala złożył do Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego informację o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych pismem DN.0910.3.2020 z dnia 18.09.2020 r. Sprawdzono realizację zaleceń pokontrolnych i stwierdzono, że spośród wskazanych powyżej zaleceń nie wykonano zalecenia dotyczącego punktu 5.

B. Stwierdzona nieprawidłowość:

Nieprawidłowość polegająca na naruszeniu normy § 26 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych, poprzez brak pełnej realizacji zaleceń pokontrolnych i skutecznego usunięcia nieprawidłowości wskazanych w wystąpieniu pokontrolnym z poprzedniej kontroli przeprowadzonej przez podmiot tworzący Szpitala.

Przyczyna nieprawidłowości:

Niedochowanie należytej staranności w zakresie wykonania zaleceń pokontrolnych z ostatnio przeprowadzonej kontroli, do których Dyrektor Szpitala został zobowiązany w wystąpieniu pokontrolnym otrzymanym od podmiotu tworzącego. Brak wykonania zaleceń pokontrolnych może mieć wpływ na przeprowadzoną okresową ocenę pracy kierownika jednostki kontrolowanej, w tym przypadku Dyrektora Szpitala.

C. Ocena cząstkowa: pozytywna pomimo stwierdzonej nieprawidłowości.

D. Osoba odpowiedzialna:

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

VI. Pozostałe informacje, zalecenia i pouczenia.

1. Pozostałe informacje.

Pismem z dnia 27 lipca 2023 r., znak: NZ-NK.1711.12.2022 (NZ-NK.KW-00270/23) Projekt wystąpienia pokontrolnego został przekazany Dyrektorowi Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Państwowego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku (obecna nazwa: Kliniczny Szpital Psychiatryczny SPZOZ w Rybniku).

Ze „zwrotnego potwierdzenia odbioru” wynika, że pismo zostało doręczone do Szpitala w dniu 03.08.2023 r. Dyrektor Szpitala nie zgłosił w wyznaczonym terminie zastrzeżeń do Projektu wystąpienia pokontrolnego.

2. Zalecenia.

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

- 1) Ujednoczeniu zapisów dotyczących nazewnictwa komórek organizacyjnych ujętych w Regulaminie Organizacyjnym i Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą.
- 2) Zamieszczeniu na stronie BIP Szpitala dokumentacji z przebiegu i efektów kontroli oraz wystąpień, stanowisk, wniosków i opinii podmiotów ją przeprowadzających.
- 3) Przeprowadzaniu postępowań konkursowych na niektóre stanowiska kierownicze zgodnie z zapisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.
- 4) Uwzględnianiu w zapisach umów najmu postanowień dotyczących ubezpieczenia przedmiotu umowy od następstw zdarzeń losowych i od odpowiedzialności cywilnej oraz zakazu podnajmowania, poddzierzawiania i oddawania do bezpłatnego używania.
- 5) Bezwzględnej realizacji zaleceń pokontrolnych wydanych po przeprowadzonej kontroli przez podmiot tworzący.

3. Pouczenia.

Wystąpienie pokontrolne sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, z których jeden przekazuje się do Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Państwowego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku (obecna nazwa: Kliniczny Szpital Psychiatryczny SPZOZ w Rybniku).

Wystąpienie pokontrolne zawiera 14 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 Urzędu ZARZĄDU WOJEWÓDZTWA
Agnieszka Marczyk
Dyrektor
Departamentu Nadzoru Podmiotów
Leczniczych i Ochrony Zdrowia