

Katowice, 29 września 2021 r.
NZ-NK.1711.6.2021

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

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Zakład Diagnostyki Obrazowej
Plac Medyków 2, 41-200 Sosnowiec**
(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 2021 r. poz. 711 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. z 2015 r., poz. 1331),
- 3) planu kontroli na 2021 rok, załącznik nr 2, poz. 6 zatwierdzonego uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 469/213/VI/2021 z dnia 24.02.2021 r.,
- 4) regulaminu kontroli jednostek organizacyjnych Województwa Śląskiego określonego uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 1057/229/VI/2021 z dnia 28.04.2021 r.

I. Dane identyfikacyjne kontroli:

Jednostka kontrolowana: Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zakład Diagnostyki Obrazowej, Plac Medyków 2, 41-200 Sosnowiec.

Kierownik jednostki kontrolowanej: dr n. med. Leszek Gajos powołany na stanowisko Dyrektora od dnia 01.08.1997 r. do nadal.

Dyrektor na dzień przeprowadzenia kontroli wykonywał swoje zadania kierownicze i zarządcze przy pomocy:

- Zastępcy Dyrektora oraz Kierownika Pracowni MR i TK – dr n.med. Pawła Lełka,
- Głównej Księgowej – Teresy Parzniewskiej.

Termin przeprowadzenia czynności kontrolnych i zakres kontroli:

Kontrolę przeprowadzono w dniach 31.05.2021 r. – 18.06.2021 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 2019-2021.

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

Osoby przeprowadzające kontrolę:

Joanna Bochenek-Bogacz - Inspektor Nadzoru Podmiotów Lecznich i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 204/NZ/2021 z dnia 27.05.2021 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 28.05.2021 r.

Weronika Loska-Tomanik – Inspektor Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 205/NZ/2021 z dnia 27.05.2021 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 28.05.2021 r.

O kontroli Dyrektor jednostki został poinformowany pismem z dnia 26.05.2021 r.
Kontrolę wpisano do książki kontroli pod pozycją 1/2021.

[Dowód: akta kontroli str. 1-17]

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 Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Zakładu Diagnostyki Obrazowej z siedzibą w Sosnowcu .

1. Informacje ogólne.

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zakład Diagnostyki Obrazowej, zwany dalej „Zakładem” jest samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej. Funkcję podmiotu tworzącego pełni Województwo Śląskie. Nadzór nad działalnością Zakładu sprawuje Zarząd Województwa Śląskiego. Zakład wpisany jest do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego pod numerem 000000013281 oraz posiada osobowość prawną i jest wpisane do Krajowego Rejestru Sądowego w Katowicach pod numerem KRS 0000057645. Siedzibą Zakładu jest miasto Sosnowiec.

Zakład działa na podstawie:

- 1) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t. j.: Dz. U. z 2021 r. poz. 711 z późn. zm., dalej: u.d.l.) 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 2020 r. poz. 1398 z późn. zm.),
- 3) Statutu Zakładu, którego tekst jednolity został przyjęty Uchwałą Nr V/42/38/2017 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 18.09.2017 r., i ogłoszony w Dzienniku Urzędowym Województwa Śląskiego z dnia 5.10.2017 r. poz. 5283,
- 4) Regulaminu Organizacyjnego, którego tekst jednolity został pozytywnie zaopiniowany przez Radę Społeczną uchwałą nr 9/2017 z dnia 07.12.2017 r. i wprowadzony w życie Zarządzeniem Dyrektora nr 3/12/2017 z dnia 28.12.2017 r. Ostatnie zmiany do tekstu jednolitego Regulaminu Organizacyjnego Zakładu zostały pozytywnie zaopiniowane przez Radę Społeczną uchwałą nr 6/2019 z dnia 25.07.2019 r. i wprowadzone Zarządzeniem Dyrektora nr 1/04/2019 z dnia 30.04.2019 r.
- 5) w zakresie gospodarki mieniem:
 - a) procedury dotyczącej nabywania aparatury i sprzętu medycznego przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie określonej w uchwale Zarządu Województwa Śląskiego nr 1745/276/IV/2013 z dnia 6.08.2013 r., z późn. zm.,
 - b) zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie, określonych w Uchwale Zarządu Województwa Śląskiego nr 2232/288/V/2018 z dnia 25 września 2018 r. ze zmianami wprowadzonymi uchwałą nr 804/36/VI/2019

Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 17 kwietnia 2019 r. oraz uchwałą nr 1966/161/VI/2020 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 26 sierpnia 2020 r.,
6) innych powszechnie obowiązujących przepisów prawa.

W Zakładzie, zatrudnienie na dzień 31.05.2021 roku wynosiło:

- 23 pracowników w ramach umowy o pracę,
- 3 pracowników w ramach umów cywilnoprawnych.

2. Prawidłowość wpisów w Krajowym Rejestrze Sądowym.

Ostatnie zgłoszenie do Krajowego Rejestru Sądowego z dnia 15 czerwca 2021 r. dotyczy zmiany członków Rady Społecznej Zakładu, wpisania adresu strony internetowej Zakładu oraz wpisania aktualnego podmiotu tworzącego Zakład. Ustalono, że nie został dopełniony ustawowy obowiązek wynikający z art. 22 ustawy o Krajowym Rejestrze Sądowym z dnia 20 sierpnia 1997r. (t. j.: Dz. U. z 2019 r. poz. 1500 z późn. zm.), który wskazuje 7 dni na zgłoszenie zmian do KRS. Uchwała dotycząca zmiany składu Rady Społecznej została podjęta 05.02.2020 r., natomiast wniosek do Krajowego Rejestru Sądowego złożono 15.06.2021 r. (w okresie prowadzenia kontroli). Ponadto, we wniosku do KRS ujęto oprócz wpisania nowego składu Rady Społecznej, wpisanie adresu strony internetowej oraz wpisanie aktualnego podmiotu tworzącego Zakład.

[Dowód: akta kontroli str.18-31]

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

Regulamin Organizacyjny Zakładu (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 1/04/2019 z dnia 30.04.2019 r. Zgodnie z poprzednio wydanym zaleceniem pokontrolnym Rada Społeczna uchwałą nr 6/2019 z dnia 25.07.2019 r. pozytywnie zaopiniowała zmianę do Regulaminu, tym samym zrealizowano zalecenie z ostatniej kontroli przeprowadzonej przez pracowników Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej, wskazujące na podjęcie działań celem uzyskania opinii Rady Społecznej Zakładu w sprawie zmian w Regulaminie, w tym dotyczących zmian treści załączników do Regulaminu.

W trakcie kontroli sprawdzono zgodność zapisów Regulaminu Organizacyjnego Zakładu z przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej. Stwierdzono, że Regulamin Organizacyjny zawiera wszystkie niezbędne elementy, wskazane w treści art. 24 ust. 1 ww. ustawy.

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

Należy jednak zauważyć, że posługiwanie się w treści Regulaminu Organizacyjnego (Rozdział I Postanowienia Ogólne) nazwą przedsiębiorstwo podmiotu zamiast określeniem „zakład leczniczy” jest niezgodne z nazewnictwem wynikającym z ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Ponadto, stwierdzono, że zgodnie z aneksem nr 1/2019 z dnia 30.04.2019 r. do Regulaminu Organizacyjnego Zakładu – w Załączniku Nr 1 Wysokość opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej błędnie wyceniono kwotę opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej ustalonej w sposób wskazany 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), zgodnie z którym maksymalna wysokość opłaty za jedną stronę kopii albo wydruku dokumentacji medycznej – nie może przekraczać 0,00007 przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, ogłaszanego przez

Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski” na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, poczynszy od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym nastąpiło ogłoszenie, opłata za sporządzenie jednej strony kopii albo wydruku dokumentacji medycznej wynosi 0,50 zł, podczas gdy maksymalna wartość powinna wynieść: 0,39 zł.

Podczas kontroli sprawdzono zgodność zapisów Regulaminu w zakresie struktury organizacyjnej komórek działalności medycznej oraz miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych z Księgą Rejestrową widniejącą w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonym przez Wojewodę Śląskiego według stanu na dzień 31.05.2021 r.

Stwierdzono zgodność pomiędzy wpisami do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą a wpisami w Regulaminie Organizacyjnym, w części dotyczącej struktury organizacyjnej Zakładu.

Weryfikacji poddano również prawidłowość procesu dokonywania zmian w strukturze organizacyjnej Zakładu w oparciu o *Procedurę postępowania w przypadku dokonywania zmian struktury organizacyjnej zakładów leczniczych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie*, wprowadzoną Uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 1327/201/V/2017 z dnia 27.06.2017 r., a następnie Uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 801/36/VI/2019 z dnia 17.04.2019 r., a także zgodność z zapisami ustawy o działalności leczniczej. W okresie objętym kontrolą nie dokonano zmian w strukturze organizacyjnej Zakładu. 29.07.2019 r. – dokonano zmiany nazwy komórki organizacyjnej z Pracownia tomografu komputerowego na Pracownia tomografii komputerowej, tym samym zrealizowano zalecenie pokontrolne, mówiące o ujednoliceniu nazewnictwa dotyczącego pracowni tomografu komputerowego/tomografii komputerowej pomiędzy Księgą Rejestrową a Regulaminem Organizacyjnym Zakładu. Zmiana została zgłoszona do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego.

Zakład nie prowadzi własnej strony internetowej, natomiast informacje wymagające publikacji, zgodnie z przepisami prawa podaje się na podstronie Biuletynu Informacji Publicznej Województwa Śląskiego pod adresem bip-slaskie.pl/zdosos. Podstrona zawiera wszystkie wymagane informacje określone w art. 24 ustawy o działalności leczniczej oraz w art. 8 ust. 3 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej.

[Dowód: akta kontroli str.32-77]

B: Stwierdzone nieprawidłowości (przyczyny, skutki):

1. Przekroczenie ustawowego - siedmiodniowego terminu zgłoszenia zmian do KRS.
2. Wskazanie w treści aneksu nr 1/2019 z dnia 30.04.2019 r. do Regulaminu Organizacyjnego Zakładu błędnej wartości opłaty za jedną stronę kopii albo wydruku dokumentacji medycznej.
3. Posługiwanie się w treści Regulaminu Organizacyjnego pojęciem „przedsiębiorstwo” zamiast „zakład leczniczy”.

Przyczyny nieprawidłowości:

Niedochowanie należytej staranności w zakresie:

1. Przestrzegania ustawowego terminu zgłaszania zmian do KRS,
2. Prawidłowego wskazania w Regulaminie Organizacyjnym wartości opłaty za jedną stronę kopii albo wydruku dokumentacji medycznej,
3. Konstruowania zapisów Regulaminu Organizacyjnego.

Skutki nieprawidłowości:

1. Naruszenie art. 22 ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym.
2. Naruszenie art. 28 ust. 4 pkt 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
3. Niepełna realizacja art. 24 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej poprzez zastosowanie w treści Regulaminu Organizacyjnego pojęcia „przedsiębiorstwo” zamiast „zakład leczniczy”.

C: Ocena cząstkowa: pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości.

D. Osoba odpowiedzialna:

Dyrektor Zakładu, 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 Zakładu jest udzielanie świadczeń zdrowotnych i promocja zdrowia. Zakład prowadzi działalność medyczną w ramach umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia o świadczenie usług medycznych, w obiekcie zlokalizowanym w Sosnowcu, Pl. Medyków 2.

1. Funkcjonowanie komórek organizacyjnych.

W ramach czynności kontrolnych szczegółową kontrolą objęto funkcjonowanie Pracowni rezonansu magnetycznego oraz Pracowni tomografii komputerowej.

1) Pracownia rezonansu magnetycznego

Pracownia wpisana 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: 7250 Pracownia Rezonansu Magnetycznego.

Pracownia została wpisana do rejestru podmiotów leczniczych z dniem 01.01.1998 r. Pracownia zlokalizowana jest w budynku stanowiącym siedzibę Zakładu.

W okresie objętym kontrolą liczba badań diagnostycznych wyniosła:

- 13 801 w 2019 r.

- 10 864 w 2020 r.

- 5 149 w okresie od 01.01.2021 r. do 16.06.2021 r.

Harmonogram pracy Pracowni: poniedziałek (8:00-20:00), wtorek, czwartek, piątek (08:00-21:00), środa (8:00-19:00), sobota (8:00-14:00).

W Pracowni zatrudnionych jest 6 lekarzy oraz 6 osób w ramach innych grup zgłoszonych do Portalu Potencjału NFZ.

2) Pracownia tomografii komputerowej

Pracownia wpisana 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: 7220 Pracownia tomografii komputerowej.

Pracownia została wpisana do rejestru podmiotów leczniczych z dniem 01.12.1998 r. Pracownia zlokalizowana jest w budynku stanowiącym siedzibę Zakładu.

W okresie objętym kontrolą liczba badań diagnostycznych wyniosła:

- 2 814 w 2019 r.
- 3 090 w 2020 r.
- 1 411 w okresie od 01.01.2021 r. do 16.06.2021 r.

Harmonogram pracy Pracowni: poniedziałek i czwartek (13:00 18:00), wtorek i środa (8:00-13:00).

W Pracowni zatrudnionych jest 3 lekarzy, 1 pielęgniarka oraz 6 osób w ramach innych grup głoszonych do Portalu Potencjału NFZ.

[Dowód: akta kontroli str. 78-81]

2. Udzielanie zamówień na świadczenia zdrowotne.

W okresie objętym kontrolą, w Zakładzie zostały zawarte:

- Aneks nr 6 z dnia 31.12.2019 r.;
- Aneks nr 7 z dnia 29.09.2020 r.;
- Aneks nr 8 z dnia 29.12.2020 r.

do umowy świadczenia usług medycznych z dnia 29.12.2016 r.

Zgodnie z umową świadczenia usług medycznych z dnia 29.12.2016 r., Zleceniobiorca zobowiązywał się do świadczenia usług medycznych polegających na nadzorze nad wykonywanymi badaniami TK w pracowni tomografii komputerowej Zakładu i opisywaniu badań TK. Umowa została zawarta na czas określony od 01.01.2017 r. – 31.12.2017 r.

Aneks nr 6 z dnia 31.12.2019 r. do umowy świadczenia usług medycznych z dnia 29.12.2016 r. został sporządzony celem przedłużenia okresu obowiązywania umowy na czas do 31.12.2020 r.

Aneks nr 7 z dnia 29.09.2020 r. do umowy świadczenia usług medycznych z dnia 29.12.2016 r., zmieniono kwotę wynagrodzenia dla Zleceniobiorcy. Zapisy Aneksu nr 8 z dnia 29.12.2020 r. do umowy świadczenia usług medycznych z dnia 29.12.2016 r. przedłużają okres obowiązywania umowy na czas do 31.12.2021 r.

Stwierdzono, że umowa na świadczenia usług medycznych nie zawiera wszystkich wymaganych zapisów, zgodnie z art. 27 ustawy o działalności leczniczej w zakresie:

- przyjęcia przez przyjmującego zamówienie obowiązku poddania się kontroli przeprowadzanej przez udzielającego zamówienia;
- ustalenia trybu przekazywania udzielającemu zamówienia informacji o realizacji przyjętego zamówienia;
- postanowienia dotyczącego szczególnych okoliczności uzasadniających rozwiązanie umowy z wypowiedzeniem oraz okres wypowiedzenia umowy;
- zobowiązanie przyjmującego zamówienie do prowadzenia określonej sprawozdawczości statystycznej.

Kontrolujący stwierdzili, że przyjęty sposób postępowania dotyczący kontynuacji umowy na realizację świadczeń zdrowotnych poprzez podpisywanie kolejnych aneksów należy traktować jako niezgodny z art. 26 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej, zgodnie z którym udzielenie zamówień następuje w trybie konkursu ofert. Wartość umowy wraz z aneksami w okresie objętym kontrolą przekroczyła kwotę 30 000,00 euro. Zgodnie art. 26 ust.4a trybu konkursowego nie stosuje się, gdy wartość zamówienia nie przekracza wyrażonej w złotych równowartości kwoty 30 000 euro liczonej według średniego kursu złotego w stosunku do euro.

[Dowód: akta kontroli str. 82-95]

3. Serwisowanie aparatury oraz sprzętu medycznego.

Kontrolujący w ramach kontroli jakości świadczonych usług zweryfikowali poniżej wskazane paszporty techniczne aparatury i sprzętu medycznego wykorzystywane do udzielania świadczeń zdrowotnych:

1. Tomograf komputerowy Somatom Emotion 16, nr seryjny 78678, rok produkcji 2012. Zgodnie z wpisem do paszportu przeglądu dokonuje się 2 razy w roku. W kontrolowanym okresie wszystkie przeglądy są wykonane w terminie. Ostatni przegląd okresowy odbył się w dniu 22.02.2021 r., następny przegląd przypada na sierpień 2021 r.
2. Automatyczny wstrzykiwacz kontrastu Spectris Solaris, nr seryjny 40847, rok produkcji 2006. Zgodnie z wpisem do paszportu przeglądu dokonuje się raz do roku. W kontrolowanym okresie wszystkie przeglądy wykonano w terminie. Ostatni przegląd okresowy odbył się w dniu 20.04.2021 r., następny przegląd przypada na kwiecień 2022 r.
3. Rezonans magnetyczny Magnetom Avanto DOT, nr seryjny 59006, rok produkcji 2012. Zgodnie z wpisem do paszportu przeglądów dokonuje się od 2019 r. 2 razy w roku. W kontrolowanym okresie liczba przeglądów jest poprawna. Ostatnie dwa przeglądy techniczne wykonywane są z większą częstotliwością, co miesiąc. W dniu 12.10.2020 r. dokonano przeglądu technicznego ważnego do kwietnia 2021. Przegląd odbył się po terminie tj. 11 maja 2021 r.

[Dowód: akta kontroli str. 96-112]

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

Zakład prowadzi od 01.01.1998 r. rejestr skarg i wniosków w formie książki rejestrowej. Sposób przyjmowania skarg i wniosków nie został określony w Regulaminie Organizacyjnym Zakładu oraz wprowadzony w formie zarządzenia Dyrektora. Na tablicy informacyjnej w siedzibie Zakładu znajdują się wytyczne podpisane przez Dyrektora dotyczące możliwości składania skarg i wniosków. Powyższe wytyczne znajdują się również w zakładce Skargi i Wnioski na stronie internetowej Biuletynu Informacji Publicznej Zakładu. W treści ostatniego wystąpienia pokontrolnego kontrolujący wskazali brak uregulowań (procedury) co do sposobu rozpatrywania skarg i wniosków. Biorąc pod uwagę powyższe oraz fakt, iż od czasu ostatniej kontroli nadal nie wprowadzono żadnych procedur w przedmiotowej sprawie, należy stwierdzić ograniczoną możliwość nadzoru nad przestrzeganiem przez pracowników standardów przeprowadzania postępowań wyjaśniających i udzielania odpowiedzi osobie skarżącej.

Poniżej przedstawiono zestawienia skarg oraz wniosków w okresie objętym kontrolą (tabela nr 1 oraz tabela nr 2):

L.P.	LATA	LICZBA SKARG	LICZBA SKARG UZNANYCH ZA ZASADNE	LICZBA SKARG UZNANYCH ZA NIEZASADNE	ODPOWIEDŹ UDZIELONA SKARŻĄCEMU	LICZBA ODPOWIEDZI NA SKARGI UDZIELONA W TERMINIE	OBSZARY DZIAŁALNOŚCI SZPITALA, KTÓRYCH DOTYCZA SKARGI	INFORMACJA PRZEDSTAWIONA NA RADZIE SPOŁECZNEJ, PROTOKÓŁ Z DNIA:
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	2019	1	1	0	Tak	1	Pracownia tomografii komputerowej	Tak (protokół z dnia 25.05.2021 r.)
2	2020	0	0	0	-	-	-	Tak (protokół z dnia 25.05.2021 r.)
3	2021	0	0	0	0	0	0	-

Tabela nr 1 - zestawienie skarg w okresie od 2019 r. do 2021 r.

L.P.	LATA	LICZBA WNISKÓW	UDZIELONA ODPOWIEŹ	INFORMACJA PRZEDSTAWIONA NA RADZIE SPOŁECZNEJ
1	2	3	4	5
1	2019	0	0	Tak (protokół z dnia 25.05.2021 r.)
2	2020	0	0	Tak (protokół z dnia 25.05.2021 r.)
3	2021	0	0	-

Tabela nr 2 - zestawienie wniosków w okresie od 2019 r. do 2021 r.

W zgodzie z zapisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej analiza skarg i wniosków jest przedstawiana okresowo Radzie Społecznej Zakładu co potwierdza protokół z posiedzenia Rady. Dyrektor poinformował, iż skargi i wnioski omawiane są na Radzie Społecznej w roku następującym po zakończeniu bieżącego roku, w którym wpłynęły. W 2020 r. posiedzenie Rady Społecznej nie odbyło się ze względu na panującą w kraju sytuację epidemiologiczną, zatem informacja o skargach i wnioskach z 2019 r. została przedstawiona na pierwszym mającym miejsce posiedzeniu tj. 25.05.2021 r.

Sprawdzeniem objęto rejestr skarg i wniosków wpływających do Dyrekcji Zakładu. W kontrolowanym okresie do Zakładu wpłynęła jedna skarga w 2019 r. Po przeanalizowaniu dokumentów stwierdzono, że odpowiedź na skargę została udzielona w formie pisemnej w terminie jednego miesiąca. Ponadto do Zakładu w kontrolowanym okresie nie wpłynął żaden wniosek. Stwierdzono jednak, iż sam rejestr skarg i wniosków powinien być doprecyzowany, aby jasno można było z niego odczytać przebieg rozpatrywania sprawy zgodnie z art. 254 Kodeksu Postępowania Administracyjnego „Skargi i wnioski składane i przekazywane do organów państwowych, organów samorządu terytorialnego i innych organów samorządowych i organów organizacji społecznych oraz związane z nimi pisma i inne dokumenty rejestruje się i przechowuje w sposób ułatwiający kontrolę przebiegu i terminów załatwiania poszczególnych skarg i wniosków”. W związku ze wskazanym zapisem prowadzony rejestr powinien zawierać kluczowe informacje dotyczące: daty wpływu i załatwienia, strony wnoszącej, przedmiocie, osobach odpowiedzialnych za rozpatrzenie, zasadności skargi lub wniosku oraz formie odpowiedzi na skargę lub wniosek.

5.Czas oczekiwania na udzielenie świadczeń zdrowotnych

W Zakładzie, 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 formie elektronicznej. Zasady rejestracji pacjentów na badania określa § 2-5 (Rozdział V) Regulaminu Organizacyjnego Zakładu.

Z listy oczekujących na udzielenie świadczenia sporządzonej na dzień 16.06.2021 r. wynika, że rzeczywisty czas oczekiwania na przyjęcie wynosi:

1) Do Pracowni tomografii komputerowej;

- przypadki stabilne – 56 dni (w kolejce 288 pacjentów),
- przypadki pilne – 13 dni (w kolejce 30 pacjentów).

2) Do Pracowni rezonansu magnetycznego:

- przypadki stabilne – 15 dni (w kolejce 459 pacjentów),
- przypadki pilne – 10 dni (w kolejce 104 pacjentów).

Z powyższych informacji wynika, iż czas oczekiwania pacjentów do Pracowni tomografii komputerowej jest dłuższy w przypadku stabilnym i pilnym, niż do Pracowni rezonansu magnetycznego.

6. Wykonywanie badań satysfakcji pacjenta.

Zakład ze względu na swoją specyfikę nie ma opracowanej procedury satysfakcji pacjenta, zatem ankiety satysfakcji pacjenta nie są przeprowadzane.

[Dowód: akta kontroli str. 113-123]

7. Finansowanie /realizacja udzielanych świadczeń.

Zakład realizuje świadczenia zdrowotne w poszczególnych komórkach organizacyjnych w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. Realizacja świadczeń wg. stanu na dzień 16.06.2021 r. została przedstawiona poniżej (tabela nr 3):

L.P.	KOMÓRKI DZIAŁALNOŚCI MEDYCZNEJ	REALIZACJA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH		
		W RAMACH RYCZAŁTU NFZ	W RAMACH KONTRAKTU Z NFZ	INNE ŹRÓDŁA FINANSOWANIA (W TYM PROGRAMY ZDROWOTNE, PROGRAMY UNIJNE, INNE)
1	2	3	4	5
1	Pracownia tomografii komputerowej		X	
2	Pracownia rezonansu magnetycznego		X	

Tabela nr 3 - realizacja świadczeń zdrowotnych wg stanu na dzień 16.06.2021 r.

Wyżej wymienione świadczenia w okresie objętym kontrolą zostały zrealizowane na podstawie umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie wyszczególnionym w tabeli nr 4:

L.P.	KOD UMOWY	RODZAJ ŚWIADCZENIA (nazwa)	KWOTA (zł)	OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY
1	2	3	4	5
1	121/100438/02/2/2021	Ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne	2 287 538,52 (po podpisaniu aneksu uwzględniającego nadwykonania w I kwartale)	od 2020-01-01 do 2020-12-31

Tabela nr 4 - umowy realizowane przez Zakład w ramach finansowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia (stan na 31.05.2021 r.).

[Dowód: akta kontroli str. 124-125]

8. Certyfikaty jakości.

W ramach kontroli jakości udzielanych świadczeń ustalono, że Zakład nie posiada certyfikatów jakości. Jednakże Dyrektor poinformował, iż zamierza rozpocząć procedurę w kierunku pozyskania ww. certyfikatów po wykonaniu planowanych remontów i modernizacji, realizacji projektu "Zwiększenie dostępności i jakości świadczeń diagnostycznych poprzez wdrożenie systemu e-Usług" oraz wymianie aparatu MR (planowane zakończenie inwestycji przypada na przełom roku 2021/2022).

9. Kontrola zawieranych umów.

W związku z faktem, iż Zakład pozyskuje zewnętrzne usługi medyczne dokonano weryfikacji czy prowadzony jest nadzór nad wykonywaniem zleconych zadań prowadzący zarówno do zwiększenia jakości realizowanych świadczeń, jak i do efektywnego wydatkowania środków publicznych. W trakcie weryfikacji treści wyżej wymienionej umowy stwierdzono brak zapisu dotyczącego kontroli sposobu wykonywania zleconych usług. Z oświadczenia Dyrektora wynika jednak, że realizacja umowy z dnia 29.12.2016 r. na świadczenie usług medycznych jest poddawana comiesięcznej kontroli realizacji i opisu badań MR i TK.

10. Zaplecze diagnostyczne.

Uwzględnienie stopnia wykorzystania posiadanej aparatury i sprzętu w Zakładzie, zostało przedstawione poniżej (tabela nr 5):

L.P.	RODZAJ APARATURY I SPRZĘTU MEDYCZNEGO	LICZBA					LICZBA WYKONANYCH BADAŃ / ZABIEGÓW narastająco od początku 2021 roku
		OKRES UŻYTKOWANIA 0-3 LATA	OKRES UŻYTKOWANIA 4-8 LAT	OKRES UŻYTKOWANIA 9-11 LAT	OKRES UŻYTKOWANIA POWYŻEJ 12 LAT	OGÓŁEM	
1.	Tomograf komputerowy	0	0	1	0	1	1290
2.	Rezonans Magnetyczny	0	0	1	1	2	4719

Tabela nr 5 – zaplecze diagnostyczne – stan na dzień 31.05.2021 r.

66,67% posiadanej przez Zakład aparatury jest użytkowane od 9 do 11 lat. Pozostałe 33,33% aparatury użytkuje powyżej 12 lat. Zakład w swym zapleczu nie posiada aparatury oraz sprzętu o okresie użytkowania do 8 lat.

11. Inwestycje związane z dostosowaniem podmiotu do wymagań wynikających z przepisów prawa.

Zakład w okresie objętym kontrolą nie prowadził działań związanych z dostosowaniem do wymagań określonych przez przepisy prawa, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

[Dowód: akta kontroli str. 126-131]

12. Braki kadrowe.

W Zakładzie w kontrolowanym okresie nie występują braki kadrowe.

[Dowód: akta kontroli str. 132-134]

B. Stwierdzone nieprawidłowości (przyczyny, skutki):

- Brak w obowiązującej w okresie kontroli umowie z dnia 29.12.2016 r. z późniejszymi aneksami dotyczącej świadczenia usług medycznych zapisów dotyczących:
 - przyjęcia przez przyjmującego zamówienie obowiązku poddania się kontroli przeprowadzanej przez udzielającego zamówienia;
 - ustalenia trybu przekazywania udzielającemu zamówienia informacji o realizacji przyjętego zamówienia;
 - postanowienia dotyczącego szczegółowych okoliczności uzasadniających rozwiązanie umowy z wypowiedzeniem oraz okres wypowiedzenia umowy;
 - zobowiązania przyjmującego zamówienie do prowadzenia określonej sprawozdawczości statystycznej,
- Zawarcie aneksów do umowy na realizację świadczeń medycznych z dnia 29.12.2016 r. w sposób naruszający art. 26 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej.
- Przekroczenie terminu wykonania jednego z przeglądów technicznych aparatury medycznej.
- Brak procedury przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków.

Przyczyny nieprawidłowości:

Niedochowanie należytej staranności w zakresie:

1. Udzielania i realizacji zamówień na świadczenia zdrowotne, w tym konstruowania umów zgodnie z zapisami ustawy o działalności leczniczej
2. Terminowości dokonywania przeglądów technicznych urządzeń i aparatury medycznej.
3. Organizacji procesu przyjmowania oraz rozpatrywania skarg i wniosków.

Skutki nieprawidłowości:

1. Naruszenie art. 26 ust. 3 i 4a oraz art. 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
2. Naruszenie art. 90 ust. 6 i 7 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych poprzez nieterminowe wykonywanie przeglądu technicznego jednego z urządzeń wykorzystywanych do udzielania świadczeń zdrowotnych,
3. Utrudnienie nadzoru nad procesem postępowań wyjaśniających w sprawie złożonych skarg i wniosków.

C: Ocena częściowa: pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości.

D. Osoba odpowiedzialna:

Dyrektor Zakładu, 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. Prawdliwość gospodarowania mieniem.

A. Ustalenia faktyczne

W zakresie prawidłowości gospodarowania mieniem kontrolą objęto niżej wymienione zagadnienia:

1. Nabycie sprzętu i aparatury medycznej.

Zakład w okresie kontroli nie nabywał sprzętu i aparatury medycznej.

[Dowód: akta kontroli str. 135]

2. Zbycie oraz darowizna sprzętu i aparatury medycznej.

Zakład w okresie kontroli nie dokonywał zbycia lub darowizny sprzętu i aparatury medycznej.

[Dowód: akta kontroli str. 135]

3. Najem/dzierżawa pomieszczeń.

W okresie objętym kontrolą Zakład nie zawarł umów w zakresie najmu bądź dzierżawy pomieszczeń.

[Dowód: akta kontroli str. 136]

B. Stwierdzona nieprawidłowość: brak.

C. Ocena częściowa: pozytywna.

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

A. Ustalenia faktyczne:

Ostatnia kontrola w Zakładzie została przeprowadzona przez pracowników Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w dniu 4 czerwca 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 2017-2019.

Wydano następujące zalecenia pokontrolne:

„W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami i uchybieniem zalecam podjąć działania zmierzające do:

1) *Dokonania następujących zmian w Krajowym Rejestrze Sądowym:*

- a) *w Dziale 1, rubryce 2, polu 4 wpisanie adresu strony internetowej (bip-slaskie.pl/zdosos),*
- b) *w Dziale 1, rubryce 6 wpisanie aktualnego podmiotu tworzącego Zakład,*
- c) *w Dziale 2, rubryce 2, wpisanie składu Rady Społecznej Zakładu.*

2) *Ujednolicenia nazewnictwa dotyczącego Pracowni tomografu komputerowego/ tomografii komputerowej pomiędzy Księgą rejestrową, a Regulaminem Organizacyjnym Zakładu.*

3) *Uzyskiwania opinii Rady Społecznej Zakładu w sprawach zmian w Regulaminie Organizacyjnym, w tym dotyczących zmian w treści załączników do Regulaminu Organizacyjnego.*

Pismem z dnia 19.08.2019 r., znak: Ldz. 187/2019, Dyrektor Zakładu złożył do Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego sprawozdanie o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych. W toku kontroli stwierdzono, że zalecenie dotyczące zgłoszenia zmian w KRS zostało wykonane z opóźnieniem, w dniu 15.06.2021 r.

B. Stwierdzone nieprawidłowości (przyczyny, skutki):

1. Niewykonanie w terminie zalecenia pokontrolnego dotyczącego zgłoszenia zmian w Krajowym Rejestrze Sądowym.

Przyczyny nieprawidłowości:

1. Niedochowanie należytej staranności w zakresie realizacji jednego z zaleceń pokontrolnych.

Skutki nieprawidłowości:

1. Opóźnienie w realizacji zalecenia pokontrolnego.

C. Ocena częściowa: pozytywna pomimo stwierdzonych nieprawidłowości.

D. Osoby odpowiedzialne:

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

VI. Pozostałe informacje i pouczenia.

1. Pozostałe informacje.

Pismem z dnia 13 sierpnia 2021 r., znak: NZ-NK.1711.6.2021 (NZ-NK.KW-00469/21) Projekt wystąpienia pokontrolnego został przekazany Dyrektorowi Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Zakładu Diagnostyki Obrazowej z siedzibą w Sosnowcu. Pismo zostało doręczone w dniu 18 sierpnia 2021 r. Dyrektor Zakładu nie zgłosił zastrzeżeń do treści Projektu wystąpienia pokontrolnego.

2. Zalecenia

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami zalecam podjąć działania polegające na:

1. Terminowym zgłaszaniu zmian do KRS.
2. Wprowadzeniu poprawnej wartości opłaty za jedną stronę kopii albo wydruku dokumentacji medycznej.
3. Skorygowaniu w treści Regulaminu Organizacyjnego pojęcia „przedsiębiorstwo” na „zakład leczniczy”.
4. Uzupełnienia w obowiązującej w okresie kontroli umowie z dnia 29.12.2016 r. z późniejszymi aneksami dotyczącej świadczenia usług medycznych zapisów dotyczących:
 - przyjęcia przez przyjmującego zamówienie obowiązku poddania się kontroli przeprowadzanej przez udzielającego zamówienia;
 - ustalenia trybu przekazywania udzielającemu zamówienia informacji o realizacji przyjętego zamówienia;
 - postanowienia dotyczącego szczegółowych okoliczności uzasadniających rozwiązanie umowy za wypowiedzeniem oraz okres wypowiedzenia umowy;
 - zobowiązania przyjmującego zamówienie do prowadzenia określonej sprawozdawczości statystycznej,
5. Konstruowaniu umów na realizację świadczeń medycznych w sposób nienaruszający art. 26 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej.
6. Przestrzeganiu terminów wykonywania przeglądów technicznych aparatury medycznej.
7. Przyjęciu w Zakładzie procedury przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków.
8. Wykonywaniu w terminie zaleceń pokontrolnych.

3. Pouczenia

Wystąpienie pokontrolne sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, z których jeden przekazuje się do Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Zakładu Diagnostyki Obrazowej z siedzibą w Sosnowcu.

Wystąpienie pokontrolne zawiera 13 ponumerowanych stron.

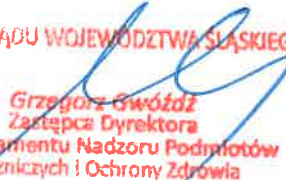
Zgodnie z § 25 ust. 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych (t.j.: Dz.U. z 2015 r., poz. 1331) od wystąpienia pokontrolnego nie przysługują środki odwoławcze.

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

Departament Nadzoru Podmiotów
Leczniczych i Ochrony Zdrowia

Katarzyna Raczyk
Kierownik Referatu

z up. ZARZĄDU WOJEWÓDZTWA ŚLĄSKIEGO

Grzegorz Gwóźdź
Zastępca Dyrektora
Departamentu Nadzoru Podmiotów
Leczniczych i Ochrony Zdrowia

