

Katowice, 21 czerwca 2023 r.  
NZ-NK.1711.2.2022

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

**Ośrodek Terapii Nerwic dla Dzieci i Młodzieży  
ul. Mikołowska 208, 43-197 Orzesze**  
(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. 7 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:** Ośrodek Terapii Nerwic dla Dzieci i Młodzieży, ul. Mikołowska 208, 43-197 Orzesze.

**Kierownik jednostki kontrolowanej:** od 21.02.2011 r. funkcję dyrektora Ośrodka pełni Pan Piotr Lewandowski.

Dyrektor w czasie przeprowadzania kontroli wykonywał swoje zadania kierownicze i zarządcze przy pomocy:

- Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa – Pani Joanny Długosz od 02.03.2020 r. do nadal, (p.o. Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa od 01.01.2020 r. do 01.03.2020 r.),
- Główniej Księgowej – Pani Joanny Jakimowicz od 01.07.2003 r. do nadal,
- Kierownika Oddziału Leczenia Zaburzeń Nerwicowych dla Dzieci i Młodzieży:
  - Pani Joanny Długosz od 01.07.2018 do 31.08.2020 r.,
  - Pani Kingi Maśnicy – od 01.12.2021 r. do nadal (od 01.09.2020 r. do 30.11.2021 r. - p.o. Kierownika Oddziału Leczenia Zaburzeń Nerwicowych dla Dzieci i Młodzieży).

#### Termin przeprowadzenia czynności kontrolnych i zakres kontroli:

Kontrolę przeprowadzono w dniach od 16.05.2022 r. do 3.06.2022 r. w zakresie wybranych zagadnień z zakresu spraw organizacyjno-finansowych w latach 2020-2022.

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

Osoby przeprowadzające kontrolę:

**Katarzyna Bartoszek** – Główny specjalista Departamentu Nadzoru Podmiotów Lecznictwa i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w Katowicach,

na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 205/NZ/2022 z dnia 11 maja 2022 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 16 maja 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 207/NZ/2022 z dnia 11 maja 2022 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 16 maja 2022 r.

**Magdalena Majchrzak-Osiecka** – Główny specjalista Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 206/NZ/2022 z dnia 11 maja 2022 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 16 maja 2022 r.

O kontroli Dyrektor jednostki został poinformowany pismem z dnia 11.05.2022 r. przekazany za pośrednictwem Poczty Polskiej oraz drogą elektroniczną.  
Kontrolę wpisano do książki kontroli pod pozycją 23.

## **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 Ośrodka Terapii Nerwic dla Dzieci i Młodzieży w Orzeszu.**

#### **1. Informacje ogólne.**

Ośrodek Terapii Nerwic dla Dzieci i Młodzieży w Orzeszu zwany dalej „Ośrodkiem” jest podmiotem leczniczym prowadzonym w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Funkcję podmiotu tworzącego pełni Województwo Śląskie. Nadzór nad działalnością Ośrodka sprawuje Zarząd Województwa Śląskiego. Ośrodek wpisany jest do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego pod numerem 000000014179 oraz posiada osobowość prawną i jest wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego w Katowicach pod numerem KRS 0000039962. Siedzibą Ośrodka jest miasto Orzesze.

Ośrodek działa na podstawie:

- 1) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (tekst jednolity: Dz. U. z 2022 r. poz. 633 z późn. zm.) oraz przepisów wykonawczych do tej ustawy,
- 2) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2021 r. poz. 1285 z późn. zm.),
- 3) Statutu Ośrodka nadanego uchwałą Nr V/12/25/2015 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 21.09.2015 r., którego tekst jednolity został ogłoszony uchwałą Nr V/42/31/2017 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 18.09.2017 r. (Dz. Urz. Województwa Śląskiego z dnia 05.10.2017 r. poz. 5306),
- 4) Regulaminu Organizacyjnego, wprowadzonego przez Dyrektora Ośrodka Zarządzeniem Wewnętrznym nr 13/2020 z dnia 30.10.2020 r., którego ostatnia zmiana została pozytywnie zaopiniowana przez Radę Społeczną uchwałą nr 5/2020 z dnia 30.10.2020 r.
- 5) w zakresie gospodarki mieniem:

- a) Procedury dotyczące 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 Ośrodku zatrudnienie na dzień 16.05.2022 r. roku wynosiło ogółem 52 pracowników:

- 45 pracowników w ramach umowy o pracę,
- 7 pracowników w ramach umowy cywilnoprawnej.

[Dowód: akta kontroli str. 1-19]

## **2. Prawdliwość wpisów w Krajowym Rejestrze Sądowym.**

Ostatnie zgłoszenia do Krajowego Rejestru Sądowego dotyczyło zmiany składu Rady Społecznej Ośrodka dokonanej uchwałą nr 291/101/VI/2020 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 05.02.2020 r. W trakcie kontroli ustalono, iż w ww. zakresie nie został dopełniony ustawowy obowiązek wynikający z art. 22 ustawy o Krajowym Rejestrze Sądowym z dnia 20 sierpnia 1997 r. (t. j.: Dz. U. z 2021 r. poz. 112 z późn. zm.), który wskazuje 7-dniowy termin na zgłoszenie zmian do KRS. Wniosek do KRS w sprawie wskazanej zmiany składu Rady Społecznej, został złożony w dniu 21.05.2021 r., czyli ponad rok i trzy miesiące po terminie.

[Dowód: akta kontroli str.20-35]

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

Regulamin Organizacyjny Ośrodka (dalej: „Regulamin”) sporządzony został w oparciu o przepisy art. 24 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej. Ostatnie zmiany do Regulaminu zostały wprowadzone w życie Zarządzeniem Wewnętrznym Dyrektora nr 13/2020 z dnia 30.10.2020 r., które jednocześnie wprowadziło znowelizowany Regulamin. Rada Społeczna uchwałą nr 5/2020 z dnia 30.10.2020 r. pozytywnie zaopiniowała zmiany do Regulaminu oraz tekst jednolity. W trakcie kontroli sprawdzono zgodność zapisów Regulaminu z przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.

Kontrolujący stwierdzili, że cele oraz zadania Ośrodka ujęte w Regulaminie są tożsame z wpisanymi w Statut Ośrodka.

Stwierdzono wpis wszystkich komórek organizacyjnych związanych z prowadzoną w Ośrodku 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 (poszczególne człony nazw pisane są w Regulaminie z dużej litery niejednolicie z członami nazw wpisanymi w Rejestrze), co przedstawia poniższa tabela:

| Lp. | Regulamin Organizacyjny Ośrodka                              | Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą          |
|-----|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| 1   | Oddział Leczenia Zaburzeń Nerwicowych dla Dzieci i Młodzieży | Oddział leczenia zaburzeń nerwicowych dla dzieci i młodzieży. |
| 2   | Oddział Dzienny Psychiatryczny Rehabilitacyjny dla Dzieci    | Oddział dzienny psychiatryczny rehabilitacyjny dla dzieci     |
| 3   | Oddział Dzienny dla Osób z Autyzmem Dziecięcym               | Oddział dzienny dla osób z autyzmem dziecięcym                |

Tabela nr 1 Porównanie zapisów Regulaminu Organizacyjnego z Rejestrem Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą w zakresie nazw komórek organizacyjnych

Wskazane jest ujednolicenie zapisów w powyższym zakresie.

W trakcie kontroli stwierdzono 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).

Dyrektor Ośrodka poinformował, że w okresie objętym kontrolą nie dokonywano zmian struktury organizacyjnej Ośrodka.

Ośrodek prowadzi stronę internetową pod adresem: <https://www.otnorzesze.pl/> oraz odrębną stronę podmiotową BIP pod adresem: <https://otnorzesze-bip.slaskie.pl/>.

Kontrola strony internetowej Biuletynu Informacji Publicznej Ośrodka wykazała, że zawiera ona informacje wymagane przez art. 24 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej. Jednocześnie po analizie zgodności danych zamieszczonych na stronie BIP z zapisami art. 8 ust. 3 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej stwierdzono, że zawarto na niej wszystkie wymagane informacje, jednakże zwraca się uwagę na konieczność zaktualizowania danych dotyczących majątku, którym dysponuje Ośrodek, zgodnie z (art. 6 ust. 1 pkt 2 lit. f ww. ustawy).

[Dowód: akta kontroli str.36-75]

## B. Stwierdzona nieprawidłowość i uchybienie:

1. Nieprawidłowość polegająca na niedochowaniu siedmiodniowego terminu na zgłoszenie zmian do KRS, czym naruszono art. 22 ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym.
2. Uchybienie polegające na niezgodności pomiędzy zapisami Regulaminu Organizacyjnego Ośrodka i Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą w zakresie nazw komórek organizacyjnych działalności medycznej, co stanowi naruszenie art. 24 ust. 1 w związku z art. 100 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej stanowiących, że dane zawarte we wniosku o wpis do Rejestru, w tym nazwa zakładu, jego jednostek i komórek organizacyjnych są kompletne i zgodne z prawdą tj. stanem faktycznym, którego odzwierciedlenie stanowić powinna dokumentacja organizacyjna Ośrodka.  
Wskazane uchybienie nie stanowi istotnego naruszenia przepisów prawa, a jedynie rozbieżność dotyczącą stosowania w sposób niejednolity małych i dużych liter w nazwach komórek organizacyjnych Szpitala w Regulaminie i Rejestrze.

## Przyczyny nieprawidłowości i uchybienia:

1. Niedochowanie należytej staranności w zakresie terminowego zgłoszenia zmian do KRS.
2. Niedochowanie należytej staranności przy zgłaszaniu nazw komórek organizacyjnych do Rejestru.

**C. Ocena częściowa:** Pozytywna mimo stwierdzonej nieprawidłowości i uchybienia.

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

### **III. Dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych.**

#### **A. Ustalenia faktyczne:**

Podstawowym celem działalności Ośrodka jest udzielanie świadczeń zdrowotnych i promocja zdrowia. Ośrodek prowadzi działalność medyczną w ramach umów zawartych z NFZ o świadczenie usług medycznych, w obiekcie zlokalizowanym w Orzeszu przy ul. Mikołowskiej 208.

#### **1. Funkcjonowanie wybranych komórek organizacyjnych.**

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

- 1) Oddziału leczenia zaburzeń nerwicowych dla dzieci i młodzieży,
- 2) Poradni Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży i Ich Rodzin.

##### **1) Oddział leczenia zaburzeń nerwicowych dla dzieci i młodzieży.**

Oddział wpisany jest do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczącą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 010 (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: 4705 Oddział leczenia zaburzeń nerwicowych dla dzieci. Oddział został wpisany do Rejestru z dniem 30.03.1998 r. i dysponuje 40 łózkami. W Oddziale udzielane są świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia zaburzeń nerwicowych dla dzieci i młodzieży.

Liczba hospitalizowanych w Oddziale pacjentów wyniosła:

- 211 w 2020 r.,
- 203 w 2021 r.
- 40 w 2022 r. (wg. stanu na dzień 16.05.2022 r.).

Sprawozdana liczba osób oczekujących na leczenie w Oddziale (stan na dzień 16.05.2022 r.) wynosiła: przypadki pilne – 0, przypadki stabilne – 58.

W Oddziale zatrudnionych jest m.in.: 2 lekarzy, 10 pielęgniarek, 7 psychologów, 5 terapeutów zajęciowych.

##### **2) Poradnia Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży i Ich Rodzin.**

Dyrektor Ośrodka wyjaśnił, że w strukturze organizacyjnej istnieje zakład leczniczy pod nazwą Ośrodek Dzienny, w ramach którego funkcjonuje:

- Oddział dzienny dla osób z autyzmem dziecięcym,
- Oddział dzienny psychiatryczny rehabilitacyjny,
- Poradnia Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży i Ich Rodzin.

Przedmiotowe komórki nie realizują kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia, natomiast w oparciu o ich działalność Ośrodek realizował projekty dofinansowane ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach RPO WSL 2014-2020:

- od 01.06.2017 r. do 31.05. 2019 r. Terapeutyczny Oddział Dzienny (TOD),
- od 01.07.2018 r. do 28.09.2020 r. – Szpital Domowy (SzD),
- od 01.07.2020 r. do 31.08.2022 r. - Terapeutyczny Oddział Dzienny II (TOD),
- od 01.06.2020 r. do 31.05.2022 r. - Terapia Domowa (TD).

W okresie realizacji ww. projektów Ośrodek udzielił wsparcia 300 pacjentom oraz takiej samej liczbie ich opiekunów prawnych. Realizując ww. projekty Ośrodek przygotował się do pracy na poziomie II stopnia referencyjności w ramach nowego modelu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, poprzez m.in. pozyskanie kadry, uzyskanie doświadczenia i zbudowanie niezbędnych struktur. W związku z powyższym Ośrodek spełnia warunki potrzebne do zawarcia kontraktu z NFZ na realizację świadczeń II stopnia referencyjności i oczekuje na ogłoszenie konkursu w przedmiotowym zakresie.

[Dowód: akta kontroli str. 76-77]

## 2. Udzielanie zamówień na świadczenia zdrowotne.

Przedmiotem weryfikacji przeprowadzonej przez kontrolujących były umowy:

- 1) Umowa o świadczenie usług medycznych 5/2021 z dnia 30.12.2020 r. na realizację świadczeń medycznych w zakresie konsultacji kardiologicznych, dermatologicznych, neurologicznych, ginekologicznych, okulistycznych, otolaryngologicznych oraz wykonania badań RTG, USG, EKG wraz z opisem, oraz aneks nr 1 z dnia 23.02.2021 r.
- 2) Umowa o świadczenie usług medycznych 2/2022 z dnia 30.12.2021 r. na realizację świadczeń polegających na wykonywaniu badań laboratoryjnych wraz z transportem.

### Ad. 1) Nr 5/2021 z dnia 30.12.2020 r.

Umowa została zawarta na podstawie przepisu art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Udzielenie zamówienia nastąpiło w efekcie przeprowadzenia konkursu ofert na świadczenia medyczne.

Umowa została zawarta w formie pisemnej, na czas określony tj. od dnia 01.01.2021 r. do dnia 31.12.2021 r.

Przedmiotowa umowa zawiera wszystkie zapisy określone w art. 27 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, a także zawiera określenie szacunkowej wartości brutto zamówienia, zgodnie z obowiązkiem wynikającym z przepisów ustawy o finansach publicznych (art. 44 ust. 3 pkt. 3).

Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach i podpisana przez strony.

W ramach kontroli realizacji umowy sprawdzono faktury nr:

- 28/S/03/2021 z dnia 31.03.2021 r. - stawka za zrealizowane świadczenia zgodna z umową,
- 25/S/04/2021 z dnia 30.04.2021 r. - stawka za zrealizowane świadczenia zgodna z umową.

### Ad. 2) Nr 2/2022 z dnia 30.12.2021 r.

Umowa została zawarta na podstawie przepisu art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Udzielenie zamówienia nastąpiło w efekcie przeprowadzenia konkursu ofert na świadczenia medyczne.

Umowa została zawarta w formie pisemnej, na czas określony tj. od dnia 01.01.2022 r. do dnia 31.12.2022 r.

Przedmiotowa umowa zawiera wszystkie zapisy określone w art. 27 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, a także zawiera określenie szacunkowej wartości brutto zamówienia, zgodnie z obowiązkiem wynikającym z przepisów ustawy o finansach publicznych (art. 44 ust. 3 pkt. 3).

Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach i podpisana przez strony.

W ramach kontroli realizacji umowy sprawdzono faktury nr:

- BM-00081/090/2022 z dnia 31.01.2022 r. - stawki za zrealizowane świadczenia zgodne z umową,
- BM-00424/090/2022 z dnia 31.03.2022 r. - stawki za zrealizowane świadczenia zgodne z umową.

[Dowód: akta kontroli str. 78-119 ]

### 3. Serwisowanie aparatury oraz sprzętu medycznego.

Kontrolujący w ramach kontroli jakości świadczonych usług zweryfikowali paszport techniczny jedynego urządzenia, które w Ośrodku wykorzystywane jest do świadczenia usług medycznych:

- Aparat EEG Biofeedback, nr seryjny: AD 6-20000409. Ostatni przegląd techniczny odbył się terminowo w dniu 17.11.2021 r. Zgodnie z wpisem aparat sprawny. Data następnego przeglądu – listopad 2022 r.

[Dowód: akta kontroli str. 120-127]

### 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 Dyrekcji Ośrodka. Skargi rozpatrywane są w oparciu o *Procedurę rozpatrywania skarg i wniosków w Ośrodku Terapii Nerwic dla Dzieci i Młodzieży w Orzeszu*, która została wprowadzona Zarządzeniem wewnętrznym nr 25/2017 Dyrektora Ośrodka Terapii Nerwic dla Dzieci i Młodzieży w Orzeszu z dnia 28.12.2017 r. w sprawie wprowadzenia Procedury rozpatrywania skarg i wniosków w Ośrodku Terapii Nerwic dla Dzieci i Młodzieży w Orzeszu.

Zgodnie z ww. Procedurą, skargi i wnioski mogą być wnoszone do Ośrodka pisemnie oraz ustnie do protokołu. Po przeprowadzeniu wewnętrznego postępowania wyjaśniającego, pisemnej odpowiedzi na skargę lub wniosek udziela Dyrektor Ośrodka lub osoba przez niego wyznaczona. Odpowiedź na skargę lub wniosek udzielona zostaje nie później niż w ciągu 30 dni od daty wpływu skargi i wniosku.

Skargi i wnioski rejestrowane są w prowadzonym w Ośrodku Zeszycie skarg i wniosków, który zawiera wszystkie niezbędne rubryki umożliwiające kontrolę przebiegu realizacji skarg, zgodnie z art. 254 Kodeksu postępowania administracyjnego. Informacja o skargach jest cyklicznie przedstawiana Radzie Społecznej Ośrodka.

W okresie objętym kontrolą do Ośrodka nie wpłynęła żadna skarga ani wniosek.

[Dowód: akta kontroli str. 128-138]

### 5. Wykonywanie badań satysfakcji pacjenta.

Z uwagi na specyfikę działalności medycznej Ośrodka nie są prowadzone ankiety satysfakcji leczonych pacjentów.

**B. Stwierdzone nieprawidłowości:** Brak.

**C. Ocena częściowa:** Pozytywna.

### IV. Prawidłowość gospodarowania mieniem.

#### A. Ustalenia faktyczne

W zakresie prawidłowości gospodarowania mieniem kontrolą objęto niżej wymienione zagadnienia:

#### 1. Nabycie sprzętu i aparatury medycznej.

Dyrektor Ośrodka oświadczył, że w latach 2020-2022 nie nabyto sprzętu i aparatury medycznej.

[Dowód: akta kontroli str. 139]

## 2. Zbycie sprzętu i aparatury medycznej.

Dyrektor Ośrodka oświadczył, że w latach 2020-2022 nie dokonano zbycia sprzętu i aparatury medycznej.

[Dowód: akta kontroli str. 140-142]

## 3. Najem/dzierżawa pomieszczeń.

W kontrolowanym okresie Ośrodek zawarł jedną umowę najmu nr 7/2022 z dnia 31.01.2022 r. Przedmiotem umowy jest:

- a) najem pomieszczeń znajdujących się w budynku „Oficyny” o łącznej powierzchni 356,96 m<sup>2</sup> z przeznaczeniem na prowadzenie zajęć edukacyjnych i wychowawczych;
- b) najem pomieszczeń znajdujących się w budynku „Oficyny”: sali gimnastycznej o powierzchni 64,85 m<sup>2</sup> oraz świetlicy o powierzchni 65,25 m<sup>2</sup> – wyłącznie w godzinach zajęć wymagających korzystania z tych sal, realizowanych zgodnie z planem zajęć – celem prowadzenia zajęć edukacyjnych i wychowawczych.

Umowa została zawarta na czas określony od dnia 01.02.2022 r. do dnia 31.12.2022 r. Z uwagi na okres, na jaki została zawarta umowa, zgoda podmiotu tworzącego nie była wymagana. Ośrodek nie posiada opinii Rady Społecznej w sprawie zawarcia ww. umowy. Kontrolującym przedstawiono jedynie uchwały Rady Społecznej Ośrodka z 2006 roku oraz 2019 roku dotyczące zamiaru zawarcia umowy najmu (uchwała Rady Społecznej nr 2/2006 z dnia 20.04.2006 r.) oraz opinii w sprawie przedłużenia okresu obowiązywania poprzedniej umowy najmu dotyczącej przedmiotowych pomieszczeń (uchwała Rady Społecznej nr 10/2019 z dnia 30.12.2019 r.) Wskazać należy, iż zgodnie z treścią § 4 w zw. z § 11 *Zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnymi publicznymi zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie*, przyjętych uchwałą nr 2232/288/V/2018 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 25.09.2018 r. z późn. zm., najem i użyczenie nieruchomości spzoz wymaga opinii rady społecznej zakładu wyrażonej w formie uchwały.

Przedmiotowa umowa zawiera wszystkie zapisy zawarte § 3 *Zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnymi publicznymi zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie*, w brzmieniu przyjętym uchwałą nr 1945/265/VI/2021 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 25.08.2021 r.

Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach i podpisana przez strony. Objęte kontrolą faktury za miesiąc luty i marzec 2022 zostały wystawione zgodnie z treścią umowy oraz opłacone w terminie.

[Dowód: akta kontroli str. 143-200]

## B. Stwierdzona nieprawidłowość:

Nieprawidłowość dotycząca umowy nr 7/2022 z dnia 31.01.2022 r. polegająca na braku uzyskania opinii Rady Społecznej Ośrodka w sprawie najmu pomieszczeń Ośrodka, co stanowi naruszenie art. 54 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej w związku z treścią § 4 oraz § 11 *Zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnymi publicznymi zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie*, przyjętych uchwałą nr 2232/288/V/2018 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 25.09.2018 r. z późn. zm. - najem i użyczenie nieruchomości spzoz wymaga opinii rady społecznej zakładu wyrażonej w formie uchwały.

#### Przyczyna nieprawidłowości:

Niedochowanie należytej staranności w zakresie przestrzegania Zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie.

#### **C. Ocena częściowa:**

Pozytywna mimo stwierdzonej nieprawidłowości.

#### **D. Osoby odpowiedzialne:**

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

### **V. Realizacja zadań w zakresie doboru personelu medycznego 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, iż w okresie objętym kontrolą, tj. lata 2020-2022 w Ośrodku Terapii Nerwic dla Dzieci i Młodzieży z siedzibą w Orzeszu miało miejsce jedno postępowanie konkursowe na stanowisko kierownicze wskazane w art. 49 ww. ustawy.

##### **Przeprowadzone postępowania konkursowe na stanowiska kierownicze:**

- 1) Stanowisko Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa (data konkursu: 02.03.2020 r., okres zatrudnienia 02.03.2020 r. – 01.03.2026 r.)

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

- 1) Oddział Leczenia Zaburzeń Nerwicowych dla Dzieci i Młodzieży: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa.

Jak wskazano powyżej, oddziałem zarządza kierownik oddziału. Rozwiązanie takie jest zgodne z treścią art. 49 ust. 7 ww. ustawy, który przewiduje możliwość kierowania oddziałem przez lekarza nie będącego ordynatorem stanowiąc, iż „w przypadku gdy zgodnie z regulaminem organizacyjnym oddziałem kieruje lekarz niebędący ordynatorem, na stanowisko lekarza kierującego oddziałem konkursu nie przeprowadza się.”

Pracą całego personelu pielęgniarskiego kieruje pielęgniarka oddziałowa.

W Ośrodku nie funkcjonuje stanowisko naczelnej pielęgniarki/przełożonej pielęgniarek.

Należy zaznaczyć, iż zgodnie z uzyskaną przez ówczesny Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej opinią Ministerstwa Zdrowia, decyzja o utworzeniu bądź rezygnacji z utworzenia stanowiska naczelnej pielęgniarki lub przełożonej pielęgniarek w podmiocie leczniczym prowadzącym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych szpitalnych, jak i innych niż szpitalne, powinna wynikać z potrzeb organizacyjnych, struktury zatrudnienia, a także rodzaju działalności leczniczej oraz zakresu świadczeń zdrowotnych udzielanych przez dany podmiot leczniczy.

HP Tola

Ww. stanowiska określone zostały zarówno w Regulaminie Organizacyjnym Ośrodka Terapii Nerwic dla Dzieci i Młodzieży z siedzibą w Orzeszu, jak i załączniku nr 1 (Tabela zaszeregowania stanowisk pracy dla pracowników Ośrodka Terapii Nerwic dla Dzieci i Młodzieży) oraz nr 4 (Wykaz stanowisk kierowniczych uprawnionych do dodatku funkcyjnego) do Regulaminu Wynagradzania pracowników zatrudnionych w Ośrodku Terapii Nerwic dla Dzieci i Młodzieży w Orzeszu.

[Dowód: akta kontroli str.201-242]

**B: Stwierdzone nieprawidłowości:** Brak.

**C: Ocena częściowa:** Pozytywna.

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

### **A. Ustalenia faktyczne.**

Ostatnia kontrola w Ośrodku Terapii Nerwic dla Dzieci i Młodzieży w Orzeszu przeprowadzona została przez pracowników Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w dniach 30-31.01.2019 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 r. - 2019 r.

Poniżej przedstawiono zalecenia pokontrolne wydane po przeprowadzeniu ww. kontroli, tj. w zakresie:

1. *Przestrzegania zapisów art. 22 ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym (tekst jednolity: Dz. U. z 2018 r. poz. 986)*
2. *Dokonania zmiany wpisu w KRS w Dziale 1 w rubryce 6 w zakresie podmiotu, który utworzył samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej.*
3. *Ujednolicenia nazewnictwa dotyczącego Oddziału dziennego psychiatrycznego rehabilitacyjnego pomiędzy Księgą Rejestrową a Regulaminem Organizacyjnym Ośrodka.*
4. *Dokonania zmiany wpisu w Księdze Rejestrowej Ośrodka w zakresie Poradni Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży i Ich Rodzin w zakresie informacji dotyczących miejsc pobytu dziennego.*
5. *Przeprowadzenia konkursu na stanowisko zastępcy dyrektora ds. lecznictwa zgodnie z art. 49 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.*
6. *Przestrzegania zapisów art. 254 kodeksu postępowania administracyjnego w zakresie prowadzenia Rejestru skarg i wniosków, którego zapisy powinny odzwierciedlać zarówno przebieg jak i termin załatwienia skargi czy wniosku.*
7. *Przestrzegania zapisów „Zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnymi publicznymi zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie” przyjętych uchwałą nr 2232/288/V/2018 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 25.09.2018 r. dotyczących opiniowania przez Radę Społeczną umów w zakresie rozporządzania środkami trwałymi przez najem, dzierżawę, użyczenie i użytkowanie.*

Pismem z dnia 17.05.2019 . Dyrektor Ośrodka złożył do Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego sprawozdanie o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych.

Sprawdzono realizację ww. zaleceń pokontrolnych wskazanych w Wystąpieniu Pokontrolnym z dnia 17 kwietnia 2019 r. i stwierdzono, że:

- zalecenie nr 1,
- zalecenie nr 3,
- zalecenie nr 7

nie zostały wykonane i w Ośrodku nadal występują nieprawidłowości i uchybienia w ww. zakresach działalności.

#### **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 Ośrodek.

#### Przyczyny nieprawidłowości:

Niedochowanie należytej staranności w zakresie pełnej realizacji zaleceń pokontrolnych z poprzednich kontroli przeprowadzonych przez podmiot tworzący, co może mieć wpływ na ocenę pracy kierownika jednostki kontrolowanej, w tym przypadku Dyrektora Ośrodka.

#### **C. Ocena częściowa: negatywna.**

#### **D. Osoba odpowiedzialna:**

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

### **VII. Pozostałe informacje, zalecenia i pouczenia.**

#### **1. Pozostałe informacje.**

Pismem z dnia 7 kwietnia 2023 r., znak: NZ-NK.1711.2.2022 (ZN-NK.KW-00113/23). Projekt wystąpienia pokontrolnego został przekazany Dyrektorowi Ośrodka Terapii Nerwic dla Dzieci i Młodzieży w Orzeszu. Dyrektor Ośrodka 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) Terminowym zgłaszaniu zmian do KRS;
- 2) Każdorazowym uzyskiwaniu opinii Rady Społecznej w sprawach dotyczących umów najmu (dzierżawy, użyczenia) pomieszczeń Ośrodka;
- 3) Ujednoliceniu zapisów dotyczących nazewnictwa komórek organizacyjnych ujętych w Regulaminie Organizacyjnym i Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą;
- 4) 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 Ośrodka Terapii Nerwic dla Dzieci i Młodzieży.

Wystąpienie pokontrolne zawiera 12 ponumerowanych stron.

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

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

**Podmiot uprawniony do kontroli:**

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