

**Urząd Marszałkowski
Województwa Śląskiego
Departament Nadzoru
Podmiotów Lecznicych 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 2023 r. poz. 991 z późn. zm.),
- 2) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych (t. j.: Dz. U. 2015, poz. 1331),
- 3) planu kontroli na 2023 rok, załącznik nr 2, poz. 12 zatwierdzonego uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 199/398/VI/2023 z dnia 2 lutego 2023 roku,
- 4) regulaminu kontroli podmiotów leczniczych, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie określonego uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 1057/229/VI/2021 z dnia 28.04.2021 r.

I. Dane identyfikacyjne kontroli:

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

Kierownik jednostki kontrolowanej:

Od 01.08.1997 r. funkcję dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Zakładu Diagnostyki Obrazowej pełni Pan Leszek Gajos.

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

- Zastępcy Dyrektora – Pana dr n. med. Pawła Lelka (powołanego na stanowisko od dnia 01.01.1998 r.),
- Głównej Księgowej – Pani Teresy Parzniewskiej (zatrudnienie od dnia 01.01.1998 r.).

Termin przeprowadzenia czynności kontrolnych i zakres kontroli:

Kontrolę przeprowadzono w dniach 29.11.2023 r. – 26.01.2024 r. w zakresie: wybranych zagadnień z zakresu spraw organizacyjno-finansowych w latach 2022-2023.

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

Osoby przeprowadzające kontrolę:

Weronika Loska-Tomanik – Główny Specjalista Departamentu Nadzoru Podmiotów Lecznicych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 625/NZ/2023 z dnia 22.11.2023 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie

z kontroli z dnia 29.11.2023 r.

Bożena Sidor – Inspektor Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 626/NZ/2023 z dnia 22.11.2023 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 29.11.2023 r.

O kontroli Dyrektor jednostki został poinformowany pismem z dnia 22 listopada 2023 r.

Kontrolę wpisano do książki kontroli pod pozycją 4/2023.

[Dowód: akta kontroli str. 1-11]

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.

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 wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego w Katowicach pod numerem KRS 0000057645. Siedzibą Zakładu jest miasto Sosnowiec.

Szpital działa na podstawie:

- 1) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t. j.: Dz. U. z 2023 r. poz. 991 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 (t. j.: Dz. U. z 2022 r. poz. 2561 z późn. zm.),
- 3) Statutu Zakładu przyjętego Uchwałą Nr VI/42/38/2017 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 18 września 2017 r., w sprawie ogłoszenia tekstu jednolitego Uchwały Nr VI/12/32/2015 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 21 września 2015 r. i ogłoszonego w Dzienniku Urzędowym Województwa Śląskiego w dniu 5 października 2017 r. pod pozycją 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 3/2022 z dnia 27.05.2022 r.,
- 5) w zakresie gospodarki mieniem:
 - a) procedury dotyczącej nabywania aparatury i sprzętu medycznego przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie określonej w Uchwale Zarządu Województwa Śląskiego nr 2734/299/VI/2021 z dnia 22 grudnia 2021 r.,
 - b) zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie, określonych w Uchwale Zarządu Województwa Śląskiego nr 686/326/VI/2022 z 20 kwietnia 2022 r. z późn. zm.
- 6) innych powszechnie obowiązujących przepisów prawa.

W Zakładzie zatrudnienie na dzień 29.11.2023 r. roku wynosiło:

- 23 pracowników w ramach umowy o pracę,
- 5 pracowników w ramach umowy zlecenia,
- 2 pracowników w ramach kontraktu.

1. Prawidłowość wpisów w Krajowym Rejestrze Sądowym.

Ostatnie zgłoszenie do KRS z dnia 07.06.2022 r. dotyczy zmiany składu Rady Społecznej, której dokonano na podstawie Uchwały nr 958/337/VI/2022 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 01.06.2022 r. Weryfikacja dokumentacji wykazała, że Zakład dopełnił ustawowego obowiązku wynikającego z art. 22 ustawy o Krajowym Rejestrze Sądowym z dnia 20.08.1997 r. (t. j.: Dz. U. z 2023 r. poz. 685 z późn. zm.), który wskazuje 7 – dniowy termin na zgłoszenie zmian do KRS.

2. 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. Ostatnia zmiana do Regulaminu, została pozytywnie zaopiniowana przez Radę Społeczną Uchwałą nr 3/2022 z dnia 27 maja 2022 r. i dotyczyła wysokości opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej.

W trakcie kontroli sprawdzono zgodność zapisów Regulaminu z przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej. Stwierdzono, że Regulamin zawiera wszystkie niezbędne elementy, wskazane w treści art. 24 ust. 1 ww. ustawy, a wskazane w Regulaminie wysokości opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej zostały ustalone zgodnie ze sposobem wskazanym w art. 28 ust. 4 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j.: Dz. U. z 2023 r., poz. 1545 z późn.zm.).

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

Sprawdzono zgodność zapisów Regulaminu w zakresie struktury organizacyjnej komórek działalności medycznej z Księgą Rejestrową w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (dalej: Rejestr) prowadzonym przez Wojewodę Śląskiego według stanu na dzień 29.11.2023 r. Zapisy Regulaminu dotyczące struktury organizacyjnej Zakładu są zgodne z Rejestrem.

W okresie objętym kontrolą nie dokonywano zmian w strukturze organizacyjnej Zakładu.

Zakład prowadzi stronę internetową pod adresem <https://zdo.sosnowiec.pl/> oraz stronę BIP pod adresem <https://bip-slaskie.pl/zdosos>. Kontrola treści zawartych na stronie internetowej Zakładu wykazała, że zawiera ona informacje wymagane przez art. 24 ust 2 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Ponadto, stwierdzono, że Zakład spełnia ustawowy wymóg prowadzenia strony podmiotowej BIP i umieszczania na niej wymaganych prawem informacji, zgodnie z Ustawą z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej. Zwraca się jednak uwagę, że strona powinna być poddawana bieżącej aktualizacji. Na stronie BIP Zakładu, w zakładce *Przeprowadzone kontrole*, ostatnia informacja obejmuje 2020 r.

B. Stwierdzone nieprawidłowości:

Brak.

C. Ocena cząstkowa: pozytywna.

[Dowód: akta kontroli str. 12-83]

III. Dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych.

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 budynku zlokalizowanym w Sosnowcu przy Placu Medyków 2.

1. Funkcjonowanie wybranych komórek organizacyjnych.

W ramach prowadzonych czynności szczególną kontrolą objęto funkcjonowanie wybranych komórek medycznych:

- 1) Pracownia rezonansu magnetycznego
- 2) Pracownia tomografii komputerowej

1) Pracownia rezonansu magnetycznego

Pracownia wpisana jest do Rejestru – 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.

W okresie objętym kontrolą liczba badań diagnostycznych wyniosła:

- 11 054 w 2022 r.
- 9 707 w 2023 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 4 lekarzy oraz 6 osób w ramach innych grup zgłoszonych do Portalu Potencjału NFZ (technicy). Kontrolujący stwierdzili, że w dniu 26.01.2023 r. udzielanie świadczeń zdrowotnych w Pracowni odbywało się zgodnie z ustalonym harmonogramem pracy. Funkcjonowanie ww. komórki organizacyjnej w zakresie udzielania świadczeń nie budzi zastrzeżeń.

2) Pracownia tomografii komputerowej

Pracownia wpisana jest do Rejestru 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 01.12.1998 r.

W okresie objętym kontrolą liczba badań diagnostycznych wyniosła:

- 3 088 w 2022 r.
- 2 881 w 2023 r.

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

W Pracowni zatrudnionych jest 2 lekarzy, 1 pielęgniarka oraz 6 osób w ramach innych grup zgłoszonych do Portalu Potencjału NFZ (technicy). Funkcjonowanie ww. komórki organizacyjnej w zakresie udzielania świadczeń nie budzi zastrzeżeń.

[Dowód: akta kontroli str. 84-85]

2. Udzielanie zamówień na świadczenia zdrowotne.

Przedmiotem weryfikacji przeprowadzonej przez kontrolujących były zapisy umowy zawartej w dniu 28 czerwca 2022 r. dotyczącej udzielania świadczeń medycznych polegających na opisie badań i nadzorze nad wykonywanymi badaniami MR w Pracowni rezonansu magnetycznego Zakładu.

Umowa została zawarta na podstawie art. 26 ust 4a ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Wartość umowy została oszacowana w dniu 23.06.2022 r. i nie przekroczyła kwoty 30 000,00 euro.

W ramach czynności kontrolnych ustalono, że umowa nie zawiera wszystkich niezbędnych zapisów określonych w art. 27 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej – brak zapisu dotyczącego zobowiązania przyjmującego zamówienie do prowadzenia określonej sprawozdawczości statystycznej.

Ponadto, Kontrolujący wskazują, że umowa nie zawiera szacunkowej wartości brutto zamówienia, zgodnie z obowiązkiem wynikającym z przepisów ustawy o finansach publicznych (art. 44 ust. 3 pkt. 3). Nie zawarto również informacji o maksymalnej liczbie badań, aby móc ustalić faktyczny limit realizowanych świadczeń. Brak precyzyjnych zapisów utrudniać może sprawowanie kontroli właściwego sposobu realizacji umowy w zakresie ilości i wartości zleczanych usług.

Umowa została zawarta w formie pisemnej, na czas określony, tj. od dnia 04.07.2022 r. do dnia 31.12.2022 r. Została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach i podpisana przez strony.

W ramach kontroli realizacji umowy sprawdzono faktury nr:

- 02/2022 z dnia 31.08.2022 r. – stawka jednostkowa zgodna z umową, płatność dokonana w terminie,
- 04/2022 z dnia 31.10.2022 r. – stawka jednostkowa zgodna z umową, płatność dokonana w terminie,
- 05/2022 z dnia 30.11.2022 r. – stawka jednostkowa zgodna z umową, płatność dokonana w terminie.

[Dowód: akta kontroli str. 86-98]

3. Serwisowanie aparatury oraz sprzętu medycznego.

Kontrolujący w ramach kontroli jakości świadczonych usług zweryfikowali paszporty techniczne niżej wymienionych urządzeń, służących do udzielania świadczeń zdrowotnych:

- 1) Tomograf komputerowy Somatom Emotion 16, nr seryjny 78678, rok produkcji 2012. Ostatni przegląd okresowy odbył się w dniu 17.01.2024 r. – dokonany w terminie, następny przegląd przypada na lipiec 2024 r. Zgodnie z wpisem aparat sprawny,
- 2) Rezonans magnetyczny Magnetom Avanto DOT, nr seryjny 59006, rok produkcji 2012. Ostatni przegląd okresowy odbył się w dniu 23.01.2024 r. – dokonany w terminie, następny przegląd – lipiec 2024. Zgodnie z wpisem aparat sprawny,
- 3) Rezonans magnetyczny Magnetom Avanto DOT, nr seryjny 57015, rok produkcji 2012. Ostatni przegląd okresowy odbył się w dniu 10.01.2024 r. – dokonany w terminie, termin następnego przeglądu – lipiec 2024 r. Zgodnie z wpisem aparat sprawny,
- 4) Automatyczny wstrzykiwacz kontrastu Opti Vantage nr seryjny CI0212B503, rok produkcji 2012. Ostatni przegląd okresowy odbył się w dniu 21.06.2023 r. – dokonany w terminie, następny przegląd - czerwiec 2024 r. Zgodnie z wpisem aparat sprawny.

[Dowód: akta kontroli str. 99-108]

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

Sprawdzeniem objęto Rejestr skarg i wniosków Zakładu w latach 2022-2023. Zakład prowadzi Rejestr w formie książki rejestrowej.

Sposób rozpatrywania skarg i wniosków został określony w Załączniku Nr 3 do Regulaminu Organizacyjnego - *Zasady przyjmowania skarg i wniosków*.

W okresie kontrolowanym do Zakładu wpłynęła 1 skarga w 2022 r., odpowiedź została udzielona w terminie. Brak natomiast informacji w Rejestrze o zasadności zgłoszonej skargi, dlatego stwierdza się, że 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*”.

Zgodnie z ustawą o działalności leczniczej analiza skargi została przedstawiona na Radzie Społecznej Zakładu, co potwierdza protokół z posiedzenia Rady z dnia 28.04.2023 r.

W okresie objętym kontrolą nie wpłynął żaden wniosek.

[Dowód: akta kontroli str. 109-114]

5. Wykonywanie badań satysfakcji pacjenta.

Ze względu na specyfikę działalności medycznej Zakładu nie ma opracowanej procedury satysfakcji pacjenta, zatem ankiety satysfakcji pacjenta nie są przeprowadzane.

[Dowód: akta kontroli str. 115]

B: Stwierdzone nieprawidłowości:

1. Brak w zawartej umowie na realizację świadczeń zdrowotnych postanowienia dotyczącego zobowiązania przyjmującego zamówienie do prowadzenia określonej sprawozdawczości statystycznej czym naruszono art. 27 ust. 4 pkt. 9 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. działalności leczniczej.
2. Brak określenia w treści umowy na świadczenie zdrowotne szacunkowej wartości brutto zamówienia, zgodnie z obowiązkiem wynikającym z przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (art. 44 ust. 3 pkt. 3),
3. Brak wpisu w rejestrze skarg i wniosków wszystkich niezbędnych informacji umożliwiających kontrolę przebiegu realizacji skarg zgodnie z art. 254 Kodeksu postępowania administracyjnego – brak informacji o zasadności złożonej skargi.

Przyczyny nieprawidłowości:

Niedochowanie należytej staranności w zakresie:

- konstruowania zapisów umów dotyczących udzielania zamówień na świadczenia zdrowotne uwzględniających wszystkie zapisy wskazane w art. 27 ust. 4 i 8 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
- stosowania zapisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 roku o finansach publicznych celem określenia maksymalnej wysokości zobowiązania wynikającego z zawartych umów na świadczenia zdrowotne,
- prowadzenia rejestru skarg i wniosków.

C: Ocena cząstkowa: pozytywna mimo 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.

IV. Prawidłowość gospodarowania mieniem.

A. Ustalenia faktyczne.

W zakresie prawidłowości gospodarowania mieniem kontrolą objęto:

1. Nabycie sprzętu i aparatury medycznej.

Dyrektor Zakładu oświadczył, że w kontrolowanym okresie nie nabyto sprzętu i aparatury medycznej.

[Dowód: akta kontroli str. 116]

2. Zbycie sprzętu i aparatury medycznej.

Dyrektor Zakładu oświadczył, że w okresie kontroli nie zlikwidowano żadnego sprzętu i aparatury medycznej.

[Dowód: akta kontroli str. 117-120]

3. Najem/dzierżawa pomieszczeń.

Dyrektor Zakładu oświadczył, że w okresie objętym kontrolą nie zawarto umów najmu i dzierżawy.

[Dowód: akta kontroli str. 121-122]

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

A. Ustalenia faktyczne:

Ostatnia kontrola w Zakładzie przeprowadzona została przez pracowników Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w terminie 31.05.2021 r. - 18.06.2021 r. Przedmiotem kontroli objęto: realizację zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie, dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych, prawidłowość gospodarowania mieniem oraz środkami publicznymi w latach 2019-2021.

Wydano następujące zalecenia pokontrolne:

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. Uzupelnienia 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.

Dyrektor Zakładu złożył do Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia sprawozdanie o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych w ustawowym terminie.

Sprawdzono realizację zaleceń pokontrolnych w latach 2019-2021 i stwierdzono, że nie są one w pełni wykonane (dot. pkt 4 ppkt 4, 8).

B. Stwierdzona nieprawidłowość:

Nieprawidłowość polegająca na naruszeniu normy § 26 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych, poprzez brak pełnej realizacji zaleceń pokontrolnych i skutecznego usunięcia nieprawidłowości wskazanych w wystąpieniu pokontrolnym z poprzedniej kontroli przeprowadzonej przez podmiot tworzący Zakład.

Przyczyny nieprawidłowości:

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

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.

VI. Pozostałe informacje, zalecenia i pouczenia.

1. Pozostałe informacje.

Pismem z dnia 22 marca 2024 r., znak: NZ-NK.1711.13.2023 (NZ-NK.KW-00123/24) Projekt wystąpienia pokontrolnego został przekazany Dyrektorowi Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Zakładu Diagnostyki Obrazowej w Sosnowcu. Dyrektor Zakładu nie zgłosił w wyznaczonym terminie zastrzeżeń do Projektu wystąpienia pokontrolnego.

2. Zalecenia.

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami zalecam podjąć działania polegające na:

- 1) Uwzględnianiu w treści umów na świadczenia zdrowotne zapisów wskazanych w art. 27 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej;
- 2) Określaniu w treści umów na świadczenia zdrowotne szacunkowej wartości brutto zamówienia, zgodnie z obowiązkiem wynikającym z przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych;

- 3) Prowadzeniu Rejestru skarg i wniosków w sposób umożliwiający pełną kontrolę przebiegu załatwiania poszczególnych spraw;
- 4) Bezwzględnej realizacji zaleceń pokontrolnych wydanych po przeprowadzonej kontroli przez podmiot tworzący.

3. Pouczenia.

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

Wystąpienie pokontrolne zawiera 9 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. ZADZ. DU WOJEWÓDZTWA
Krzyszka Barczyk
Departament ds. podmiotów
leczniczych i Ochrony Zdrowia

