

Katowice, 22 kwietnia 2021 r.
NZ-NK.1711.4.2020

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

**Wojewódzkie Centrum Pediatrii
„Kubalonka” w Istebnej**
(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 2020 r. poz. 295 z późn. zm.),
- 2) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych (t. j.: Dz. U. z 2015 r., poz. 1331),
- 3) planu kontroli na 2020 rok, załącznik nr 2, poz. 5 zatwierdzonego uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 5/91/VI/2020 z dnia 08.01.2020 r.,
- 4) regulaminu kontroli podmiotów leczniczych, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie określonego uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 666/30/VI/2019 z dnia 27.03.2019 r. z późn. zm.

I. Dane identyfikacyjne kontroli:

Jednostka kontrolowana: Wojewódzkie Centrum Pediatrii „Kubalonka” w Istebnej, Istebna 500, 43-470 Istebna.

Kierownik jednostki kontrolowanej: Pan Mirosław Rzepka, powołany na stanowisko Dyrektora Centrum od dnia 01.01.2002 r.

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

- Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa – Pana Ryszarda Wąsik,
- Głównej Księgowej – Pani Grażyny Byrt (do dnia 30.06.2020r.)
- Głównej Księgowej – Pani Barbary Korzeniewskiej (od dnia 01.06.2020r.)

Termin przeprowadzenia czynności kontrolnych i zakres kontroli:

Kontrolę przeprowadzono w dniach 15-16.09.2020 r. w zakresie: realizacji zadań określonych w statucie i regulaminie organizacyjnym; dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych; prawidłowości gospodarowania mieniem oraz środkami publicznymi w latach 2018-2020.

[Dowód: akta kontroli str. 1-3]

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

Osoby przeprowadzające kontrolę:

Katarzyna Bartoszek - Główny Specjalista Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 342/NZ/2020 z dnia 7 września 2020 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 15 września 2020 r.

Paulina Górkiewicz – Główny Specjalista Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 341/NZ/2020 z dnia 7 września 2020 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 15 września 2020 r.

Barbara Gwiazda - Amrosz – Główny Specjalista Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 343/NZ/2020 z dnia 7 września 2020 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 15 września 2020 r.

O kontroli Dyrektor jednostki został poinformowany pismem z dnia 7 września 2020 r.

Kontrolę wpisano do książki kontroli pod pozycją 3/2020.

[Dowód: akta kontroli str. 4-9]

II. Działalność statutowa.

A. Ustalenia faktyczne:

Zgodność zakresu i rodzaju udzielanych świadczeń zdrowotnych lub usług z zakresem i rodzajem świadczeń lub usług przewidzianych w Statucie i Regulaminie Organizacyjnym Wojewódzkiego Centrum Pediatrii „Kubalonka” w Istebnej.

1. Informacje ogólne.

Wojewódzkie Centrum Pediatrii „Kubalonka” w Istebnej, 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 000000013805 oraz posiada osobowość prawną i jest wpisane do Krajowego Rejestru Sądowego w Bielsku - Białej pod numerem KRS 0000130760. Siedzibą Centrum jest Istebna.

Centrum działa na podstawie:

- 1) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t. j.: Dz. U. z 2020 r. poz. 295 z późn. zm.) oraz przepisów wykonawczych do tej ustawy,
- 2) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j.: Dz. U. z 2020 r. poz. 1398 z późn. zm.),
- 3) Statutu Centrum przyjętego Uchwałą Nr V/12/13/2015 Sejmiku Województwa Śląskiego

z dnia 21.09.2015 r., tekst jednolity Dz. Urz. Województwa Śląskiego z dnia 5.10.2017 r. poz. 5292,

- 4) Regulaminu Organizacyjnego, którego ostatnie zmiany zostały pozytywnie zaopiniowane przez Radę Społeczną, uchwałą nr 16/2019 z dnia 18.12.2019 r., wprowadzonego w życie Zarządzeniem Dyrektora nr 4/2020 z dnia 13.03.2020 r. Tekst jednolity Regulaminu Organizacyjnego Centrum został pozytywnie zaopiniowany przez Radę Społeczną uchwałą nr 9/2017 z dnia 29.09.2017 r. i wprowadzony Zarządzeniem Dyrektora nr 17/2017 z dnia 28.11.2017 r. ,
- 5) w zakresie gospodarki mieniem:
 - a) procedury dotyczącej nabywania aparatury i sprzętu medycznego przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie określonej w Uchwale Zarządu Województwa Śląskiego nr 1745/276/IV/2013 z dnia 06.08.2013 r., z późn. zm.,
 - b) uchwały nr 1784/277/IV/2013 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 13.08.2013 r. w sprawie przyjęcia zasad zbywania, wydzierżawiania, wynajmowania, oddania w użytkowanie lub użyczenia aktywów trwałych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie, z późn. zm.,
 - c) 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. ze zmianami wprowadzonymi uchwałą nr 804/36/VI/2019 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 17 kwietnia 2019 r. oraz uchwałą nr 1966/161/VI/2020 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 26 sierpnia 2020 r.,
- 6) innych powszechnie obowiązujących przepisów prawa.

W Centrum zatrudnienie na dzień 15.09.2020 r. roku wynosiło ogółem 140 pracowników:

- 117 pracowników w ramach umowy o pracę,
- 23 pracowników w ramach umowy cywilnoprawnej (w tym 15 pracowników na umowę zlecenie oraz 8 pracowników na umowę w ramach tzw. kontraktu).

[Dowód: akta kontroli str. 10-11]

2. Prawidłowość wpisów w Krajowym Rejestrze Sądowym.

Ostatnie zgłoszenie do Krajowego Rejestru Sądowego z dnia 24.06.2020 r. dotyczyło zmiany Składu Rady Społecznej Centrum powołanej Uchwałą nr 287/101/VI/2020 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 05.02.2020 r. Ustalono, że został dopełniony ustawowy obowiązek wynikający z art. 22 ustawy o Krajowym Rejestrze Sądowym z dnia 20 sierpnia 1997 r. (t. j.: Dz. U. z 2019 r. poz. 1500 z późn. zm.), który wskazuje 7-dniowy termin na zgłoszenie zmian do KRS (powołanie Rady Społecznej 05.02.2020 r., pierwsze posiedzenie Rady, na którym można było uzyskać dane niezbędne do przeprowadzenia zmian w KRS odbyło się 19.06.2020 r., zgodnie z pocztowym potwierdzeniem odbioru złożenie wniosku w KRS nastąpiło w dniu 26.06.2020 r., Postanowienie o wpisie zmiany do KRS z dnia 11.08.2020 r.). Ustalono, że do Krajowego Rejestru Sądowego zgłoszone zostały wszystkie wymagane prawem informacje o Centrum.

[Dowód: akta kontroli str. 12-45]

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

Wojewódzkie Centrum Pediatrii „Kubalonka” w Istebnej jest wpisane do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego, pod numerem 000000013805. W okresie objętym kontrolą nie dokonano żadnych zmian w Rejestrze.

W Centrum funkcjonuje Regulamin Organizacyjny sporządzony w oparciu o przepisy art. 24 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej. Tekst jednolity Regulaminu Organizacyjnego Centrum został pozytywnie zaopiniowany przez Radę Społeczną działającą przy jednostce uchwałą nr 9/2017 z dnia 29.09.2017 r. i wprowadzony Zarządzeniem Dyrektora nr 17/2017 z dnia 28.11.2017 r. Ostatnie zmiany zostały pozytywnie zaopiniowane przez Radę Społeczną, uchwałą nr 16/2019 z dnia 18.12.2019 r., wprowadzone zostały w życie Zarządzeniem Dyrektora nr 4/2020 z dnia 13.03.2020 r.

W trakcie kontroli stwierdzono wpis do Rejestru wszystkich komórek organizacyjnych, związanych z prowadzoną w Centrum działalnością medyczną.

Stwierdzono także zgodność zapisów Regulaminu w zakresie struktury organizacyjnej komórek działalności medycznej oraz miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych z Księgą Rejestrową widniejącą w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonym przez Wojewodę Śląskiego według stanu na dzień 15.09.2020 r.

Zwraca się jednak uwagę na odmienny sposób pisowni poszczególnych wyrazów w nazwach komórek organizacyjnych Centrum w ww. dokumentach (w Regulaminie Organizacyjnym w przypadku części komórek wszystkie człony w nazwach pisane są dużą literą, natomiast w księdze tylko pierwszy człon nazwy pisany jest dużą literą, pozostałe człony z małej. W przypadku komórek funkcjonujących w ramach Działu Diagnostyki Medycznej w Regulaminie Organizacyjnym tylko pierwszy człon nazwy pisany jest dużą literą, pozostałe człony z małej, natomiast w księdze rejestrowej wszystkie człony w nazwach pisane są dużą literą).

Zgodność Regulaminu Organizacyjnego Centrum z Rejestrem Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonym przez Wojewodę Śląskiego prezentuje przedstawiona poniżej tabela nr 1.

REGULAMIN ORGANIZACYJNY			REJESTR PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ PROWADZONY PRZEZ WOJEWODĘ	
L.P.	NAZWA JEDNOSTKI/ KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ	LICZBA ŁÓŻEK/ MIEJSC DZIENNEGO POBYTU/ STANOWISK/ INNE (jeśli dotyczy)	NAZWA JEDNOSTKI/ KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ	LICZBA ŁÓŻEK/ MIEJSC DZIENNEGO POBYTU/ STANOWISK/ INNE (jeśli dotyczy)
1	2	3	4	5
A	ZAKŁAD LECZNICZY		ZAKŁAD LECZNICZY	
	Szpital		Szpital	
I	JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZAKŁADU LECZNICZEGO		JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZAKŁADU LECZNICZEGO	
	Wojewódzkie Centrum Pediatrii "Kubalonka" w Istebnej		Wojewódzkie Centrum Pediatrii "Kubalonka" w Istebnej	
1	KOMÓRKA DZIAŁANOŚCI MEDYCZNEJ		KOMÓRKA DZIAŁANOŚCI MEDYCZNEJ	
1.1.	Oddział Schorzeń Układu Oddechowego Dzieci i Młodzieży - I	171	Oddział schorzeń układu oddechowego dzieci i młodzieży - I	171
1.2.	Oddział Rehabilitacji Pulmonologicznej - II	56	Oddział rehabilitacji pulmonologicznej - II	56
1.3.	Oddział Rehabilitacyjny - III	22	Oddział rehabilitacyjny - III	22

1.4.	Dział Rehabilitacji Medycznej	nie dotyczy	Dział Rehabilitacji Medycznej	nie dotyczy
1.5.	Dział Diagnostyki Medycznej	nie dotyczy	Dział Diagnostyki Medycznej	nie dotyczy
1.5.1.	Laboratorium analityczne	nie dotyczy	Laboratorium Analityczne	nie dotyczy
1.5.2.	Pracownia diagnostyki alergologicznej	nie dotyczy	Pracownia Diagnostyki Alergologicznej	nie dotyczy
1.5.3.	Pracownia USG	nie dotyczy	Pracownia USG	nie dotyczy
1.5.4.	Pracownia EKG	nie dotyczy	Pracownia EKG	nie dotyczy
1.5.5.	Pracownia endoskopii - bronchoskopii	nie dotyczy	Pracownia Endoskopii- Bronchoskopii	nie dotyczy
1.5.6.	Pracownia badań czynnościowych	nie dotyczy	Pracownia Badań Czynnościowych	nie dotyczy
1.5.7.	Pracownia RTG	nie dotyczy	Pracownia RTG	nie dotyczy
1.6.	Dział Farmacji Szpitalnej	nie dotyczy	Dział Farmacji Szpitalnej	nie dotyczy
1.7.	Izba Przyjęć	nie dotyczy	Izba Przyjęć	nie dotyczy

Tabela nr. 1 - Zgodność Regulaminu Organizacyjnego z Rejestrem Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonym przez Wojewodę Śląskiego.

Zgodnie z danymi przekazanymi przez Centrum w kontrolowanym okresie nie wystąpiły zmiany struktury organizacyjnej jednostki w zakresie komórek/jednostek organizacyjnych realizujących świadczenia zdrowotne, podlegające kontroli w oparciu o *Procedurę postępowania w przypadku dokonywania zmian struktury organizacyjnej zakładów leczniczych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie*, wprowadzoną Uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 1327/201/VI/2017 z dnia 27.06.2017 r., a następnie Uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 801/36/VI/2019 z dnia 17.04.2019 r.

W trakcie kontroli sprawdzono zgodność zapisów Regulaminu Organizacyjnego Centrum z przepisami ustawy. Ustalono, że Regulamin Organizacyjny nie zawiera wszystkich niezbędnych elementów, wskazanych w treści art. 24 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej.

Zgodnie z brzmieniem art. 24 ust. 1 pkt. 12 u.d.l., w Regulaminie podmiotu wykonującego działalność leczniczą określa się w szczególności „wysokość opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być, zgodnie z przepisami ustawy lub przepisami odrębnymi, udzielane za częściową lub całkowitą odpłatnością”. W Regulaminie Organizacyjnym Centrum, w Dziale X – Organizacja procesu udzielania świadczeń w przypadku pobierania opłat, w § 53 wskazano, iż: „Centrum nie udziela odpłatnych świadczeń zdrowotnych”. Natomiast w Dziale XII – wysokość opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być, zgodnie z przepisami ustawy lub przepisami odrębnymi, udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością” w § 58 ust. 6 wskazano, iż: „Dyrektor może wyrazić zgodę na korzystanie z niektórych świadczeń zdrowotnych przez pracowników, członków ich rodzin i opiekunów pacjentów odpłatnie zgodnie z cennikiem”. Z treści przytoczonych zapisów Regulaminu Organizacyjnego zmienionego w ww. zakresie Zarządzeniem nr 4/2020 z dnia 13.03.2020 r. w sprawie wprowadzenia zmian w Regulaminie Organizacyjnym wynika, iż w Centrum mogą być udzielane odpłatne świadczenia zdrowotne zgodnie z cennikiem, który Dyrektor wprowadza zarządzeniem. Powyższe stanowi rozbieżność z zapisami u.d.l. gdzie w myśl art. 24 ust. 1 pkt. 12, cennik takich świadczeń winien zostać określony w treści Regulaminu Organizacyjnego.

Ponadto kontrolujący zwracają uwagę, iż przedmiotowy Regulamin zawiera zbędne zapisy, tj. Regulamin dla pacjentów Wojewódzkiego Centrum Pediatrii „Kubalonka” w Istebnej (załącznik nr 3 do Regulaminu Organizacyjnego) oraz Regulamin dla rodziców/opiekunów pacjentów leczonych w Wojewódzkim Centrum Pediatrii „Kubalonka” w Istebnej (załącznik nr 4 do Regulaminu Organizacyjnego). Nie stanowi to jednak niezgodności z zapisami art. 24 ust. 1 ustawy ze względu na fakt, iż przepis ma charakter otwarty.

Centrum posiada własną stronę internetową pod adresem: www.wcpkubalonka.pl oraz odrębną stronę podmiotową BIP pod adresem: <https://wcpkubalonka-bip.slaskie.pl/>. Przeprowadzono kontrolę treści umieszczonych na stronie internetowej Centrum pod względem spełniania wymogów ustawy o działalności leczniczej. Kontrola wykazała, iż na stronie internetowej Centrum, spośród informacji określonych w art. 24 ust. 2 w zw. z ust. 1 u.d.l., nie umieszczono informacji o których mowa w art. 24 ust. 1 pkt. 12 ustawy, tzn. dotyczących wysokości opłat za świadczenia zdrowotne które mogą być, zgodnie z przepisami ustawy lub przepisami odrębnymi, udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością w zakresie cen świadczeń rehabilitacyjnych dla pracowników, członków ich rodzin i opiekunów pacjentów Centrum.

Należy także zwrócić uwagę na fakt, iż na stronie internetowej nie aktualizuje się informacji o wysokości opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej, o której mowa w art. 24 ust. 1 pkt. 9 cytowanej wyżej ustawy. W zakresie wyżej wymienionych opłat na stronie widnieje Zarządzenie nr 3/2018 z dnia 22.05.2018 r. natomiast obowiązującym jest Zarządzenie nr 17/2018 Dyrektora WCP "Kubalonka" w Istebnej z dnia 31.12.2018 r. w sprawie wprowadzenia zmian do Regulaminu organizacyjnego WCP "Kubalonka" w Istebnej. Nie stanowi to jednak uchybienia gdyż wysokości opłat wskazane w obu dokumentach są tożsame.

Kontrolujący zauważyli, że w Centrum nie dokonuje się aktualizacji wysokości opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej wraz ze zmianą przeciętnego wynagrodzenia określonego w art. 28 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Nie stanowi to naruszenia przepisów jednakże ma wpływ na wysokość dodatkowych przychodów osiąganych przez jednostkę.

W pozostałym zakresie strona internetowa Centrum zawiera wszystkie informacje, o których mowa w art. 24 ust. 2 w zw. z ust. 1 u.d.l.

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 w/w 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.

Kontrola strony Biuletynu Informacji Publicznej jednostki wykazała, że nie zawiera ona wszystkich informacji wymaganych przez art. 24 ust. 2 o działalności leczniczej. Nie umieszczono informacji o których mowa w art. 24 ust. 1 pkt 12 ustawy, tzn. dotyczących wysokości opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być, zgodnie z przepisami ustawy lub przepisami odrębnymi, udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością w zakresie cen świadczeń rehabilitacyjnych dla pracowników, członków ich rodzin i opiekunów pacjentów Centrum.

Analizie poddano także zgodność danych zamieszczonych na stronie BIP z zapisami art. 8 ust. 3 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (t. j.: Dz. U. z 2019 r. poz. 1429 z późn. zm.). Stwierdzono, że nie wszystkie informacje wymagane przez przepisy ww. ustawy zostały zamieszczone na stronie BIP Centrum. Na stronie BIP nie zamieszczono Statutu i Regulaminu Organizacyjnego Centrum. Oba dokumenty są dostępne na stronie internetowej jednakże Regulamin jest niezgodny z treścią obowiązującego na dzień kontroli.

Ponadto na stronie BIP nie widnieje informacja o majątku instytucji oraz dokumentacji dotyczącej przebiegu i efektów kontroli oraz wystąpień, stanowisk i innych wniosków i opinii podmiotów je przeprowadzających.

[Dowód: akta kontroli str.46-102]

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

1. Nieprawidłowość polegająca na niezamieszczeniu w treści Regulaminu Organizacyjnego Centrum informacji o wysokości opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być, zgodnie z przepisami ustawy lub przepisami odrębnymi, udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością.
2. Nieprawidłowość polegająca na niezamieszczeniu informacji, o których mowa w art. 24 ust. 1 pkt. 12 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej na stronie internetowej Centrum oraz na stronie BIP.
3. Nieprawidłowość polegająca na nieumieszczeniu na stronie BIP wszystkich wymaganych informacji tj. statutu, Regulaminu Organizacyjnego, informacji o majątku instytucji oraz dokumentacji dotyczącej przebiegu i efektów kontroli oraz wystąpień, stanowisk i innych wniosków i opinii podmiotów je przeprowadzających.

Przyczyny nieprawidłowości:

1. Niedochowanie należytej staranności w zakresie stosowania zapisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz ustawy o dostępie do informacji publicznej.
2. Brak odpowiedniego nadzoru nad pracownikami odpowiedzialnymi za wytworzenie i zamieszczanie na stronie internetowej Centrum i BIP wymaganych informacji.

Skutki nieprawidłowości:

1. Naruszenie przepisu art. 24 ust. 1 pkt. 12 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej poprzez brak zamieszczenia w treści Regulaminu Organizacyjnego Centrum informacji o wysokości opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być, zgodnie z przepisami ustawy lub przepisami odrębnymi, udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością.
2. Naruszenie przepisu art. 24 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej poprzez brak zamieszczenia informacji, o których mowa w art. 24 ust. 1 pkt. 12 ustawy o działalności leczniczej na stronie internetowej Centrum oraz na stronie BIP.
3. Naruszenie art. 8 pkt 3 w związku z art. 6 ust. 1 ustawy o dostępie do informacji publicznej, poprzez brak zamieszczenia na stronie BIP wszystkich wymaganych informacji tj. statutu, informacji o majątku instytucji oraz dokumentacji dotyczącej przebiegu i efektów kontroli oraz wystąpień, stanowisk i innych wniosków i opinii podmiotów je przeprowadzających.

Wskazane nieprawidłowości nie stanowią rażącego naruszenia przepisów prawa.

C: Ocena częściowa: pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości

D. Osoby odpowiedzialne:

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

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 Istebniej, Istebna 500.

1. Funkcjonowanie wybranych komórek organizacyjnych.

W ramach czynności kontrolnych szczegółową kontrolą objęto funkcjonowanie Oddziału Schorzeń Układu Oddechowego Dzieci i Młodzieży I, Oddziału Rehabilitacyjnego – III oraz Pracowni USG.

1) Oddział Schorzeń Układu Oddechowego Dzieci i Młodzieży I

Oddział wpisany jest do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 001 (kod resortowy identyfikujący komórkę organizacyjną stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych), kod resortowy charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych: 4271 Oddział gruźlicy i chorób płuc dla dzieci. Oddział został wpisany do rejestru podmiotów leczniczych z dniem 06.12.1994 r. i dysponuje 171 łózkami, w tym 3 łóżka intensywnej opieki medycznej.

W Oddziale udzielane są świadczenia zdrowotne w zakresie specjalistycznej diagnostyki i leczenia dzieci i młodzieży z chorobami układu oddechowego. Najczęściej leczonymi schorzeniami są: częste zapalenia dróg oddechowych, ostre zapalenie oskrzeli, zapalenie płuc, astma oskrzelowa, ostre zapalenia górnych dróg oddechowych.

W oddziale w 2018 roku liczba hospitalizacji wynosiła 2799, w 2019 roku – 2625, a w 2020r., do dnia kontroli – 821. W ww. komórce organizacyjnej zatrudnionych jest 7 lekarzy i 26 pielęgniarek.

2) Oddział Rehabilitacyjny – III.

Oddział wpisany jest do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 025 (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: 4301 Oddział rehabilitacyjny dla dzieci. Oddział został wpisany do rejestru podmiotów leczniczych z dniem 22.01.2013 r. i dysponuje 22 łózkami.

Oddział zajmuje się rehabilitacją ogólnoustrojową dzieci i młodzieży w warunkach stacjonarnych. W Oddziale leczone są dzieci po urazach i zabiegach operacyjnych - ortopedycznych i neurologicznych; po zaostrzeniach chorób przewlekłych, które jednocześnie wymagają innych działań terapeutycznych, edukacyjnych, profilaktycznych i diagnostycznych; a także pacjenci ze skoliozami wieku rozwojowego o różnej etiologii i wadami wrodzonymi narządu ruchu.

W oddziale w 2018 roku liczba hospitalizacji wynosiła 273, w 2019 roku – 348, a w 2020r., do dnia kontroli – 230. W ww. komórce organizacyjnej zatrudnionych jest 2 lekarzy, 6 pielęgniarek i 2 fizjoterapeutów.

3) Pracownia USG

Pracownia wpisana jest do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 011 (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: 7210 Pracownia USG. Pracownia została wpisana do rejestru podmiotów leczniczych z dniem 6.12.1994 r. W Pracowni wykonywane są badania USG jamy brzusznej oraz jamy opłucnej. W 2018 roku liczba wykonanych w Pracowni badań wyniosła 9, w 2019r. – 3, natomiast w 2020 roku, do dnia kontroli nie wykonywano badań w Pracowni. W ww. komórce organizacyjnej badania wykonuje lekarz zatrudniony w Centrum w Oddziale Schorzeń Układu Oddechowego Dzieci i Młodzieży I.

[Dowód: akta kontroli str.103-105]

2. Udzielanie zamówień na świadczenia zdrowotne.

Przedmiotem weryfikacji przeprowadzonej przez kontrolujących były zapisy umów:

- 1) Nr SP-M-153/2018 z dnia 12.18.2018 r. dotyczącej wykonywania specjalistycznych konsultacji i badań pediatrycznych dla pacjentów Centrum,
- 2) Nr 1/IE/UP/2019 z dnia 17.12.2019r. dotyczącej udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu transportu sanitarnego obejmujących przewóz osób (pacjentów) środkami transportu sanitarnego (ambulansem) wraz z personelem medycznym.

Ad. 1) Nr SP-M-153/2018 z dnia 12.18.2018 r.

Umowa została zawarta na podstawie art. 26 ustawy o działalności leczniczej. Z uwagi na oszacowaną wartość zamówienia (poniżej 30 tys. Euro), Centrum nie było zobowiązane do przeprowadzenia konkursu ofert (zgodnie z art. 26 ust. 4 a u.d.l.).

Umowa została zawarta w formie pisemnej, na czas określony, tj. od dnia 01.01.2019 r. do dnia 31.12.2019 r. i zawiera wszystkie niezbędne zapisy określone w art. 27 u.d.l.

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

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

W ramach kontroli realizacji umowy sprawdzono faktury nr:

- 0008/04/2019/KF1 z dnia 25.04.2019 r. - stawka jednostkowa zgodna z umową.
- 0019/06/2019/KF1 z dnia 04.07.2019 r. - stawka jednostkowa zgodna z umową.

Ad. 2) Nr 1/IE/UP/2019 z dnia 17.12.2019r.

Umowa została zawarta na podstawie art. 26 ustawy o działalności leczniczej. Z uwagi na oszacowaną wartość zamówienia (poniżej 30 tys. Euro), Centrum nie było zobowiązane do przeprowadzenia konkursu ofert (zgodnie z art. 26 ust. 4 a u.d.l.).

Umowa została zawarta w formie pisemnej, na czas określony, tj. od dnia 01.01.2020 r. do dnia 31.12.2020 r. i zawiera wszystkie niezbędne zapisy określone w art. 27 u.d.l.

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

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

W ramach kontroli realizacji umowy sprawdzono faktury nr:

- 0006/UM/04/2020 z dnia 05.05.2020 r. - stawka jednostkowa zgodna z umową.
- 015/UM/07/2020 z dnia 03.08.2020 r. - stawka jednostkowa zgodna z umową.

[Dowód: akta kontroli str. 106-149]

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

Ogłaszanie i przeprowadzanie konkursów na stanowiska kierownicze

Kontrola realizacji zadań na gruncie art. 49 ust. 1 pkt. 2 - 5, ust. 2 - 6 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej wykazała, iż w okresie objętym kontrolą, tj. lata 2018-2020 w Wojewódzkim Centrum Pediatrii „Kubalonka” w Istebniej nie miały miejsca żadne postępowania konkursowe na stanowiska kierownicze wskazane w art. 49 ww. ustawy.

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

- 1) Oddział Schorzeń Układu Oddechowego Dzieci i Młodzieży: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 2) Oddział Rehabilitacji Pulmonologicznej: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 3) Oddział Rehabilitacyjny: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa.

Jak wskazano powyżej, poszczególnymi oddziałami zarządzają kierownicy oddziałów. 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 poszczególnych oddziałach zarządzają pielęgniarki oddziałowe.

Ww. stanowiska określone zostały zarówno w Regulaminie Organizacyjnym Wojewódzkiego Centrum Pediatrii „Kubalonka” w Istebnej, jak i załączniku nr 1 (Tabela zaszeregowania stanowisk pracy dla pracowników Wojewódzkiego Centrum Pediatrii „Kubalonka” w Istebnej) oraz w załączniku nr 2 (Wykaz stanowisk pracy, na których przysługuje dodatek funkcyjny i stawek dodatku funkcyjnego w Wojewódzkim Centrum Pediatrii „Kubalonka” w Istebnej) do Regulaminu Wynagradzania Pracowników Wojewódzkiego Centrum Pediatrii „Kubalonka” w Istebnej.

[Dowód: akta kontroli str. 150-200]

4. Serwisowanie aparatury oraz sprzętu medycznego.

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

- 1) Kardiomonitor Typ FX 2000 P, nr seryjny 2732, rok produkcji 2008; przegląd okresowy odbył się w dniu 15 kwietnia 2020 r. – został dokonany w terminie wyznaczonym przy poprzednim przeglądzie. Następny przegląd powinien być wykonany do kwietnia 2021 r., zgodnie z adnotacją zawartą w paszporcie technicznym z przeprowadzenia ostatniej kontroli urządzenie sprawne.
- 2) Defibrylator Typ LIFEPAK 1000, nr seryjny 36193411, data zakupu 28.02.2008 r., przegląd okresowy odbył się w dniu 25 lipca 2020 r. – został dokonany w terminie wyznaczonym przy poprzednim przeglądzie. Następny przegląd powinien być wykonany do lipca 2021 r., zgodnie z adnotacją zawartą w paszporcie technicznym z przeprowadzenia ostatniej kontroli urządzenie sprawne.
- 3) Spirometr Typ LUNGTEST 1000, nr seryjny 00143, przegląd okresowy odbył się w dniu 28 kwietnia 2020 r. – został dokonany w terminie wyznaczonym przy poprzednim przeglądzie. Następny przegląd powinien być wykonany do 28.04.2021 r., zgodnie z adnotacją zawartą w paszporcie technicznym z przeprowadzenia ostatniej kontroli urządzenie sprawne.
- 4) Kardiomonitor Typ FX 2000 P, nr seryjny 2731, rok produkcji 2008; przegląd okresowy odbył się w dniu 15 kwietnia 2020 r. – został dokonany w terminie wyznaczonym przy poprzednim przeglądzie. Aparat został zabrany do naprawy i zwrócony w dniu 4 maja 2020 r. Następny przegląd powinien być wykonany do kwietnia 2021 r., zgodnie z adnotacją zawartą w paszporcie technicznym z przeprowadzenia ostatniej kontroli urządzenie sprawne.

5) Respirator Typ ALIA, nr seryjny 51121000552, data zakupu 09.12.2008 r.; przegląd okresowy odbył się w dniu 19 lutego 2020 r. – został dokonany w terminie wyznaczonym przy poprzednim przeglądzie. Następny przegląd powinien być wykonany do lutego 2021 r., zgodnie z adnotacją zawartą w paszporcie technicznym z przeprowadzenia ostatniej kontroli urządzenie sprawne.

[Dowód: akta kontroli str. 201-210]

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

W ramach kontroli dostępności świadczeń zdrowotnych sprawdzeniem objęto rejestr skarg i wniosków kierowanych do Centrum. Rozpoznawanie skarg i wniosków odbywa się w trybie określonym przepisami kodeksu postępowania administracyjnego. Skargi i wnioski rejestrowane są w prowadzonym w Centrum Rejestrze skarg i wniosków. Rejestr zawiera wszystkie niezbędne rubryki, pozwalające na przeprowadzenie kontroli przebiegu i terminów załatwienia spraw. W latach objętych kontrolą (2018 – 2020) w przedmiotowym Rejestrze umieszczono wpisy dotyczące jednej sprawy – skargi zarejestrowanej w 2019 roku. Skarga została wniesiona w drodze elektronicznej, natomiast odpowiedzi na skargę – w ustawowym terminie - Dyrektor Centrum udzielił skarżącemu telefonicznie. Kontrolujący wskazują, iż nie było to działanie prawidłowe, mając na uwadze brzmienie art. 238 § 1 Kodeksu postępowania administracyjnego, który wskazuje, jakie elementy powinno zawierać zawiadomienie o sposobie załatwienia skargi, w tym m.in. „podpis z podaniem imienia, nazwiska i stanowiska służbowego osoby upoważnionej do załatwiania skarg i wniosków”. Przedmiotowy zapis wskazuje, iż zawiadomienie o sposobie załatwienia skargi winno zostać sporządzone w formie pisemnej lub w formie dokumentu elektronicznego. Rozmowa telefoniczna, nawet jeśli w jej trakcie wszystkie okoliczności istotne dla załatwienia skargi zostały wyjaśnione skarżącemu, nie spełnia wymogów wskazanych w przepisach prawa. Analiza skarg i wniosków jest przedstawiana okresowo Radzie Społecznej Centrum, do czego obligują zapisy ustawy o działalności leczniczej (art. 48 ust. 2 pkt. 3 u.d.l.), co potwierdzają protokoły z posiedzeń Rady.

[Dowód: akta kontroli str. 211-214]

6. Czas oczekiwania na udzielenie świadczeń zdrowotnych.

W Centrum, zgodnie z art. 20 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, prowadzone są listy osób oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego. W trakcie kontroli ustalono, że na podstawie – obowiązującego do dnia 31.08.2020r. - art. 21 ust. 1 pkt. 1 w/w ustawy w Centrum działał „Zespół Oceny Przyjęć”, powołany Zarządzeniem Dyrektora Centrum nr 10/2011 z dnia 30.12.2011 r. Do zadań Zespołu należało „ustalenie harmonogramu przyjęć pacjentów, w przypadku wystąpienia większej ilości pacjentów ponad możliwości zakładu, oraz dokonanie okresowej oceny prawidłowości prowadzenia dokumentacji”. Zespół miał dokonywać comiesięcznych analiz planowanych przyjęć, nie później niż do 7 dnia miesiąca. Przewodniczący Zespołu zobowiązany został do każdorazowego przedstawiania protokołu z posiedzenia Zespołu i przeprowadzonej analizy Dyrektorowi Centrum. Przykładowe kopie protokołów sporządzonych przez Zespół z dnia 07.05.2018 r., 02.10.2019 r. i 7.09.2020 r. stanowią akta kontroli.

Na dzień 15.09.2020 r. (dzień rozpoczęcia kontroli) najdłuższy czas oczekiwania na przyjęcie do Centrum dotyczył Oddziału Rehabilitacji Pulmonologicznej – II i wynosił 191 dni w przypadkach stabilnych. Najkrótszy czas oczekiwania na udzielenie świadczenia miał miejsce w Oddziale Schorzeń Układu Oddechowego Dzieci i Młodzieży i wynosił 0 dni.

7. Wykonywanie badań satysfakcji pacjenta.

Zarządzeniem Dyrektora Centrum nr 2/2010 z dnia 30 czerwca 2010 r. w sprawie zasad oceny pracowników i jednostki przez pacjentów Wojewódzkiego Centrum Pediatrii "Kubalonka" w Istebnej wprowadzone zostały - w celu zbadania jakości świadczonych usług zdrowotnych - "ankiety oceny pracy". Ankiety są anonimowo wypełniane przez opiekunów pacjentów przebywających w Centrum. Ocenie podlega m.in. profesjonalizm obsługi, terminowość i jakość wykonywanych świadczeń zdrowotnych, zaangażowanie i kultura osobista pracowników Centrum. Podczas wypełniania ankiety opiekunowie mają możliwość wyrażenia opinii w powyższych zakresach za pomocą ocen w skali od 1 do 5, a także przedstawienia uwag i propozycji zmian dotyczących struktury organizacyjnej Centrum oraz jakości świadczonych usług. Wypełnione ankiety podlegają okresowej analizie. Ze spotkania w sprawie analizy ankiet oceny pracy każdorazowo sporządzany jest protokół. Ostatnia analiza ankiet (do dnia kontroli) przeprowadzona została w dniach 3 i 7 lipca 2020 r. i dotyczyła ankiet za I półrocze 2020r. Z przedstawionego kontrolującym protokołu z dnia 3 lipca 2020 r. wynika, że na 12 wypełnionych w pierwszym półroczu 2020 r. ankiet 11 zawierało pozytywną ocenę Centrum - skala ocen od 3 do 5, natomiast 1 ankieta nie zawierała oceny pracy a jedynie propozycje zmian. Opiekunowie pacjentów Centrum pozytywnie ocenili m.in. kompetencje i życzliwe podejście do pacjentów personelu medycznego, wykonywane zabiegi oraz wyżywienie. Problemy na jakie zwrócono uwagę w treści ankiet dotyczyły m.in. stanu technicznego i wyposażenia pokoi, uboższego asortymentu kawiarenki, braku apteki dostępnej dla opiekunów czy też zbyt małej ilości pralek. Na spotkaniu w dniu 7 lipca 2020r., po dokonaniu analizy treści ankiet, przedstawiono działania, które zostaną podjęte po uwzględnieniu przedłożonych uwag i propozycji zmian.

Wzór ankiety oraz protokoły z przeprowadzonej analizy ankiet stanowią akta kontroli.

8. Finansowanie udzielanych świadczeń.

Centrum na dzień rozpoczęcia kontroli (tj. 15.09.2020 r.) realizowało świadczenia zdrowotne w poszczególnych komórkach organizacyjnych w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. Realizacja świadczeń i czas oczekiwania na udzielenie świadczenia wg. stanu na dzień 15.09.2020 r. zostały szczegółowo przedstawione w poniższej tabeli.

L.P.	KOMÓRKI DZIAŁALNOŚCI MEDYCZNEJ	REALIZACJA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH			KOMÓRKA NIE REALIZUJE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH	KOLEJKA OCZEKUJĄCYCH		
		W RAMACH RYCZAŁTU NFZ	W RAMACH KONTRAKTU Z NFZ	INNE ŹRÓDŁA FINANSOWANIA - JAKIE (W TYM PROGRAMY ZDROWOTNE, PROGRAMY UNIJNE, INNE)		RODZAJ ŚWIADCZENIA	PILNE	STABILNE
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Oddział Schorzeń Układu Oddechowego Dzieci i Młodzieży I	TAK	-	-	-	Choroby płuc dziecięce - hospitalizacja	0	0
2	Oddział Rehabilitacji Pulmonologicznej - II	TAK	-	-	-	Rehabilitacja pulmonologiczna w warunkach stacjonarnych	0	191

L.P.	KOMÓRKI DZIAŁALNOŚCI MEDYCZNEJ	REALIZACJA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH			KOMÓRKA NIE REALIZUJE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH	KOLEJKA OCZEKUJĄCYCH		
		W RAMACH RYCZAŁTU NFZ	W RAMACH KONTRAKTU Z NFZ	INNE ŹRÓDŁA FINANSOWANIA - JAKIE (W TYM PROGRAMY ZDROWOTNE, PROGRAMY UNIJNE, INNE)		RODZAJ ŚWIADCZENIA	PILNE	STABILNE
1	2	3	4	5	6	7	8	9
3	Oddział Rehabilitacyjny - III	TAK	-	-	-	Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych	0	102

Tabela nr 2 - realizacja świadczeń zdrowotnych wg. stanu na dzień 15.09.2020 r.

Wyżej wymienione świadczenia realizowane są na podstawie umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresach: leczenie szpitalne – system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń (PSZ) oraz CHZ zapobieganie, przeciwdziałanie i zwalczanie COVID-19.

L.P.	KOD UMOWY	RODZAJ ŚWIADCZENIA (nazwa)	KWOTA (zł)	OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY (od dd-mm-rrrr do dd-mm-rrrr)
1	2	3	4	5
1	122/100151/03/8/2020	Leczenie Szpitalne – system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń (PSZ)	10 450 959,42	01.01.2020 - 31.12.2020
2	122/100151/19/1/2020	CHZ – zapobieganie, przeciwdziałanie i zwalczanie COVID-19	3% wartości świadczeń wynikającej z faktury za dany okres sprawozdawczy	01.07.2020- 31.12.2020

Tabela nr 3- umowy realizowane przez Centrum w ramach finansowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

[Dowód: akta kontroli str.215-236]

9. Certyfikaty jakości.

W ramach kontroli jakości świadczeń udzielanych przez Centrum ustalono, że jednostka nie posiada Certyfikatu akredytacyjnego Ministerstwa Zdrowia, jak również nie jest objęte systemem zarządzania jakością zgodną z normą ISO.

[Dowód: akta kontroli str. 237]

10. 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 zawierają zapisy uprawniające do kontroli co najmniej w zakresie rozliczeń ilościowo-wartościowych. Pracownicy Centrum prowadzą kontrolę ilościowo – wartościową w zakresie zrealizowanych usług. Z punktu widzenia

nadzoru nad jakością udzielanych świadczeń zdrowotnych i realizowanych usług towarzyszących zasadnym byłoby wprowadzenie do wszystkich umów zapisów umożliwiających kontrolę w tym zakresie. Z poniższego zestawienia wynika, iż obszar ten jest weryfikowany jedynie w zakresie usług pralniczych.

L.P.	RODZAJ DZIAŁALNOŚCI ZLECANY PODMIOTOM ZEWNĘTRZNYM	CZY AKTUALNE UMOWY REGULUJĄ KWESTIE ZWIĄZANE Z KONTROLĄ ŚWIADCZONYCH USŁUG (TAK/NIE)	ZAKRES UPRAWNIEŃ KONTROLNYCH PODMIOTU LECZNICZEGO OBJĘTY UMOWĄ	CZY PODMIOT KONTROLUJE REALIZACJĘ UMÓW ZGODNIE Z ZAPISAMI UMOWY (TAK/NIE)	OPIS DZIAŁAŃ KONTROLNYCH WOBEC PODMIOTU ZEWNĘTRZNEGO REALIZUJĄCEGO UMOWĘ (jeśli są podejmowane)
1	2	3	4	5	6
1	ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE (wymienić jakie)*:				
1.1.	dyżury lekarski	TAK	rozliczenie ilościowo-wartościowe	TAK	rozliczenie ilościowe na podstawie ewidencji czasu pracy a następnie wartościowe ze stawką godzinową ustaloną w umowie
1.2.	dyżury pielęgniarskie	nie dotyczy			
1.3.	badania laboratoryjne	TAK	ilościowo-wartościowe	TAK	kierownik działu diagnostyki dokonuje weryfikacji rozliczenia przedstawionego przez wykonawcę w zakresie zgodności co do ilości i cen zgodnie z zawartą umową
1.4.	badania diagnostyczne pozostałe	TAK	ilościowo-wartościowe	TAK	kierownik działu marketingu i rozliczeń dokonuje sprawdzenia przedstawionego przez realizatora rozliczenia ilościowego oraz wartości zgodnych z umową
2	ŻYWIENIE PACJENTÓW	Szpital prowadzi własny dział żywienia i jedynie w okresie od czerwca do lipca 2020 w związku z sytuacją epidemiologiczną i koniecznością wyłączenia działu kuchni szpital zlecił część usług firmie zewnętrznej.	ilościowo-wartościowe	TAK	Przełożona pielęgniarek dokonała sprawdzenia rozliczenia przedstawionego przez usługodawcę
3	TRANSPORT SANITARNY	TAK	ilościowo-wartościowe	TAK	kierownik działu marketingu i rozliczeń dokonuje sprawdzenia przedstawionego przez realizatora rozliczenia ilościowego oraz wartości zgodnych z umową

4	PRANIE	TAK	1. zakres ilościowy 2. ilościowy co do asortymentu i jednostki rozliczeniowej 3. jakościowy 4. technologia realizacji umowy i wykorzystywanie poszczególnych środków	TAK	każdorazowo dokonywany jest odbiór ilościowy tak w zakresie asortymentu tj. sztuk i wagi jak i jakości wykonanych usług (pod kątem zabrudzeń, uszkodzeń). Przynajmniej raz w okresie trwania umowy dokonywana jest kontrola z punktu widzenia używanych środków, detergentów itp.
---	--------	-----	---	-----	--

Tabela nr 4. – kontrola zawieranych umów

[Dowód: akta kontroli str. 238]

11. Zaplecze diagnostyczne.

Ze względu na zakres udzielanych świadczeń podstawowym rodzajem używanej aparatury przez pracowników medycznych Centrum pozostają aparaty: EKG, RTG, USG oraz bronchoskopy. Wyszczególnienie posiadanej aparatury wraz z okresem użytkowania posiadanego sprzętu, zostało przedstawione w poniżej tabeli.

L.P.	RODZAJ APARATURY I SPRZĘTU MEDYCZNEGO	LICZBA					OGÓLEM	LICZBA WYKONANYCH BADAŃ / ZABIEGÓW narastająco od początku roku	UWAGI
		OKRES UŻYTKOWANIA 0-3 LATA	OKRES UŻYTKOWANIA 4-8 LAT	OKRES UŻYTKOWANIA 9-11 LAT	OKRES UŻYTKOWANIA POWYŻEJ 12 LAT				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	
1.	Aparaty EKG	-	-	-	2	2	116	-	
2.	Aparaty RTG, w tym:	-	-	-	2	2	504	-	
3.	- pozostałe	-	-	-	2	2	504	-	
4.	Aparaty USG, w tym:	-	-	-	1	1	0	-	
5.	- pozostałe	-	-	-	1	1	0	-	
6.	Analizator biochemiczny wieloparametrowy	-	1	-	-	1	3203	-	
7.	Respirator, w tym:	-	-	-	1	-	0	-	
8.	- dla dzieci	-	-	-	1	-	0	-	

L.P.	RODZAJ APARATURY I SPRZĘTU MEDYCZNEGO	LICZBA					LICZBA WYKONANYCH BADAŃ / ZABIEGÓW narastająco od początku roku	UWAGI
		OKRES UŻYTKOWANIA 0-3 LATA	OKRES UŻYTKOWANIA 4-8 LAT	OKRES UŻYTKOWANIA 9-11 LAT	OKRES UŻYTKOWANIA POWYŻEJ 12 LAT	OGÓLEM		
1	2	3	4	5	6	7	8	9
9.	Aparatura endoskopowa, w tym:	-	-	-	2	2	0	-
10.	- bronchoskop	-	-	-	2	2	0	-

Tabela nr 5 – zaplecze diagnostyczne na dzień 15.09.2020 r.

[Dowód: akta kontroli str. 239]

12. Koszty dostosowania podmiotu do wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą oraz koszty dostosowania do przepisów P/poż

Kontrolowany podmiot spełnia wszystkie wymogi określone Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Centrum nie jest w pełni dostosowane do przepisów P/poż jednakże czynione są działania dostosowawcze w tym zakresie. W okresie objętym kontrolą jednostka poniosła koszty dostosowania podmiotu do wymagań wynikających z przepisów P/poż w zakresie:

- wykonania ekspertyzy PPOŻ – 36 900,00 zł;
- wykonania prac związanych z uzyskaniem odstępstw PPOŻ – 4 305,00 zł;
- prac związanych z przygotowaniem dokumentacji – 3 690,00 zł

Planuje się realizację następujących zadań w obszarze zabezpieczenia przeciwpożarowego jednostki:

- przebudowa stref PPOŻ wraz z progami ewakuacyjnymi;
- montaż GSO;
- montaż alarmowej instalacji pożarowej;
- montaż wewnętrznej sieci hydrantowej.

Obecnie trwają prace nad wykonaniem dokumentacji projektowej dot. przebudowy stref PPOŻ wraz z progami ewakuacyjnymi. Na tej podstawie możliwa będzie wycena tego zadania. W przypadku pozostałych pozycji sytuacja przedstawia się analogicznie - każdorazowo wykonywany będzie projekt wraz z kosztorysem. Przyjęty harmonogram realizacji zakłada, iż corocznie możliwe jest wykonanie jedynie jednego zakresu robót począwszy od 2021 r. Tym samym zakończenie zadania spodziewane jest na rok 2025.

[Dowód: akta kontroli str. 240]

13. Normy zatrudnienia pielęgniarek

W Centrum normy zatrudnienia pielęgniarek określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia

KBG 9

szpitalnego z dnia 11 października 2018 r. (Dz. U. poz. 2012 z późn. zm.) dotyczą Oddziału schorzeń układu oddechowego dzieci i młodzieży – I. W ww. Oddziale zatrudnienie na dzień kontroli wynosiło 26 etatów, natomiast obowiązująca norma w przeliczeniu na liczbę łóżek wynosi 29 etatów. Zgodnie z informacją uzyskaną od Dyrekcji Centrum, brak trzech etatów pielęgniarskich wynika z trudności pozyskania personelu w tej grupie zawodowej (brak pielęgniarek na rynku pracy).

W odniesieniu do dwóch oddziałów rehabilitacyjnych obowiązują normy określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami. W obu oddziałach rehabilitacyjnych zatrudnionych jest łącznie 13 pielęgniarek i - zgodnie z informacjami uzyskanymi od Dyrekcji Centrum – w przedmiotowych komórkach organizacyjnych działalności medycznej nie występują braki kadrowe w grupie zawodowej pielęgniarek.

[Dowód: akta kontroli str. 241-242]

14. Funkcjonowanie systemu kontroli / oceny zakażeń.

W Centrum funkcjonuje Zespół kontroli zakażeń szpitalnych, powołany Zarządzeniem Dyrektora Centrum nr 32/2008 z dnia 18.12.2008 r. Zgodnie z zapisami ww. Zarządzenia, do zadań Zespołu należy m.in. prowadzenie kontroli wewnętrznej w zakresie realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych i przedstawianie wyników i wniosków z kontroli Dyrekcji Centrum a także szkolenie personelu Centrum w zakresie zakażeń. Członkowie Zespołu odbywają spotkania dwa razy w miesiącu.

W Centrum prowadzone są zarówno wewnętrzne szkolenia personelu w obszarze zakażeń (trzy razy w roku), jak też szkolenia zewnętrzne (raz w roku). W okresie objętym kontrolą liczba zakażeń szpitalnych w Centrum kształtowała się następująco:

- 2018 rok – 4 zakażenia (2 w Oddziale Schorzeń Układu Oddechowego Dzieci i Młodzieży I i 2 w Oddziale Rehabilitacyjnym III)
- 2019 rok – 10 zakażeń (1 w Oddziale Schorzeń Układu Oddechowego Dzieci i Młodzieży I i 9 w Oddziale Rehabilitacji Pulmonologicznej)
- 2020 rok (do dnia kontroli) – 0 zakażeń.

[Dowód: akta kontroli str. 243-248]

15. Braki kadrowe.

Na dzień kontroli w Centrum występują braki kadrowe w następujących grupach personelu:

- lekarz (schorzeń układu oddechowego) – 1 etat
- diagnosta laboratoryjny – 1 etat

Braki dotyczą personelu w Oddziale Schorzeń Układu Oddechowego oraz laboratorium. W jednostce podejmowano działania w kierunku pozyskania kadry polegające na publikacji ogłoszeń o wolnym stanowisku pracy, organizacji spotkań i prowadzeniu rozmów z zainteresowanymi podjęciem pracy jednakże nie przyniosły one oczekiwanych efektów.

[Dowód: akta kontroli str. 249-250]

B. Stwierdzone nieprawidłowości i uchybienia:

Nieprawidłowość polegająca na braku sporządzenia i przekazania skarżącemu pisemnej odpowiedzi na skargę wniesioną do Centrum w 2019 roku.

Przyczyny nieprawidłowości:

Brak należytej staranności przy rozpatrywaniu skargi.

Skutki nieprawidłowości:

Naruszenie art. 238 § 1 Kodeksu postępowania administracyjnego.

C. Ocena cząstkowa: pozytywna mimo stwierdzonej nieprawidłowości

D. Osoby odpowiedzialne:

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

IV. Prawdliwość gospodarowania mieniem.

A. Ustalenia faktyczne

W zakresie prawidłowości gospodarowania mieniem kontrolą objęto niżej wymienione zagadnienia:

1. Nabycie sprzętu i aparatury medycznej.

W okresie objętym kontrolą dokonano zakupu jednej pozycji w grupie sprzętu i aparatury medycznej:

- a) Spirometr Luntest 1000 (modernizacja - rozbudowa posiadanego spirometru o dodatkowe moduły pomiarowe) o wartości 19 434,00 zł:
- dowód przyjęcia OT 15/19 z dnia 17.12.2019 r., numer inwentarzowy: T51-8-80-802-05H;
 - zakup ujęty w planie inwestycyjnym Centrum na 2019 r., którego korekta została pozytywnie zaopiniowana przez Radę Społeczną Centrum uchwałą nr 10/2019 z dnia 18.12.2019 r.;
 - pozytywna opinia Rady Społecznej dotycząca zakupu wyrażona uchwałą nr 8/2019 z dnia 03.12.2019 r.;
 - na mocy Uchwały 1891/63/VI/2019 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 21.08.2019 r. w sprawie zmiany procedury nabywania aparatury i sprzętu medycznego przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie akceptacja podmiotu tworzącego dla niniejszej czynności nie była wymagana ze względu na przyznanie dotacji na zakup;
 - zakup sfinansowany częściowo ze środków Województwa Śląskiego (13 000,00 zł) oraz częściowo ze środków własnych (6 434,00 zł), potwierdzony fakturą VAT nr FA/001395/2019 z dnia 17.12.2019 r. na kwotę 19 434,00 zł, termin płatności 31.12.2019 r., zapłacono 27.12.2019 r.;
 - protokół odbioru i instalacji z dnia 17.12.2019 r.

W trakcie kontroli ustalono, że ww. sprzęt medyczny zakupiony z dotacji Województwa Śląskiego jest wykorzystywany do udzielania świadczeń zdrowotnych.

2. Zbycie sprzętu i aparatury medycznej.

W okresie objętym kontrolą nie dokonano zbycia sprzętu i aparatury medycznej. Zgodnie z oświadczeniem Głównej Księgowej w latach 2018-2020 Centrum nie dokonało likwidacji sprzętu i aparatury medycznej.

[Dowód: akta kontroli str. 251-267]

3. Najem/dzierżawa pomieszczeń.

Wykaz umów najmu i dzierżawy zawartych w latach 2018 – 2020 (do dnia kontroli) stanowi dowód kontroli. W ramach kontroli sprawdzaniem objęto prawidłowość zawarcia umowy najmu:

1) Nr 15/04/2018 z dnia 27.04.2018 r.:

Przedmiotem umowy jest najem garażu przeznaczonego do parkowania samochodu osobowego. Umowa zawarta została w trybie bezprzetargowym na czas określony od 01.05.2018 r. do 30.04.2021 r.

Brak opinii Rady Społecznej Centrum w sprawie przedmiotowego najmu, co uznać należy za działanie niewłaściwe z uwagi na obowiązek jaki spoczywa na Dyrektorze Centrum wynikający z zapisów:

- art. 48 ust. 2 pkt. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej gdzie wśród zadań Rady Społecznej wskazano wykonywanie innych zadań określonych w ustawie i statucie;
- § 5 ust. 1 „Zasad zbywania, wydzierżawiania wynajmowania, oddania w użytkowanie lub użyczenie aktywów trwałych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej” (zwanych dalej „Zasadami...”) przyjętych uchwałą Nr 1784/277/IV/2013 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 13.08.2013 r. z późn. zm., który stanowi, że opinii rady społecznej zakładu wyrażonej w formie uchwały wymaga: zbycie aktywów trwałych, oddanie ich w dzierżawę, najem, użytkowanie lub użyczenie, jak też ustanowienie zastawu lub przewłaszczenie.

- § 9 ust. 2 Statutu Wojewódzkiego Centrum Pediatrii „KUBALONKA” w Istebnej stanowiącego, iż do zadań Rady Społecznej należy również wydawanie opinii w sprawach dotyczących Centrum, jeżeli wymóg taki wynika z uchwały organu Województwa Śląskiego.

Na podstawie §10 ust. 4 „Zasad...” zgoda podmiotu tworzącego w przypadku ww. umowy z uwagi na jej przedmiot oraz okres na jaki została zawarta nie była wymagana. Zgodnie z zapisami umowy, najemca zobowiązany jest płacić wynajmującemu czynsz, na podstawie wystawionej przez wynajmującego faktury VAT do 15 dnia miesiąca.

Zgodnie z zapisami § 15 pkt. 3 „Zasad ...” umowa powinna zawierać zobowiązanie najemcy do ubezpieczenia przedmiotu najmu od następstw zdarzeń losowych oraz posiadania przez najemcę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej. Zapis w § 5 umowy nie uwzględnia posiadania przez najemcę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej. Ponadto zgodnie z § 15 pkt. 6 cytowanych wyżej zasad umowa powinna zawierać postanowienia dotyczące ponoszenia podatków i innych ciężarów publicznych związanych z przedmiotem umowy. Umowa poza informacją o doliczeniu do czynszu kwoty podatku VAT nie reguluje kwestii dotyczącej podatku od nieruchomości. Zwraca się uwagę, iż w przypadku wliczenia podatku od nieruchomości w stawkę czynszową winno się zawrzeć tę informację w treści zawartej umowy.

Ponadto § 15 pkt. 7 „Zasad ...” zawiera zapis, iż umowa powinna zawierać informację o zakazie podnajmowania i poddzierżawy. Zapis w § 1 ust.2 umowy nie spełnia powyższego wymagania gdyż nie reguluje zakazu poddzierżawy.

Pozostałe wymogi co do postanowień dotyczących umowy określone w § 15 uchwały Zarządu Województwa Śląskiego zostały zawarte w ww. umowie.

Kontrolą objęto następujące faktury:

- faktura nr 198/MAG/10/2019 za czynsz, z dnia 01.10.2019 r. z terminem płatności do 15.10.2019 r. Zapłata nastąpiła w dniu 14.10.2019 roku;
- faktura nr 132/MAG/07/2020 za czynsz, z dnia 01.07.2020 r. z terminem płatności do 15.07.2020 r. Zapłata nastąpiła w dniu 15.07.2020 roku.

Stawki czynszu określone zostały zgodnie z treścią umowy.

2) Nr 1/05/2018 z dnia 24.05.2018 r. wraz z aneksem 1 z dnia 19.07.2018 r.:

Przedmiotem umowy jest najem lokalu na cele użytkowe (działalność handlowo-gastronomiczna wyłącznie na potrzeby pacjentów Centrum, opiekunów pacjentów, osób odwiedzających, pracowników i Zespołu Szkół Specjalnych), o łącznej powierzchni użytkowej 42 m². Umowa zawarta została w trybie bezprzetargowym jako kontynuacja umowy zawartej w trybie licytacji na czas określony od 01.06.2018 r. do 31.05.2021 r.

Do niniejszej umowy przedłożono Uchwałę Nr 11/2012 Rady Społecznej Wojewódzkiego Centrum Pediatrii „KUBALONKA” w Istebnej z dnia 18.04.2012 r. Nie można przyjąć, iż wskazana uchwała stanowi wyrażenie opinii na temat niniejszej czynności prawnej chociażby ze względu na treść § 5 ust. 2 pkt. 7 „Zasad ...” przyjętych uchwałą Nr 1784/277/IV/2013 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 13.08.2013 r. z późn. zm., która nakazuje kierownikowi zakładu określenie okresu na jaki planowane jest wydzierżawienie, wynajęcie, oddanie w użytkowanie lub użyczenie. Trudno przyjąć, iż w 2012 r. przewidziano okres najmu na jaki zawarto umowę stanowiącą przedmiot kontroli.

Brak aktualnej zgody Rady Społecznej Centrum na przedmiotowy najem uznać należy za działanie niewłaściwe z uwagi na obowiązek jaki spoczywa na Dyrektorzce Centrum wynikający z zapisów:

- art. 48 ust. 2 pkt. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej gdzie wśród zadań Rady Społecznej wskazano wykonywanie innych zadań określonych w ustawie i statucie;
- § 5 ust. 1 „Zasad...”, który stanowi, że opinii rady społecznej zakładu wyrażonej w formie uchwały wymaga: zbycie aktywów trwałych, oddanie ich w dzierżawę, najem, użytkowanie lub użyczenie, jak też ustanowienie zastawu lub przewłaszczenie;
- § 9 ust. 2 Statutu Wojewódzkiego Centrum Pediatrii „KUBALONKA” w Istebnej stanowiącego, iż do zadań Rady Społecznej należy również wydawanie opinii w sprawach dotyczących Centrum, jeżeli wymóg taki wynika z uchwały organu Województwa Śląskiego.

Na podstawie §10 ust. 4 „Zasad...” zgoda podmiotu tworzącego w przypadku ww. umowy z uwagi na jej przedmiot oraz okres na jaki została zawarta nie była wymagana. Zgodnie z zapisami umowy, najemca zobowiązany jest płacić wynajmującemu czynsz, na podstawie wystawionej przez wynajmującego faktury VAT w terminie 7 dni od jej wystawienia.

Zgodnie z zapisami § 15 pkt. 6 cytowanych wyżej Zasad umowa powinna zawierać postanowienia dotyczące ponoszenia podatków i innych ciężarów publicznych związanych z przedmiotem umowy. Umowa poza informacją o doliczeniu do czynszu kwoty podatku VAT nie reguluje kwestii dotyczącej podatku od nieruchomości. Zwraca się uwagę, iż w przypadku wliczenia podatku od nieruchomości w stawkę czynszową winno się zawrzeć tę informację w treści zawartej umowy.

Ponadto § 15 pkt. 7 „Zasad ...” zawiera zapis, iż umowa powinna zawierać informację o zakazie podnajmowania i poddzierżawy. Zapis w § 7 umowy nie spełnia powyższego wymagania stanowiąc, iż podnajem, bądź oddanie lokalu do bezpłatnego używania osobom trzecim, wymaga pisemnej zgody wynajmującego.

Pozostałe wymogi co do postanowień dotyczących umowy określone w § 15 uchwały Zarządu Województwa Śląskiego zostały zawarte w ww. umowie.

Uwagę kontrolujących zwrócił fakt, iż umowa zawiera ryczałtowe opłaty w zakresie energii elektrycznej, zużycia zimnej wody i kanalizacji, podgrzania CWU oraz wywozu odpadów. Należałoby rozważyć czy w kontekście terminu obowiązywania umowy oraz jej charakteru, a także zmieniających się cen rynkowych określone stawki ryczałtowe pokrywają faktycznie poniesione koszty. Celem racjonalizacji przychodów i kosztów Centrum powinno dokonywać okresowej analizy ponoszonych kosztów i aktualizacji cen w ww. zakresie. Umowa nie przewiduje zmiany kosztów eksploatacyjnych w tym zakresie w okresie jej trwania. Powyższe może mieć wpływ na wysokość dochodów uzyskiwanych przez Centrum. Zasadnym byłoby rozważenie wprowadzenia ww. rozliczeń wg faktycznego zużycia.

Kontrolą objęto następujące faktury:

- faktura nr 190/MAG/10/2018 za czynsz, z dnia 02.10.2018 r. z terminem płatności 21 dni (do 23.10.2018 r.). Zapłata nastąpiła w dniu 23.10.2018 roku;
- faktura nr 144/MAG/08/2020 za czynsz, z dnia 04.08.2020 r. z terminem płatności 21 dni (do 25.08.2020 r.). Zapłata nastąpiła w dniu 13.08.2020 roku.

Terminy płatności faktur zgodne z aneksem 1 do umowy zawartym dnia 19.07.2018 r.

Stawki czynszu określone zostały zgodnie z treścią umowy.

[Dowód: akta kontroli str. 268-282]

4. Inwestycje współfinansowane z dotacji celowych Województwa Śląskiego.

W okresie objętym kontrolą Centrum przeprowadziło trzy inwestycje współfinansowane z dotacji celowych z budżetu Województwa Śląskiego. Wszystkie umowy dotacyjne zawarte zostały w 2019 roku. Zakres przeprowadzonych inwestycji prezentuje poniższa tabela.

LP	NR UMOWY	PRZEDMIOT UMOWY	KOSZT REALIZACJI / ZAKUPU (zł)	KOMÓRKA, W KTÓREJ WYKORZYSTYWANY JEST SPRZĘT I APARATURA MEDYCZNA
1	2	3	4	5
1.	2886/ZD/2019	Awaryjna modernizacja rur spustowych i orynnowania budynku Wojewódzkiego Centrum Pediatrii "Kubalonka" w Istebnej	162 387,40	
2.	4192/ZD/2019	Modernizacja czterech sal chorych w Pawilonie 8 celem dostosowania do wymogów sanitarnych i poprawy bezpieczeństwa pacjentów w Wojewódzkim Centrum Pediatrii "Kubalonka" w Istebnej	78 105,00	
3.	4446/ZD/2019	Modernizacja spirometru Lungtest 1000 Wojewódzkiego Centrum Pediatrii "Kubalonka" w Istebnej	19 434,00	Pracownia badań czynnościowych
	SUMA		259 926,4	

Tabela nr 6. – inwestycje współfinansowane z dotacji celowych Województwa Śląskiego na dzień 15.09.2020 r.

Łączna wartość środków pozyskanych z dotacji Województwa Śląskiego to 259 926,40 zł.

[Dowód: akta kontroli str.283]

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

1. Uchybienie polegające na braku w umowie najmu nr 15/04/2018 z dnia 27.04.2018 r. zapisu dot. zobowiązania najemcy do posiadania ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, postanowienia dotyczącego ponoszenia podatków i innych ciężarów publicznych związanych z przedmiotem umowy w szczególności podatku od nieruchomości oraz postanowienia dotyczącego zakazu poddzierżawy.
2. Uchybienie polegające na braku w umowie najmu nr 01/05/2018 z 24.05.2018 r. postanowienia dotyczącego ponoszenia podatków i innych ciężarów publicznych związanych z przedmiotem umowy w szczególności podatku od nieruchomości oraz postanowienia dotyczącego zakazu podnajmowania i poddzierżawy.

3. Uchybienie polegające na nieubieganiu się o opinię Rady Społecznej w zakresie umów najmu nr 15/04/2018 z dnia 27.04.2018 r. oraz 01/05/2018 z 24.05.2018 r.

Przyczyny uchybień:

1. Niedochowanie należytej staranności w zakresie spełnienia wymogów proceduralnych poprzez konstruowanie zapisów umów na najem bez uwzględnienia zapisów obowiązujących procedur;
2. Brak odpowiedniego nadzoru nad pracownikami odpowiedzialnymi za konstruowanie zapisów umów w zakresie najmu pomieszczeń.

Skutki uchybień:

1. Naruszenie zapisów § 15 pkt. 3,6 i 7 „Zasad zbywania, wydzierżawiania, wynajmowania, oddania w użytkowanie lub użyczenie aktywów trwałych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie” przyjętych wówczas uchwałą Nr 1784/277/IV/2013 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 13.08.2013 r. z późn. zm., obecnie uregulowanych w § 3 „Zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie” przyjętych uchwałą Nr 1966/161/IV/2020 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 26.08.2020 r.
2. Naruszenie zapisów § 5 ust. 1 „Zasad zbywania, wydzierżawiania, wynajmowania, oddania w użytkowanie lub użyczenie aktywów trwałych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (...)” przyjętych wówczas uchwałą Nr 1784/277/IV/2013 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 13.08.2013 r. z późn. zm., obecnie uregulowanych w § 4 ust. 1 „Zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie” przyjętych uchwałą Nr 1966/161/IV/2020 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 26.08.2020 r.

C. Ocena cząstkowa: pozytywna mimo stwierdzonych uchybień.

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

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

A. Ustalenia faktyczne:

Ostatnia kontrola planowa w Centrum przeprowadzona została przez pracowników Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w dniach 29 - 30 maja 2018r., w zakresie: realizacji zadań określonych w statucie i regulaminie organizacyjnym; dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych; prawidłowości gospodarowania mieniem oraz środkami publicznymi w latach 2016 – 2018.

Wydano następujące zalecenia pokontrolne:

1. *Zgłoszenie do Krajowego Rejestru Sądowego adresu strony internetowej i adresu poczty elektronicznej Centrum, zgodnie z wymogiem art. 38 pkt 1a, w związku z art. 53a ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym.*
2. *Zamieszczenie informacji, o której mowa w art. 24 ust. 1 pkt 12 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej w treści Regulaminu Organizacyjnego oraz na stronie internetowej Centrum.*
3. *Uzupełnienie treści umieszczonych na stronie internetowej Centrum w ten sposób, aby spełniała ona wszystkie wymogi dla strony podmiotowej BIP przewidziane przepisami*

- prawa.
4. Wskazywanie w treści zawieranych umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych łącznej wartości zamówienia.
 5. Przedstawianie okresowo Radzie Społecznej Centrum do analizy skarg i wniosków wpływających do Centrum (lub informacji o ich braku), zgodnie z obowiązkiem wynikającym z art. 48 ust. 2 pkt. 3 ustawy o działalności leczniczej.
 6. Terminowe występowanie do Rady Społecznej Centrum o uzyskanie opinii wymaganych przepisami prawa.
 7. Uzyskiwanie opinii Rady Społecznej w przypadkach przewidzianych w „Zasadach zbywania, wydzierżawiania wynajmowania, oddania w użytkowanie lub użyczenie aktywów trwałych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej”, przyjętych uchwałą Nr 1784/277/IV/2013 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 13.08.2013 r. z późn. zm.

Dyrektor Centrum złożył do Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego sprawozdanie o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych pismem l.dz.445/2018 z dnia 24.09.2018 r.

Sprawdzono realizację zaleceń pokontrolnych w latach 2018-2020 i stwierdzono, że nie zostały one w pełni wykonane. Spośród 7 wydanych zaleceń nie zrealizowano 2 wymagań określonych w pkt. 2 i 7.

B. Stwierdzone nieprawidłowości (przyczyny, skutki):

1. Brak realizacji zalecenia pokontrolnego dot. zamieszczenia informacji, o której mowa w art. 24 ust. 1 pkt 12 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej w treści Regulaminu Organizacyjnego oraz na stronie internetowej Centrum.
2. Brak realizacji zalecenia pokontrolnego dot. uzyskiwania opinii Rady Społecznej w przypadkach przewidzianych w „Zasadach zbywania, wydzierżawiania wynajmowania, oddania w użytkowanie lub użyczenie aktywów trwałych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej”, przyjętych uchwałą Nr 1784/277/IV/2013 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 13.08.2013 r. z późn. zm.

Przyczyna nieprawidłowości:

1. Brak należytego nadzoru nad pracownikami odpowiedzialnymi za wykonywanie czynności wskazanych w niezrealizowanych zaleceniach pokontrolnych.

Skutki nieprawidłowości:

1. Brak realizacji zaleceń, do wykonania których Dyrektor Centrum zobowiązany został przez Zarząd Województwa Śląskiego w wystąpieniu pokontrolnym z dnia 21 sierpnia 2018 r.

C. Ocena częściowa: pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości

D. Osoby odpowiedzialne:

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

VI. Pozostałe informacje, zalecenia i pouczenia.

1. Pozostałe informacje

Pismem z dnia 29 stycznia 2021r. znak: NZ-NK.1711.4.2020, NZ-NK.KW-00053/21 Projekt wystąpienia pokontrolnego został przekazany Dyrektorowi Centrum. Przedmiotowe pismo zostało

doręczone do Centrum w dniu 05 lutego 2021 r.

Dyrektor Centrum nie zgłosił zastrzeżeń do treści projektu wystąpienia pokontrolnego.

2. Zalecenia

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

1. Zamieszczeniu informacji, o której mowa w art. 24 ust. 1 pkt 12 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej w treści Regulaminu Organizacyjnego, na stronie internetowej oraz stronie podmiotowej BIP Centrum.
2. Zamieszczeniu na stronie podmiotowej BIP Centrum wszystkich wymaganych przepisami prawa informacji, w tym: statutu, Regulaminu Organizacyjnego, informacji o majątku instytucji oraz dokumentacji dotyczącej przebiegu i efektów kontroli oraz wystąpień, stanowisk i innych wniosków i opinii podmiotów je przeprowadzających.
3. Sporządzaniu i przekazywaniu skarżącym pisemnych odpowiedzi na skargi wnoszone do Centrum.
4. Przestrzeganiu zapisów „Zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie” przyjętych uchwałą Nr 1966/161/IV/2020 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 26.08.2020 r. w zakresie umieszczania wymaganych postanowień w treści zawieranych umów najmu.
5. Uzyskiwaniu opinii Rady Społecznej w przedmiocie zawieranych umów najmu.
6. Realizacji zaleceń pokontrolnych z kontroli przeprowadzanych przez podmiot tworzący.

3. Pouczenia

Wystąpienie pokontrolne sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, z których jeden przekazuje się do Centrum.

Wystąpienie pokontrolne zawiera 24 ponumerowane strony.

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

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

Podmiot uprawniony do kontroli

z up. ZARZĄDU WOJEWÓDZTWA ŚLĄSKIEGO

Grzegorz Gwóźdź
Zastępca Dyrektora
Departamentu Nadzoru Podmiotów
Leczniczych i Ochrony Zdrowia