

Katowice, 18 maja 2022 r.
NZ-NK.1711.10.2021

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

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

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

z kontroli przeprowadzonej na podstawie:

- 1) art. 121 oraz 122 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t. j.: Dz. U. z 2022 r. poz. 633 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. 2 zatwierdzonego uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 469/213/VI/2021 z dnia 24.02.2021 r.,
- 4) Regulaminu kontroli jednostek organizacyjnych Województwa Śląskiego określonego uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 1057/229/VI/2021 z dnia 28.04.2021 r.

I. Dane identyfikacyjne kontroli:

Jednostka kontrolowana: Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii w Bystrej, ul. J. Fałata 2, 43-360 Bystra.

Kierownik jednostki kontrolowanej: od 01.02.2006 r. funkcję dyrektora Centrum pełni Urszula Kuc.

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

- Z-cy Dyrektora ds. medycznych:

- Jacka Terech (od 01.01.2020 r. do 31.03.2020 r.)
- Jolanty Czaplńskiej – Jaszczurowskiej (od 01.04.2020 r. do 20.09.2020 r.)
- Anny Ładoś - Krupa (od 21.09.2020 r.),

- Główniej Księgowej – Ewy Zajda
oraz kierowników komórek organizacyjnych.

Termin przeprowadzenia czynności kontrolnych i zakres kontroli:

Kontrolę przeprowadzono w dniach od 30.08.2021 r. do 24.09.2021 r. oraz od 17.11.2021 r. do 22.11.2021 r. w zakresie: realizacji zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie; dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych; prawidłowości gospodarowania mieniem oraz środkami publicznymi w latach 2019-2021.

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

Osoby przeprowadzające kontrolę:

Paulina Górkiewicz - Główny Specjalista Departamentu Nadzoru Podmiotów Lecznicych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w Katowicach, na podstawie upoważnienia jednorazowego nr 359/NZ/2021 z dnia 17 sierpnia 2021 r. oraz nr 572/NZ/2021 z dnia 17 listopada 2021 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 30 sierpnia 2021 r.

Katarzyna Bartoszek – Główny Specjalista Departamentu Nadzoru Podmiotów Lecznicych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w Katowicach, na podstawie upoważnienia jednorazowego nr 358/NZ/2021 z dnia 17 sierpnia 2021 r. oraz nr 571/NZ/2021 z dnia 17 listopada 2021 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 30 sierpnia 2021 r.

Barbara Gwiazda - Amrosz – Główny Specjalista Departamentu Nadzoru Podmiotów Lecznicych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnienia jednorazowego nr 360/NZ/2021 z dnia 17 sierpnia 2021 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 30 sierpnia 2021 r.

O kontroli Dyrektor jednostki został poinformowany pismem z dnia 18.08.2021 r. przekazany za pośrednictwem Poczty Polskiej oraz drogą elektroniczną.

Kontrolę wpisano do książki kontroli pod pozycją 7.

[Dowód: akta kontroli str. 1 – 35,37]

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 Centrum.

1. Informacje ogólne.

Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii w Bystrej zwane dalej „Centrum” jest samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej. Funkcję podmiotu tworzącego pełni Województwo Śląskie. Nadzór nad działalnością Centrum sprawuje Zarząd Województwa Śląskiego. Centrum wpisane jest do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego pod numerem 000000014018 oraz posiada osobowość prawną i jest wpisane do Krajowego Rejestru Sądowego w Bielsku-Białej pod numerem KRS 0000114709. Siedzibą Centrum jest miejscowość (wieś) Bystra.

Centrum działa na podstawie:

- 1) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (tekst jednolity: Dz. U. z 2022 r. poz. 633 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 2021 r. poz. 1285 z późn. zm.),
- 3) Statutu Centrum przyjętego Uchwałą Nr VI/12/5/2015 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 21.09.2015 r., tekst jednolity: Dz. Urz. Województwa Śląskiego z dnia 5.10.2017 r. poz. 5311,
 - 4) Regulaminu Organizacyjnego, którego ostatni tekst jednolity został wprowadzony Zarządzeniem nr 19/2021 Dyrektora Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii w Bystrej z dnia 14.07.2021 r. a ostatnie zmiany Regulaminu zostały pozytywnie zaopiniowane przez Radę Społeczną Centrum w uchwale nr 25/2021 z dnia 01.07.2021 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.,
 - 7) innych powszechnie obowiązujących przepisów prawa.

W Centrum zatrudnienie na dzień 30.08.2021 r. roku wynosiło ogółem 364 pracowników:

- 297 pracowników w ramach umowy o pracę,
- 67 pracowników w ramach umowy cywilnoprawnej (w tym 22 pracowników realizujących zadania w ramach umowy zlecenia oraz 45 pracowników realizujących zadania, w tym świadczenia zdrowotne, w ramach umowy kontraktowej).

[Dowód: akta kontroli str. 36]

2. Prawdliwość wpisów w Krajowym Rejestrze Sądowym.

Ostatnie zgłoszenie do Krajowego Rejestru Sądowego dotyczy zmiany Składu Rady Społecznej Centrum. Wnioskiem z dnia 2.03.2020 r. Centrum zgłosiło do KRS nowy skład Rady Społecznej, powołany uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 282/101/VII/2020 z dnia 5.02.2020 r. Zgłoszone zmiany zostały wprowadzone do KRS w dniu 16.03.2020 r.

W ww. zakresie nie został dopełniony ustawowy obowiązek wynikający z art. 22 ustawy o Krajowym Rejestrze Sądowym z dnia 20 sierpnia 1997 r. (t. j.: Dz. U. z 2021 r. poz. 112 z późn. zm.), który wskazuje 7-dniowy termin na zgłoszenie zmian do KRS.

Z wyjaśnień Dyrektor Centrum wynika, iż wniosek do KRS złożony został po upływie terminu wynikającego z przepisów prawa z przyczyn niezależnych od Centrum, związanych z koniecznością uzyskania danych osobowych (numer PESEL) od członków Rady Społecznej. Wniosek do KRS złożony został niezwłocznie po uzyskaniu niezbędnych danych.

W trakcie kontroli ustalono, że do Krajowego Rejestru Sądowego zgłoszone zostały wszystkie wymagane prawem informacje o Centrum, w tym wymagane zgodnie z treścią art. 38 pkt 1a w zw. z art. 53a ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym informacje dotyczące adresu strony internetowej oraz poczty elektronicznej Centrum.

[Dowód: akta kontroli str. 38 - 72]

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

Regulamin Organizacyjny Centrum (dalej: „Regulamin”) sporządzony został w oparciu o przepisy art. 24 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej. Ostatnie przed rozpoczęciem czynności kontrolnych zmiany do Regulaminu zostały pozytywnie zaopiniowane przez Radę Społeczną Centrum uchwałą nr 25/2021 z dnia 01.07.2021 r., a następnie wprowadzone Zarządzeniem Dyrektora Centrum nr 19/2021 z dnia 14.07.2021 r. W trakcie czynności kontrolnych Rada Społeczna Centrum pozytywnie zaopiniowała wprowadzenie kolejnych zmian do treści Regulaminu Organizacyjnego Centrum (uchwałą nr 29/2021 z dnia 06.09.2021 r.) Nowy tekst jednolity Regulaminu został wprowadzony Zarządzeniem Dyrektora Centrum nr 44A/2021 z dnia 24.11.2021r. (wydanym już po zakończeniu czynności kontrolnych).

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

Kontrolujący wskazują, że cele i zadania Centrum określone w Regulaminie Organizacyjnym nie są w pełni tożsame z wpisanymi w Statut Centrum w obowiązującym brzmieniu nadanym uchwałą nr V/34/13/2017 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 13 lutego 2017 roku w sprawie zmiany uchwały nr V/12/5/2015 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 21 września 2015 roku w sprawie nadania statutu Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii w Bystrej. Rozbieżności obrazuje poniższa tabela.

	Regulamin Organizacyjny Centrum – § 4	Statut Centrum – Rozdział 2 Cele i zadania
Cele	1. Podstawowym celem Centrum jest udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych i promocja zdrowia.	§ 3 Celem działania Centrum jest: 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.
Zadania	2. Centrum realizuje również zadania dydaktyczne, w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w szczególności Centrum uczestniczy w kształceniu osób wykonujących zawód medyczny oraz osób przygotowujących się do wykonywania zawodu medycznego poprzez prowadzenie staży podyplomowych, specjalizacji, szkoleń w zakresie uzyskiwania umiejętności z zakresu węższych dziedzin medycyny lub udzielania określonych świadczeń zdrowotnych, a także praktyk zawodowych. 3. Centrum realizuje Politykę Jakości Systemu Zarządzania, zwaną dalej „Polityką Jakości”, poprzez stałą poprawę skuteczności działań w zakresie jakości świadczonych usług, oraz bezpieczeństwa pracy, przy stałym spełnianiu wymagań prawnych oraz podnoszeniu kwalifikacji i zaangażowania wszystkich pracowników. 4. Centrum realizuje zadania obronne.	§4 Do zadań Centrum należy: 1) udzielanie stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych szpitalnych; 2) udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych; 3) prowadzenie działalności diagnostycznej; 4) świadczenie usług farmaceutycznych; 5) prowadzenie działań z zakresu zdrowia publicznego, w tym profilaktyka chorób, promocja zdrowia i edukacja zdrowotna; 6) uczestniczenie w realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia; 7) uczestniczenie w przygotowywaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i kształceniu osób wykonujących zawody medyczne na zasadach określonych w odrębnych przepisach regulujących kształcenie tych osób; 8) orzekanie o stanie zdrowia i czasowej niezdolności do pracy; 9) realizacja zleconych przez właściwy organ określonych zadań związanych z obroną cywilną, sprawami obronnymi i ochroną ludności.

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

Art. 24 ust. 1 pkt. 4 ustawy o działalności leczniczej wymaga określenia w Regulaminie Organizacyjnym m.in. rodzaju działalności leczniczej. Wskazać należy, iż zapisy Rozdziału IV Regulaminu Organizacyjnego Centrum „Rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych

świadczeń zdrowotnych” nie spełniają ww. wymogu, gdyż nie określają konkretnie w jakich **rodzajach** działalności leczniczej Centrum udziela świadczeń opieki zdrowotnej. Art. 8 u.d.l. stanowi, iż rodzajami działalności leczniczej są: 1) stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne: a) szpitalne, b) inne niż szpitalne; 2) ambulatoryjne świadczenia zdrowotne. Rozdział IV Regulaminu Organizacyjnego Centrum stanowi:

§ 7

1. Zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych wynika ze Statutu Centrum oraz wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego.

2. Do zadań Centrum należy udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu:

a) **stacjonarnej opieki zdrowotnej** w zakresie: chorób płuc i gruźlicy, chorób wewnętrznych, chirurgii klatki piersiowej, anestezjologii i intensywnej terapii;

b) **ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej**: alergologicznej, chorób płuc, chirurgii klatki piersiowej, rehabilitacji, domowego leczenia tlenem,

c) **podstawowej opieki zdrowotnej**,

d) **diagnostyki medycznej**: rentgenodiagnostyki, ultrasonografii, endoskopii, badań czynnościowych, badań laboratoryjnych: prątka gruźlicy, histopatologii, mikrobiologii ogólnej i analityki,

e) orzekania o stanie zdrowia i czasowej niezdolności do pracy,

f) profilaktyki i promocji zdrowia.

3. Świadczenia szpitalne wykonywane są całą dobę i stanowią kompleksowe udzielanie świadczeń zdrowotnych polegających na diagnozowaniu, leczeniu i pielęgnacji wykonywane przez komórki organizacyjne wchodzące w skład zakładu leczniczego: Szpital.

4. Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne obejmujące m.in.: specjalistyczną opiekę zdrowotną, świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oraz świadczenia z zakresu rehabilitacji udzielane w warunkach niewymagających ich udzielania w trybie stacjonarnym i całodobowym, wykonywane są przez komórki organizacyjne wchodzące w skład zakładu leczniczego: Ambulatoryjna Opieki Zdrowotna.

W ocenie kontrolujących, zapisy przywołanego rozdziału Regulaminu Organizacyjnego Centrum powinny wprost wskazywać, że Centrum udziela świadczeń zdrowotnych w rodzajach działalności leczniczej: stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotnej szpitalne oraz ambulatoryjne świadczenia zdrowotne a następnie określić w jakich zakresach udzielane są świadczenia zdrowotne w Centrum. Zapisy dotyczące zadań Centrum winny się natomiast znaleźć w rozdziale „Cele i zadania” i być tożsame z zadaniami wskazanymi w statucie Centrum (jak wskazano powyżej).

Sprawdzono zgodność zapisów Regulaminu w zakresie struktury organizacyjnej komórek działalności medycznej oraz miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych z Księgą Rejestrową nr 000000014018 widniejącą w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (dalej: Rejestr) według stanu na dzień 30.08.2021 r. Stwierdzono wpis do Rejestru wszystkich komórek organizacyjnych związanych z prowadzoną w Centrum działalnością medyczną oraz występowanie niezgodności dotyczących wpisu jednostek organizacyjnych Centrum.

Zgodność Regulaminu Organizacyjnego Centrum 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	LICZBA ŁÓŻEK/ MIEJSC DZIENNEGO POBYTU/ STANOWISK/ INNE <i>(jeśli dotyczy)</i>	NAZWA JEDNOSTKI/ KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ	LICZBA ŁÓŻEK/ MIEJSC DZIENNEGO POBYTU/ STANOWISK/ INNE <i>(jeśli dotyczy)</i>	
1	2	3	4	5	
A	ZAKŁAD LECZNICZY		ZAKŁAD LECZNICZY		
	Szpital		Szpital		
I	JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZAKŁADU LECZNICZEGO		JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZAKŁADU LECZNICZEGO		
	Szpital		Szpital		
1	KOMÓRKA DZIAŁANOŚCI MEDYCZNEJ		KOMÓRKA DZIAŁANOŚCI MEDYCZNEJ		
1.1	Oddział Pulmonologiczno- Onkologiczny z Chemioterapią	25	Oddział Pulmonologiczno- Onkologiczny z Chemioterapią	25	
1.2	Oddział Diagnostyczno- Obserwacyjny Chorób Płuc i Gruźlicy	32	Oddział Diagnostyczno- Obserwacyjny Chorób Płuc i Gruźlicy	32	
1.3	Oddział Pulmonologiczny i Niewydolności Oddechowej	22/ w tym 6 nieinwazyjna wentylacja mechaniczna	Oddział Pulmonologiczny i Niewydolności Oddechowej	22/ w tym 6 nieinwazyjna wentylacja mechaniczna	
1.4	Oddział Chorób Wewnętrznych i Niewydolności Krążenia	24	Oddział Chorób Wewnętrznych i Niewydolności Krążenia	24	
1.5	Oddział Chirurgii Klatki Piersiowej i Nowotworów	38	Oddział Chirurgii Klatki Piersiowej i Nowotworów	38	
1.6	Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	5	Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	5	
1.7	Izba Przyjęć		Izba Przyjęć		
1.8	Blok Operacyjny		Blok Operacyjny		
1.9	Medyczne Laboratorium Diagnostyczne				
1.10	Pracownia Histopatologii				
1.11	Pracownia Badań Czynnościowych		Pracownia Badań Czynnościowych		
1.12	Pracownia RT				
1.13	Pracownia USG				
1.14	Pracownia Endoskopii		Pracownia Endoskopii		
1.15	Apteka Szpitalna		Apteka Szpitalna		
1.16	Pracownia Tomografii Komputerowej				
II	JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZAKŁADU LECZNICZEGO		JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZAKŁADU LECZNICZEGO		
			Zakład Diagnostyki Obrazowej		
2	KOMÓRKA DZIAŁANOŚCI MEDYCZNEJ		KOMÓRKA DZIAŁANOŚCI MEDYCZNEJ		
2.1			Pracownia RTG		
2.2			Pracownia USG		
2.3			Pracownia Tomografii Komputerowej		

III	JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZAKŁADU LECZNICZEGO		JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZAKŁADU LECZNICZEGO	
			Medyczne Laboratorium Diagnostyczne	
3	KOMÓRKA DZIAŁANOŚCI MEDYCZNEJ		KOMÓRKA DZIAŁANOŚCI MEDYCZNEJ	
3.1			Medyczne Laboratorium Diagnostyczne	
3.2			Pracownia Histopatologii	
B	ZAKŁAD LECZNICZY		ZAKŁAD LECZNICZY	
	Ambulatoryjna Opieka Zdrowotna		Ambulatoryjna Opieka Zdrowotna	
I	JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZAKŁADU LECZNICZEGO		JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZAKŁADU LECZNICZEGO	
	Ambulatoryjna Opieka Zdrowotna		Ambulatoryjna Opieka Zdrowotna	
1	KOMÓRKA DZIAŁANOŚCI MEDYCZNEJ		KOMÓRKA DZIAŁANOŚCI MEDYCZNEJ	
1.1	Poradnia Alergologiczna		Poradnia Alergologiczna	
1.2	Poradnia Chorób Płuc i Gruźlicy		Poradnia Chorób Płuc i Gruźlicy	
1.3	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy		Gabinet diagnostyczno-zabiegowy	
1.4	Poradnia Chirurgii Klatki Piersiowej		Poradnia Chirurgii Klatki Piersiowej	
1.5	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy chirurgiczny		Gabinet diagnostyczno-zabiegowy chirurgiczny	
1.6	Poradnia Pulmonologiczna		Poradnia Pulmonologiczna	
1.7	Poradnia Onkologiczna		Poradnia Onkologiczna	
1.8	Poradnia Domowego Leczenia Tlenem		Poradnia Domowego Leczenia Tlenem	
1.9	Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej		Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej	
1.10	Gabinet pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej		Gabinet pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej	
1.11	Gabinet położnej podstawowej opieki zdrowotnej		Gabinet położnej podstawowej opieki zdrowotnej	
1.12	Poradnia Rehabilitacyjna		Poradnia Rehabilitacyjna	
1.13	Dział Fizjoterapii		Dział Fizjoterapii	

Tabela nr 2 – Porównanie zapisów Regulaminu Organizacyjnego z Rejestrem Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonym przez Wojewodę Śląskiego (stan na dzień 30.08.2021 r.)

Podczas kontroli sprawdzono prawidłowość procesu dokonywania zmian w strukturze organizacyjnej Centrum w oparciu o *Procedurę postępowania w przypadku dokonywania zmian struktury organizacyjnej zakładów leczniczych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie*, wprowadzoną uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 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 Centrum. Przebieg zmian zweryfikowano pod względem uzyskania pozytywnej opinii Rady Społecznej Centrum 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 01.01.2019 r. do dnia kontroli Dyrektor Centrum dokonała zmian w strukturze organizacyjnej Centrum z naruszeniem *Procedury postępowania w przypadku dokonywania zmian dotyczących struktury organizacyjnej zakładów leczniczych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo*

Śląskie, określonej w uchwale Zarządu Województwa Śląskiego nr 801/36/VI/2019 z dnia 17.04.2019 r., polegających na utworzeniu jednostek organizacyjnych: Zakład Diagnostyki Obrazowej oraz Medycznego Laboratorium Diagnostycznego bez wymaganej akceptacji podmiotu tworzącego oraz bez uprzedniej opinii Rady Społecznej Centrum (jednostki zostały wpisane do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego w dniu 09.08.2021 r. a Rada Społeczna Centrum podjęła uchwały w przedmiotowej sprawie w dniu 06.09.2021 r.)

Zgodnie z zapisami rozdziału II pkt 2 ppkt 2 ww. Procedury Dyrektor szpocz ma obowiązek wnioskować o akceptację podmiotu tworzącego w przypadku planowanej zmiany dotyczącej struktury organizacyjnej zakładu leczniczego szpocz (utworzenia jednostki organizacyjnej o charakterze medycznym nie powodującej rozszerzenia udzielanym przez szpocz świadczeń zdrowotnych) na minimum 30 dni przed wszczęciem postępowania o zmianę wpisu w Rejestrze. Ponadto zmiany te wprowadzone zostały do treści Regulaminu Organizacyjnego Centrum dopiero w dniu 24.11.2021 r. (Zarządzenie Dyrektora Centrum nr 44A/2021) co oznacza, iż w okresie od 09.08.2021 r. do 24.11.2021 r. istniała niezgodność w tym zakresie pomiędzy zapisami w Rejestrze i w Regulaminie Organizacyjnym Centrum.

Przebieg procesów przedstawiono poniżej.

L.P.	OKREŚLENIE RODZAJU ZMIANY	OPINIA RADY SPOŁECZNEJ	WYMAGANA AKCEPTACJA PODMIOTU TWORZĄCEGO	CZYNNOŚĆ SPOWODOWAŁA ZMIANĘ UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ	DATA ROZPOCZĘCIA / ZAKOŃCZENIA DZIAŁALNOŚCI/ OKRES ZAWIESZENIA	DATA ZMIANY W REJESTRZE PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ
1	2	3	4	5	6	7
1	*utworzenie komórki/jednostki organizacyjnej (nazwa utworzonej komórki): Pracownia Histopatologii	24/2020 z 29.06.2020	TAK	NIE	2020-08-01	2020-07-31
	Pracownia Tomografii Komputerowej	24/2021 z 01.07.2021	TAK	TAK	2021-07-07	2021-07-07
	Zakład Diagnostyki Obrazowej (jednostka organizacyjna zakładu leczniczego)	brak	TAK – brak akceptacji	NIE	2021-08-15	2021-08-09
	Medyczne Laboratorium Diagnostyczne (jednostka organizacyjna zakładu leczniczego)	brak	TAK – brak akceptacji	NIE	2021-08-15	2021-08-09
	*likwidacja komórki/jednostki organizacyjnej (nazwa likwidowanej komórki): Oddział Pulmonologiczny	24/2020 z 29.06.2020	TAK	NIE	2020-07-31	2020-07-31
3	*zmiana nazwy komórki / jednostki organizacyjnej (z/na): Oddział Pulmonologiczno-Alergologiczny/Oddział	24/2020 z 29.06.2020	NIE	NIE		2020-07-31

	Pulmonologiczny i Niewydolności Oddechowej							
	Oddział Chorób Płuc i Gruźlicy/Oddział Diagnostyczno-Obszerwacyjny Chorób Płuc i Gruźlicy	24/2020 z 29.06.2020	NIE	NIE				2020-07-31
	Oddział Pulmonologiczny z pododdziałem Chemioterapii/Oddział Pulmonologiczno-Onkologiczny z Chemioterapią	24/2020 z 29.06.2020	NIE	NIE				2020-07-31
	Oddział Chirurgii Klatki Piersiowej/Oddział Chirurgii Klatki Piersiowej i Nowotworów	24/2020 z 29.06.2020	NIE	NIE				2020-07-31
	Poradnia Chorób Płuc i Gruźlicy dla dorosłych i dla dzieci/Poradnia Chorób Płuc i Gruźlicy	24/2020 z 29.06.2020	NIE	NIE				2020-07-31
	Poradnia Alergologiczna dla dorosłych i dzieci/Poradnia Alergologiczna	24/2020 z 29.06.2020	NIE	NIE				2020-07-31
	Oddział Chorób Wewnętrznych/Oddział Chorób Wewnętrznych i Niewydolności Krążenia	38/2020 z 29.12.2020	NIE	NIE				2021-01-25
4	zawieszenie działalności komórki / jednostki organizacyjnej (nazwa):							
	Oddział Diagnostyczno-Obszerwacyjny Chorób Płuc i Gruźlicy	25/2019 z 18.12.2019	NIE	NIE			01.02.2020-31.07.2020	10.01.2020 decyzja wojewody
	Oddział Chorób Wewnętrznych i Niewydolności Krążenia	31/2020 z 19.10.2020	Nie	NIE			18.11.2020-03.01.2021	18.11.2020 decyzja Wojewody

Tabela nr 3 – zmiany struktury organizacyjnej w okresie objętym kontrolą (tj. od 01.01.2019 r. do 30.08.2021 r.).

L.P.	NAZWA ODDZIAŁU	WYJŚCIOWA LICZBA ŁÓŻEK	LICZBA ŁÓŻEK ZLIKWIDOWANYCH	LIKWIDACJA ŁÓŻEK W %	LICZBA ŁÓŻEK UTWORZONYCH	UTWORZENIE ŁÓŻEK W %	LICZBA ŁÓŻEK PO ZMIANACH	AKCEPTACJA PODMIOTU TWORZĄCEGO	OPINIA RADY SPOŁECZNEJ
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Oddział Pulmonologiczny z pododdziałem chemioterapii	36	8	22%	0	0%	28	Zd-N.9024.14.33.2018, ZD-NiP.KW-00893/18 z 08.11.2018	26/2018 z dnia 24.09.2018
2	Oddział Chorób Płuc i Gruźlicy	35	15	43%	0	0%	20	Zd-N.9024.14.33.2018, ZD-NiP.KW-00893/18 z 08.11.2018	26/2018 z dnia 24.09.2018
3	Oddział Chirurgii Klatki Piersiowej	45	9	20%	0	0%	36	Zd-N.9024.14.33.2018, ZD-NiP.KW-00893/18 z 08.11.2018	26/2018 z dnia 24.09.2018
4	Oddział Pulmonologiczno-Alergologiczny	28	3	11%	0	0%	25	Niewymagana	26/2018 z dnia 24.09.2018
5	Oddział Pulmonologiczny	29	1	3%	0	0%	28	Niewymagana	26/2018 z dnia 24.09.2018

6	Oddział Chorób Wewnętrznych	28	3	11%	0	0%	25	Niewymagana	26/2018 z dnia 24.09.2018
7	Oddział Pulmonologiczno-Onkologiczny z Chemioterapią	28	0	0%	7	25%	35	ZD-NK.9024.14.22.2020, ZD-NK.KW-00532/20 z 23.07.2020	24/2020 z dnia 29.06.2020
8	Oddział Diagnostyczno-Obserwacyjny Chorób Płuc i Gruźlicy	20	0	0%	12	60%	32	ZD-NK.9024.14.22.2020, ZD-NK.KW-00532/20 z 23.07.2020	24/2020 z dnia 29.06.2020
9	Oddział Chirurgii Klatki Piersiowej i Nowotworów	36	0	0%	0	0%	36	ZD-NK.9024.14.22.2020, ZD-NK.KW-00532/20 z 23.07.2020	24/2020 z dnia 29.06.2020
10	Oddział Pulmonologiczny i Niewydolności Oddechowej	25	0	0%	9	36%	34	ZD-NK.9024.14.22.2020, ZD-NK.KW-00532/20 z 23.07.2020	24/2020 z dnia 29.06.2020
11	Oddział Pulmonologiczny	28	28	100%	0	0%	0	ZD-NK.9024.14.22.2020, ZD-NK.KW-00532/20 z 23.07.2020	24/2020 z dnia 29.06.2020
12	Oddział Pulmonologiczno-Onkologiczny z Chemioterapią	35	10	29%	0	0%	25	NZ-NK.9024.14.20.2021, NZ-NK.KW-00154/21 z 18.03.2021	2/2021 z dnia 31.03.2021
13	Oddział Chirurgii Klatki Piersiowej i Nowotworów	36	0	0%	2	6%	38	Niewymagana	2/2021 z dnia 31.03.2021
14	Oddział Pulmonologiczny i Niewydolności Oddechowej	34	12	35%	0	0%	22	NZ-NK.9024.14.20.2021, NZ-NK.KW-00154/21 z 18.03.2021	2/2021 z dnia 31.03.2021
15	Oddział Chorób Wewnętrznych i Niewydolności Krążenia	25	1	4%	0	0%	24	Niewymagana	2/2021 z dnia 31.03.2021

Tabela nr 4 – zmiany struktury organizacyjnej w okresie objętym kontrolą – zmiana liczby łóżek (tj. od 1.01.2019 r. do 30.08.2021 r.).

Przeprowadzono kontrolę treści umieszczonych na stronie internetowej Centrum pod względem spełnienia wymogów ustawy o działalności leczniczej. Centrum prowadzi stronę internetową pod adresem: <https://szpitalbystra.pl/>. Kontrola wykazała, że na stronie internetowej Centrum umieszczono wszystkie informacje wymagane zgodnie z treścią art. 24 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej.

Ponadto sprawdzono czy Centrum spełnia ustawowy wymóg prowadzenia strony podmiotowej BIP i umieszczania na niej wymaganych prawem informacji. Przedmiotowy obowiązek wynika z ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej. Zgodnie z treścią art. 8 pkt. 2 w związku z art. 4 ust. 1 ww. ustawy, do udostępniania informacji publicznej w Biuletynie Informacji Publicznej zobowiązane są m.in. podmioty reprezentujące państwowe osoby prawne albo osoby prawne samorządu terytorialnego oraz podmioty reprezentujące inne państwowe jednostki organizacyjne albo jednostki organizacyjne samorządu terytorialnego, a także podmioty reprezentujące inne osoby lub jednostki organizacyjne, które wykonują zadania publiczne lub dysponują majątkiem publicznym.

Centrum pod adresem: <http://www.bip.szpitalbystra.pl/> prowadzi odrębną stronę BIP, do której odniesienie znajduje się na stronie internetowej Centrum. Na stronie BIP Centrum zostały umieszczone wszystkie informacje wymagane w art. 24 ust. 2, jednak nie w osobnej zakładce (jak w przypadku strony internetowej Centrum) a w treści Regulaminu Organizacyjnego. Kontrolujący wskazują, iż informacje te (przede wszystkim cenniki) winny zostać zamieszczone osobno, aby zainteresowani nie musieli ich szukać w treści Regulaminu.

W toku kontroli stwierdzono także, że nie wszystkie informacje wymagane przez przepisy ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej zostały zamieszczone na stronie BIP Centrum. Na stronie BIP nie zamieszczono dokumentacji przebiegu i efektów kontroli oraz wystąpienia, stanowiska, wnioski i opinie podmiotów ją przeprowadzających (wymóg z art. 6 ust. 1 pkt 4 lit. a tiret drugie ww. ustawy).

Informacje, o których mowa w art. 24 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej, zostały wywieszane w widocznych miejscach w poszczególnych jednostkach organizacyjnych Centrum.

[Dowód: akta kontroli str. 73 - 165]

B. Stwierdzone nieprawidłowości (przyczyny, skutki):

1. Nieprawidłowość polegająca na niedochowaniu ustawowego terminu na zgłoszenie zmian do KRS, czym naruszono art. 22 ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym.
2. Nieprawidłowość polegająca na braku zgodności pomiędzy zapisami Regulaminu Organizacyjnego Centrum i Statutu w zakresie zadań i celów Centrum, czym naruszono art. 24 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
3. Nieprawidłowość polegająca na braku zgodności rodzaju działalności leczniczej wskazanej w treści Regulaminu Organizacyjnego Centrum z zapisami art. 8 ustawy 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, czym naruszono ww. przepis w związku z art. 24 ust. 1 pkt 4 tej ustawy.
4. Uchybienie polegające na dokonaniu zmian w strukturze organizacyjnej Centrum polegających na utworzeniu jednostek organizacyjnych: Zakład Diagnostyki Obrazowej oraz Medyczne Laboratorium Diagnostyczne bez wymaganej zgody podmiotu tworzącego, czym naruszono zapisy Rozdziału II ust. 3 pkt. 1 *Procedury postępowania w przypadku dokonywania zmian dotyczących struktury organizacyjnej zakładów leczniczych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie.*
5. Nieprawidłowość polegająca na naruszeniu przepisu art. 24 ust. 1 oraz art. 107 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej poprzez istnienie w okresie od 09.08.2021 r. do 24.11.2021 r. rozbieżności dotyczących struktury organizacyjnej Centrum występujących pomiędzy zapisami w Regulaminie Organizacyjnym oraz w Rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
6. Nieprawidłowość polegająca na nieumieszczeniu na stronie BIP wszystkich wymaganych informacji tj. dokumentacji przebiegu i efektów kontroli oraz wystąpień, stanowisk, wniosków i opinii podmiotów ją przeprowadzających, czym naruszono art. 8 pkt. 3 w związku z art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej.

Przyczyny nieprawidłowości:

- a. Niedochowanie należytej staranności w zakresie spełnienia wymogów ustawowych poprzez:
 - przekroczenie ustawowego terminu zgłoszenia zmian do KRS,
 - określenie w Regulaminie zadań i celów Centrum, nie będących w pełni tożsamymi z wyszczególnionymi w Statucie,
 - określenie w Regulaminie Organizacyjnym Centrum rodzaju działalności leczniczej niezgodnej ze wskazanymi w ustawie o działalności leczniczej,
 - niezamieszczeniu wymaganych informacji na stronie BIP Centrum;

- b. Brak odpowiedniego nadzoru nad pracownikami odpowiedzialnymi za aktualizację Regulaminu Organizacyjnego Centrum oraz wytwarzanie wymaganych informacji i zamieszczanie ich na stronie BIP Centrum;
- c. Niedochowanie należytej staranności w zakresie realizacji zapisów *Procedury postępowania w przypadku dokonywania zmian dotyczących struktury organizacyjnej zakładów leczniczych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie*, poprzez zaniechanie uzyskania zgody podmiotu tworzącego na wprowadzane zmiany w strukturze organizacyjnej Centrum.

Wskazane nieprawidłowości i uchybienie nie stanowią rażącego naruszenia przepisów prawa.

C. Ocena częściowa: Pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości.

D. Osoby odpowiedzialne: Dyrektor Centrum Pani Urszula Kuc, 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 Centrum jest udzielanie świadczeń zdrowotnych i promocja zdrowia. Centrum prowadzi działalność medyczną w ramach umów zawartych z NFZ o świadczenie usług medycznych, w obiektach zlokalizowanych w Bystrej przy ulicy Juliana Fałata 2. Centrum jest jednostką specjalistyczną świadczącą kompleksową opiekę zdrowotną w dziedzinie rozpoznawania i leczenia chorób płuc.

1. Funkcjonowanie wybranych komórek organizacyjnych.

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

- 1) Oddziału Chorób Wewnętrznych i Niewydolności Krążenia
- 2) Oddziału Pulmonologicznego i Niewydolności Oddechowej
- 3) Poradni Chirurgii Klatki Piersiowej.

1) Oddział Chorób Wewnętrznych i Niewydolności Krążenia

Oddział wpisany jest do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 007 (kod resortowy identyfikujący komórkę organizacyjną stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych), kod resortowy charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych: 4000 Oddział chorób wewnętrznych. Oddział został wpisany do Rejestru z dniem 31.12.1993 r. i dysponuje 24 łózkami.

W Oddziale udzielane są świadczenia zdrowotne z zakresu diagnostyki i leczenia chorób wewnętrznych ze szczególnym uwzględnieniem chorób serca i płuc, chorób przewodu pokarmowego oraz nadciśnienia tętniczego i cukrzycy.

Liczba hospitalizowanych w Oddziale pacjentów wyniosła:

- 724 w 2019 r.
- 443 w 2020 r.
- 451 w okresie do 30.08.2021 r.

Wg stanu na 30.08.2021 r. nie odnotowano kolejki oczekujących na leczenie przypadków stabilnych i pilnych w Oddziale.

Zatrudnienie w Oddziale: lekarze 13 osób; pielęgniarki 16 osób, inni 2 osoby.

2) Oddział Pulmonologiczny i Niewydolności Oddechowej

Oddział wpisany jest do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 010 (kod resortowy identyfikujący komórkę organizacyjną stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych), kod resortowy charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych: 4272 Oddział chorób płuc. Komórka została wpisana do Rejestru z dniem 31.12.1993 r. i dysponuje 22 łózkami, w tym 6 łózkami nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej.

W Oddziale udzielane są świadczenia zdrowotne z zakresu diagnostyki i leczenia chorób układu oddechowego. Ponadto w Oddziale realizowane są programy lekowe: leczenie ciężkiej astmy alergicznej Ige zależnej oraz ciężkiej astmy eozynofilowej; leczenie aktywnej postaci ziarniniakowatości z zapaleniem naczyń (GPA) lub mikroskopowego zapalenia naczyń (MPA).

Liczba hospitalizowanych w Oddziale pacjentów wyniosła:

- 1279 w 2019 r.
- 929 w 2020 r.
- 545 w okresie do 30.08.2021 r.

Wg stanu na 30.08.2021 r. kolejka oczekujących na leczenie w Oddziale przypadków stabilnych wynosiła 17 osób (przypadki pilne – 0 osób).

Zatrudnienie w Oddziale: lekarze 5 osób; pielęgniarki 17 osób, inni 1 osoba.

3) Poradnia Chirurgii Klatki Piersiowej

Komórka wpisana jest do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 024 (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: 1520 Poradnia chirurgii klatki piersiowej. Komórka została wpisana do Rejestru z dniem 21.01.2002 r.

W Poradni udzielane są świadczenia z zakresu diagnostyki i leczenia schorzeń układu oddechowego, kwalifikacji pacjentów do leczenia operacyjnego a także opieki nad pacjentami po zabiegach chirurgii klatki piersiowej.

Liczba porad udzielonych w komórce wyniosła:

- 2151 w 2019 r.
- 2050 w 2020 r.
- 1550 w okresie do dnia 30.08.2021 r.

Zatrudnienie w Poradni: lekarze 2 osoby, pielęgniarki 2 osoby.

Godziny pracy poradni: środy od 7.00 do 14.35, w piątki od 7.00 do 14.35.

Wskazać należy, iż na zbiorczej tablicy informującej o godzinach pracy poradni funkcjonujących w Centrum widnieją nieaktualne godziny pracy Poradni Chirurgii Klatki Piersiowej (tj. poniedziałek od 14.45 do 18.45, wtorek od 8.00 do 12.00 oraz czwartek od 14.45 do 18.45), co może wprowadzać pacjentów w błąd.

[Dowód: akta kontroli str. 166 - 171]

2. Udzielanie zamówień na świadczenia zdrowotne.

Przedmiotem weryfikacji przeprowadzonej przez kontrolujących były umowy:

- 1) Nr NON-15/2021 z dnia 29.06.2021 r. na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie specjalistycznych badań laboratoryjnych;
- 2) Nr NON 513/27/13/2020 z dnia 30.09.2020 r. na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych wraz z aneksem z dnia 31.12.2020 r.

- 3) Nr 14/2019 z dnia 23.04.2019 r. na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez ratownika medycznego -kierowcę wraz z aneksem z dnia 19.10.2019 r.

Ad. 1) Nr NON-15/2021 z dnia 29.06.2021 r.

Umowa została zawarta w wyniku przeprowadzonego przez Centrum postępowania konkursowego na podstawie przepisu art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (dalej u.d.l.) 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 01.07.2021 r. do dnia 30.06.2024 r.

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

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

- postanowienia dotyczącego szczegółowych okolicznościach uzasadniających rozwiązanie umowy za wypowiedzeniem (art. 27 ust. 4 pkt 8) wskazując jedynie okres wypowiedzenia.

Art. 27 ust. 8 u.d.l zawiera katalog przesłanek rozwiązania umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych. Kontrolowana umowa nie zawiera wszystkich wymaganych zapisów. Uregulowania nie przewidują możliwości określonych w pkt.2) wskazującej, iż umowa ulega rozwiązaniu z dniem zakończenia udzielania określonych świadczeń zdrowotnych.

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

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

W ramach kontroli realizacji umowy sprawdzono faktury nr:

- Faktura VAT korygująca K/1406/0055/21 z dnia 26.08.2021 r. do faktury VAT nr 1406/0463/21 z dnia 31.07.2021 r. - stawki za zrealizowane świadczenia zgodne z umową,
- 1406/0572/21 z dnia 31.08.2021 r. – stawki za zrealizowane świadczenia zgodne z umową.

W fakturach wyszczególniono znaczną ilość badań, które nie zostały ujęte w przedłożonej do kontroli umowie. Zwraca się uwagę, iż przedmiotowy sposób postępowania może mieć wpływ na właściwe szacowanie wartości zamówienia i wybór trybu wyłonienia Przyjmującego zamówienie. Powyższe utrudniać może sprawowanie kontroli w zakresie właściwego wydatkowania środków publicznych oraz weryfikacji czasu oczekiwania na wynik badań zleconych poza umową. Zgodnie z art. 46 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (t. j. Dz. U. z 2021 r. poz. 305 z późn. zm.) jednostki sektora finansów publicznych mogą zaciągać zobowiązania do sfinansowania w danym roku do wysokości wynikającej z planu wydatków lub kosztów jednostki, pomniejszonej o wydatki na wynagrodzenia i uposażenia, składki na ubezpieczenie społeczne i Fundusz Pracy, inne składki i opłaty obligatoryjne oraz płatności wynikające z zobowiązań zaciągniętych w latach poprzednich, z zastrzeżeniem art. 136 ust. 4 i art. 153. Ponadto Zasady ponoszenia wydatków publicznych określone w art. 44 ust. 3 pkt. 3 cytowanej wyżej ustawy wskazują, iż wydatki powinny być dokonywane w wysokości i terminach wynikających z wcześniej zaciągniętych zobowiązań. Główny księgowy jednostki, dokonując wstępnej kontroli danej operacji, potwierdza, iż zobowiązania wynikające z danej operacji mieszczą się w planie finansowym jednostki (art. 54 ust. 3 pkt. 3 ustawy o finansach publicznych). Zaciągnięcie zobowiązania poprzez podpisanie umowy o określonej wartości i jednocześnie zlecenie badań nie objętych umową ogranicza możliwość weryfikacji czy zobowiązania wynikające z umowy mieszczą się w planie finansowym Centrum.

Z uwagi na specyfikę udzielania świadczeń w zakresie badań laboratoryjnych wynikającą ze zmienności potrzeb w związku z nieprzewidywalnością diagnostyki niektórych jednostek

chorobowych zasadnym byłoby wcześniejsze oszacowanie i wprowadzenie do warunków konkursu na udzielanie przedmiotowych świadczeń zapisów regulujących kwestie możliwości zlecenia innych badań w razie wystąpienia takiej konieczności wg ogólnego cennika obowiązującego u Przyjmującego zamówienie oraz ich ogólnej maksymalnej wartości.

W nawiązaniu do powyższego zasadnym wydaje się także by opis dokumentów księgowych stanowił odzwierciedlenie stanu faktycznego, a nie wprowadzał w błąd sformułowaniem „Zamówienie zrealizowano.... zgodnie z umową nr NON-15/2021 z dnia 29.06.2021 r.”. Obciążenie Centrum za zlecenie innych badań nie objętych przedmiotem umowy (nie wskazanych w ofercie Przyjmującego zamówienie stanowiącej załącznik nr 1 do ww. umowy) nie może być traktowane jako realizacja zamówienia zgodnie z zawartą umową tym bardziej, że przedmiotowa umowa nie przewiduje możliwości realizacji innych badań niż wskazane w załączniku nr 1 stanowiącym jej integralną część. W opisie dokumentu księgowego winna się znaleźć informacja wskazująca na realizację części badań poza zawartą umową.

Ad. 2) Nr NON 513/27/13/2020 z dnia 30.09.2020 r. wraz z aneksem.

Umowa została zawarta w wyniku przeprowadzonego przez Centrum postępowania konkursowego na podstawie przepisu art. 26 u.d.l. 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 01.10.2020 r. do dnia 30.09.2023 r.

W oparciu o zapisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej stwierdza się, że umowa nie zawiera wszystkich zapisów, do których obliguje art. 27 ust. 4 tj.: szczegółowych okoliczności uzasadniających rozwiązanie umowy za wypowiedzeniem (art. 27 ust. 4 pkt. 8) wskazując jedynie okres wypowiedzenia.

Art. 27 ust. 8 u.d.l. zawiera katalog przesłanek, w których umowa na udzielanie świadczeń zdrowotnych ulega rozwiązaniu. Kontrolowana umowa zawiera wszystkie wymagane zapisy.

Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach i podpisana przez strony. W dniu 31.12.2020 r. podpisany został aneks do przedmiotowej umowy, w którym oprócz zmiany nazwy Oddziału, w którym realizowane są świadczenia zawarto dodatkowe świadczenia nie objęte umową pierwotną, ani Regulaminem konkursu ofert na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie pełnienia dyżurów medycznych w Oddziałach Pulmonologicznych oraz w Oddziale Chorób Wewnętrznych z dnia 09.09.2020 r., na podstawie którego wyłoniono Przyjmującego zamówienie i podpisano umowę. Dyrektor Centrum oświadczyła, iż zawarcie aneksu podyktowane zostało koniecznością zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń medycznych w zakresie dyżurów lekarskich w Oddziale Chorób Wewnętrznych i Niewydolności Krążenia z uwagi na brak lekarzy na rynku pracy jak również na brak zainteresowania lekarzy pełnieniem dyżurów medycznych.

Kontrolujący stwierdzili, iż przyjęty sposób rozszerzenia zakresu umowy (stanowiący de facto dodatkowe zamówienie) poprzez podpisanie aneksu należy potraktować jako niezgodny z art. 26 ust. 3 u.d.l., który wskazuje, iż udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne następuje w trybie konkursu ofert. Wartość umów zawartych przez Centrum w zakresie dyżurów lekarskich, przekracza wyrażoną w złotych równowartość kwoty 30 000 euro liczonej według średniego kursu złotego w stosunku do euro, ustalonego zgodnie z art. 3 ust. 2 pkt. 2 ustawy z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych, co wskazuje na brak możliwości przyjęcia ww. sposobu rozszerzenia zakresu umowy. Wartość przedmiotu zamówienia w niniejszym przypadku zobowiązywała zatem do wszczęcia procedury konkursowej. Tym samym rygorom z uwagi na charakter zamówienia podlegał także zakres wskazany w aneksie do umowy. Powyższa czynność stanowi naruszenie art. 26 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej, nie pociąga jednak za sobą odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych.

Zauważyć należy, że Centrum w treści dokumentu z dnia 17.08.2020 r. dokonało oszacowania wartości przedmiotu zamówienia jedynie w zakresie dyżurów "świętecznych", bez uwzględnienia

zakresu usług wskazanego w aneksie tj. dyżurów świadczonych w dni robocze tzw. dyżurów zwykłych, co stoi w sprzeczności z art. 26a ust. 1 oraz art. 26 ust. 7 u.d.l. Centrum nie dochowując należytej staranności nie ustaliło właściwie wartości zamówienia - podstawą ustalenia wartości zamówienia winno być całkowite szacunkowe wynagrodzenie przyjmującego zamówienie, a wartością zamówienia udzielanego na czas oznaczony powinna być wartość ustalona z uwzględnieniem okresu wykonywania zamówienia.

Kontrolujący zwracają uwagę, iż ani Umowa ani aneks nie zawierają wartości brutto zamówienia, zgodnie z obowiązkiem wynikającym z przepisów ustawy o finansach publicznych (art. 44 ust. 3 pkt. 3). Powyższe utrudniać może sprawowanie kontroli właściwego sposobu jej realizacji w zakresie ilości i wartości zleczonych usług. Zasadnym zatem byłoby wprowadzenie do umów zapisów regulujących kwestie ich maksymalnej wartości, szczególnie w umowach zawieranych poza trybem konkursowym bądź zawierania aneksów, których przedmiot nie został oszacowany celem potwierdzenia właściwego trybu wyboru wykonawcy. Zgodnie z art. 46 ust. 1 cytowanej wyżej ustawy jednostki sektora finansów publicznych mogą zaciągać zobowiązania do sfinansowania w danym roku do wysokości wynikającej z planu wydatków lub kosztów jednostki, pomniejszonej o wydatki na wynagrodzenia i uposażenia, składki na ubezpieczenie społeczne i Fundusz Pracy, inne składki i opłaty obligatoryjne oraz płatności wynikające z zobowiązań zaciągniętych w latach poprzednich, z zastrzeżeniem art. 136 ust. 4 i art. 153. Główny księgowy jednostki, dokonując wstępnej kontroli danej operacji, potwierdza, iż zobowiązania wynikające z danej operacji mieszczą się w planie finansowym jednostki (art. 54 ust. 3 pkt 3 ustawy o finansach publicznych). Brak określenia całkowitej wartości umowy ogranicza możliwość weryfikacji, czy zobowiązania wynikające z umowy mieszczą się w planie finansowym Centrum.

Zgodnie z oświadczeniem wszczęto postępowanie konkursowe na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach ordynacji oddziałów oraz dyżurów lekarskich. Niemniej jednak z przekazanego zespołowi kontrolnemu wykazu umów zawartych wskutek przeprowadzonych postępowań konkursowych wynika, iż do dnia kontroli nie zawarto umowy w ww. zakresie.

W ramach kontroli realizacji umowy sprawdzono faktury nr:

- 05/2021 z dnia 29.03.2021 r. - stawki za zrealizowane świadczenia zgodne z umową,
- 09/2021 z dnia 31.05.2021 r. – stawki za zrealizowane świadczenia zgodne z umową.

W odniesieniu do ww. umów zauważyć również należy, iż Centrum błędnie dokonuje opisów dokumentów księgowych wystawionych z tytułu realizacji umów na świadczenia zdrowotne zawartych w wyniku rozstrzygnięcia konkursów ofert przeprowadzanych zgodnie z ustawą o działalności leczniczej, bądź też realizowanych w trybie art. 26 ust. 4a ustawy o działalności leczniczej. Na fakturach i rachunkach za realizację świadczeń zdrowotnych, w zależności od trybu zawarcia umowy widnieje opis „Zamówienie zrealizowano na podstawie art. konkurs ustawy Prawo zamówień publicznych” bądź też „Zamówienie zrealizowano na podstawie art. 10 ust. 1 ustawy Prawo zamówień publicznych”. Kontrolujący zwracają uwagę, że w dokumentacji postępowań, w drodze których wyłoniono Przyjmujących zamówienie, w Ogłoszeniu o konkursie ofert na świadczenia zdrowotne, wyczytać można, iż podstawą prawną postępowania jest art. 26-27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Ponadto art. 26 ust. 5 cytowanej wyżej ustawy wyraźnie wskazuje, że do udzielenia zamówienia na świadczenia zdrowotne nie stosuje się przepisów ustawy z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych. Wskazuje się, że cytowany art. 10 ust. 1. określa przypadki, w których ustawa Prawo zamówień publicznych nie znajduje zastosowania. Mając na uwadze art. 26 ust. 5 ww. zapisu nie stosuje się do zamówień lub konkursów w rozumieniu ustawy Prawo zamówień publicznych – nie dotyczy on zatem także umów zawartych w drodze konkursów przeprowadzanych na podstawie Ustawy o działalności leczniczej. Wobec powyższego potwierdzanie zgodności realizacji świadczeń zdrowotnych z przepisami Prawa zamówień publicznych nie znajduje uzasadnienia.

Ad. 3) Nr 14/2019 z dnia 23.04.2019 r. wraz z aneksem z dnia 23.04.2019 r.

Umowa została zawarta w wyniku przeprowadzonego przez Centrum 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 wymaganiami art. 26 a Ustawy o działalności leczniczej Centrum dokonało oszacowania wartości przedmiotu zamówienia, co znalazło odzwierciedlenie w treści dokumentu z dnia 26.02.2019 r.

Umowa została zawarta w formie pisemnej, na czas określony tj. od dnia 01.05.2019 r. do dnia 30.04.2022 r.

W oparciu o zapisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej stwierdza się, że umowa nie zawiera wszystkich zapisów, do których obliguje art. 27 ust. 4 tj.: zobowiązania przyjmującego zamówienie do prowadzenia określonej sprawozdawczości statystycznej (art. 27 ust. 4 pkt. 9), niemniej jednak zapis ten został wprowadzony w aneksie do umowy z dnia 19.10.2019 r.

Zauważyć należy, iż co do zasady art. 27 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej stanowi, iż nieważna jest zmiana postanowień zawartej umowy niekorzystnych dla udzielającego zamówienia, jeżeli przy ich uwzględnieniu zachodziłaby konieczność zmiany treści oferty, na podstawie której dokonano wyboru przyjmującego zamówienie, chyba że konieczność wprowadzenia takich zmian wynika z okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy. W tym przypadku zmiana zapisu dotyczącego obowiązku prowadzenia przez przyjmującego zamówienie określonej sprawozdawczości jest zmianą korzystną dla Centrum i nie rodzi konieczności zmiany treści oferty złożonej w toku postępowania konkursowego. Wobec powyższego nie stanowi naruszenia ww. przepisu.

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 zawiera wszystkie wymagane zapisy.

Kontrolujący wskazują, że umowa ani aneks nie zawierają szacunkowej wartości brutto zamówienia, zgodnie z obowiązkiem wynikającym z przepisów ustawy o finansach publicznych (art. 44 ust. 3 pkt. 3). Powyższe utrudniać może sprawowanie kontroli właściwego sposobu jej realizacji w zakresie ilości i wartości zlecanych usług. Zasadnym zatem byłoby wprowadzenie do umów zapisów regulujących kwestie ich maksymalnej wartości, szczególnie w umowach zawieranych poza trybem konkursowym bądź aneksach, których przedmiot nie został oszacowany celem potwierdzenia właściwego trybu wyboru wykonawcy. Zgodnie z art. 46 ust. 1 cytowanej wyżej ustawy jednostki sektora finansów publicznych mogą zaciągać zobowiązania do sfinansowania w danym roku do wysokości wynikającej z planu wydatków lub kosztów jednostki, pomniejszonej o wydatki na wynagrodzenia i uposażenia, składki na ubezpieczenie społeczne i Fundusz Pracy, inne składki i opłaty obowiązkowe oraz płatności wynikające z zobowiązań zaciągniętych w latach poprzednich, z zastrzeżeniem art. 136 ust. 4 i art. 153. Główny księgowy jednostki, dokonując wstępnej kontroli danej operacji, potwierdza, iż zobowiązania wynikające z danej operacji mieszczą się w planie finansowym jednostki (art. 54 ust. 3 pkt 3 ustawy o finansach publicznych). Brak określenia całkowitej wartości umowy ogranicza możliwość weryfikacji, czy zobowiązania wynikające z umowy mieszczą się w planie finansowym Centrum.

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

- 1/10/2019 z dnia 01.10.2019 r. - dotyczy zrealizowanych świadczeń: stawka za zrealizowane świadczenia zgodna z umową,
- 2/10/2019 z dnia 01.10.2019 r. oraz 2/11/2020 z dnia 02.11.2020 r. - dotyczy dodatku dla ratowników medycznych (opisany w umowie jako dodatek wynikający z Rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z dnia 4 stycznia 2019 r. (Dz. U. z 2019 r. poz. 34), proporcjonalnie do liczby wypracowanych godzin). Należy zwrócić uwagę, iż kwoty

widniejące na fakturach nie wynikają ani z umowy, ani z opisu faktur, ani także z przepisów ww. Rozporządzenia. Przedłożone faktury nie zawierają także żadnego załącznika potwierdzającego przyjętą kalkulację. Nie można zatem zweryfikować prawidłowości dokonanych wydatków. Według wyjaśnień Głównej Księgowej Centrum każdorazowo przed wystawieniem faktury przez Przyjmującego zamówienie kwota była wyliczana i uzgadniana zgodnie z obowiązującymi współczynnikami przyjętymi do rozliczeń dla grup zawodowych wskazanych w ww. Rozporządzeniu. Niemniej jednak wydatki zostały potwierdzone pod względem formalnym, rachunkowym i merytorycznym. Zespół kontrolujący zwraca uwagę, iż uregulowania umowne powinny jednoznacznie precyzować zasady kalkulacji zobowiązań. Zapis powinien być skonstruowany w ten sposób, aby możliwe było ustalenie zgodności dokumentu rozliczeniowego za dany okres rozliczeniowy z treścią umowy bez konieczności dodatkowych ustaleń. W przypadku braku takiej możliwości dla przejrzystości rozliczeń należałoby umieścić stosowny zapis na fakturze bądź załączyć stosowną kalkulację.

- 1/11/2020 z dnia 02.11.2020 r. oraz 1/06/2021 z dnia 01.06.2021 r.– stawki za zrealizowane świadczenia w zakresie ratownictwa zgodne z umową. Faktury obejmują także świadczenia z tytułu dyżurów pod telefonem zlecane poza kontrolowaną umową. Do kontroli nie przedłożono żadnej umowy, ani aneksu do umowy regulujących kwestię zlecenia dyżurów pod telefonem z kontrahentem. Powyższe pozostaje w sprzeczności z art. 27 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, który wskazuje, że z przyjmującym zamówienie udzielający zamówienia zawiera umowę na czas udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub na czas określony. Biorąc pod uwagę brak pisemnych uregulowań nie można zweryfikować szacunkowej wartości przedmiotu zamówienia, a co za tym idzie trybu w którym winna zostać zawarta umowa. Zastosowana praktyka jest niezgodna z obowiązkiem wynikającym z przepisów ustawy o finansach publicznych (art. 44 ust. 3 pkt. 3). Na podstawie art. 46 ust. 1 cytowanej wyżej ustawy jednostki sektora finansów publicznych mogą zaciągać zobowiązania do sfinansowania w danym roku do wysokości wynikającej z planu wydatków lub kosztów jednostki (...). Główny księgowy jednostki, dokonując wstępnej kontroli danej operacji, potwierdza, iż zobowiązania wynikające z tej operacji mieszczą się w planie finansowym jednostki (art. 54 ust. 3 pkt. 3 ustawy o finansach publicznych). Brak umowy oraz brak określenia całkowitej wartości zleczanych świadczeń ogranicza możliwość weryfikacji, czy zobowiązania wynikające z umowy mieszczą się w planie finansowym Centrum.

Ponadto dokonano weryfikacji umów na świadczenia zdrowotne pod kątem stosowania przez Centrum zapisów art. 26 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej oraz ewentualnej zasadności stosowania art. 26 ust. 4 a. tej ustawy .

Na podstawie otrzymanych zestawień ustalono, iż w kontrolowanym okresie (01.01.2019 r. - 19.11.2021 r.) w trybie konkursu ofert zawarto umowy w następujących zakresach:

- 1) badania laboratoryjne,
- 2) konsultacje Specjalistyczne - Radioterapia Onkologiczna,
- 3) dyżury lekarskie w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii,
- 4) dyżury lekarskie w Oddziale Chorób Wewnętrznych i Niewydolności Krążenia
- 5) dyżury lekarskie w oddziałach pulmonologicznych,
- 6) świadczenia w zakresie Porad Lekarskich w Poradni Domowego leczenia Tlenem,
- 7) świadczenia w zakresie czynności ratownika medycznego - kierowcy,
- 8) badania TK, RTG, USG, biopsje cienko i grubo igłowe pod kontrolą USG i TK, pełnienie funkcji kierownika Działu Diagnostyki Obrazowej,
- 9) badania TK, RTG, USG,
- 10) badania w zakresie elektroradiologii,

- 11) porady w poradni chorób płuc i gruźlicy,
- 12) porady w poradni alergologicznej,

W kontrolowanym okresie Centrum zawarło również umowy w trybie art. 26 ust. 4a ustawy o działalności leczniczej. Umowy zawarto w celu realizacji świadczeń zdrowotnych:

- 1) w Poradni Lekarza POZ (10 umów z 5 kontrahentami w tym: 1 umowa w 2019 r., 3 umowy z 3 kontrahentami w 2020 r., 6 umów z 5 kontrahentami w 2021 r.),
- 2) w Oddziale Chirurgii Klatki Piersiowej oraz na Bloku Operacyjnym (1 umowa),
- 3) w Oddziale Chorób Wewnętrznych i Niewydolności Krążenia (1 umowa),
- 4) z zakresu Rehabilitacji w Poradni Rehabilitacyjnej (2 umowy z 1 kontrahentem),
- 5) w dziedzinie patomorfologii (2 umowy z 2 kontrahentami),
- 6) w Poradni Chorób Płuc i Gruźlicy (1 umowa z 1 kontrahentem).

Spośród ww. umów pod kątem przesłanek do zastosowania art. 26 ust. 4a sprawdzono:

- 1) umowę 1/ChKPiN/2021 na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych z dnia 09.06.2021 r. zawartą na czas określony do czasu rozstrzygnięcia konkursu ofert, poprzedzającego zawarcie umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w Oddziale Chirurgii Klatki Piersiowej i Nowotworów z możliwością jej rozwiązania z 3-miesięcznym okresem wypowiedzenia przypadającym na koniec miesiąca kalendarzowego przez każdą stronę. Umowa obejmuje sprawowanie opieki lekarskiej nad pacjentami i udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie: dziennej ordynacji w Oddziale Chirurgii Klatki Piersiowej i Nowotworów oraz na Bloku Operacyjnym. Zgodnie z notatką służbową z dnia 01.06.2021 r. wartość umowy oszacowano na okres 7 m-cy tj. do 31.12.2021 r. i wynosi ona 25 480,00 zł (5 968,19 euro). Na wyliczoną wartość składają się 4 środy w miesiącu x 7 m-cy tj. 28 dni. Niemniej jednak istnieje rozbieżność zapisów umowy w stosunku do sporządzonej kalkulacji. Szacunek obejmuje realizację usług w 4 środy miesiąca, natomiast umowa w § 2 ust. 2 wskazuje, iż usługi realizowane będą w środy i piątki. Wg kalendarza od czerwca do grudnia 2021 r. jest 31 dni wypadających w środę i 30 dni wypadających w piątek tj. łącznie 61 dni. Mając na uwadze powyższe maksymalna szacunkowa wartość wynosić powinna 55 560,00 zł (13 013,84 euro). Przeprowadzona kalkulacja została sporządzona bez należytej staranności naruszając przepis art. 26 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej. Niemniej jednak zgodnie z literalnym brzmieniem ww. przepisu, wskazującym, iż podstawą ustalenia wartości zamówienia jest całkowite szacunkowe wynagrodzenie przyjmującego zamówienie, bez podatku od towarów i usług, ustalone przez udzielającego zamówienia z należytą starannością, nawet po dokonaniu przeszacowania można znaleźć przesłankę do jego zastosowania i zawarcia umowy bez przeprowadzenia procedury konkursowej. Powyższe uzasadnienie potwierdza także fakt, iż dotychczas Centrum nie miało zawartej umowy z tym kontrahentem, a jej zawarcie wynikało z konieczności zapewnienia ciągłości dostępu do świadczeń medycznych. W związku z powyższym nie można jednoznacznie uznać, iż działanie w tym przypadku było zaplanowane i Udzielający zamówienia podzielił zamówienie na części celem uniknięcia zastosowania art. 26 ust. 3 ustawy. W dniu 4.11.2021 r. ogłoszono konkurs ofert, gdzie jednym z zakresów jest udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w Oddziale Chirurgii Klatki Piersiowej i Nowotworów.

Kontrolujący zwracają również uwagę, iż w umowie nie ustalono maksymalnej wartości zamówienia zgodnie z dyspozycją zawartą w art. 44 ust. 3 pkt. 3 ustawy o finansach publicznych. Brak określenia całkowitej wartości umowy ogranicza możliwość weryfikacji czy zobowiązania wynikające z umowy mieszczą się w planie finansowym Centrum, a także czy kwota zleconych usług nie przekroczy kwoty uprawniającej do zlecenia usług poza konkursem ofert.

- 2) umowę NKP-4/2021 na świadczenia zdrowotne realizowane w Poradni Lekarza POZ z dnia

6.09.2021 r. zawartą na czas określony od 06.09.2021 r. do czasu rozstrzygnięcia postępowania konkursowego na udzielanie świadczeń medycznych w POZ. Zgodnie z notatką służbową z dnia 06.09.2021 r. wartość umowy oszacowano na okres 3 m-cy tj. do 30.11.2021 r. (planowane przeprowadzenie postępowania konkursowego) i wynosi ona 7 200,00 zł (1 686,46 euro). Umowa nie zawiera całkowitej wartości umowy jednakże zawiera informacje o harmonogramie udzielania usług oraz cenach jednostkowych udzielanych świadczeń co pozwala potwierdzić jej wartość z przeprowadzoną kalkulacją. Uwzględniając powyższe wyliczenia i potrzebę podmiotu leczniczego związaną z koniecznością zapewnienia kontynuacji świadczeń można stwierdzić, iż występuje przesłanka do zastosowania 26 ust. 4a ustawy o działalności leczniczej. W dniu 04.10.2021 r. aneksem podwojono zakres świadczeń nie zmieniając warunków finansowych. Czynność ta nie wprowadziła przesłanek powodujących zmianę trybu zawarcia umowy. Mając na uwadze termin realizacji zobowiązania umownego kontrolujący stwierdzają, iż w dniu 03.11.2021 r. na stronie BIP Centrum dokonano publikacji konkursu w ww. zakresie.

- 3) umowę NON-28/2021 na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie specjalistycznych porad lekarskich w Poradni Chorób Płuc i Gruźlicy z dnia 01.10.2021 r. zawartą na czas określony od 01.10.2021 r. do 31.12.2021 r. Zgodnie z notatką służbową z dnia 30.09.2021 r. umowa ma zabezpieczyć ciągłość pracy poradni z uwagi na fakt, iż w rozstrzygniętym konkursie ofert na przedmiotowe świadczenia nie wyłoniono wystarczającej liczby świadczeniodawców mogących zapewnić dostępność do leczenia pacjentom zapisanym w kolejce oczekujących. Umowę zawarto na warunkach finansowych obowiązujących w przeprowadzonym konkursie. Zauważyć należy, iż w notatce nie ustalono szacunkowej wartości zamówienia zgodnie z art. 26 a ust. 1 ustawy o działalności leczniczej stanowiącym, iż podstawą ustalenia wartości zamówienia jest całkowite szacunkowe wynagrodzenie przyjmującego zamówienie, bez podatku od towarów i usług, ustalone przez udzielającego zamówienia z należytą starannością. W związku z powyższym naruszając powyższy przepis, a także zapis art. 26 ust. 7 mówiący, że jeżeli zamówienia udziela się na czas oznaczony wartością zamówienia jest wartość ustalona z uwzględnieniem okresu wykonywania zamówienia nie można jednoznacznie stwierdzić czy wystąpiła przesłanka do zastosowania art. 26 ust. 4a jako podstawy do zawarcia przedmiotowej umowy. Także w samej umowie nie określono całkowitej jej wartości, określono jedynie ceny jednostkowe poszczególnych świadczeń zdrowotnych co wobec braku precyzyjnych informacji dotyczących ich ilości uniemożliwia dokonanie wyliczenia maksymalnej sumy zobowiązania umownego. Brak całkowitej wartości umowy uniemożliwia prawidłowe wykonanie dyspozycji zawartej w art. 44 ust. 3 pkt. 3 ustawy o finansach publicznych. Brak oszacowania wartości umowy oraz określenia jej całkowitej wartości ogranicza także możliwość weryfikacji, czy zobowiązania wynikające z umowy mieszczą się w planie finansowym Centrum.

Zgodnie z brzmieniem art. 26a ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, wartość zamówienia na udzielanie świadczeń zdrowotnych odpowiada szacunkowej wysokości całkowitego wynagrodzenia przysługującego przyjmującemu zamówienie, z wyłączeniem podatku od towarów i usług. Ponadto przepis ten wskazuje, iż wysokość ta powinna zostać przez zamawiającego ustalona i określona z należytą starannością, gdyż zgodnie z art. 26a ust. 2 cytowanej wyżej ustawy za niedopuszczalne należy uznać celowe zaniżanie wartości zamówienia bądź dzielenie zamówienia na części w celu zwolnienia się od obowiązku przeprowadzania konkursu ofert w celu złożenia omawianego zamówienia. W przypadku ww. umów poza wskazaną w pkt. 3 skalkulowano szacunkową wysokość całkowitego wynagrodzenia przysługującego przyjmującemu zamówienie. Biorąc pod uwagę brzmienie przytoczonych wyżej przepisów i okoliczności zawieranych umów tj. nagła konieczność zapewnienia ciągłości udzielanych świadczeń w 2 z 3 skontrolowanych wyżej przypadkach wystąpiły przesłanki umożliwiające zawarcie umów bez stosowania trybu konkursowego określonego w art. 26 ust.3 ustawy o działalności leczniczej. W jednym

z przypadków na podstawie otrzymanej dokumentacji sporządzonej przed zawarciem umowy nie można potwierdzić jednoznacznie poprawności zastosowania trybu zawarcia umowy, z uwagi na brak oszacowania wartości zamówienia.

W trakcie kontroli stwierdzono także, iż stosowana była praktyka przedłużania umów zawartych w wyniku rozstrzygnięcia konkursu ofert za pomocą aneksów. Zgodnie z oświadczeniem Dyrektora Centrum świadczenia zdrowotne realizowane w zakresie ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (porady w Poradni Chorób Płuc i Gruźlicy oraz Poradni Alergologicznej) realizowane były w oparciu o umowy konkursowe zawarte na okres od 01.01.2014 r. do 31.12.2014 r. W 2015 r. aneksem dokonano przedłużenia do czasu rozstrzygnięcia konkursu ofert, poprzedzającego zawarcie umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych. Przedłużenie umowy nastąpiło bez zmiany warunków finansowych. Z otrzymanych wyjaśnień wynika, iż postępowanie konkursowe w zakresie specjalistycznej opieki lekarskiej w Poradni Alergologicznej, Poradni Chorób Płuc i Gruźlicy oraz Poradni Chirurgii Klatki Piersiowej, wg oświadczenia Dyrekcji, przeprowadzono w grudniu 2018 r. Postępowanie zostało jednak unieważnione z powodu braku ofert we wszystkich rodzajach świadczeń. Wobec powyższego kontynuowano realizację świadczeń wg dotychczasowych stawek na podstawie ww. aneksu. Kolejne postępowanie konkursowe w ww. zakresie zostało ogłoszone we wrześniu 2021 r. W wyniku rozstrzygnięcia konkursu ofert zawarto umowy na okres od 01.10.2021 r. do 30.09.2024 r.

Dyrektor Centrum wyjaśniła, iż podjęte działania przedłużające zawarte umowy były korzystne ekonomicznie dla Podmiotu leczniczego, z uwagi na fakt, iż pozwalały na utrzymanie na niezmiennym poziomie stawek za realizację specjalistycznych usług lekarskich, które z roku na rok wzrastały. Ponadto brak kontynuacji umów prowadziłby do zagrożenia ciągłości udzielania świadczeń i kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. Zgodnie z oświadczeniem Dyrekcji działanie pozostaje w zgodności z art. 27 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, który nie przewiduje maksymalnego okresu, na który może zostać zawarta umowa. Kontrolujący nie podzielają powyższego zdania z uwagi na literalną treść przytoczonego przepisu, który wskazuje, że z przyjmującym zamówienie udzielający zamówienia zawiera umowę na czas udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub na czas określony. Pojęcie "czas określony" czyni ją umową terminową, w której strony wskazują daty rozpoczęcia i zakończenia świadczeń. Co do zasady oba przypadki wskazane w niniejszym przepisie winne zostać oznaczone w czasie. Ustawa o działalności leczniczej nie zakazuje co prawda wprost przedłużenia trwającej umowy na dalszy czas oznaczony, gdyż co do zasady będzie to bowiem czynność korzystna dla udzielającego zamówienie niemniej jednak stosowane działania nie mogą doprowadzić do sytuacji, w której przedłużanie czasu trwania umowy w istocie doprowadza do wprowadzenia umowy na czas nieokreślony co jest zabronione na gruncie art. 27 ust. 1 u.d.l. Ponadto oznaczać to może obejście innych przepisów tej ustawy mówiących o szacowaniu wartości zamówienia, a co za tym idzie konieczności przeprowadzenia procedury konkursowej.

Wyżej opisana praktyka zastosowana została także przy świadczeniach w Poradni POZ, gdzie usługi realizowano na podstawie umów obowiązujących w okresie od 01.01.2012 r. do 31.12.2014 r. Następnie termin obowiązywania został zmieniony aneksem na podstawie zapisu "do czasu rozstrzygnięcia konkursu". Spośród trzech umów w ww. zakresie jedną zakończono z upływem czasu na który została zawarta, przy drugiej nastąpiła zmiana formy zatrudnienia z kontraktu na etat, kolejną natomiast kontynuowano do 2021 r.

Zgodnie z oświadczeniem Dyrekcji na przestrzeni lat systematycznie zamieszczano ogłoszenia o zatrudnieniu lekarzy do realizacji ww. świadczeń jednakże nie przynosiło to spodziewanych rezultatów. W związku z powyższym celem zapewnienia dostępu do świadczeń pacjentom, którzy złożyli deklaracje wyboru świadczeniodawcy w zakresie POZ oraz utrzymania kontraktu z NFZ Centrum zawierało umowy, których szacowana wartość nie przewyższała progę, o którym mowa w art. 26 ust. 4a.

Kontrolujący stwierdzają, że o ile przy zawieraniu pojedynczych nowych umów w sytuacjach mających na celu natychmiastowe zabezpieczenie świadczeń Centrum co do zasady w większości zweryfikowanych umów sporządzało kalkulację szacunkowej wartości zamówienia, to przy aneksowaniu umów bądź zawieraniu kilku umów tożsamy rodzajowo w jednym czasie zaniechano tego obowiązku bądź dokonało podziału zamówienia na części szacując odrębnie ich wartości. W zakresie zasad ustalania wartości zamówienia powinno się każdorazowo uwzględniać szacunkową wartość na cały okres trwania umowy, albowiem to właśnie jest wartość zamówienia. Wskazać także należy, że jeżeli przedmiotem zamówienia są świadczenia zdrowotne udzielane - w planowanym umową okresie - przez konkretne osoby posiadające te same kwalifikacje i wykonujących te same zawody medyczne to konieczne jest sumowanie ich szacunkowej wartości. Grupowanie świadczeń pod kątem ustalenia wartości przyszłego zamówienia powinno dotyczyć planowanych do udzielenia świadczeń w ramach konkretnych zawodów medycznych i specjalności medycznych oraz zakresu ich udzielania. W przypadku, gdy przedmiotem przyszłego zamówienia będzie świadczenie tożsamy rodzajowo usług zdrowotnych przez kilku lekarzy danej specjalności mamy do czynienia z udzielaniem zamówienia w częściach. W takim przypadku zastosowanie ma art. 26 ust. 3 u.d.l., który wskazuje, że jeżeli udzielający zamówienia dopuszcza możliwość składania ofert częściowych albo udziela zamówienia w częściach, z których każda stanowi przedmiot odrębnego postępowania, wartością zamówienia jest łączna wartość poszczególnych części zamówienia. Mając na uwadze powyższe zauważyć należy, iż na potrzeby ustalenia wartości zamówienia udzielanego w częściach, należy zsumować wartość wszystkich tych zamówień. Z sytuacją taką mamy do czynienia np. w zakresie świadczeń zdrowotnych w Poradni Lekarza POZ lub świadczeń zdrowotnych w dziedzinie patomorfologii, gdzie przed udzieleniem zamówienia nie dokonano agregacji szacunkowej wartości zawieranych umów, co uniemożliwiło ustalenie faktycznej wartości zamówienia. Zawieranie przez Centrum umów na realizację świadczeń zdrowotnych przez lekarzy medycyny w trybie art. 26 ust. 4a co najmniej w ww. zakresach stanowi sprzeczność z ideą zawartą w tym przepisie, który wskazuje, iż spoza procedury konkursowej wyłączone są jedynie zamówienia, których wartość nie przekracza wyrażonej w złotych równowartości kwoty 30 000 euro liczonej według średniego kursu złotego w stosunku do euro, ustalonego zgodnie z art. 3 ust. 2 pkt. 2 ustawy z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych. Zgodnie z powyższym w trybie konkursu ofert powinny zostać udzielone zamówienia o wartości większej niż 129 351,00 zł w roku 2019 r. (wg kursu 4,3117) oraz 128 079,00 zł w roku 2020 i 2021 (wg kursu 4,2693). Biorąc pod uwagę sposób ustalenia wartości zamówienia wskazany w art. 26a ust. 3 i 7 ustawy o działalności leczniczej dla świadczeń Centrum zobligowane było do zawierania umów na udzielanie w określonym zakresie świadczeń zdrowotnych w trybie art. 26 ust. 3 cytowanej wyżej ustawy. W związku z odmiennym sposobem postępowania wywołanym brakiem sumowania świadczeń naruszono wskazany przepis, a także art. 26a ust. 2 mówiący o tym, iż udzielający zamówienia nie może dzielić zamówienia na części lub zaniżać jego wartości celem zastosowania art. 26 ust. 4a. Wskazane nieprawidłowości stanowią naruszenia przepisów ustawy o działalności leczniczej niemniej jednak nie pociągają za sobą odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych.

Kontrolujący stwierdzają, iż w dniach 3 i 4.11.2021 r. przez publikację na stronie BIP Centrum ogłoszono konkursy ofert na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w:

- 1) Poradni Rehabilitacyjnej,
- 2) Poradni Chirurgii Klatki Piersiowej,
- 3) zakresie podstawowej ordynacji oddziału i dyżurów (w różnych zakresach: Oddział Pulmonologiczny i Niewydolności Oddechowej, Pulmonologiczno-Onkologiczny z Chemioterapią, Diagnostyczno-Obserwacyjny Chorób Płuc i Gruźlicy, Chorób Wewnętrznych i Niewydolności Krążenia, Chirurgii Klatki Piersiowej i Nowotworów).
- 4) zakresie konsultacji preparatów cytologicznych, konsultację badań histopatologicznych,

ocenę badań śródoperacyjnych przez lekarza specjalistę w dziedzinie patomorfologii wraz z pełnieniem funkcji i obowiązków Kierownika Pracowni Histopatologii.

Biorąc pod uwagę działania Centrum przy zawieraniu umów na świadczenia zdrowotne należy wskazać, iż każdorazowo powinno się dołożyć większej staranności i rzetelniej szacować wartości zamówień na udzielanie świadczeń zdrowotnych, co stanowi podstawę do zastosowania odpowiedniego trybu zawarcia umowy.

W celu zachowania spójności i klarowności rozrachunków należałoby również wprowadzić stosowne mechanizmy kontroli zarządczej w zakresie weryfikacji zgodności zapisów sporządzonych umów z dokumentami rozliczeniowymi.

Mając na uwadze szczególną sytuację związaną z niedostateczną dostępnością lekarzy należałoby rozważyć, celem realizacji kontroli zarządczej, opracowanie wewnętrznych uregulowań pozwalających uporządkować kwestie udzielania zamówień na świadczenia zdrowotne, szczególnie w sytuacjach, w których po przeprowadzeniu konkursów w trybie przewidzianym w art. 26 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej nie można wyłonić oferentów pozwalających zabezpieczyć ciągłość udzielanych świadczeń. Wskazuje się także, iż jednokrotne przeprowadzenie konkursu, bądź przeprowadzenie postępowań w znacznej odległości czasowej, nie stanowi dostatecznej przesłanki do podziału zamówienia na części i udzielania zamówień w trybie art. 26 ust. 4a.

Mając na uwadze powyższe wskazane byłoby także wprowadzenie klarownych procedur postępowania w zakresie wyboru przyjmujących zamówienie w sposób zapewniający dochowanie nadrzędnej zasady konkurencyjności postępowania, mającej na celu ograniczenie ryzyka nieefektywnego wydatkowania środków publicznych i przestrzegania zasad określonych w art. 44 ust. 3 pkt 1 ustawy o finansach publicznych, zgodnie z którymi wydatki publiczne powinny być dokonywane w szczególności w sposób celowy i oszczędny z zachowaniem zasad uzyskiwania najlepszych efektów z danych nakładów.

[Dowód: akta kontroli str. 172 - 420]

3. Serwisowanie aparatury oraz sprzętu medycznego.

Kontrolujący w ramach kontroli jakości świadczonych usług zweryfikowali paszporty techniczne niżej wymienionych urządzeń, na których wykonywane są usługi medyczne:

- 1) Skalpel Harmoniczny typ Gen 11 – nr seryjny: GN1111704222, rok produkcji: 2017. Ostatni przegląd okresowy odbył się terminowo w dniu 17.08.2021 r. Aparat sprawny. Przegląd ważny do dnia 17.08.2022 r.,
- 2) Bronchofiberoskop typ FB-18V – nr seryjny: H112136, rok produkcji: 2014. Ostatni przegląd okresowy odbył się terminowo w dniu 08.02.2021 r. Aparat sprawny. Przegląd ważny do lutego 2022 r.,
- 3) Elektrostymulator z aplikatorem laserowym typ Douter Plus – nr seryjny 28/10/05, rok produkcji: 2005. Ostatni przegląd okresowy odbył się terminowo w dniu 02.07.2021 r. Aparat sprawny. Przegląd ważny do dnia 02.07.2022 r.,
- 4) Rotor do ćwiczeń kończyn dolnych typ RG1 – nr seryjny: 405/12/10, rok produkcji: 2010. Ostatni przegląd okresowy odbył się terminowo w dniu 02.07.2021 r. Urządzenie sprawne. Przegląd ważny do dnia 02.07.2022 r.,
- 5) Pompa infuzyjna jednostrzykawkowa typ S2 – nr seryjny: 0108420/10, rok produkcji: 2010. Ostatni przegląd okresowy odbył się terminowo w dniu 07.06.2021 r. Aparat sprawny. Przegląd ważny do lipca 2023 r.
- 6) Defibrylator typ Cardio-Aid MC - nr seryjny: 10720746, rok produkcji: 1994. Ostatni

przeгляд okresowy odbył się terminowo w dniu 05.07.2021 r. Aparat sprawny. Przeгляд ważny do dnia 31.07.2022 r.

- 7) Respirator do nieinwazyjnego wspomagania wentylacji z mieszalnikiem tlenu z regulacją stężeń 21-100% typ Trilogy 202 – nr seryjny: TV016102109, rok produkcji: 2016. Ostatni przeгляд okresowy odbył się terminowo w dniu 05.02.2021 r. Aparat sprawny. Przeгляд ważny do dnia 05.02.2023 r.
- 8) Urządzenie monitorujące pomiary hemodynamiczne z wyłączeniem kaniulacji tętnicy płucnej typ PiCCo2 – nr seryjny: G138500194, rok produkcji: 2013. Ostatni przeгляд okresowy odbył się terminowo w dniu 26.02.2021 r. Aparat sprawny. Przeгляд ważny do dnia 28.02.2022 r.

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

[Dowód: akta kontroli str. 421 - 441]

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 Centrum. Skargi i wnioski rozpatrywane są w oparciu o „Regulamin przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków wnoszonych do Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii w Bystrej”, wprowadzony Zarządzeniem Nr 42/2020 Dyrektora Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii w Bystrej z dnia 28.09.2020 r. Zgodnie z zapisami ww. Regulaminu, skargi mogą być wnoszone w formie pisemnej, elektronicznej oraz ustnie do protokołu. Dokument ten określa również sposób prowadzenia w Centrum „Rejestru skarg i wniosków” oraz tryb ich rozpatrywania. Rejestr skarg i wniosków wpływających do Centrum prowadzi pracownik Sekretariatu Dyrektora.

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

Wskazać należy, iż zgodnie z zapisami ww. Procedury: 4. *Rozpatrzenie sprawy wymaga formy pisemnej. Każde postępowanie wyjaśniające kończy się sporządzeniem przez Radcę Prawnego Centrum dokumentacji końcowej i odpowiedzi na skargę/wniosek. Odpowiedź sporządza się w dwóch egzemplarzach – jeden przekazuje się skarżącemu/wnioskującemu, druga pozostaje w dokumentacji Centrum. Wszystkie odpowiedzi w imieniu Centrum podpisuje Dyrektor. Niedopuszczalnym jest przekazywanie odpowiedzi skarżącemu/wnioskującemu oraz przekazywanie pisemnych informacji w sprawie bez zgody i autoryzacji dokumentów przez Dyrektora Centrum.*

5. *Decyzje o wyniku rozpatrzenia sprawy przekazuje się skarżącemu/wnioskującemu w formie pisemnej zawierającej uzasadnienie. Korespondencję wysyła pracownik Sekretariatu Dyrektora.*

Kontrolujący wskazują, iż niektóre ze skontrolowanych skarg nie zostały rozpoznane zgodnie z przedstawionymi zapisami Procedury. W przypadku skargi, która wpłynęła do Centrum pisemnie w dniu 21.06.2019 r., skarżąca została pisemnie poproszona o jej sprecyzowanie, a na kopii a/a przedmiotowego pisma umieszczono adnotację, że ostateczne ustalenia w sprawie poczyniono „w osobistej rozmowie” ze skarżącą. W dokumentacji dotyczącej przedmiotowej skargi brak jest pisemnej odpowiedzi udzielonej przez Centrum skarżącej. Z kolei zgodnie z adnotacją zamieszczoną w aktach sprawy dotyczącej skargi, która wpłynęła do Centrum drogą elektroniczną w dniu 12.03.2021 r., do skarżącej nie wysłano pisemnej odpowiedzi na skargę, a „oddzwoniono”. Wskazać należy, iż rozmowa (czy to osobista czy telefoniczna), nawet jeśli w jej trakcie wszystkie okoliczności istotne dla załatwienia skargi zostały wyjaśnione skarżącemu, nie ma wartości dowodowej a postępowanie skargowe – zgodnie z zapisami funkcjonującej w Centrum Procedury

– winno być prowadzonej w formie pisemnej.

W 2019 r. w Rejestrze skarg pacjentów umieszczono wpisy dotyczące 5 spraw (wszystkie skargi uznane za zasadne), w roku 2020 dokonano wpisu 7 skarg (w tym: 2 zasadne), natomiast w 2021 r. zarejestrowano 3 skargi (w tym: 1 skarga uznana za zasadną).

Zgodnie z ustawą o działalności leczniczej analiza skarg i wniosków jest przedstawiana okresowo Radzie Społecznej Centrum co potwierdzają protokoły z posiedzeń Rady. Na posiedzeniu w dniu 27.02.2020 r. przedstawiono informacje dot. skarg złożonych w okresie od 01.01.2019 r. do 31.12.2019 r., natomiast 31.03.2021 r. przedstawiono informację dot. skarg za okres od 01.01.2020 r. do 31.12.2020 r.

W kontrolowanym okresie do Centrum nie wpłynęły żadne wnioski.

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	INFORMACJA PRZEDSTAWIONA NA RADZIE SPOŁECZNEJ
1	2	3	4	5	6	7
1	2019	5	5	0	TAK	Posiedzenie Rady Społecznej Centrum z dnia 27.02.2020 r.
2	2020	7	2	5	TAK	Posiedzenie Rady Społecznej Centrum z dnia 31.03.2021 r.
3	2021	3	1	2	TAK	Informacja za 2021 rok zostanie przedstawiona Radzie Społecznej Centrum w pierwszym kwartale 2022 roku

Tabela nr 5 - zestawienie skarg w okresie od 2019 do 30.08.2021 roku.

[Dowód: akta kontroli str. 442 - 464]

5. Realizacja Świadczeń Zdrowotnych.

5.1. Finansowanie udzielanych świadczeń.

Centrum na dzień rozpoczęcia kontroli (tj. 30.08.2021 r.) realizowało świadczenia zdrowotne w poszczególnych komórkach organizacyjnych w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. Finansowanie świadczeń wg poszczególnych źródeł ich uzyskania zostało szczegółowo przedstawione w poniżej tabeli.

L.P.	KOMÓRKI DZIAŁALNOŚCI MEDYCZNEJ	REALIZACJA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH		KOLEJKA OCZEKUJĄCYCH			UWAGI
		W RAMACH RYCZAŁTU NFZ **)	W RAMACH KONTRAKTU Z NFZ **)	RODZAJ ŚWIADCZENIA	PILNE	STABILNE	
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Oddział Pulmonologiczno-Onkologiczny z Chemioterapią	X	X	hospitalizacja	1	12	
2	Oddział Diagnostyczno-Obserwacyjny Chorób Płuc i Gruźlicy	X	X	hospitalizacja	0	86	

3	Oddział Pulmonologiczny i Niewydolności Oddechowej	X	X	hospitalizacja	0	17	
4	Oddział Chorób Wewnętrznych i Niewydolności Krążenia	X		hospitalizacja	0	0	
5	Oddział Chirurgii Klatki Piersiowej i Nowotworów	X	X	hospitalizacja	0	40	
6	Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	X		hospitalizacja	nie dotyczy	nie dotyczy	nie prowadzi się kolejki oczekujących
7	Izba Przyjęć		X	porada	nie dotyczy	nie dotyczy	nie prowadzi się kolejki oczekujących
8	Poradnia Alergologiczna		X	porada	69	291	
9	Poradnia Chorób Płuc i Gruźlicy		X	porada	302	380	
10	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy						
11	Poradnia Chirurgii Klatki Piersiowej		X	porada	12	16	
12	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy chirurgiczny						
13	Poradnia Pulmonologiczna		X	porada	0	0	
14	Poradnia Onkologiczna		X	program lekowy	0	0	
15	Poradnia Domowego Leczenia Tlenem	X		tlenoterapia w warunkach domowych	0	7	
16	Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej		X	porada			nie prowadzi się kolejki oczekujących
17	Gabinet pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej		X	porada			nie prowadzi się kolejki oczekujących
18	Gabinet położnej podstawowej opieki zdrowotnej		X	porada			nie prowadzi się kolejki oczekujących
19	Poradnia Rehabiliacyjna		X	porada	0	52	
20	Dział Fizjoterapii		X	fizjoterapia ambulatoryjna	0	133	

Tabela nr 6 - realizacja świadczeń zdrowotnych wg. stanu na dzień 30.08.2021 r.

Wyżej wymienione świadczenia na dzień 30.08.2021 r. realizowane były 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)	UWAGI
1	2	3	4	5	6
1	122/100164/01/2021	Podstawowa Opieka Zdrowotna	-	01.01.2017 na czas nieokreślony	brak określonej wartości umowy

2	122/100164/03/8/2021	Leczenie Szpitalne-Świadczenia Podstawowego Szpitalnego Systemu Zabezpieczenia Świadczeń Opieki Zdrowotnej	48 221 294,93	01.10.2017-31.12.2021	
3	122/100164/05/2021	Rehabilitacja Lecznicza	228 333,44	01.07.2019-30.06.2024	
4	122/100164/19/1/2021	Zapobieganie, przeciwdziałanie i zwalczanie Covid-19	-	01.01.2021-31.12.2021	brak określonej wartości umowy realizacja wg wykonania
5	122/100164/19/1/2021A	Zapobieganie, przeciwdziałanie i zwalczanie Covid-19	-	01.01.2021-31.12.2021	brak określonej wartości umowy realizacja wg wykonania
6	122/100164/19/1/2021B	Zapobieganie, przeciwdziałanie i zwalczanie Covid-19	-	01.01.2021-31.12.2021	brak określonej wartości umowy realizacja wg wykonania
7	122/100164/19/1/2021C	Zapobieganie, przeciwdziałanie i zwalczanie Covid-19	-	01.01.2021-31.12.2021	brak określonej wartości umowy realizacja wg wykonania
8	122/100164/19/2/2021	Testy na obecność wirusa Sars-Cov-2 w laboratoriach	-	01.01.2021-31.12.2021	brak określonej wartości umowy realizacja wg wykonania
9	122/100164/19/3/2021	Umowa o wykonywanie szczepień ochronnych przeciw grypie w związku z przeciwdziałaniem Covid-19	-	01.01.2021-31.12.2021	brak określonej wartości umowy realizacja wg wykonania
10	122/100164/19/4/2021	Zapobieganie, przeciwdziałanie i zwalczanie Covid-19 (SWIAD)	-	01.01.2021-31.12.2021	brak określonej wartości umowy realizacja wg wykonania

11. Tabela nr 7 - umowy realizowane przez Centrum w ramach finansowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

[Dowód: akta kontroli str. 465 - 467]

5.2. Certyfikaty jakości.

Centrum posiada Certyfikat Systemu Zarządzania Jakością zgodny z wymaganiami Normy PN- EN ISO 9001;2015 w zakresie świadczenia usług medycznych w zakresie diagnostyki i leczenia schorzeń płuc, rehabilitacji i promocji zdrowia, w ramach lecznictwa stacjonarnego i ambulatoryjnego. Certyfikat został nadany na okres od 16.08.2021 r. do 16.08.2022 r.

[Dowód: akta kontroli str. 468 - 470]

5.3. Wykonywanie badań satysfakcji pacjenta.

Badania ankietowe satysfakcji pacjenta prowadzone są w Centrum zgodnie z wymogami Systemu Zarządzania Jakością wg Normy PN-EN ISO 9001, wprowadzonego w Centrum Zarządzeniem Dyrektora nr 27 z dnia 30.10.2009 r. w sprawie opracowania, wdrożenia i funkcjonowania Systemu Zarządzania Jakością wg Normy ISO 9001:2008 w Specjalistycznym Zespole Chorób Płuc i Gruźlicy w Bystrej (dawna nazwa Centrum).

Badanie prowadzone jest raz w roku w formie anonimowej ankiety wypełnianej na zasadzie dobrowolności przez pacjentów oddziałów szpitalnych, poradni specjalistycznych i POZ. Kwestionariusze ankiet opracowane zostały odrębnie dla każdego rodzaju udzielanych świadczeń (oddziały szpitalne, AOS, POZ). Ocena objęte są najważniejsze obszary działalności medycznej Centrum:

- a) w Izbie Przyjęć – ocenie poddany jest czas oczekiwania na przyjęcie, uprzejmość personelu i zapewnienie pacjentowi intymności podczas procesu przyjęcia do Centrum;
- b) w oddziałach i poradniach – oceną objęte są: jakość informacji uzyskiwanych od personelu medycznego, fachowość, uprzejmość, kultura komunikacji z pacjentem, dostępność personelu w godzinach popołudniowych i nocnych (w oddziałach);
- c) ocena środowiska szpitalnego – dotyczy zadowolenia pacjentów z wyżywienia i wyposażenia oddziałów, higieny szpitalnej, poszanowania praw pacjenta oraz własnej opinii pacjenta na temat pobytu w Centrum.

Wyniki ankiet w formie raportu opracowuje Pełnomocnik Dyrektora ds. Systemu Zarządzania Jakością i przedstawia je Dyrektorowi Centrum i Komitetowi ds. Jakości. Na podstawie wyników badania satysfakcji pacjentów opracowany zostaje również „Raport z przestrzegania praw pacjenta przez personel medyczny Centrum”.

Ostatnie (przed rozpoczęciem kontroli) badanie ankietowe zostało przeprowadzone w Centrum w 2019 roku. W 2020 roku, z uwagi na sytuację epidemiologiczną, po ustaleniach z funkcjonującym w Centrum Zespołem ds. zakażeń szpitalnych, zdecydowano o nieprzeprowadzeniu badania ankietowego. W listopadzie 2020 roku zostało natomiast przeprowadzone badanie ankietowe wśród pacjentów hospitalizowanych w oddziałach Centrum, dotyczące oceny posiłków szpitalnych (po modyfikacji jadłospisu). W 2021 roku badania ankietowe zaplanowano w IV kwartale.

Kontrolującym przedstawiono dokumenty:

- Sprawozdanie z badania satysfakcji pacjentów leczonych w Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii w Bystrej w 2019 roku;
- „Przestrzeganie praw pacjenta – w ocenie pacjentów Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii w Bystrej”. Na podstawie badania ankietowego pacjentów za okres 2010 – 2019;
- Wyniki badania ankietowego, dotyczącego oceny jakości żywienia w Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii w Bystrej.

Zgodnie z treścią ww. opracowań, pacjenci Centrum pozytywnie oceniają zarówno pobyt w oddziałach szpitalnych (96% ankietowanych, wzrost w stosunku do poprzedniego roku o 5%), jak też jakość usług w AOS (97% ocen pozytywnych, wynik podobny do poprzedniego roku) oraz w POZ (96% ocen bardzo dobrych i dobrych, wynik znacznie lepszy niż w poprzednim roku). Wysoko oceniane były m.in.: zachowanie poczucia intymności podczas procesu przyjęcia (89% ocen pozytywnych), uzyskiwanie od personelu medycznego informacji o zabiegach i badaniach (91%), dostępność opieki pielęgniarskiej w godzinach popołudniowych/nocnych (94% oceniających uznało tą kwestię za wystarczającą), higiena szpitalna (94% ocen pozytywnych), możliwość kontaktu z bliskimi (94%) czy też informacje uzyskane od rejestratorek i uprzejmość personelu podczas rejestracji do poradni (96%). Uwagi krytyczne pacjentów dotyczyły m.in. kwestii takich jak czas oczekiwania w Izbie Przyjęć, temperatura posiłków czy też wyposażenie sal chorych i łazienek w części szpitalnej, trudności z rejestracją telefoniczną do AOS, zbyt krótki czas poświęcony pacjentowi przez lekarza POZ.

[Dowód: akta kontroli str. 471 - 518]

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

W okresie objętym kontrolą Centrum poniosło koszty zarówno dostosowania podmiotu do zapisów Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność

lecniczą, jak też koszty dostosowania do przepisów p/poż. Planuje się dokończenie realizacji rozpoczętych inwestycji oraz realizację kolejnych inwestycji w ww. zakresie. Szczegółowe informacje o realizacji założonych przedsięwzięć, zmierzających do dostosowania placówki do zgodności z obowiązującymi przepisami, a także o inwestycjach planowanych do realizacji, obrazuje poniższa tabela.

KOSZTY PONIESIONE W OKRESIE OBJĘTYM KONTROLĄ		KOSZTY PLANOWANE				
LP	ZAKRES	KOSZT DOSTOSOWANIA	ZAKRES	WYNIKAJĄCY Z ROZPORZĄDZENIA	WYNIKAJĄCY Z PRZEPISÓW P/POŻ	SZACUNKOWY KOSZT DOSTOSOWANIA
				PLANOWANA DATA REALIZACJI	PLANOWANA DATA REALIZACJI	
1	2	3	4	5	6	7
1	Dostosowanie budynków pawilonów nr 2 i 3 dla potrzeb działalności oddziałów: Diagnostyczno – Obserwacyjnego Chorób Płuc i Gruźlicy i Pulmonologiczno – Onkologicznego z Chemioterapią	19 272 607,00	Dostosowanie budynków pawilonów nr 2 i 3 dla potrzeb działalności oddziałów: Diagnostyczno – Obserwacyjnego Chorób Płuc i Gruźlicy i Pulmonologiczno – Onkologicznego z Chemioterapią – dokończenie zadania	4 kwartał 2021	4 kwartał 2021	733 230,00
2	Wykonanie wyposażenia izolatek w oddziałach szpitalnych zlokalizowanych w Pawilonie nr 4	874 652,00	Wykonanie wyposażenia izolatek w oddziałach szpitalnych zlokalizowanych w Pawilonie nr 4 – dokończenie zadania	4 kwartał 2021	4 kwartał 2021	210 000,00
3	Dostosowanie części pomieszczeń Pawilonu nr 1 dla potrzeb planowanej działalności medycznej w zakresie AOS	158 664,00	Dostosowanie części pomieszczeń Pawilonu nr 1 dla potrzeb planowanej działalności medycznej w zakresie AOS – dokończenie zadania	4 kwartał 2021	4 kwartał 2021	100 000,00
4	Dostosowanie pomieszczeń i urządzeń – bieżące	130 144,00	Dostosowanie pomieszczeń i urządzeń – bieżące	2022-2023		200 000,00
5			Kompleksowe dostosowanie pomieszczeń i urządzeń oddziałów zlokalizowanych w Pawilonie nr 4	2022-2025	2022-2025	48 000 000,00

Tabela nr 8 – zestawienie kosztów dostosowania podmiotu do wymagań podmiotu realizującego działalność leczniczą oraz do przepisów p/poż.

[Dowód: akta kontroli str. 519]

5.5. Normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych.

W Centrum normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych nie są spełnione w 2 komórkach organizacyjnych (łącznie 5 brakujących etatów). Sytuacja ta wynika z braku pielęgniarek na rynku pracy. Dyrekcja Centrum podejmuje działania mające na celu pozyskanie personelu medycznego do zatrudnienia, których efektem jest zatrudnienie od 1.09.2021 r. trzech pielęgniarek w oddziałach, których dotyczą braki kadrowe.

Szczegółowe informacje dotyczące spełniania w Centrum na dzień rozpoczęcia kontroli norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych prezentuje poniższa tabela.

KOMÓRKI	ZATRUDNIENIE WG STANU NA DZIEŃ 30.08.2021 (w etatach)	OBOWIĄZUJĄCA NORMA W PRZELICZENIU NA LICZBĘ ŁÓŻEK	WSKAŹNIK ZATRUDNIENIA W PRZELICZENIU NA LICZBĘ ŁÓŻEK	LICZBA BRAKUJĄCYCH ETATÓW	LICZBA BRAKUJĄCEGO PERSONELU (w osobach)	Liczba łóżek
1	2	3	4	5	6	7
ODDZIAŁY O PROFILU ZACHOWAWCZYM						
Oddział Pulmonologiczny i Niewydolności Oddechowej	17	13,2	0,6	0	0	22
Oddział Chorób Wewnętrznych i Niewydolności Krążenia	13	14,4	0,6	1,4	2	24
Oddział Pulmonologiczno-Onkologiczny z Chemioterapią	15	15	0,6	0	0	25
Oddział Diagnostyczno – Obserwacyjny Chorób Płuc i Gruźlicy	22	19,2	0,6	0	0	32
ODDZIAŁY O PROFILU ZABIEGOWYM						
Oddział Chirurgii Klatki Piersiowej i Nowotworów	23	26,6	0,7	3,6	4	38

Tabela nr 9 – normy zatrudnienia pielęgniarek.

[Dowód: akta kontroli str. 520]

5.6. Braki kadrowe

Na dzień kontroli w Centrum występowały braki kadrowe w grupie zawodowej lekarzy (5 brakujących etatów) i pielęgniarek (5 brakujących etatów, ale od 1.09.2021 r. udało się pozyskać do pracy 3 pielęgniarki, tak więc pozostały 2 brakujące etaty).

Braki kadrowe dotyczą personelu w oddziałach szpitalnych (oddziały pulmonologiczne, Oddział Chorób Wewnętrznych i Niewydolności Krążenia, Oddział Chirurgii Klatki Piersiowej i Nowotworów).

Dyrekcja Centrum podejmuje działania mające na celu pozyskanie brakującego personelu – nawiązano współpracę z uczelniami medycznymi, publikowane są ogłoszenia na stronach internetowych i w prasie.

Szczegółowe informacje w zakresie braków kadrowych i podejmowanych działań Dyrekcji Centrum w kierunku pozyskania kadry medycznej do zatrudnienia, obrazuje poniższa tabela.

L.P.	GRUPA ZAWODOWA PERSONELU W KTÓREJ WYSTĘPUJĄ BRAKI KADROWE	LICZBA BRAKUJĄCEGO O PERSONELU (w osobach)	LICZBA BRAKUJĄCEGO O 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	5	5	oddziały pulmonologiczne	brak specjalistów na rynku pracy	Nawiązano współpracę z uczelniami medycznymi ogłoszenie na stronie internetowej i w prasie	brak

2	Pielęgniarki	3	2	Oddział Chorób Wewnętrznych i Niewydolności Krążenia, Oddział Chirurgii Klatki Piersiowej i Nowotworów	brak na rynku pracy	współpracę z uczelniami medycznymi, ogłoszenia na stronach internetowych	pozyskano 3 pielęgniarki od 1.09.2021 r.
---	--------------	---	---	--	---------------------	--	--

Tabela nr 10 – braki kadrowe.

[Dowód: akta kontroli str. 521]

5.7. Funkcjonowanie systemu kontroli / oceny zakażeń.

W Centrum powołany został Komitet ds. Kontroli Zakażeń Szpitalnych oraz Zespół ds. Kontroli Zakażeń Szpitalnych (Zarządzenie Dyrektora Centrum nr 11/2021 z dnia 01.06.2021 r. r. w sprawie powołania w Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii w Bystrej Komitetów i Zespołów problemowych. Skład i zadania Komitetu określone zostały w załączniku nr 4 do ww. Zarządzenia, natomiast skład i zadania Zespołu określone zostały w załączniku nr 4a do ww. Zarządzenia Dyrektora Centrum.

Zadaniem Komitetu ds. Kontroli Zakażeń Szpitalnych jest:

- a) Aktualizacja kierunków zmian mających na celu zapobieganie i zwalczanie zakażeń szpitalnych, w szczególności w zakresie działań mających na celu zmniejszenie ryzyka narastania lekooporności drobnoustrojów;
- b) Ocena wyników kontroli wewnętrznej przedstawianych przez Zespół kontroli zakażeń szpitalnych, w tym m.in. ocena sposobu monitorowania zakażeń, warunków do skutecznej higieny rąk, stosowania okołozabiegowej profilaktyki antybiotykowej;
- c) Aktualizacja wraz z Komitetem Terapeutycznym standardów farmakoprofilaktyki i farmakoterapii zakażeń i chorób zakaźnych.

Zadaniem Zespołu ds. Kontroli Zakażeń Szpitalnych jest:

- a) Opracowywanie i aktualizacja systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych;
- b) Nadzór epidemiologiczny poprzez prowadzenie kontroli wewnętrznej we wszystkich komórkach medycznych Centrum;
- c) Szkolenie personelu w zakresie kontroli zakażeń szpitalnych;
- d) Konsultacje epidemiologiczne w Oddziałach medycznych.

Członkowie Zespołu odbywają cykliczne spotkania raz w miesiącu lub w razie potrzeby. Komitet spotyka się dwa razy w roku.

W Centrum prowadzone są zarówno wewnętrzne cykliczne szkolenia personelu w obszarze zakażeń (dwa razy w roku oraz w razie potrzeby), jak też szkolenia zewnętrzne (1 raz w roku).

W okresie objętym kontrolą liczba zakażeń szpitalnych w Centrum kształtowała się następująco:

- 2019 rok – 63 zakażenia,
- 2020 rok – 107 zakażeń,
- 2021 rok (do dnia kontroli) – 72 zakażenia.

[Dowód: akta kontroli str. 522 - 527]

5.8. Kontrola zawieranych umów

W związku z faktem, iż Centrum 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 w większości zawierają zapisy uprawniające do dokonywania kontroli przez Centrum, na podstawie których dokonywana jest okresowa kontroli realizacji świadczeń i usług. Zasadnym byłoby wprowadzenie uprawnień kontrolnych ze strony Centrum do wszystkich umów zawieranych w niżej podanych rodzajach działalności oraz rozszerzenie działań kontrolnych w przypadku umów na badania laboratoryjne i diagnostyczne, a także usługi pralnicze o kontrolę ilości zleconych badań czy przekazanego asortymentu, a także kontrolę tych zakresów, w których określono przesłanki do naliczenia kar umownych.

L.P.	RODZAJ DZIAŁALNOŚCI ZLECANY PODMIOTOM ZEWNĘTRZNYM	CZY AKTUALNE UMOWY REGULUJĄ KWESTIE ZWIĄZANE Z KONTROLĄ ŚWIADCZONYCH USŁUG (TAK/NIE)	ZAKRES UPRAWNIENÍ 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)	UZASADNIENIE ODSTĄPIENIA OD KONTROLI REALIZACJI UMOWY (jeśli nie są podejmowane)
1	2	3	4	5	6	7
1	ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE (wymienić jakie)*:					
1.1.	DYŻURY LEKARSKIE	TAK	Udzielanie i zabezpieczanie świadczeń zdrowotnych; gospodarka lekami; dokonywanie rozliczeń, ustalających koszty udzielanych świadczeń i należności za udzielane świadczenia; prowadzenie wymaganej dokumentacji medycznej i statystycznej w tym szczególnie związanej z rozliczeniami z NFZ.	TAK	Comiesięczna kontrola ilości wykonanych świadczeń; bieżąca kontrola dokumentacji.	
1.2.	DYŻURY RATOWNIK MEDYCZNY - KIEROWCA	TAK	Udzielanie i zabezpieczanie świadczeń zdrowotnych; gospodarka lekami; dokonywanie rozliczeń, ustalających koszty udzielanych świadczeń i należności na udzielanie świadczeń; dokumentacja medyczna.	TAK	Comiesięczna kontrola ilości wykonanych świadczeń; bieżąca kontrola dokumentacji.	
1.3.	BADANIA LABORATORYJNE	TAK	Warunki i sposób realizacji świadczeń.	NIE		Nowa umowa konkursowa zawarta od 01.07.2021 r. Kontrole będą przeprowadzane w zakresie czasu oczekiwania na wynik zleconego badania.
1.4.	BADANIA DIAGNOSTYCZNE POZOSTAŁE	Nie we wszystkich umowach	W zakresie realizowanych świadczeń.	TAK	W umowach, które posiadają zapis kontrola przeprowadzana jest w zakresie zgodności faktur z obowiązującym cennikiem. W umowach, w których określono czas	W części umów brak zapisu o możliwości przeprowadzenia kontroli.

					wykonania wydania wyniku kontrolowany jest termin otrzymania wyniku.
2	ŻYWIENIE PACJENTÓW	TAK	Kontrola jakości przygotowania posiłków, transportu posiłków, kontrola pomieszczeń.	TAK	Bieżąca kontrola dostarczanych posiłków.
3	TRANSPORT SANITARNY	TAK	W zakresie realizowanych świadczeń.	TAK	Kontrola umowy na podstawie dokumentów będących podstawą rozliczenia – karty rozliczenia zleconego transportu i zlecenia lekarskiego, kontrola w zakresie kwalifikacji do rodzaju transportu medycznego.
4	PRANIE	TAK	Zakres realizowanych usług.	TAK	Bieżąca kontrola jakości dostarczanego prania czystego

Tabela nr 11 – Kontrola zawieranych umów.

[Dowód: akta kontroli str. 528]

5.9. Stan infrastruktury technicznej i sprzętowej (zaplecze diagnostyczne)

Struktura posiadanej infrastruktury technicznej i sprzętowej, ze szczególnym uwzględnieniem okresu użytkowania poszczególnych urządzeń, została przedstawiona poniżej.

L.P.	RODZAJ APARATURY I SPRZĘTU MEDYCZNEGO	LICZBA				OGÓŁEM
		OKRES UŻYTKOWANIA 0-3 LATA	OKRES UŻYTKOWANIA 4-8 LAT	OKRES UŻYTKOWANIA 9-11 LAT	OKRES UŻYTKOWANIA POWYŻEJ 12 LAT	
1	2	3	4	5	6	7
1.	Aparaty EKG	0	2	0	4	6
2.	Aparaty RTG, w tym:	3	0	0	1	4
3.	- aparaty RTG z torem wizyjnym	1	0	0	0	1
4.	- pozostałe	2	0	0	1	3
5.	Aparaty USG, w tym:	1	2	0	0	3
6.	- kardiologiczne	1	2	0	0	3
7.	Laseroterapia	0	0	1	1	2
8.	Analizator biochemiczny wieloparametrowy	0	0	0	1	1
9.	Respirator, w tym:	12	8	4	3	27
10.	- dla dorosłych	12	8	4	3	27

11.	Aparat do znieczulenia ogólnego	0	2	0	0	2
12.	Stoły operacyjne	0	2	0	0	2
13.	Aparatura endoskopowa, w tym:	2	12	1	5	20
14.	- gastroskop	0	1	1	0	2
15.	- bronchoskop	0	0	0	1	1
16.	- pozostałe	2	11	0	4	17

Tabela nr 12 – zaplecze diagnostyczne.

Na podstawie powyższej tabeli stwierdzić można, iż największa liczba sprzętu i aparatury medycznej będąca w posiadaniu Centrum mieści się w okresie użytkowania 4-8 lat (41,79 %). 26,87% sprzętu mieści się w przedziale 0-3 lat, natomiast 22,37 % w przedziale użytkowania powyżej 12 lat. 8,96 % sprzętu i aparatury użytkowana jest od 9 do 11 lat.

Sprzęt, który wymaga największych nakładów finansowych w przypadku potrzeby wymiany mieści się w kategoriach 0-3 lat bądź 4-8 lat.

[Dowód: akta kontroli str. 529]

B. Stwierdzone nieprawidłowości (przyczyny, skutki):

1. Nieprawidłowość polegająca na braku w zawartych umowach na realizację świadczeń zdrowotnych Nr NON-15/2021 z dnia 29.06.2021 r. oraz Nr NON 513/27/13/2020 z dnia 30.09.2020 r. postanowienia dotyczącego szczegółowych okoliczności uzasadniających rozwiązanie umowy za wypowiedzeniem wskazując jedynie okres wypowiedzenia czym naruszono art. 27 ust. 4 pkt. 8 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
2. Nieprawidłowość polegająca na braku w zawartej umowie na realizację świadczeń zdrowotnych Nr NON-15/2021 postanowienia dotyczącego wskazania minimalnej liczby osób udzielających określonych świadczeń zdrowotnych czym naruszono art. 27 ust. 4 pkt. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
3. Nieprawidłowość polegająca na braku w zawartej umowie na realizację świadczeń zdrowotnych Nr NON-15/2021 z dnia 29.06.2021 r. postanowienia, iż umowa ulega rozwiązaniu z dniem zakończenia udzielania określonych świadczeń zdrowotnych czym naruszono art. 27 ust. 8 pkt. 2) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
4. Nieprawidłowość polegająca na udzieleniu dodatkowego zamówienia na dyżury w dni robocze, w ramach aneksu do umowy Nr NON 513/27/13/2020 z dnia 30.09.2020 r. bez dochowania należytej staranności w ustaleniu wartości zamówienia czym naruszono art. 26a ust. 1, art. 26 ust. 7 oraz doprowadziło do naruszenia art. 26 ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Ponadto spowodowało dokonanie wyboru przyjmującego zamówienie w sposób nie zapewniający dochowania nadrzędnej zasady konkurencyjności postępowania, mającej na celu ograniczenie ryzyka nieefektywnego wydatkowania środków publicznych i przestrzegania zasad określonych w art. 44 ust. 3 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych, zgodnie z którymi wydatki publiczne powinny być dokonywane w szczególności w sposób celowy i oszczędny z zachowaniem zasad uzyskiwania najlepszych efektów z danych nakładów.
5. Nieprawidłowość polegająca na zleceniu ratownikowi medycznemu świadczeń zdrowotnych w zakresie dyżurów pod telefonem bez zawarcia umowy czym naruszono art. 27 ust.1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, który wskazuje, iż z przyjmującym zamówienie udzielający zamówienia zawiera umowę na czas udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub na czas określony. Ponadto spowodowało dokonanie wyboru przyjmującego zamówienie w sposób nie

zapewniający dochowania nadrzędnej zasady konkurencyjności postępowania, mającej na celu ograniczenie ryzyka nieefektywnego wydatkowania środków publicznych i przestrzegania zasad określonych w art. 44 ust. 3 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych, zgodnie z którymi wydatki publiczne powinny być dokonywane w szczególności w sposób celowy i oszczędny z zachowaniem zasad uzyskiwania najlepszych efektów z danych nakładów.

6. Nieprawidłowość polegająca na niedochowaniu należytej staranności przy ustalaniu szacunkowego wynagrodzenia przyjmującego zamówienie, z którym zawarto umowę 1/ChKPiN/2021 z dnia 09.06.2021 r. czym naruszono art. 26 a ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
7. Nieprawidłowość polegająca na braku ustalenia szacunkowego wynagrodzenia przyjmującego zamówienie, z którym zawarto umowę NON-28/2021 z dnia 01.10.2021 r. czym naruszono art. 26 a ust. 1 i 7 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
8. Nieprawidłowość polegająca na niewłaściwym określaniu wartości zamówień udzielanych w częściach dotyczących umów na świadczenia zdrowotne w POZ oraz w dziedzinie patomorfologii, co stanowi naruszenie art. 26 a ust. 2 i 3 w związku z art. 26 ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
9. Nieprawidłowość polegająca na braku określenia w treści umów na świadczenia zdrowotne: NON 513/27/13/2020 z dnia 30.09.2020 r., 14/2019 z dnia 23.04.2019 r., 1/ChKPiN/2021 z 09.06.2021 r., NON-28/2021 z dnia 01.10.2021 r. szacunkowej wartości brutto zamówienia, zgodnie z obowiązkiem wynikającym z przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (art. 44 ust. 3 pkt. 3) czym naruszono ww. przepis.
10. Nieprawidłowość polegająca na braku sporządzenia i przekazania skarżącym pisemnych odpowiedzi na skargi, które wpłynęły do Centrum w dniach 21.06.2019 r. oraz 12.03.2021r., zgodnie z obowiązkiem wynikającym z art. 238 § 1 Kodeksu postępowania administracyjnego oraz wewnętrznych regulacji obowiązujących w Centrum.

Przyczyny nieprawidłowości:

- a) 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 z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej,
 - niepoprawne szacowanie wartości zamówień na świadczenia zdrowotne,
 - udzielanie zamówień na świadczenia zdrowotne bez zawarcia umowy,
 - udzielanie zamówień na świadczenia zdrowotne bez zastosowania trybu konkursu ofert,
 - dzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne na części celem niestosowania przepisów dotyczących konkursu ofert.
- b) Niedochowanie należytej staranności w zakresie stosowania zapisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 roku o finansach publicznych poprzez brak określenia maksymalnej wysokości zobowiązania wynikającego z zawartych umów na świadczenia zdrowotne.
- c) Niedochowanie należytej staranności przy rozpatrywaniu skarg wpływających do Centrum.

Nieprawidłowości opisane w pkt. 1-8 stanowią naruszenia przepisów ustawy o działalności leczniczej, niemniej jednak nie pociągają za sobą odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych.

C. Ocena cząstkowa: Pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości.

D. Osoba odpowiedzialna: Dyrektor Centrum Urszula Kuc, 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) Macerator SOLO o nr inwentarzowym: T-9-96-4/3 i wartości 19 630,80 zł;
 - zakup został ujęty w planie inwestycyjnym Centrum na 2019 r. pozytywnie zaopiniowanym przez Radę Społeczną Centrum uchwałą nr 37/2018 z dnia 21.12.2018 r.;
 - Rada Społeczna Centrum uchwałą nr 6/2019 z dnia 29.04.2019 r. pozytywnie zaopiniowała przedmiotowy zakup;
 - z uwagi na wartość zgoda podmiotu tworzącego na przedmiotowy zakup nie była wymagana;
 - sprzęt został zakupiony ze środków własnych Centrum;
 - zakup potwierdzony fakturą VAT nr 255/MAG/2019 z dnia 05.02.2019 r. na kwotę 19 630,80 zł, płatność została rozłożona na 2 raty: I w wysokości 9815,40 zł płatna w terminie 14 dni (19.02.2019 r.), II w wysokości 9815,40 zł płatna w terminie do 45 dni (22.03.2019 r.). Zapłaty dokonano w terminie 28.02.2019 r. oraz 13.05.2019 r.;
 - protokół zdawczo-odbiorczy z dnia 5.02.2019 r.
 - dowód przyjęcia OT nr 1 z dnia 05.02.2019 r.

- b) Lampa operacyjna Maried V 16/V/10 sufitowa o nr inwentarzowym: T-4-42-8/6 i wartości 37 800,00 zł;
 - zakup został ujęty w planie inwestycyjnym Centrum na 2020 r. pozytywnie zaopiniowanym przez Radę Społeczną Centrum uchwałą nr 23/2019 z dnia 18.12.2019 r.;
 - Rada Społeczna Centrum uchwałą nr 21/2020 z dnia 29.06.2020 r. zaopiniowała pozytywnie przedmiotowy zakup;
 - z uwagi na wartość zgoda podmiotu tworzącego na przedmiotowy zakup nie była wymagana;
 - sprzęt został zakupiony ze środków własnych Centrum;
 - zakup potwierdzony fakturą VAT nr 2103/FA/20 z dnia 15.06.2020 r. na kwotę 37 800 zł, płatność została rozłożona na 3 raty: I w wysokości 12 744,00 zł płatna do dnia: 11.07.2020 r., II i III w wysokości 12 528,00 zł z terminem płatności 11.08.2020 r. oraz 11.09.2020 r. Wszystkie raty zapłacono w terminie;
 - protokół zdawczo-odbiorczy do umowy 22/EZp/381/2020 z dnia 15.06.2020 r.
 - dowód przyjęcia OT nr 109 z dnia 15.06.2020 r.

- c) Myjnia-dezynfektor do kaczek i basenów Topic 20 o nr inwentarzowym: T-4-42-53/16 i wartości 21 060,00 zł
 - zakup został ujęty w planie inwestycyjnym Centrum na 2021 r. pozytywnie zaopiniowanym przez Radę Społeczną Centrum uchwałą nr 37/2020 z dnia 29.12.2020 r.;
 - Rada Społeczna Centrum uchwałą nr 31/2021 z dnia 06.09.2021 r. zaopiniowała pozytywnie przedmiotowy zakup;

- z uwagi na wartość zgoda podmiotu tworzącego na przedmiotowy zakup nie była wymagana;
- sprzęt został zakupiony ze środków własnych Centrum;
- zakup potwierdzony fakturą VAT nr FV/02/000147/2021 z dnia 11.05.2021 r. na kwotę 21 060 zł, płatną do dnia: 25.06.2021 r. Zapłacono w terminie;
- protokół zdawczo-odbiorczy z dnia 11.05.2020 r.
- dowód przyjęcia OT nr 9 z dnia 11.05.2021 r.

Zwraca się uwagę, iż w przypadku nabycia Maceratora SOLO, lampy operacyjnej Maried V 16/V/10 sufitowej oraz myjni dezynfektora do kaczek i basenów Topic 20 uzyskanie wymaganej opinii Rady Społecznej nastąpiło po dokonaniu zakupu co stoi w sprzeczności z intencją Procedury nabywania aparatury i sprzętu medycznego przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie wprowadzonej Uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 1745/276/IV/2013 z dnia 06.08.2013 r. Zgodnie z powyższym oraz ideą zawartą w art. 48 ust. 2. pkt. 1 ppkt. a) Ustawy o działalności leczniczej kwestia zakupu sprzętu i aparatury medycznej winna zostać skonsultowana przed wszczęciem procedury zakupu, a jeśli ze względu na okoliczności nie jest to możliwe – bezwzględnie przed jego faktycznym nabyciem.

[Dowód: akta kontroli str. 530 - 599]

2. Zbycie sprzętu i aparatury medycznej.

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

- a) Aparat RTG wraz z wyposażeniem nr 701200-89 – nr inwentarzowy: T-4-40-1/7, nr seryjny 05072731; data przyjęcia do użytkowania: 03.10.2005 r.
 - ocena stanu technicznego z dnia 05.08.2020 r. – zakup części zamiennych znacznie ograniczony, dalsze użytkowanie nie jest możliwe z uwagi na znaczny stopień wyeksploatowania. Sprzęt nie spełnia standardów wymaganych przy współczesnej diagnostyce radiologicznej,
 - pozytywna opinia Rady Społecznej Centrum wyrażona uchwałą nr 27/2020 z dnia 28.09.2020 r.,
 - zgoda podmiotu tworzącego na likwidację przedmiotowego aparatu z dnia 05.11.2020 r.,
 - protokół kasacyjno-likwidacyjny nr 14/20 z dnia 30.09.2020 r.,
 - dowód LT 32 pozycja nr 1 z dnia 30.09.2020 r.,
 - protokół przekazania odpadu do utylizacji z dnia 05.08.2020 r.

- b) Automatyczny system do wczesnego wykrywania drobnoustrojów typ MBT-240 – nr. inwentarzowy: T-4-43-22/8, nr seryjny 5303, rok produkcji 1998, data przyjęcia do użytkowania: 29.09.1998 r.
 - ocena stanu technicznego z dnia 01.04.2020 r. – urządzenie uszkodzone, przestarzałe, wyeksploatowane, koszt ewentualnej naprawy przekracza jego wartość,
 - pozytywna opinia Rady Społecznej Centrum wyrażona uchwałą nr 19/2021 z dnia 11.05.2021 r.,
 - ze względu na okres użytkowania dłuższy niż 10 lat zgoda podmiotu tworzącego na zbycie sprzętu nie była wymagana,
 - protokół kasacyjno-likwidacyjny nr 9/2021 z dnia 12.05.2021 r.,
 - dowód LT 19 z dnia 12.05.2021 r.,
 - brak protokołu przekazania odpadu do utylizacji. Zgodnie z wyjaśnieniami sprzęt nie został jeszcze zutyliczowany- pozostaje w depozycie Centrum. W momencie

zgromadzenia większej ilości sprzętu zostanie przekazany firmie uprawnionej do utylizacji tego rodzaju odpadów.

- c) Zestaw ultrasonograficzny PRO Sound 3500 PHD – nr. inwentarzowy: T4-42-42/2, rok produkcji 1998, data przyjęcia do użytkowania: 30.09.2004 r.
- ocena stanu technicznego (raport serwisowy) z dnia 01.06.2020 r. – uszkodzona głowica, zużyta płyta obrazowania, koszt ewentualnej naprawy przekracza wartość urządzenia,
 - pozytywna opinia Rady Społecznej Centrum wyrażona uchwałą nr 27/2020 z dnia 28.09.2020 r.,
 - ze względu na okres użytkowania dłuższy niż 10 lat zgoda podmiotu tworzącego na zbycie sprzętu nie była wymagana,
 - protokół kasacyjno-likwidacyjny nr 16/2020 z dnia 30.09.2020 r.,
 - dowód LT 31 z dnia 30.09.2020 r.,
 - faktura sprzedaży używanego środka trwałego nr FM/006/12/20 z dnia 14.12.2020 r.

Zgodnie z art. 48 ust. 2 pkt. 2 lit. e ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej, do zadań Rady Społecznej należy przedstawianie kierownikowi wniosków i opinii w sprawach zbycia aktywów trwałych. Zwraca się uwagę, iż w przypadku zbycia aparatu RTG uzyskanie wymaganej opinii Rady Społecznej nastąpiło po dokonaniu czynności zbycia. Także zgoda podmiotu tworzącego została uzyskana po dacie fizycznej likwidacji. Stoi to w sprzeczności z intencją *Zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnymi publicznymi zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie* wprowadzonych Uchwałą nr 804/36/VI/2019 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 17.04.2019 r. Zgodnie z powyższym oraz ideą zawartą w art. 48 ust. 2. pkt. 2 lit. e Ustawy o działalności leczniczej kwestia zbycia składników majątku winna zostać skonsultowana przed wszczęciem procedury sprzedaży lub likwidacji.

Należy także zwrócić uwagę na fakt, iż dowód LT jest dokumentem księgowym, na podstawie którego stawia się środek trwały w stan likwidacji. Co do zasady LT dokumentuje pierwszy z dwóch etapów likwidacji tj. księgowe wycofanie środka trwałego z używania i przeznaczenie go do likwidacji. Drugim etapem jest fizyczna likwidacja środka trwałego. W przypadku zbycia aparatu RTG fizycznej likwidacji dokonano przed wystawieniem dokumentu LT.

[Dowód: akta kontroli str. 600 - 633]

3. Najem/dzierżawa pomieszczeń.

W ramach kontroli sprawdzeniem objęto prawidłowość zawarcia umów:

- 1) najmu nr 1/EAE/2019 z dnia 29.11.2019 r., wraz z aneksem nr 1 z dnia 29.11.2020 r.
- 2) najmu nr EAE-1/2020 z dnia 28.08.2020 r., wraz z aneksem nr 1 z dnia 29.03.2021 r.

Ad 1) Przedmiotem umowy jest najem pomieszczeń Centrum o łącznej powierzchni 18,70 m² z przeznaczeniem na prowadzenie działalności gospodarczej w zakresie małej gastronomii i handlu detalicznego artykułami spożywczymi oraz artykułami tzw. „pierwszej potrzeby” dla pacjentów Centrum.

Umowa została zawarta na czas określony tj. od dnia 29.11.2019 r. do dnia 28.11.2020 r. Zgoda podmiotu tworzącego na zawarcie przedmiotowej umowy nie była wymagana.

Rada Społeczna Centrum pozytywnie zaopiniowała wniosek w sprawie wynajęcia ww. pomieszczeń (uchwała nr 7/2019 z dnia 29.04.2019 r.).

Przedmiotowa umowa zawiera wszystkie wymogi wynikające z § 3 *Zasad gospodarowania*

aktywami trwałymi samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie przyjętych uchwałą nr 2232/288/V/2018 z dnia 25 września 2018 r.

Objęte kontrolą faktury za miesiąc grudzień 2019 r. październik 2020 r. zostały wystawione zgodnie z treścią umowy i zapłacone w terminie.

Ad 2) Przedmiotem umowy jest najem pomieszczeń Centrum o łącznej powierzchni 69,34 m² z przeznaczeniem na prowadzenie działalności medycznej w zakresie badań tomografii komputerowej.

Umowa została zawarta na czas określony tj. począwszy od dnia 01.09.2022 r. do dnia 31.06.2021r. (termin końcowy obowiązywania umowy ustalony aneksem nr 1 do umowy). Z uwagi na okres, na jaki została zawarta umowa, zgoda podmiotu tworzącego nie była wymagana.

Rada Społeczna Centrum pozytywnie zaopiniowała wniosek w sprawie wynajmu ww. pomieszczeń (uchwałą nr 13/2020 z dnia 28.05.2020 r.).

Przedmiotowa umowa zawiera wszystkie wymogi wynikające z § 3 pkt. 5 *Zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie* przyjętych uchwałą nr 1966/161/VII/2020 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 26.08.2020 r.

Objęte kontrolą faktury za miesiąc październik 2020 r. i maj 2021 r. zostały wystawione zgodnie z treścią umowy, a należności wynikające z ww. faktur zostały skompensowane z zobowiązaniami Centrum.

[Dowód: akta kontroli str. 634 - 681]

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

- 1) Nieprawidłowość polegająca na braku uzyskania opinii Rady Społecznej w sprawie nabycia maceratora SOLO, lampy operacyjnej Maried V 16/V/10 sufitowej oraz myjni dezynfektora do kaczek i basenów Topic 20 przed rozpoczęciem procedury zakupu ww. sprzętu medycznego, czym naruszono zapisy rozdziału III ust. 2 oraz ust. 3 pkt. 4 "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 6.08.2013 r. z późn. zm. oraz art. 48 ust. 2 pkt 2 lit. e ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.
- 2) Nieprawidłowość polegająca na braku uzyskania opinii Rady Społecznej w sprawie zbycia aparatu RTG, przed rozpoczęciem procedury zbycia ww. sprzętu medycznego (opinię Rady Społecznej uzyskano po dacie faktycznej likwidacji środka trwałego), czym naruszono art. 48 ust. 2 pkt 2 lit. e ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej oraz § 4 ust. 1 *Zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie* wyrażonych uchwałą nr 8004/36/VII/2019 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 17.04.2019 r. z późn. zm.
- 3) Uchybienie polegające na zbyciu (likwidacji) aparatu RTG bez uprzedniego ubiegania się o akceptację podmiotu tworzącego (wniosek o akceptację złożono po dacie księgowej i fizycznej likwidacji środka trwałego) czym naruszono § 8 ust. 1 *Zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie* wyrażonych uchwałą nr 8004/36/VII/2019 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 17.04.2019 r. z późn. zm.

Przyczyny nieprawidłowości i uchybień:

Brak należytego nadzoru nad pracownikami odpowiedzialnymi za realizację procedur związanych z nabywaniem sprzętu i aparatury medycznej oraz zbywaniem środków trwałych.

C: Ocena cząstkowa: Pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości.

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

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

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 2019-2021 w Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii w Bystrej miało miejsce 14 postępowań konkursowych na stanowiska kierownicze wskazane w art. 49 ww. ustawy.

Przeprowadzone postępowania konkursowe na stanowiska kierownicze:

- 1) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii (data konkursu: 05.11.2019 r., okres zatrudnienia 01.12.2019 r. – 30.11.2025 r.).
- 2) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Chorób Wewnętrznych (data konkursu: 05.11.2019 r., okres zatrudnienia 01.12.2019 r. – 30.11.2025 r.).
- 3) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Bloku Operacyjnego (data konkursu: 05.11.2019r., okres zatrudnienia 16.01.2020 r. – 15.01.2026 r.).
- 4) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Chirurgii Klatki Piersiowej (data konkursu: 23.01.2020 r., okres zatrudnienia 01.02.2020 r. – 31.01.2026 r.).
- 5) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Izby Przyjęć (data konkursu: 23.01.2020 r., okres zatrudnienia 01.02.2020 r. – 31.01.2026 r.).
- 6) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Chirurgii Klatki Piersiowej i Nowotworów (data konkursu: 14.08.2020 r., okres zatrudnienia 01.10.2020 r. – 30.09.2026 r.).
- 7) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Izby Przyjęć (data konkursu: 14.08.2020 r., okres zatrudnienia 01.10.2020 r. – 30.09.2026 r.).
- 8) Stanowisko Zastępcy dyrektora ds. Lecznictwa (data konkursu: 07.09.2020 r., okres zatrudnienia 21.09.2020 r. – 20.09.2026 r.).
- 9) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Pulmonologicznego z Pododdziałem Chemioterapii – konkurs nie odbył się z powodu braku kandydatów.
- 10) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Pulmonologiczno-Onkologicznego z Chemioterapią – konkurs nie odbył się z powodu braku kandydatów.
- 11) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Diagnostyczno-Obserwacyjnego Chorób Płuc i Gruźlicy – konkurs nie odbył się, gdyż wpłynęła tylko jedna kandydatura.
- 12) Stanowisko ordynatora Oddziału Pulmonologiczno-Onkologicznego z Chemioterapią – konkurs nie odbył się, gdyż wpłynęła tylko jedna kandydatura.
- 13) Stanowisko ordynatora Oddziału Pulmonologicznego i Niewydolności Oddechowej – konkurs nie odbył się z powodu braku kandydatów.
- 14) Stanowisko ordynatora Oddziału Diagnostyczno-Obserwacyjnego – konkurs nie odbył się z powodu braku kandydatów.

Mając na uwadze, iż w ramach postępowań konkursowych na stanowiska:

- pielęgniarki oddziałowej Oddziału Pulmonologicznego z Pododdziałem Chemioterapii,

- pielęgniarki oddziałowej Oddziału Pulmonologiczno-Onkologicznego z Chemoterapią,
- pielęgniarki oddziałowej Oddziału Diagnostyczno-Obserwacyjnego Chorób Płuc i Gruźlicy,
- ordynatora Oddziału Pulmonologiczno-Onkologicznego z Chemioterapią,
- ordynatora Oddziału Pulmonologicznego i Niewydolności Oddechowej,
- ordynatora Oddziału Diagnostyczno-Obserwacyjnego Chorób Płuc i Gruźlicy,

nie zgłosiło się co najmniej dwóch kandydatów, zgodnie z art. 49 ust. 3 kierownik powinien ogłosić nowy konkurs w okresie 30 dni od dnia zakończenia postępowania w poprzednim konkursie. Z informacji przekazanej kontrolującemu wynika, iż Dyrekcja Centrum w porozumieniu z Przewodniczącymi Komisji Konkursowych uzgodniła, iż z uwagi na sytuację epidemiologiczną konkursy na ww. stanowiska nie zostaną ponownie ogłoszone w ustawowym terminie 30 dni.

Wskazać należy, że w sierpniu 2020r. została dokonana zmiana nazwy Oddziałów funkcjonujących dotychczas w Centrum. Zmianie uległa między innymi nazwa Oddziału Pulmonologicznego z Pododdziałem Chemioterapii, który obecnie nosi nazwę Oddziału Pulmonologiczno-Onkologicznego z Chemoterapią. Zgodnie z informacją przekazaną kontrolującemu, w związku z brakiem kandydatów w trakcie przeprowadzonego postępowania konkursowego na stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Pulmonologiczno-Onkologicznego z Chemoterapią, ponowny konkurs zostanie przeprowadzony po unormowaniu się sytuacji epidemiologicznej.

Ponadto, zgodnie z oświadczeniem przekazanym kontrolującemu, w Oddziale: Diagnostyczno-Obserwacyjnym Chorób Płuc i Gruźlicy, Pulmonologicznym i Niewydolności Oddechowej oraz Pulmonologiczno-Onkologicznym z Chemioterapią zatrudnieni są kierownicy oddziałów wobec powyższego konkursy na stanowiska ordynatorów ww. oddziałów nie będą przeprowadzone.

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

- 1) Oddział Pulmonologiczno-Onkologiczny z Chemioterapią: p.o. kierownika oddziału, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
- 2) Oddział Pulmonologiczny i Niewydolności Oddechowej: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 3) Oddział Diagnostyczno-Obserwacyjny Chorób Płuc i Gruźlicy: p.o. kierownika oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 4) Oddział Chorób Wewnętrznych i Niewydolności Krążenia: p.o. kierownika oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 5) Oddział Chirurgii Klatki Piersiowej i Nowotworów: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 6) Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa.

Jak wskazano powyżej, poszczególnymi oddziałami zarządzają kierownicy oddziałów oraz osoby pełniące obowiązki kierownika oddziału. Rozwiązanie takie jest zgodne z treścią art. 49 ust. 7 ww. ustawy, który przewiduje możliwość kierowania oddziałem przez lekarza niebędącego ordynatorem stanowiąc, że „w przypadku gdy zgodnie z regulaminem organizacyjnym oddziałem kieruje lekarz niebędący ordynatorem, na stanowisko lekarza kierującego oddziałem konkursu nie przeprowadza się.”

Pracą całego personelu pielęgniarskiego kieruje przełożona pielęgniarek, natomiast zespołem pielęgniarskim na pięciu oddziałach zarządzają pielęgniarki oddziałowe, a na jednym osoba pełniąca obowiązki pielęgniarki oddziałowej (Oddział Pulmonologiczno-Onkologiczny z Chemioterapią).

Ww. stanowiska określone zostały zarówno w Regulaminie Organizacyjnym Centrum, jak i w załączniku nr 1 (Tabela stanowisk, stawek oraz dodatku funkcyjnego) do Regulaminu Wynagradzania pracowników Centrum.

[Dowód: akta kontroli str. 682 - 755]

B: Stwierdzone nieprawidłowości (przyczyny, skutki):

Nieprawidłowość polegająca na przeprowadzeniu postępowań konkursowych niezgodnie z zapisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej, czym naruszono art. 49 ust. 3 ww. ustawy.

Przyczyny nieprawidłowości:

Niedochowanie należytej staranności w zakresie stosowania zapisów art. 49 ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.

C: Ocena częściowa: pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości.

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

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

A. Ustalenia faktyczne.

Ostatnia kontrola w Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii w Bystrej przeprowadzona została przez pracowników Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w dniach 24-25.06.2019 r.

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

Wydano następujące zalecenia pokontrolne:

- 1) *Przestrzegać zapisów art. 27 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej poprzez zawieranie w umowach dotyczących udzielania świadczeń zdrowotnych postanowień określających:
 - a) szczegółowe okoliczności uzasadniające rozwiązanie umowy za wypowiedzeniem,
 - b) zobowiązania przyjmującego zamówienie do prowadzenia określonej sprawozdawczości statystycznej.*
- 2) *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 par. 7 ust. 2 ww. rozporządzenia, tj. powiadamiania członków komisji o posiedzeniu komisji konkursowej co najmniej na 7 dni przed wyznaczonym terminem posiedzenia.*
- 3) *Przeprowadzić konkursy na stanowiska pielęgniarek oddziałowych w trzech Oddziałach (Oddział Chorób Wewnętrznych, Oddział Chirurgii Klatki Piersiowej, Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii) zgodnie z art. 49 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.*
- 4) *Wnioskować o opinię Rady Społecznej Centrum na zakup aparatury i sprzętu medycznego przed dokonaniem nabycia zgodnie z zapisami art. 48 ust. 2 pkt 1 lit a i pkt 2 lit. e ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz Działu III Procedury nabywania aparatury i sprzętu medycznego przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie, określonej uchwałą nr 1745/276/IV/2013 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 6.08.2013 r.*

Dyrektor Centrum, w ustawowym terminie, złożyła do Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego sprawozdanie o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych pismem z dnia 02.10.2019 r.

Sprawdzono realizację zaleceń pokontrolnych i stwierdzono, że wskazane powyżej zalecenia zostały wykonane w części dot. pkt.1 ppkt. b), pkt. 2 i 3.

B: Stwierdzone nieprawidłowości (przyczyny, skutki):

- 1) 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.
- 2) Nieprawidłowość polegająca na braku wykonania zalecenia pokontrolnego dot. *wnioskowania o opinię Rady Społecznej Centrum na zakup aparatury i sprzętu medycznego przed dokonaniem nabycia zgodnie z zapisami art. 48 ust. 2 pkt 1 lit a i pkt 2 lit. e ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz Działu III Procedury nabywania aparatury i sprzętu medycznego przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie, określonej uchwałą nr 1745/276/IV/2013 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 6.08.2013 r. z późn. zm.*

Skutki nieprawidłowości:

Brak realizacji zaleceń pokontrolnych, do wykonania których Dyrektor Centrum zobowiązana została przez Zarząd Województwa Śląskiego w wystąpieniu pokontrolnym z dnia 2 października 2019 r.

C: Ocena cząstkowa: Pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości.

D: Osoba odpowiedzialna: Dyrektor Centrum Urszula Kuc 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.

Na tym ustalenia kontrolne zakończono.

VII. Pozostałe informacje i pouczenia.

1. Pozostałe informacje.

Pismem z dnia 14 kwietnia 2022 r., znak: NZ-NK.1711.10.2021 (NZ-NK.KW-00186/22), Projekt wystąpienia pokontrolnego został przekazany Dyrektorowi Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii w Bystrej. Pismo zostało doręczone w dniu 19 kwietnia 2022 r. Dyrektor Centrum nie zgłosiła zastrzeżeń do treści Projektu wystąpienia pokontrolnego.

2. Zalecenia

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

- 1) Przestrzeganiu obowiązku wynikającego z art. 22 ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym, który wskazuje 7 dniowy termin na zgłoszenie zmian do KRS.
- 2) Wpisaniu w treść Regulaminu Organizacyjnego Centrum celów i zadań będących w pełni

tożsamymi z wyszczególnionymi w Statucie Centrum.

- 3) Określeniu w Regulaminie Organizacyjnym Centrum rodzaju wykonywanej działalności leczniczej, zgodnie z art. 8 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
- 4) Występowaniu każdorazowo do podmiotu tworzącego o zgodę na wprowadzanie zmian w strukturze organizacyjnej Centrum zgodnie z *Procedurą postępowania w przypadku dokonywania zmian dotyczących struktury organizacyjnej zakładów leczniczych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie*.
- 5) Ujednoliceniu i monitorowaniu zgodności zapisów dotyczących struktury organizacyjnej w Regulaminie Organizacyjnym oraz Rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
- 6) Umieszczeniu na stronie podmiotowej BIP Centrum wszystkich informacji wymaganych przepisami prawa.
- 7) Każdorazowym umieszczaniu w treści umów na świadczenia zdrowotne zapisów wskazanych w art. 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
- 8) Każdorazowym ustalaniu wartości zamówień na świadczenia zdrowotne zgodnie z art. 26 a ust. 1 i 7 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej celem wyboru odpowiedniej procedury udzielenia zamówienia oraz dochowaniu należytej staranności w ich ustalaniu.
- 9) Każdorazowym zawieraniu umów na świadczenia zdrowotne zgodnie z art. 27 ust.1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
- 10) Każdorazowym udzielaniu zamówień na świadczenia zdrowotne w trybie konkursu ofert, gdy ich wartość przekracza wyrażoną w złotych równowartość kwoty 30.000 euro liczonej według średniego kursu złotego w stosunku do euro, ustalonego zgodnie z art. 3 *progi unijne* ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych.
- 11) Określaniu w treści umów na świadczenia zdrowotne wartości brutto zamówienia, zgodnie z obowiązkiem wynikającym z art. 44 ust. 3 pkt. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych.
- 12) Sporządzaniu i każdorazowym przekazywaniu skarżącym pisemnych odpowiedzi na skargi wnoszone do Centrum.
- 13) Każdorazowym występowaniu o opinię Rady Społecznej w sprawach dotyczących nabywania i zbywania sprzętu i aparatury medycznej – przed rozpoczęciem procedury nabycia bądź zbycia.
- 14) Występowanie o zgodę podmiotu tworzącego na zbycie sprzętu i aparatury medycznej w przypadkach określonych w *Zasadach gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie* wyrażonych uchwałą nr 686/326/VI/2022 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 20.04.2022 r.
- 15) Każdorazowym przeprowadzaniu postępowań konkursowych na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą zgodnie z art. 49 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.
- 16) 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 Centrum Pulmonologii i Torakochirurgii w Bystrej.

Wystąpienie pokontrolne zawiera 45 ponumerowanych stron.

Zgodnie z § 25 ust. 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych (t.j.: Dz.U. z 2015 r., poz. 1331) od wystąpienia pokontrolnego nie przysługują środki odwoławcze.

Na podstawie § 26 ww. rozporządzenia, informację o sposobie wykonania zaleceń, wykorzystaniu wniosków lub przyczynach ich niewykorzystania albo o innym sposobie usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości należy przekazać do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w terminie 30 dni od daty otrzymania niniejszego wystąpienia.

Podmiot uprawniony do kontroli:

z up. ZARZĄDU WOJEWÓDZTWA
Danuta Sobczyk
p.o. DYREKTORA
Departamentu Nadzoru Podmiotów
Leczniczych i Ochrony Zdrowia
