

Katowice, 18 września 2019 r.

ZD-NiP.1711.10.2019

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

Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii w Bystrej
ul. J. Fałata 2,
43-360 Bystra
(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 (tekst jednolity: Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 z późn. zm),
- 2) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych (Dz. U. z 2015, poz. 1331),
- 3) planu kontroli na 2019 rok, załącznik nr 2, poz. 2 zatwierdzonego uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 205/7/VI/2018 z dnia 21.12.2018 r.,
- 4) regulaminu kontroli podmiotów leczniczych, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie określonego uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 666/30/VI/2019 z dnia 27.03.2019 r. z późn. zm.

I. Dane identyfikacyjne kontroli:

Jednostka kontrolowana: Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii w Bystrej

Kierownik jednostki kontrolowanej: Pani Urszula Kuc powołana na stanowisko Dyrektora 01.02.2006 roku do nadal.

Dyrektor wykonuje swoje zadania kierownicze i zarządcze przy pomocy:

- Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych – Pana Tomasza Kachel,
- Głównej Księgowej - Pani Ewy Zajda

oraz kierowników komórek organizacyjnych.

Termin przeprowadzenia czynności kontrolnych i zakres kontroli:

kontrolę przeprowadzono w dniach 24-25.06.2019 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 2018-2019.

[Dowód: akta kontroli str. 1-3]

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

Osoby przeprowadzające kontrolę:

Agnieszka Barczyk – Główny Specjalista Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w Katowicach, legitymacja służbowa nr 1101498, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 396/ZD/2019 z dnia 17.06.2019 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 21.06.2019 r.

Barbara Gwiazda-Amrosz – Główny Specjalista Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w Katowicach, legitymacją służbowa nr 1101491, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 367/ZD/2019 z dnia 17.06.2019 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 21.06.2019 r.

Magdalena Majchrzak-Osiecka - Główny Specjalista Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w Katowicach; legitymacja służbowa nr 1100992, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 399/ZD/2019 z dnia 17.06.2019 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 21.06.2019 r.

[Dowód: akta kontroli str. 4-9]

O kontroli Dyrektor jednostki została poinformowana za pośrednictwem poczty elektronicznej w dniu 18.06.2019 r.

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 Centrum.

1. Informacje ogólne.

Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii w Bystrej zwany 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 000000014018 oraz posiada osobowość prawną i jest wpisane do Krajowego Rejestru Sądowego w Bielsku-Białej pod numerem KRS 0000114709. Siedzibą Centrum jest Bystra.

Centrum działa na podstawie:

- 1) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (tekst jednolity: Dz. U. z 2018r. poz. 2190 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 2019 r. poz. 1373),
- 3) Statutu Centrum, którego tekst jednolity został przyjęty Uchwałą Nr V/42/11/2017 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 18.09.2017 r. i ogłoszony w Dzienniku Urzędowym Województwa Śląskiego z dnia 05.10.2017 r. pod pozycją 5311,
- 4) Regulaminu Organizacyjnego, którego ostatnie zmiany zostały pozytywnie zaopiniowane przez Radę Społeczną Centrum, uchwałą nr 26/2018 z dnia 24.09.2018r., wprowadzonego w życie Zarządzeniem nr 4a/2018 Dyrektora z dnia 25.09.2018 r.

Zatrudnienie na dzień 24.06.2019 r. w Centrum wynosiło:

- 270 pracowników w ramach umowy o pracę,
- 78 pracowników w ramach umów cywilnoprawnych.

[Dowód: akta kontroli str. 10]

2. Prawdliwość wpisów w Krajowym Rejestrze Sądowym.

Ostatni wniosek z dnia 04.12.2017 r. o zmianę danych podmiotu w Krajowym Rejestrze Sądowym dotyczył wpisania do akt rejestrowych tekstu jednolitego Statutu Centrum przyjętego uchwałą nr V/42/11/2017 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 18.09.2017 r., ogłoszoną w dniu 05.10.2017 r. w Dzienniku Urzędowym Województwa Śląskiego pod poz. 5311. Postanowieniem z dnia 22.01.2018 r. sygnatura: BB.VIII NS-REJ.KRS/015141/17/170 Sąd Rejonowy w Bielsku-Białej, VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego dokonał wnioskowanego wpisu.

W trakcie kontroli ustalono, że wg stanu na dzień sporządzenia wystąpienia pokontrolnego, do Krajowego Rejestru Sądowego zostały wprowadzone wszystkie wymagane przepisami prawa informacje o kontrolowanej jednostce.

[Dowód: akta kontroli str. 11-23]

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

Regulamin Organizacyjny Centrum sporządzony został w oparciu o przepisy art. 24 ustawy o działalności leczniczej. Ostatnie zmiany do Regulaminu zostały pozytywnie zaopiniowane przez Radę Społeczną Centrum uchwałą nr 26/2018 z dnia 24.09.2018 r., a następnie wprowadzone Zarządzeniem nr 4a/2018 Dyrektora z dnia 25.09.2018 r.

W trakcie kontroli sprawdzono zgodność zapisów Regulaminu Organizacyjnego Centrum z przepisami ww. ustawy. Ustalono, że Regulamin zawiera wszystkie zapisy wymagane przez art. 24 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej. Wskazać jednak należy, że na podstawie art. 28 ust 2a ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jednolity: Dz. U. z 2019 r. poz. 1127 z późn. zm.) konieczne jest umieszczenie w § 60 Regulaminu zapisu dotyczącego braku pobierania opłaty w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej:

- 1) pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu po raz pierwszy w żądanym zakresie,
- 2) w związku z postępowaniem przed wojewódzką komisją do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych.

Dyrektor Centrum wyjaśniła, że w okresie od wejścia w życie nowelizacji ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta w ww. zakresie nie odbyło się jeszcze posiedzenie Rady Społecznej Centrum, której opinia jest niezbędna do wprowadzenia stosownej zmiany w Regulaminie Organizacyjnym Centrum. Dyrektor oświadczyła jednocześnie, że Centrum wypełnia obowiązek wynikający z ww. ustawy i opłaty w takich przypadkach nie pobiera. Adnotacja taka została zamieszczona na wzorze wniosku o wydanie dokumentacji medycznej. Zmiana Regulaminu Organizacyjnego w tym zakresie zostanie przedstawiona do zaopiniowania Radzie Społecznej Centrum na najbliższym posiedzeniu.

Weryfikacji poddano również zgodność zapisów uwidocznionych w Księdze Rejestrowej Centrum prowadzonej pod nr 000000014018 w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą Wojewody Śląskiego z Regulaminem Organizacyjnym Centrum - niezgodności w tym zakresie nie stwierdzono.

[Dowód: akta kontroli str.24-95]

Centrum posiada własną stronę internetową pod adresem: <http://www.szpitalbystra.pl/> oraz odrębną stronę podmiotową BiP pod adresem: <http://www.bip.szpitalbystra.pl/>, które zawierają wszystkie wymagane informacje określone w art. 24 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej oraz w art. 8 ust. 3 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (tekst jednolity: Dz. U. z 2018 r. poz. 1330 z późn. zm.).

Ponadto informacje wymagane przez ustawę o działalności leczniczej zostały wywieszone w widocznych miejscach, na tablicach informacyjnych, w poszczególnych jednostkach organizacyjnych Centrum.

B. Stwierdzone nieprawidłowości: brak

C. Ocena cząstkowa: pozytywna

III. Dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych

A. Ustalenia faktyczne:

Podstawowym celem działalności Centrum jest udzielanie świadczeń zdrowotnych i promocja zdrowia. Centrum jest jednym z wiodących ośrodków torakochirurgicznych w Polsce, świadczy kompleksowe usługi medyczne w zakresie leczenia szpitalnego i ambulatoryjnego, diagnostyki laboratoryjnej oraz podstawowej opieki zdrowotnej.

1. Funkcjonowanie wybranych komórek organizacyjnych.

W ramach czynności kontrolnych przeprowadzono wizytację:

1) Oddziału Pulmonologicznego z pododdziałem chemioterapii

Oddział wpisany jest do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 001 (kod resortowy identyfikujący komórkę organizacyjną stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych), kod resortowy charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych: 4272. Oddział został wpisany do Księgi Rejestrowej z dniem 31.12.1993 r. i dysponuje 28 łózkami. Zlokalizowany jest w budynku przy ul. J. Fałata 2. Oddział zajmuje się diagnostyką i leczeniem: chorób nowotworowych układu oddechowego (chemioterapia raka płuca), zmian stwierdzanych w badaniach radiologicznych płuc i śródpiersia (naciekowe, guzowate, rozsiane, płyn w jamach opłucnowych). W Oddziale zatrudnionych jest 4 lekarzy i 14 pielęgniarek.

Liczba hospitalizowanych pacjentów wyniosła:

- 2412 w 2018 r.
- 1113 do 31.05.2019 r.

Liczba osób oczekujących na leczenie w Oddziale (stan na 24.06.2019 r.) wynosiła: przypadki pilne - 0, przypadki stabilne - 0.

2) Oddziału Chirurgii Klatki Piersiowej

Oddział wpisany jest do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 009 (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: 4520. Oddział został wpisany do Księgi Rejestrowej z dniem 31.12.1993 r. i dysponuje 36 łózkami. Zlokalizowany jest w budynku przy ul. J. Fałata 2. Oddział realizuje diagnostykę chirurgiczną chorób klatki piersiowej: biopsje igłowe przezoskrzelowe i przez ścianę klatki piersiowej, biopsje węzłów chłonnych i innych zmian w obrębie klatki piersiowej, wziernikowanie opłucnych i śródpiersia (wideo-torakoskopia i wideo

mediastinoskopia) oraz wykonuje zabiegi w zakresie chirurgii klatki piersiowej konwencjonalne i małoinwazyjne endoskopowe: operacje płuc i śródpiersia (m.in. resekcje mięszu płuc, torbieli, usuwanie guzów płuc i śródpiersia, operacje jam opłucnowych i przepony, leczenie urazów klatki piersiowej, zakładanie stentów tchawiczych i tchawiczo-oskrzelowych, zabiegi plastyczne ściany klatki piersiowej. W Oddziale zatrudnionych jest 9 lekarzy i 25 pielęgniarek.

Liczba hospitalizowanych pacjentów wyniosła:

- 2317 w 2018 r.
- 1083 do 31.05.2019 r.

Liczba osób oczekujących na leczenie w Oddziale (stan na 24.06.2019 r.) wynosiła: przypadki pilne - 0, przypadki stabilne - 36.

3) Poradni Alergologicznej dla Dorosłych i Dzieci

Poradnia wpisana jest do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczącą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 030 (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: 1010. Poradnia została wpisana do Księgi Rejestrowej z dniem 21.01.2002 r., zlokalizowana jest w budynku przy ul. J. Fałata 2. Poradnia udziela świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki i leczenia chorób alergicznych, prowadzi immunoterapię swoistą (odczulanie), zgodnie z następującym harmonogramem: poniedziałek 12:00-20:00, wtorek 08:00-14:00, środa 08:00-14:00, czwartek 14:00-20:00. W Poradni zatrudnionych jest 2 lekarzy i 2 pielęgniarki.

Liczba udzielonych porad:

- 4889 w 2018 r.,
- 2105 do 31.05.2019 r.

Liczba osób oczekujących na leczenie (stan na 24.06.2019 r.) wynosiła przypadki pilne - 13, przypadki stabilne - 114. W dniach przeprowadzania kontroli Poradnia przyjmowała pacjentów zgodnie z harmonogramem.

[Dowód: akta kontroli str. 96-107]

2. Udzielanie zamówień na świadczenia zdrowotne.

Przedmiotem weryfikacji przeprowadzonej przez kontrolujących były umowy:

- 1) Nr 11/2019 z dnia 27.03.2019 r. na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie dyżurów lekarskich stacjonarnych oraz pod telefonem w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii,
- 2) Nr 15/2019 z dnia 23.04.2019 r. na realizację świadczeń zdrowotnych polegających na wykonywaniu czynności ratownika medycznego – kierowcy na rzecz pacjentów Centrum.

Ad. 1) Nr 11/2019 z dnia 27.03.2019 r.

Umowa została zawarta w trybie postępowania konkursowego, przeprowadzonego przez Centrum, na podstawie art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Umowa została zawarta w formie pisemnej, na czas określony, tj. od dnia 01.04.2019 r. do dnia 31.03.2022 r. Umowa nie zawiera wskazania szczegółowych okoliczności uzasadniających rozwiązanie umowy za wypowiedzeniem, do czego obliguje art. 27 ust. 4 pkt 8 ww. ustawy. W § 12 ust. 1 tiret drugie umowy widnieje jedynie zapis, że każda ze stron może ją rozwiązać z 2-tygodniowym okresem wypowiedzenia.

Umowa zawiera wszystkie pozostałe zapisy wymagane art. 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Umowa nie zawiera zapisu określającego maksymalną wartość zamówienia, jednak przed wszczęciem postępowania konkursowego została ona oszacowana, co potwierdza notatka służbowa z dnia 26.02.2019 r.

Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach i podpisana przez strony.
W ramach kontroli realizacji umowy sprawdzono faktury nr:
- 8/2019 z dnia 30.04.2019 r. - stawka jednostkowa zgodna z umową,
- 12/2019 z dnia 31.05.2019 r. - stawka jednostkowa zgodna z umową.

Ad. 2) Nr 15/2019 z dnia 23.04.2019 r.

Umowa została zawarta w trybie postępowania konkursowego przeprowadzonego przez Centrum na podstawie art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Umowa została zawarta w formie pisemnej, na czas określony, tj. od dnia 01.05.2019 r. do dnia 30.04.2022 r. Umowa nie zawiera postanowienia dotyczącego zobowiązania przyjmującego zamówienie do prowadzenia określonej sprawozdawczości statystycznej, do czego obowiązuje art. 27 ust. 4 pkt 9 ww. ustawy.

Umowa zawiera wszystkie pozostałe zapisy wymagane art. 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Umowa nie zawiera zapisu określającego maksymalną wartość zamówienia, jednak przed wszczęciem postępowania konkursowego została ona oszacowana, co potwierdza notatka służbowa z dnia 26.02.2019 r.

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

W ramach kontroli realizacji umowy sprawdzono faktury nr:

- 15/2019 i 16/2019 z dnia 30.04.2019 r. - stawki jednostkowe zgodne z umową
- 20/2019 i 22/2019 z dnia 31.05.2019 r. - stawki jednostkowe zgodne z umową.

Z oświadczenia Dyrektora Centrum wynika, że w roku 2018 nie były prowadzone postępowania konkursowe dotyczące udzielania świadczeń zdrowotnych.

[Dowód: akta kontroli str. 108-149]

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

Ogłaszanie i przeprowadzanie konkursów na stanowiska kierownicze

Kontrola realizacji zadań na gruncie art. 49 ust. 1 pkt 2 - 5, ust. 2 - 6 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej wykazała, iż w okresie objętym kontrolą w Centrum miało miejsce jedno postępowanie konkursowe na stanowisko kierownicze wskazane w art. 49 ww. ustawy.

Przeprowadzone postępowania konkursowe na stanowiska kierownicze:

- Stanowisko przełożonej pielęgniarek (data konkursu: 28.05.2019 r., okres zatrudnienia 01.07.2019 r. – 30.06.2025 r.).

Podczas czynności kontrolnych kontrolujący stwierdzili, że w toku ww. postępowania konkursowego członkowie komisji konkursowej nie zostali powiadomieni o posiedzeniu komisji w terminie wskazanym w § 7 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą (tekst jednolity: Dz. U. z 2018 r., poz. 393).

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

- 1) Oddział Pulmonologiczny z pododdziałem chemioterapii: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 2) Oddział Chorób Płuc i Gruźlicy: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 3) Oddział Pulmonologiczny: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 4) Oddział Pulmonologiczno-Alergologiczny: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 5) Oddział Chorób Wewnętrznych: kierownik oddziału, p.o. pielęgniarki oddziałowej;

- 6) Oddział Chirurgii Klatki Piersiowej: kierownik oddziału, p.o: pielęgniarki oddziałowej;
- 7) Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii: kierownik oddziału, p.o. pielęgniarki oddziałowej.

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

Pracą całego personelu pielęgniarskiego kieruje przełożona pielęgniarek, natomiast zespołem pielęgniarskim w czterech oddziałach zarządzają pielęgniarki oddziałowe, a w trzech osoby pełniące obowiązki pielęgniarki oddziałowej, tj. w Oddziale Chorób Wewnętrznych, Oddziale Chirurgii Klatki Piersiowej oraz Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii. W związku z powyższym należy przeprowadzić postępowania konkursowe na ww. stanowiska, zgodnie z art. 49 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.

Ww. stanowiska określone zostały zarówno w Regulaminie Organizacyjnym Centrum, jak i w Załączniku nr 1 (Tabela stanowisk, stawek oraz dodatku funkcyjnego) do Regulaminu Wynagradzania pracowników Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii w Bystrej.

[Dowód: akta kontroli str. 150-179]

4. Serwisowanie aparatury oraz sprzętu medycznego.

Kontrolujący w ramach kontroli jakości świadczonych usług zweryfikowali m.in. następujące paszporty techniczne urządzeń wykorzystywanych do udzielania świadczeń zdrowotnych:

- 1) Aparat USG nr inwentarzowy T-4-42-42/2, rok produkcji 2004. Przegląd okresowy odbył się w dniu 01.06.2019 r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany w miesiącu czerwcu 2020 r., zgodnie z wpisem aparat sprawny,
- 2) Koncentrator tlenu nr inwentarzowy P-4-42-146/7, rok produkcji 2017. Przegląd okresowy odbył się w dniu 28.05.2019 r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany w miesiącu maju 2020 r., zgodnie z wpisem urządzenie sprawne,
- 3) Aparat RTG Merkury wraz z wyposażeniem nr inwentarzowy T-4-40-1/7, rok produkcji 2005. Przegląd okresowy odbył się w dniu 17.06.2019 r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany w grudniu 2019 r., zgodnie z wpisem aparat sprawny,
- 4) Respirator nr inwentarzowy T-4-42-51/2, rok produkcji 2005. Przegląd okresowy odbył się w dniu 26.04.2019 r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany w kwietniu 2020 r., zgodnie z wpisem aparat sprawny,
- 5) Elektrokardiograf nr inwentarzowy T-4-42-11/16, rok produkcji 2015. Przegląd okresowy odbył się w dniu 15.11.2018 r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany 15.11.2019 r., zgodnie z wpisem urządzenie sprawne,
- 6) Zestaw do cyfrowego drenażu klatki piersiowej nr inwentarzowy T-4-42-99/2, rok produkcji 2017. Przegląd okresowy odbył się w dniu 28.08.2018 r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany w sierpniu 2019 r., zgodnie z wpisem aparat sprawny.

[Dowód: akta kontroli str. 180-194]

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 wpływających do Dyrekcji Centrum. Skargi rozpatrywane są w oparciu o „Zasady organizacji przyjmowania oraz rozpatrywania skarg i wniosków”, wprowadzone w życie Zarządzeniem Dyrektora nr 6/2018 z dnia 05.10.2018 r. Zgodnie z ww. Zasadami, skargi i wnioski mogą być przyjmowane w formie pisemnej, pocztą elektroniczną, faksem, a także ustnie do protokołu. 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, który zawiera wszystkie niezbędne informacje, zgodnie z art. 254 Kodeksu postępowania administracyjnego.

W okresie objętym kontrolą, w 2018 r. wpłynęły 4 skargi, po rozpatrzeniu wszystkie zostały uznane za niezasadne. Skarżącym udzielono odpowiedzi w terminach zgodnych z przepisami Kodeksu postępowania administracyjnego. W 2019 roku skarg nie odnotowano.

Zgodnie z ustawą o działalności leczniczej analiza skarg i wniosków jest przedstawiana okresowo Radzie Społecznej Centrum, co potwierdzają protokoły z jej posiedzeń.

[Dowód: akta kontroli str. 195-204]

6. Czas oczekiwania na udzielenie świadczeń zdrowotnych.

W Centrum, zgodnie z art. 20 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych prowadzone są listy osób oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego. W trakcie kontroli ustalono, że w Centrum działa Zespół oceny przyjęć powołany Zarządzeniem Dyrektora nr 5a/2019 w sprawie zasad prowadzenia list oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej i powołania Zespołu oceny przyjęć w Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii w Bystrej. Do zadań Zespołu należy przeprowadzanie oceny list oczekujących na udzielanie świadczenia pod względem:

- prawidłowości prowadzenia dokumentacji,
- czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia,
- zasadności i przyczyn zmian terminów udzielania świadczeń.

Zespół Oceny Przyjęć raz w miesiącu sporządza raport z okresowej oceny list oczekujących, który przedstawiany jest Dyrektorowi Centrum. Przykładowe Raporty za miesiąc maj i czerwiec 2019 r. stanowią dowód kontroli.

Z listy oczekujących na udzielenie świadczenia za miesiąc maj 2019 r. wynika, że najwięcej osób oczekuje na udzielenie świadczenia w przypadkach stabilnych w Oddziale Pulmonologiczno-Alergologicznym – 169 osób, w przypadkach pilnych pacjenci przyjmowani są na bieżąco, natomiast średni czas oczekiwania na przyjęcie do ww. Oddziału wynosi 211 dni.

[Dowód: akta kontroli str. 205-210]

7. Wykonywanie badań satysfakcji pacjenta.

Na podstawie Zarządzenia Dyrektora nr 27 z dnia 30.10.2009 r. w sprawie opracowania, wdrożenia i funkcjonowania Systemu Zarządzania Jakością wg normy ISO 9001:2008 w Centrum prowadzone jest badanie satysfakcji pacjenta w celu poznania opinii pacjentów o jakości świadczonej opieki medycznej w podmiocie leczniczym. Przeprowadzane jest poprzez anonimowe ankiety skierowane do pacjentów oddziałów szpitalnych, poradni specjalistycznych i poradni POZ. Wzory ankiet stanowią dowód kontroli. Ankiety zbierane są do skrzynek umieszczonych w poszczególnych komórkach organizacyjnych Centrum. Analiza i opracowanie wyników ankiet należy do obowiązków Pełnomocnika Systemu Zarządzania Jakością, który sporządza raport i przekazuje go Dyrektor Centrum, a także Komitetowi ds. Jakości. Ankieta obejmuje kilka

obszarów: opiekę w Izbie Przyjęć, opiekę lekarską, pielęgnarską, ocenę środowiska szpitalnego (wyżywienie, wyposażenie oddziałów, higiena szpitalna) oraz przestrzeganie praw pacjenta.

Ostatnie badanie przeprowadzono w miesiącach kwiecień i maj 2019 r. Z analizy ankiet wynika, że większość badanych obszarów oceniona została przez pacjentów bardzo dobrze, a uwagi dotyczyły jedynie zbyt długiego czasu oczekiwania w Izbie Przyjęć.

Dyrektor Centrum wyjaśniła, że w oparciu o sformułowane w raportach wnioski zostaną podjęte działania mające na celu poprawę zadowolenia pacjentów z usług zdrowotnych świadczonych w Centrum.

[Dowód: akta kontroli str. 211-238]

B. Stwierdzone nieprawidłowości:

- 1) Naruszenie zapisu art. 27 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej w zakresie braku:
 - a) wskazania szczegółowych okoliczności uzasadniających rozwiązanie umowy za wypowiedzeniem w umowie Nr 11/2019 z dnia 27.03.2019 r. (ppkt 8),
 - b) zobowiązania przyjmującego zamówienie do prowadzenia określonej sprawozdawczości statystycznej w umowie Nr 15/2019 z dnia 23.04.2019 r. (ppkt 9).
- 2) Przeprowadzenie postępowania konkursowego niezgodnie z zapisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą, w zakresie dotyczącym § 7 ust 2 ww. rozporządzenia, tj. powiadomienia członków komisji o posiedzeniu komisji konkursowej co najmniej na 7 dni przed wyznaczonym terminem posiedzenia.
- 3) Brak przeprowadzenia konkursu na stanowiska pielęgniarek oddziałowych w trzech Oddziałach (Oddział Chorób Wewnętrznych, Oddział Chirurgii Klatki Piersiowej, Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii) zgodnie z art. 49 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.

IV. Prawidłowość gospodarowania mieniem.

A. Ustalenia faktyczne

W zakresie prawidłowości gospodarowania mieniem kontrolą objęto niżej wymienione zagadnienia:

1. Nabycie aparatury i sprzętu medycznego.

- a) Aparat RTG przyłóżkowy Simply HP 32 o wartości 465 000,00 zł:
 - dowód przyjęcia OT 15 z dnia 13.11.2018 r., nr inwentarzowy: T-4-40-1/9;
 - zakup ujęty w planie inwestycyjnym Centrum na 2018 r., którego korekta została pozytywnie zaopiniowana przez Radę Społeczną Centrum uchwałą nr 36/2018 z dnia 21.12.2018 r.;
 - pozytywna opinia Rady Społecznej dotycząca zakupu wyrażona uchwałą nr 29/2018 z dnia 24.09.2018 r.
 - zakup sfinansowany ze środków Ministerstwa Zdrowia, dotacji Województwa Śląskiego, zgodnie z umową nr 3981/ZD/2018 oraz środków własnych - odrębna zgoda podmiotu tworzącego na nabycie nie była wymagana;
 - zakup potwierdzony fakturą VAT Nr FS/42/11/2018 z dnia 13.11.2018 r. na kwotę 465 000,00 zł, termin płatności 13.12.2018 r., zapłacono 03.12.2018 r.;
 - protokół zdawczo-odbiorczy z dnia 13.11.2018 r.

b) Macerator SOLO o wartości 19 630,80 zł:

- dowód przyjęcia OT nr 1 z dnia 05.02.2019 r., nr. inwentarzowy: T-9-96-4/3;
- zakup ujęty w planie inwestycyjnym Centrum na 2019 r. pozytywnie zaopiniowanym przez Radę Społeczną Centrum uchwałą nr 37/2018 z dnia 21.12.2018 r.;
- pozytywna opinia Rady Społecznej dotycząca zakupu wyrażona uchwałą nr 6/2019 z dnia 29.04.2019 r. – opinia Rady Społecznej wydana po dacie zakupu;
- zakup sfinansowany ze środków własnych, zgoda podmiotu tworzącego na nabycie nie była wymagana;
- zakup potwierdzony fakturą VAT Nr 255/MAG/2019 z dnia 05.02.2019 r., termin płatności 22.03.2019 r., zapłacono w ratach: 28.02.2019 r. i 13.05.2019 r. – płatność drugiej raty po terminie;
- protokół zdawczo-odbiorczy z dnia 05.02.2019 r.

Kontrolujący ustalili, że urządzenie wskazane w pkt 1 zakupione z dotacji Województwa Śląskiego jest wykorzystywane do udzielania świadczeń zdrowotnych w Centrum.

[Dowód: akta kontroli str. 239-268]

2. Zbycie aparatury i sprzętu medycznego.

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

- a) Aparat do znieczulenia ogólnego typu Blease-Sirius - nr inwentarzowy T-4-42-3/3; rok produkcji 2009; wartość początkowa 128 000,00 zł; umorzenie 100 %;
 - Dowód LT nr 8 z dnia 28.02.2018 r.;
 - orzeczenie techniczne z dnia 15.12.2017 r. – aparat wyeksploatowany i niesprawny;
 - pozytywna opinia Rady Społecznej Centrum wyrażona uchwałą nr 11/2018 z dnia 19.01.2018 r.;
 - zgoda na zbycie wyrażona przez Członka Zarządu odpowiedzialnego za nadzór nad zakładami opieki zdrowotnej z dnia 12.02.2018 r.;
 - protokół kasacyjno-likwidacyjny nr 5/2018 z dnia 28.02.2018 r.;
 - sprzęt został sprzedany - faktura nr FM/009/01/19 z dnia 15.01.2019 r.

- b) Rektoskop uniwersalny - nr inwentarzowy T-4-42-30/2; rok produkcji 2006; wartość początkowa 5 761,95 zł; umorzenie 100 %;
 - dowód LT nr 1 z dnia 29.04.2019 r.;
 - orzeczenie techniczne z dnia 26.03.2019 r. – urządzenie wyeksploatowane i uszkodzone mechanicznie;
 - pozytywna opinia Rady Społecznej Centrum wyrażona uchwałą nr 11/2019 z dnia 29.04.2019 r.;
 - zgoda podmiotu tworzącego na zbycie nie była wymagana;
 - protokół kasacyjno-likwidacyjny nr 1/2019 z dnia 29.04.2019 r.;
 - sprzęt do dnia kontroli nie został fizycznie zlikwidowany.

Zbycie sprzętu medycznego w ww. zakresie nie budzi zastrzeżeń.

[Dowód: akta kontroli str. 269-284]

3. Najem/dzierżawa pomieszczeń.

W ramach kontroli sprawdzaniem objęto prawidłowość zawarcia umowy najmu nr 01/EAE/2016 z dnia 01.12.2016 r., z uwagi na brak umów najmu lub dzierżawy zawartych w latach 2018-2019. Przedmiotem umowy jest najem lokalu użytkowego składającego się z 5 pomieszczeń o łącznej powierzchni 46,40 m², zlokalizowanych na parterze budynku Pawilonu nr 4, z przeznaczeniem na prowadzenie działalności gospodarczej w zakresie małej gastronomii i handlu detalicznego artykułami spożywczymi oraz tzw. „artykułami pierwszej potrzeby” dla pacjentów Centrum.

Umowa zawarta została na okres 3 lat.

Zawarcie ww. umowy zostało poprzedzone wyrażeniem opinii przez Radę Społeczną Centrum uchwałą nr 20/2016 z dnia 22.04.2016 r.

Z uwagi na okres na jaki została zawarta ww. umowa zgoda podmiotu tworzącego nie była wymagana.

Zgodnie z zapisami umowy, najemca zobowiązany jest płacić wynajmującemu czynsz najmu na podstawie wystawionej przez wynajmującego faktury VAT, z góry w terminie do 20-go dnia każdego miesiąca, natomiast należności za zużycie mediów oraz korzystanie z łączności telefonicznych w terminie 14 dni od wystawienia faktury. Stawka czynszu najmu podlegała waloryzacji co najmniej raz w roku w oparciu o wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych w przypadku jego wzrostu.

Umowa zawiera wszystkie postanowienia wynikające z § 15 Zasad zbywania, wydzierżawiania, wynajmowania, oddania w użytkowanie lub użyczenie aktywów trwałych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej określonych uchwałą nr 1784/277/IV/2013 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 13 sierpnia 2013 r z późn. zm., które obowiązywały w chwili jej zawarcia.

Objęte kontrolą faktury z dnia 09.07.2018 r. i z dnia 13.03.2019 r. wystawione zostały zgodnie z treścią umowy, a płatności zostały uregulowane w terminach wynikających z faktur.

[Dowód: akta kontroli str. 285-298]

B. Stwierdzone uchybienie:

Uzyskanie opinii Rady Społecznej Centrum dotyczącej zakupu Maceratora Solo w terminie późniejszym niż data zakupu i przyjęcia do ewidencji środków trwałych, co stanowi naruszenie zapisu art. 48 ust. 2 pkt. 1 lit a i pkt 2 lit. e ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tj.: Dz.U. z 2018, poz. 2190 z późn. zm) oraz pkt 2 Działu III Procedury nabywania aparatury i sprzętu medycznego przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie określonej uchwałą nr 1745/276/IV/2013 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 6.08.2013 r.

C. Ocena częściowa: pozytywna pomimo stwierdzonego uchybienia

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.

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

A. Ustalenia faktyczne:

Ostatnia kontrola w Centrum przeprowadzona została przez pracowników Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w dniach 14-15.09.2017 r. Przedmiotem kontroli objęto: realizację zadań statutowych, dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych, prawidłowość gospodarowania mieniem oraz gospodarkę

finansową w latach 2015-2017.

Wydano następujące zalecenia pokontrolne:

- 1) Zamieścić na stronie BIP Centrum informacje zgodnie z przepisami ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (tekst jednolity: Dz. U. z 2016 r., poz.1764), w szczególności informacje o:
 - strukturze własnościowej i majątku (art. 6 ust.1 pkt 2 lit. e i f);
 - dokumentacji przebiegu i efektów kontroli oraz wystąpień, stanowisk, wniosków i opinii podmiotów ją przeprowadzających (art. 6 ust. 1 pkt 4 lit. a) tiret drugie) oraz aktualnych danych dotyczących statusu prawnego i organizacji, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt 2 lit. a i b.
- 2) Dokonywać terminowego przeglądu sprzętu i aparatury medycznej.
- 3) Zamieszczać w zawieranych umowach najmu/dzierżawy postanowienia określone przez Zarząd Województwa Śląskiego uchwałą nr 1784/277/IV/2013 z dnia 13.08.2013 r. (z późn. zm.) w sprawie przyjęcia Zasad zbywania, wdzierżawiania, wynajmowania, oddania w użytkowanie lub użyczenie aktywów trwałych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Dyrektor Centrum, w ustawowym terminie, złożyła do Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego sprawozdanie o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych.

Stwierdzono, że ww. zalecenia pokontrolne zostały wykonane.

B. Stwierdzone nieprawidłowości: Brak

C. Ocena cząstkowa: pozytywna

Na tym ustalenia kontrolne zakończono.

VI. Pozostałe informacje, zalecenia i pouczenia.

1. Pozostałe informacje

Projekt wystąpienia pokontrolnego wraz z pismem przewodnim z dnia 2 sierpnia 2019 r., znak: ZD-N.1711.10.2019 (ZD-NiP.KW-00604/19), został przekazany Dyrektor Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii w Bystrej. Ze „zwrotnego potwierdzenia odbioru” wynika, że pismo zostało doręczone do Centrum w dniu 07.08.2019 r. Pismem z dnia 12.08.2019 r., znak: EAE-2310-224/19 Dyrektor Centrum zgłosiła zastrzeżenie do treści Projektu wystąpienia pokontrolnego, którego ocena wraz z uzasadnieniem została dokonana odrębnym pismem skierowanym do Dyrektor Centrum, stanowiącym akta sprawy. Zmiany wynikające z uwzględnienia zgłoszonego zastrzeżenia ujęto w treści niniejszego Wystąpienia pokontrolnego.

2. Zalecenia

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami i uchybieniem zalecam:

- 1) Przestrzegać zapisów art. 27 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej poprzez zawieranie w umowach dotyczących udzielania świadczeń zdrowotnych postanowień określających:
 - a) szczegółowe okoliczności uzasadniające rozwiązanie umowy za wypowiedzeniem ,
 - b) zobowiązania przyjmującego zamówienie do prowadzenia określonej sprawozdawczości statystycznej.
- 2) Przeprowadzać postępowania konkursowe zgodnie z zapisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre

stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą, w zakresie dotyczącym § 7 ust 2 ww. rozporządzenia, tj. powiadamiania członków komisji o posiedzeniu komisji konkursowej co najmniej na 7 dni przed wyznaczonym terminem posiedzenia.

- 3) Przeprowadzić konkursy na stanowiska pielęgniarek oddziałowych w trzech Oddziałach (Oddział Chorób Wewnętrznych, Oddział Chirurgii Klatki Piersiowej, Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii) zgodnie z art. 49 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.
- 4) Wnioskować o opinię Rady Społecznej Centrum na zakup aparatury i sprzętu medycznego przed dokonaniem nabycia zgodnie z zapisami art. 48 ust. 2 pkt. 1 lit a i pkt 2 lit. e ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tj.: Dz.U. z 2018, poz. 2190 z późn. zm) oraz pkt 2 Działu III Procedury nabywania aparatury i sprzętu medycznego przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie określonej uchwałą nr 1745/276/IV/2013 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 6.08.2013 r.

Wystąpienie pokontrolne sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, z których jeden przekazuje się do Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii w Bystrej.

Wystąpienie pokontrolne zawiera 13 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

z up. ZARZĄDU WOJEWÓDZTWA ŚLĄSKIEGO

 Grzegorz Gwóźdź
 Z-ca Dyrektora Wydziału
 Zdrowia i Polityki Społecznej

