

Katowice, 18 sierpnia 2021 r.
NZ-NK.1711.2.2021

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

Zespół Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych
ul. Powstańców 31
40-038 Katowice
(oznaczenie podmiotu kontrolowanego)

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

z kontroli przeprowadzonej na podstawie:

- 1) art. 121 oraz 122 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t. j.: Dz. U. z 2021 r. poz. 711 z późn. zm.),
- 2) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych (t. j.: Dz. U. 2015, poz. 1331),
- 3) planu kontroli na 2021 rok, załącznik nr 2, poz. 14 zatwierdzonego uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 469/213/VI/2021 z dnia 24.02.2021 r.,
- 4) regulaminu kontroli podmiotów leczniczych, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie określonego uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 666/30/VI/2019 z dnia 27.03.2019 r.

I. Dane identyfikacyjne kontroli:

Jednostka kontrolowana: Zespół Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach, ul. Powstańców 31, 40-038 Katowice.

Kierownik jednostki kontrolowanej: w okresie objętym kontrolą funkcję Dyrektora Zespołu sprawowali:

- Pan Grzegorz Nowaczyński od 01.10.2009 r. do 27.07.2020 r. oraz od 29.07.2020 r. do 12.10.2020 r. (p.o. Dyrektor)
- Pan Jacek Przybyło od 12.10.2020 r. do nadal.

Dyrektorzy w okresie objętym kontrolą wykonywali swoje zadania kierownicze i zarządcze przy pomocy:

- Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa:
 - Pana Jacka Przybyło od 01.03.2019 r. do 17.07.2019 r. (p.o. Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa), od 30.10.2019 r. do 11.10.2020 r. (Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa)
 - Pana Bolesława Gębarskiego od 01.11.2020 r. do nadal
- Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno- Administracyjnych:
 - Pani Agnieszki Knapik – od 16.11.2009 do nadal
- Głównego Księgowego:
 - Pani Zuzanny Świder od 20.09.2007 r. do nadal
- Naczelnej Pielęgniarki – Pani Małgorzaty Lipka oraz kierowników komórek organizacyjnych.

024/2

Termin przeprowadzenia czynności kontrolnych i zakres kontroli:

Kontrolę przeprowadzono w dniach od 22.04.2021 r. do 20.05.2021 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 2020-2021.

[Dowód: akta kontroli str. 1-10]

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

Osoby przeprowadzające kontrolę:

Paulina Górkiewicz - Główny Specjalista Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w Katowicach, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 145/NZ/2021 z dnia 21 kwietnia 2021 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 22 kwietnia 2021 r.

Joanna Bochenek - Bogacz – Inspektor Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w Katowicach, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 146/NZ/2021 z dnia 21 kwietnia 2021 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 22 kwietnia 2021 r.

Barbara Gwiazda - Amrosz – Główny Specjalista Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 144/NZ/2021 z dnia 21 kwietnia 2021 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 22 kwietnia 2021 r.

O kontroli Dyrektor jednostki został poinformowany telefonicznie w dniu 21.04.2021 r.

Kontrolę wpisano do książki kontroli pod pozycją 22.

[Dowód: akta kontroli str.11-16]

II. Działalność statutowa.

A. Ustalenia faktyczne:

Zgodność zakresu i rodzaju udzielanych świadczeń zdrowotnych lub usług z zakresem i rodzajem świadczeń lub usług przewidzianych w Statucie i Regulaminie Organizacyjnym Zespołu Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach.

1. Informacje ogólne.

Zespół Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach zwany dalej „Zespołem” jest samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej. Funkcję podmiotu tworzącego pełni Województwo Śląskie. Nadzór nad działalnością Zespołu sprawuje Zarząd Województwa Śląskiego. Zespół wpisany jest do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego pod numerem 000000013818 oraz posiada osobowość prawną i jest wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego w Katowicach pod numerem KRS 0000057698. Siedzibą Zespołu są Katowice.

as/r

Zespół działa na podstawie:

- 1) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (tekst jednolity: Dz. U. z 2021r. 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 (tekst jednolity: Dz. U. z 2019 r. poz. 1398 z późn. zm.),
- 3) Statutu Zespołu, którego tekst jednolity został przyjęty Uchwałą Nr V/42/28/2017 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 18.09.2017 r. i ogłoszony w Dzienniku Urzędowym Województwa Śląskiego z dnia 05.10.2017 r. pod pozycją 5303,
- 4) Regulaminu Organizacyjnego, wprowadzonego Zarządzeniem nr 13/2020 Dyrektora Zespołu Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach z dnia 25.06.2020 r., którego ostatnie zmiany zostały pozytywnie zaopiniowane przez Radę Społeczną uchwałą nr 5/10P/2021 z dnia 15.02.2021 r. i wprowadzone Zarządzeniem Dyrektora nr 4a/2021 z dnia 15.02.2021 r.
- 5) Procedury postępowania w przypadku dokonywania zmian dotyczących struktury organizacyjnej zakładów leczniczych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie wyrażonej uchwałą nr 801/36/VI/2019 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 17.04.2019 r.
- 6) 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 września 2018 r. z późn. zm.,
 - c) zasad 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 kwietnia 2019 r.,
 - d) zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie, których tekst jednolity został przyjęty uchwałą nr 1966/161/VI/2020 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 26 sierpnia 2020 r.,
- 7) innych powszechnie obowiązujących przepisów prawa.

W Zespole zatrudnienie na dzień 22.04.2021 r. roku wynosiło:

- 238 pracowników w ramach umowy o pracę,
- 103 pracowników w ramach umowy cywilnoprawnej (w tym 5 pracowników realizujących zadania w ramach umowy zlecenia oraz 98 pracowników realizujących zadania w ramach umowy kontraktowej).

[Dowód: akta kontroli str. 17]

2. Prawidłowość wpisów w Krajowym Rejestrze Sądowym.

Ostatnie zgłoszenie do Krajowego Rejestru Sądowego z dnia 16.10.2020 r. dotyczy zmiany Dyrektora Zespołu wskazanej na dzień 12.10.2020 r. powołanego Uchwałą nr 2285/171/VI/2020 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 7.10.2020 r. Ustalono, że został dopełniony ustawowy obowiązek wynikający z art. 22 ustawy o Krajowym Rejestrze Sądowym z dnia 20 sierpnia 1997 r. (t. j.: Dz.U. z 2019 r. poz. 1500 z późn. zm.), który wskazuje 7-dniowy

Gom/2

termin na zgłoszenie zmian do KRS. W trakcie kontroli przedłożono wnioski o zmianę wpisu w Rejestrze w powyższym zakresie (złożony w Sądzie Rejonowym w Katowicach w dniu 13.10.2020 r.). Wpis został dokonany w dniu 18.11.2020 r.

[Dowód: akta kontroli str.18-23]

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

Regulamin Organizacyjny Zespołu (dalej: „Regulamin”) sporządzony został w oparciu o przepisy art. 24 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej. Aktualny tekst jednolity Regulaminu pochodzi z dnia 25.06.2020 r. Ostatnie zmiany zostały pozytywnie zaopiniowane przez Radę Społeczną Zespołu uchwałą nr 5/10P/2021 z dnia 15.02.2021 r. i wprowadzone Zarządzeniem Dyrektora nr 4a/2021 z dnia 15.02.2021 r.

W trakcie kontroli sprawdzono zgodność zapisów Regulaminu Organizacyjnego Zespołu z przepisami ustawy. Ustalono, że Regulamin zawiera zapisy wymagane przez art. 24 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej. Co prawda w odniesieniu do art. 24 ust. 1 pkt. 9 Regulamin nie przewiduje opłaty wskazanej w art. 28 ust. 4 pkt. 3) Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta tj. opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych, jednakże sytuacja taka została dopuszczona przez treść art. 27 ust. 3, który wskazuje, iż dokumentacja medyczna prowadzona w postaci papierowej może być udostępniona przez sporządzenie kopii w formie odwzorowania cyfrowego (skanu) (...), jeżeli przewiduje to regulamin organizacyjny podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych”). Wnioskować można zatem, iż udostępnienie dokumentacji medycznej na nośniku cyfrowym nie jest obligatoryjne. Kontrolujący zauważyli, że w Zespole nie dokonuje się aktualizacji wysokości opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej wraz ze zmianą przeciętnego wynagrodzenia określonego w art. 28 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (obecna wysokość opłat utrzymuje się co najmniej od maja 2017 r.). Nie stanowi to naruszenia przepisów jednakże biorąc pod uwagę, iż opłata ta stanowi swoistego rodzaju cenę za usługę, której wysokość ma związek z faktycznie ponoszonymi kosztami Zespół powinien okresowo weryfikować i modyfikować stawki. Ustawodawca wprowadzając możliwość kwartalnej waloryzacji powyższych opłat wskazuje na zmienność kosztów oraz zasadność ich monitorowania.

Kontrolujący stwierdzili, że zadania Zespołu wskazane w Regulaminie Organizacyjnym są tożsame z wpisanymi w Statucie Zespołu, którego tekst jednolity został przyjęty Uchwałą Nr V/42/28/2017 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 18.09.2017, natomiast cele odbiegają w brzmieniu od statutowych.

	Regulamin Organizacyjny Zespołu – DZIAŁ II. CELE I ZADANIA	Statut Zespołu – Rozdział II § 3 Cele i zadania
Cele	Podstawowym celem Zespołu jest udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych i promocja zdrowia.	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

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

Sprawdzona została zgodność zapisów Regulaminu w zakresie struktury organizacyjnej komórek działalności medycznej oraz miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych z Księgą Rejestrową nr 000000013818 widniejącą w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (dalej:

CR
2024

Rejestr) według stanu na dzień 22.04.2021 r. Stwierdzono wpis do Rejestru wszystkich komórek organizacyjnych, związanych z prowadzoną w Zespole działalnością medyczną. Kontrolujący wskazują na rozbieżność wpisów w zakresie nazw Gabinetów Diagnostyczno-Zabiegowych. Wpisy w Rejestrze nie zawierają pełnej nazwy wskazanej w Regulaminie (brak informacji o nazwie komórki organizacyjnej przy której funkcjonują). Zwraca się także uwagę na odmienny sposób pisowni poszczególnych wyrazów w nazwach komórek organizacyjnych Zespołu w ww. dokumentach (np. w Regulaminie Organizacyjnym wszystkie człony w nazwach pisane są dużą literą, natomiast w księdze tylko pierwszy człon nazwy pisany jest dużą literą, pozostałe człony małą. Dotyczy Poradni Ortodontycznej, Poradni Stomatologii Dziecięcej, Poradni Stomatologii Zachowawczej oraz Pracowni Techniki Dentystycznej). Wskazane jest ujednoczenie zapisów w powyższym zakresie.

Zgodność Regulaminu Organizacyjnego Zespołu z Rejestrem Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonym przez Wojewodę Śląskiego prezentuje przedstawiona poniżej tabela.

	REGULAMIN ORGANIZACYJNY	REJESTR PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ PROWADZONY PRZEZ WOJEWODĘ
L.P.	NAZWA JEDNOSTKI/ KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ	NAZWA JEDNOSTKI/ KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ
1	2	3
A	ZAKŁAD LECZNICZY	ZAKŁAD LECZNICZY
	Ambulatoryjna Opieka Zdrowotna	Ambulatoryjna Opieka Zdrowotna
I	JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZAKŁADU LECZNICZEGO	JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZAKŁADU LECZNICZEGO
	Zespół Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych	Zespół Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych
1	KOMÓRKA DZIAŁANOŚCI MEDYCZNEJ	KOMÓRKA DZIAŁANOŚCI MEDYCZNEJ
1.	Poradnia Alergologiczna dla Dzieci	Poradnia Alergologiczna dla Dzieci
2.	Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy przy Poradni Alergologicznej dla Dzieci	Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy
3.	Poradnia Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej	Poradnia Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej
4.	Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy przy Poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej	Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy
5.	Poradnia Chorób Metabolicznych dla Dzieci	Poradnia Chorób Metabolicznych dla Dzieci
6.	Poradnia Chorób Naczyń	Poradnia Chorób Naczyń
7.	Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy przy Poradni Chorób Naczyń	Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy
8.	Poradnia Dermatologiczna dla Dzieci	Poradnia Dermatologiczna dla Dzieci
9.	Poradnia Endokrynologiczna	Poradnia Endokrynologiczna
10.	Poradnia Endokrynologiczna dla Dzieci	Poradnia Endokrynologiczna dla Dzieci

GR

11.	Poradnia Foniatryczna	Poradnia Foniatryczna
12.	Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy przy Poradni Foniatrycznej	Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy
13.	Poradnia Gastroenterologiczna dla Dzieci	Poradnia Gastroenterologiczna dla Dzieci
14.	Poradnia Gastrologiczna	Poradnia Gastrologiczna
15.	Poradnia Ginekologii Dziecięcej	Poradnia Ginekologii Dziecięcej
16.	Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy przy Poradni Ginekologii Dziecięcej	Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy
17.	Poradnia Hematologiczna	Poradnia Hematologiczna
18.	Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy przy Poradni Hematologicznej	Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy
19.	Poradnia Hematologiczna dla Dzieci	Poradnia Hematologiczna dla Dzieci
20.	Poradnia Hepatologiczna dla Dzieci	Poradnia Hepatologiczna dla Dzieci
21.	Poradnia Kardiologiczna	Poradnia Kardiologiczna
22.	Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy przy Poradni Kardiologicznej	Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy
23.	Poradnia Kardiologiczna dla Dzieci	Poradnia Kardiologiczna dla Dzieci
24.	Poradnia Leczenia Bólu	Poradnia Leczenia Bólu
25.	Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy przy Poradni Leczenia Bólu	Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy
26.	Poradnia Leczenia Bólu dla Dzieci	Poradnia Leczenia Bólu dla Dzieci
27.	Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy przy Poradni Leczenia Bólu dla Dzieci	Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy
28.	Poradnia Leczenia Niepłodności i Planowania Rodziny	Poradnia Leczenia Niepłodności i Planowania Rodziny
29.	Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy przy Poradni Leczenia Niepłodności i Planowania Rodziny	Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy
30.	Poradnia Medycyny Sportowej dla Dzieci	Poradnia Medycyny Sportowej dla Dzieci
31.	Poradnia Nefrologiczna	Poradnia Nefrologiczna
32.	Poradnia Nefrologiczna dla Dzieci	Poradnia Nefrologiczna dla Dzieci
33.	Poradnia Neurochirurgiczna	Poradnia Neurochirurgiczna
34.	Poradnia Neurologiczna	Poradnia Neurologiczna
35.	Poradnia Neurologiczna dla Dzieci	Poradnia Neurologiczna dla Dzieci
36.	Poradnia Okulistyczna	Poradnia Okulistyczna
37.	Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy przy Poradni Okulistycznej	Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy
38.	Poradnia Okulistyczna dla Dzieci	Poradnia Okulistyczna dla Dzieci
39.	Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy przy Poradni Okulistycznej dla Dzieci	Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy
40.	Poradnia Ortodontyczna	Poradnia ortodontyczna
41.	Poradnia Otolaryngologiczna dla Dzieci	Poradnia Otolaryngologiczna dla Dzieci

Abel

42.	Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy przy Poradni Otolaryngologicznej dla Dzieci	Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy
43.	Poradnia Rehabilitacyjna	Poradnia Rehabilitacyjna
44.	Poradnia Rehabilitacyjna dla Dzieci	Poradnia Rehabilitacyjna dla Dzieci
45.	Poradnia Reumatologiczna	Poradnia Reumatologiczna
46.	Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy przy Poradni Reumatologicznej	Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy
47.	Poradnia Stomatologii Dziecięcej	Poradnia stomatologii dziecięcej
48.	Poradnia Stomatologii Zachowawczej	Poradnia stomatologii zachowawczej
49.	Poradnia Terapii Uzależnienia od Substancji Psychoaktywnych	Poradnia Terapii Uzależnienia od Substancji Psychoaktywnych
50.	Pracownia Angiografii Fluoroscencyjnej	Pracownia Angiografii Fluoroscencyjnej
51.	Pracownia Audiometrii	Pracownia Audiometrii
52.	Pracownia RTG	Pracownia RTG
53.	Pracownia USG	Pracownia USG
54.	Pracownia Ultrasonografii Kardiologicznej	Pracownia Ultrasonografii Kardiologicznej
55.	Pracownia Biopsji	Pracownia Biopsji
56.	Pracownia Elektroneuropsychologii	Pracownia Elektroneuropsychologii
57.	Pracownia Patomorfologii	Pracownia Patomorfologii
58.	Pracownia Rehabilitacji Leczniczej	Pracownia Rehabilitacji Leczniczej
59.	Pracownia Rehabilitacji Leczniczej dla Dzieci	Pracownia Rehabilitacji Leczniczej dla Dzieci
60.	Pracownia Spirometrii	Pracownia Spirometrii
61.	Pracownia Techniki Dentystycznej	Pracownia techniki dentystycznej
62.	Poradnia Alergologiczna	Poradnia Alergologiczna
63.	Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy przy Poradni Alergologicznej	Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy
64.	Poradnia Chorób Płuc i Gruźlicy	Poradnia Chorób Płuc i Gruźlicy
65.	Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy przy Poradni Chorób Płuc i Gruźlicy	Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy
66.	Poradnia Chorób Płuc i Gruźlicy dla Dzieci i Młodzieży	Poradnia Chorób Płuc i Gruźlicy dla Dzieci i Młodzieży
67.	Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy przy Poradni Chorób Płuc i Gruźlicy dla Dzieci i Młodzieży	Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy
68.	Poradnia Domowego Leczenia Tlenem	Poradnia Domowego Leczenia Tlenem
69.	Poradnia Skórno-Wenerologiczna	Poradnia Skórno-Wenerologiczna
70.	Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy przy Poradni Skórno-Wenerologicznej	Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy
71.	Poradnia Zdrowia Psychicznego	Poradnia Zdrowia Psychicznego
72.	Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy przy Poradni Zdrowia Psychicznego	Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy

73.	Poradnia Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży	Poradnia Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży
74.	Centralne Laboratorium	Centralne Laboratorium
75.	Poradnia Alergologiczna	Poradnia Alergologiczna
76.	Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy przy Poradni Alergologicznej	Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy
77.	Poradnia Chorych na Cukrzycę	Poradnia Chorych na Cukrzycę
78.	Gabinet Diagnostyczno- Zabiegowy przy Poradni dla Chorych na Cukrzycę.	Gabinet Diagnostyczno- Zabiegowy

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

Podczas kontroli sprawdzono prawidłowość procesu dokonywania zmian w strukturze organizacyjnej Zespołu 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/VI/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 zmian w strukturze organizacyjnej Zespołu. Przebieg zmian zweryfikowano pod względem uzyskania pozytywnej opinii Rady Społecznej Zespołu w związku z dokonywaną zmianą, uzyskaniem akceptacji podmiotu tworzącego, a także zgłoszeniem zmian w strukturze organizacyjnej do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego.

Stwierdzono, iż w okresie od 01.01.2020 r. do dnia kontroli Dyrektor Zespołu dokonał w Regulaminie zmian w strukturze komórek działalności medycznej zgodnie z cytowaną wyżej *Procedurą*, polegających na:

1. Likwidacji z dniem 20.05.2020 r. następujących komórek działalności medycznej – zmiany w Regulaminie i wykreślenie z Rejestru:
 - 1) Poradni Reumatologicznej dla Dzieci,
 - 2) Poradni Pediatrycznej Szczepień dla dzieci z Grup Wysokiego Ryzyka
2. Połączeniu z dniem 20.05.2020 r. Poradni Leczenia Nerwic i Poradni Zdrowia Psychicznego – zmiana w Regulaminie i utworzenie w Rejestrze.

W zakresie ww. zmian zgodnie z zapisami rozdziału II pkt 1 ppkt 2 cytowanej wyżej procedury opinia Rady Społecznej SPZOZ w przypadku zmiany nie powodującej rozszerzenia lub ograniczenia udzielanych świadczeń zdrowotnych nie była wymagana przed uzyskaniem zgody podmiotu tworzącego.

L.P.	OKREŚLENIE RODZAJU ZMIANY	OPINIA RADY SPOŁECZNEJ (NR UCHWAŁY, Z DNIA)	WYMAGANA AKCEPTACJA PODMIOTU TWORZĄCEGO (TAK/ NIE/ NIE DOTYCZY)	CZYNNOŚĆ SPOWODOWAŁA ZMIANĘ UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ (TAK/ NIE/ NIE DOTYCZY)	DATA ROZPOCZĘCIA / ZAKOŃCZENIA DZIAŁALNOŚCI/ OKRES ZAWIESZENIA	DATA ZMIANY W REJESTRZE PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ
1	2	3	4	5	6	7
1	utworzenie komórek/jednostki organizacyjnej	Nie wykazano zmian w tym zakresie				

OK
02/24

	likwidacja komórki/jednostki organizacyjnej					
2	1. Poradnia Reumatologiczna dla Dzieci, 2. Poradnia Pediatria Szczepień dla dzieci z Grup Wysokiego Ryzyka .	opinia Rady Społecznej dot. zmiany Regulaminu Organizacyjnego w zakresie struktury działalności komórek medycznych wyrażona uchwałą Nr 12/6 P/2020 z dnia 23.06.2020 r.	TAK	NIE	20.05.2020	28.05.2020
3	zmiana nazwy komórki / jednostki organizacyjnej	Nie wykazano zmian w tym zakresie				
4	połączenie jednostek/komórek organizacyjnych: 1. Poradnia Leczenia Nerwic i Poradnia Zdrowia Psychicznego	opinia Rady Społecznej dot. zmiany Regulaminu Organizacyjnego w zakresie struktury działalności komórek medycznych wyrażona uchwałą Nr 12/6 P/2020 z dnia 23.06.2020 r.	TAK	NIE	20.05.2020	28.05.2020
5	podział jednostek/komórek organizacyjnych	Nie wykazano zmian w tym zakresie				
6	zawieszenie działalności komórki / jednostki organizacyjnej	Nie wykazano zmian w tym zakresie				

Tabela nr 3 – zmiany struktury organizacyjnej w okresie objętym kontrolą (t. j. od 01.01.2020 r. do 22.04.2021 r.).

Zespół posiada własną stronę internetową pod adresem: <http://www.zwps.pl> oraz odrębną stronę podmiotową BIP pod adresem: <http://bip.zwps.pl>. Analizie poddano zgodność danych zamieszczonych na stronie internetowej Zespołu 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 (Dz.U. z 2019 r. poz. 1429 z późn. zm). Stwierdzono, że wszystkie informacje wymagane przez przepisy ww. ustawy zostały zamieszczone na stronie BIP Zespołu.

W zakresie informacji dotyczącej opłat stwierdzono brak umieszczenia na stronie internetowej Zespołu pełnego zakresu opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być, zgodnie z przepisami ustawy lub przepisami odrębnymi, udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością tj. cennika badań podzlecanych stanowiącego załącznik nr 21 do Regulaminu Organizacyjnego. Ponadto należy zwrócić uwagę, iż w zakresie większości opłat wymienionych w Regulaminie i zamieszczonych na stronie internetowej Zespołu w zakładce Cenniki usług medycznych widnieją nieaktualne informacje dotyczące Zarządzeń Dyrektora wprowadzających przedmiotowe cenniki. Nie stanowi to nieprawidłowości gdyż wysokości opłat wskazanych na stronie, jak i w obecnym brzmieniu Regulaminu są tożsame, jednakże zasadnym byłoby zaktualizowanie informacji i zamieszczenie ich w wersji zgodnej z obowiązującymi w Zespole uregulowaniami wewnętrznymi. Zwraca się także uwagę, iż strona winna być poddawana bieżącej aktualizacji.

[Dowód: akta kontroli str. 24-125]

B. Stwierdzone nieprawidłowości i uchybienia (przyczyny, skutki):

- 1) Uchybienie polegające na braku zgodności pomiędzy zapisami Regulaminu Organizacyjnego i Statutu w zakresie celów Zespołu,
- 2) Nieprawidłowość polegająca na niezgodnościach pomiędzy zapisami Regulaminu Organizacyjnego Zespołu i Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą w zakresie nazw komórek organizacyjnych działalności medycznej (Gabinetów Diagnostyczno-Zabiegowych);

- 3) Nieprawidłowość polegająca na niezamieszczeniu pełnej informacji, o której mowa w art. 24 ust. 1 pkt. 12 ustawy o działalności leczniczej na stronie internetowej Zespołu.

Przyczyny nieprawidłowości i uchybień:

- 1) Niedochowanie należytej staranności w zakresie:
 - a) zamieszczenia w Regulaminie celów Zespołu, tożsamy z wyszczególnionymi w Statucie,
 - b) zamieszczenia wszystkich wymaganych informacji na stronie internetowej Zespołu,
 - c) aktualizacji wpisów w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą.

Skutki nieprawidłowości i uchybień:

- 1) Niespójność pomiędzy celami Zespołu w Regulaminie względem zapisów ujętych w jego Statucie.
- 2) Niezgodność pomiędzy zapisami Regulaminu Organizacyjnego Zespołu i Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą w zakresie komórek organizacyjnych działalności medycznej.
- 3) Brak zamieszczenia wszystkich informacji, o których mowa w art. 24 ust. 1 pkt. 12 ustawy o działalności leczniczej na stronie internetowej Zespołu.

Wskazane nieprawidłowości i uchybienia nie stanowią rażącego naruszenia przepisów prawa.

C. Ocena cząstkowa: pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości i uchybień.

D. Osoby odpowiedzialne: Dyrektorzy Zespołu Grzegorz Nowaczyński oraz Jacek Przybyło, na podstawie art. 46 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, zgodnie, z którym odpowiedzialność za zarządzanie podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą ponosi kierownik.

III. Dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych.

A. Ustalenia faktyczne:

Podstawowym celem działalności Zespołu jest udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych i promocja zdrowia. Zespół prowadzi działalność w ramach zakładu leczniczego pod nazwą: Ambulatoryjna Opieka Zdrowotna. Miejscem udzielania świadczeń są komórki organizacyjne Zespołu zlokalizowane w obiektach pod adresem:

- 1) Katowice, ul. Powstańców 31;
- 2) Katowice, ul. Lompy 16;
- 3) Zabrze, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 10.

1. Funkcjonowanie wybranych komórek organizacyjnych.

W ramach czynności kontrolnych przeprowadzono wizytację wybranych komórek medycznych. Szczegółową kontrolą objęto funkcjonowanie:

- 1) Poradni Endokrynologicznej;
- 2) Poradni Chorób Płuc i Gruźlicy dla Dzieci i Młodzieży;
- 3) Poradni Leczenia Bólu;
- 4) Poradni Domowego Leczenia Tlenem;
- 5) Pracowni Rehabilitacji Leczniczej;
- 6) Pracowni Angiografii Fluorosceinowej;

gł R

7) Pracowni Patomorfologii.

1) Poradnia Endokrynologiczna

Komórka wpisana 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: 1030 Poradnia endokrynologiczna. Komórka została wpisana do Rejestru z dniem 12.01.1994 r.

W Poradni świadczy się usługi medyczne w zakresie chorób tarczycy i innych zaburzeń gruczołów wydzielania wewnętrznego. Do zakresu wykonywanych świadczeń należą m.in. porady specjalistyczne, recepturowe; wykonywanie badań z zakresu pakietu tarczycowego; świadczenia zabiegowe oraz wstępna diagnostyka w zakresie chorób nowotworowych. Poradnia zlokalizowana jest w budynku w Katowicach przy ul. Powstańców 31.

Liczba porad udzielonych w komórce wyniosła:

- 25271 w 2020 r.

- 7153 w 2021 r.

Liczba osób oczekujących na udzielenia świadczenia w Poradni (stan na 22.04.2021 r.) wyniosła: przypadki pilne - 4, przypadki stabilne – 218.

Zatrudnienie w Poradni wynosi: lekarze 5 osób; pielęgniarki 1 osoba.

Poradnia udziela świadczeń w następujące dni tygodnia (zgodnie z wpisem w Portalu potencjału):

- poniedziałek – od 8:00 do 18:00

- wtorek - od 8:00 do 16:30

- środa – od 8:00 do 16:30

- czwartek – od 8:00 do 18.00

- piątek – od 8:00 do 14:00.

Podane wyżej godziny są zgodne z informacjami znajdującymi się w widocznym miejscu w obrębie Poradni.

2) Poradnia Chorób Płuc i Gruźlicy dla Dzieci i Młodzieży

Komórka wpisana jest do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 006 (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: 1271 Poradnia gruźlicy i chorób płuc dla dzieci. Komórka została wpisana do Rejestru z dniem 12.01.1994 r.

W Poradni świadczy się usługi medyczne w zakresie profilaktyki, rozpoznawania i leczenia gruźlicy, chorób płuc oraz pozostałych chorób układu oddechowego. Poradnia zlokalizowana jest w budynku w Katowicach przy ul. Lompy 16.

Liczba porad udzielonych w komórce wyniosła:

-4165 w 2020 r.

-1260 w 2021 r.

Liczba osób oczekujących na udzielenia świadczenia w Poradni (stan na 22.04.2021 r.) wyniosła: przypadki pilne - 0, przypadki stabilne – 72.

Zatrudnienie w Poradni wynosi: lekarze 2 osoby; pielęgniarki 1 osoba.

Poradnia udziela świadczeń w następujące dni tygodnia (zgodnie z wpisem w Portalu potencjału):

- poniedziałek – od 12:00 do 18:00

- wtorek - od 8:00 do 15:00

- środa – od 8:00 do 15:00

- czwartek – od 8:00 do 14.00

- piątek – od 8:00 do 14:00.

Podane wyżej godziny są zgodne z informacjami znajdującymi się w widocznym miejscu w obrębie Poradni.

3) **Poradnia Leczenia Bólu**

Komórka wpisana jest do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą 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: 1222 Poradnia leczenia bólu. Komórka została wpisana do Rejestru z dniem 12.01.1994 r.

Poradnia poprzez porady specjalistyczne, recepturowe oraz świadczenia zabiegowe zapewnienia kompleksową opiekę chorym cierpiącym z powodu bólu. Zlokalizowana jest w Katowicach przy ul. Powstańców 31.

Liczba porad udzielonych w komórce wyniosła:

-6703 w 2020 r.

-2000 w 2021 r..

Liczba osób oczekujących na udzielenia świadczenia w Poradni (stan na 22.04.2021 r.) wyniosła: przypadki pilne - 0, przypadki stabilne – 34.

Zatrudnienie w Poradni wynosi: lekarze 2 osoby.

Poradnia udziela świadczeń w następujące dni tygodnia (zgodnie z wpisem w Portalu potencjału):

- poniedziałek – od 14:00 do 16:00

- wtorek - od 8:30 do 13:30

- środa – od 14:00 do 19:00

- czwartek – od 8:30 do 13.30

-piątek – od 10:00 do 15:00.

Podane wyżej godziny są zgodne z informacjami znajdującymi się w widocznym miejscu w obrębie poradni.

4) **Poradnia Domowego Leczenia Tlenem**

Komórka wpisana jest do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 030 (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: 1860 Poradnia domowego leczenia tlenem. Komórka została wpisana do Rejestru z dniem 12.01.1994 r.

Poradnia zajmuje się kwalifikacją do leczenia tlenem w warunkach domowych oraz opieką nad pacjentem korzystającym z koncentratora tlenu. Zlokalizowana jest w budynku w Katowicach przy ul. Lompy 16.

Liczba porad udzielonych w komórce wyniosła:

-22925 na rzecz 63 pacjentów w 2020 r.

-5048 na rzecz 56 pacjentów w 2021 r..

Liczba osób oczekujących na udzielenia świadczenia w Poradni (stan na 22.04.2021 r.) wyniosła: przypadki pilne - 0, przypadki stabilne – 0.

Zatrudnienie w Poradni wynosi: lekarze 2 osoby; pielęgniarki: 2 osoby.

Poradnia udziela świadczeń w następujące dni tygodnia (zgodnie z wpisem w Portalu potencjału):

- poniedziałek – od 15:30 do 18:30

- wtorek - od 16:00 do 19:00

- środa – od 15:30 do 18:30

- czwartek – od 16:00 do 19.00.

Podane wyżej godziny są zgodne z informacjami znajdującymi się w widocznym miejscu w obrębie poradni.

5) Pracownia Rehabilitacji Leczniczej

Komórka wpisana jest do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 075 (kod resortowy identyfikujący komórkę organizacyjną stanowiącą część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych), kod resortowy charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych: 1310 Dział (pracownia) fizjoterapii. Komórka została wpisana do Rejestru z dniem 01.03.2010 r. i znajduje się w Katowicach przy ul. Powstańców 31.

W Pracowni udziela się komercyjnie świadczeń rehabilitacyjnych oraz z zakresu fizjoterapii dla pacjentów wszystkich grup wiekowych, u których wystąpiły dysfunkcję w przebiegu różnych chorób, urazów i uszkodzeń organizmu.

Zatrudnienie w Pracowni wynosi: fizjoterapeuci: 4 osoby.

6) Pracowni Angiografii Fluoresceinowej

Komórka wpisana jest do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 040 (kod resortowy identyfikujący komórkę organizacyjną stanowiącą część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych), kod resortowy charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych: 7998 Inne pracownie diagnostyczne lub zabiegowe. Komórka została wpisana do Rejestru z dniem 27.10.2004 r. i znajduje się w Katowicach przy ul. Powstańców 31.

W Pracowni przeprowadza się badanie polegające na wykonaniu serii fotografii dna oka po dożylnym podaniu środka cieniującego (fluoresceiny). Badanie pozwala na uwidocznienie krążenia w naczyniach siatkówki i pośrednio błony naczyniowej oraz umożliwia ocenę stanu nabłonka barwnikowego siatkówki i naczyń krwionośnych siatkówki, które nie są widoczne w trakcie wziernikowania dna oka.

Zatrudnienie w Pracowni wynosi: lekarze: 4 osoby, pielęgniarki: 1 osoba.

7) Pracownia patomorfologii

Komórka wpisana jest do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 035 (kod resortowy identyfikujący komórkę organizacyjną stanowiącą część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych), kod resortowy charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych: 7150 Pracownia histopatologii. Komórka została wpisana do Rejestru z dniem 12.01.1994 r.

W Pracowni udziela się świadczeń w zakresie diagnostyki histopatologicznej, cytologicznej oraz immunohistochemicznej. Badania histopatologiczne wykonywane są dla Poradni Zespołu w ramach zawartych umów, jak i prywatnie.

Zatrudnienie w Pracowni wynosi: lekarze: 12 osób, diagności laboratoryjni: 1 osoba, personel z wykształceniem wyższym: 4 osoby, technicy analityki medycznej/laboranci: 3 osoby.

[Dowód: akta kontroli str.126-134]

2. Udzielanie zamówień na świadczenia zdrowotne.

Przedmiotem weryfikacji przeprowadzonej przez kontrolujących były umowy:

- 1) Nr ZWPS/DK/10/2020 z dnia 27.02.2020 r. na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie okulistyki,
- 2) Nr ZWPS/DL/117/2020 z dnia 29.06.2020 r. na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie badań laboratoryjnych dla pacjentów Zespołu.

Ad. 1) Nr ZWPS/DK/10/2020 z dnia 27.02.2020 r.

Umowa została zawarta w wyniku przeprowadzonego przez Zespół postępowania konkursowego

na podstawie przepisu art. 26 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.

Zgodnie z zasadami przeprowadzonego konkursu umowa została zawarta w formie pisemnej, na czas określony tj. od dnia 01.03.2020 r. do dnia 31.12.2020 r. Termin jej obowiązywania został aneksowany na okres od 01.01.2021 r. do 31.12.2021 r. W niniejszej kwestii podmiot kontrolowany złożył wyjaśnienia załączone do akt kontroli. Z wyjaśnień wynika, iż zmiana terminu realizacji umowy była korzystna dla Zespołu co nie stanowi sprzeczności z art. 27 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej.

Wartość szacunkową określono w dokumencie z dnia 12.02.2020 r. Kalkulacji dokonano na okres objęty umową tj. 10 m-cy zgodnie z art. 26a ust. 7 ustawy o działalności leczniczej.

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 wymagane zapisy.

Art. 27 ust. 8 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej zawiera katalog przesłanek, w których umowa na udzielanie świadczeń zdrowotnych ulega rozwiązaniu. Kontrolowana umowa nie przewiduje możliwości jej rozwiązania określonej w ust. 8 pkt.2)-4). Aneksem nr 1 do umowy z dnia 01.07.2020 r. wprowadzono zapis wskazany w ust. 8 pkt. 3) oraz częściowy zapis określony w pkt. 4). Nie oddaje on jednak w pełni intencji przepisu gdyż nie zawiera informacji o braku konieczności zachowania okresu wypowiedzenia (Zapis z kontrolowanej umowy: "Zamawiający może rozwiązać umowę w każdym czasie gdy Wykonawca w sposób rażąco narusza postanowienia umowy", zapis ustawowy: "Umowa ulega rozwiązaniu wskutek oświadczenia jednej ze stron, bez zachowania okresu wypowiedzenia, w przypadku gdy druga strona rażąco narusza istotne postanowienia umowy").

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

W ramach kontroli realizacji umowy sprawdzono faktury nr:

- 21/20S z dnia 30.09.2020 r. – stawki za zrealizowane świadczenia zgodne z umową. Ilość punktów możliwych do realizacji w miesiącu zgodnie z umową wynosi 27 451. Rachunek wskazuje ilość 27 568, natomiast załącznik do rachunku ilość wykonaną 27 558 punktów, a zatwierdzoną do wypłaty 27 568. Zgodnie ze złożonymi wyjaśnieniami różnica między ilością punktów zapłaconych a wykonanych wynika z punktów nierozliczonych w poprzednich miesiącach.
- 2/2021 z dnia 28.02.2021 r. – stawki za zrealizowane świadczenia zgodne z umową. Ilość punktów możliwych do realizacji w miesiącu lutym zgodnie z aneksem nr 4 z dnia 29.01.2021 r. wynosi 37 365. Rachunek wskazuje zatwierdzoną ilość punktów na poziomie 42 441. Zgodnie z wyjaśnieniami decyzją Dyrektora lekarze mogą realizować świadczenia w liczbie przekraczającej limit co zostaje usankcjonowane stosownym aneksem. W przedmiotowym przypadku wartość punktowa zrealizowanych świadczeń nie jest literalnie zgodna z podpisanym aneksem jednakże biorąc pod uwagę wykonanie w poprzednim miesiącu i sposób kalkulacji przyjęty przez jednostkę nie przekracza limitu określonego w umowie (faktyczne wykonanie w styczniu 23 692,4 + faktyczne wykonanie luty 42 474 = 66 166,4 jest tożsame z rozliczeniem przyjętym przez Zespół tj. limit miesięczny 28 801,4 + limit wynikający z aneksu 37 365 = wykonanie 66 166,4). Mając na względzie sytuację epidemiczną, w wyniku której powstała konieczność „nadrobienia” niezrealizowanych świadczeń celem uniknięcia zwrotu środków otrzymanych z Narodowego Funduszu Zdrowia przyjęty sposób rozliczeń może znaleźć uzasadnienie. Niemniej jednak wątpliwość kontrolujących budzi treść zawartego aneksu określająca maksymalną ilość punktów do wykonania w danym okresie rozliczeniowym na poziomie 37 365, w kontekście faktycznego wykonania na poziomie 42 474. Mimo, iż występuje zgodność rachunkowa z ogólnymi limitami umownymi zapis w aneksie powinien być skonstruowany w ten sposób, aby możliwe było ustalenie zgodności dokumentu rozliczeniowego za dany okres rozliczeniowy tj. miesiąc z treścią umowy bez konieczności

Pr
Gard

dotatkowych ustaleń (poprzez wskazanie faktycznej liczby punktów do wykonania bądź też różnicy do limitu).

Należy zwrócić uwagę, iż treść umowy w zakresie rozliczeń za wykonane świadczenia powinna być precyzyjna i uwzględniać stosowany sposób rozliczania zrealizowanych świadczeń (narastająco). Konstrukcja zapisu § 9 ust. 1 pkt a umowy wskazuje, iż Wykonawca otrzyma wynagrodzenie wynikające z określonej stawki i ilości świadczeń specjalistycznych w wysokości 27 451 punktów miesięcznie co sugeruje, iż taka ilość punktów powinna zostać wykonana w każdym okresie rozliczeniowym. Co prawda istnieją zapisy sugerujące możliwość wprowadzenia zmian jednakże nie precyzują one jednoznacznie przyjętego sposobu rozliczeń. Ustęp 7 wskazuje, iż maksymalna ilość wykonanych punktów w okresie obowiązywania umowy wynosi 274 510 (zwiększone aneksami nr 2 z dnia 8.12.2020 r., nr 4 z dnia 29.01.2021 oraz nr. 5 z dnia 26.02.2021 r.) jednakże mając na względzie ww. zapis ust. 1 pkt. a) odczytuje się, iż maksymalna liczba punktów stanowi iloczyn liczby punktów miesięcznych i liczby miesięcy rozliczeniowych. Umowa przewiduje dwa przypadki, w których możliwe jest odstępstwo: zgodnie z ust. 6 w przypadku planowanej nieobecności (konieczność wykonania proporcjonalnej ilości świadczeń w okresie poprzedzającym absencję) oraz na podstawie ust. 11, gdzie dopuszczono możliwość zmiany liczby punktów do wykonania w przypadku zaistnienia szczególnych okoliczności po stronie Zamawiającego lub Wykonawcy, a w szczególności zmiany kontraktu przez NFZ, czego Zamawiający nie był w stanie przewidzieć - ewentualne zmiany ilości punktów nastąpią w formie jednostronnego oświadczenia Zamawiającego. Uregulowania umowne powinny jednoznacznie precyzować zasady kalkulacji zobowiązań. Dla przejrzystości rozliczeń należałoby doprecyzować w szczególności § 9 ust. 1 pkt a) poprzez wskazanie możliwości elastycznego rozliczania narastająco i przesuwania liczby punktów wynikających z wykonanych usług pomiędzy poszczególnymi miesiącami mając na względzie maksymalną punktową wartość umowy. W celu zachowania spójności i klarowności rozrachunków należałoby także wprowadzić mechanizm kontroli zarządczej w zakresie weryfikacji zgodności zapisów sporządzonych umów z ich rozliczaniem.

Ad. 2) Nr ZWPS/DL/117/2020 z dnia 29.06.2020 r.

Umowa została zawarta w wyniku przeprowadzonego przez Zespół postępowania konkursowego 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 01.07.2020 r. do dnia 30.06.2021 r.

Wartość szacunkową określono w dokumencie z dnia 10.06.2020 r. Kalkulacji dokonano na okres objęty umową tj. 12 m-cy zgodnie z art. 26a ust. 7 ustawy o działalności leczniczej.

W oparciu o zapisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej stwierdza się, że umowa nie zawiera wszystkich zapisów, do których obliuguje art. 27 ust. 4 tj.:

- a) minimalnej liczby osób udzielających określonych świadczeń zdrowotnych (art. 27 ust. 4 pkt 3),
- b) postanowienia dotyczącego szczególnych okoliczności uzasadniających rozwiązanie umowy za wypowiedzeniem (art. 27 ust. 4 pkt 8).

Art. 27 ust. 8 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej zawiera katalog przesłanek, w których umowa na udzielanie świadczeń zdrowotnych ulega rozwiązaniu. Kontrolowana umowa nie wskazuje możliwości jej rozwiązania określonej w ust. 8 pkt.2).

Umowa określa wartość brutto zamówienia, zgodnie z obowiązkiem wynikającym z przepisów ustawy o finansach publicznych (art. 44 ust. 3 pkt 3).

Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach i podpisana przez strony. W ramach kontroli realizacji umowy sprawdzono faktury nr:

Gdy P

- 0404/3086/20 z dnia 30.09.2021 r. – stawki za zrealizowane świadczenia zgodne z umową,
- 0405/0729/21 z dnia 28.02.2021 r. – stawki za zrealizowane świadczenia zgodne z umową.

W fakturach wyszczególniono także badania, które nie zostały ujęte w obowiązującej umowie (m.in. hormon wzrostu, chromogranina A). Zwraca się uwagę, iż przedmiotowy sposób postępowania może mieć wpływ na właściwe szacowanie wartości zamówienia i tryb wyboru Przyjmującego zamówienie, szczególnie w kontekście braku uregulowania kwestii badań dodatkowych w zawartej umowie. Faktury obejmują również badania (SPORAL A), które zgodnie z uzyskanymi wyjaśnieniami objęte są inną umową zawartą przez Zespół z tym samym kontrahentem.

Zauważyć należy, iż Ustawa o działalności leczniczej w art.26 ust. 1. i kolejnych wskazuje, iż podmiot leczniczy udzielający zamówienia na udzielanie w określonym zakresie świadczeń zdrowotnych nazwany został „udzielającym zamówienia”, natomiast podmiot wykonujący działalność leczniczą, lub osoba legitymująca się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny, której udzielono zamówienia w drodze konkursu nazywana jest „przyjmującym zamówienie”. Zasadnym zatem byłoby przyjęcie nomenklatury określonej przez ustawodawcę w odniesieniu do konkursów ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych, w odróżnieniu ich od zamówień udzielanych w trybie ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych, której w tym przypadku nie stosuje się.

[Dowód: akta kontroli str.135-197]

3. Serwisowanie aparatury oraz sprzętu medycznego.

Kontrolujący w ramach kontroli jakości świadczonych usług w dniu 18.05.2021r. zweryfikowali paszporty techniczne urządzeń, wykorzystywanych do udzielania świadczeń zdrowotnych w poniżej wskazanych lokalizacjach i komórkach organizacyjnych Zespołu:

- a) Poradnia Chorób Płuc i Gruźlicy dla Dzieci i Młodzieży;
- b) Poradnia Leczenia Bólu;
- c) Poradnia Domowego Leczenia Tlenem;
- d) Pracownia Rehabilitacji Leczniczej;
- e) Pracownia Patomorfologii.

1) Poradnia Chorób Płuc i Gruźlicy dla Dzieci i Młodzieży:

- Spirometr typ Lungtest 500, nr fabryczny 00384, rok produkcji 2005, nr księgi inwentarzowej T-802-479. Eksploatowany od 27.12.2005 r. Poprzedni przegląd techniczny ważny do 12.03.2021 r. Przegląd okresowy przeprowadzono 12.03.2021 r. dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany 12.03.2022 r., zgodnie z wpisem aparat sprawny technicznie.

2) Poradnia Leczenia Bólu:

- Magnetyczny system rezonansowy Viofon typ IPS MRS 2000, nr fabryczny DA090849, rok produkcji 1999, nr księgi inwentarzowej T-802-269. Eksploatowany od 31.12.1999 r. Poprzedni przegląd ważny do 10.12.2020 r. Przegląd okresowy przeprowadzono w dniu 21.12.2020 r., następny przegląd powinien być wykonany 21.12.2021 r. zgodnie z wpisem aparat sprawny technicznie. W paszporcie widnieje informacja o odbyciu się przeglądu w terminie późniejszym ze względu na sytuację epidemiologiczną.

3) Poradnia Domowego Leczenia Tlenem:

- Elektrokardiograf typ ASCARD GREY V.07.204, nr fabryczny 6578, rok produkcji 2017r., nr księgi inwentarzowej T-802-733. Poprzedni przegląd techniczny ważny do 18.09.2020 r. Przegląd okresowy przeprowadzono 18.09.2020 r. dokonany

w terminie, następny przegląd powinien być wykonany 18.09.2021 r., zgodnie z wpisem aparat sprawny technicznie.

4) Pracownia Rehabilitacji Leczniczej:

- System terapii zaburzeń mowy model VocaStim Master, nr inwentarzowy: T-802-696. Użytkowany od 2013 r. do 2019 r. Dnia 22.08.2019 r. wpisano do paszportu technicznego informację o odstąpieniu od wykonywania przeglądów ze względu na fakt, iż urządzenie nie jest użytkowane.
- Urządzenie do krioterapii KRIOPOL R 26 typ B, nr fabryczny 258/12/2009, rok produkcji 2009, nr księgi inwentarzowej: T-802-566. Poprzedni przegląd techniczny ważny do 02.04.2020 r. Przegląd okresowy przeprowadzony po terminie w dniu 19.05.2020 r. następny przegląd powinien być wykonany 19.05.2021 r., zgodnie z wpisem urządzenie sprawne. W paszporcie znajduje się adnotacja, iż w związku z ogłoszonym stanem epidemii Pracownia nie przyjmowała pacjentów, dlatego przegląd odbył się po terminie.
- Aparat do terapii falą uderzeniową typ Masterpuls MP100, nr fabryczny 055240, rok produkcji 2015, nr inwentarzowy T-802-715. Eksploatowany od 21.12.2015 r. Poprzedni przegląd ważny do 10.12.2020 r. Przegląd okresowy przeprowadzony po terminie w dniu 21.12.2020 r., następny przegląd powinien być wykonany 21.12.2021 r., zgodnie z wpisem urządzenie sprawne. W paszporcie znajduje się adnotacja, iż ze względu na sytuację epidemiologiczną przegląd odbył się po terminie.
- Aparat do terapii ultradźwiękowej Intellect Mobile Ultrasound, nr fabryczny 3664/7279/1165, rok produkcji 2005, nr inwentarzowy T-802-422/16/05. Poprzedni przegląd ważny do 02.04.2020 r. Przegląd okresowy przeprowadzony po terminie w dniu 19.05.2020 r., następny przegląd powinien być wykonany 19.05.2021 r. zgodnie z wpisem urządzenie sprawne. W paszporcie znajduje się adnotacja, iż w związku z ogłoszonym stanem epidemii Pracownia nie przyjmowała pacjentów, dlatego przegląd odbył się po terminie.
- Aparat do magnetoterapii typ Magnoter D56A BL, nr fabryczny 56325, rok produkcji 2006, nr inwentarzowy T-802-511/16/07. Poprzedni przegląd ważny do 02.04.2020 r. Przegląd okresowy przeprowadzony po terminie w dniu 19.05.2020 r. następny przegląd powinien być wykonany 19.05.2021 r. zgodnie z wpisem urządzenie sprawne.

5) Pracownia Patomorfologii:

- Karuzelowy procesor tkankowy typ TP 1020 F2, nr fabryczny 5201, rok produkcji 2012r., nr księgi inwentarzowej T-801-670. Eksploatowany od 16.07.2012 r. Poprzedni przegląd techniczny ważny do 7.05.2021 r. Przegląd okresowy wykonany w dniu 10.05.2021 r. i ważny do 09.05.2022 r. Między obecnym przeglądem, a poprzednim widnieje 2-dniowa przerwa, która przypada na dni wolne od pracy (sobota, niedziela), w których Zespół nie pracował. Zgodnie z wpisem urządzenie sprawne.
- Mikroskop optyczny typ DM 1000, nr 379354, rok produkcji 2014, nr księgi inwentarzowej T-802-709. Eksploatację rozpoczął 29.12.2014 r. Poprzedni przegląd techniczny ważny do dnia 21.11.2020 r. Ostatni okresowy przegląd i konserwacja mikroskopu odbyły się w terminie w dniu 19.11.2020 i są ważne do 19.11.2021 r., zgodnie z wpisem urządzenie sprawne.
- Procesor tkankowy typ STP 120-3, nr seryjny: STP2239, nr inwentarzowy T-801-712. Zainstalowany w dniu 8.12.2015 r. Poprzedni przegląd techniczny ważny

G34R

do 14.02.2020 r. Ostatni przegląd wykonany dnia 9.12.2020 r. w terminie, ważny do 9.12.2021 r. zgodnie z wpisem urządzenie sprawne.

- Mikroton saneczkowy typ SM2000R, nr fabryczny 3810, rok produkcji 2007 r., nr księgi inwentarzowej T-802-527. Data rozpoczęcia eksploatacji: 12.11.2007 r. Poprzedni przegląd techniczny ważny do 07.05.2020 r. Obecny przegląd wykonany dnia 10.05.2021 r. ważny do 09.05.2022 r. Między obecnym przeglądem, a poprzednim widnieje 2-dniowa przerwa, która przypada na dni ustawowo wolne od pracy (sobota i niedziela), w których Zespół nie pracował, zgodnie z wpisem urządzenie sprawne.

Zespół przekazał wyjaśnienia w sprawie niedochowania terminów przeglądów technicznych urządzeń medycznych. Wynika z nich, iż w okresie trwającej epidemii COVID-19 firmy serwisowe wstrzymywały wykonywanie przeglądów. Ponadto w Pracowni Rehabilitacji Leczniczej w związku z wydanymi uregulowaniami/ zaleceniami Rady Ministrów oraz Krajowej Izby Fizjoterapeutów sprzęt nie był użytkowany (pacjenci nie byli przyjmowani).

[Dowód: akta kontroli str.198-233]

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

W ramach kontroli dostępności świadczeń zdrowotnych sprawdzeniem objęto rejestr skarg i wniosków wpływających do Dyrekcji Zespołu. Skargi rozpatrywane są w oparciu o procedurę przyjętą Zarządzeniem Dyrektora nr 43/2013 z dnia 17.12.2013 r. w sprawie trybu rozpatrywania skarg i wniosków pacjentów. Rozpatrywanie skarg i wniosków odbywa się w trybie określonym przepisami Kodeksu postępowania administracyjnego. Ww. procedura reguluje sposób rozpatrywania skarg i wniosków wnoszonych w formie pisemnej. Powyższa sytuacja stanowi o pewnego rodzaju odstępstwie od stanu pożądanego określonego w § 5 rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 8 stycznia 2002 r. w sprawie organizacji przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków wydanym na podstawie art. 226 K.p.a., który stanowi, iż skargi i wnioski mogą być wnoszone w formie pisemnej lub za pomocą telefaksu, poczty elektronicznej a także ustnie do protokołu. Zespół co prawda działa zgodnie z ww. zapisami o czym świadczy rozpatrywanie skarg wniesionych za pomocą poczty elektronicznej, niemniej jednak zasadnym byłoby rozważenie doprecyzowania zapisów w dokumencie wewnętrznym Zespołu regulującym ww. kwestie, tak aby w przyszłości nie budziły one wątpliwości.

Skargi i wnioski rejestrowane są w Rejestrze skarg i wniosków. Analiza okazanego przez Zespół rejestru skarg i wniosków wykazała, że w przeważającej mierze (zapisy były dokonywane prawidłowo, zgodnie z dyspozycją art. 254 Kpa, czyli w sposób umożliwiający kontrolę przebiegu i terminów załatwiania skarg. Rejestr zawiera m.in. pozycje dotyczące daty wpływu i załatwienia skargi, przedmiocie skargi, osobach odpowiedzialnych za rozpatrzenie skargi oraz informacje o jej zasadności, niemniej jednak nie zawiera informacji o danych strony wnoszącej skargę, a w przypadku skarg wnoszonych w formie telefonicznej nie zawiera informacji o sposobie ich załatwienia, co uniemożliwia kontrolę ich przebiegu. Ponadto wątpliwości kontrolujących budzi fakt rozpatrywania niektórych skarg wnoszonych w formie pisemnej i przy pomocy poczty elektronicznej (Rejestr z 2020 r. – skarga zarejestrowana pod poz. 11,14 i 17, Rejestr z 2021 r. poz. 2 i 4). W ww. przypadkach odpowiedzi na skargi – w ustawowym terminie - zostały udzielone skarżącym telefonicznie. Kontrolujący wskazują, iż nie było to działanie prawidłowe, mając na uwadze brzmienie art. 238 § 1 Kodeksu postępowania administracyjnego, który wskazuje, jakie elementy powinno zawierać zawiadomienie o sposobie załatwienia skargi, w tym m.in. „podpis z podaniem imienia, nazwiska i stanowiska służbowego osoby upoważnionej do załatwiania skarg i wniosków”.

Przedmiotowy zapis wskazuje, iż zawiadomienie o sposobie załatwienia skargi winno zostać sporządzone w formie pisemnej lub w formie dokumentu elektronicznego. Rozmowa telefoniczna, nawet jeśli w jej trakcie wszystkie okoliczności istotne dla załatwienia skargi zostały wyjaśnione skarżącemu, nie spełnia wymogów wskazanych w przepisach prawa. Ponadto w zakresie skarg wniesionych w roku 2020 w formie pisemnej, widniejących w Rejestrze pod poz. 11 i 17 powyższe działanie nie jest zgodne z procedurą przyjętą ww. Zarządzeniem Dyrektora, która w § 1 ust. 5 wskazuje, iż pisemna odpowiedź jest przesyłana do osoby skarżącej.

W 2020 r. w przedmiotowym rejestrze umieszczono wpisy dotyczące 24 spraw (w tym: 6 skarg uznanych za zasadne), natomiast w roku 2021 dokonano wpisu 8 skarg (w tym: 2 zasadne). W kontrolowanym okresie nie złożono żadnego wniosku.

Zgodnie z art. 48 ust. 2 pkt. 3 ustawy o działalności leczniczej analiza skarg i wniosków powinna być przedstawiana okresowo Radzie Społecznej podmiotu leczniczego. Wg informacji przekazanej przez Zespół ze względu na pandemię i obiegowy tryb podejmowania uchwał nie było możliwości omówienia skarg i wniosków wniesionych w kontrolowanym okresie. Planuje się przedstawić przedmiotowe informacje na najbliższym posiedzeniu Rady, które odbędzie się w formie wideokonferencji.

Poniżej przedstawiono zestawienie skarg w okresie objętym kontrolą.

L.P.	LATA	LICZBA SKARG	LICZBA SKARG UZNANYCH ZA ZASADNE	LICZBA SKARG UZNANYCH ZA NIEZASADNE	ODPOWIEDŹ UDZIELONA SKARŻĄCEMU (TAK/NIE)	LICZBA ODPOWIEDZI NA SKARGI UDZIELONA W TERMINIE	INFORMACJA PRZEDSTAWIONA NA RADZIE SPOŁECZNEJ W DNIU..... PROTOKÓŁ NR
1	2	3	4	5	6	7	8
1	2020	24	6 zasadnych, częściowo zasadnych-10	8	TAK	24	W okresie objętym kontrolą nie przedstawiono Radzie Społecznej Informacji o skargach i wnioskach wniesionych przez pacjentów
2	2021	8	2 zasadne, częściowo zasadnych-1	5	TAK	8	

Tabela nr 4- zestawienie skarg w okresie od 2020 do 2021 roku.

[Dowód: akta kontroli str. 234-236]

5. Realizacja Świadczeń Zdrowotnych.

5.1. Listy osób oczekujących na świadczenia zdrowotne.

W Zespole, zgodnie z art. 20 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych prowadzone są listy osób oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego. W trakcie kontroli ustalono, że w podmiocie funkcjonuje Zespół oceny przyjęć pacjentów powołany Zarządzeniem nr 41/2016 Dyrektora z dnia 27.12.2016 r. w sprawie powołania Zespołu ds. oceny przyjęć pacjentów w komórkach organizacyjnych Zespołu. Do zadań Zespołu należy okresowa kontrola, co najmniej raz w miesiącu, oraz analiza list pacjentów oczekujących na udzielenie świadczeń pierwszorazowych w komórkach organizacyjnych Zespołu pod względem: - prawidłowości prowadzenia list, - czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia, - zasadności i przyczyn zmian terminów udzielenia świadczenia. Zespół Oceny Przyjęć raz w miesiącu sporządza protokół z okresowej oceny list oczekujących, który przedstawiany jest Dyrektorowi Zespołu. Przykładowe protokoły ze spotkań ww. Zespołu z okresu objętego kontrolą (grudzień

2020 r. i marzec 2021 r.) stanowią akta kontroli.

Na dzień 22.04.2021 r. najdłuższy czas oczekiwania na udzielenie świadczenia zdrowotnego wystąpił w Poradni Neurologicznej dla Dzieci (przypadki stabilne - 390 dni, pilne - 0 dni) oraz Poradni Chorób Płuc i Gruźlicy (przypadki stabilne - 307 dni, pilne - 0 dni). Najkrótszy czas oczekiwania występuje w Poradni Leczenia Bólu dla Dzieci (czas oczekiwania w przypadkach pilnych i stabilnych - 0 dni) oraz Poradni Domowego Leczenia Tlenem (przypadki stabilne - 1 dzień, przypadki pilne - 0 dni).

5.2. Finansowanie udzielanych świadczeń.

Zespół na dzień przeprowadzania kontroli (tj. 22.04.2021 r.) realizował świadczenia zdrowotne w poszczególnych komórkach organizacyjnych w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. Wykaz realizowanych świadczeń wg stanu na dzień 22.04.2021 r. został szczegółowo przedstawiony w tabeli poniżej.

Zgodnie z uzyskanymi wyjaśnieniami świadczenia w Poradni Nefrologicznej dla Dzieci nie są realizowane w związku z brakiem lekarza (rezygnacja z pracy z powodu stanu zdrowia).

L.P.	KOMÓRKI DZIAŁALNOŚCI MEDYCZNEJ	W RAMACH RYCZAŁTU NFZ	W RAMACH KONTRAKTU Z NFZ	INNE ŹRÓDŁA FINANSOWANIA - JAKIE (W TYM PROGRAMY ZDROWOTNE, PROGRAMY UNIJNE, INNE)	KOMÓRKA NIE REALIZUJE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
1	2	3	4	5	6
1	PORADNIA ALERGOLOGICZNA		X		
2	PORADNIA ALERGOLOGICZNA W ZABRZU		X		
3	PORADNIA ALERGOLOGICZNA DLA DZIECI		X		
4	PORADNIA CHOROÓB METABOLICZNYCH DLA DZIECI		X		
5	PORADNIA CHOROÓB NACZYŃ		X		
6	PORADNIA CHOROÓB PŁUC I GRUŹLICY		X		
7	PORADNIA CHOROÓB PŁUC I GRUŹLICY DLA DZIECI I MŁODZIEŻY		X		
8	PORADNIA DERMATOLOGICZNA DLA DZIECI		X		
9	PORADNIA DLA CHORYCH NA CUKRZYCĘ		X		
10	PORADNIA DOMOWEGO LECZENIA TLENEM		X		
11	PORADNIA FONIATRYCZNA		X		
12	PORADNIA GASTROENTEROLOGICZNA DLA DZIECI		X		
13	PORADNIA GASTROLOGICZNA		X		
14	PORADNIA GINEKOLOGII DZIECIĘCEJ		X		
15	PORADNIA LECZENIA NIEPŁODNOŚCI I PLANOWANIA RODZINY		X		
16	PORADNIA HEMATOLOGICZNA		X		
17	PORADNIA HEMATOLOGICZNA DLA DZIECI		X		
18	PORADNIA HEPATOLOGICZNA DLA DZIECI		X		

19	PORADNIA LECZENIA BÓLU		X		
20	PORADNIA LECZENIA BÓLU DLA DZIECI		X		
21	PORADNIA MEDYCZYNY SPORTOWEJ DLA DZIECI		X		
22	PORADNIA NEFROLOGICZNA		X		
23	PORADNIA NEFROLOGICZNA DLA DZIECI		X		X
24	PORADNIA NEUROCHIRURGICZNA		X		
25	PORADNIA NEUROLOGICZNA		X		
26	PORADNIA NEUROLOGICZNA DLA DZIECI		X		
27	PORADNIA OKULISTYCZNA		X		
28	PORADNIA OKULISTYCZNA DLA DZIECI		X		
29	PORADNIA ORTODONTYCZNA		X		
30	PORADNIA OTOLARYNGOLOGICZNA DLA DZIECI		X		
31	PORADNIA REHABILITACYJNA		X		
32	PORADNIA REHABILITACYJNA DLA DZIECI		X		
33	PORADNIA REUMATOLOGICZNA		X		
34	PORADNIA SKÓRNO-WENEROLOGICZNA		X		
35	PORADNIA STOMATOLOGII DZIECIĘCEJ		X		
36	PORADNIA STOMATOLOGII ZACHOWAWCZEJ		X		
37	PORADNIA TERAPII UZALEŻNIENIA OD SUBSTANCJI PSYCHOAKTYWNYCH		X		
38	PORADNIA ZDROWIA PSYCHICZNEGO		X		
39	PORADNIA ZDROWIA PSYCHICZNEGO DLA DZIECI I MŁODZIEŻY		X		
40	PORADNIA CHIRURGII URAZOWO-ORTOPEDYCZNEJ		X		
41	PORADNIA ENDOKRYNOLOGICZNA		X		
42	PORADNIA ENDOKRYNOLOGICZNA DLA DZIECI		X		
43	PORADNIA KARDIOLOGICZNA		X		
44	PORADNIA KARDIOLOGICZNA DLA DZIECI		X		
45	PRACOWNIA REHABILITACJI LECZNICZEJ DLA DZIECI		X		

Tabela nr 5 - realizacja świadczeń zdrowotnych wg. stanu na dzień 22.04.2021r.

Wyżej wymienione świadczenia w okresie objętym kontrolą były realizowane na podstawie umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia. Szczegółowe informacje dotyczące przedmiotowych umów zawarte zostały w poniższej tabeli.

L.P.	KOD UMOWY	RODZAJ ŚWIADCZENIA (nazwa)	KWOTA (zł)	OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY (od dd-mm-rrr do dd-mm-rrr)
1	2	3	4	5
1	121/100210/02/1/2020	Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna	19 208 069,96 zł	01-01-2020 do 31-12.2020
2	121/100210/02/1/2021	Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna	9 558 872,35 zł	01-01-2021 do 30-06-2021
3	121/00210/04/2020	Opieka Psychiatryczna i Leczenie Uzależnień	1 510 594,04 zł	01-01-2020 do 31.12.2020

02

4	121/100210/04/2021	Opieka Psychiatryczna i Leczenie Uzależnień	723 199,32 zł	01-01-2021 do 30-06-2021
	121/100210/04/2021	Opieka Psychiatryczna i Leczenie Uzależnień	482 382,00 zł	01.07.2021 do 31.12.2021
5	121/100210/05/2020	Rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką	69 807,88 zł	01-01-2020 do 31-12-2020
6	121/100210/05/2021	Rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką	34 876,26 zł	01-01-2021 do 30-06-2021
7	121/100210/05/2021	Rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką	34 880,26 zł	01-07-2021 do 31-12-2021
8	121/100210/07/2020	Leczenie stomatologiczne	1 067 400,00 zł	01-01-2020 do 31.12.2020
9	121/100210/07/2021	Leczenie stomatologiczne	567 225,00 zł	01-01-2021 do 30-06-2021
10	121/100210/07/2021	Leczenie stomatologiczne	567 225,00 zł	01-07-2021 do 31-12-2021
11	121/100210/11/2020	Świadczenia kontraktowane oddzielnie	309 840,72 zł	01-01-2020 do 31-12-2020
12	121/100210/11/2021	Świadczenia kontraktowane oddzielnie	165 474,96 zł	01-01-2021 do 30-06-2021
13	121/100210/11/2021	Świadczenia kontraktowane oddzielnie	151 600,12 zł	01-07-2021 do 31-12-2021

Tabela nr 6 - umowy realizowane przez podmiot w ramach finansowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

5.3. Certyfikaty jakości.

Zespół posiada Certyfikat zgodności zintegrowanego systemu zarządzania jakością i systemu zarządzania środowiskowego zgodny z normami ISO (PN-EN ISO 9001:2015-10 oraz PN-EN-ISO 14001:2015-029) w zakresie świadczeń zdrowotnych w ramach wszystkich funkcjonujących komórek działalności medycznej. Certyfikat został nadany na okres od 20.11.2018 r. do 19.11.2021 r.

[Dowód: akta kontroli str.237- 246]

6. Wykonywanie badań satysfakcji pacjenta.

Na podstawie Zarządzenia nr 15/2012 Dyrektora z dnia 29.06.2012 r. w sprawie wprowadzenia wzorów druków ankiety satysfakcji pacjenta w Zespole prowadzi się badania satysfakcji pacjenta w celu poznania opinii pacjentów o jakości świadczonej opieki medycznej. Badania prowadzone są poprzez anonimową ankietę skierowaną do pacjentów poradni specjalistycznych, której wzór stanowi dowód kontroli. Ankiety zbierane są do skrzynek umieszczonych w poszczególnych rejestracjach do poradni. Analiza i opracowanie wyników ankiet należy do obowiązków Komisji w skład której wchodzi: Kierownik Działu Lecznictwa, Kierownik Działu Kadr i Naczelną Pielęgniarka. Komisja kwartalnie sporządza protokół i przekazuje go Dyrektorowi Zespołu. Ankieta obejmuje kilka obszarów: ocenę rejestracji do poradni, opiekę pielęgniarską i lekarską (stosunek do pacjenta), dostępność do informacji na temat usług medycznych oraz ogólną ocenę usług

świadczonych przez Zespół. Ostatnia analiza potwierdzona została protokołem nr 19 z dnia 2 kwietnia 2021 r. Wynika z niej, że większość badanych obszarów oceniona została przez pacjentów na poziomie zadowalającym. Wyjaśniono, że w oparciu o sformułowane w protokole wnioski podejmowane są działania mające na celu poprawę zadowolenia pacjentów ze świadczonych usług zdrowotnych.

[Dowód: akta kontroli str.247-251]

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

Zespół w okresie objętym kontrolą nie poniósł kosztów dostosowania do zapisów Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, ani też kosztów dostosowania do przepisów p/poż. Inwestycja w zakresie dostosowania Zespołu do przepisów p/poż związana z montażem oświetlenia awaryjnego planowana jest do realizacji w IV kwartale 2021 r.

Szczegółowe informacje o inwestycjach planowanych do realizacji obrazuje poniższa tabela.

LP	KOSZTY PONIESIONE W OKRESIE OBJĘTYM KONTROLĄ				KOSZTY PLANOWANE			
	ZAKRES	WYNIKAJĄCY Z ROZPORZĄDZENIA	WYNIKAJĄCY Z PRZEPISÓW P/POŻ	KOSZT DOSTOSOWANIA	ZAKRES	WYNIKAJĄCY Z ROZPORZĄDZENIA	WYNIKAJĄCY Z PRZEPISÓW P/POŻ	SZACUNKOWY KOSZT DOSTOSOWANIA
		DATA REALIZACJI	DATA REALIZACJI			PLANOWANA DATA REALIZACJI	PLANOWANA DATA REALIZACJI	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Brak	Nie dotyczy	brak	0,00	Oświetlenie awaryjne – boczna klatka schodowa	Nie dotyczy	IV kwartał 2021 r.	30 996,00

Tabela nr 7 – zestawienie kosztów dostosowania Zespołu do wymagań podmiotu realizującego działalność leczniczą oraz do przepisów p/poż.

8. Braki kadrowe

Na dzień kontroli w Zespole występują braki kadrowe w grupie zawodowej lekarzy (9 osób, 4,997 etatu). Szczegółowe informacje w zakresie braków kadrowych i podejmowanych działań Dyrekcji Zespołu w kierunku pozyskania kadry medycznej do zatrudnienia, obrazuje poniższa tabela.

L.P.	GRUPA ZAWODOWA PERSONELU W KTÓREJ WYSTĘPUJĄ BRAKI KADROWE	LICZBA BRAKUJĄCEGO PERSONELU (w osobach)	LICZBA BRAKUJĄCEGO PERSONELU (w etatach)	KOMÓRKA ORGANIZACYJNA, W KTÓREJ WYSTĘPUJE BRAK	PRZYCZYNA BRAKU	CZY PODEJMOWANE BYŁY DZIAŁANIA W KIERUNKU POZYSKANIA KADRY	OPIS I EFEKT PODJĘTYCH DZIAŁAŃ
1	2	3	4	5	6	7	8
1	lekarze	1	0,5	Poradnia .Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej	odejście lekarza	tak	ogłoszenie i podejmowane rozmowy
2	lekarze	1	0,5	Por. Endokrynologiczna dla Dzieci	zgon lekarzy, odejście lekarzy	tak	ogłoszenie i podejmowane rozmowy

3	lekarze	1	0,5	Poradnia Gastrologiczna dla Dzieci	mały wymiar zatrudnienia lekarza	tak	ogłoszenie i podejmowane rozmowy
4	lekarze	1	0,5	Poradnia Leczenia bólu dla Dzieci	mały wymiar zatrudnienia lekarza	tak	ogłoszenie i podejmowane rozmowy
5	lekarze	1	0,5	Poradnia Neurologiczna dla Dzieci	odejście lekarza	tak	ogłoszenie i podejmowane rozmowy
6	lekarze	1	0,75	Poradnia Nefrologiczna dla Dzieci	odejście lekarza	tak	ogłoszenia i podejmowane rozmowy na ten moment brak efektu (zawieszona działalność Poradni z powodu braku lekarza)
7	lekarze	1	1	Poradnia Reumatologiczna	odejście lekarza	tak	ogłoszenie i podejmowane rozmowy
8	lekarze	1	0,247	Poradnia Gastrologiczna	odejście lekarza	tak	ogłoszenie i podejmowane rozmowy
9	lekarze	1	0,5	Pracownia USG	długotrwała nieobecność lekarza, zwiększone zapotrzebowanie	tak	ogłoszenie i podejmowane rozmowy

Tabela nr 8 – braki kadrowe

9. Kontrola zawieranych umów

W związku z faktem, iż Zespół pozyskuje zewnętrzne usługi medyczne i niemedyczne dokonano weryfikacji, czy prowadzony jest nadzór nad wykonywaniem zleconych zadań prowadzący zarówno do zwiększenia jakości realizowanych świadczeń, jak i do efektywnego wydatkowania środków publicznych. Z otrzymanych informacji wynika, iż zawarte umowy zawierają zapisy uprawniające do dokonywania kontroli przez Zespół.

L.P.	RODZAJ DZIAŁALNOŚCI ZLECANY PODMIOTOM ZEWNĘTRZNYM	ZAKRES UPRAWNIENI KONTROLNYCH PODMIOTU LECZNICZEGO OBJĘTY UMOWĄ	CZY PODMIOT KONTROLUJE REALIZACJĘ UMÓW ZGODNIE Z ZAPISAMI UMOWY (TAK/NIE)	OPIS DZIAŁAŃ KONTROLNYCH WOBEC PODMIOTU ZEWNĘTRZNEGO REALIZUJĄCEGO UMOWĘ (jeśli są podejmowane)
1	2	3	4	5
1	ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE (lekarz w zakresie danej poradni)*:	weryfikacja prawidłowości realizacji zawartej umowy i przedkładanych dokumentów	TAK	weryfikacja ilości i poprawności wykonanych świadczeń, kontrola dokumentacji medycznej, analiza skarg i wniosków, sprawdzanie przedłożonych dokumentów pod względem merytorycznym, formalnym i rachunkowym
1.2.	badania laboratoryjne	weryfikacja prawidłowości realizacji zawartej umowy i przedkładanych dokumentów	TAK	weryfikacja ilości i poprawności wykonanych badań, liczby pacjentów, wystawionej dokumentacji medycznej oraz innych dokumentów (np. faktur, zestawień pacjentów)
1.3.	badania diagnostyczne pozostałe	weryfikacja prawidłowości realizacji zawartej umowy i przedkładanych dokumentów	TAK	weryfikacja ilości i poprawności wykonanych badań, liczby pacjentów, wystawionej dokumentacji medycznej oraz innych dokumentów (np. faktury, zestawień pacjentów)
2	TRANSPORT SANITARNY	sprawdzenie daty rozpoczęcia świadczenia usług oraz weryfikacji informacji złożonych zgodnie z paragrafem 3 ust.4 umowy, sprawdzenie	TAK	weryfikacja liczby kilometrów, daty wykonania usługi, ilości pacjentów, poprawności wystawionej dokumentacji medycznej

abp

		przedłożonych dokumentów (np. faktur Vat, zestawień dot. liczby przejechanym km) pod względem merytorycznym, formalnym i rachunkowym, wydawanie Wykonawcy wskazówek co do sposobu realizacji umowy zgodnie z par.2 ust.11 umowy.		
3	INNE (np. PRANIE) Usługi w zakresie prania, prasowania, maglowania i odkażania odzieży medycznej, odzieży roboczej oraz innego asortymentu	Ocena i kontrola realizacji przedmiotu umowy na każdym etapie (§2 ust. 2 pkt 2.3 umowy)	TAK	Wyprana odzież przed przekazaniem na poszczególne jednostki jest każdorazowo sprawdzana przez pracownika ZWPS. Sprawdzana jest poprawność wykonanej usługi tj. czy odzież jest czysta, czy nie posiada żadnych uszkodzeń.
4	INNE Usługa codziennego sprzątanía, mycie okien i sprzątanie po remoncie w pomieszczeniach Zespołu Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach przy ulicy Powstańców 31/Lompy 16 oraz w Zabrze przy ulicy M. Skłodowskiej – Curie 10	Ocena i kontrola realizacji przedmiotu umowy na każdym etapie (§2 ust. 2 pkt 2.4 umowy)	TAK	Każdy pracownik w ramach zajmowanego stanowiska sprawdza stan czystości. W budynku przeprowadzane są również przez pielęgniarkę epidemiologiczną kontrole doraźne. Dodatkowo raz w miesiącu w ostatni roboczy dzień miesiąca sporządzony zostaje protokół stwierdzający jakość wykonywanych usług, podpisany przez przedstawicieli stron.

Tabela nr 9 – Kontrola zawieranych umów

10. Stan infrastruktury technicznej i sprzętowej (zaplecze diagnostyczne)

Ze względu na zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych, Zespół posiada ograniczone zaplecze sprzętu i aparatury medycznej. Struktura posiadanej infrastruktury technicznej i sprzętowej, ze szczególnym uwzględnieniem okresu użytkowania poszczególnych urządzeń, została przedstawiona poniżej.

L.P.	RODZAJ APARATURY I SPRZĘTU MEDYCZNEGO	OKRES UŻYTKOWANIA 0-3 LATA	OKRES UŻYTKOWANIA 4-8 LAT	OKRES UŻYTKOWANIA 9-11 LAT	OKRES UŻYTKOWANIA POWYŻEJ 12 LAT	OGÓLEM	LICZBA WYKONANYCH BADAŃ / ZABIEGÓW *
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Aparaty EKG	1	2	0	1	4	2061
2.	Aparaty KTG	1	0	0	0	1	0
3.	Aparaty EEG	1	0	1	0	2	196
4.	Aparaty RTG, w tym:	0	0	1	1	2	1162
5.	- pozostałe	0	0	1	1	2	1162
6.	Aparaty USG, w tym:	1	1	2	3	7	3785
7.	- kardiologiczne	1	0	1	1	3	1047
8.	- pozostałe	0	1	1	2	4	2738
9.	Laseroterapia	0	2	4	1	7	242

10.	Analizator biochemiczny wieloparametrowy	0	1	0	0	1	20626
11.	Urządzenie angiograficzne, zestaw do badań naczyniowych	0	0	1	1	2	33

Tabela nr 10 – zaplecze diagnostyczne.

Na podstawie powyższej tabeli stwierdzić można, iż największa liczba sprzętu i aparatury medycznej (34,62 %) będąca w posiadaniu Zespołu mieści się w okresie użytkowania od 9 do 11 lat. 26,92 % sprzętu użytkowane jest przez podmiot powyżej 12 lat. Sprzęt, który wymaga największych nakładów finansowych w przypadku potrzeby wymiany mieści się także w przedziałach od 9 do 11 lat i powyżej 12 lat. 23,8% zaplecza infrastrukturalnego Zespół użytkuje od 4 do 8 lat. Najmniej liczną grupę (15,38%) stanowi sprzęt i aparatura o okresie użytkowania do lat 3.

[Dowód: akta kontroli str.252-258]

B. Stwierdzone nieprawidłowości i uchybienia (przyczyny, skutki):

- 1) Uchybienie polegające na braku w prowadzonym Rejestrze skarg i wniosków informacji dotyczących danych strony składającej skargę, a w przypadku skarg wnoszonych w formie telefonicznej braku informacji o sposobie ich załatwienia, co uniemożliwia pełną kontrolę ich przebiegu, zgodnie z art. 254 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 roku Kodeks postępowania administracyjnego.
- 2) Nieprawidłowość polegająca na braku sporządzenia i przekazania skarżącym pisemnej odpowiedzi na skargi wnoszone do Zespołu w formie pisemnej i drogą mailową.
- 3) Nieprawidłowość polegająca na braku w zawartych umowach na realizację świadczeń zdrowotnych Nr ZWPS/DK/10/2020 z dnia 27.02.2020 r. oraz Nr ZWPS/DL/117/2020 z dnia 29.06.2020 r. postanowień wskazanych w art. 27 ust. 8 pkt. 2 dotyczących zastrzeżenia, iż umowa ulega rozwiązaniu z dniem zakończenia udzielania określonych świadczeń zdrowotnych oraz w umowie Nr ZWPS/DK/10/2020 z dnia 27.02.2020 r. postanowień wskazanych w art. 27 ust. 8 pkt. 4 dotyczących zastrzeżenia, iż umowa ulega rozwiązaniu wskutek oświadczenia jednej ze stron, bez zachowania okresu wypowiedzenia, w przypadku gdy druga strona rażąco narusza istotne postanowienia umowy.
- 4) Nieprawidłowość polegająca na braku w zawartej umowie na realizację świadczeń zdrowotnych Nr ZWPS/DL/117/2020 z dnia 29.06.2020 r. postanowienia dotyczącego minimalnej liczby osób udzielających określonych świadczeń zdrowotnych określonego w art. 27 ust. 4 pkt 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz postanowienia dotyczącego szczegółowych okoliczności uzasadniających rozwiązanie umowy za wypowiedzeniem określonego w art. 27 ust. 4 pkt. 8 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
- 5) Nieprawidłowość polegająca na opóźnieniu w wykonaniu przeglądów technicznych niektórych urządzeń i aparatury medycznej.

Przyczyny nieprawidłowości / uchybień:

- 1) Nieochowanie należytej staranności przy rozpatrywaniu skarg.
- 2) Nieochowanie należytej staranności w zakresie spełnienia wymogów ustawowych poprzez konstruowanie zapisów umów w procesie udzielania zamówień na świadczenia zdrowotne bez uwzględnienia wszystkich możliwości rozwiązania umowy określonych w art. 27 ust.4 i 8 ustawy o działalności leczniczej;
- 3) Nieochowanie należytej staranności w zakresie terminowości dokonywania przeglądów technicznych urządzeń i aparatury medycznej.

Skutki nieprawidłowości / uchybień:

- 1) Naruszenie art. 254 i 238 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 roku Kodeks postępowania administracyjnego.
- 2) Naruszenie art. 27 ust. 4 pkt 3 i 8 oraz art. 27 ust. 8 pkt 2 i 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
- 3) Naruszenie art. 90 ust. 6 i 7 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2020 r. Poz. 186 z późn. zm.) poprzez nieterminowe dokonywanie przeglądów technicznych części z kontrolowanych urządzeń wykorzystywanych do udzielania świadczeń zdrowotnych.

C. Ocena cząstkowa: pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości i uchybień.

D. Osoba odpowiedzialna: Dyrektorzy Zespołu Grzegorz Nowaczyński i Jacek Przybyło na podstawie art. 46 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, zgodnie z którym odpowiedzialność za zarządzanie podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą ponosi kierownik.

IV. Prawidłowość gospodarowania mieniem.

A. Ustalenia faktyczne

W zakresie prawidłowości gospodarowania mieniem kontrolą objęto niżej wymienione zagadnienia:

1. Nabycie sprzętu i aparatury medycznej.

- a) Pompa insulinowa o wartości 9 500,00 zł;
- dowód przyjęcia OT 142/2020 z dnia 29.12.2020 r., numer inwentarzowy T-802-1247;
 - zakup ujęty w planie inwestycyjnym Zespołu na rok 2020, pozytywnie zaopiniowany przez Radę Społeczną Zespołu uchwałą nr 23/9P/2020 z dnia 29.12.2020r.;
 - Opinia Rady Społecznej ws. nabycia (przyjęcia darowizny) sprzętu medycznego wyrażona uchwałą nr 25/9P/2020 z dnia 29.12.2020 r.;
 - Ze względu na wartość przedmiotu nabycia akceptacja nabycia przedmiotowego sprzętu podmiotu tworzącego nie była wymagana;
 - Umowa darowizny podpisana przez Dyrektora Zespołu w dniu 29.12.2020 r.
 - Protokół przyjęcia sprzętu podpisany w dniu 29.12.2020 r.

Zespół otrzymał ww. sprzęt wraz z dokumentem WZ za pośrednictwem firmy, u której Darczyńca dokonał zakupu w dniu 18.09.2020 r. Ze względu na brak protokołu odbioru i danych niezbędnych do przyjęcia go do użytkowania (w szczególności wartości sprzętu) nie wystawiono dowodu OT w dacie faktycznego przyjęcia. Należy zwrócić uwagę na fakt, iż dowód OT jest dokumentem księgowym, na podstawie którego wprowadza się środek trwały do ewidencji środków trwałych, jednocześnie co do zasady dokumentuje przyjęcie środka trwałego do użytkowania. Wg otrzymanych wyjaśnień przyjęcie urządzenia do użytkowania nastąpiło po otrzymaniu umowy i protokołu przekazania – przyjęcia środka trwałego oraz zakończeniu formalności związanych z otrzymaniem opinii Rady Społecznej i podpisaniem umowy. Powyższe odbyło się 29.12.2020 r. tj. w pierwszym możliwym terminie po dacie dostarczenia sprzętu do Zespołu i dostarczeniu podpisanej przez Darczyńcę umowy (dostarczone 05.11.2020 r.).

W kontrolowanym przypadku nabycie aparatury i sprzętu medycznego ze względu na politykę darowizn prowadzoną przez Fundację Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy nie stanowi podstawy do stwierdzenia naruszeń przepisów bądź procedur.

[Dowód: akta kontroli str.259-288]

2. Zbycie sprzętu i aparatury medycznej.

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

1. Aparat do automatycznego nakrywania szkiełek mikroskopowych - nr inwentarzowy T-802-468, rok produkcji 2005, data przyjęcia do użytkowania 05.12.2005 r., wartość początkowa 87 883,38 zł, umorzenie 100 %;
 - dowód LT/01/2020 z dnia 10.01.2020 r.;
 - ekspertyza (orzeczenie techniczne) z dnia 22.10.2019 r. – uszkodzona płyta główna, ze względu na brak możliwości naprawy i przywrócenia do pełnej sprawności konieczne stało się wycofanie sprzętu z eksploatacji;
 - pozytywna opinia Rady Społecznej Zespołu wyrażona uchwałą nr 2/1P/2019 z dnia 15.11.2019 r.;
 - ze względu na wartość początkową oraz okres użytkowania dłuższy niż 10 lat zgoda podmiotu tworzącego nie była wymagana;
 - protokół kasacyjny nr 2/2020 z dnia 10.01.2020 r.;
 - sprzęt został przekazany na złom, karta przekazania odpadów nr 00203/2020/KPO/0002/000039060 z dnia 08.07.2020 r.

Zbycie aparatury i sprzętu medycznego w ww. zakresie objętym kontrolą nie budzi zastrzeżeń.

[Dowód: akta kontroli str. 289-298]

3. Najem/dzierżawa pomieszczeń.

W ramach kontroli sprawdzaniem objęto prawidłowość zawarcia umowy najmu Nr ZWPS/DA/268/2020 30.12.2020 r.

Przedmiotem umowy jest najem pomieszczenia nr 028 o łącznej powierzchni 17,64 m² zlokalizowanego w piwnicy budynku Zespołu Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach przy ul. Powstańców 1, z przeznaczeniem na szatnię dla pracowników świadczących usługi sprzątnięcia na rzecz Zespołu.

Z uwagi na specyfikę przedmiotu najmu najem pomieszczenia jest częścią składową procedury przetargowej na wykonywanie usług czystości w ZWPS. Umowa zawarta została w trybie przetargu nieograniczonego na czas oznaczony od 02.01.2021 r. do 31.12.2021 r. Zawarcie ww. umowy zostało poprzedzone wyrażeniem opinii przez Radę Społeczną Zespołu uchwałą nr 27/9P/2020 z dnia 29.02.2020 r. Z uwagi na fakt, iż działalność objęta umową nie polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, a także ze względu na okres na jaki została zawarta ww. umowa zgoda podmiotu tworzącego nie była wymagana.

Zgodnie z zapisami umowy, Najemca zobowiązany jest płacić Wynajmującemu czynsz najmu na podstawie wystawionej faktury VAT. Zapłata następować będzie przez wzajemne potrącanie wierzytelności z zobowiązania wynikającego z realizacji umowy na wykonywanie usług porządkowych. Oprócz czynszu Najemca zobowiązany jest uiszczać opłaty dodatkowe z tytułu zużycia energii elektrycznej, energii cieplnej, zużycia wody, odprowadzania ścieków oraz koszty administracyjne.

Umowa nie zawiera postanowienia dotyczącego:

- a) waloryzacji czynszu wynikającego z § 3 pkt. 3 Zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie, określonych uchwałą nr 1966/161/VI/2020 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 29 sierpnia 2020 r.

- b) zakazu poddzierżawiania przedmiotu umowy wynikającego z § 3 pkt. 8 cytowanych wyżej Zasad.

Objęte kontrolą faktury za miesiąc styczeń i marzec 2020 r. nie zostały wystawione zgodnie z treścią umowy (niezgodność w zakresie stawek za energię elektryczną, ciepłą i koszty administracyjne). Płatność za fakturę ze stycznia została skompensowana 18.02.2021 r., natomiast za fakturę z miesiąca marca -16.04.2021 r.

Kontrolujący zwracają uwagę, iż stawki za energię elektryczną, ciepłą i koszty administracyjne w ww. fakturach są niższe od wskazanych w załączniku nr 1 do umowy. Podmiot kontrolowany przedłożył pisma informujące najemcę o obniżeniu stawki za energię ciepłą w związku z zatwierdzeniem nowej taryfy ciepła. Zauważyć należy, iż umowa nie przewiduje obniżenia opłat wskazanych w kalkulacji, a jedynie ich jednostronne podwyższenie. Zasadnym byłoby doprecyzowanie zapisów umownych o możliwość zmiany kosztów mediów w przypadku zmiany ich cen rynkowych. Z wyjaśnień wynika, iż doszło do omyłki w naliczeniu opłat – w trakcie kontroli faktury zostały skorygowane (za wyjątkiem energii ciepłej).

[Dowód: akta kontroli str. 299-321]

B. Stwierdzone nieprawidłowości / uchybienia (przyczyny, skutki):

- 1) Uchybienie polegające na braku w umowie najmu nr ZWPS/DA/268/2020 z dnia 30.12.2020 r. zapisów dot. zasad waloryzacji czynszu oraz zakazu poddzierżawiania przedmiotu umowy.
- 2) Nieprawidłowość polegająca na ustaleniu należności z tytułu opłat za energię elektryczną, ciepłą i koszty administracyjne w wysokości niższej niż wynikająca z prawidłowego obliczenia na podstawie zawartej umowy najmu Nr ZWPS/DA/268/2020 z dnia 30.12.2020 r.

Przyczyny nieprawidłowości / uchybień:

- 1) Niedochowanie należytej staranności w procesie konstruowania treści umów poprzez nieuwzględnienie zapisów dot. zasad waloryzacji czynszu oraz zakazu poddzierżawiania przedmiotu umowy.
- 2) Niedochowanie należytej staranności przy naliczaniu opłat czynszowych i merytorycznej weryfikacji faktur z tytułu zawartej umowy najmu Nr ZWPS/DA/268/2020 z dnia 30.12.2020 r.

Skutki nieprawidłowości / uchybień:

- 1) Naruszenie § 3 pkt. 3 i 8 „Zasad gospodarowania aktywami samodzielnymi publicznymi zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie” przyjętych uchwałą nr 1966/161/VI/2020 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 29 sierpnia 2020 r.
- 2) Naruszenie art. 154 ust. 1 ustawy o finansach publicznych. Czyn został wskazany także w art. 5 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych jednakże ze względu na okoliczności wskazane w art. 26 ust. 1 tejże ustawy nie stanowi on naruszenia dyscypliny finansów publicznych, gdyż przedmiotem stwierdzonych naruszeń są środki finansowe w wysokości nieprzekraczającej jednorazowo, a w przypadku więcej niż jednego działania lub zaniechania - łącznie w roku budżetowym, kwoty minimalnej określonej w art. 26 ust. 3.

C. Ocena cząstkowa: pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości i uchybień.

D. Osoby odpowiedzialne: Dyrektor Zespołu Jacek Przybyło 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 oraz Główny Księgowy w zakresie wstępnej kontroli kompletności i rzetelności dokumentów dotyczących operacji gospodarczych i finansowych.

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

A. Ustalenia faktyczne

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, iż w okresie objętym kontrolą, tj. lata 2020-2021 w Zespole Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach miało miejsce jedno postępowanie konkursowe na stanowiska kierownicze.

Przeprowadzone postępowania konkursowe na stanowiska kierownicze:

- 1) Stanowisko Naczelnej Pielęgniarki (data konkursu: 04.01.2021r., okres zatrudnienia 05.01.2021 r. – 04.01.2027 r.).

Podczas czynności kontrolnych, Dyrekcja Zespołu poinformowała, że Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa został zatrudniony na podstawie umowy o pracę w wyniku odpowiedzi na ogłoszenie, które zostało zamieszczone na stronie internetowej Zespołu.

Zespół prowadzi działalność w rodzaju ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych, dlatego też poza stanowiskami dyrektora, zastępcy dyrektora ds. lecznictwa i naczelnej pielęgniarki nie posiada w swojej strukturze organizacyjnej stanowisk wymienionych w art. 49 ust. 1 ustawy, co do których istnieje obowiązek obsadzania w drodze konkursu.

Pracą całego personelu pielęgniarskiego kieruje naczelną pielęgniarka.

Ww. stanowiska określone zostały zarówno w Regulaminie Organizacyjnym Zespołu Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach, jak i w załączniku nr 1 (Tabela stanowisk i kwalifikacji Zespołu Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach) oraz załączniku nr 3 (Tabela stanowisk kierowniczych i stawki dodatków funkcyjnych) do Regulaminu Wynagradzania Zespołu Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach.

[Dowód: akta kontroli str. 322-461]

B. Stwierdzone nieprawidłowości (przyczyny, skutki): brak

C: Ocena częściowa: pozytywna

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

A. Ustalenia faktyczne:

Ostatnia kontrola w Zespole Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach przeprowadzona została przez pracowników Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w dniach 12-13 września 2019 r.

Przedmiotem kontroli objęto: realizację zadań statutowych, dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych, prawidłowość gospodarowania mieniem oraz gospodarkę finansową w okresie od 2017 r. do 2019 r.

Wydano następujące zalecenia pokontrolne:

- 1) Przestrzegać zapisów art. 22 ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze

Sądowym (tekst jednolity: Dz. U. z 2018 r. poz. 986 z późn. zm.) poprzez zgłoszenie do KRS adresu poczty elektronicznej, adresu strony internetowej oraz informacji dotyczących Rady Społecznej Zespołu.

- 2) Przestrzegać zapisów art. 27 ust. 4 pkt 4, 8 i 9 ustawy o działalności leczniczej poprzez zawieranie w umowach dotyczących udzielania świadczeń zdrowotnych postanowień określających:
 - a) zobowiązanie przyjmującego zamówienie do poddania się kontroli przeprowadzanej przez udzielającego zamówienie,
 - b) szczegółowe okoliczności uzasadniające rozwiązanie umowy za wypowiedzeniem,
 - c) zobowiązanie przyjmującego zamówienie do prowadzenia określonej sprawozdawczości statystycznej.
- 3) Przeprowadzać postępowania konkursowe 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, w zakresie dotyczącym § 15 ust 3 ww. rozporządzenia, tj. pisemnego powiadamiania kandydatów o wynikach konkursu.
- 4) Przestrzegać zapisów art. 90 ust. 6 i 7 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Nr 107 Poz. 679 z późn. zm.) poprzez terminowe dokonywanie przeglądów technicznych urządzeń wykorzystywanych do udzielania świadczeń zdrowotnych.

Dyrektor Zespołu, z przekroczeniem ustawowego terminu, złożył do Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego sprawozdanie o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych.

Sprawdzono realizację zaleceń pokontrolnych i stwierdzono, że zalecenia pokontrolne nie zostały wykonane w całości. Zalecenie wskazane w pkt. 2 ppkt. b) oraz pkt. 4 nie było realizowane w każdym kontrolowanym przypadku.

B: Stwierdzone nieprawidłowości (przyczyny, skutki):

- 1) Nieprawidłowość polegająca na braku wykonania zalecenia pokontrolnego dot. terminowego dokonywania przeglądów technicznych urządzeń wykorzystywanych do udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z zapisami art. 90 ust. 6 i 7 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Nr 107 Poz. 679 z późn. zm.).
- 2) Nieprawidłowość polegająca na braku wykonania zalecenia pokontrolnego dot. przestrzegania zapisów art. 27 ust. 4 pkt 8 ustawy o działalności leczniczej tj. zawierania w umowach dotyczących udzielania świadczeń zdrowotnych postanowień określających szczegółowe okoliczności uzasadniające rozwiązanie umowy za wypowiedzeniem.

Przyczyny nieprawidłowości:

- 1) Niedochowanie należytej staranności w zakresie spełnienia wymogów ustawowych poprzez konstruowanie zapisów umów w procesie udzielania zamówień na świadczenia zdrowotne bez uwzględnienia wszystkich możliwości rozwiązania umowy określonych w art. 27 ust. 4 i 8 ustawy o działalności leczniczej;
- 2) Niedochowanie należytej staranności w zakresie terminowości dokonywania przeglądów technicznych aparatury medycznej.

Skutki nieprawidłowości:

- a) Brak realizacji zaleceń pokontrolnych, do wykonania których Dyrektor Zespołu zobowiązany został przez Zarząd Województwa Śląskiego w wystąpieniu pokontrolnym

z dnia 30 grudnia 2019 r.

C: Ocena cząstkowa: pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości.

D: Osoba odpowiedzialna: Dyrektorzy Zespołu Grzegorz Nowaczyński i Jacek Przybyło 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 i pouczenia.

1. Pozostałe informacje.

Pismem z dnia 23 czerwca 2021 r., znak: NZ-NK.1711.2.2021 (NZ-NK.KW-00349/21), Projekt wystąpienia pokontrolnego został przekazany Dyrektorowi Zespołu Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach. Pismo zostało doręczone w dniu 28 czerwca 2021 r. Dyrektor Zespołu nie zgłosił zastrzeżeń do treści Projektu wystąpienia pokontrolnego.

2. Zalecenia

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

- 1) Wpisaniu w treść Regulaminu Organizacyjnego celów będących w pełni tożsamymi z wyszczególnionymi w Statucie Zespołu;
- 2) Doprowadzeniu do zgodności nazw komórek organizacyjnych działalności medycznej (Gabinetów Diagnostyczno-Zabiegowych) pomiędzy zapisami Regulaminu Organizacyjnego Zespołu i Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą;
- 3) Umieszczeniu na stronie internetowej Zespołu wszystkich informacji wymaganych przepisami prawa;
- 4) Prowadzeniu Rejestru skarg i wniosków w sposób umożliwiający pełną kontrolę przebiegu załatwiania poszczególnych spraw;
- 5) Sporządzaniu i każdorazowym przekazywaniu skarżącym pisemnych odpowiedzi na skargi wnoszone do Zespołu.
- 6) Każdorazowym umieszczaniu w treści umów na świadczenia zdrowotne zapisów wskazanych w art. 27 ustawy o działalności leczniczej;
- 7) Każdorazowym terminowym wykonywaniu przeglądów technicznych użytkowanego sprzętu i aparatury medycznej.
- 8) Każdorazowym umieszczaniu w treści zawieranych umów najmu i dzierżawy wszystkich zapisów wskazanych w „Zasadach gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie” przyjętych uchwałą nr 1966/161/VI/2020 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 29 sierpnia 2020 r.
- 9) Prawidłowym ustalaniu należności z tytułu opłat wynikających zawartych umów najmu i dzierżawy.
- 10) Przestrzeganiu w pełni obowiązku realizacji zaleceń pokontrolnych wydanych przez podmiot tworzący w wyniki przeprowadzonej kontroli.

3. Pouczenia

Wystąpienie pokontrolne sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, z których jeden przekazuje się do Zespołu Wojewódzkich Przychodni Specjalistycznych w Katowicach.

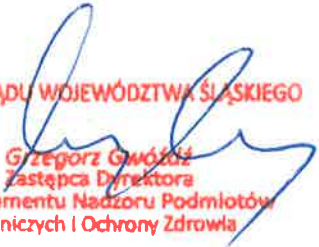
Wystąpienie pokontrolne zawiera 33 ponumerowane strony.

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 ŚLĄSKIEGO
Grzegorz Gwóźdź
Zastępca Dyrektora
Departamentu Nadzoru Podmiotów
Leczniczych i Ochrony Zdrowia

