

Katowice, 5 gminie 2024 r.
NZ-NK.1711.2.2024

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

**Centrum Leczenia Oparzeń
im. dr. Stanisława Sakiela
w Siemianowicach Śląskich
ul. Jana Pawła II 2, 41-100 Siemianowice Śląskie**
(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 2024 r. poz. 799),
- 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 2024 rok, załącznik nr 2, poz. 2 zatwierdzonego uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 141/482/VI/2024 z dnia 19 stycznia 2024 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: Centrum Leczenia Oparzeń im. dr. Stanisława Sakiela
ul. Jana Pawła II 2, 41-100 Siemianowice Śląskie.

Kierownik jednostki kontrolowanej:

Pan Mariusz Nowak (od 01.01.2005 r. do nadal).

Dyrektor w okresie objętym kontrolą wykonywał swoje zadania kierownicze i zarządcze przy pomocy:

- Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomicznych
 - Pana Jacka Węgrzyka od 01.01.2018 r. do 06.10.2024 r.
 - Pana Wojciecha Smętka od 07.10.2024 r. do nadal.
- Zastępcy Dyrektora ds. Technicznych – Pana Rafała Pawlaka od 01.08.2012 r. do nadal,
- Główniej Księgowej – Pani Justyny Górkowskiej od 01.12.1998 r. do 30.06.2022 r.
- Główniej Księgowej – Pani Małgorzaty Demiańczuk od 01.07.2022 r. do nadal.

Termin przeprowadzenia czynności kontrolnych i zakres kontroli:

Kontrolę przeprowadzono w dniach 19.02.2024 r. – 19.03.2024 r. w zakresie: wybranych zagadnień z zakresu spraw organizacyjno-finansowych w latach 2022-2024.

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

Osoby przeprowadzające kontrolę:

Barbara Miś – Inspektor Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnienia jednorazowego

Nr 65/NZ/2024 z dnia 13 lutego 2024 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 18 lutego 2024 r.

Katarzyna Bartoszek – Główny Specjalista Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 66/NZ/2024 z dnia 13 lutego 2024 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 18 lutego 2024 r.

Magdalena Majchrzak – Osiecka – Kierownik Referatu ds. organizacyjno-kadrowych Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 64/NZ/2024 z dnia 13 lutego 2024 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 18 lutego 2024 r.

O kontroli Dyrektor jednostki został poinformowany pismem z dnia 13 lutego 2024 r.

Kontrolę wpisano do książki kontroli pod pozycją 20.

[Dowód: akta kontroli str. 1 - 10]

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.

1. Informacje ogólne.

Centrum Leczenia Oparzeń im. dr. Stanisława Sakiela w Siemianowicach Śląskich zwane dalej „Centrum” jest samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej. Funkcję podmiotu tworzącego pełni Województwo Śląskie. Nadzór nad działalnością Centrum sprawuje Zarząd Województwa Śląskiego. Centrum wpisane jest do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego pod numerem 000000013790 oraz posiada osobowość prawną i jest wpisane do Krajowego Rejestru Sądowego w Katowicach pod numerem KRS 0000182167. Siedziba Centrum znajduje się w Siemianowicach Śląskich.

Centrum działa na podstawie:

- 1) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t. j.: Dz. U. z 2024 r. poz. 799) 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 2024 r. poz. 146),
- 3) Statutu Centrum nadanego uchwałą Nr V/12/30/2015 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 21 września 2015 r., którego tekst jednolity został przyjęty uchwałą Nr VI/36/12/2021 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 20 września 2021 r. i ogłoszony w Dzienniku Urzędowym Województwa Śląskiego w dniu 28 września 2021 r. pod pozycją 6062 (Dz. Urz. z dnia 28 października 2021 r., poz. 6062);
- 4) Regulaminu Organizacyjnego, którego ostatnie zmiany do tekstu jednolitego zostały pozytywnie zaopiniowane przez Radę Społeczną Uchwałą Nr 3/2024 z dnia 5 lutego 2024 r. i wprowadzone w życie zarządzeniem Dyrektora Nr 7/2024 z dnia 5 lutego 2024 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 samodzielnych publicznych zakładów 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 Centrum zatrudnienie na dzień 19.02.2024 r. roku wynosiło:

- 297 pracowników w ramach umowy o pracę,
- 3 pracowników w ramach umowy zlecenia,
- 32 pracowników w ramach kontraktu.

[Dowód: akta kontroli str. 11]

2. Prawidłowość wpisów w Krajowym Rejestrze Sądowym.

W okresie objętym kontrolą dokonano jednej zmiany w zapisie Krajowego Rejestru Sądowego (dalej: KRS). Zgłoszenie do KRS z dnia 24.03.2022 r. dotyczy zmiany składu Rady Społecznej na podstawie Uchwały nr 483/318/VI/2022 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 17.03.2022 r. W trakcie kontroli ustalono, iż został dopełniony ustawowy obowiązek wynikający z art. 22 ustawy o Krajowym Rejestrze Sądowym, który wskazuje 7 – dniowy termin na zgłoszenie zmian do KRS. Ustalono, że do Krajowego Rejestru Sądowego zgłoszone zostały wszystkie wymagane prawem informacje.

[Dowód: akta kontroli str. 12 - 27]

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

Regulamin Organizacyjny Centrum (dalej: Regulamin) sporządzony został w oparciu o przepisy art. 24 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej. Ostatnie zmiany do Regulaminu, pozytywnie zaopiniowane przez Radę Społeczną uchwałą nr 3/2024 z dnia 5 lutego 2024 r., zostały wprowadzone w życie Zarządzeniem Dyrektora nr 7/2024 z dnia 5 lutego 2024 r.

W trakcie kontroli sprawdzono zgodność zapisów Regulaminu Organizacyjnego Centrum 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.

Jednocześnie potwierdzono zgodność zapisów Regulaminu w zakresie struktury organizacyjnej komórek działalności medycznej oraz miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych z Księgą Rejestrową w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonym przez Wojewodę Śląskiego według stanu na dzień 19.02.2024 r.

Ponadto stwierdzono, że Centrum spełniło ustawowy wymóg prowadzenia strony podmiotowej BIP, pod adresem: <https://closiemianowice-bip.slaskie.pl> gdzie umieszczano wymagane prawem informacje, zgodnie z ustawą z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej.

[Dowód: akta kontroli str. 28 - 95]

B. Stwierdzone nieprawidłowości: brak.

C. Ocena cząstkowa: pozytywna.

III. Dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych.

A. Ustalenia faktyczne:

Podstawowym celem działalności Centrum jest udzielanie świadczeń zdrowotnych, promocja zdrowia oraz prowadzenie prac badawczo – rozwojowych. Centrum prowadzi działalność medyczną w ramach umów zawartych z NFZ o świadczenie usług medycznych, w siedzibie Centrum zlokalizowanej w Siemianowicach Śląskich przy ul. Jana Pawła II 2.

1. Funkcjonowanie wybranych komórek organizacyjnych.

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

- 1) Oddział Chirurgii Ogólnej,
- 2) Poradnia Chirurgii Plastycznej,
- 3) Ośrodek Hiperbarii Tlenowej.

Ad. 1) Oddział Chirurgii Ogólnej

Oddział wpisany jest do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 001 (kod resortowy identyfikujący komórkę organizacyjną stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych), kod resortowy charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych: 4500 Oddział chirurgiczny ogólny. Oddział został wpisany do Rejestru z dniem 28.09.1998 r. i dysponuje 42 łózkami (w tym 5 łózkami intensywnej opieki medycznej).

W Oddziale udzielane są świadczenia zdrowotne w zakresie leczenia oparzeń i ran przewlekłych. W strukturze Oddziału funkcjonuje odcinek I – oparzenia średnie i lekkie, odcinek II – oparzenia ciężkie, odcinek III – Wieloośrodkowy Zintegrowany Instytut Diagnostyki i Leczenia Ran Przewlekłych (Instytut Ran Przewlekłych). W Oddziale udzielane są świadczenia szpitalne w zakresie: leczenia urazów oparzeniowych (również z urazem towarzyszącym, po zaopatrzeniu w ośrodkach urazowych złamań kości długich, odbarczeniu ciasnoty śródczaszkowej, odbarczeniu odmy i krwiaka opłucnej, po wykonaniu laparotomii leczniczej w przypadku urazu narządów jamy brzusznej, po zaopatrzeniu urazu gałki ocznej, rozwiązaniu lub ocenie braku zagrożenia ciąży, o ile schorzenia te/inne stany zostały wykryte przed przekazaniem pacjenta do Centrum) i odmrożeń, leczenia ran przewlekłych, leczenia piorunujących infekcji tkanek miękkich, leczenia chorych z epidermonekrolizą.

Liczba hospitalizowanych w Oddziale pacjentów wyniosła:

- 1139 w 2022 r.,
- 1049 w 2023 r.,
- 171 w 2024 r. w okresie od 01.01.2024 r. do 19.02.2024 r.

Sprawozdana liczba osób oczekujących na leczenie w Oddziale (stan na 19.02.2024 r.) wynosiła: przypadki pilne – 1, przypadki stabilne – 42.

Ad. 2) Poradnia Chirurgii Plastycznej

Poradnia wpisana jest do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 003 (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: 1550 Poradnia chirurgii plastycznej. Poradnia została wpisana do Rejestru z dniem 28.09.1998 r. W Poradni udzielane są świadczenia ambulatoryjne z zakresu chirurgii plastycznej, w tym m.in. leczenie ran, zmian skórnych, zmian nowotworowych opieka pooparzeniowa, wykonywanie drobnych zabiegów chirurgicznych, zlecenie badań

kp Mio

diagnostycznych i innych świadczeń medycznych niezbędnych w procesie leczenia ambulatoryjnego, kwalifikowanie pacjentów do leczenia szpitalnego.

W okresie objętym kontrolą liczba udzielonych porad wyniosła:

- 2019 w 2022 r.,
- 2304 w 2023 r.,
- 295 w okresie od 01.01.2024 r. do 19.02.2024 r.

Na listę oczekujących, według stanu na dzień 19.02.2024 r., wpisano 46 przypadków pilnych oraz 114 przypadków stabilnych.

Zgodnie z harmonogramem świadczenia udzielane są 5 dni w tygodniu: w poniedziałki w godzinach od 8.30 do 10.00 oraz od 10.35 do 14.35, we wtorki w godzinach od 8.00 do 9.00, w środy w godzinach od 13.00 do 13.15 oraz od 14.00 do 18.00, w czwartki w godzinach od 9.00 do 11.00 oraz od 13.00 do 13.15, w piątki w godzinach od 10.00 do 13.15.

Kontrolujący stwierdzili, że w dniu 19 lutego 2024 r. udzielanie świadczeń zdrowotnych w Poradni odbywało się zgodnie z ustalonym harmonogramem.

Ad. 3) Ośrodek Hiperbarii Tlenowej

Komórka wpisana jest do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 007 (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: 7500 Ośrodek terapii hiperbarycznej. Komórka została wpisana do Rejestru z dniem 22.09.2003 r.

W komórce udziela się świadczeń z zakresu hiperbarii tlenowej dla pacjentów szpitalnych oraz pacjentów ambulatoryjnych zgłaszających się do Ośrodka na podstawie skierowania.

Ośrodek udziela świadczeń zdrowotnych całodobowo.

Liczba świadczeń udzielonych w komórce wyniosła:

- 23657 w 2022 r.,
- 25217 w 2023 r.,
- 3005 w okresie od 01.01.2024 r. do 19.02.2024 r.

[Dowód: akta kontroli str. 96 - 98]

2. Udzielanie zamówień na świadczenia zdrowotne.

Przedmiotem weryfikacji przeprowadzonej przez kontrolujących były zapisy umów:

- 1) Nr 54/GWK/2022 z dnia 26.07.2022 r. dotyczącej wykonywania świadczeń zdrowotnych z zakresu badań patomorfologicznych;
- 2) Nr 59/GWK/2023 z dnia 03.07.2023 r. dotyczącej udzielenia świadczeń zdrowotnych z zakresu badań TK i MR dla pacjentów hospitalizowanych w Oddziałach Centrum.

Ad. 1)

Umowa została zawarta bez przeprowadzenia konkursu ofert na podstawie przepisów art. 26 ust 4 a ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej wyłączających obowiązek udzielenia zamówienia w trybie konkursu ofert z uwagi na wartość umowy poniżej 30 000,00 Euro.

Przedmiotem umowy jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie badań patomorfologicznych.

W ramach czynności kontrolnych ustalono, że umowa zawiera wszystkie niezbędne zapisy określone w art. 27 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Umowa została zawarta w formie pisemnej, na czas określony, tj. od dnia wykonania ostatniej wymaganej usługi określonej w umowie z tym samym udzielającym świadczenia – poprzedzającej

Kp Nio

zawarcie analizowanej umowy - nr 58/2021 z dnia 01.03.2021 r. do dnia 31.12.2022 r. Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach i podpisana przez strony.
W ramach kontroli realizacji umowy sprawdzono fakturę nr 50/10/2022 z dnia 31.10.2022 r.
- stawka jednostkowa zgodna z umową, płatność dokonana zgodnie z umową.

Ad. 2)

Umowa została zawarta bez przeprowadzenia konkursu ofert na podstawie przepisów art. 26 ust. 4 a ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej wyłączających obowiązek udzielenia zamówienia w trybie konkursu ofert z uwagi na wartość umowy poniżej 30 000,00 Euro. Przedmiotem umowy jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań TK i MR dla pacjentów hospitalizowanych w oddziałach Centrum.

W ramach czynności kontrolnych ustalono, że umowa zawiera wszystkie niezbędne zapisy określone w art. 27 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Umowa została zawarta w formie pisemnej, na czas określony, tj. wykonania ostatniej wymaganej usługi określonej w umowie z tym samym udzielającym świadczenia – poprzedzającej zawarcie analizowanej umowy - nr 4/GWK/2023 z dnia 30.12.2022 r. do dnia 31.12.2023 r. lub do wyczerpania kwoty przeznaczonej na wynagrodzenie Przyjmującego zamówienie w zależności od tego, które z tych zdarzeń nastąpi pierwsze. Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach i podpisana przez strony.

W ramach kontroli realizacji umowy sprawdzono fakturę nr FV/127/10/2023 z dnia 31.10.2023 r.
- stawka jednostkowa zgodna z umową, płatność dokonana zgodnie z umową.

[Dowód: akta kontroli str. 99 - 164]

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) Łóżko Enterprise 9000X, typ 9X22GG111BCBOA, rok produkcji 2020, nr inwentarzowy P0613700. Ostatni przegląd okresowy odbył się w dniu 15.03.2023 r. – został dokonany w terminie. Zgodnie z wpisem „urządzenie sprawne technicznie”. Następny przegląd wyznaczony został na marzec 2024 r. W dniu 21.09.2023 r. wykonano reset łóżka oraz kalibrację siłowników.
- 2) Defibrylator, typ Cardio - aid, rok produkcji 1997, nr inwentarzowy 12049830. Ostatni przegląd okresowy odbył się w dniu 22.11.2023 r. – został dokonany w terminie. Zgodnie z wpisem: „Urządzenie sprawne: TAK”. Następny przegląd wyznaczony został do 30 listopada 2024 r.
- 3) Kardiomonitor, typ PVM2703, rok produkcji 2015, nr inwentarzowy 109226. Ostatni przegląd okresowy odbył się w dniu 20.11.2023 r. – został dokonany w terminie. Zgodnie z wpisem: „Urządzenie sprawne technicznie i gotowe do eksploatacji”. Następny przegląd wyznaczony został na listopad 2024 r.
- 4) Stół operacyjny, typ TRI MAX 650 NS KB, rok produkcji 2020, nr inwentarzowy SN: 2A449-S9-0004 006. Ostatni przegląd okresowy odbył się w dniu 18.05.2023 r. – został dokonany w terminie. Zgodnie z wpisem: „Urządzenie sprawne”. Następny przegląd wyznaczony został na maj 2024 r.

[Dowód: akta kontroli str. 165 - 183]

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

Sprawdzeniem objęto Rejestr skarg i wniosków Centrum w okresie od 01.01.2022 r. do 19.02.2024 r. Sposób rozpatrywania skarg i wniosków został określony w obowiązującym do dnia 31.07.2023 r. *Regulaminie przyjmowania, rozpatrywania skarg i wniosków oraz prowadzenia rejestru skarg i wniosków w Centrum Leczenia Oparzeń im. dr. Stanisława Sakiela w Siemianowicach Śląskich*, wprowadzonym Zarządzeniem Wewnętrznym nr 30/2021 Dyrektora Centrum Leczenia Oparzeń im. dr. Stanisława Sakiela w Siemianowicach Śląskich z dnia 31.03.2021 r., a od dnia 1.08.2023 r. w *Regulaminie przyjmowania, rozpatrywania skarg i wniosków oraz prowadzenia rejestru skarg i wniosków w Centrum Leczenia Oparzeń im. dr. Stanisława Sakiela w Siemianowicach Śląskich*, wprowadzonym Zarządzeniem Wewnętrznym nr 36/2023 Dyrektora Centrum Leczenia Oparzeń im. dr. Stanisława Sakiela w Siemianowicach Śląskich z dnia 1.08.2023 r.

Zgodnie z zapisami ww. *Regulaminu*, skargi i wnioski mogą być wnoszone w formie pisemnej i ustnej. Skargi i wnioski w formie pisemnej wnosi się do Biura Dyrektora Centrum. Skarga lub wniosek w formie pisemnej może być przesłana drogą pocztową, kurierską, złożona osobiście w Biurze Dyrektora Centrum, przesłana faxem lub mailem. Skarga lub wniosek ustny może być złożony osobiście lub telefonicznie Dyrektorowi Centrum lub osobie wyznaczonej przez Dyrektora. Skargi i wnioski pacjentów przyjmuje Pełnomocnik ds. Praw pacjenta. Z przyjęcia skargi lub wniosku wniesionych ustnie w obecności pracownika Centrum sporządza się protokół, którego wzór stanowi załącznik do *Regulaminu*.

Zgodnie z regulacjami przyjętymi w *Regulaminie*, Centrum przyjmuje i rozpatruje skargi i wnioski w sposób uwzględniający zasady równego traktowania stron, z zachowaniem zasad obiektywizmu oraz mając na względzie przestrzeganie obowiązujących przepisów prawa. W *Regulaminie* wskazano, iż skargi i wnioski winny być załatwione bez zbędnej zwłoki nie później niż w terminie 30 dni od dnia złożenia. Ponadto, w terminie 14 dni od doręczenia skarżącemu lub wnioskodawcy zawiadomienia o załatwieniu skargi lub wniosku, osobie tej przysługuje prawo złożenia umotywowanego wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy. Wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy jest rozpatrywany w terminie 30 dni od dnia jego otrzymania.

Kontrolujący zwracają uwagę, iż instytucja wniosku o ponowne rozpoznanie sprawy ze skargi, w kształcie uregulowanym w *Regulaminie* Centrum nie wynika z przepisów Kodeksu postępowania administracyjnego. Zgodnie z art. 239 § 1 k.p.a. *W przypadku gdy skarga, w wyniku jej rozpatrzenia, została uznana za bezzasadną i jej bezzasadność wykazano w odpowiedzi na skargę, a skarżący ponowił skargę bez wskazania nowych okoliczności - organ właściwy do jej rozpatrzenia może podtrzymać swoje poprzednie stanowisko z odpowiednią adnotacją w aktach sprawy - bez zawiadamiania skarżącego*. W przytoczony zapisie brak jest terminu na ponowne złożenie skargi, stąd wniosek, iż może być ona ponowiona w każdym czasie. Ponadto, zgodnie z regulacją § 5 pkt 3 *Regulaminu*, w przypadku uchybienia 14-dniowemu terminowi na złożenie umotywowanego wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy ze skargi lub wniosku, „CLO nie jest zobowiązane do ponownego rozpatrzenia skargi lub wniosku”. Zapis taki nie jest zgodny z przytoczonym art. 239 § 1 k.p.a., gdyż wprowadza czasowe ograniczenie na ponowne wniesienie skargi, czego nie przewiduje k.p.a. a także wskazuje, iż Centrum nie jest zobligowane do ponownego rozpoznania skargi, co nie jest równoznaczne z kodeksowym zapisem o „podtrzymaniu swojego poprzedniego stanowiska z odpowiednią adnotacją w aktach sprawy”.

Rejestr skarg i wniosków w Centrum prowadzony jest zgodnie z art. 254 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. *Kodeks postępowania administracyjnego* (t.j.: Dz. U. z 2024 r., poz. 572), czyli w sposób umożliwiający kontrolę przebiegu i terminów załatwiania skarg. Rejestr zawiera m.in. pozycje dotyczące daty wpływu i załatwienia skargi oraz informacje o jej zasadności. W roku 2022 do Centrum wpłynęły 2 skargi, z których 1 uznano za zasadną a 1 za bezzasadną. W roku 2023 r. wpłynęła 1 skarga, którą uznano za zasadną. Od dnia 01.01.2024 r. do dnia przeprowadzenia kontroli do Centrum nie wpłynęła żadna skarga. Odpowiedzi zostały udzielone skarżącym w terminie. Zgodnie z wymogiem wynikającym z treści art. 48 ust. 2 pkt. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej* analiza skarg i wniosków jest przedstawiana okresowo Radzie Społecznej Centrum, co potwierdzają protokoły z posiedzeń Rady Społecznej, stanowiące akta kontroli.

W okresie objętym kontrolą do Centrum nie wpłynął żaden wniosek.

[Dowód: akta kontroli str. 184 - 227]

5. Wykonywanie badań satysfakcji pacjenta.

Badanie satysfakcji pacjenta Centrum jest przeprowadzane na podstawie dokumentu *Polityka Zarządzania Ryzykiem Centrum Leczenia Oparzeń im. dr. Stanisława Sakiela w Siemianowicach Śląskich*. W efekcie prowadzonych badań satysfakcji pacjentów, w Centrum wprowadzane są działania ukierunkowane na poprawę jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych, w oparciu o arkusz identyfikacji ryzyka.

Rejestr ryzyk wprowadzany jest corocznie Zarządzeniem wewnętrznym Dyrektora Centrum (na dzień rozpoczęcia kontroli obowiązywało Zarządzenie Wewnętrzne Dyrektora Centrum Leczenia Oparzeń im. dr. Stanisława Sakiela w Siemianowicach Śląskich w sprawie rejestru ryzyk nr 6/2024 z dnia 26.01.2024 r.)

W Centrum funkcjonują następujące anonimowe wzory Ankiety oceny satysfakcji pacjenta:

- 1) „Opieka szpitalna w Centrum Leczenia Oparzeń w ocenie pacjenta”,
- 2) „Ocena opieki podczas udzielania świadczeń w poradni przyszpitalnej”,
- 3) „Ocena opieki podczas udzielania świadczeń w Pracowni HBO”,
- 4) „Ocena opieki podczas udzielania świadczeń w Zakładzie Medycyny Nuklearnej z Pracownią SPECT/CT”,
- 5) „Ocena weryfikacji procesu leczniczego w Oddziale Rehabilitacji CLO”.

Ankieta dotycząca opieki szpitalnej w Centrum zawiera pytania dotyczące m.in. ogólnej opinii o Szpitalu, przyjęcia do Szpitala, pobytu w Oddziale, oceny leczenia przeciwbólowego, opieki psychologa i opieki rehabilitanta.

Ankieta dotycząca świadczeń udzielanych w Poradni przyszpitalnej zawiera pytania dotyczące m.in. oceny czystości i warunków zapewnionych w gabinecie, sposobu rejestracji pacjentów, czasu oczekiwania na przyjęcie, sposobu traktowania przez personel medyczny czy też uzyskanych w trakcie wizyty informacji.

Ankieta dotycząca opieki podczas udzielania świadczeń w Poradni HBO zawiera pytania o opinię o pracowni i personelu, w tym m.in. o ocenę pracy rejestracji, opieki pielęgniarskiej i lekarskiej.

Ankieta dotycząca udzielania świadczeń w Zakładzie Medycyny Nuklearnej z Pracownią SPECT/CT zawiera pytania dotyczące m.in. wygody oczekiwania na przyjęcie, czystości

i warunków zapewnionych w Pracowni, sposobu traktowania przez personel medyczny czy też czasu oczekiwania na przyjęcie w dniu wizyty.

Ankieta weryfikacji procesu leczniczego w Oddziale Rehabilitacji CLO zawiera m.in. pytania o ocenę staranności prowadzonych zabiegów rehabilitacyjnych, poprawę sprawności ruchowej po przeprowadzonej rehabilitacji ruchowej i zadowolenia z leczenia usprawniającego prowadzonego w Oddziale Centrum.

Kontrolującym przedstawiono analizy ankiet za lata 2022 i 2023, spośród których zweryfikowano analizy ankiet dotyczących opieki szpitalnej.

W przypadku oceny pobytu w szpitalu, w 2022 roku w badaniu ankietowym uczestniczyło 72 % pacjentów, spośród których ponad 90 % oceniło pobyt bardzo dobrze. Najwięcej uwag dotyczyło braku dostępu do bezpłatnej telewizji. Najmniejsza ilość najwyższych ocen pacjentów dotyczyła procedury przyjęcia, głównie czasu oczekiwania na przyjęcie (80,9 % ocen bardzo dobrych) oraz komunikacji z personelem lekarskim w trakcie pobytu w oddziale (83,3% ocen bardzo dobrych).

W roku 2023, ankiety wypełniło 79% pacjentów, spośród których 92 % oceniło bardzo dobrze pobyt w Oddziale szpitalnym Centrum. Oznacza to wzrost liczby pacjentów wypełniających ankietę, jak też ilości najwyższych, pozytywnych ocen uzyskanych w badanym zakresie. Najwięcej uwag dotyczyło wprowadzenia bardziej komfortowych warunków odwiedzin. W porównaniu do roku 2022, polepszeniu uległy oceny dotyczące procedury przyjęcia, w tym czasu oczekiwania na przyjęcie (87% ocen bardzo dobrych w 2023 r., w 2022 r. – 80,9 %) oraz kontaktu z lekarzami (88% najwyższych ocen, w 2022 r. – 83, 3%).

W celu zwiększenia satysfakcji pacjentów ze świadczeń udzielanych w komórkach Centrum, w analizach ankiet zawarto stosowne wnioski dotyczące możliwości rozwiązania kwestii zgłaszanych w uwagach pacjentów.

[Dowód: akta kontroli str. 228 - 363]

B: Stwierdzone nieprawidłowości:

Nieprawidłowość polegająca na wprowadzeniu w zapisach *Regulaminu przyjmowania, rozpatrywania skarg i wniosków oraz prowadzenia rejestru skarg i wniosków w Centrum Leczenia Oparzeń im. dr. Stanisława Sakiela w Siemianowicach Śląskich* regulacji sprzecznej z art. 239 § 1 Kodeksu postępowania administracyjnego.

Przyczyny nieprawidłowości:

- brak należytej staranności w zakresie przestrzegania zapisów ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego

C. Ocena częściowa: pozytywna mimo stwierdzonej nieprawidłowości

D. Osoba odpowiedzialna: Dyrektor – Pan Mariusz Nowak 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.

a) Bronchofiberoskop z wyposażeniem (Pentax)

- zakup sprzętu został sfinansowany ze środków pochodzących z Rządowej Agencji Rezerw Strategicznych z siedzibą przy ul. Grzybowej 45, 00-844 Warszawa,
- protokół odbioru z dnia 19.04.2023 r.,
- dowód przyjęcia OT/271/2023 z dnia 19.04.2023 r.,
- nabycie zostało ujęte w korekcie planu inwestycyjnego na rok 2023 (uchwała Rady Społecznej nr 31/2023 z dnia 22.12.2023 r. w sprawie przyjęcia planu inwestycyjnego na rok 2023),
- nabycie sprzętu zostało pozytywnie zaopiniowane uchwałą nr 32/2023 Rady Społecznej Centrum z dnia 22.12.2023 r.,
- zgodnie z rozdziałem III pkt. 3 ppkt. 7 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 22.12.2021 r., finansowanie nabycia ze środków zewnętrznych w wysokości co najmniej 75% wartości sprzętu/aparatury, wyłącza konieczność wnioskowania do podmiotu tworzącego o akceptację nabycia.

Kontrolujący zwracają uwagę, iż Centrum uzyskało opinię Rady Społecznej w sprawie nabycia bronchofiberoskopu z wyposażeniem dopiero w dniu 22.12.2023 r., a więc po ośmiu miesiącach od daty faktycznego nabycia. Zgodnie z art. 48 ust. 2 pkt 2 lit. e ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej, do zadań Rady Społecznej należy przedstawianie kierownikowi wniosków i opinii w sprawach zakupu lub przyjęcia darowizny nowej aparatury i sprzętu medycznego. Przyjąć należy, iż opinia Rady Społecznej w przedmiotowej sprawie winna być uprzednia, tj. wydana przed dokonaniem zakupu (przed przyjęciem darowizny) a nie po nim. Należy zwrócić również uwagę, iż nabycie zostało wprowadzone do planu inwestycyjnego Centrum, którego zmianę zaopiniowała Rada Społeczna Centrum w dniu 22.12.2023 r., a więc także osiem miesięcy po faktycznym nabyciu bronchoskopu przez Centrum.

b) Komora hiperbaryczna monoplace z wyposażeniem o wartości 970 299,00 zł,

- zakup został ujęty w planie inwestycyjnym na rok 2021 (uchwała Rady Społecznej nr 24/2020 z dnia 15.12.2020 r. w sprawie przyjęcia planu inwestycyjnego na rok 2021),
- zakup został pozytywnie zaopiniowany uchwałą nr 9/2020 Rady Społecznej Centrum z dnia 06.03.2020 r.,
- zgoda podmiotu tworzącego na zakup – pismo z dnia 27.04.2020 r.,
- dowód przyjęcia OT/28/2022 z dnia 15.02.2022 r.,
- protokół odbioru z dnia 09.02.2022 r.,
- zakup potwierdzony fakturą VAT nr 0008/S/2022 z dnia 15.02.2022 r. na kwotę łączną 970 299,00 zł, termin płatności do dnia 18.04.2022 r., zapłacono zgodnie z terminem płatności.

[Dowód: akta kontroli str. 364 - 400]

xp Min

2. Zbycie sprzętu i aparatury medycznej.

W ramach kontroli prawidłowości gospodarowania mieniem sprawdzono procedurę zbycia niżej wymienionych środków trwałych:

a) Fiberbronchoskop – model FB-18V, nr inwentarzowy 1/802/1809; nr fabryczny AO10174; data zakupu 2002 r.; wartość początkowa 79 670,27 zł; umorzenie 100%:

- ocena stanu technicznego ww. sprzętu z dnia 22.12.2020 r.,
- pozytywna opinia Rady Społecznej Centrum dotycząca likwidacji (kasacji) ww. sprzętu wyrażona uchwałą nr 7/2021 z dnia 29.04.2021 r.,
- zgoda podmiotu tworzącego na zbycie nie była wymagana,
- dowód LT/6/2022 z dnia 02.11.2022 r.,
- zgodnie z uzyskanymi wyjaśnieniami, fizyczna likwidacji ww. sprzętu nie została jeszcze przeprowadzona i planowana jest na trzeci kwartał 2024 roku.

Kontrolujący zwracają uwagę, iż zgodnie z § 10 ust. 6 „Zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie” sprzedaż ruchomego środka trwałego lub jego kasacja powinna zostać zakończona w terminie nie dłuższym niż rok od daty wydania w przedmiotowej sprawie opinii przez radę społeczną zakładu.

b) Aparatura monitorująca pacjenta z osprzętem, nr inwentarzowy 1/802/1495; data zakupu 1998 r.; wartość początkowa 95 106,56 zł; umorzenie 100%:

- sprzęt sprawny, przeznaczony do przekazania w darowiźnie Fundacji „Moc Przyszłości” w ramach kontynuacji akcji „Śląski Konwój dla Ukrainy”;
- pozytywna opinia Rady Społecznej Szpitala dotycząca zbycia (w formie darowizny) ww. sprzętu wyrażona uchwałą nr 9/2023 z dnia 20.02.2023 r.;
- zgoda podmiotu tworzącego na przekazanie ruchomego środka trwałego w formie darowizny wyrażona uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 378/404/VI/2023 z dnia 27.02.2023 r. *w sprawie wyrażenia zgody na przekazanie darowizny w postaci ruchomych środków trwałych przez 18 SPZOZ dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie na rzecz Fundacji „Moc Przyszłości” w Wierchosławicach;*
- dowód LT/6/2023 z dnia 27.02.2023 r.;
- umowa darowizny przedmiotowego sprzętu zawarta w dniu 6.03.2023 r.;
- protokół zdawczo – odbiorczy z dnia 10.03.2023 r.;
- oświadczenie Obdarowanego z dnia 07.02.2024 r. w związku z wykonaniem Umowy Darowizny zawartej w dniu 06.03.2023 r., zgodnie z którym darowizna została przekazana i wykorzystana zgodnie z umową darowizny.

[Dowód: akta kontroli str. 401 - 446]

3. Najem/dzierżawa pomieszczeń.

W ramach kontroli sprawdzeniem objęto prawidłowość zawarcia umowy najmu:

a) Umowa najmu nr 37/DTT/2022 z dnia 19.04.2022 r.

- Przedmiotem umowy jest najem części nieruchomości o powierzchni użytkowej 2 m², w miejscu znajdującym się w holu głównym budynku Centrum celem zainstalowania i eksploatacji dwóch urządzeń samosprzedających artykuły spożywcze z prawem korzystania z dostępu do energii elektrycznej.
- Umowa została zawarta na czas oznaczony od dnia 23.04.2022 r. do dnia 31.05.2025 r.
- Rada Społeczna Centrum uchwałą nr 5/2022 z dnia 04.02.2022 r. pozytywnie zaopiniowała wynajęcie przedmiotowej nieruchomości. Zgoda podmiotu tworzącego na wynajęcie

ww. powierzchni nie była wymagana.

- Umowa zawiera wszystkie zapisy określone w § 3 Zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie.
- Objęta kontrolą faktura VAT nr 60/FSN/2023 z dnia 02.05.2023 r. w zakresie najmu oraz opłaty ryczałtowej za wodę i energię została wystawiona zgodnie z treścią umowy. Fakturę opłacono w terminie.

b) Umowa najmu nr 18/OR/2022 z dnia 2.03.2022 r.,

- Przedmiotem umowy jest najem wyodrębnionego lokalu (wraz z wyposażeniem) o łącznej powierzchni użytkowej 81,56 m², znajdującego się w budynku Centrum, objętego wpisem do Księgi Wieczystej nr I/00019919/1, z prawem do korzystania z mediów takich jak energia elektryczna, energia cieplna, woda i kanalizacja.
- Umowa została zawarta na czas oznaczony od dnia 03.03.2022 r. do dnia 28.02.2025 r.
- Rada Społeczna Centrum uchwałą nr 4/2022 z dnia 04.02.2022 r. pozytywnie zaopiniowała wynajęcie przedmiotowej nieruchomości. Zgoda podmiotu tworzącego na wynajęcie ww. powierzchni nie była wymagana.
- Umowa zawiera wszystkie zapisy określone w § 3 Zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie.
- Objęta kontrolą faktura VAT nr 54/FSN/2022 z dnia 06.05.2023 r. w zakresie najmu oraz opłat komunalnych została wystawiona zgodnie z treścią umowy. Fakturę opłacono w terminie.

[Dowód: akta kontroli str. 447 - 483]

4. Inwestycje współfinansowane z dotacji celowych Województwa Śląskiego.

W okresie objętym kontrolą Centrum nie korzystało ze środków z dotacji Województwa Śląskiego.

B. Stwierdzone nieprawidłowości/uchybień oraz przyczyny stwierdzonych nieprawidłowości/uchybień:

1. Nieprawidłowość polegająca na braku uzyskania opinii Rady Społecznej w sprawie nabycia sprzętu medycznego przed faktycznym nabyciem, co stanowi naruszenie art. 48 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

2. Uchybienie polegające na braku przestrzegania zapisów § 10 „Zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie” w zakresie sprzedaży lub kasacji zbywanego sprzętu i aparatury medycznej przez Centrum w terminie nie dłuższym niż rok od daty wydania w przedmiotowej sprawie opinii przez Radę Społeczną Centrum.

Przyczyny uchybień i nieprawidłowości:

- brak należytej staranności w zakresie przestrzegania zapisów art. 48 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
- niedochowanie należytej staranności w zakresie przestrzegania zapisów § 10 „Zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie”.

C. Ocena częściowa: pozytywna mimo stwierdzonej nieprawidłowości oraz uchybienia.

D. Osoba odpowiedzialna: Dyrektor – Pan Mariusz Nowak na podstawie art. 46 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, zgodnie z którym odpowiedzialność za zarządzanie podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą ponosi kierownik.

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

Ogłaszanie i przeprowadzanie konkursów na stanowiska kierownicze

Kontrola realizacji zadań na gruncie art. 49 ust. 1 pkt 2 - 5, ust. 2 – 6a ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej wykazała, iż w okresie objętym kontrolą, tj. lata 2022-2024 w Centrum Leczenia Oparzeń im. dr. Stanisława Sakiela w Siemianowicach Śląskich nie zostały zakończone żadne konkursy - w toku są trzy postępowania konkursowe na stanowiska kierownicze wskazane w art. 49 ww. ustawy.

Prowadzone postępowania konkursowe na stanowiska kierownicze:

Zgodnie z informacją uzyskaną od Kontrolowanego rozpoczęto procedurę konkursową na stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Chirurgii Ogólnej Odcinek I, Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii i Oddziału Rehabilitacji, tj. wystosowano pisma do Śląskiej Izby Lekarskiej oraz Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych z prośbą o wytypowanie przedstawicieli do komisji konkursowych (do dnia przeprowadzenia kontroli przez pracowników UMWSL Kontrolowany otrzymał odpowiedź jedynie ze Śląskiej Izby Lekarskiej).

Zgodnie z zapisami §3 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą, komisję konkursową powołuje się w terminie 2 miesięcy od dnia zwolnienia stanowiska objętego konkursem. Z przedstawionych przez Kontrolowanego dokumentów wynika, iż zwolnienie stanowiska pielęgniarki oddziałowej Oddziału Chirurgii Ogólnej Odcinek I nastąpiło w sierpniu 2022 roku, natomiast do dnia przeprowadzenia kontroli przez pracowników UMWSL nie wszczęto postępowania konkursowego na powyższe stanowisko (powołanie komisji konkursowej wszczyna postępowania konkursowe).

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

- 1) Oddział Chirurgii Ogólnej Odcinek I: pełnomocnik zarządzający kontraktem, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
- 2) Oddział Chirurgii Ogólnej Odcinek II: pełnomocnik zarządzający kontraktem, pielęgniarka oddziałowa;
- 3) Oddział Chirurgii Plastycznej: pełnomocnik zarządzający kontraktem, pielęgniarka oddziałowa;
- 4) Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii: pełnomocnik zarządzający kontraktem, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
- 5) Oddział Rehabilitacji: pełnomocnik zarządzający kontraktem, pielęgniarka oddziałowa.

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

Pracą całego personelu pielęgniarskiego kieruje naczelna pielęgniarka, natomiast zespołem

pielęgniarskim na poszczególnych oddziałach zarządzają pielęgniarki oddziałowe lub osoby pełniące obowiązki pielęgniarki oddziałowej.

Ww. stanowiska określone zostały zarówno w Regulaminie Organizacyjnym Centrum Leczenia Oparzeń im. dr. Stanisława Sakiela w Siemianowicach Śląskich, jak i załączniku nr 2 (Tabela płacy zasadniczej) oraz nr 4 (Wykaz dodatków - funkcyjnych, naukowych, innych oraz za wykonywanie i asystowanie przy badaniach endoskopowych) do Regulaminu Wynagradzania Pracowników w Centrum Leczenia Oparzeń im. dr. Stanisława Sakiela w Siemianowicach Śląskich.

[Dowód: akta kontroli str. 484 - 592]

B: Stwierdzone nieprawidłowości oraz przyczyny, zakres i skutki stwierdzonych nieprawidłowości:

- a) przeprowadzenie postępowania konkursowego niezgodnie z zapisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą w zakresie dot. §3 ust. 2 ww. rozporządzenia tj. powołania komisji konkursowej w terminie 2 miesięcy od dnia zwolnienia stanowiska objętego konkursem.

Skutki nieprawidłowości:

- naruszenie zapisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą (Dz. U. z 2021 r., poz. 430).

C: Ocena cząstkowa: pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości

D: Osoba odpowiedzialna:

Dyrektor – Pan Mariusz Nowak, 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. Realizacja zaleceń pokontrolnych z poprzedniej kontroli prowadzonej przez Departament Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego.

A. Ustalenia faktyczne:

Ostatnia kontrola w Centrum przeprowadzona została przez pracowników Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego w terminie 27.09 - 29.10.2021 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. Nie wydano zaleceń pokontrolnych.

VII. Pozostałe informacje, zalecenia i pouczenia.

1. Pozostałe informacje.

Pismem z dnia 6 września 2024 r., znak: NZ-NK.1711.2.2024 (NZ-NK.KW-00309/24) Projekt wystąpienia pokontrolnego został przekazany Dyrektorowi Centrum Leczenia Oparzeń im. dr. Stanisława Sakiela w Siemianowicach Śląskich.

HP
Kto
Kto

Dyrektor Centrum nie zgłosił w wyznaczonym terminie zastrzeżeń do Projektu wystąpienia pokontrolnego.

2. Zalecenia.

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

1. Usunięciu w zapisach *Regulaminu przyjmowania, rozpatrywania skarg i wniosków oraz prowadzenia rejestru skarg i wniosków w Centrum Leczenia Oparzeń im. dr. Stanisława Sakiela w Siemianowicach Śląskich* regulacji niezgodnych z art. 239 § 1 Kodeksu postępowania administracyjnego;
2. Każdorazowym pozyskiwaniu opinii Rady Społecznej w sprawie nabycia sprzętu medycznego zgodnie z art. 48 ust. 2 pkt 1 lit. a oraz pkt 2 lit. e ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, przed faktycznym nabyciem sprzętu;
3. Przestrzeganiu zapisów Zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie w szczególności w zakresie obowiązku zakończenia procedury sprzedaży lub kasacji ruchomego środka trwałego w ciągu roku od daty wydania opinii przez Radę Społeczną Centrum;
4. Przestrzeganiu zapisów § 3 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą, w zakresie powołania Komisji Konkursowej w terminie 2 miesięcy od dnia zwolnienia stanowiska objętego konkursem.

3. Pouczenia.

Wystąpienie pokontrolne sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, z których jeden przekazuje się do Centrum Leczenia Oparzeń im. dr. Stanisława Sakiela w Siemianowicach Śląskich.

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. ZARZĄD WOJEWÓDZTWA
Agnieszka Barczyk
Dyrektor
Departament ds. podmiotów
Leczniczych i ochrony zdrowia

