

Katowice, 29 marca 2022 r.  
NZ-NK.1711.9.2021

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

**Obwód Lecznictwa Kolejowego - s.p.z.o.z.  
w Bielsku-Białej  
ul. Romualda Traugutta 12, 43-302 Bielsko-Biała**  
(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. 5 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:** Obwód Lecznictwa Kolejowego – s.p.z.o.z. w Bielsku-Białej, ul. Romualda Traugutta 12, 43-302 Bielsko-Biała.

**Kierownik jednostki kontrolowanej:** lek. med. Ewa Eder - powołana na stanowisko Dyrektora od dnia 21.02.2005 r. do nadal.

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

- Kierownika Działu Finansów i Planowania – Zbigniewa Froncza.

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

Kontrolę przeprowadzono w dniach 12.07.2021 r. – 30.07.2021 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 2020-2021.

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

Osoby przeprowadzające kontrolę:

**Agnieszka Wnuk** – Główny Specjalista Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 266/NZ/2021 z dnia 18.06.2021 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających

wyłączenie z kontroli z dnia 12.07.2021 r.

**Weronika Loska-Tomanik** – Inspektor Departamentu Nadzoru Podmiotów Lecznicznych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 265/NZ/2021 z dnia 18.06.2021 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 12.07.2021 r.

O kontroli Dyrektor jednostki został poinformowany pismem z dnia 18.06.2021 r. Kontrolę wpisano do książki kontroli pod pozycją 31.

[Dowód: akta kontroli str. 1-16]

## 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 Obwodu Lecznictwa Kolejowego – s.p.z.o.z. w Bielsku-Białej.**

#### 1. Informacje ogólne.

Obwód Lecznictwa Kolejowego – s.p.z.o.z. w Bielsku Białej, 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 000000014064 oraz posiada osobowość prawną i jest wpisane do Krajowego Rejestru Sądowego w Katowicach pod numerem KRS 0000132016. Siedzibą Zakładu jest miasto Bielsko-Biała.

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 2021 r. poz. 1285 z późn. zm.),
- 3) Statutu Zakładu, przyjętego Uchwałą Nr V/42/9/2017 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 18 września 2017 r., w sprawie ogłoszenia tekstu jednolitego Uchwały Nr V/12/3/2015 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 21 września 2015 r. i ogłoszonego w Dzienniku Urzędowym Województwa Śląskiego w dniu 05.10.2017 r. pod pozycją 1008 (Dz. Urz. z 2017 r., poz. 1008),
- 4) Regulaminu Organizacyjnego, którego ostatnie zmiany zostały pozytywnie zaopiniowane przez Radę Społeczną Zakładu uchwałą nr 3/2020 z dnia 30.06.2020 r., a następnie wprowadzone Zarządzeniem Dyrektora Zakładu nr 2A/2020 z dnia 01.07.2020 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 przyjętych uchwałą nr 2232/288/V/2018 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 25.09.2018 r. z późn. zm. (uchwała nr 804/36/VI/2019 Zarządu Województwa

Śląskiego z dnia 17 kwietnia 2019 r., uchwała 1966/161/VI/2020 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 26.08.2020 r. oraz uchwała 1945/265/VI/2021 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 25.08.2021 r. w sprawie zmiany zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie),

6) innych powszechnie obowiązujących przepisów prawa.

W Zakładzie, zatrudnienie na dzień 31.05.2021 roku wynosiło:

- 34 pracowników w ramach umowy o pracę,
- 21 pracowników w ramach umowy zlecenie,
- 23 pracowników w ramach umów cywilnoprawnych.

## 2. Prawdliwość wpisów w Krajowym Rejestrze Sądowym.

Ostatnie zgłoszenie do Krajowego Rejestru Sądowego z dnia 21 lutego 2020 r. dotyczy zmiany członków Rady Społecznej Zakładu. Ustalono, że 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 2019 r. poz. 1500 z późn. zm.), który wskazuje 7 dni na zgłoszenie zmian do KRS. Zmiana składu osobowego Rady Społecznej nastąpiła 05.02.2020 r., natomiast wniosek do Krajowego Rejestru Sądowego złożono 21.02.2021 r.

[Dowód: akta kontroli str. 17-36]

## 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 2A/2020 z dnia 01.07.2020 r. Rada Społeczna uchwałą nr 3/2020 z dnia 30.06.2020 r. pozytywnie zaopiniowała zmianę do Regulaminu.

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

Kontrolujący stwierdzili, że cele wyszczególnione w Regulaminie Zakładu nie są w pełni tożsame z wpisanymi w Statut Zakładu (tabela nr 1):

	Regulamin Organizacyjny Zakładu	Statut Zakładu
Cele	Podstawowym celem Obwodu jest prowadzenie działalności leczniczej polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych oraz zadań w zakresie promocji zdrowia.	Celem działania Zakładu jest: 1) udzielanie świadczeń zdrowotnych służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonania; 2) promocja zdrowia.

Tabela nr 1 – Porównanie zapisów Regulaminu ze Statutem Zakładu w zakresie celów samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

Ponadto, podczas kontroli stwierdzono, że do Regulaminu nie wpisano zadań Zakładu. Wyszczególnione zadania ujęte są tylko w Statucie Zakładu.

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 12.07.2021 r.

Porównanie zapisów Regulaminu Organizacyjnego z Rejestrem Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonym przez Wojewodę Śląskiego prezentuje przedstawiona poniżej tabela nr 2.

REGULAMIN ORGANIZACYJNY		REJESTR PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ PROWADZONY PRZEZ WOJEWODĘ		
L.P.	NAZWA JEDNOSTKI/ KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ	LICZBA ŁÓŻEK/ MIEJSC DZIENNEGO POBYTU/ STANOWISK/ INNE (jeśli dotyczy)	NAZWA JEDNOSTKI/ KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ	LICZBA ŁÓŻEK/ MIEJSC DZIENNEGO POBYTU/ STANOWISK/ INNE (jeśli dotyczy)
1	2	3	4	5
<b>A</b>	<b>ZAKŁAD LECZNICZY</b>			
	Obwód Lecznictwa Kolejowego - s.p.z.o.z. w Bielsku- Białej		Obwód Lecznictwa Kolejowego - s.p.z.o.z. w Bielsku- Białej	
<b>I</b>	<b>JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZAKŁADU LECZNICZEGO</b>			
	Rejonowa Przychodnia Lekarska w Bielsku-Białej		Rejonowa Przychodnia Lekarska w Bielsku-Białej	
<b>1</b>	<b>KOMÓRKA DZIAŁAŃ MEDYCZNEJ</b>			
1.1.	poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w Bielsku-Białej		poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w Bielsku-Białej	
1.2.	gabinet pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej w Bielsku-Białej		gabinet pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej w Bielsku-Białej	
1.3.	gabinet położnej podstawowej opieki zdrowotnej w Bielsku-Białej		gabinet położnej podstawowej opieki zdrowotnej w Bielsku-Białej	
1.4.	punkt szczepień w Bielsku-Białej		punkt szczepień w Bielsku-Białej	
<b>I</b>	<b>JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZAKŁADU LECZNICZEGO</b>			
	Rejonowa Przychodnia Lekarska w Czechowicach - Dziedzicach		Rejonowa Przychodnia Lekarska w Czechowicach - Dziedzicach	
<b>1</b>	<b>KOMÓRKA DZIAŁAŃ MEDYCZNEJ</b>			
1.1.	poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w Czechowicach - Dziedzicach		poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w Czechowicach - Dziedzicach	
1.2.	gabinet pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej w Czechowicach - Dziedzicach		gabinet pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej w Czechowicach - Dziedzicach	
1.3.	gabinet położnej podstawowej opieki zdrowotnej w Czechowicach - Dziedzicach		gabinet położnej podstawowej opieki zdrowotnej w Czechowicach - Dziedzicach	
<b>C</b>	<b>ZAKŁAD LECZNICZY</b>		<b>ZAKŁAD LECZNICZY</b>	
<b>I</b>	<b>JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZAKŁADU LECZNICZEGO</b>		<b>JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZAKŁADU LECZNICZEGO</b>	
	Przychodnia Specjalistyczna w Bielsku-Białej		Przychodnia Specjalistyczna w Bielsku-Białej	
	<b>KOMÓRKA DZIAŁAŃ MEDYCZNEJ</b>		<b>KOMÓRKA DZIAŁAŃ MEDYCZNEJ</b>	
1.1.	poradnia chirurgii ogólnej		poradnia chirurgii ogólnej	
1.2.	poradnia chirurgii urazowo - ortopedycznej		poradnia chirurgii urazowo - ortopedycznej	
1.3.	poradnia kardiologiczna		poradnia kardiologiczna	
1.4.	poradnia urologiczna		poradnia urologiczna	
1.5.	poradnia gruźlicy i chorób płuc		poradnia chorób płuc i gruźlicy	
1.6.	poradnia reumatologiczna		poradnia reumatologiczna	
1.7.	poradnia ginekologiczna		poradnia ginekologiczna	
1.8.	poradnia neurologiczna		poradnia neurologiczna	
1.9.	poradnia okulistyczna		poradnia okulistyczna	
1.10.	poradnia otorynolaryngologiczna		poradnia otorynolaryngologiczna	
1.11.	poradnia dermatologiczna		poradnia dermatologiczna	
1.12.	poradnia schorzeń tarczycy		poradnia schorzeń tarczycy	
1.13.	poradnia diabetologiczna		poradnia diabetologiczna	
1.13.	poradnia chorób naczyń		poradnia chorób naczyń	

1.14	poradnia alergologiczna		poradnia alergologiczna	
1.15	poradnia zdrowia psychicznego		poradnia zdrowia psychicznego	
1.16	poradnia psychologiczna		poradnia psychologiczna	
1.17	poradnia logopedyczna		poradnia logopedyczna	
1.18	poradnia gastroenterologiczna		poradnia gastroenterologiczna	
1.19	poradnia medycyny pracy		poradnia medycyny pracy	
1.20	poradnia rehabilitacyjna		poradnia rehabilitacyjna	
1.21	dział fizjoterapii		dział fizjoterapii	
1.21	pracownia diagnostyki laboratoryjnej		pracownia diagnostyki laboratoryjnej	
1.22	pracownia usg		pracownia usg	
1.23	pracownia rentgenodiagnostyki ogólnej		pracownia rentgenodiagnostyki ogólnej	
1.24	pracownia endoskopii		pracownia endoskopii	
1.25	pracownia diagnostyki elektrokardiologicznej		pracownia diagnostyki elektrokardiologicznej	
1.26	pracownia audiometrii		pracownia audiometrii	
1.27	pracownia spirometrii		pracownia spirometrii	
1.28	gabinet diagnostyczno-zabiegowy		gabinet diagnostyczno-zabiegowy	
1.29	poradnia proktologiczna		poradnia proktologiczna	

Tabela nr 2 – Porównanie zapisów Regulaminu z Rejestrem Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonym przez Wojewodę Śląskiego.

Stwierdzono różnicę pomiędzy wpisem do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą a wpisem w Regulaminie Organizacyjnym, w części dotyczącej struktury organizacyjnej Zakładu:

L.P	Zapisy w Regulaminie Organizacyjnym	Zapisy w Rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą
1	Poradnia gruźlicy i chorób płuc	Poradnia chorób płuc i gruźlicy

Dyrektor Zakładu oświadczyła, że w okresie objętym kontrolą, nie wprowadzano zmian organizacyjnych polegających na likwidowaniu ani na tworzeniu nowych komórek organizacyjnych.

Kontrolujący stwierdzili, że w Regulaminie prawidłowo wskazano kwoty opłat 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).

Zakład posiada własną stronę internetową pod adresem: <http://www.olk.bielsko.pl/> oraz odrębną stronę podmiotową BIP pod adresem: <https://bip-slaskie.pl/olkbb>. Kontrola strony Biuletynu Informacji Publicznej Zakładu wykazała, że zawiera ona informacje wymagane przez art. 24 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Analizie poddano zgodność danych zamieszczonych na stronie BIP z zapisami art. 8 ust. 3 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (t. j.: Dz. U. z 2019 r. poz. 1429 z późn. zm.). Zgodnie z treścią art. 8 ust. 3 ww. ustawy, Zakład zobowiązany jest do udostępnienia m.in. dokumentacji przebiegu i efektów kontroli oraz wystąpień, stanowisk, wniosków i opinii podmiotów ją przeprowadzających (art. 6 pkt 4 lit. A tiret drugie w zw. z art. 8 ust. 3 ustawy o dostępie do informacji publicznej). Na stronie podmiotowej BIP w zakładce *Wykaz kontroli* widnieje jedynie informacja kiedy i jaka instytucja przeprowadziła kontrolę.

[Dowód: akta kontroli str. 37-83]

## **B: Stwierdzone nieprawidłowości i uchybienia (przyczyny, skutki):**

1. Niedochowanie siedmiodniowego terminu na zgłoszenie zmian do KRS, czym naruszono art. 22 ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym.
2. Brak zgodności pomiędzy zapisami Regulaminu Organizacyjnego i Statutu w zakresie celów Zakładu (uchybienie).
3. Brak wpisu do Regulaminu zadań Zakładu, czym naruszono art. 24 ust. 1 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej.
4. Brak zgodności nazewnictwa komórki organizacyjnej działalności medycznej widniejącej w Regulaminie Zakładu z wpisaną w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (uchybienie).
5. Nieumieszczenie na stronie internetowej Zakładu informacji określonych w art. 6 pkt 4 lit. A tiret drugie w zw. z art. 8 ust. 3 ustawy o dostępie do informacji publicznej.

### Przyczyny nieprawidłowości i uchybień:

- a. Niedochowanie należytej staranności w zakresie:
  - terminowego zgłoszenia zmian do KRS,
  - tworzenia i aktualizacji Regulaminu Organizacyjnego Zakładu,
  - zgłaszania zmian do RPWDL,
  - zamieszczania wymaganych informacji na stronie internetowej Zakładu;
- b. Brak odpowiedniego nadzoru nad pracownikami odpowiedzialnymi za tworzenie i aktualizację Regulaminu Organizacyjnego Zakładu oraz wytwarzanie wymaganych informacji i zamieszczanie ich na stronie internetowej Zakładu.

**C. Ocena częściowa:** Pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości i uchybień.

**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.

## **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 NFZ o świadczenie usług medycznych, w obiekcie zlokalizowanym w Bielsku-Białej, ul. Romualda Traugutta 12 oraz w Czechowicach-Dziedzicach przy Placu Wolności nr 5.

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

W ramach czynności kontrolnych szczegółową kontrolą objęto funkcjonowanie Poradni okulistycznej oraz Poradni ginekologicznej.

#### **1) Poradnia okulistyczna**

Poradnia wpisana jest do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 021 (kod resortowy identyfikujący komórkę organizacyjną stanowiącą część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych), kod resortowy charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych: 1600 Poradnia okulistyczna.

Poradnia została wpisana do rejestru podmiotów leczniczych z dniem 31.03.1994 r.

Poradnia udziela świadczeń zdrowotnych w zakresie okulistyki w ramach kontraktu z NFZ.

W okresie objętym kontrolą liczba udzielonych porad wyniosła:

- 1 683 w 2020 r.

- 1 531 w okresie od 01.01.2021 r. do 12.07.2021 r.

Według harmonogramu pracy zamieszczonego w Portalu Świadczeniodawcy NFZ świadczenia są udzielane następująco: środy (15:30-17:30), czwartek (8:30 – 12.30).

W Poradni zatrudnionych jest 3 lekarzy oraz 1 pielęgniarka.

## **2) Poradnia ginekologiczna**

Poradnia wpisana jest do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 018 (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: 1452 Poradnia ginekologiczna.

Poradnia została wpisana do rejestru podmiotów leczniczych z dniem 31.03.1994 r.

Poradnia udziela świadczeń zdrowotnych w zakresie ginekologii w ramach kontraktu z NFZ.

W okresie objętym kontrolą liczba udzielonych porad wyniosła:

- 304 w 2020 r.

- 433 w okresie od 01.01.2021 r. do 12.07.2021 r.

Według harmonogramu pracy zamieszczonego w Portalu Świadczeniodawcy NFZ świadczenia są udzielane następująco: poniedziałek (16:00 – 20:00), wtorek (7:00 -14:15), piątek (7:00 – 12.30).

W Poradni zatrudnionych jest 2 lekarzy oraz 1 pielęgniarka.

[Dowód: akta kontroli str.84]

## **2. Udzielanie zamówień na świadczenia zdrowotne.**

Przedmiotem weryfikacji przeprowadzonej przez kontrolujących były zapisy umów:

- 1) Umowa Nr 6/2020 z dnia 01.10.2020 r. dotycząca udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie radiologii,
- 2) Umowa nr 8/2020 z dnia 13.11.2020 r. dotycząca udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie radiologii.

AD.1) Umowa została zawarta w formie pisemnej, na czas określony, tj. od dnia 01.10.2020 r. do dnia 31.12.2021 r.

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

W ramach kontroli realizacji umowy sprawdzono faktury nr:

- 4/12.2020 z dnia 31.12.2020 r. – stawka brutto za 1 miesiąc udzielania świadczeń zdrowotnych zgodna z umową,
- 2/03.2021 z dnia 31.03.2021 r. - stawka brutto za 1 miesiąc udzielania świadczeń zdrowotnych zgodna z umową.

AD. 2) Umowa została zawarta w formie pisemnej, na czas określony, tj. od dnia 13.11.2020 r. do dnia 31.12.2021 r. Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach i podpisana przez strony.

W ramach kontroli realizacji umowy sprawdzono faktury nr:

- 01/05/2021 z dnia 14.05.2021 r. – stawka brutto za 1 miesiąc udzielania świadczeń zdrowotnych zgodna z umową,
- 02/12/2020 z dnia 31.12.2020 r. – stawka brutto za 1 miesiąc udzielania świadczeń zdrowotnych zgodna z umową.

W oparciu o zapisy określone w art. 27 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej stwierdza się, że obie powyższe umowy nie zawierają wszystkich wymaganych

zapisów, tj. ustalenia trybu przekazywania udzielającemu zamówienia informacji o realizacji przyjętego zamówienia.

Ponadto, w ww. umowach zapisy § 1 i 2 są nieprecyzyjne w kwestii właściwego określenia zakresu świadczeń zdrowotnych powierzonych do realizacji przez przyjmującego Zamówienie – nie wskazano jednoznacznie co jest przedmiotem umowy.

Kontrolujący zwrócili również uwagę, że zapis § 2 ust. 2 w umowie nr 6/2020 określający, iż świadczenia zdrowotne będą udzielane „w wymiarze nie mniejszym 2-3 x tygodniowo” jest niejasny i uniemożliwia dokładne określenie wymiaru świadczenia usług.

Niejednoznaczne określenie przedmiotu umowy i wymiaru świadczenia usług może powodować utrudnienie w wystawieniu rzetelnych dokumentów rozliczeniowych przez Zleceniobiorcę.

W związku z powyższym, w celu zachowania spójności i klarowności rozrachunków należałoby rozważyć wprowadzenie mechanizmu kontroli zarządczej w zakresie weryfikacji zgodności zapisów sporządzonych umów z ich rozliczaniem.

[Dowód: akta kontroli str. 85-108]

### **3. Serwisowanie aparatury oraz sprzętu medycznego.**

Kontrolujący w ramach kontroli jakości świadczonych usług zweryfikowali paszporty techniczne niżej wymienionych urządzeń, na których wykonywane są usługi medyczne:

- 1) Autorefraktometr Typ R-F10, nr 110953, rok produkcji/zakupu: 2009. Ostatni przegląd okresowy odbył się 16.06.2021r. – dokonany w terminie, zgodnie z wpisem: „urządzenie sprawne technicznie”. Kolejny przegląd powinien być wykonany w czerwcu 2022r.
- 2) Detektor tętna płodu, Nr 180-1J5001, rok produkcji: 2009. Ostatni przegląd okresowy odbył się 11.05.2021r. – dokonany w terminie, zgodnie z wpisem: „ urządzenie sprawne”. Kolejny przegląd winien być wykonany 10.05.2022r.,
- 3) Lampa zabiegowa statywowa, Nr 950035, rok produkcji: 1993. Ostatni przegląd okresowy odbył się 11.05.2021r. – dokonany w terminie, zgodnie z wpisem: „urządzenie sprawne”. Kolejny przegląd winien być wykonany 10.05.2022r.,
- 4) Kolposkop Typ KLP-2, Nr 1469. Ostatni przegląd okresowy odbył się 18.01.2021r. – dokonany w terminie, zgodnie z wpisem: „aparat sprawny technicznie”. Kolejny przegląd powinien być wykonany 10.05.2022r.

[Dowód: akta kontroli str. 109-118]

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

Zarządzeniem wewnętrznym nr 7 z dnia 15 grudnia 2014 roku Dyrektor Zakładu wprowadziła Zasady przyjmowania, rozpatrywania i załatwiania skarg i wniosków. Jak wynika z ww. Zasad, skargi mogą być wnoszone w formie pisemnej, za pośrednictwem poczty elektronicznej lub ustnie do protokołu. Dokument ten określa również sposób prowadzenia rejestru skarg, wniosków jak również tryb ich rozpatrywania. Prowadzony w Zakładzie Rejestr zawiera informacje dot. danych osoby składającej skargę, daty wpływu skargi, przedmiotu skargi, osoby odpowiedzialnej za rozpatrzenie skargi, terminu rozpatrzenia skargi oraz sposobu jej rozpatrzenia.

W kontrolowanym okresie (lata 2020-2021) do dnia kontroli - tj. 12 lipca 2021r. w prowadzonym Rejestrze nie odnotowano żadnej skargi.

Zgodnie z ustawą o działalności leczniczej informacja o skargach i wnioskach jest przedstawiana okresowo Radzie Społecznej Zakładu. Przykładowy protokół z posiedzenia Rady



(z informacją przekazaną Członkom Rady o braku wpływu skarg za 2020 r.) stanowi akta kontroli.

[Dowód: akta kontroli str.119 -129]

## 5. Czas oczekiwania na udzielenie świadczeń zdrowotnych.

Zgodnie z art. 20 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w Zakładzie prowadzone są listy osób oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego. W trakcie kontroli ustalono, że Zarządzeniem wewnętrznym Dyrektora nr 11 z dnia 30 grudnia 2010 r. wprowadzono do stosowania „Zasady prowadzenia listy oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, finansowanej ze środków publicznych w ramach umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia w Obwodzie (...)” oraz powołano Komisję Oceny Przyjęć. Do zadań Komisji należy przeprowadzanie oceny list oczekujących na udzielenie przedmiotowych świadczeń ze szczególnym uwzględnieniem: prawidłowości prowadzenia dokumentacji, czasu oczekiwania pacjentów na udzielenie świadczeń oraz przyczyn i zasadności zmiany terminów ich udzielania. Z przeprowadzonych czynności Komisji sporządzany jest protokół, który następnie przedstawiany jest Dyrektorowi Zakładu. Przykładowe protokoły z oceny list oczekujących za: sierpień i wrzesień 2020r. oraz kwiecień i maj 2021r. stanowią akta kontroli. Zgodnie z protokołem za miesiąc maj 2021 roku najwięcej osób oczekiwało na świadczenia z zakresu fizjoterapii: przypadki stabilne: 701; średni czas oczekiwania: 186 dni; przypadki pilne: 2, średni czas oczekiwania: 37 dni oraz na wizytę do Poradni kardiologicznej: przypadki stabilne: 322; średni czas oczekiwania 66 dni; przypadki pilne: 9; średni czas oczekiwania: 8 dni.

[Dowód: akta kontroli str.130-138]

## 6. Finansowanie udzielanych świadczeń.

Zestawienie podpisanych przez Zakład umów z Narodowym Funduszem Zdrowia na dzień rozpoczęcia kontroli przedstawia poniższa tabela:

L.P	KOD UMOWY	RODZAJ ŚWIADCZENIA (nazwa)	KWOTA (zł)	OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY
1.	122/100423/01/2021	Podstawowa Opieka Zdrowotna	stawka kapitacyjna	na czas nieokreślony
2.	122/100423/02/1/2021	Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna	1.461 827,56	01.01.2021r - 31.12.2021r
3.	122/100423/05/2021	Rehabilitacja Lecznicza	167 298,80	01.01.2021r - 30.06.2021r
4.	122/100423/05/2021	Rehabilitacja Lecznicza	157 974,52	01.07.2021r-31.12.2021r

Tabela nr 6 - Wykaz umów zawartych z NFZ wg stanu na dzień 30.06.2021r.

Świadczenia zdrowotne w Zakładzie były realizowane na podstawie umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie: Podstawowej Opieki Zdrowotnej, Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej oraz Rehabilitacji Leczniczej.

[Dowód: akta kontroli str.139]

## 7. Certyfikaty jakości.

W ramach kontroli jakości udzielanych świadczeń ustalono, że Obwód Lecznictwa Kolejowego s.p.z.o.o. w Bielsku - Białej w okresie objętym kontrolą nie posiadał certyfikatów jakości w zakresie wykonywanych procedur leczniczych i diagnostycznych. Zgodnie z przekazanymi

wyjaśnieniami Dyrektor Zakładu, powodem niewdrożenia procedur akredytacyjnych jest sytuacja finansowa Zakładu (brak środków pieniężnych na powyższe) oraz niedobory personelu.

[Dowód: akta kontroli str.140]

## 8. Zaplecze diagnostyczne.

W okresie objętym kontrolą (stan na dzień: 12.07.2021r.), podstawowym rodzajem używanej aparatury przez pracowników medycznych pozostawały aparaty: EKG i USG, aparatura endoskopowa (gastroskopy i kolonoskop) oraz lasery. We wskazanym okresie największa ilość wykonanych badań dotyczyła określenia parametrów biochemicznych (blisko 9 000 badań), rentgenodiagnostyki i ultrasonografii (odpowiednio 3 656 i 745 badań) oraz zabiegów z zakresu laseroterapii (około 2 700). Wyszczególnienie posiadanej aparatury wraz z okresem użytkowania sprzętu zostało przedstawione w poniższej tabeli.

L.P.	RODZAJ APARATURY I SPRZĘTU MEDYCZNEGO	OKRES UŻYTKOWANIA 0-3 LATA	OKRES UŻYTKOWANIA 4-8 LAT	OKRES UŻYTKOWANIA 9-11 LAT	OKRES UŻYTKOWANIA POWYŻEJ 12 LAT	OGÓŁEM	LICZBA WYKONANYCH BADAŃ / ZABIEGÓW *
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Aparaty EKG		3	2	2	7	1 485
2.	Aparaty KTG			1	1	2	0
3.	Aparaty RTG, w tym:	1				1	3 656
4.	Aparaty USG, w tym:	2	1			3	745
	- kardiologiczne	1	1				735
	- pozostałe	1					10
5.	Tomograf komputerowy	1				1	219
6.	Laseroterapia		1			1	2 772
7.	Analizator biochemiczny wieloparametrowy		1			1	8 976
8.	Aparatura endoskopowa, w tym:	2	1			3	25
	- gastroskop	1	1				20
	- kolonoskop	1					5

Tabela nr 7- Zaplecze diagnostyczne.

Na podstawie powyższej tabeli stwierdzić można, iż największa liczba sprzętu i aparatury medycznej (36,84 %) będąca w posiadaniu Zakładu mieści się w okresie użytkowania od 4 do 8 lat, natomiast 31,58 % sprzętu użytkowane jest przez podmiot do lat 3. Najmniej liczną grupę (15,38%) stanowi infrastruktura sprzętowa o okresie użytkowania od 8 do 11 lat i powyżej 12 lat (po 15,79%).

[Dowód: akta kontroli str.141]

## 9. Braki kadrowe.

Zgodnie z przedstawionymi informacjami przez Dyrekcję Zakładu, na dzień kontroli odnotowano braki w zatrudnieniu w grupach zawodowych personelu medycznego lekarzy (5 osób, 4 etaty). Występujący niedobór kadry medycznej dotyczy Poradni POZ zlokalizowanej w Czechowicach – Dziedzicach, Poradni chirurgii urazowo – ortopedycznej, Poradni otolaryngologicznej, Poradni medycyny pracy oraz Pracowni rentgenodiagnostyki ogólnej zlokalizowanych w Bielsku – Białej. Dyrektor Zakładu sukcesywnie podejmuje starania w kierunku pozyskania brakującej kadry medycznej, m.in. poprzez umieszczanie ogłoszeń o pracę w siedzibie Podmiotu oraz w prasie

czy też rozgłośniach radiowych. Do chwili obecnej efektami podjętych działań jest pozyskanie 2 lekarzy radiologów, jednakże w niewystarczającym wymiarze godzinowym w stosunku do zaistniałych potrzeb.

[Dowód: akta kontroli str. 142-143]

#### **10. Wykonywanie badań satysfakcji pacjenta.**

Badania ankietowe satysfakcji pacjenta korzystającego ze świadczeń zdrowotnych w Zakładzie prowadzone są na podstawie Zarządzenia Dyrektora Nr 5/a/2015 z dnia 20 grudnia 2015 w sprawie „Wdrożenia monitorowania poziomu satysfakcji Pacjentów z usług świadczonych w OLK”. Głównym celem badania satysfakcji pacjentów jest szczegółowa analiza opinii pacjentów korzystających z usług zdrowotnych w Zakładzie, dot. m.in. kompetencji zawodowych, uprzejmości i życzliwości personelu zatrudnionego w Placówce oraz czystości i estetyki pomieszczeń. Ankieta zawiera również pytania otwarte (m.in: „Co zdaniem Pana/Pani należałoby zmienić w funkcjonowaniu Placówki, aby poprawić poziom zadowolenia ze świadczonych usług?”). Udział pacjentów w badaniach ankietowych jest dobrowolny, a ankiety są anonimowe. Przykładowe protokoły z analizy ankiet z dnia 5 czerwca 2020r., 17 grudnia 2020r. oraz 25 czerwca 2021r. stanowią akta kontroli. Ze sporządzonych analiz wynika, iż ankietowani pacjenci w większości bardzo dobrze ocenili personel Zakładu (w tym odpowiednią dostępność do świadczeń pomimo trwającej pandemii). Zgłaszane problemy dotyczyły utrudnień w dodzwonieniu się do Rejestracji Przychodni.

[Dowód: akta kontroli str. 144-152]

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

Dyrektor Zakładu oświadczyła, że w okresie objętym kontrolą nie poniesiono żadnych kosztów związanych z dostosowaniem ww. Placówki do wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą oraz kosztów związanych z dostosowaniem Zakładu do przepisów przeciwpożarowych.

[Dowód: akta kontroli str. 153-154]

#### **B. Stwierdzona nieprawidłowość (przyczyny, skutki):**

Brak umieszczenia w treści umów na świadczenia zdrowotne części wymaganych zapisów: tj. ustalenia trybu przekazywania udzielającemu zamówienia informacji o realizacji przyjętego zamówienia oraz niejasne i nieprecyzyjne zapisy dot. określenia przedmiotu umów, co skutkuje naruszeniem art. 27 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

#### Przyczyny nieprawidłowości:

Niedochowanie należytej staranności w konstruowaniu zapisów umów w procesie udzielania zamówień na świadczenia zdrowotne.

**C. Ocena cząstkowa:** pozytywna mimo stwierdzonej 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. Prawidłowość gospodarowania mieniem.**

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

W zakresie prawidłowości gospodarowania mieniem kontrolą objęto niżej wymienione zagadnienia:

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

a) Ultrasonograf okulistyczny o wartości 39 837,00 zł:

- zakup został ujęty w planie inwestycyjnym na 2020 r.,
- zgoda podmiotu tworzącego na nabycie nie była wymagana (zakup sfinansowany z dotacji celowej budżetu Województwa Śląskiego na podstawie umowy nr 3836/NZ/2020 z dnia 16.10.2020 r. oraz aneksu nr 1 do ww. umowy z dnia 14.12.2020 r. - w kwocie 33 000,00 zł, kwota 6 837,00 zł sfinansowana ze środków własnych Zakładu),
- pozytywna opinia Rady Społecznej wyrażona w uchwale Nr 6/2020 z dnia 30.06.2020 r.,
- zakup potwierdzony fakturą VAT Nr 79/11/2020 z dnia 25.11.2020 r. na kwotę 39 837,00 zł, termin płatności 30 dni, tj. do dnia 25.12.2020 r., zapłata części kwoty otrzymanej z dotacji w dniu 29.12.2020r., środki własne przekazane na konto dostawcy w dniu 13.01.2021r.,
- protokół odbioru z dnia 25.11.2020 r.,
- dowód przyjęcia OT- 00002/2020 z dnia 25.11.2020 r., numer inwentarzowy 000151.

b) OCT Spektralny Tomograf optyczny o wartości 149 000,00 zł:

- zakup został ujęty w planie inwestycyjnym na 2020 r.,
- zgoda podmiotu tworzącego na nabycie nie była wymagana (zakup sfinansowany z dotacji celowej budżetu Województwa Śląskiego na podstawie umowy nr 3836/NZ/2020 z dnia 16.10.2020 r. oraz aneksu nr 1 do ww. umowy z dnia 14.12.2020 r. - w kwocie 123 000,00 zł, kwota 26 000,00 zł sfinansowana ze środków własnych Zakładu),
- pozytywna opinia Rady Społecznej wyrażona w uchwale Nr 16/2020 z dnia 30.06.2020 r.,
- zakup potwierdzony fakturą Nr FVS 20/12/053 z dnia 09.12.2020 r. na kwotę 149 000,00 zł, termin płatności: 08.01.2021 r., zapłata części kwoty otrzymanej z dotacji w dniu 29.12.2020 r., środki własne przekazane na konto dostawcy w dniu 13.01.2021r.,
- protokół odbioru z dnia 09.12.2020 r.,
- dowód przyjęcia OT – 00003/2020 z dnia 09.12.2020 r., numer inwentarzowy 000152.

Nabycie ww. aparatury i sprzętu medycznego budzi zastrzeżenia w zakresie:

- nieterminowego uregulowania zapłaty części należności wynikającej z faktury: Nr 79/11/2020 z dnia 25.11.2020 r. na kwotę 39 837,00 zł, oraz Nr FVS 20/12/053 z dnia 09.12.2020 r. na kwotę 149 000,00 zł. Należy wskazać przy tym, że Dyrektor Zakładu nie wystąpiła do dostawców ww. sprzętów o przesunięcie terminów płatności (aneksowanie umowy dotacji z uwagi na zmniejszenie wartości planowanych zakupów w wyniku przeprowadzonych procedur przetargowych).

Jak wynika z informacji przekazanej przez Dyrektora Zakładu, w związku z nieterminową zapłatą za wskazane powyżej faktury, sprzedający nie podjęli kroków zmierzających do naliczenia odsetek, jak również wystawienia not obciążeniowych.

[Dowód: akta kontroli str.155- 181]

## 2. Zbycie sprzętu i aparatury medycznej.

Zgodnie z oświadczeniem Dyrektora, w latach objętych kontrolą, w Zakładzie nie przeprowadzano postępowań dotyczących zbywania aparatury i sprzętu medycznego.

[Dowód: akta kontroli str. 182]

## 3. Najem/dzierżawa pomieszczeń.

W kontrolowanym okresie Zakład wynajmował pomieszczenia 4 kontrahentom. Z uwagi na fakt, iż nieruchomości zlokalizowane przy ul Traugutta 12 w Bielsku – Białej nie stanowią własności Zakładu, jak również nie znajdują się we władaniu Województwa Śląskiego, do umów najmu aktywów trwałych zawieranych przez ww. Zakład *Zasady zbywania, wydzierżawiania, wynajmowania, oddania w użytkowanie lub użyczenie aktywów trwałych SP ZOZ, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie* nie mają zastosowania. Weryfikacji poddano jedynie treść wybranej umowy najmu (nr 4/2021 z dnia 01.04.2021r.) pod kątem spełnienia wymogów prawa cywilnego. Stwierdzono, iż ww. umowa zawiera wszystkie niezbędne elementy, wymagane przepisami prawa.

[Dowód: akta kontroli str. 183-191]

### B: Stwierdzona nieprawidłowość (przyczyny, skutki):

Nieterminowe regulowanie zobowiązań finansowych wynikających z faktur Nr 79/11/2020 z dnia 25.11.2020 r. na kwotę 39 837,00 zł oraz Nr FVS 20/12/053 z dnia 09.12.2020 r. na kwotę 149 000,00 zł, co skutkuje naruszeniem zapisów art. 44 ust. 3 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych dot. terminowego regulowania zobowiązań finansowych (brak znamion naruszenia dyscypliny finansów publicznych).

#### Przyczyny nieprawidłowości:

Zgodnie z oświadczeniem Dyrektora przekroczenie terminów zapłaty za ww. faktury wynikało z trudnej sytuacji finansowej Zakładu na koniec 2020 r. oraz ograniczeniami związanymi z trwającą pandemią koronawirusa SARS –COV-2.

**C. Ocena częściowa:** pozytywna mimo stwierdzonej nieprawidłowości.

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

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

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

### A. Ustalenia faktyczne:

Ostatnia kontrola w Zakładzie przeprowadzona została przez pracowników Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w dniu 29 listopada 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 zalecam podjąć działania zmierzające do:

- 1) Określenia wysokości opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej zgodnie z przepisami art.28. ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
- 2) Występowania do Rady Społecznej Obwodu o opinię w sprawie nabycia aparatury i sprzętu medycznego, zgodnie z zasadami określonymi w Procedurze nabywania aparatury i sprzętu medycznego przez SP ZOZ, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie przyjętej uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 1745/276/IV/2013 z dnia 06.08.2013 r. z późn. zm.
- 3) Występowania do podmiotu tworzącego o zgodę na zbycie aparatury i sprzętu medycznego, mając na uwadze Zasady zbywania, wdzierżawiania, wynajmowania, oddania w użytkowanie lub użyczenie aktywów trwałych SP ZOZ, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie określone w uchwale Zarządu Województwa Śląskiego nr 1784/277/IV/2013 z dnia 13.08.2013 r.

Pismem z dnia 26 marca 2020 r., znak: SOB073/43/20 (wpływ 02.04.2020r.), Dyrektor Zakładu złożyła do tut. Urzędu sprawozdanie o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych.

W toku kontroli stwierdzono, że wykonano 2 zalecenia wymienione w pkt 1 i 2. Wskazać należy, że brak jest możliwości zweryfikowania przez kontrolujących wykonania zalecenia określonego w pkt 3, gdyż zgodnie z oświadczeniem Dyrektora Zakładu w kontrolowanym okresie nie przeprowadzano postępowań dotyczących zbywania aparatury i sprzętu medycznego.

**B. Stwierdzone nieprawidłowości:** brak.

**C. Ocena częściowa:** pozytywna.

Na tym ustalenia kontrolne zakończono.

## **VI. Pozostałe informacje i pouczenia.**

### **1. Pozostałe informacje.**

Pismem z dnia 2 grudnia 2021 r., znak: NZ-NK.1711.9.2021(NZ-NK.KW-00682/21), Projekt wystąpienia pokontrolnego został przekazany Dyrektorowi Obwodu Lecznictwa Kolejowego – s.p.z.o.o. w Bielsku – Białej. Pismo zostało doręczone w dniu 6 grudnia 2021 r. Dyrektor Zakładu nie zgłosiła zastrzeżeń do treści Projektu wystąpienia pokontrolnego.

### **2. Zalecenia**

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

- 1) Przestrzeganiu obowiązku wynikającego z art. 22 ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym, który wskazuje 7 dniowy termin na zgłoszenie zmian do KRS;
- 2) Wpisaniu w treść Regulaminu Organizacyjnego Zakładu zadań i celów będących w pełni tożsamymi z wyszczególnionymi w Statucie Zakładu;
- 3) Ujednoczeniu nazewnictwa komórki organizacyjnej działalności medycznej widniejącej w Regulaminie Organizacyjnym Zakładu jako Poradnia gruźlicy i chorób płuc z nazewnictwem wpisanym w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą;
- 4) Umieszczaniu na stronie internetowej Zakładu informacji określonych w art. 6 pkt 4 lit. A tiret

- drugie w zw. z art. 8 ust.3 ustawy o dostępie do informacji publicznej;
- 5) Każdorazowym umieszczaniu w treści umów na świadczenia zdrowotne wszystkich wymaganych zapisów wskazanych w art. 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
  - 6) Terminowym regulowaniu zobowiązań finansowych Zakładu, zgodnie z art. 44 ust.3 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych.

### 3. Pouczenia

Wystąpienie pokontrolne sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, z których jeden przekazuje się do Obwodowi Lecznictwa Kolejowego – s.p.z.o.o. w Bielsku – Białej.

Wystąpienie pokontrolne zawiera 15 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**

**Danuta Sobczyk**  
**p.o. DYREKTORA**  
**Departament Nadzoru Podmiotów**  
**Leczniczych i Ochrony Zdrowia**

