

Katowice, 04 listopada 2024r.
NZ-NK.1711.12.2023

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

**Centrum Psychiatrii w Katowicach
im. dr. Krzysztofa Czumy
ul. Korczaka 27
40-340 Katowice**
(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 2023 r. poz. 991 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 2023 rok, załącznik nr 2, poz. 7 zatwierdzonego uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 199/398/VI/2023 z dnia 2 lutego 2023 roku,
- 4) regulaminu kontroli podmiotów leczniczych, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie określonego uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 1057/229/VI/2021 z dnia 28.04.2021 r.

I. Dane identyfikacyjne kontroli:

Jednostka kontrolowana: Centrum Psychiatrii w Katowicach, ul. Korczaka 27, 40-340 Katowice.

Kierownik jednostki kontrolowanej: Pan Tomasz Broda – Dyrektor Szpitala od dnia 1 czerwca 2011r. do nadal.

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

- Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa – Pani Małgorzaty Pudło,
- Zastępcy Dyrektora ds. Administracyjno – Technicznych – Pana Adriana Garcorza,
- Głównej Księgowej – Pani Renaty Pęciak

oraz kierowników komórek organizacyjnych.

Termin przeprowadzenia czynności kontrolnych i zakres kontroli:

Kontrolę przeprowadzono w dniach 27.11.2023 r. - 29.12.2023 r. w zakresie: wybranych zagadnień z zakresu spraw organizacyjno-finansowych w latach 2021-2023.

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

Osoby przeprowadzające kontrolę:

Barbara Białas – Główny specjalista Departamentu Nadzoru Podmiotów Lecznicznych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnienia jednorazowego nr 612/NZ/2023 z dnia 16.11.2023 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 16.11.2023 r.

Agnieszka Wnuk – Główny specjalista Departamentu Nadzoru Podmiotów Lecznicznych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnienia jednorazowego nr 613/NZ/2023 z dnia 08.09.2023 r. r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 16.11.2023 r.

Barbara Gwiazda – Amrosz – Główny specjalista Departamentu Nadzoru Podmiotów Lecznicznych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnienia jednorazowego nr 614/NZ/2023 z dnia 16.11.2023 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 16.11.2023 r.

O kontroli Dyrektor jednostki został poinformowany pismem z dnia 16.11.2023 r.
Kontrolę wpisano do książki kontroli pod pozycją 45.

[Dowód: akta kontroli str. 1-10]

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.

Centrum Psychiatrii w Katowicach im. dr. Krzysztofa Czумы zwane dalej „Centrum” jest samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej. Funkcję podmiotu tworzącego pełni Województwo Śląskie. Nadzór nad działalnością Centrum sprawuje Zarząd Województwa Śląskiego. Centrum wpisane jest do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego pod numerem 000000013470 oraz posiada osobowość prawną i jest wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego w Katowicach pod numerem KRS 0000041351. Siedzibą Centrum jest miasto Katowice.

Centrum działa na podstawie:

- 1) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t. j.: Dz. U. z 2024 r., poz. 799) 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 2022 r. poz. 2561 z późn. zm.),
- 3) Statutu Centrum nadanego uchwałą Nr V/12/17/2015 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 21.09.2015 r., tekst jednolity: Dz. Urz. Województwa Śląskiego z dnia 05.10.2017 r. poz. 5298,

- 4) Regulaminu Organizacyjnego pozytywnie zaopiniowanego przez Radę Społeczną uchwałą nr 8/2017 z dnia 25.04.2017 r. i wprowadzonego w życie Zarządzeniem Dyrektora Centrum nr 8/2017 z dnia 26.05.2017 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 grudnia 2021 r.,
 - b) Zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie, określonych w Uchwale Zarządu Województwa Śląskiego nr 686/326/VI/2022 z 20 kwietnia 2022 r. z późn. zm.,
- 6) innych powszechnie obowiązujących przepisów prawa.

W Centrum zatrudnienie na dzień 27.11.2023 r. roku wynosiło 261 osób ogółem.

2. Prawdliwość wpisów w Krajowym Rejestrze Sądowym.

Ostatnie zgłoszenie do Krajowego Rejestru Sądowego (na podstawie wydruku z Centralnej Informacji KRS przekazanego kontrolującemu, stan na dzień: 16.11.2023 r.) dotyczyło informacji o złożeniu rocznego sprawozdania finansowego Centrum (wpis poza okresem objętym kontrolą). W trakcie kontroli ustalono, że w Dziale II, Rubryce 2 – „Organ nadzoru” nie wprowadzono żadnych informacji dotyczących składu Rady Społecznej Centrum.

Należy zaznaczyć, że ostatnie zmiany składu Rady Centrum wskazano w uchwale nr 490/408/VI/2023 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 10.03.2023 r.

Brak wprowadzenia przedmiotowych informacji do KRS stanowi naruszenie art. 53 w związku z art. 53a ustawy o Krajowym Rejestrze Sądowym z dnia 20 sierpnia 1997 r. (t. j.: Dz. U. z 2023 r. poz.685).

Z aktualizacji danych Centralnej Informacji Krajowego Rejestru Sądowego wynika, że dane dotyczące obecnego składu Rady Społecznej Centrum zostały wprowadzone do Rejestru, jednakże już po przyjęciu ustnego pouczenia i zakończeniu czynności kontrolnych w siedzibie ww. podmiotu leczniczego – data dokonania wpisu: 24.04.2024r.; (sygnatura akt: KA.VIII NS-REJ.KRS/36588/23/739).

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

Regulamin Organizacyjny Centrum (dalej: „Regulamin”) sporządzony został w oparciu o przepisy art. 24 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.

Regulamin organizacyjny Centrum został pozytywnie zaopiniowany przez Radę Społeczną uchwałą nr 8/2017 z dnia 25.04.2017 r. i wprowadzony w życie Zarządzeniem Dyrektora nr 8/2017 z dnia 26.05.2017 r.

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

Kontrolujący stwierdzili, że cele podmiotu leczniczego wyszczególnione w Regulaminie nie są w pełni tożsame z wpisanymi w Statut Centrum, co obrazuje poniższa tabela nr 1.

Regulamin Organizacyjny Centrum II. Cele i zadania podmiotu	Statut Centrum Rozdział 2 Cele i zadania § 3:
<p>Udzielanie świadczeń zdrowotnych służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz realizacja innych działań medycznych wynikających z procesu leczenia, a w szczególności psychiatrycznych usług lecznictwa stacjonarnego i ambulatoryjnego, świadczeń diagnostycznych, pielęgnacyjnych i profilaktyczno-rehabilitacyjnych w oddziałach, poradniach specjalistycznych i pracowniach w zakresie psychiatrii.</p>	<p>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.</p>

Sprawdzono zgodność zapisów Regulaminu w zakresie struktury organizacyjnej komórek działalności medycznej z Księgą Rejestrową widniejącą w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (dalej: RPWDL) prowadzonym przez Wojewodę Śląskiego (według stanu na dzień: 27.11.2023r.)

Kontrolujący stwierdzili, że w Rejestrze nie widnieją wpisy dotyczące następujących komórek organizacyjnych, które zostały uwidocznione w Regulaminie Organizacyjnym Centrum (Załącznik nr 1):

- Poradnia Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia od Alkoholu dla dzieci i młodzieży (siedziba Centrum, ul. Korczaka 2),
- Poradnia Terapii Uzależnienia i Współuzależnienia od Alkoholu dla dzieci i młodzieży (Filia Centrum w Skoczowie),
- Poradnia Terapii Uzależnień od substancji psychoaktywnych (siedziba Centrum, ul. Korczaka 2),
- Poradnia Terapii Uzależnień od substancji psychoaktywnych (Filia Centrum w Skoczowie).

Jednocześnie zwraca się uwagę na rozbieżności w nazewnictwie poniżej wymienionych komórek organizacyjnych (tabela nr 2):

według Regulaminu Organizacyjnego	według RPWDL
Pracownia EEG	Pracownia diagnostyczna - EEG
Oddział Dzienny Psychiatryczny I	Dzienny Oddział Psychiatryczny I
Oddział Dzienny Psychiatryczny II	Dzienny Oddział Psychiatryczny II

oraz występujące nieścisłości pomiędzy zapisami nazw poszczególnych komórek wskazanych w Regulaminie a tymi zgłoszonymi do Księgi Rejestrowej (odmienna pisownia - mała/wielka litera w poszczególnych członach nazw).

Ponadto, w treści Regulaminu Organizacyjnego (w tytule Rozdziału III, VI, VII, XIII Regulaminu oraz nazwie Załącznika nr 1) Centrum nadal posługuje się pojęciem „przedsiębiorstwo” zamiast „zakład leczniczy”, co jest niezgodne z nazewnictwem wynikającym z ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Kontrolujący wskazują, że w celu dokonania koniecznych korekt (w tym usunięcia występujących rozbieżności/nieprawidłowości w zapisach Regulaminu) oraz usystematyzowania treści dokumentu zasadnym jest przyjęcie jego nowego tekstu jednolitego (ostatni Regulamin Organizacyjny wprowadzony Zarządzeniem Dyrektora Centrum w 2017 roku).

W okresie objętym kontrolą (lata 2021-2023) nie dokonywano zmian w strukturze organizacyjnej Centrum.

III. Dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych

A. Ustalenia faktyczne:

Podstawowym celem działalności Centrum jest udzielanie świadczeń zdrowotnych i promocja zdrowia.

1. Funkcjonowanie wybranych komórek organizacyjnych.

Szczegółową kontrolą objęto funkcjonowanie: Oddziału psychiatrycznego I, Oddziału psychiatrycznego III, Poradni Zdrowia Psychicznego oraz Poradni Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia.

1) Oddział psychiatryczny 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 psychiatryczny (ogólny). Oddział został wpisany do Rejestru z dniem 16.10.1998 r. i posiada 40 łóżek.

Pacjentami Oddziału są osoby wymagające specjalistycznego leczenia psychiatrycznego, głównie z zaburzeniami psychotycznymi (schizofrenie, urojenia, depresje, lęki, jak również epizody depresyjne i maniakalne, zaburzenia nastroju oraz osobowości). Coraz częściej do Oddziału przyjmowane są także osoby z rozpoznaniem zaburzeń psychotycznych spowodowanych nadużywaniem substancji psychoaktywnych (narkotyków, leków, alkoholu).

W okresie objętym kontrolą liczba hospitalizowanych pacjentów w Oddziale wyniosła:

- 496 w 2021 r.,
- 599 w 2022 r.
- 500 do 27.11.2023 r.

W Oddziale zatrudnionych jest 11 lekarzy, 15 pielęgniarek, 3 psychologów, psychoterapeuta, pracownik socjalny oraz terapeuta zajęciowy.

Pacjenci przyjmowani są na bieżąco do Oddziału (według stanu na dzień kontroli – zarówno przypadki pilne, jak i stabilne: 0 oczekujących).

Funkcjonowanie ww. komórki organizacyjnej w zakresie udzielania świadczeń nie budzi zastrzeżeń.

2) Oddział psychiatryczny III

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 psychiatryczny (ogólny). Oddział został wpisany do Rejestru z dniem 13.06.2001 r. i dysponuje bazą 50 łóżek.

Oddział udziela psychiatrycznych i psychologicznych świadczeń zdrowotnych. Organizacyjnie podzielony został na dwa odcinki:

- odcinek pierwszy - przeznaczony jest dla pacjentów ze znacznie nasilonymi objawami chorobowymi tj. zachowania agresywne, autoagresywne, pobudzenie, bezsenność z dezorganizacją zachowania. Pacjenci na tym odcinku wymagają szczególnego nadzoru, spowodowane jest to specyfiką ich jednostki chorobowej.
- odcinek drugi - przebywają tu osoby, których stan uległ poprawie w trakcie hospitalizacji, ale nadal wymagają leczenia w warunkach stacjonarnych.

Wprowadzony podział organizacyjny Oddziału ma na celu zminimalizowanie dyskomfortu u pacjentów wynikającego ze specyfiki hospitalizacji/ przyjęć.

W okresie objętym kontrolą liczba hospitalizowanych pacjentów wyniosła:

- 479 w 2021 r.,
- 578 w 2022 r.
- 537 do 27.11.2023 r.

W Oddziale zatrudnionych jest 10 lekarzy, 25 pielęgniarek (24,6 etatów), 2 psychologów, pracownik socjalny oraz terapeuta zajęciowy.

Pacjenci przyjmowani są na bieżąco do Oddziału (według stanu na dzień kontroli – zarówno przypadki pilne, jak i stabilne: 0 oczekujących).

Funkcjonowanie ww. komórki organizacyjnej w zakresie udzielania świadczeń nie budzi zastrzeżeń.

3) Poradnia zdrowia psychicznego

Poradnia wpisana jest do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 008 (kod resortowy identyfikujący komórkę organizacyjną stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych), kod resortowy charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych: 1700 Poradnia zdrowia psychicznego. Przedmiotowa komórka organizacyjna została wpisana do Rejestru z dniem 16.10.1998r. Poradnia zajmuje się konsultacjami oraz leczeniem pacjentów w zakresie chorób psychicznych oraz nerwic. Świadczy usługi zdrowotne na rzecz osób, które ukończyły 18 rok życia.

Poradnia zdrowia psychicznego zapewnia indywidualne specjalistyczne świadczenia w warunkach ambulatoryjnych z zakresu psychiatrii w postaci:

- lekarskich konsultacji psychiatrycznych,
- diagnostyki i leczenia,
- porad i badań psychologicznych,
- świadczeń terapeutycznych,
- niezbędnych badań diagnostycznych,
- opieki pielęgniarskiej,
- działań edukacyjno-konsultacyjnych dla rodzin,
- promocji zdrowia.

W okresie objętym kontrolą liczba udzielonych porad wyniosła:

- 22 442 w 2021 r.,
- 19 841 w 2022 r.,
- 16 498 do 27.11.2023 r.

W Poradni zatrudniony jest 1 lekarz, 4 pielęgniarki, 2 psychologów, 2 psychoterapeutów oraz 3 pracowników socjalnych.

Na listę oczekujących, według stanu na dzień kontroli, wpisano 12 osób - przypadki pilne oraz 217 osób - przypadki stabilne.

Zgodnie z harmonogramem świadczenia udzielane są 5 dni w tygodniu: w poniedziałki, wtorki, czwartki i piątki: w godzinach 7:00 – 19:00, w środy: w godzinach 07:00 – 18:00.

Kontrolujący ww. Poradnię stwierdzili, że w dniu 27 listopada 2023r. (poniedziałek) udzielanie świadczeń zdrowotnych odbywało się zgodnie z ustalonym harmonogramem pracy.

Funkcjonowanie ww. komórki organizacyjnej w zakresie udzielania świadczeń nie budzi zastrzeżeń.

4) Poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia

Poradnia wpisana jest do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 021 (kod resortowy identyfikujący komórkę organizacyjną stanowiącą część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych), kod resortowy charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych: 1744 Poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia. Przedmiotowa komórka organizacyjna została wpisana do Rejestru z dniem 01.01.2006 r.

W Poradni prowadzona jest terapia osób uzależnionych od alkoholu i współuzależnionych, oparta na psychologicznych metodach oddziaływania z aktywnym udziałem pacjenta. Program terapeutyczny realizowany jest w formie zajęć grupowych i w kontakcie indywidualnym z prowadzącym zajęcia. Każdy pacjent otrzymuje Plan Terapii, uwzględniający specyfikę jego problemów i określający zakres zadań terapeutycznych oraz terminy i sposób ich wykonania. Generalnym celem terapii jest utrzymanie trwałej abstynencji oraz poprawa jakości życia, a podstawową metodą leczenia jest radzenie sobie z głodem alkoholowym i zapobieganiem nawrotom choroby oraz nabywanie umiejętności życia w abstynencji.

Program dla osób współuzależnionych jest skoncentrowany na uczeniu się nowych, konstruktywnych zachowań i postaw wobec siebie i osoby uzależnionej.

W okresie objętym kontrolą liczba udzielonych porad wyniosła:

- 5 190 w 2021 r.,
- 5 272 w 2022 r.,
- 5 392 do 27.11.2023 r.

W Poradni zatrudnieni są: specjalista psychoterapii uzależnień oraz psychoterapeuta.

Pacjenci przyjmowani są na bieżąco do Poradni (według stanu na dzień kontroli – zarówno przypadki pilne, jak i stabilne: 0 oczekujących).

Zgodnie z harmonogramem świadczenia udzielane są 5 dni w tygodniu: od poniedziałku do piątku (w godzinach 8:00 – 20:00).

Kontrolujący ww. Poradnię stwierdzili, że w dniu 17 listopada 2023r. (poniedziałek) udzielanie świadczeń zdrowotnych odbywało się zgodnie z ustalonym harmonogramem pracy. Funkcjonowanie ww. komórki organizacyjnej w zakresie udzielania świadczeń nie budzi zastrzeżeń.

[Dowód: akta kontroli str 11-93]

2. Udzielanie zamówień na świadczenia zdrowotne.

Przedmiotem weryfikacji przeprowadzonej przez kontrolujących były zapisy umów:

- 1) Nr 04/KO/2022 z dnia 18.02.2022 r. dotycząca wykonywania świadczeń zdrowotnych w zakresie porad psychologicznych i prowadzenia psychoterapii;
- 2) Nr 02/KO/2023 z dnia 18.01.2023 r. dotycząca udzielenia świadczeń zdrowotnych w zakresie terapii uzależnień na rzecz pacjentów Centrum Psychiatrii w Katowicach.

Ad. 1)

Umowa została zawarta w wyniku przeprowadzonego przez Centrum postępowania konkursowego, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Przedmiotem umowy jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie porad psychologicznych i prowadzenia psychoterapii.

W ramach czynności kontrolnych ustalono, że umowa zawiera wszystkie niezbędne 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 21.02.2022 r. do dnia 28.02.2023 r. oraz wskazuje maksymalną wartość zamówienia. Została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach i podpisana przez strony.

W ramach kontroli realizacji umowy sprawdzono faktury nr:

- 14/2022 z dnia 31.07.2022 r. – stawka jednostkowa zgodna z umową, płatność nie została dokonana w terminie, kontrahent nie wystawił noty odsetkowej,
- 1/2023 z dnia 31.01.2023 r. – stawka jednostkowa zgodna z umową, płatność nie została dokonana w terminie, kontrahent nie wystawił noty odsetkowej.

Ad. 2)

Umowa została zawarta w wyniku przeprowadzonego przez Centrum postępowania konkursowego, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Przedmiotem umowy jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie terapii uzależnień na rzecz pacjentów Centrum Psychiatrii w Katowicach.

W ramach czynności kontrolnych ustalono, że umowa zawiera wszystkie niezbędne 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 01.02.2023 r. do 31.01.2024 r. oraz wskazuje maksymalną wartość zamówienia. Została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach i podpisana przez strony. W jej zapisach wskazano maksymalną wartość zamówienia. W ramach kontroli realizacji umowy sprawdzono faktury nr:

- FA 01/03/2023 z dnia 31.03.2023 r. – stawka jednostkowa zgodna z umową, płatność dokonana w terminie,
- FA 02/08/2023 z dnia 31.08.2023 r. – stawka jednostkowa zgodna z umową, płatność dokonana w terminie.

Zgodnie z oświadczeniem Dyrektora Centrum boryka się z brakiem płynności finansowej i nieterminowym regulowaniem zobowiązań wobec kontrahentów w związku z koniecznością uregulowania zaległego zobowiązania wobec Narodowego Funduszu Zdrowia z tytułu rachunków ryczałtowych (częściowe niewykonanie kontraktu) w okresie panującej pandemii SARS COV-2 czyli w latach 2020 – 2021.

[Dowód: akta kontroli str 94 - 144]

3. Serwisowanie aparatury oraz sprzętu medycznego.

- 1) Defibrylator DefiMax biphasic, nr seryjny: 06120431, data zakupu: 2017 r. Ostatni przegląd okresowy odbył się w dniu 05.09.2023 r., dokonany w terminie. Następny przegląd powinien zostać wykonany we wrześniu 2024 r., zgodnie z wpisem: „przegląd techniczny aparatury medycznej wykonany poprawnie, urządzenie sprawne”,
- 2) Ssak medyczny Typ F18, nr 161899022, rok produkcji 2016, data zakupu: 19.06.2017 r. Ostatni przegląd okresowy odbył się w dniu 06.05.2023 r., dokonany w terminie. Następny przegląd powinien zostać wykonany w maju 2024 r., zgodnie z wpisem „urządzenie sprawne”,
- 3) Elektrokardiograf AsCARD ORANGE, nr: 0355, rok produkcji: 2017. Ostatni przegląd okresowy odbył się w dniu 06.05.2023 r., dokonany w terminie. Następny przegląd powinien zostać wykonany w maju 2024 r., zgodnie z wpisem: „ urządzenie sprawne”,

- 4) Elektrokardiograf Medi CARD P, nr seryjny: 60500066, rok produkcji 2000. Ostatni przegląd okresowy odbył się w dniu 06.05.2023 r., dokonany w terminie. Następny przegląd powinien zostać wykonany w maju 2024 r., zgodnie z wpisem „urządzenie sprawne”.

[Dowód: akta kontroli str 145 - 155]

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 Centrum w latach 2021-2023 (do dnia kontroli). Skargi rozpatrywane są w oparciu o procedurę przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków, wprowadzoną w życie Zarządzeniem Dyrektora nr 13/2011 z dnia 14.12.2011 r. Zgodnie z ww. procedurą, skargi i wnioski przyjmowane są w formie pisemnej, oraz ustnie u Dyrektora Centrum lub jego zastępców. Rozpoznawanie skarg i wniosków odbywa się w trybie określonym przepisami kodeksu postępowania administracyjnego. Skargi i wnioski rejestrowane są w prowadzonym w Centrum Rejestrze skarg i wniosków, Rejestr jest prowadzony zgodnie z art. 254 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego, czyli w sposób umożliwiający kontrolę przebiegu i terminów załatwiania skarg. Zawiera m.in. pozycje dotyczące daty wpływu i rozpatrzenia skargi oraz informacje o jej zasadności.

W roku 2021 wpłynęło 7 skarg, z których wszystkie uznano za bezzasadne. W roku 2022 r. wpłynęło 5 skarg, z których 1 uznano za zasadną, 4 za bezzasadne. Od dnia 01.01.2023 r. do dnia przeprowadzenia kontroli wpłynęło 8 skarg, z których 2 uznano za zasadne a 6 za bezzasadne. Odpowiedzi zostały udzielone skarżącym w terminie.

Zgodnie z ustawą o działalności leczniczej analiza skarg i wniosków jest przedstawiana okresowo Radzie Społecznej Szpitala, co potwierdzają protokoły z posiedzeń Rady, stanowiące akta kontroli. W okresie objętym kontrolą do Centrum nie wpłynął żaden wniosek.

[Dowód: akta kontroli str 156 - 178]

6. Wykonywanie badań satysfakcji pacjenta.

Zgodnie z przekazanymi wyjaśnieniami przez Dyrektora Centrum, ze względu na specyfikę udzielanych w Centrum świadczeń zdrowotnych badania satysfakcji pacjenta nie są wykonywane.

B: Stwierdzone nieprawidłowości:

1. Nieprawidłowość polegająca na niepełnej realizacji przepisu art. 24 ust. 1 pkt 2 w związku z art. 42 ust 2 pkt 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej w zakresie niespójnego określenia celów Centrum w Regulaminie Organizacyjnym względem zapisów ujętych w Statucie.
2. Nieprawidłowość w zakresie występowania niezgodności pomiędzy treścią Regulaminu Organizacyjnego Centrum a wpisami w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą w zakresie komórek organizacyjnych działalności medycznej, czym naruszono art. 24 ust. 1 pkt 3 oraz art. 107 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
3. Nieprawidłowość polegająca na posługiwaniu się w treści Regulaminu Organizacyjnego Centrum pojęciem „przedsiębiorstwa” zamiast „zakładu leczniczego”, co jest niezgodne z art. 2 ust.1 pkt 14 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

4. Nieprawidłowość polegająca na nieterminowym regulowaniu zobowiązań finansowych Centrum w zakresie zapłaty należności wynikającej z faktury VAT, co jest niezgodne z art. 44 ust. 3 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r o finansach publicznych.

Przyczyny nieprawidłowości:

1. Niedochowanie należytej staranności w zakresie:

- określenia w Regulaminie celów Centrum nie będących w pełni tożsamymi z wyszczególnionym w Statucie,
- aktualizacji (zgodności) wpisów dotyczących komórek organizacyjnych widniejących w Regulaminie Centrum z Rejestrem Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą oraz ujednoczenia treści Regulaminu Organizacyjnego,

2. Brak należytego nadzoru nad terminowym regulowaniem zobowiązań finansowych (zapłata za fakturę VAT).

C. Ocena częściowa: pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości.

D. Osoba odpowiedzialna:

Dyrektor Centrum, 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:

1. Nabycie sprzętu i aparatury medycznej

a) Respirator turbinowy Trilogy EVO OBM/Zestaw III o wartości 41 106 zł:

- nabycie Respiratora nie zostało ujęte w planie inwestycyjnym na 2023 r.,
- Uchwała Rady Społecznej nr 26/2023 z dnia 15.12.2023 r. dotycząca przyjęcie darowizny ww. sprzętu medycznego,
- zgoda podmiotu tworzącego na nabycie nie była wymagana
- wniosek Centrum do Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego w Katowicach o przekazanie sprzętu z Rządowej Agencji Rezerw Strategicznych z dnia 06.10.2022 r.,
- dokument magazynowy WZ14 nr: 2023/2/12 z dnia 03.02.2023 r. Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego w Katowicach,
- dowód przyjęcia ww. sprzętu w ramach Rządowej Agencji Rezerw Materiałowych od Wojewódzkiego Magazynu Obrony Cywilnej, Sprzętu Przeciwpowodziowego i Rezerw Województwa Śląskiego z dnia 03.02.2023 r.
- dowód przyjęcia OT0 – 00016/2023 z dnia 03.02.2023 r., numer inwentarzowy 001117.

b) Kardiomonitor Biolight Q7(CO2, CO) bez statywu o wartości 63 875,37 zł,

- darowizna nie została ujęta w planie inwestycyjnym na 2023 r.,
- Uchwała Rady Społecznej nr 26/2023 z dnia 15.12.2023 r. dotycząca przyjęcie darowizny ww. sprzętu medycznego,
- zgoda podmiotu tworzącego na nabycie nie była wymagana,
- wniosek Centrum do Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego w Katowicach o przekazanie sprzętu z Rządowej Agencji Rezerw Strategicznych z dnia 06.10.2022 r.,
- dokument magazynowy WZ14 nr: 2023/2/12 z dnia 03.02.2023 r. Śląskiego Urzędu

Wojewódzkiego w Katowicach,

- dowód przyjęcia ww. sprzętu w ramach Rządowej Agencji Rezerw Materiałowych od Wojewódzkiego Magazynu Obrony Cywilnej, Sprzętu Przeciwpowodziowego i Rezerw Województwa Śląskiego z dnia 03.02.2023 r.
- dowód przyjęcia OT0 – 00016/2023 z dnia 03.02.2023 r., numer inwentarzowy 001117.

Zgodnie z art. 48 ust. 2 pkt 2 lit. e ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej, do zadań Rady Społecznej należy przedstawianie kierownikowi wniosków i opinii w sprawach zakupu lub przyjęcia darowizny nowej aparatury i sprzętu medycznego. Uchwała dotycząca przyjęcia darowizny wskazanych powyżej urządzeń (pkt a i b) przyjęta została przez Radę Społeczną Centrum dopiero w dniu 15.12.2023 r. w wyniku przyjętego podczas trwania czynności kontrolnych pouczenia w powyższym zakresie Ponadto kontrolujący ustalili, że ww. sprzęty nie zostały ujęte w planie inwestycyjnym na 2023 r. Dyrektor oświadczył, że w aktualizacja planu inwestycyjnego w ww. zakresie dokonana zostanie na najbliższym posiedzeniu Rady Społecznej.

Zgodnie z oświadczeniem Dyrektora, w latach 2021, 2022 Centrum nie przeprowadzało postępowań dotyczących nabycia aparatury i sprzętu medycznego.

2. Zbycie aparatury i sprzętu medycznego

Zgodnie z oświadczeniem Dyrektora, w latach 2021, 2022 i 2023 (do dnia kontroli) Centrum nie przeprowadzało postępowań dotyczących zbycia aparatury i sprzętu medycznego.

3. Najem/dzierżawa pomieszczeń.

W ramach kontroli sprawdzaniem objęto prawidłowość zawarcia umowy najmu nr 10/N-K/BG/2013 z dnia 09.05.2013 r., dotyczącej oddania w najem pomieszczenia w budynku głównym Centrum przy ul. Korczaka 27 w Katowicach. Przedmiotem umowy jest oddanie w najem pomieszczenia o łącznej powierzchni użytkowej 80,62 m² w budynku głównym Centrum przy ul. Korczaka 27 w Katowicach w celu prowadzenia kawiarni szpitalnej, sprzedaży artykułów żywnościowych, papierniczych i użytku osobistego. Umowa zawarta została w trybie przetargu nieograniczonego na czas nieokreślony. Zawarcie ww. umowy zostało poprzedzone wyrażeniem pozytywnej opinii przez Radę Społeczną Centrum uchwałą nr 11/2012 z dnia 09.03.2012 r. Zgodnie z „Zasadami zbywania, wydzierżawiania, wynajmowania, oddania w użytkowanie lub użyczenie aktywów trwałych trwałymi samodzielnymi publicznymi zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie” obowiązującymi w okresie zawarcia umowy (§ 4 uchwały nr 2075/68/IV/2011 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 04.08.2011 r.) zgoda podmiotu tworzącego nie była wymagana. Jak wynika z treści umowy, najemca zobowiązany jest płacić wynajmującemu czynsz, na podstawie wystawionej przez wynajmującego faktury VAT do 10 dnia miesiąca.

Kontrolą objęto następujące faktury:

- Nr 109/2021 z dnia 04.05.2021 r. - wystawiona została zgodnie z treścią umowy. Należność została uregulowana w terminie.
- Nr 25/2022 z dnia 01.02.2022 r. - wystawiona została zgodnie z treścią umowy. Należność została uregulowana w terminie.

Umowa zawiera zapisy określone w § 3 aktualnie obowiązujących „Zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnymi publicznymi zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie”.

4. Inwestycje współfinansowane z dotacji celowych Województwa Śląskiego.

Kontrolujący w ramach kontroli wykorzystania środków z dotacji Województwa Śląskiego zweryfikowali zadanie inwestycyjne pn.: „Wymiana systemu przeciwpożarowego w Centrum Psychiatrii w Katowicach im. dr. Krzysztofa Czumy”. W ramach inwestycji Centrum dokonało wymiany systemu przeciwpożarowego zgodnie z umową nr 18/Ppoż-K2023 z dnia 02.06.2023 r. Zakupiony sprzęt (nr inwentarzowy: 001119) zainstalowany został w budynku głównym Centrum. Jego uruchomienie nastąpiło w dniu 10.08.2023 r. Na podstawie danych zawartych w wewnętrznym dzienniku budowy oraz zgodnie z pisemnym oświadczeniem kierownika robót wymiana systemu dokonana została zgodnie z dokumentacją projektową, specyfikacją techniczną wykonania i odbioru robót oraz specyfikacją warunków zamówienia. Urządzenie jest sprawne, funkcjonuje bez usterek, objęte jest gwarancją oraz okresowym przeglądem a jego elementy posiadają aktualne świadectwa i zezwolenia.

B. Stwierdzone nieprawidłowości:

Nieprawidłowość polegająca na braku uzyskania opinii Rady Społecznej w sprawie nabycia sprzętu medycznego co stanowi naruszenie art. 48 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Przyczyny nieprawidłowości:

Brak należytej staranności w zakresie przestrzegania zapisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

C. Ocena cząstkowa: pozytywna mimo stwierdzonej nieprawidłowości.

D. Osoby odpowiedzialne: Dyrektor Centrum, 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.

[Dowód: akta kontroli str 179 - 254]

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

A. Ustalenia faktyczne:

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 2021-2023 w Centrum Psychiatrii w Katowicach im. dr. Krzysztofa Czumy nie miały miejsca żadne postępowania konkursowe na stanowiska kierownicze wskazane w art. 49 ww. ustawy.

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

- 1) Oddział Psychiatryczny I: ordynator, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
- 2) Oddział Psychiatryczny II: ordynator, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
- 3) Oddział Psychiatryczny III : lekarz kierujący oddziałem, pielęgniarka oddziałowa;
- 4) Oddział Psychiatryczny IV Zaburzeń Afektywnych i Nerwicowych: p.o. ordynatora, pielęgniarka oddziałowa;
- 5) Oddział Terapii Uzależnienia od Alkoholu: p.o. kierownika oddziału, p.o. pielęgniarki

- oddziałowej;
- 6) Oddział Dzienny Psychiatryczny I: p.o. kierownika oddziału, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
 - 7) Oddział Dzienny Psychiatryczny II: p.o. kierownika oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
 - 8) Oddział Dzienny Terapii Uzależnienia od Alkoholu: p.o. kierownika oddziału, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
 - 9) Oddział Terapii Uzależnienia od Alkoholu: p.o. kierownika oddziału, p.o. pielęgniarki oddziałowej.

Jak wskazano powyżej, poszczególnymi oddziałami zarządzają ordynatorzy, osoby pełniące obowiązki ordynatora, kierownik oddziału lub osoby pełniące obowiązki kierownika oddziału. Zgodnie z treścią art. 49 ust. 7 ww. ustawy „w przypadku, gdy zgodnie z regulaminem organizacyjnym oddziałem kieruje lekarz niebędący ordynatorem, na stanowisko lekarza kierującego oddziałem konkursu nie przeprowadza się.” Wobec powyższego, możliwe jest kierowanie oddziałem przez lekarza nie będącego ordynatorem.

Pracą całego personelu pielęgniarskiego kieruje osoba pełniące obowiązki naczelniej pielęgniarki, natomiast zespołem pielęgniarskim na dwóch oddziałach zarządzają pielęgniarki oddziałowe, natomiast na siedmiu oddziałach zarządzają osoby pełniące obowiązki pielęgniarek oddziałowych.

Dodatkowo, mając na uwadze, iż osobie zatrudnionej na stanowisku Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa jedynie powierzono obowiązki, bez przeprowadzenia konkursu, należy wszcząć postępowanie konkursowe na ww. stanowisko.

Ww. stanowiska określone zostały zarówno w Regulaminie Organizacyjnym Centrum Psychiatrii w Katowicach im. dr. Krzysztofa Czumy, jak i załączniku nr 2 (Tabela zaszeregowania stanowisk pracy) oraz nr 3 (Wykaz stanowisk, na których przysługuje dodatek funkcyjny i stawek dodatku funkcyjnego) do Regulaminu Wynagradzania Centrum Psychiatrii w Katowicach im. dr. Krzysztofa Czumy, z wyjątkiem stanowiska kierownika oddziału, które nie zostało wykazane w ww. Regulaminie Organizacyjnym oraz stanowiska naczelniej pielęgniarki, które nie zostało ujęte w ww. załączniku nr 2 i 3 do Regulaminu Wynagradzania.

Wobec powyższego, zaleca się ujednoczenie zapisów Regulaminu Organizacyjnego i regulaminu Wynagradzania Centrum we wskazanym zakresie.

[Dowód: akta kontroli str. 255-293]

B: Stwierdzone nieprawidłowości:

Naruszenie art. 49 ust. 1 pkt 2-5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej poprzez brak przeprowadzenia postępowań konkursowych na stanowiska:

- zastępcy dyrektora ds. lecznictwa,
- naczelniej pielęgniarki,
- pielęgniarki oddziałowej Oddziału Psychiatrycznego I, Psychiatrycznego II, Psychiatrycznego IV Zaburzeń Afektywnych i Nerwicowych, Terapii Uzależnienia od Alkoholu, Oddziału Dziennego Psychiatrycznego I, Dziennego Terapii Uzależnienia od Alkoholu,
- ordynatora Oddziału Psychiatrycznego IV Zaburzeń Afektywnych i Nerwicowych.

Zgodnie z oświadczeniem złożonym przez Dyrektora Centrum zostały wszczęte procedury konkursowe na stanowiska: zastępcy dyrektora ds. lecznictwa, naczelniej pielęgniarki oraz pielęgniarki oddziałowe Oddziałów:

- Psychiatrycznego I,
- Psychiatrycznego II,
- Psychiatrycznego III,
- Psychiatrycznego IV Zaburzeń Afektywnych i Nerwicowych,
- Dziennego Psychiatrycznego I,

- Izby Przyjęć,
- Oddziału Terapii Uzależnienia od Alkoholu w Katowicach,
- Oddziału Terapii Uzależnienia od Alkoholu w Skoczowie.

Przyczyny nieprawidłowości:

- niedochowanie należytej staranności w zakresie spełnienia wymogów ustawowych dotyczących przeprowadzenia postępowań konkursowych na stanowisko zastępcy dyrektora ds. leczenia, naczelnej pielęgniarki, pielęgniarek oddziałowych oraz ordynatora, zgodnie z zapisami art. 49 ust. 1 pkt 2-5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.

Skutki nieprawidłowości:

- naruszenie zapisów art. 49 ust. 1 pkt 2-5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.

C. Ocena cząstkowa: pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości.

D. Osoby odpowiedzialne:

Dyrektor Centrum, 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. Realizacja zaleceń pokontrolnych z poprzedniej kontroli prowadzonej przez Departament Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego.

A. Ustalenia faktyczne:

Ostatnia kontrola w Szpitalu przeprowadzona została przez pracowników Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w dniach 29-30.06.2020r. 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 2018-2020.

Wydano następujące zalecenia pokontrolne:

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami zalecam podjąć działania polegające na:

- 1) zgłoszeniu do KRS wymaganych danych w zakresie składu Rady Społecznej Centrum,
- 2) przyjęciu właściwego sposobu obliczania maksymalnej wysokości opłaty za jedną stronę kopii albo wydruku dokumentacji medycznej,
- 3) przyjęciu właściwego sposobu procedowania zmian cennika opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej,
- 4) wskazaniu w Regulaminie Organizacyjnym cennika opłat za świadczenia zdrowotne udzielane za częściową bądź całkowitą odpłatnością,
- 5) wpisaniu w Regulamin Organizacyjny celów będących w pełni tożsamymi z wyszczególnionymi w Statucie Centrum,
- 6) usunięciu niezgodności pomiędzy zapisami Regulaminu Organizacyjnego Centrum i Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą w zakresie komórek organizacyjnych działalności medycznej,
- 7) wpisaniu w treść Regulaminu Organizacyjnego w części obejmującej zakład leczniczy „Szpital” wyłącznie komórek będących komórkami medycznymi,
- 8) postępowaniu się w treści Regulaminu Organizacyjnego pojęciem "zakład leczniczy" zamiast określenia „przedsiębiorstwo”,
- 9) ujmowaniu w zawieranych umowach na realizację świadczeń zdrowotnych postanowień dotyczących szczegółowych okoliczności uzasadniających rozwiązanie umowy

za wypowiedzeniem,

- 10) przeprowadzeniu konkursu na stanowisko naczelniej pielęgniarki oraz stanowiska pielęgniarek oddziałowych w pięciu Oddziałach (Oddział Psychiatryczny I, Oddział Terapii Uzależnienia od Alkoholu, Oddział Dzienny Psychiatryczny I, Oddział Dzienny Terapii Uzależnienia od Alkoholu - ul. Korczaka 2, Oddział Terapii Uzależnienia od Alkoholu - filia w Skoczowie) zgodnie z art. 49 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej,
- 11) przeprowadzeniu konkursu na stanowisko ordynatora w dwóch Oddziałach (Oddział Psychiatryczny IV Zaburzeń Afektywnych i Nerwicowych, Oddział Terapii Uzależnienia od Alkoholu), zgodnie z art. 49 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej,
- 12) przeprowadzeniu konkursu na stanowisko zastępcy dyrektora ds. lecznictwa, zgodnie z art. 49 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej,
- 13) ujmowaniu w prowadzonym Rejestrze skarg i wniosków informacji dotyczących danych strony składającej skargę oraz danych osoby odpowiedzialnej za załatwienie skargi, zgodnie z art. 254 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 roku Kodeks postępowania administracyjnego,
- 14) przestrzeganiu obowiązku realizacji zaleceń pokontrolnych wydanych przez podmiot tworzący w wyniku przeprowadzonej kontroli.

Sprawdzono realizację zaleceń pokontrolnych w latach 2019-2020 i stwierdzono, że spośród 14 wydanych zaleceń nie wykonano 8 (dot. pkt. 5-8, 10-12 oraz 14).

Brak wykonania zaleceń pokontrolnych z poprzednich kontroli przeprowadzanych przez podmiot tworzący może mieć wpływ na ocenę pracy kierownika jednostki kontrolowanej, w tym przypadku Dyrektora Centrum.

B. Stwierdzone nieprawidłowości:

Nieprawidłowości polegające na braku wykonania zaleceń pokontrolnych dotyczących:

- 1) wpisania w Regulamin Organizacyjny celów będących w pełni tożsamymi z wyszczególnionymi w Statucie Centrum,
- 2) usunięcia niezgodności pomiędzy zapisami Regulaminu Organizacyjnego Centrum i Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą w zakresie komórek organizacyjnych działalności medycznej,
- 3) wpisania w treść Regulaminu Organizacyjnego w części obejmującej zakład leczniczy „Szpital” wyłącznie komórek będących komórkami medycznymi,
- 4) posługiwania się w treści Regulaminu Organizacyjnego pojęciem "zakład leczniczy" zamiast określenia „przedsiębiorstwo”,
- 5) przeprowadzenia konkursu na stanowisko naczelniej pielęgniarki oraz stanowiska pielęgniarek oddziałowych w pięciu Oddziałach (Oddział Psychiatryczny I, Oddział Terapii Uzależnienia od Alkoholu, Oddział Dzienny Psychiatryczny I, Oddział Dzienny Terapii Uzależnienia od Alkoholu – ul. Korczaka 2, Oddział Terapii Uzależnienia od Alkoholu – filia w Skoczowie) zgodnie z art. 49 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
- 6) przeprowadzenia konkursu na stanowisko ordynatora w Oddziale Psychiatrycznym IV Zaburzeń Afektywnych i Nerwicowych, zgodnie z art. 49 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
- 7) przeprowadzenia konkursu na stanowisko zastępcy dyrektora ds. lecznictwa, zgodnie z art. 49 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
- 8) przestrzegania obowiązku realizacji zaleceń pokontrolnych wydanych przez podmiot tworzący w wyniku przeprowadzonej kontroli.

Przyczyna nieprawidłowości:

Niedochowanie należytej staranności w zakresie wykonania 8 spośród 14 zaleceń pokontrolnych z ostatniej przeprowadzonej kontroli przez podmiot tworzący.

C. Ocena częściowa: negatywna.

VII. Pozostałe informacje, zalecenia i pouczenia.

1. Pozostałe informacje.

Pismem z dnia 3 lipca 2024 r., znak: NZ-NK.1711.12.2023 (NZ-NK.KW-00233/24) Projekt wystąpienia pokontrolnego został przekazany Dyrektorowi Centrum Psychiatrii w Katowicach im. dr. Krzysztofa Czumy. Dyrektor Centrum nie zgłosił w wyznaczonym terminie zastrzeżeń do Projektu wystąpienia pokontrolnego.

2. Zalecenia.

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

- 1) Ujednoliceniu treści zawartych w Regulaminie Organizacyjnym z zapisami Statutu w zakresie określenia celów Centrum;
- 2) Ujednoliceniu zapisów dotyczących nazewnictwa komórek organizacyjnych ujętych w Regulaminie Organizacyjnym Centrum i Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą;
- 3) Posługiwaniu się w treści Regulaminu Organizacyjnego Centrum pojęciem "zakład leczniczy" zamiast określenia „przedsiębiorstwo”;
- 4) Wprowadzeniu tekstu jednolitego Regulaminu Organizacyjnego Centrum;
- 5) Terminowym regulowaniu zobowiązań finansowych (zapłata za faktury w związku z realizacją zawartej z kontrahentem umowy na świadczenia zdrowotne);
- 6) Każdorazowym uzyskaniu opinii Rady Społecznej Centrum dotyczącej nabycia sprzętu medycznego zgodnie z art. 48 ust. pkt 1 lit a ustawy o działalności leczniczej;
- 7) Przeprowadzaniu postępowań konkursowych zgodnie z zapisami art. 49 ust. 1 pkt 2 – 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej;
- 8) 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 Centrum Psychiatrii w Katowicach im. dr. Krzysztofa Czumy. Wystąpienie pokontrolne zawiera 16 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:

2024.07.03
Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego
Magdalena Barczyk
Dyrektor
Dyrektor Generalny Nadzoru Podmiotów Leczniczych Województwa Śląskiego