

Katowice, 6 września 2018 r.
ZD.N1711.7.2018

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

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Szpital Psychiatryczny w Toszku
(oznaczenie podmiotu kontrolowanego)

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

z kontroli przeprowadzonej na podstawie:

- 1) art. 121 oraz 122 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t. j. Dz. U. z 2018 r. poz. 160 z późn. zm.),
- 2) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych (t. j. Dz. U. 2015, poz. 1331),
- 3) planu kontroli na 2018 rok, załącznik nr 3, poz. 16 zatwierdzonego uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 2797/233/V/2017 z dnia 28.12.2017 r.,
- 4) regulaminu kontroli podmiotów leczniczych, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie określonego uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 698/108/V/2016 z dnia 19.04.2016 r. z późn. zm.,

sporządzone w oparciu o Regulamin kontroli podmiotów leczniczych, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie określony uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 1421/264/V/2018 z dnia 19.06.2018 r.

I. Dane identyfikacyjne kontroli:

Jednostka kontrolowana: Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Psychiatryczny w Toszku, 44-180 Toszek ul. Gliwicka 5.

Kierownik jednostki kontrolowanej: dr n. med. Anna Rusek, pełniąca funkcję Dyrektora Szpitala na podstawie powołania od dnia 15.10.1993 r.

Dyrektor wykonuje swoje zadania kierownicze i zarządzające przy pomocy:

- Pełnomocnika Dyrektora ds. Świadczeń Medycznych – lek. med. Joanny Mikołajczyk-Wenzel,
- Z-cy Dyrektora ds. Ekonomiczno-Eksploatacyjnych – inż. Erwina Janyska,
- Z-cy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa i Jakości – mgr Grażyny Zarzyckiej,
- Głównej Księgowej – mgr Aldony Sierocińskiej.

Termin przeprowadzenia czynności kontrolnych i zakres kontroli:

kontrolę przeprowadzono w dniach 16 i 18 maja 2018 r. w zakresie: realizacji zadań określonych w statucie i regulaminie organizacyjnym; dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych; prawidłowości gospodarowania mieniem oraz środkami publicznymi w latach 2017-2018.

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

Osoby przeprowadzające kontrolę:

Joanna Dudek - Ślęczek – Główny specjalista Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 300/ZD/2018 z dnia 10.05.2018 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 16.05.2018 r.

Tomasz Jarzab – Inspektor Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 301/ZD/2018 z dnia 10.05.2018 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 16.05.2018 r.

Magdalena Majchrzak - Osiecka – Główny specjalista Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 302/ZD/2018 z dnia 10.05.2018 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 16.05.2018 r.

O kontroli Dyrektor Szpitala została poinformowana dnia 09.05.2018 r.

[Dowód: akta kontroli str.1-6]

Kontrolę wpisano do książki kontroli pod pozycją 218.

II. Realizacja zadań statutowych.

A. Ustalenia faktyczne:

Zgodność zakresu i rodzaju udzielanych świadczeń zdrowotnych z zakresem i rodzajem świadczeń przewidzianych w Statucie i Regulaminie Organizacyjnym Szpitala:

1. Informacje ogólne

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Psychiatryczny w Toszku, zwany dalej „Szpitalem”, posiada osobowość prawną i wpisany jest do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego pod numerem 000000013832 oraz do Krajowego Rejestru Sądowego w rejestrze stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej pod numerem KRS 0000044032. Nadzór nad działalnością Szpitala sprawuje Zarząd Województwa Śląskiego. Siedzibą Szpitala jest miasto Toszek.

Szpital działa na podstawie:

- 1) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t. j.: Dz. U. z 2018 r. poz. 160 z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o działalności leczniczej” 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 2017 r. poz. 1938 z późn. zm.),

- 3) Statutu Szpitala przyjętego Uchwałą Nr V/12/35/2015 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 21.09.2015 r., tekst jednolity opublikowany w Dzienniku Urzędowym Województwa Śląskiego z dnia 20.02.2017 r. poz. 1040,
- 4) Regulaminu Organizacyjnego, wprowadzonego w życie Zarządzeniem Dyrektora nr 31/218 z dnia 11.04.2018 r., którego ostatnie zmiany zostały pozytywnie zaopiniowane przez Radę Społeczną Szpitala uchwałą nr 5/2018 z dnia 07.04.2018 r.,
- 5) w zakresie gospodarki mieniem:
 - a) procedury dotyczącej nabywania aparatury i sprzętu medycznego przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie określonej w uchwale Zarządu Województwa Śląskiego nr 1745/276/IV/2013 z dnia 6.08.2013 r., zwanej dalej „Procedurą nabywania”,
 - b) zasad zbywania, wydzierżawiania, wynajmowania, oddania w użytkowanie lub użyczenie aktywów trwałych SP ZOZ, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie określonych w uchwale Zarządu Województwa Śląskiego nr 1784/277/IV/2013 z dnia 13.08.2013 r., zwanych dalej „Zasadami zbywania”,
- 6) innych powszechnie obowiązujących przepisów prawa.

Zatrudnienie w Szpitalu na dzień 18.05.2018 roku wynosiło:

- 535 pracowników w ramach umowy o pracę,
- 6 pracowników w ramach umów cywilnoprawnych.

[Dowód: akta kontroli str.7-15]

2. Prawidłowość wpisów w Krajowym Rejestrze Sądowym

Ostatnie zgłoszenie do Krajowego Rejestru Sądowego z dnia 24.10.2017 r. dotyczyło tekstu jednolitego Statutu Szpitala przyjętego Uchwałą Nr V/42/41/2017 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 18.09.2017 roku.

W trakcie kontroli stwierdzono, że w Dziale I, Rubryce 2 – „Siedziba i adres podmiotu” nie wprowadzono informacji dotyczących:

- adresu poczty elektronicznej Szpitala,
- adresu strony internetowej Szpitala,

co stanowi naruszenie art. 38 pkt 1a w związku z art. 53a ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym (tekst jednolity Dz. U. z 2018 r. poz. 986).

[Dowód: akta kontroli str.16-28]

3. Zgodność zapisów Regulaminu Organizacyjnego z Rejestrem podmiotów wykonujących działalność leczniczą i ustawą o działalności leczniczej.

Regulamin Organizacyjny Szpitala sporządzony został w oparciu o zapisy art. 24 ustawy o działalności leczniczej. Ostatnie zmiany w Regulaminie Organizacyjnym, zaopiniowane pozytywnie przez Radę Społeczną Szpitala uchwałą nr 5/2018 z dnia 07.04.2018 r., wprowadzone zostały z dniem 01.06.2018 r. Zarządzeniem Dyrektora nr 31/2018 z dnia 11.04.2018 r.

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

Stwierdzono również, że w Regulaminie Organizacyjnym oraz w Rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonym przez Wojewodę Śląskiego widnieje komórka organizacyjna, która nie udziela świadczeń zdrowotnych tj. Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej. Dyrektor Szpitala wyjaśniła kontrolującą, że dla działalności

tej komórki Szpital nie uzyskał kontraktu z NFZ oraz nie jest przewidywane udzielanie w niej świadczeń.

Utrzymywanie w/w nieaktywnej komórki organizacyjnej w strukturze Szpitala wskazano jako nieprawidłowość już w wystąpieniu z poprzedniej kontroli przeprowadzonej w roku 2017. Szpital nie wykreślił jednak przedmiotowej komórki ze struktury, chociaż nie rozpoczął w niej działalności.

Kontrola strony Biuletynu Informacji Publicznej Szpitala wykazała, że nie zawiera ona informacji wymaganych przez art. 24 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej w zakresie dotyczącym:

- 1) rodzaju i zakresu działalności leczniczej (art. 24 ust. 1 pkt 4 ustawy o działalności leczniczej) – umieszczony na stronie Regulamin Organizacyjny wymienia w strukturze Szpitala niedziałającą Poradnię Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej,
- 2) obowiązującej wysokości opłaty za udostępnianie dokumentacji medycznej (art. 24 ust. 1 pkt 9 ustawy o działalności leczniczej) – cennik umieszczony na stronie BIP Szpitala jest niezgodny z cennikiem przyjętym w Regulaminie Organizacyjnym,
- 3) obowiązującej wysokości opłat za świadczenia zdrowotne udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością (art. 24 ust. 1 pkt 12 ustawy o działalności leczniczej) – cennik umieszczony na stronie BIP Szpitala jest niezgodny z cennikiem przyjętym w Regulaminie Organizacyjnym.

Informacje wskazane w w/w przepisie zostały natomiast poprawnie podane do wiadomości pacjentów poprzez ich wywieszenie w widocznych miejscach w poszczególnych komórkach organizacyjnych Szpitala.

Ponadto poddano analizie 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 2016 r. poz. 922 z późn. zm.). Stwierdzono, że Szpital nie opublikował informacji wymaganych przez przepisy w/w ustawy w zakresie:

- 1) majątku, którym dysponuje Szpital (art. 6 ust. 1 pkt 2 lit. f),
- 2) dokumentacji przebiegu i efektów kontroli oraz wystąpień, stańowisk, wniosków i opinii podmiotów ją przeprowadzających (art. 6 ust. 1 pkt 4 lit. a tiret drugie).

[Dowód: akta kontroli str.29-92]

B. Stwierdzone nieprawidłowości:

1. Brak zgłoszenia do Krajowego Rejestru Sądowego adresu strony internetowej i adresu poczty elektronicznej, co stanowi naruszenie art. 38 pkt 1a w związku z art. 53a ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym (tekst jednolity Dz. U. z 2018 r. poz. 986).
2. Utrzymywanie w strukturze Szpitala niedziałającej komórki organizacyjnej - Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej, co jest niezgodnie ze stanem faktycznym i stanowi naruszenie art. 24 ust. 1 pkt 3 i 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
3. Podawanie do wiadomości pacjentów na stronie BIP Szpitala nieaktualnych informacji dotyczących:
 - a) rodzaju i zakresu działalności leczniczej,
 - b) obowiązującej wysokości opłaty za udostępnianie dokumentacji medycznej,
 - c) obowiązującej wysokości opłat za świadczenia zdrowotne udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością,co stanowi naruszenie zapisów art. 24 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
4. Brak na stronie BIP Szpitala informacji dotyczących majątku Szpitala oraz dokumentacji przebiegu i efektów kontroli zewnętrznych, co stanowi naruszenie art. 8 ust. 3 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej.

C. Ocena cząstkowa: pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości.

D. Osoby odpowiedzialne:

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

III. Dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych

A. Ustalenia faktyczne:

Podstawowym celem działalności Szpitala jest udzielanie świadczeń zdrowotnych i promocja zdrowia. Szpital prowadzi działalność medyczną w ramach umów zawartych z NFZ o świadczenie usług medycznych, w obiektach zlokalizowanych przy ulicy Gliwickiej 5 w Toszku oraz przy ulicy Rezerwatu Przyrody „Hubertus” w Dąbrowce-Hubertus.

1. Funkcjonowanie wybranych komórek organizacyjnych.

W ramach czynności kontrolnych przeprowadzono wizytację wybranych komórek medycznych. Szczegółową kontrolą objęto funkcjonowanie Oddziału Psychiatrycznego Ogólnego I oraz Poradnię Zdrowia Psychicznego.

1) Oddział Psychiatryczny Ogólny I

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: 4700. Oddział został wpisany do rejestru podmiotów leczniczych z dniem 28.01.1994 r., dysponuje 40 łózkami.

Oddział Psychiatryczny Ogólny I realizuje świadczenia zdrowotne z zakresu psychiatrii. W oddziale leczeni są pacjenci powyżej 18 roku życia m. in. z zaburzeniami psychicznymi organicznymi, schizofrenią, zaburzeniami schizotypowymi i urojeniowymi, zaburzeniami odżywiania oraz pacjenci w ramach środka zabezpieczającego w stopniu podstawowym.

W Oddziale rocznie hospitalizowanych jest około 375 pacjentów, zatrudnionych jest: 2 lekarzy, 1 psycholog, 1 terapeuta zajęciowy oraz 13 pielęgniarek.

2) Poradnia Zdrowia Psychicznego

Poradnia Zdrowia Psychicznego wpisana jest do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 030 (kod resortowy identyfikujący komórkę organizacyjną stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych), kod resortowy charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych: 1700. Poradnia została wpisana do rejestru podmiotów leczniczych z dniem 28.01.1994 r.

Poradnia Zdrowia Psychicznego jest jedną z największych wśród poradni specjalistycznych funkcjonujących w Szpitalu - realizuje rocznie około 1 700 porad, świadczenia realizowane są przez 18 lekarzy specjalistów psychiatrii oraz 8 psychologów. Poradnia zapewnia dostęp do diagnostyki oraz leczenia zachowawczego w zakresie schorzeń psychiatrycznych w trybie ambulatoryjnym dla dorosłych. Poradnia udziela świadczeń zgodnie z harmonogramem: poniedziałek: 14.00 – 18.00, środa: 7.00 – 11.00, czwartek: 7.00 – 11.00, piątek: 7.00 – 11.00. Kontrolujący ww. Poradni stwierdzili, że w dniu 18 maja 2018 r. przyjmowanie pacjentów przez lekarzy i pielęgniarki odbywało się zgodnie z harmonogramem pracy ustalonym w Portalu Świadczeniodawcy NFZ.

2. Udzielanie zamówień na świadczenia zdrowotne.

Przedmiotem weryfikacji przeprowadzonej przez kontrolujących były umowy:

- 1) Nr 192/DEG/2009 z dnia 23.12.2009 r. (wraz z 9 aneksami) o świadczenie usług zdrowotnych w zakresie badań diagnostyki obrazowej przy użyciu tomografu komputerowego i rezonansu magnetycznego;
- 2) Nr 122/2013/MW z dnia 19.11.2013 r. o świadczenie usług zdrowotnych w zakresie badań laboratoryjnych i konsultacji specjalistycznych.

Ad. 1) Umowa Nr 192/DEG/2009

Umowa została zawarta w formie pisemnej, na czas określony, tj. od dnia 01.10.2010 r. do dnia 31.12.2010 r. Na podstawie zawartych aneksów (nr 1, nr 3, nr 5, nr 7 i nr 8) okres obowiązywania umowy został przedłużony do dnia 31.12.2018 r. Umowa (oraz aneksy) została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach i podpisana przez strony. Zawarcie umowy nie zostało poprzedzone postępowaniem konkursowym określonym w art. 26 ustawy o działalności leczniczej. Łączna wartość świadczeń wykonanych w ramach w/w umowy (od dnia jej zawarcia do dnia kontroli) zgodnie z oświadczeniem Dyrekcji Szpitala, nie przekroczyła równowartości 30 tys. euro, przez co nie wystąpił obowiązek przeprowadzenia przez Szpital konkursu ofert na udzielenie zamówienia na przedmiotowe świadczenia.

Umowa (z uwzględnieniem zmian wprowadzonych aneksami) zawiera wszystkie niezbędne zapisy określone w art. 27 ustawy o działalności leczniczej.

Umowa nie określa wartości brutto zamówienia, zgodnie z obowiązkiem wynikającym z art. 44 ust. 3 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (t. j. Dz.U.2017 poz. 2077 z późn. zm.).

W ramach kontroli realizacji umowy sprawdzono faktury nr:

- 147/10/KS/2017 z dnia 31.10.2017 r. - stawka jednostkowa zgodna z umową,
- 139/11/KS/2017 z dnia 30.11.2017 r. - stawka jednostkowa zgodna z umową.

Ad. 2) Umowa Nr 122/2013/MW

Umowa została zawarta w formie pisemnej, na czas określony, tj. od dnia 01.01.2014 r. do dnia 31.12.2017 r. Umowa zawiera wszystkie niezbędne zapisy określone w art. 27 ustawy o działalności leczniczej. Umowa została sporządzona w czterech jednobrzmiących egzemplarzach i podpisana przez strony. Zawarcie umowy nie zostało poprzedzone postępowaniem konkursowym określonym w art. 26 ustawy o działalności leczniczej.

Umowa nie określa wartości brutto zamówienia, zgodnie z obowiązkiem wynikającym z art. 44 ust. 3 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych.

W ramach kontroli realizacji umowy sprawdzono faktury nr:

- FV/111/04/2016 z dnia 30.04.2016 r. - stawka jednostkowa zgodna z umową,
- FV/092/10/2017 z dnia 31.10.2017 r. - stawka jednostkowa zgodna z umową.

[Dowód: akta kontroli str.93-187]

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 o działalności leczniczej wykazała, że w okresie objętym kontrolą, tj. lata 2017-2018 w Szpitalu miało

miejsce jedno postępowanie konkursowe na stanowisko kierownicze wskazane w art. 49 w/w ustawy:

– stanowisko naczelniej pielęgniarki (termin składania ofert: 25.05.2018 r.).

Zgodnie z informacją otrzymaną od Dyrektora Szpitala w wyniku pierwszego postępowania konkursowego na w/w stanowisko (termin składania ofert: od 16.03.2018 r. do 30.03.2018 r.) do konkursu nie zgłosiło się co najmniej dwóch kandydatów, wobec czego Dyrektor Szpitala dnia 26.04.2018 r. ogłosiła nowy konkurs.

Po zakończeniu w/w postępowania wszczęte zostaną procedury konkursowe na stanowiska pielęgniarek oddziałowych Szpitala.

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

- 1) Oddział I Psychiatryczny Ogólny: kierownik medyczny oddziału, z-ca kierownika medycznego oddziału ds. pielęgniarstwa i jakości;
- 2) Oddział II Psychiatryczny Ogólny: kierownik medyczny oddziału, z-ca kierownika medycznego oddziału ds. pielęgniarstwa i jakości;
- 3) Oddział III Psychiatryczny Ogólny: kierownik medyczny oddziału, z-ca kierownika medycznego oddziału ds. pielęgniarstwa i jakości;
- 4) Oddział IV Psychiatryczny Ogólny: kierownik medyczny oddziału, z-ca kierownika medycznego oddziału ds. pielęgniarstwa i jakości;
- 5) Oddział V Psychiatryczny Sądowy: kierownik medyczny oddziału, z-ca kierownika medycznego oddziału ds. pielęgniarstwa i jakości;
- 6) Oddział VI Psychiatryczny Sądowy: kierownik medyczny oddziału, z-ca kierownika medycznego oddziału ds. pielęgniarstwa i jakości;
- 7) Oddział VII Psychiatryczny Sądowy Odwykowy: kierownik medyczny oddziału, z-ca kierownika medycznego oddziału ds. pielęgniarstwa i jakości;
- 8) Oddział VIII Internistyczny: kierownik medyczny oddziału, z-ca kierownika medycznego oddziału ds. pielęgniarstwa i jakości;
- 9) Oddział IX Psychiatryczny Ogólny: kierownik medyczny oddziału, z-ca kierownika medycznego oddziału ds. pielęgniarstwa i jakości;
- 10) Oddział X Psychiatryczny Ogólny: kierownik medyczny oddziału, z-ca kierownika medycznego oddziału ds. pielęgniarstwa i jakości;
- 11) Oddział XI Psychiatryczny Przewlekły: kierownik medyczny oddziału, z-ca kierownika medycznego oddziału ds. pielęgniarstwa i jakości;
- 12) Oddział XII Detoksykacyjny Alkoholowy: kierownik medyczny oddziału, z-ca kierownika medycznego oddziału ds. pielęgniarstwa i jakości;
- 13) Oddział XIII Odwykowy Alkoholowy: kierownik medyczny oddziału, z-ca kierownika medycznego oddziału ds. pielęgniarstwa i jakości;
- 14) Oddział XIV Psychiatryczny Przewlekły: kierownik medyczny oddziału, z-ca kierownika medycznego oddziału ds. pielęgniarstwa i jakości;
- 15) Oddział XV Psychiatryczny Przewlekły: kierownik medyczny oddziału, z-ca kierownika medycznego oddziału ds. pielęgniarstwa i jakości;
- 16) Oddział XVI Rehabilitacji Psychiatrycznej: kierownik medyczny oddziału, z-ca kierownika medycznego oddziału ds. pielęgniarstwa i jakości;
- 17) Oddział XVII Psychiatryczny Sądowy dla Nieletnich o Wzmocnionym Zabezpieczeniu: kierownik medyczny oddziału, z-ca kierownika medycznego oddziału ds. pielęgniarstwa i jakości.

Jak wskazano powyżej, poszczególnymi oddziałami zarządzają kierownicy medyczni oddziałów. Rozwiązanie takie jest zgodne z treścią art. 49 ust. 7 ustawy o działalności leczniczej, który przewiduje możliwość kierowania oddziałem przez lekarza niebędącego 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 Zastępca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa i Jakości, natomiast zespołami pielęgniarskimi na oddziałach zarządzają zastępcy kierownika medycznego oddziału ds. pielęgniarstwa i jakości.

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

Stanowiska: zastępcy dyrektora ds. pielęgniarstwa i jakości, naczelnej pielęgniarki, kierownika medycznego oddziału, pielęgniarki oddziałowej oraz zastępcy kierownika medycznego oddziału ds. pielęgniarstwa i jakości określone zostały zarówno w Regulaminie Organizacyjnym Szpitala, jak i w załączniku nr 2 (Tabela zaszeregowania stanowisk pracy) oraz nr 3 (Wykaz stanowisk kierowniczych i dodatków funkcyjnych) do Regulaminu Wynagradzania Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szpitala Psychiatrycznego w Toszku.

[Dowód: akta kontroli str.188-227]

4. Serwisowanie aparatury oraz sprzętu medycznego.

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

- 1) Elektrokardiograf - nr 073P-B-00485, rok produkcji 2012. Przegląd okresowy odbył się w dniu 22.03.2018 r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany w marcu 2019 r., zgodnie z wpisem aparat sprawny,
- 2) Kardiomonitor EMTEL typ FX2000P – nr 1803, rok produkcji 2006. Przegląd okresowy odbył się w dniu 02.11.2017 r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany do 02.11.2018 r., zgodnie z wpisem aparat sprawny,
- 3) Pompa infuzyjna dwustrzykawkowa typ AP22 – nr 1119/04, rok produkcji 2004. Przegląd okresowy odbył się w dniu 06.07.2017 r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany w lipcu 2018 r., zgodnie z wpisem urządzenie sprawne,
- 4) Defibrylator EMTEL DEFI-CARD – nr 01020198, rok produkcji 2002. Przegląd okresowy odbył się w dniu 08.11.2017 r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany do 08.11.2018 r., zgodnie z wpisem aparat sprawny,
- 5) Respirator Puritan Bennett – nr 3501051492, rok produkcji 2006. Przegląd okresowy odbył się w dniu 26.06.2017 r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany w czerwcu 2018 r., zgodnie z wpisem aparat sprawny,
- 6) Holter EKG Silicon Beat 12 Blue – nr 82/2014, rok produkcji 2014. Przegląd okresowy odbył się w dniu 26.06.2017 r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany w czerwcu 2018 r., zgodnie z wpisem aparat sprawny,

[Dowód: akta kontroli str.228-249]

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

W ramach kontroli dostępności świadczeń zdrowotnych sprawdzeniem objęto Rejestr skarg i wniosków Szpitala. Skargi rozpatrywane są w oparciu o procedurę przyjmowania i rozpatrywania skarg i zażaleń, wprowadzoną w życie Zarządzeniem Dyrektora nr 81/2013

z dnia 30 grudnia 2013 r. Zgodnie z w/w procedurą, skargi i zażalenia przyjmowane są w formie pisemnej oraz ustnej (protokołowanej). Skargi zgłaszane telefonicznie są odnotowywane jako ustne, skargi zgłoszone e-mailem odnotowywane są jako pisemne. Rozpoznawanie skarg i wniosków odbywa się w trybie określonym przepisami kodeksu postępowania administracyjnego. Skargi i wnioski rejestrowane są w prowadzonym w Szpitalu Rejestrze skarg i wniosków.

W 2017 r. w przedmiotowym Rejestrze umieszczono wpisy dotyczące 3 spraw, natomiast w 2018 r. do dnia kontroli zarejestrowano 3 sprawy. Skargi zostały rozpatrzone przez Dyrektora Szpitala, skarżącym udzielono odpowiedzi w ustawowym terminie, skargi te zostały uznane za niezasadne.

Zgodnie z ustawą o działalności leczniczej analiza skarg i wniosków jest przedstawiana okresowo Radzie Społecznej Szpitala.

[Dowód: akta kontroli str.250-261]

6. Czas oczekiwania na udzielenie świadczeń zdrowotnych.

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

Zespół Oceny Przyjęć, w myśl przepisów art. 21 cyt. ustawy, raz w miesiącu sporządza protokół z okresowej oceny list oczekujących, który przedstawiany jest Dyrektorowi Szpitala. Przykładowe protokoły za miesiąc grudzień 2017 r. i kwiecień 2018 r. stanowią dowód kontroli. Z listy oczekujących na udzielenie świadczenia za miesiąc kwiecień 2018 r. wynika, że najdłuższy czas oczekiwania na udzielenie świadczenia ma miejsce w Oddziale Internistycznym VIII i wynosi:

- 52 dni w przypadkach stabilnych,
- 17 dni w przypadkach pilnych.

Najkrótszy czas oczekiwania zanotowano w Oddziale dla Nieletnich i wynosi on:

- 44 dni w przypadkach stabilnych,
- 0 dni w przypadkach pilnych.

[Dowód: akta kontroli str.262-291]

7. Wykonywanie badań satysfakcji pacjenta.

Zarządzeniem Dyrektora nr 25a/2013 z dnia 18.03.2013 r. w sprawie powołania, składu i zadań Zespołu ds. analizy ankiet satysfakcji pacjenta, Dyrektor Szpitala wprowadził ankietę satysfakcji pacjenta oraz powołał zespół do analizy ankiet.

Badanie poziomu satysfakcji pacjentów przeprowadza się w celu podwyższenia jakości usług oraz eliminowania nieprawidłowości. Badanie jakości świadczonych usług jest anonimowe i dobrowolne. Prowadzone jest poprzez ankietę pt. „Satysfakcja Pacjenta”, której wzór stanowi załącznik do w/w Zarządzenia. Ostatnie badanie przeprowadzono w okresie od 30.06.2017 r. do 31.12.2017 r. Z wyników przeprowadzonej ankiety wynika, iż najwyższej oceniono opiekę świadczoną przez personel pielęgniarski, w szczególności: podejście do pacjenta, jakość wykonywanych czynności oraz dostępność personelu (82% ocen pozytywnych). Najniżej oceniono dostępność do zajęć terapeutycznych (51 % ocen pozytywnych).

Jak zapewnia Dyrekcja Szpitala dokonano analizy ankiet i sformułowano wnioski, w oparciu o które podjęte zostaną działania mające na celu poprawę zadowolenia pacjentów z usług zdrowotnych świadczonych w Szpitalu.

[Dowód: akta kontroli str.292-302]

B. Stwierdzone nieprawidłowości:

1. Brak określenia wartości zamówienia w umowach na świadczenia zdrowotne: nr 192/DEG/2009 i nr 122/2013/MW, co jest niezgodne z art. 44 ust. 3 pkt 3 o finansach publicznych.
2. Zastąpienie stanowiska pielęgniarki oddziałowej stanowiskiem „zastępcy kierownika medycznego oddziału ds. pielęgniarstwa i jakości”, co stanowi naruszenie art. 49 ust.1 ustawy o działalności leczniczej.

C. Ocena cząstkowa: pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości.

D. Osoby odpowiedzialne:

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

IV. Prawdliwość gospodarowania mieniem.

A. Ustalenia faktyczne

W zakresie prawidłowości gospodarowania mieniem kontrolą objęto niżej wymienione zagadnienia:

1. Nabycie aparatury i sprzętu medycznego.

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

Defibrylator Bene Heart o wartości 21 990,93 zł:

- zakup ujęty w planie inwestycyjnym na 2017 r.;
- pozytywna opinia Rady Społecznej Szpitala wyrażona w uchwale nr 56/2017 z dnia 28.12.2017 r.;
- akceptacja podmiotu tworzącego dla zakupu nie była wymagana;
- zakup potwierdzony fakturą VAT Nr 2017/11/FV/01/00121 z dnia 06.11.2017 r. na kwotę 21 990,93 zł termin płatności 20.11.2017 r., zapłacono 20.11.2017 r.;
- protokół dostawy-odbioru sprzętu z dnia 06.11.2017 r.;
- dowód przyjęcia środka trwałego l.dz.1100003/2017 z dnia 06.11.2017 r., numer inwentarzowy 001055.

Nabycie w/w aparatury medycznej nastąpiło przed uzyskaniem opinii Rady Społecznej Szpitala, co stanowi naruszenie Rozdz. III pkt 1 i 2 Procedury nabywania.

W okresie objętym kontrolą nie były dokonywane przez Szpital zakupy sprzętu i aparatury medycznej z dotacji Województwa Śląskiego.

[Dowód: akta kontroli str.303-309]

2. Zbycie aparatury i sprzętu medycznego

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

- a) Defibrylator dwufazowy - nr inwentarzowy 000451; nr fabryczny US00469693; rok produkcji 2008; wartość początkowa 25 000,00 zł; umorzenie 100 %:
- orzeczenie techniczne z dnia 03.10.2017 r. – koszt naprawy wyeksploatowanego urządzenia przewyższał jego wartość;
 - pozytywna opinia Rady Społecznej Szpitala wyrażona uchwałą nr 52/2017 z dnia 28.12.2017 r.;
 - na zbycie w/w środka trwałego nie była wymagana zgoda podmiotu tworzącego;
 - protokół z dnia 13.04.2018 r. Komisji Likwidacyjnej środków trwałych;
 - brak dokumentu dot. przekazania sprzętu na złom lub sprzedaży.
- b) Elektrokardiograf Medealine - nr inwentarzowy 000203; nr fabryczny 10548; rok produkcji 1990; wartość początkowa 9 373,46 zł; umorzenie 100 %:
- orzeczenie techniczne z dnia 12.12.2016 r. – naprawa niemożliwa z powodu braku części zamiennych,
 - pozytywna opinia Rady Społecznej Szpitala wyrażona uchwałą nr 17/2017 z dnia 10.05.2017 r.;
 - na zbycie w/w środka trwałego nie była wymagana zgoda podmiotu tworzącego;
 - protokół z dnia 13.04.2018 r. Komisji Likwidacyjnej środków trwałych;
 - brak dokumentu dot. przekazania sprzętu na złom lub sprzedaży.

W protokole fizycznej likwidacji określono sposób likwidacji w/w urządzeń jako „złomowanie” oraz sposób zagospodarowania odpadów jako „recycling”, jednak w terminie przeprowadzania czynności kontrolnych Szpital nie posiadał pokwitowania realizacji powyższej formy likwidacji. Dowody przekazania odpadów firmie specjalistycznej (kopie kart przekazania odpadów z dnia 12.06.2018r. wraz z fakturą), jako uzupełnienie akt kontroli, zostały przesłane Wydziałowi Zdrowia i Polityki Społecznej przy piśmie z dnia 14.06.2018r. l.dz. DS./2907/2018) i zostały uwzględnione przez kontrolujących.

[Dowód: akta kontroli str.310-340]

3. Najem/dzierżawa pomieszczeń.

W ramach kontroli sprawdzaniem objęto prawidłowość zawarcia umowy najmu:

- 1) Nr 29/DEG/2016 z dnia 29.01.2016 r.
- 2) Nr 4/DEG/2017 z dnia 02.01.2017 r.

Ad 1)

Przedmiotem umowy jest oddanie pomieszczenia o powierzchni użytkowej 34,64 m² zlokalizowanego w budynku Szpitala przy ul. Gliwickiej 5 na prowadzenie placówki handlowej. W/w umowa w nazwie została określona jako „umowa najmu”, aczkolwiek w treści umowy Szpital posługuje się m.in. terminami: „oddaje w dzierżawę”, „dzierżawca” i „wydzierżawiający”. Charakter sposobu korzystania z pomieszczenia wskazuje jednak na to, że umowa ta ma charakter najmu a nie dzierżawy. Zamienne stosowanie terminów „dzierżawa” i „najem” jest uchybieniem, wynikającym prawdopodobnie z nieznamości unormowań prawnych dotyczących dwóch całkowicie odrębnych typów umów uregulowanych w ustawie z dnia 23 kwietnia 1964 roku Kodeks cywilny (tekst jednolity: Dz. U. z 2018 poz. 1025 z późn. zm.) - odpowiednio w artykułach od 659 do 692 (dla najmu) oraz w artykułach od 693 do 709 (dla dzierżawy).

W celu potwierdzenia uzyskania pozytywnej opinii Rady Społecznej Szpitala na zawarcie przedmiotowej umowy, kontrolującym przedłożono uchwałę Rady Społecznej nr 3/2006 z dnia 31.03.2006 r. w sprawie „zaopiniowania dzierżawy lokali użytkowych na terenie szpitala”,

df

podczas gdy wniosek powinien odnosić się do pozyskania opinii Rady Społecznej dotyczącej wynajmu powierzchni użytkowej. To uchybienie, jak również fakt, że w w/w uchwale Rady Społecznej nie skonkretyzowano przedmiotu najmu, kontrolujący uznali za niezgodne z zapisami § 5 Zasad zbywania.

Umowa zawarta została w trybie bezprzetargowym na okres 3 lat od daty zawarcia umowy. Z uwagi na zawarcie umowy na okres trzyletni oraz wynajem powierzchni na potrzeby działalności nie związanej z ochroną i promocją zdrowia zgoda podmiotu tworzącego nie była wymagana. Zgodnie z zapisami umowy, najemca zobowiązany jest płacić wynajmującemu czynsz najemny na podstawie wystawionej przez wynajmującego faktury VAT, do 30 dnia każdego miesiąca. Umowa nie zawiera wszystkich zapisów określonych w § 15 zasad zbywania - nie zamieszczono w niej zapisów dotyczących zobowiązania najemcy do ubezpieczenia przedmiotu najmu od następstw zdarzeń losowych oraz posiadana przez najemcę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej (§15 pkt 3) oraz ponoszenia podatków i innych ciężarów publicznych związanych z przedmiotem umowy (§15 pkt 6).

Objęte kontrolą faktury za miesiące: maj 2017 r. i styczeń 2018 r. wystawione zostały zgodnie z treścią umowy. Należności z tytułu faktur wpłynęły w terminie.

Ad 2)

Przedmiotem umowy jest najem pomieszczenia o powierzchni użytkowej 881,60 m² zlokalizowanego w budynku Szpitala, przy ul. Gliwickiej 5. Umowa zawarta została w trybie bezprzetargowym na okres 3 lat od daty zawarcia umowy.

W trakcie kontroli ustalono, że Szpital zawarł w/w umowę najmu w oparciu o wniosek Dyrektora Szpitala pozytywnie zaopiniowany uchwałą Rady Społecznej nr 29/2016 z dnia 21.12.2016 r., który dotyczył dzierżawy przedmiotowego pomieszczenia. Podobnie jak w przypadku umowy opisanej w punkcie powyżej, Szpital zastosował zamiennie terminy „dzierżawa” i „najem”, niezgodnie z unormowaniami prawnymi dotyczącymi dwóch całkowicie odrębnych typów umów uregulowanych w ustawie z dnia 23 kwietnia 1964 roku Kodeks cywilny. Biorąc powyższe pod uwagę należy uznać, że Dyrektor Szpitala zawierając umowę najmu, a nie dzierżawy, do której odnosiła się uchwała nr 29/2016 z dnia 21.12.2016 r. Rady Społecznej Szpitala, ponownie uchybiła unormowaniom określonym w § 5 ust. 1 Zasad zbywania.

Z uwagi na zawarcie umowy na okres trzyletni oraz wynajem powierzchni na potrzeby działalności nie związanej z ochroną i promocją zdrowia zgoda podmiotu tworzącego nie była wymagana. Zgodnie z zapisami umowy, najemca zobowiązany jest płacić wynajmującemu czynsz najmu na podstawie wystawionej przez wynajmującego faktury VAT, do 21 dni od daty wystawienia faktury. Umowa zawiera zapisy określone w § 15 Zasad zbywania.

Objęte kontrolą faktury za miesiące: październik 2017 r. i kwiecień 2018 r. wystawione zostały zgodnie z treścią umowy. Należności z tytułu faktur wpłynęły w terminie.

[Dowód: akta kontroli str.341-363]

B. Stwierdzone uchybienia:

1. Brak uzyskania opinii Rady Społecznej dotyczącej nabycia aparatury medycznej zgodnie z Rozdz. III pkt 1 i 2 Procedury nabywania.
2. Brak w umowie najmu nr 29/DEG/2016 zapisów określonych w § 15 pkt 3 i pkt 6 Zasad zbywania.
3. Brak właściwej opinii Rady Społecznej dotyczącej zawarcia umów najmu nr 29/DEG/2016 z dnia 29.01.2016 r. oraz Nr 4/DEG/2017 z dnia 02.01.2017 r., określonej w § 5 ust. 1 Zasad zbywania.

C. Ocena częściowa: pozytywna mimo stwierdzonych uchybień.

D. Osoby odpowiedzialne:

1. Z-ca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Eksploatacyjnych;
2. Dyrektor Szpitala, na podstawie art. 46 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, zgodnie z którym odpowiedzialność za zarządzanie podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą ponosi kierownik.

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

A. Ustalenia faktyczne:

Ostatnia kontrola w Szpitalu przeprowadzona została przez pracowników Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w terminie 22-23.09.2016 r. pod znakiem sprawy ZD.NiP.1711.12.2016.

Przedmiotem kontroli objęto realizację zadań statutowych, dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych, prawidłowość gospodarowania mieniem oraz gospodarkę finansową w okresie od 2015 r. do 2016 r.

Wydano następujące zalecenia pokontrolne:

- a) Przeprowadzić analizę potrzeb Szpitala w zakresie funkcjonowania Poradni Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej i podjąć działania mające na celu zakontraktowanie usług medycznych lub likwidację Poradni;
- b) Ujednoczyć zapisy w Rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz Regulaminie Organizacyjnym Szpitala;
- c) Publikować na stronie internetowej Szpitala oraz na stronie BIP aktualne i kompletne informacje;
- d) Zamieszczać na stronie BIP oraz na stronie internetowej Szpitala informacje dotyczące wysokości opłat za przechowywanie zwłok oraz opłat za świadczenia zdrowotne;
- e) Wprowadzić ustawowo ustanowione stanowiska: naczelnej pielęgniarki i pielęgniarek oddziałowych, a także wpisać te stanowiska do Regulaminu Organizacyjnego Szpitala.

Dyrektor Szpitala, w ustawowym terminie, złożyła do Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego sprawozdanie o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych, z którego wynikało, że część w/w zaleceń została zrealizowana (pkt b, c i d) oraz, że przystąpiono do realizacji pozostałych zaleceń (pkt a i e).

Sprawdzono realizację zaleceń pokontrolnych w latach 2017-2018 i stwierdzono, że:

- zalecenie pokontrolne wymienione w pkt a nie zostało wykonane,
- zalecenia pokontrolne wymienione w pkt b, c, d zostały wykonane, przy czym wykonanie to polegało na jednorazowej aktualizacji danych, która nie była następnie dokonywana na bieżąco,
- zalecenie pokontrolne wymienione w pkt e zostało zrealizowane częściowo tj. przeprowadzono postępowanie konkursowe na stanowisko naczelnej pielęgniarki oraz dodano zapisy dotyczące wymaganych ustawowo stanowisk w Regulaminie Organizacyjnym Szpitala.

B. Stwierdzone nieprawidłowości:

1. Niewykonanie zalecenia pokontrolnego dotyczącego wykreślenia nie działającej komórki organizacyjnej.
2. Częściowe wykonanie zalecenia pokontrolnego dotyczącego przestrzegania zapisów art. 49 ustawy o działalności leczniczej, w związku z zastąpieniem stanowiska pielęgniarki oddziałowej stanowiskiem zastępcy kierownika medycznego oddziału ds. pielęgniarstwa i jakości.

C. Ocena cząstkowa: pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości

12

D. Osoba odpowiedzialna:

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

Na tym ustalenia kontrolne zakończono.

VI. Pozostałe informacje, zalecenia i pouczenia.

1. Pozostałe informacje

Pismem z dnia 25.07.2018 r. znak: ZD.N.1711.7.2018, ZD-NiP.KW.00582/18, Projekt wystąpienia pokontrolnego został przekazany Dyrektorowi Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szpitala Psychiatrycznego w Toszku. Ze „zwrotnego doręczenia odbioru” wynika, że pismo zostało doręczone do Szpitala w dniu 31.07.2018 r.

Dyrektor Szpitala nie zgłosiła zastrzeżeń do treści Projektu wystąpienia pokontrolnego.

2. Zalecenia

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami zalecam podjąć działania zmierzające do:

- 1) zgłoszenia do Krajowego Rejestru Sądowego adresu strony internetowej i adresu poczty elektronicznej, zgodnie z wymogami ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym (tekst jednolity Dz. U. z 2018 r. poz. 986);
- 2) wykreślenia ze struktury Szpitala nie działającej komórki organizacyjnej tj. Poradni Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej;
- 3) zamieszczenia na stronie BIP Szpitala informacji zgodnie z obowiązującymi przepisami, w szczególności dotyczących:
 - a) rodzaju i zakresu działalności leczniczej,
 - b) obowiązującej wysokości opłaty za udostępnianie dokumentacji medycznej,
 - c) obowiązującej wysokości opłat za świadczenia zdrowotne udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością,
 - d) majątku Szpitala,
 - e) dokumentacji przebiegu i efektów kontroli zewnętrznych;
- 4) przestrzegania zapisów art. 49 ust.1 ustawy o działalności leczniczej, tj. stosowania właściwej terminologii w zakresie nazewnictwa stanowisk pracy;
- 5) określania wartości zamówienia w umowach na świadczenia zdrowotne;
- 6) uzyskiwania opinii Rady Społecznej dotyczącej nabycia aparatury medycznej zgodnie z Rozdz. III pkt 1 i 2 Procedury nabywania;
- 7) uwzględniania w umowach dotyczących gospodarowania aktywami trwałymi Szpitala zapisów określonych w § 15 Zasad zbywania;
- 8) uzyskiwania opinii Rady Społecznej w przedmiocie zawierania umów dotyczących gospodarowania aktywami trwałymi Szpitala wskazanej w § 5 ust. 1 Zasad zbywania;
- 9) realizacji w pełnym zakresie zaleceń pokontrolnych wskazanych przez podmiot tworzący.

Wystąpienie pokontrolne sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, z których jeden przekazuje się Dyrektorowi Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szpitala Psychiatrycznego w Toszku.

Wystąpienie pokontrolne zawiera 15 ponumerowanych stron.

3. Pouczenia

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

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

Podmiot uprawniony do kontroli

Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego

Grzegorz Tworzyński
Z-ca Dyrektora Wydziału
Zdrowia i Polityki Społecznej