

Katowice, 23 grudnia 2024 r.
NZ-NK.1711.11.2024

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

**Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii
w Bystrej
ul. J. Fałata 2, 43-360 Bystra**
(oznaczenie podmiotu kontrolowanego)

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

z kontroli przeprowadzonej na podstawie:

- 1) art. 121 oraz 122 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (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. 5 zatwierdzonego uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 141/482/VI/2024 z dnia 19.01.2024 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 Pulmonologii i Torakochirurgii w Bystrej, ul. J. Fałata 2, 43-360 Bystra.

Kierownik jednostki kontrolowanej:

Pani Urszula Kuc – Dyrektor Centrum od dnia 1 lutego 2006 r. do nadal.

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

- Zastępcy Dyrektora ds. medycznych – Pani Anny Ładoś - Krupa,
- Zastępcy Dyrektora ds. administracyjno – eksploatacyjnych – Pani Iwony Pach,
- Główniej Księgowej – Pani Ewy Zajda

oraz kierowników komórek organizacyjnych.

Termin przeprowadzenia czynności kontrolnych i zakres kontroli:

Kontrolę przeprowadzono w dniach 11.07.2024 r. – 09.08.2024 r. w zakresie: wybranych zagadnień z zakresu spraw organizacyjno-finansowych w latach 2022-2024.

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

Osoby przeprowadzające kontrolę:

Magdalena Majchrzak - Osiecka – Kierownik Referatu ds. organizacyjno – kadrowych Departamentu Nadzoru Podmiotów Lecznich i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 388/NZ/2024 z dnia 08.07.2024 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 08.07.2024 r.

Agnieszka Wnuk – Główny specjalista Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 389/NZ/2024 z dnia 08.07.2024 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 08.07.2024 r.

Monika Zębala- Lis – Inspektor Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 390/NZ/2024 z dnia 08.07.2024 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 08.07.2024 r.

O kontroli Dyrektor jednostki została poinformowana pismem z dnia 08.07.2024 r.

Kontrolę wpisano do książki kontroli pod pozycją 3.

[Dowód: akta kontroli str. 1-9]

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.

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

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 przyjętego Uchwałą Nr V/12/5/2015 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 21.09.2015 r., tekst jednolity: Dz. Urz. Województwa Śląskiego z dnia 5.10.2017 r. poz. 5311;
- 4) Regulaminu Organizacyjnego, którego ostatnie zmiany, pozytywnie zaopiniowane przez Radę Społeczną Uchwałą Nr 38/2023 z dnia 18.12.2023 r., wprowadzone zostały w życie Zarządzeniem Nr 108/2023 Dyrektor Centrum z dnia 19.12.2023 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. z późn.zm.,
 - 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 11.07.2024 r. roku wynosiło:

- 297 pracowników w ramach umowy o pracę,
- 16 pracowników w ramach umowy zlecenia,
- 73 pracowników w ramach kontraktu.

[Dowód: akta kontroli str. 10-11]

1. Prawidłowość wpisów w Krajowym Rejestrze Sądowym.

Ostatnie zgłoszenie do Krajowego Rejestru Sądowego z dnia 27.03.2024 r. dotyczyło powołania nowej kadencji Rady Społecznej Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii w Bystrej. Centrum zgłosiło do KRS nowy skład Rady Społecznej, powołany uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 663/494/VI/2024 z dnia 20.03.2024 r. Zgłoszone zmiany zostały wprowadzone do KRS w dniu 05.04.2024 r.

Weryfikacja dokumentacji wykazała, że Centrum dopełniło ustawowego obowiązku wynikającego z art. 22 ustawy o Krajowym Rejestrze Sądowym z dnia 20 sierpnia 1997 r. (t. j.: Dz. U. z 2023 r. poz. 683 z późn. zm.), na zgłoszenie zmian do KRS.

Ustalono, że do Krajowego Rejestru Sądowego zgłoszone zostały wszystkie wymagane prawem informacje.

[Dowód: akta kontroli str. 12-26]

2. 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 38/2023 z dnia 18.12.2023 r., zostały wprowadzone w życie Zarządzeniem Dyrektora Centrum nr 108/2023 z dnia 19.12.2023 r.

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

Kontrolujący stwierdzili, że cele oraz zadania podmiotu leczniczego widniejące w Regulaminie Organizacyjnym Centrum nie są w pełni tożsame z celami i zadaniami widniejącymi w Statucie, co obrazuje poniższa tabela:

Regulamin Organizacyjny Centrum Rozdział II. Cele i zadania § 3:	Statut Centrum Rozdział 2 Cele i zadania § 3 i 4:
1. Centrum realizuje cele i zadania określone w Statucie. 2. Celem podstawowym jest prowadzenie działalności leczniczej, pielęgnacyjnej, promocji i profilaktyki zdrowia, z uwzględnieniem stałego podnoszenia jakości świadczonych usług. 3. Centrum realizuje również zadania dydaktyczne, w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w szczególności uczestniczy w kształceniu osób wykonujących zawód medyczny oraz osób przygotowujących się do wykonywania zawodu medycznego poprzez prowadzenie staży podyplomowych, specjalizacji, szkoleń w zakresie uzyskiwania umiejętności z zakresu	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 wykonywania; 2. promocja zdrowia. Do zadań Centrum należy: 1. udzielanie stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych szpitalnych; 2. udzielanie stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne; 3. udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych; 4. prowadzenie działalności diagnostycznej; 5. świadczenie usług farmaceutycznych; 6. zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze i sprzęt rehabilitacyjny;

dziedzin medycyny lub udzielania określonych świadczeń zdrowotnych, a także praktyk zawodowych. 4. Centrum prowadzi działalność w zakresie podmiotu dysponującego i zarządzającego Obiektem „APARTAMENTY BYSTRA” poprzez świadczenie usług turystycznych, w tym w szczególności usług hotelarskich w rozumieniu ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o usługach turystycznych, za wyjątkiem usług w zakresie organizowania imprez turystycznych oraz pośredniczenia na zlecenie klientów w zawieraniu umów o świadczenie usług turystycznych. 5. Centrum realizuje Politykę Jakości Systemu Zarządzania oraz Standardy Akredytacyjne Ministra Zdrowia w zakresie monitorowania jakości świadczeń zdrowotnych, poprzez stałą poprawę skuteczności działań w zakresie jakości świadczonych usług oraz bezpieczeństwa pracy, przy stałym spełnianiu wymagań prawnych oraz podnoszeniu kwalifikacji i zaangażowania wszystkich pracowników. Wszyscy pracownicy Centrum są zobowiązani do realizacji Polityki Jakości Systemu Zarządzania oraz Standardów Akredytacyjnych i współpracy z Pełnomocnikiem ds. Systemu Zarządzania Jakością i Akredytacji w zakresie wdrażania i doskonalenia systemów zarządzania jakością	7. prowadzenie działań z zakresu zdrowia publicznego, w tym profilaktyka chorób, promocja zdrowia i edukacja zdrowotna; 8. uczestniczenie w realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia; 9. uczestniczenie w przygotowywaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i kształceniu osób wykonujących zawody medyczne na zasadach określonych w odrębnych przepisach regulujących kształcenie tych osób; 10. orzekanie o stanie zdrowia i czasowej niezdolności do pracy; 11. realizacja zleconych przez właściwy organ określonych zadań związanych z obroną cywilną, sprawami obronnymi i ochroną ludności”.
---	--

Podczas kontroli sprawdzono również prawidłowość procesu dokonywania zmian w strukturze organizacyjnej Centrum w oparciu o *Procedurę postępowania w przypadku dokonywania zmian dotyczących struktury organizacyjnej zakładów leczniczych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie*, wprowadzoną Uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 2/303/VI/2022 z dnia 05.01.2022 r.

Przebieg zmian zweryfikowano pod względem uzyskania opinii Rady Społecznej Centrum w związku z dokonywaną zmianą, uzyskaniem akceptacji podmiotu tworzącego a także zgłoszeniem zmian w strukturze organizacyjnej do Rejestru. Stwierdzono, że ww. procedury zostały zachowane.

Jednocześnie potwierdzono zgodność zapisów Regulaminu Organizacyjnego Centrum 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 11.07.2024 r.

Centrum pod adresem: <http://www.bip.szpitalbystra.pl/> prowadzi odrębną stronę BIP, do której odniesienie znajduje się na stronie internetowej Centrum. Kontrola treści zawartych na stronie internetowej Centrum wykazała, że zawiera ona informacje wymagane przez art. 24 ust 2 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Ponadto, stwierdzono, że Szpital 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.

Ad

B. Stwierdzone nieprawidłowości:

Nieprawidłowość polegająca na niepełnej realizacji przepisu art. 24 ust. 1 pkt 2 w związku z art. 42 ust 2 pkt 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej w zakresie niespójnego określenia celów i zadań Centrum w Regulaminie Organizacyjnym względem zapisów ujętych w Statucie.

Przyczyna nieprawidłowości:

Niedochowanie należytej staranności w zakresie określenia w Regulaminie celów i zadań Centrum nie będących w pełni tożsamymi z wyszczególnionym w Statucie.

C. Ocena cząstkowa: pozytywna mimo stwierdzonej nieprawidłowości.

D. Osoby odpowiedzialne: Dyrektor Szpitala 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.

[Dowód: akta kontroli str. 27-108]

III. Dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych.

A. Ustalenia faktyczne:

1. Funkcjonowanie wybranych komórek organizacyjnych.

W ramach prowadzonych czynności szczególną kontrolą objęto funkcjonowanie wybranych komórek działalności medycznej:

1. Oddziału Pulmonologiczno – Onkologicznego z Chemioterapią,
2. Oddziału Chirurgii Klatki Piersiowej i Nowotworów,
3. Poradni Onkologicznej.

Ad. 1) Oddział Pulmonologiczno – Onkologiczny z Chemioterapią

Oddział wpisany jest do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 001 (kod resortowy identyfikujący komórkę organizacyjną stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych), kod resortowy charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych: 4272 oddział chorób płuc. Przedmiotowa komórka organizacyjna została wpisana do Rejestru z dniem 31.12.1993 r. i dysponuje 32 łózkami. W Oddziale wykonywana jest diagnostyka i leczenie chorób układu oddechowego, w tym pacjentów ze zdiagnozowanymi nowotworami układu oddechowego w ramach chemioterapii i programu lekowego.

W Oddziale zatrudnionych jest 9 lekarzy, 33 pielęgniarki i 1 psycholog.

W okresie objętym kontrolą liczba hospitalizowanych pacjentów wyniosła:

- 4 503 w 2022 r.,
- 4 297 w 2023 r.,
- 2 463 do dnia 11.07.2024 r.

Na listę oczekujących, według stanu na dzień rozpoczęcia kontroli, wpisano 92 osoby (92 przypadków stabilnych i 0 przypadków pilnych).

Funkcjonowanie ww. komórki organizacyjnej w zakresie udzielania świadczeń nie budzi zastrzeżeń.

Ad. 2) Oddział Chirurgii Klatki Piersiowej i Nowotworów

Oddział wpisany jest do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Lecniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 009 (kod resortowy identyfikujący komórkę organizacyjną stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych), kod resortowy charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych: 4520 Oddział chirurgii klatki piersiowej. Przedmiotowa komórka organizacyjna została wpisana do Rejestru z dniem 31.12.1993 r. i dysponuje 30 łózkami. Oddział zajmuje się diagnostyką i leczeniem chirurgicznym chorób płuc. W ww. komórce działalności medycznej hospitalizowani są również pacjenci z urazami klatki piersiowej.

W Oddziale zatrudnionych jest 8 lekarzy i 21 pielęgniarek.

W okresie objętym kontrolą liczba hospitalizowanych pacjentów wyniosła:

- 1 471 w 2022 r.,
- 1 648 w 2023 r.,
- 926 do dnia 11.07.2024 r.

Na listę oczekujących, według stanu na dzień rozpoczęcia kontroli, wpisano 48 osób (48 przypadków stabilnych oraz 0 przypadków pilnych).

Funkcjonowanie ww. komórki organizacyjnej w zakresie udzielania świadczeń nie budzi zastrzeżeń.

Ad. 3) Poradnia Onkologiczna

Poradnia wpisana jest do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Lecniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 042 (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: 1240 Poradnia Onkologiczna. Przedmiotowa komórka organizacyjna wpisana została do Rejestru z dniem 15.10.2012 r. W Poradni realizowane są świadczenia zdrowotne w zakresie diagnostyki i leczenia chorób nowotworowych oraz kontrola pacjentów w trakcie i po leczeniu onkologicznym. Prowadzone jest również leczenie ambulatoryjne w ramach onkologicznego programu lekowego i badań klinicznych.

W Poradni zatrudnionych jest 6 lekarzy oraz 2 pielęgniarki.

W okresie objętym kontrolą liczba udzielonych porad wyniosła:

- 591 w 2022 r.,
- 2 759 w 2023 r.,
- 1 884 do dnia 11.07.2024 r.

Na listę oczekujących, według stanu na dzień rozpoczęcia kontroli, wpisano 137 osób (6 przypadków pilnych oraz 131 stabilnych).

Zgodnie z harmonogramem świadczenia udzielane są 5 dni w tygodniu: poniedziałek 14:45-18:00, wtorek i środa 15:00-19:00, czwartek 15:00-18:00 oraz od poniedziałku do piątku 7:00-9:00 (realizacja programu lekowego). W dniu przeprowadzenia kontroli w siedzibie Centrum (11.07.2024 r. - czwartek) Poradnia działała zgodnie z harmonogramem.

Funkcjonowanie ww. komórki organizacyjnej w zakresie udzielania świadczeń nie budzi zastrzeżeń.

[Dowód: akta kontroli str. 109-111]

2. Udzielanie zamówień na świadczenia zdrowotne.

Przedmiotem weryfikacji przeprowadzonej przez kontrolujących były zapisy umów:

- 1) Nr DzKsiDM 49/2023 z dnia 27.09.2023 r.;
- 2) Nr DzKsiDM 81/2023 z dnia 29.12.2023 r.;

Ad. 1)

Umowa została zawarta w wyniku przeprowadzonego przez Centrum postępowania konkursowego, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. Przedmiotem umowy jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania następujących świadczeń zdrowotnych usg piersi, usg węzłów chłonnych, biopsji cienkoigłowej i gruboigłowej piersi dla pacjentów Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii w Bystrej.

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 01.10.2023 r. do 30.09.2024 r. oraz wskazuje maksymalną wartość zamówienia. Została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach i podpisana przez strony. W ramach kontroli realizacji umowy sprawdzono faktury nr:

- 12/2024 z dnia 29.02.2024 r. – stawka jednostkowa zgodna z umową, płatność dokonana w terminie,
- 19/2024 z dnia 31.03.2024 r. – stawka jednostkowa zgodna z umową, płatność dokonana w terminie.

Ad. 2)

Umowa została zawarta w wyniku przeprowadzonego przez Centrum postępowania konkursowego, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Przedmiotem umowy jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie radioterapii onkologicznej (konsultacje).

Umowa została zawarta w formie pisemnej, na czas określony, tj. od dnia 01.01.2024 r. do dnia 31.12.2025 r. oraz wskazuje maksymalną wartość zamówienia. Została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach i podpisana przez strony. W oparciu o treść art. 27 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej stwierdza się, że umowa nie zawiera wszystkich wymaganych zapisów:

- brak wskazania minimalnej liczby osób udzielających określonych świadczeń zdrowotnych (art. 27 ust. 4 pkt. 3).

W ramach kontroli realizacji umowy sprawdzono faktury nr:

- 2/2024 z dnia 31.07.2024 r. – stawka jednostkowa zgodna z umową, płatność dokonana w terminie,
- 6/2024 z dnia 30.03.2024 r. – stawka jednostkowa zgodna z umową, płatność dokonana w terminie.

[Dowód: akta kontroli str. 112-141]

3. Serwisowanie aparatury oraz sprzętu medycznego.

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

- 1) Inhalator, nr seryjny/fabryczny: 032834, rok produkcji: 2011 r. Ostatni przegląd okresowy odbył się w dniu 23 sierpnia 2023 r., dokonany w terminie. Kolejny przegląd powinien zostać

- wykonany do sierpnia 2024 r., zgodnie z wpisem „inhalator sprawny”,
- 2) Pulsoksymetr typ MD-2000A, nr seryjny/fabryczny: 111511600060, rok produkcji: 2011 r. Ostatni przegląd okresowy odbył się 11 lipca 2024 r., dokonany w terminie. Kolejny przegląd powinien zostać wykonany do lipca 2025 r., zgodnie z wpisem „urządzenie sprawne, test zakończony pozytywnie”,
 - 3) Koncentrator tlenu typ EverFlo, nr seryjny/fabryczny: 2033810, rok produkcji: 2020 r., data rozpoczęcia eksploatacji: 28 kwietnia 2020 r. Ostatni przegląd okresowy odbył się 23 maja 2024 r., dokonany w terminie. Kolejny przegląd powinien zostać wykonany do maja 2025 r., zgodnie z wpisem: „sprzęt sprawny”.
 - 4) Pompa infuzyjna jednostrzykawkowa, nr seryjny/fabryczny: 2374/08, data rozpoczęcia eksploatacji: 2008 r. Ostatni przegląd okresowy odbył się w dniu 27 lutego 2024 r., dokonany w terminie. Kolejny przegląd powinien zostać wykonany do lutego 2025 r., zgodnie z wpisem „aparat sprawny technicznie i bezpieczny w eksploatacji”.

[Dowód: akta kontroli str. 142-150]

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 01.01.2022r. do 11.07.2024r. Sposób rozpatrywania skarg i wniosków został określony w obowiązującym do dnia 5.11.2023 r. *Regulaminie przyjmowania, rozpatrywania skarg i wniosków oraz prowadzenia rejestru skarg i wniosków w Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii w Bystrej*, wprowadzonym Zarządzeniem Wewnętrznym nr 42/2020 Dyrektor Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii w Bystrej z dnia 28.09.2020 roku, a od dnia 6.11.2023 roku w *Regulaminie przyjmowania, rozpatrywania skarg i wniosków oraz prowadzenia rejestru skarg i wniosków w Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii w Bystrej* wprowadzonym Zarządzeniem Wewnętrznym nr 82/2023 Dyrektor Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii w Bystrej z dnia 6.11.2023 r.

Zgodnie z zapisami ww. Regulaminu, skargi i wnioski mogą być składane ustnie, jak i w formie pisemnej. Skarga lub wniosek mogą być przesłane w następujących formach: pocztą tradycyjną, kurierem, elektronicznie – email oraz poprzez e-PUAP. Skarga lub wniosek może być złożony osobiście Dyrektorowi Centrum lub osobiście osobie wyznaczonej przez Dyrektora Centrum. Dokument ten określa również sposób prowadzenia w Centrum „Rejestru skarg i wniosków” oraz tryb ich rozpatrywania.

Analiza prowadzonego przez Centrum Rejestru skarg i wniosków wykazała, że zawiera on wszystkie niezbędne rubryki oraz prowadzony jest w sposób umożliwiający kontrolę przebiegu danej sprawy, w tym terminowość jej załatwienia;

- w roku 2022r. wpłynęły 4 skargi, z których 1 uznana została za zasadną, natomiast pozostałe 3 za niezasadne. Odpowiedzi udzielono skarżącym w terminie, nie wpłynęły żadne wnioski;
- w roku 2023 r. wpłynęło 5 skarg, z których 5 uznanych zostało za niezasadne. Odpowiedzi udzielono skarżącemu w terminie, nie wpłynęły żadne wnioski;
- w roku 2024 r. (na dzień 11.07.2024 r.) wpłynęła 1 skarga, uznana za niezasadną. Odpowiedzi udzielono skarżącemu w terminie, nie wpłynęły żadne wnioski.

Zgodnie z art. 48 ust. 2 pkt 3 ustawy o działalności leczniczej Rada Społeczna dokonuje okresowych analiz skarg i wniosków wnoszonych przez pacjentów, z wyłączeniem spraw podlegających nadzorowi medycznemu. Przykładowe protokoły z posiedzeń Rady Centrum (lata 2022 oraz 2023), stanowią akta kontroli. Z uzyskanych od Centrum informacji wynika,

że analiza skarg i wniosków za rok bieżący odbędzie się na ostatnim posiedzeniu Rady w grudniu 2024 r.

[Dowód: akta kontroli str. 151-167]

5. Wykonywanie badań satysfakcji pacjenta.

Badania ankietowe satysfakcji pacjenta prowadzone są w Centrum zgodnie z wymogami ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia oraz wprowadzonego w Placówce standardu akredytacyjnego - Poprawa Jakości (PJ 3 oraz PJ1.6). Badania prowadzone są przynajmniej raz w roku - w formie anonimowej ankiety, na podstawie wydanych przez Dyrektora Centrum Zarządzeń w danym roku, tj. m.in.:

- nr 67/2022 z dnia 19.10.2022 r. (dot. wprowadzenia badania w dniach 24.10.2022 r. – 24.11.2022 r.),
- nr 35/2023 z dnia 05.06.2023 r. (dot. wprowadzenia badania w dniach 5.06.2023 r. - 31.07.2023 r.),
- nr 75/2023 z dnia 24.10.2023 r. (dot. wprowadzenia badania w dniach 24.10.2023 r. - 24.11.2023 r.).

Ankieta objęte są najważniejsze obszary działalności Centrum, związane z pobytem pacjentów w Izbie Przyjęć, Oddziałach szpitalnych, Poradniach specjalistycznych i POZ.

Kontrolującym przedstawiono wyniki badań przeprowadzonych w okresie od 24.10.2022 r. do 24.11.2022 r. W ww. terminie pozyskano 205 ankiet od osób korzystających ze świadczeń medycznych w Centrum. Oceną objęte zostały trzy obszary działalności Centrum związane z pobytem pacjentów:

- a) proces przyjęcia do hospitalizacji w Izbie Przyjęć,
- b) pobyt w Oddziale,
- c) ocena środowiska szpitalnego.

Średnia zwrotność ankiet wyniosła 93%, co stanowi miarodajny wynik do obliczeń statystycznych. Pacjenci wysoko ocenili zarówno uprzejmość personelu Izby Przyjęć, jak i informacje, jakie personel przekazuje ankietowanym na temat praw pacjenta. Około 93% pacjentów uzyskało zrozumiałe informacje na temat procesu hospitalizacji. Wyniki wskazują na bardzo dobre przygotowane placówki zarówno na przyjęcie, jak i leczenie pacjenta. Większość badanych (98%) pozytywnie oceniło również cały proces hospitalizacji oraz poleciłoby innym osobom leczenie w Centrum. Własne opinie respondentów dotyczyły głównie uznania dla pracy kadry medycznej i podziękowań dla personelu za leczenie.

Kontrolującym przedstawiono również wyniki ankiet przeprowadzonych w dniach od 5.06.2023 r. do 31.07.2023 r. Łącznie wydano 300 ankiet, ich średnia zwrotność wyniosła ok. 83%. W badaniu aż 99% ankietowanych pozytywnie oceniło pracę personelu lekarskiego oraz pielęgniarskiego. Większość pacjentów przyznało ocenę bardzo dobrą (ok. 80%) i dobrą (ok. 20%) podczas procesu przyjęcia do Centrum (Izba Przyjęć). Najczęściej pojawiające się uwagi negatywne dotyczyły sanitariatów - braku łazienek w pokojach chorych. Niewielki procent pacjentów (ok. 3%) wskazał następujące obszary/uwagi, które także wymagają poprawy:

- przekazywanie informacji pacjentom o zasadach pobytów w Oddziale i topografii Oddziału,
- udzielanie informacji kto jest lekarzem prowadzącym,
- udzielanie informacji o prawach pacjenta, w tym prawa do wyrażenia zgody lub odmowy na określone świadczenia medyczne.

Uzyskane opinie ankietowanych umożliwiają identyfikację obszarów wymagających poprawy i wdrożenie działań korygujących, poprzez m.in. organizację szkoleń dla personelu, w tym z zakresu praw pacjenta. Wyniki badań pozwalają realnie wpływać na standard leczenia i rozwój Centrum, co jest kluczowe dla zapewnienia wysokiej jakości świadczonych usług.

[Dowód: akta kontroli str. 168-260]

B: Stwierdzone nieprawidłowości:

Brak w zapisach umowy Nr DzKsiDM 81/2023 z dnia 29.12.2023 r. na realizację świadczeń zdrowotnych informacji o minimalnej liczbie osób udzielających świadczeń zdrowotnych, czym naruszono art. 27 ust. 4 pkt. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. działalności leczniczej.

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 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej,

C. Ocena cząstkowa: pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości.

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

IV. Prawidłowość gospodarowania mieniem.

A. Ustalenia faktyczne.

W zakresie prawidłowości gospodarowania mieniem kontrolą objęto:

1. Nabycie sprzętu i aparatury medycznej.

- 1) Próżniowy zestaw do leczenia zakażonych ran (VAC) Vivano Tec (2 szt.) o wartości: 32 292,00 zł, wartość jednostkowa sprzętu: 16 146,00 zł:
 - pozytywna opinia Rady Społecznej Centrum dot. ww. zakupu, wyrażona uchwałą nr 11/2023 z dnia 27.04.2023 r.,
 - zakup ujęty w korekcie planu inwestycyjnego na 2023 r.,
 - z uwagi na wartość jednostkową sprzętu zgoda podmiotu tworzącego nie była wymagana,
 - zakup potwierdzony fakturą nr 418/K/2023 z dnia 26.09.2023 r. na łączną kwotę 32 400, 00 zł (doliczono opłatę za dostawę i montaż w wysokości 108,00 zł), płatność 30 dni, uregulowano przelewem zgodnie z terminem płatności (25.10.2023 r.),
 - protokół zdawczo – odbiorczy z dnia 26.09.2023 r.,
 - dowody przyjęcia: OT nr 115 i 116 z dnia 26.09.2023 r., numery inwentarzowe: T - 4-42 -114/1 oraz T-4-42-114/2, miejsce użytkowania zestawów: Oddział Chirurgii Klatki Piersiowej i Nowotworów.
- 2) Kardiomonitor transportowy z czujnikiem CO₂ FX 3000T o wartości: 15 508,00 zł:
 - pozytywna opinia Rady Społecznej Centrum, wyrażona uchwałą nr 17/2022 z dnia

27.05.2022 r.,

- zakup ujęty w planie inwestycyjnym na 2024 r.,
- z uwagi na wartość jednostkową sprzętu zgoda podmiotu tworzącego nie była wymagana,
- zakup potwierdzony fakturą nr 119/K/2024 z dnia 30.01.2024 r. na kwotę 15 508,80 zł, płatność 30 dni, uregulowano przelewem zgodnie z terminem płatności (28.02.2024 r.),
- protokół zdawczo – odbiorczy z dnia 30.01.2024 r.,
- dowód przyjęcia: OT nr 3 z dnia 30.01.2024 r., numer inwentarzowy: T – 4-4-42-18/59, miejsce użytkowania: Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

3) Komora laminarna – Bio Tectum 1,2 o wartości: 43 050,00 zł:

- pozytywna opinia Rady Społecznej Centrum, wyrażona uchwałą nr 37/2022 z dnia 18.11.2022 r.,
- sprzęt ujęty w korekcie planu inwestycyjnego na 2023 r.,
- z uwagi na wartość jednostkową sprzętu zgoda podmiotu tworzącego nie była wymagana,
- darowizna rzeczowa sprzętu ze środków pochodzących z Rządowej Agencji Rezerw Strategicznych na podstawie umowy darowizny nr BZ-54.73/2023/UE z dnia 6.09.2023 r.,
- dowód wydania sprzętu -WZ 80219279/12.09.2023 r.,
- protokół odbioru z dnia 12.09.2023 r.,
- dowód przyjęcia: OT nr 103 z dnia 12.09.2023 r., numer inwentarzowy: T – 4-4-42-49/5, miejsce użytkowania: Pracownia Prętka Gruzlicy.

Nabycia ww. aparatury i sprzętu medycznego dokonano zgodnie z obowiązującą *Procedurą dotyczącą 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.

Biorąc jednakże pod uwagę czas jaki upłynął od momentu pozyskania opinii Rady Społecznej Centrum dotyczącej zakupu sprzętu w postaci Kardiomonitora transportowego z czujnikiem CO₂ FX 3000T (maj 2022 r.) do dnia faktycznego jego nabycia (styczeń 2024 r.) wskazuje się na konieczność każdorazowego pozyskiwania przez Centrum aktualnej opinii Rady Społecznej w ww. zakresie.

[Dowód: akta kontroli str. 261-281]

2. Zbycie sprzętu i aparatury medycznej.

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

a) Kardiomonitor UT 4000B plus akcesoria, numer inwentarzowy: T-4-42-18/14, numer seryjny: 4B5RAIQ-051, rok produkcji/rozpoczęcia eksploatacji: 2008. Wartość początkowa: 8506,50 zł, umorzenie 100%.

- orzeczenie techniczne ww. sprzętu z dnia 6.07.2022 r. (testy funkcjonalne – negatywne, uszkodzone akumulatory, brak dostępności do części) - zaleca się wycofanie urządzenia z eksploatacji,
- pozytywna opinia Rady Społecznej Szpitala dotycząca likwidacji ww. sprzętu wyrażona uchwałą nr 24/2022 z dnia 26.08.2022 r.,
- zgoda podmiotu tworzącego na zbycie nie była wymagana,
- dokument likwidacji LT nr 22 z dnia 31.08.2022 r.,
- protokół kasacyjny nr 18/2022 z dnia 31.08.2022 r.,
- karta przekazania odpadów wraz z potwierdzeniem przyjęcia odpadów przez

Ad

wyspecjalizowana firmę transportującą odpady z dnia 17.01.2023 r.
Sprzęt był użytkowany w Oddziale Pulmonologicznym i Niewydolności Oddechowej.

b) Respirator do nieinwazyjnego wspomaganie wentylacji z mieszalnikiem tlenu z regulacją stężeń 21-100%, typ Trilogy 202 o numerze seryjnym: TV 01610210, rok produkcji 2016, numer inwentarzowy: T-4-42-64/7. Wartość początkowa: 36979,20 zł, umorzenie 100%.

- przegląd aparatu przez firmę serwisującą sprzęt (karta pracy 3/03/24 z dnia 26.03.2024r.- respirator niesprawny, naprawa nieopłacalna),
- notatka służbowa pracownika Działu Administracyjno – Eksploatacyjnego Centrum z dnia 8.04.2024 r. dotycząca zasadności kasacji ww. respiratora (urządzenie uszkodzone, przestarzałe, nie kwalifikuje się do dalszej eksploatacji),
- pozytywna opinia Rady Społecznej Szpitala dotycząca likwidacji ww. sprzętu wyrażona uchwałą nr 12/2024 z dnia 26.04.2024 r.,
- zgoda podmiotu tworzącego na zbycie nie była wymagana,
- dokument likwidacji środka trwałego LT nr 11 z dnia 30.04.2024 r.,
- protokół kasacyjny nr 1/2024 z dnia 30.04.2024 r.,
- potwierdzenie przyjęcia ww. sprzętu przez wyspecjalizowaną firmę zajmującą się utylizacją odpadów z dnia 09.05.2024 r.

Sprzęt był użytkowany w Oddziale Pulmonologicznym i Niewydolności Oddechowej.

Zbycie ww. środków trwałych nie budzi zastrzeżeń.

[Dowód: akta kontroli str. 282-320]

3. Najem/dzierżawa pomieszczeń.

W ramach kontroli sprawdzaniem objęto prawidłowość zawarcia umów:

- 1) najmu gabinetu lekarskiego EAE-1/2022 z dnia 3.01.2022 roku,
- 2) najmu lokalu użytkowego (z przeznaczeniem na prowadzenie działalności gospodarczej) AE-03/2023 z dnia 16.05.2023 roku.

Ad 1) Przedmiotem umowy jest najem powierzchni wraz z urządzeniami i wyposażeniem przypisanym do tego lokalu z przeznaczeniem na prowadzenie działalności leczniczej w zakresie konsultacji neurochirurgicznych. Umowa dotyczy najmu gabinetu lekarskiego znajdującego się w zasobach Centrum o łącznej powierzchni 15,95 m². Umowa zawarta na czas określony od dnia 3.01.2022 r. do dnia 31.12.2024 r. Najemca korzysta z lokalu tylko w 4 wyznaczone w umowie dni w miesiącu, w godzinach 16:00-20:00. Rada Społeczna Centrum pozytywnie zaopiniowała najem powierzchni z przeznaczeniem na prowadzenie ww. gabinetu (Uchwała nr 44/2021 z dnia 17.12.2021 r.). Z uwagi na okres, na jaki została zawarta umowa, zgoda podmiotu tworzącego nie była wymagana.

W trakcie kontroli stwierdzono, że umowa zawiera wszystkie zapisy określone w § 3 „Zasad zbywania, wydzierżawiania, wynajmowania, oddania w użytkowanie lub użyczenia aktywów trwałych SP ZOZ, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie”, określonych uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 1966/161/VI/2020 z dnia 26.08.2020 r., które obowiązywały w chwili jej zawarcia.

Kontrolą objęto faktury: FM /008/04/22 z dnia 12.04.2022 r., FS-FA/11/05/23 z dnia 11.05.2023 r., oraz FS-FA/12/06/24 z dnia 11.06.2024 r. Wszystkie powyższe faktury wystawione zostały zgodnie z treścią umowy, płatności zostały uregulowane w terminach wynikających z faktur.

Ad 2) Przedmiotem umowy jest najem lokalu użytkowego Centrum o łącznej powierzchni 37,3 m² składający się z 4 pomieszczeń: punkt sprzedaży 9,2 m², zaplecze 1-5,5 m² zaplecze 2-4 m² oraz sala konsumencka 18,6 m². Lokal zlokalizowany jest na parterze budynku pawilonu 4. Najem z przeznaczeniem na prowadzenie działalności gospodarczej w zakresie małej gastronomii i handlu detalicznego artykułami spożywczymi oraz artykułami tzw. „pierwszej potrzeby” dla pacjentów Centrum. Umowa została zawarta na czas określony od dnia 18.05.2023 r. do dnia 17.05.2026. roku. Rada Społeczna Centrum pozytywnie zaopiniowała najem ww. lokalu (Uchwała nr 16/2023 z dnia 27.04.2023 r.) Z uwagi na okres, na jaki została zawarta umowa, zgoda podmiotu tworzącego nie była wymagana.

Zmiany do umowy:

- a) Aneks nr 1 z dnia 16.05.2023 r. do umowy, dotyczący uwzględnienia waloryzacji w oparciu o średnioroczny wskaźnik wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych za rok poprzedni.
- b) Aneks nr 2 z dnia 16.05.2023 r. do umowy, dotyczący skrócenia funkcjonowania punktu od poniedziałku do piątku w godzinach 8:00 -15:00.

Przedmiotowa umowa zawiera wszystkie wymogi wynikające z § 3 *Zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie* przyjętych uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 686/326/VI/2022 z 20 kwietnia 2022 r. z późn. zm.

Objęte kontrolą faktury: FS-FA/5/04/23 z dnia 14.04.2023 r., FS-FA/12/05/23 z dnia 22.05.2023 r., FS-FA/10/06/23 z dnia 14.06.2023 r. oraz FS-FA/07/23 z dnia 10.07.2023 r. zostały wystawione zgodnie z treścią umowy, a płatności zostały uregulowane w terminach wynikających z faktur.

B. Stwierdzone nieprawidłowości: brak.

C. Ocena częściowa: pozytywna.

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

A. Ustalenia faktyczne

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 Pulmonologii i Torakochirurgii w Bystrej miały miejsce dwa postępowania konkursowe na stanowiska kierownicze wskazane w art. 49 ww. ustawy.

Przeprowadzone postępowania konkursowe na stanowiska kierownicze:

- 1) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Pulmonologiczno-Onkologicznego z Chemioterapią (data konkursu: 25.04.2023 r., okres zatrudnienia – 6 lat);
- 2) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Diagnostyczno-Obserwacyjnego Chorób Płuc i Gruzlicy (data konkursu: 25.04.2023 r., okres zatrudnienia – 6 lat);

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

- 1) Oddział Pulmonologiczno-Onkologiczny z Chemioterapią: kierownik Oddziału, pielęgniarka oddziałowa;

- 2) Oddział Diagnostyczno-Obserwacyjny Chorób Płuc i Gruźlicy: p.o. kierownika Oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 3) Oddział Chorób Wewnętrznych i Niewydolności Krążenia: kierownik Oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 4) Oddział Chirurgii Klatki Piersiowej i Nowotworów: p.o. kierownika Oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 5) Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii: kierownik Oddziału, pielęgniarka oddziałowa.

Jak wskazano powyżej, Oddziałami zarządzają kierownicy Oddziałów/osoby pełniące obowiązki kierownika Oddziału. 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 przełożona pielęgniarek, natomiast zespołami pielęgniarskimi na poszczególnych oddziałach zarządzają pielęgniarki oddziałowe.

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

[Dowód: akta kontroli str. 321-359]

B. Stwierdzone nieprawidłowości: brak.

C. Ocena częściowa: pozytywna.

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 Pulmonologii i Torakochirurgii w Bystrej przeprowadzona została przez pracowników Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w dniach 30.08.2021 r. - 24.09.2021 r. oraz od 17.11.2021 r. do 22.11.2021 r. w zakresie: realizacji zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie; dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych; prawidłowości gospodarowania mieniem oraz środkami publicznymi w latach 2019-2021.

Wydano następujące zalecenia pokontrolne 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 Centrum celów i zadań będących w pełni tożsamymi z wyszczególnionymi w Statucie Centrum.*
- 3) *Określeniu w Regulaminie Organizacyjnym Centrum rodzaju wykonywanej działalności leczniczej, zgodnie z art. 8 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.*
- 4) *Występowaniu każdorazowo do podmiotu tworzącego o zgodę na wprowadzanie zmian w strukturze organizacyjnej Centrum zgodnie z Procedurą postępowania w przypadku*

dokonywania zmian dotyczących struktury organizacyjnej zakładów leczniczych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie.

- 5) Ujednoliceniu i monitorowaniu zgodności zapisów dotyczących struktury organizacyjnej w Regulaminie Organizacyjnym oraz Rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
- 6) Umieszczeniu na stronie podmiotowej BIP Centrum wszystkich informacji wymaganych przepisami prawa.
- 7) Każdorazowym umieszczaniu w treści umów na świadczenia zdrowotne zapisów wskazanych w art. 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
- 8) Każdorazowym zawieraniu umów na świadczenia zdrowotne zgodnie z art. 27 ust.1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
- 9) Każdorazowym udzielaniu zamówień na świadczenia zdrowotne w trybie konkursu ofert, gdy ich wartość przekracza wyrażoną w złotych równowartość kwoty 30.000 euro liczonej według średniego kursu złotego w stosunku do euro, ustalonego zgodnie z art. 3 progi unijne ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych.
- 10) Sporządzaniu i każdorazowym przekazywaniu skarżącym pisemnych odpowiedzi na skargi wnoszone do Centrum.
- 11) Każdorazowym występowaniu o opinię Rady Społecznej w sprawach dotyczących nabywania i zbywania sprzętu i aparatury medycznej – przed rozpoczęciem procedury nabycia bądź zbycia.
- 12) Występowanie o zgodę podmiotu tworzącego na zbycie sprzętu i aparatury medycznej w przypadkach określonych w Zasadach gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie wyrażonych uchwałą nr 686/326/VI/2022 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 20.04.2022 r.
- 13) Każdorazowym przeprowadzaniu postępowań konkursowych na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą zgodnie z art. 49 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.
- 14) Przestrzeganiu w pełni obowiązku realizacji zaleceń pokontrolnych wydanych przez podmiot tworzący w wyniki przeprowadzonej kontroli.

Sprawdzono realizację zaleceń pokontrolnych z poprzedniej kontroli i stwierdzono, że nie zostały wykonane zalecenia dot. pkt 2, 7 oraz 14.

Brak wykonania zaleceń pokontrolnych z poprzednich kontroli przeprowadzonych przez podmiot tworzący może mieć wpływ na ocenę pracy kierownika jednostki kontrolowanej, w tym przypadku Dyrektor Centrum.

B. Stwierdzone nieprawidłowości:

Nieprawidłowości polegające na braku wykonania zaleceń pokontrolnych dotyczących:

- wpisania do treści Regulaminu Organizacyjnego Centrum celów i zadań w pełni tożsamych z wyszczególnionymi w Statucie Centrum,
- każdorazowym umieszczaniu w treści umów na świadczenia zdrowotne zapisów wskazanych w art. 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
- pełnej realizacji zaleceń pokontrolnych wydanych przez podmiot tworzący w wyniku przeprowadzonej kontroli.

C. Ocena częściowa: negatywna.

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

VII. Pozostałe informacje, zalecenia i pouczenia.

1. Pozostałe informacje.

Pismem z dnia 2.10.2024 r., znak: NZ-NK.1711.11.2024 (NZ-NK.KW-00351/24), Projekt wystąpienia pokontrolnego został przekazany Dyrektor Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii w Bystrej.

Dyrektor Centrum pismem z dnia 10.10.2024 r., znak sprawy: L.dz.: D/AE-024/145/2024 r., zgłosiła zastrzeżenia do treści Projektu wystąpienia pokontrolnego. Ocena wniesionych zastrzeżeń została dokonana pismem z dnia 20.12.2024 r., NZ-NK.1711.11.2024 (NZ-NK.KW-00439/24), które wraz z uzasadnieniem stanowi akta sprawy.

Zastrzeżenia do treści Projektu wystąpienia pokontrolnego zostały oddalone.

2. Zalecenia.

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami zalecam podjąć działania polegające na:

- 1) Wpisaniu w treść Regulaminu Organizacyjnego Centrum celów i zadań będących w pełni tożsamymi z wyszczególnionymi w Statucie Centrum.
- 2) Określeniu w treści umów na świadczenia zdrowotne wszystkich zapisów wskazanych w art. 27 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
- 3) 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 Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii w Bystrej.

Wystąpienie pokontrolne zawiera 16 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
Agnieszka Barczyk
Dyrektor
Departamentu Nadzoru Podmiotów
Leczniczych i Ochrony Zdrowia