

Katowice, 19 maja 2022r.
NZ-NK.1711.11.2021

**Urząd Marszałkowski
Województwa Śląskiego
Departament Nadzoru
Podmiotów Lecznicznych 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)

PROJEKT WYSTĄPIENIA POKONTROLNEGO

z kontroli przeprowadzonej na podstawie:

- 1) art. 121 oraz 122 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t. j.: Dz. U. z 2021 r. poz. 711 z późn.zm.),
- 2) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych (t. j.: Dz. U. z 2015 r., poz. 1331),
- 3) planu kontroli na 2021 rok, załącznik nr 2, poz. 1 zatwierdzonego uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 469/213/VI/2021 z dnia 24.02.2021 r.,
- 4) regulaminu kontroli jednostek organizacyjnych Województwa Śląskiego określonego uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 1057/229/VI/2021 z dnia 28.04.2021 r.

I. Dane identyfikacyjne kontroli:

Centrum Leczenia Oparzeń im. dr. Stanisława Sakiela w Siemianowicach Śląskich
ul. Jana Pawła II 2, 41-100 Siemianowice Śląskie.

Kierownik jednostki kontrolowanej: w okresie objętym kontrolą funkcję Dyrektora sprawował 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 02.11.2017 r do nadal,
 - Zastępcy Dyrektora ds. Technicznych - Pana Rafała Pawlaka od 16.08.2005 r. do nadal,
 - Głównej Księgowej - Pani Justyny Górkowskiej od 01.12.1998 r. do nadal.
- oraz kierowników komórek organizacyjnych.

Termin przeprowadzenia czynności kontrolnych i zakres kontroli:

Kontrolę przeprowadzono w dniach 27.09.2021 r. do 29.10.2021 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.

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

Osoby przeprowadzające kontrolę:

Agnieszka Wnuk – Główny Specjalista Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w Katowicach, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 454/NZ/2021 z dnia 23 września 2021 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 27 września 2021 r.

Weronika Loska-Tomanik – Główny Specjalista Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w Katowicach, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 455/NZ/2021 z dnia 23 września 2021 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 27 września 2021 r.

Barbara Gwiazda - Amrosz – Główny Specjalista Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 506/NZ/2021 z dnia 18 października 2021 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 27 września 2021 r.

O kontroli Dyrektor jednostki został poinformowany drogą mailową w dniu 27 września 2021 r. oraz pismem doręczonym przez kontrolujących.

Kontrolę wpisano do książki kontroli pod pozycją 11.

[Dowód: akta kontroli str. 1-20]

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 (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 wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy Katowice – Wschód 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 2021 r. poz. 711 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 2020 r. poz. 1398 z późn.zm.),
- 3) Statutu Centrum, przyjętego Uchwałą Nr VI/36/12/2021 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 20 września 2021 r., w sprawie ogłoszenia tekstu jednolitego Uchwały Nr VI/12/30/2015 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 21 września 2015 r.

- i ogłoszonego w Dzienniku Urzędowym Województwa Śląskiego w dniu 28.09.2021 r. pod pozycją 6062 (Dz. Urz. z dnia 28.09.2021 r., poz. 6062),
- 4) Regulaminu Organizacyjnego, którego ostatnie zmiany zostały pozytywnie zaopiniowane przez Radę Społeczną Centrum uchwałą nr 11/2021 z dnia 17.06.2021 r., a następnie wprowadzone Zarządzeniem Dyrektora nr 44/2021 z dnia 18.06.2021 r.
 - 5) w zakresie gospodarki mieniem:
 - a) procedury dotyczącej nabywania aparatury i sprzętu medycznego przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie określonej w uchwale Zarządu Województwa Śląskiego nr 1745/276/IV/2013 z dnia 06.08.2013 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 2232/288/V/2018 z dnia 25.09.2018 r., z późn. zm.
 - 6) innych powszechnie obowiązujących przepisów prawa.

W Centrum zatrudnienie na dzień 27.09.2021 r. roku wynosiło ogółem 283 pracowników:

- 258 pracowników w ramach umowy o pracę,
- 25 pracowników w ramach umowy cywilnoprawnej.

[Dowód: akta kontroli str. 21]

2. Prawdliwość wpisów w Krajowym Rejestrze Sądowym.

W okresie objętym kontrolą dokonano zgłoszenia dwóch zmian w Krajowym Rejestrze Sądowym. Ostatnie zgłoszenie do Krajowego Rejestru Sądowego dotyczyło zmiany w statucie Centrum. Ustalono, że dopełniono ustawowy obowiązek wynikający z art. 22 ustawy o Krajowym Rejestrze Sądowym z dnia 20 sierpnia 1997 r. (t. j.: Dz. U. z 2021 r. poz. 112), który wskazuje 7 dni na zgłoszenie zmian do KRS. Zmiany w statucie dokonano 6.12.2020 a wniosek złożono 9.12.2020 r. Odnosnie wpisu dotyczącego zmiany składu Rady Społecznej - zmiany dokonano 5.02.2020 r., jednakże wniosek złożono dopiero 5.03.2020 r. Dyrektor Centrum oświadczył, że nie dotrzymanie terminu zgłoszenia zmiany składu Rady Społecznej Centrum wynikało z ogłoszenia stanu pandemii SARS-CoV-2 na terenie kraju, a tym samym niemożności uzyskania w wymaganym terminie danych osobowych od członków Rady Społecznej Centrum niezbędnych do dokonania tej zmiany w KRS. Natychmiast po uzyskaniu niezbędnych informacji, złożono wniosek do KRS. Ustalono, że do Krajowego Rejestru Sądowego zgłoszone zostały wszystkie wymagane prawem informacje o Centrum.

[Dowód: akta kontroli str. 22-31]

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 zostały pozytywnie zaopiniowane przez Radę Społeczną Centrum uchwałą nr 11/2021 z dnia 17.06.2021 r., a następnie wprowadzone Zarządzeniem Dyrektora Centrum nr 44/2021 z dnia 18.06.2021 r.

W trakcie kontroli sprawdzono zgodność zapisów Regulaminu Centrum z przepisami ustawy. Ustalono, że Regulamin zawiera wszystkie zapisy wymagane przez art. 24 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej.

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

Sprawdzono zgodność zapisów Regulaminu w zakresie struktury organizacyjnej komórek działalności medycznej oraz miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych z Księgą Rejestrową nr 000000013790 widniejącą w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (dalej: Rejestr) według stanu na dzień 27.09.2021 r.

Porównanie zapisów Regulaminu Centrum z Rejestrem Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonym przez Wojewodę Śląskiego prezentuje przedstawiona poniżej tabela:

L.P.	REGULAMIN ORGANIZACYJNY		REJESTR PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ PROWADZONY PRZEZ WOJEWODĘ	
	NAZWA JEDNOSTKI/ KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ	LICZBA ŁÓŻEK/ MIEJSC DZIENNEGO POBYTU/ STANOWISK/ INNE (jeśli dotyczy)	NAZWA JEDNOSTKI/ KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ	LICZBA ŁÓŻEK/ MIEJSC DZIENNEGO POBYTU/ STANOWISK/ INNE (jeśli dotyczy)
1	2	3	4	5
A	ZAKŁAD LECZNICZY			
	SZPITAL	70	SZPITAL	70
I	JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZAKŁADU LECZNICZEGO			
1	KOMÓRKA DZIAŁANOŚCI MEDYCZNEJ			
1.1.	Oddział Chirurgii Ogólnej	42	Oddział Chirurgii Ogólnej	42
1.2.	Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	4	Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	4
1.3.	Oddział Chirurgii Plastycznej	14	Oddział Chirurgii Plastycznej	14
1.4.	Oddział Rehabilitacji	10	Oddział Rehabilitacji	10
1.5.	Izba Przyjęć z Ambulatorium	---	Izba Przyjęć z Ambulatorium	---
1.6.	Dział Farmacji Szpitalnej	---	Dział Farmacji Szpitalnej	---
1.7.	Blok Operacyjny	---	Blok Operacyjny	---
B	ZAKŁAD LECZNICZY			
	PRZYCHODNIA	---	PRZYCHODNIA	---
I	JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZAKŁADU LECZNICZEGO			
1	KOMÓRKA DZIAŁANOŚCI MEDYCZNEJ			
1.1.	Poradnia Chirurgii Plastycznej	---	Poradnia Chirurgii Plastycznej	---
1.2.	Poradnia Chirurgii Ogólnej	---	Poradnia Chirurgii Ogólnej	---
1.3.	Pracownia Hiperbarii Tlenowej	---	Pracownia Hiperbarii Tlenowej	---
1.4.	Bank Tkanek	---	Bank Tkanek	---
1.5.	Pracownia Tomografii Komputerowej	---	Pracownia Tomografii Komputerowej	---
1.6.	Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy	---	Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy	---
1.7.	Pracownia Endoskopii	---	Pracownia Endoskopii	---
1.8.	Gabinet Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej	---	Gabinet Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej	---

Tabela nr 1 – Porównanie zapisów Regulaminu z Rejestrem Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonym przez Wojewodę Śląskiego.

Stwierdzono zgodność pomiędzy wpisami do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą a wpisami w Regulaminie Organizacyjnym, w części dotyczącej struktury organizacyjnej Centrum.

Kontrolujący stwierdzili, że wskazane w Regulaminie Organizacyjnym 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 2020 r., poz. 859).

Weryfikacji poddano również prawidłowość procesu dokonywania zmian w strukturze organizacyjnej Centrum w oparciu o *Procedurę postępowania w przypadku dokonywania zmian struktury organizacyjnej zakładów leczniczych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie*, wprowadzoną Uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 1327/201/V/2017 z dnia 27.06.2017 r., a następnie Uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 801/36/VI/2019 z dnia 17.04.2019 r., a także zgodność z zapisami ustawy o działalności leczniczej. W okresie objętym kontrolą dokonano jednej zmiany w strukturze organizacyjnej Centrum – zmieniono nazwę komórki organizacyjnej z Pracownia Hodowli Komórek i Tkanek in vitro z Bankiem Tkanek na Bank Tkanek. Zmiany wpisu w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą dokonano 06.02.2019 r.

Centrum posiada własną stronę internetową pod adresem: <http://clo.com.pl> oraz odrębną stronę podmiotową BIP pod adresem: <https://www.e-bip.org.pl/clo>.

Analizie poddano zgodność danych zamieszczonych na stronie internetowej Centrum i stronie BIP z art. 24 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej oraz zgodność danych zamieszczonych na stronie BIP z zapisami art. 8 ust. 3 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (t. j.: Dz. U. z 2020 r. poz. 2176).

Kontrola strony internetowej Biuletynu Informacji Publicznej Centrum wykazała, że zawiera ona informacje wymagane przepisami prawa.

B. Stwierdzone nieprawidłowości: brak.

C. Ocena cząstkowa: pozytywna.

[Dowód: akta kontroli str. 32-111]

III. Dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych.

A. Ustalenia faktyczne:

Podstawowym celem działalności Centrum jest udzielanie świadczeń zdrowotnych i promocja zdrowia. Centrum prowadzi działalność medyczną w ramach umów zawartych z NFZ o świadczenie usług medycznych w obiektach zlokalizowanych w siedzibie Centrum przy ul. Jana Pawła II 2 w Siemianowicach Śląskich.

1. Funkcjonowanie wybranych komórek organizacyjnych.

W ramach czynności kontrolnych szczegółową kontrolą objęto funkcjonowanie:

- 1) Oddziału Rehabilitacji,
- 2) Oddziału Chirurgii Plastycznej,
- 3) Pracowni Endoskopii,
- 4) Pracowni Tomografii Komputerowej.

1) Oddział Rehabilitacji

Oddział wpisany jest do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 009 (kod resortowy identyfikujący komórkę organizacyjną

54

stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych), kod resortowy charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych: 4300 Oddział rehabilitacyjny. Oddział został wpisany do Rejestru z dniem 15.04.2005 r. i dysponuje 10 łózkami.

W Oddziale udzielane są świadczenia zdrowotne w zakresie wczesnej rehabilitacji pacjentów szpitalnych oraz w przypadku zaostrzenia choroby przewlekłej.

Liczba hospitalizowanych w Oddziale pacjentów wyniosła:

- 82 w 2020 r.,
- 93 w 2021 r.

Sprawozdana liczba osób oczekujących na leczenie w Oddziale (stan na 27.09.2021 r.) wynosiła: przypadki pilne – 0, przypadki stabilne – 0.

2) Oddział Chirurgii Plastycznej

Oddział wpisany jest do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 008 (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: 4550 Oddział Chirurgii Plastycznej. Oddział został wpisany do Rejestru z dniem 15.04.2005 r. i dysponuje 14 łózkami.

W Oddziale udzielane są świadczenia zdrowotne w zakresie wczesnej rehabilitacji pacjentów szpitalnych oraz w przypadku zaostrzenia choroby przewlekłej.

Liczba hospitalizowanych w Oddziale pacjentów wyniosła:

- 309 w 2020 r.,
- 313 w 2021 r.

Sprawozdana liczba osób oczekujących na leczenie w Oddziale (stan na 27.09.2021 r.) wynosiła: przypadki pilne – 0, przypadki stabilne – 73.

Zatrudnienie w Oddziale to m.in.: lekarze 2 osób, pielęgniarki 12 osób oraz 1 fizjoterapeuta. Psycholog- umowa podwykonawstwa – w razie potrzeby.

3) Pracownia Endoskopii

Komórka wpisana jest do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 018 (kod resortowy identyfikujący komórkę organizacyjną stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych), kod resortowy charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych: 7910 Pracownia Endoskopii. Komórka została wpisana do Rejestru z dniem 01.07.2015 r.

W Pracowni wykonuje się świadczenia z zakresu gastrokopii, kolonoskopii i bronchoskopii. Pracownia nie posiada umowy z NFZ – świadczenia wykonywane są w trybie komercyjnym oraz na rzecz pacjentów hospitalizowanych.

Liczba porad udzielonych w komórce wyniosła:

- 443 w 2020 r.,
- 470 w 2021 r.

4) Pracownia Tomografii Komputerowej

Komórka wpisana jest do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 016 (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. Komórka została wpisana do Rejestru z dniem 26.01.2012 r.

Działalność pracowni TK prowadzona jest w ramach outsourcingu dla pacjentów Centrum szpitalnych jak i ambulatoryjnych na podstawie odrębnej umowy. Świadczenia wykonywane są przez podwykonawcę posiadającego umowę z NFZ. Dyrektor poinformował o planowanym wykorzystaniu komórki po uruchomieniu pracowni SPECT/CT co umożliwi Centrum wykonywanie badań TK we własnym zakresie.

[Dowód: akta kontroli str. 112-114]

2. Udzielanie zamówień na świadczenia zdrowotne.

Przedmiotem weryfikacji przeprowadzonej przez kontrolujących były umowy:

- 1) Nr 3/2020 z dnia 02.01.2020 r. na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pulmonologii,
- 2) Nr SZM/240/2019 z dnia 20.12.2019 r. na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania konsultacji w zakresie położnictwa i ginekologii.

Ad. 1) Nr SZM/241/2019 z dnia 20.12.2019 r.

Umowa została zawarta na podstawie przepisu art. 26 ust. 4a ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Umowa została zawarta w formie pisemnej, na czas określony tj. od dnia 01.01.2020 r. do 31.12.2020 r.

W oparciu o zapisy określone w art. 27 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej stwierdza się, że umowa zawiera wszystkie wymagane zapisy.

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

W ramach kontroli realizacji umowy sprawdzono fakturę:

- nr 011/08/FN1/2021 z dnia 4.08.2021 r. – stawka za zrealizowane świadczenia zgodna z umową,
- nr 008/05/FN1/2020 z dnia 4.05.2020 r. – stawka za zrealizowane świadczenie zgodne z umową.

Ad. 2) Nr SZM/240/2019 z dnia 20.12.2019 r.

Umowa została zawarta na podstawie przepisu art. 26 ust. 4a ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Umowa została zawarta w formie pisemnej, na czas określony tj. od dnia 01.01.2020 r. do 31.12.2020 r.

W oparciu o zapisy określone w art. 27 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej stwierdza się, że umowa zawiera wszystkie wymagane zapisy.

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

W ramach kontroli realizacji umowy sprawdzono fakturę:

- nr 005/04/FN1/2021 z dnia 1.04.2021 r. – stawka za zrealizowane świadczenia zgodna z umową,
- nr 015/07/FN1/2021 z dnia 5.07.2021 r. – stawka za zrealizowane świadczenie zgodne z umową.

[Dowód: akta kontroli str. 115-144]

3. 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 - 6 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej wykazała, że w okresie objętym kontrolą w Centrum Leczenia Oparzeń im. dr. Stanisława Sakiela w Siemianowicach Śląskich miało miejsce jedno postępowanie konkursowe na stanowiska kierownicze wskazane w art. 49 ww. ustawy.

Przeprowadzone postępowania konkursowe na stanowiska kierownicze:

- 1) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Chirurgii Ogólnej Odcinek I (data konkursu: 01.02.2021 r., okres zatrudnienia 01.02.2021 r. – 31.01.2027 r.).

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

- 1) Oddział Chirurgii Ogólnej Odcinek I: pełnomocnik zarządzający kontraktem, pielęgniarka oddziałowa;
- 2) Oddział Chirurgii Ogólnej Odcinek II: pełnomocnik zarządzający kontraktem, pielęgniarka oddziałowa;
- 3) Oddział Chirurgii Ogólnej Odcinek III: pełnomocnik zarządzający kontraktem, pielęgniarka oddziałowa;
- 4) Oddział Chirurgii Plastycznej: pełnomocnik zarządzający kontraktem, pielęgniarka oddziałowa;
- 5) Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii: pełnomocnik zarządzający kontraktem, pielęgniarka oddziałowa;
- 6) 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 naczelną pielęgniarka, natomiast zespołem pielęgniarskim w poszczególnych oddziałach zarządzają pielęgniarki oddziałowe.

Ww. stanowiska określone zostały zarówno w Regulaminie Organizacyjnym Centrum, jak i w załączniku nr 2 (Tabela płacy zasadniczej) oraz załączniku nr 4 (Wykaz dodatków funkcyjnych, naukowych i innych) do Regulaminu Wynagradzania pracowników Centrum.

[Dowód: akta kontroli str. 145-168]

4. Serwisowanie aparatury oraz sprzętu medycznego.

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

1. Elektrokardiograf AsCARD GOLD-3, nr 0192, rok produkcji 2015. W kontrolowanym okresie wszystkie przeglądy zostały wykonywane w terminie. Ostatni przegląd okresowy odbył się w dniu 19.08.2021 r., następny przegląd przypada na sierpień 2022 r. Zgodnie z wpisem – urządzenie sprawne.
2. Lampa bakteriobójcza Ultraviol, sn: 20161174. W kontrolowanym okresie wszystkie przeglądy zostały wykonywane w terminie. Ostatni przegląd okresowy odbył się w dniu 22.07.2021 r., następny przegląd przypada na lipiec 2022 r. Zgodnie z wpisem – urządzenie sprawne.
3. Defibrylator LIFE PAK CR Plus, nr 43609876, rok produkcji 2015. W kontrolowanym okresie wszystkie przeglądy zostały wykonane w terminie. Ostatni przegląd okresowy odbył się w dniu 20.07.2021 r., następny przegląd przypada na lipiec 2022. Zgodnie z wpisem – urządzenie sprawne.

Zgodnie z poczynionymi ustaleniami serwis aparatów oraz sprzętu medycznego prowadzony w Centrum przebiega poprawnie.

[Dowód: akta kontroli str.169 - 173]

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

W ramach kontroli dostępności świadczeń zdrowotnych sprawdzaniem objęto rejestr skarg i wniosków Centrum w latach 2019-2021 (do dnia kontroli).

Skargi rozpatrywane są w oparciu o Zarządzenie Dyrektora nr 30/2021 z dnia 31 marca 2021 r. w sprawie regulaminu przyjmowania, rozpatrywania skarg i wniosków oraz prowadzenia rejestru skarg i wniosków w Centrum Leczenia Oparzeń im. dr. Stanisława Sakiela w Siemianowicach Śląskich. Zgodnie z ww. dokumentem skargi i wnioski wnoszą się w formie pisemnej, jak i ustnej. Skarga lub wniosek w formie pisemnej mogą zostać przesłane mailem, faxem, drogą pocztową, kurierską lub złożone osobiście w Biurze Dyrektora Centrum. Skarga lub wniosek ustny może być przekazany osobiście lub telefonicznie Dyrektorowi Centrum lub osobie wyznaczonej przez Dyrektora, przy czym skargi i wnioski pacjentów przyjmuje Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta.

Prowadzony w Centrum Rejestr zawiera informacje dot. danych osoby składającej skargę, daty wpływu skargi, przedmiotu skargi, terminu rozpatrzenia skargi oraz sposobu (trybu) jej rozpatrzenia.

Poniżej przedstawiono zestawienie skarg w okresie objętym kontrolą:

L.P.	LATA	LICZBA SKARG	LICZBA SKARG UZNANYCH ZA ZASADNE	LICZBA SKARG UZNANYCH ZA NIEZASADNE	OBSZARY DZIAŁALNOŚCI SZPITALA, KTÓRYCH DOTYCZA SKARGI	INFORMACJA PRZEDSTAWIONA NA RADZIE SPOŁECZNEJ
1	2019r.	1	0	1	Obszar pozamedyczny	Protokół z posiedzenia Rady Społecznej z dnia 27.08.2019r.
2	2020r.	Brak	Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy	Nie dotyczy
3	2021r.	1	0	1	Obszar pozamedyczny	Protokół z Posiedzenia Rady Społecznej z dnia 29.04.2021r.

Tabela nr 2 – Zestawienie skarg wpływających do Centrum w okresie objętym kontrolą.

Analiza skarg i wniosków jest przedstawiana okresowo Radzie Społecznej Centrum, do czego obligują zapisy ustawy o działalności leczniczej (art. 48 ust. 2 pkt. 3 u.d.l.). Protokół z posiedzenia Rady z dnia 27 sierpnia 2019 r. stanowi akta kontroli.

[Dowód: akta kontroli str. 174-184]

6. Finansowanie udzielanych świadczeń.

Centrum w okresie objętym kontrolą realizowało świadczenia zdrowotne w poszczególnych komórkach organizacyjnych w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. Finansowanie świadczeń wg poszczególnych źródeł ich uzyskania zostało szczegółowo przedstawione w poniżej tabeli:

L.P.	KOMÓRKI DZIAŁALNOŚCI MEDYCZNEJ	REALIZACJA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH		
		W RAMACH RYCZAŁTU NFZ	W RAMACH KONTRAKTU Z NFZ	INNE ŹRÓDŁA FINANSOWANIA (W TYM PROGRAMY ZDROWOTNE, PROGRAMY UNIJNE, INNE)
1	2	3	4	5
1	Oddział Chirurgii Ogólnej	x	x	
2	Poradnia Chirurgii Plastycznej	x	x	
3	Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	x	x	
4	Izba Przyjęć z Ambulatorium	x	x	
5	Pracownia Hiperbarii Tlenowej	x	x	
6	Oddział Chirurgii Plastycznej	x	x	
7	Oddział Rehabilitacji	x	x	
8	Poradnia Chirurgii Ogólnej	x	x	

Tabela nr 3- Realizacja świadczeń zdrowotnych wg. stanu na dzień 27.09.2021 r.

Zestawienie umów podpisanych przez Centrum z Narodowym Funduszem Zdrowia przedstawia tabela nr 4(stan na dzień 27.09.2021r.):

L.P.	KOD UMOWY	RODZAJ ŚWIADCZENIA (nazwa)	OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY
1	2	3	4
1	121/100506/03/8/2021	ryczałt PSZ	01-01-2021 - 31.12.2021
		ŚWIADCZENIA NOCNEJ I ŚWIĄTECZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ UDZIELANE W WARUNKACH AMBULATORYJNYCH I W MIEJSCU ZAMIESZKANIA LUB POBYTU ŚWIADCZENIOBIORCY NA OBSZARZE ZABEZPIECZENIA DO 50 TYS. ŚWIADCZENIOBIORCÓW W ZAKRESIE UZUPEŁNIONYM	01-01-2021 - 31.12.2021
		ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE CHIRURGII OGÓLNEJ	01-07-2021 - 31-12-2021
		ŚWIADCZENIA ZABIEGOWE W CHIRURGII OGÓLNEJ-ZAKRES SKOJARZONY Z 02.1500.001.02	01-07-2021 - 31-12-2021
		ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE CHIRURGII OGÓLNEJ- AOP	01-07-2021 - 31-12-2021
		ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE CHIRURGII OGÓLNEJ-ŚWIADCZENIA UDZIELANE OSOBOM DO UKOŃCZENIA 18-GO R.Ż. (ŚWIADCZENIA FINANSOWANE ODRĘBNIEM W PSZ)	01-01-2021 - 31.12.2021
		ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE CHIRURGII PLASTYCZNEJ	01-07-2021 - 31-12-2021
		IZBA PRZYJĘĆ	01-01-2021 - 31.12.2021
		REHABILITACJA OGÓLNOUSTROJOWA W WARUNKACH STACJONARNYCH PO LECZENIU OPERACYJNYM	01-01-2021 - 31.12.2021
		REHABILITACJA OGÓLNOUSTROJOWA W WARUNKACH STACJONARNYCH	01-01-2021 - 31.12.2021
		REHABILITACJA OGÓLNOUSTROJOWA W WARUNKACH STACJONARNYCH DLA OSÓB O ZNACZNYM STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	01-01-2021 - 31.12.2021
		KOMPLEKSOWE LECZENIE RAN PRZEWLEKŁYCH 2 (KLRP-2)	01-01-2021 - 31.12.2021
		TERAPIA HIPERBARYCZNA- ŚWIADCZENIA UDZIELANE OSOBOM DO UKOŃCZENIA 18. ROKU ŻYCIA (ŚWIADCZENIA FINANSOWANE ODRĘBNIEM W PSZ)	01-01-2021 - 31.12.2021
2	121/100506/19/1/2021	ZAPOBIEGANIE, PRZECIWDZIAŁANIE I ZWALCZANIE COVID-19	01-01-2021 - 31-12-2021
3	121/100506/19/1/2021A	ZAPOBIEGANIE, PRZECIWDZIAŁANIE I ZWALCZANIE COVID-19	01.01.2021-28.02.2021
4	121/100506/19/1/2021B	ZAPOBIEGANIE, PRZECIWDZIAŁANIE I ZWALCZANIE COVID-19	01-01-2021 - 31-12-2021
5	121/100506/19/1/2021C	ZAPOBIEGANIE, PRZECIWDZIAŁANIE I ZWALCZANIE COVID-19	01.01.2021-10.06.2021
6	121/100506/19/3/2021	UMOWA O WYKONYWANIE SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH PRZECIW GRYPIE W ZWIĄZKU Z PRZECIWDZIAŁANIEM COVID-19	01.01.2021-25.09.2021
7	121/100506/19/4/2021	ZAPOBIEGANIE, PRZECIWDZIAŁANIE I ZWALCZANIE COVID-19	01.03.2021-31.12.2021

Tabela nr 4- Wykaz umów zawartych z NFZ w 2021r.

Ww. świadczenia były realizowane na podstawie umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie: Leczenie szpitalne. Dodatkowo Centrum zawarło umowy na realizację świadczeń zdrowotnych związanych z zapobieganiem przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 oraz wykonywaniem szczepień ochronnych przeciw grypie w związku z przeciwdziałaniem COVID-19.

[Dowód: akta kontroli str. 185-187]

7. Certyfikaty jakości.

W ramach kontroli jakości udzielanych świadczeń ustalono, że Centrum w okresie objętym kontrolą posiadało Certyfikat Akredytacyjny Ministerstwa Zdrowia, potwierdzający spełnianie standardów akredytacyjnych dla lecznictwa szpitalnego. Certyfikat został nadany na okres od 07.01.2021 r. do 07.01.2024 r.

Ponadto Centrum posiada Certyfikat Systemu Zarządzania Jakością zgodny z wymaganiami Norm PN- EN ISO 9001:2015, PN-EN ISO 14001:2015 (nadany na okres 05.01.2019r.- 04.04.2022r.) oraz Certyfikat „Szpital Bez Bólu” dla oddziałów szpitalnych (nadany na okres 10.10.2019r.- 10.10.2022r.).

8. Zaplecze diagnostyczne.

W okresie objętym kontrolą (stan na dzień 27.09.2021r.) podstawowym rodzajem używanej aparatury i sprzętu medycznego pozostawały respiratory, aparaty do znieczulania ogólnego, stoły operacyjne oraz aparaty EKG i RTG. We wskazanym okresie w Centrum wykonano 854 zabiegi operacyjne, ilość wykonanych zabiegów/badań z wykorzystaniem aparatury endoskopowej to 209, natomiast badania z zakresu elektrokardiografii i rendgenodiagnostyki to odpowiednio 233 i 99. Wyszczególnienie posiadanej aparatury wraz z okresem użytkowania sprzętu zostało przedstawione w poniższej tabeli.

L.P.	RODZAJ APARATURY I SPRZĘTU MEDYCZNEGO	LICZBA				OGÓLEM	LICZBA WYKONANYCH BADAŃ/ ZABIEGÓW
		OKRES UŻYTKOWANIA 0-3 LATA	OKRES UŻYTKOWANIA 4-8 LAT	OKRES UŻYTKOWANIA 9-11 LAT	OKRES UŻYTKOWANIA POWYŻEJ 12 LAT		
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Aparaty EKG	2	3	1	2	8	233
2.	Aparaty RTG, w tym:	0	0	1	1	2	99
	- aparaty RTG z opcją naczyniową i obróbką cyfrową	0	0	0	1	1	99
	- aparaty RTG z torem wizyjnym	0	0	0	1	1	0
3.	Aparaty USG, w tym:	1	0	0	1	2	23
	- kardiologiczne						
	- pozostałe	1	0	0	1	2	23
4.	Laseroterapia	1	0	1	1	3	43
5.	Respirator, w tym:	4	5	2	6	17	0
	- dla dorosłych	4	5	2	6	17	0
6.	Aparat do znieczulenia ogólnego	2	2	0	5	9	854
7.	Stoły operacyjne	2	1	0	6	9	854
8.	Aparatura endoskopowa, w tym:	3	4			7	209
	- gastroskop		1			1	
	- kolonoskop	1	1			2	
	- bronchoskop	2	2			4	209

Tabela nr 5- Zaplecze diagnostyczne (stan na dzień 30.06.2021 r.).

Na podstawie ww. tabeli stwierdzić można, iż największa liczba sprzętu i aparatury medycznej będąca w posiadaniu Centrum mieści się w okresie użytkowania powyżej 12 lat oraz 4-8 lat.

[Dowód: akta kontroli str. 188- 189]

9. Braki kadrowe.

Zgodnie z przedstawionymi informacjami przez Dyrektora Centrum na dzień kontroli nie odnotowano braków w zatrudnieniu personelu medycznego.

[Dowód: akta kontroli str. 190]

10. Wykonywanie badań satysfakcji pacjenta.

W Centrum badanie satysfakcji pacjenta stanowi element procesu Polityki Zarządzania Ryzykiem i ma na celu wprowadzanie działań doskonalących dla poprawy jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych, w oparciu o arkusz identyfikacji ryzyka.

Rejestr ryzyk wprowadzono do stosowania Zarządzeniem wewnętrznym Dyrektora Centrum nr 13/2020 w dniu 31 stycznia 2020r.

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 Izbie Przyjęć”,
- 3) „Ocena opieki podczas udzielania świadczeń w poradni przyszpitalnej”,
- 4) „Ocena opieki podczas udzielania świadczeń w Pracowni HBO”.

Ankieta przeznaczona dla pacjentów korzystających z opieki szpitalnej Centrum obejmuje pytania z zakresu kilku obszarów m.in.: pobytu i przyjęcia do oddziału, oceny leczenia przeciwbólowego, oceny opieki psychologicznej i opieki rehabilitacyjnej oraz ogólnej opinii o Szpitalu.

Kontrolującym przedstawiono analizy: ankiet oceny udzielania świadczeń w Izbie Przyjęć (dalej: IP) oraz ankiet opieki ambulatoryjnej w Pracowni Hiperbarii Tlenowej (dalej: HBO) za okres 01.01.2021r.- 30.06.2021r. Z przekazanych dokumentów dot. ankietowanych pacjentów Izby Przyjęć Centrum wynika, że w badaniu uczestniczyło 70% ogółu wszystkich osób, którym udzielono świadczeń w ww. komórce organizacyjnej (ilość wydanych ankiet 781). Przebieg udzielania świadczeń w Izbie Przyjęć Centrum oceniono na bardzo wysokim poziomie (5 pkt - ocena bardzo dobra - 597 ankietowanych, tj. 76%, 4 pkt - ocena dobra - 124 ankietowanych, tj. 16%). Pacjenci korzystający z usług IP oceniają personel medyczny jako profesjonalny, życzliwy, pracujący zgodnie z procedurami.

W ankiecie dotyczącej świadczeń udzielanych w Pracowni HBO uczestniczyło 375 osób (blisko 50% ogółem przyjętych pacjentów). Opiekę pielęgniarską i lekarską bardzo dobrze oceniło ok. 92% badanych. Opinie negatywne dotyczyły zbyt małych pomieszczeń przeznaczonych na szatnie dla pacjentów.

[Dowód: akta kontroli str. 191-240]

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

W okresie objętym kontrolą nie poniesiono żadnych kosztów związanych z dostosowaniem Centrum do wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu

wykonującej działalność leczniczą oraz kosztów związanych z dostosowaniem Placówki do przepisów przeciwpożarowych. Zakres prac zaplanowanych do końca 2022r. to dostosowanie pomieszczeń zajmowanych przez Oddział Rehabilitacji (obecnie pomieszczenia przechodnie) oraz doposażenie Centralnej Sterylizacji. Koszty przedmiotowego dostosowania oszacowano łącznie na kwotę ok. 8 000 000,00 zł.

12. System kontroli/oceny zakażeń.

W trakcie kontroli ustalono, iż w ww. Podmiocie leczniczym funkcjonuje Zespół ds. kontroli i oceny zakażeń szpitalnych. Posiedzenia Zespołu odbywają się cyklicznie, co najmniej dwa razy w roku a ich przebieg jest odpowiednio dokumentowany w postaci protokołów. Jak wynika z przekazanych informacji, w Centrum prowadzone są zarówno szkolenia wewnętrzne, jak i zewnętrzne dla personelu w obszarze zakażeń (co najmniej dwa razy w roku). Ponadto w Placówce prowadzona jest ścisła kontrola w zakresie dotrzymywania terminów realizacji badań wykrywających zakażenia szpitalne (Laboratorium mikrobiologiczne prowadzi badania na bieżąco).

[Dowód: akta kontroli str.241-242]

B. Stwierdzone nieprawidłowości: brak.

C. Ocena cząstkowa: pozytywna.

IV. Prawidłowość gospodarowania mieniem.

A. Ustalenia faktyczne.

W zakresie prawidłowości gospodarowania mieniem kontrolą objęto niżej wymienione zagadnienia:

1. Nabycie sprzętu i aparatury medycznej

- a) Inkubator Heracell VIOS (Bank Tkanek) o wartości: 83 578,50 zł;
- dowód przyjęcia OT/169/2020 z dnia 20.07.2020 r., numer inwentarzowy: 1/802/4455,
 - zakup został ujęty w planie inwestycyjnym Centrum na 2020 r. pozytywnie zaopiniowanym przez Radę Społeczną Centrum uchwałą nr 37/2019 z dnia 20.12.2019 r.;
 - zakup sprzętu został dofinansowany ze środków pochodzących z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Regionalnego Programu Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 (kwota dofinansowania: 70 125,00 zł ;środki własne :13 453,50 zł);
 - pozytywna opinia Rady Społecznej Centrum wyrażona uchwałą nr 23/2019 z dnia 17 lipca 2019r.;
 - akceptacja nabycia sprzętu wyrażona przez Dyrektora Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej pismem z dnia 01.09.2019r., znak: ZD-NiP.9024.5.21.2019;
 - zakup potwierdzony fakturą VAT nr LAB/591/2020/1 z dnia 20.07.2020r. na kwotę 83 578,50 zł, termin płatności do dnia: 18.09.2020r., zapłacono w terminie (16.09.2020r.),
- b) Stół operacyjny seria Tri-Max 650NSKB (2 szt.) z wyposażeniem o wartości jednostkowej 132 840,00 zł;
- dowody przyjęcia OT/84/2020 z dnia 07.05.2020 r. i OT/85/2020 z dnia 07.05.2020 r., numery inwentarzowe: 1/802/4369 i 1/802/4370
 - zakup został ujęty w planie inwestycyjnym Centrum na 2020 r. pozytywnie zaopiniowanym przez Radę Społeczną Centrum uchwałą nr 37/2019 z dnia 20.12.2019 r.;
 - zakup sprzętu został dofinansowany ze środków pochodzących z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Regionalnego Programu Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 (kwota dofinansowania: 225 828,00 zł ;środki własne: 39 852,00 zł);

- pozytywna opinia Rady Społecznej Centrum wyrażona uchwałą nr 3/2019 z dnia 1 lutego 2019r.;
- akceptacja nabycia sprzętu wyrażona przez Dyrektora Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej pismem z dnia 27.02.2019r., znak: ZD-NiP.9024.5.8.2019;
- zakup potwierdzony fakturą VAT nr FV/INW/000015/20 z dnia 07.05.2020r. na kwotę 265 680,00 zł (2 szt. sprzętu), termin płatności do dnia: 06.07.2020r., zapłacono w terminie (03.07.2020r.).

[Dowód: akta kontroli str. 243-267]

Nabycie ww. aparatury i sprzętu medycznego nie budzi zastrzeżeń.

2. Zbycie sprzętu i aparatury medycznej.

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

a) Zamrażarka niskotemperaturowa (użytkowana w Pracowni Hodowli Komórek i Tkanek) - nr inwentarzowy 1/485/2408, rok produkcji 2007, wartość początkowa 42 737,12 zł, umorzenie 100 %;

- pozytywna opinia Rady Społecznej Centrum wyrażona uchwałą nr 18/2019 z dnia 27.05.2019 r.
- zbycie ww. środka trwałego nie wymagało uzyskania zgody podmiotu tworzącego;
- dowód LT 148/2019 z dnia 17.07.2019 r.;
- sprzęt został przekazany do utylizacji - protokół przekazania z dnia 28.04.2020r., karta przekazania odpadów z dnia 23.12.2020 r.;

b) Wózek chirurgiczny (użytkowany w Oddziale Chirurgii Ogólnej) - nr inwentarzowy 1/802/816, rok produkcji 1998, wartość początkowa 1 762,29 zł, umorzenie 100 %;

- pozytywna opinia Rady Społecznej Centrum wyrażona uchwałą nr 20/2020 z dnia 28.09.2020 r.
 - zbycie ww. środka trwałego nie wymagało uzyskania zgody podmiotu tworzącego;
 - dowód LT 411/2020 z dnia 25.11.2020 r.;
 - sprzęt został przekazany do utylizacji - karta przekazania odpadów z dnia 23.12.2020 r.;
- Zbycie ww. aparatury i sprzętu medycznego nie budzi zastrzeżeń.

[Dowód: akta kontroli str. 268-289]

3. Najem/dzierżawa pomieszczeń.

W ramach kontroli sprawdzaniem objęto prawidłowość zawarcia umowy najmu Nr 46/2019 z dnia 1 marca 2019r. Przedmiotem umowy jest najem lokalu użytkowego o łącznej powierzchni użytkowej 81,56 m², znajdującego się w budynku Centrum przy ul. Jana Pawła II 1, z przeznaczeniem na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie tomografii komputerowej.

Umowa została zawarta w trybie bezprzetargowym na czas oznaczony 3 lat liczony od dnia 2 marca 2019 r. Na zawarcie niniejszej umowy (z przeznaczeniem na udzielanie świadczeń zdrowotnych) Centrum uzyskało zgodę Zarządu Województwa Śląskiego (uchwała nr 416/23/VI/2019 z dnia 28.02.2019 r.) Ponadto, Rada Społeczna Centrum pozytywnie zaopiniowała wniosek w sprawie wynajęcia ww. lokalu użytkowego (uchwała nr 6/2019 z dnia 01.01.2019 r.). W przedmiotowej umowie zawarto wszystkie wymogi wynikające z § 3 *Zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnymi publicznymi zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie* przyjętych uchwałą nr 2232/288/V/2018 z dnia 25 września 2018 r. z późn. zm.

Objęte kontrolą faktury za miesiąc wrzesień 2020 r. oraz luty 2021r. zostały wystawione zgodnie z treścią umowy. Płatności za faktury Najemca dokonał w terminie.

[Dowód: akta kontroli str. 290- 306]

B. Stwierdzone nieprawidłowości: brak.

C. Ocena cząstkowa: pozytywna.

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

A. Ustalenia faktyczne.

Ostatnia kontrola w Centrum przeprowadzona została przez pracowników Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w dniach 09.05.2019 r. – 10.05.2019 r.

Przedmiotem kontroli objęto: realizację zadań statutowych, dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych, prawidłowość gospodarowania mieniem oraz gospodarkę finansową w okresie od 2018 r. do 2019 r.

Wydano następujące zalecenia pokontrolne:

W związku ze stwierdzonymi uchybieniami oraz nieprawidłowościami zalecam podjąć działania zmierzające do:

- 1) przeprowadzania postępowań konkursowych zgodnie 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;
- 2) przestrzegania zapisów art. 27 ust. 4 ppkt 8 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej poprzez zawieranie w umowach dotyczących udzielania świadczeń zdrowotnych postanowień określających szczegółowe okoliczności uzasadniające ich rozwiązywanie za wypowiedzeniem;
- 3) wnioskowania o opinię Rady Społecznej przed zawarciem umów dot. rozporządzania składnikami mienia Centrum oraz przestrzegania procedur zawartych w Zasadach gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie, których tekst jednolity został przyjęty uchwałą nr 804/36/VI/2019 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 17.04.2019 r.

Dyrektor Centrum, w ustawowym terminie, złożył do Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego sprawozdanie o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych.

Sprawdzono realizację zaleceń pokontrolnych i stwierdzono, że wskazane powyżej zalecenia zostały wykonane.

B. Stwierdzone nieprawidłowości: brak.

C. Ocena cząstkowa: pozytywna.

Na tym ustalenia kontrolne zakończono.

II. Pozostałe informacje i pouczenia.

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

Kierownik jednostki kontrolowanej ma prawo w terminie 7 dni od dnia otrzymania projektu wystąpienia pokontrolnego do zgłoszenia umotywowanych pisemnych zastrzeżeń do tego projektu, przy czym termin ten uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem pismo zostało nadane w polskiej placówce pocztowej operatora publicznego.

Projekt wystąpienia pokontrolnego zawiera 16 ponumerowanych stron.

Kontrolujący:

1. 
Weronika Loska-Tomanik
główny specjalista
2. Departament Nadzoru Podmiotów
Leczniczych i Ochrony Zdrowia

Barbara Gwiżdż-Amrosz
Główny Specjalista
- 3.

Podmiot uprawniony do kontroli:

z up. ZARZĄDU WOJEWÓDZTWA

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