

Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego

ZD-I.1711.4.2017

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

z kontroli kompleksowej przeprowadzonej w:
Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej
Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym
im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku

Białystok 2017

Na podstawie art. 121 ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej Dz.U.2016.1638 j.t. Departament Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Podlaskiego w Białymstoku przeprowadził kontrolę kompleksową w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Wojewódzkim Szpitalu Zespólnym im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 26.

Kontrolę przeprowadzono w terminie od 13.03.2017 r. do 14.04.2017 r., z przerwami w dniach: 13.-14.04.2017 przez: Rafała Kołakowskiego – inspektora w Departamencie Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Podlaskiego w Białymstoku, na podstawie upoważnienia Nr ZD-I.087.7.2017 z dnia 10.03.2017 r., Krystiana Małyszko – inspektora w Departamencie Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Podlaskiego w Białymstoku, na podstawie upoważnienia Nr ZD-I.087.8.2017 z dnia 10.03.2017 r.

Wyjaśnień w trakcie kontroli udzielali kierownicy poszczególnych działów oraz inni pracownicy w miarę zachodzących potrzeb.

Dokonano wpisu w książce kontroli pod pozycją 477.

Zakres kontroli:

1. Realizacja zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie, dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych.
2. Prawdliwość gospodarowania mieniem oraz środkami publicznymi.
3. Gospodarka finansowa.

I. Charakterystyka kontrolowanej jednostki

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital Zespólny im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku zwany w dalszej części protokołu „Szpitalem” „Jednostką” lub „Zakładem”, jest samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej posiadającym osobowość prawną. Postanowieniem Sądu Rejonowego w Białymstoku, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego został wpisany do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji, publicznych zakładów opieki zdrowotnej pod nr KRS 0000003421. NIP 542-25-29-292 został nadany w dniu 15 grudnia 1998 roku przez Pierwszy Urząd Skarbowy w Białymstoku. REGON 050657729 został nadany przez Urząd Statystyczny w Białymstoku. Siedziba Szpitala znajduje się w Białymstoku, przy ul. Marii Skłodowskiej-Curie 26.

1. Dyrektorem Szpitala od dnia 01.08.2015 r. jest Pan Cezary Ireneusz Nowosielski.
2. Zastępstwo Dyrektora.

W statucie Szpitala określono, iż podczas nieobecności Dyrektora, Zakładem kieruje wyznaczony przez niego zastępca. W okresie przeprowadzenia kontroli Dyrektor Zakładu wykonywał swoje obowiązki przy pomocy dwóch zastępców oraz Głównego Księgowego, tj.:

- Zastępca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa - funkcję tę pełni od dnia 01.10.2011 r. Pani Małgorzata Strankowska,
- Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa – funkcję tę pełni od dnia 15.02.2016 r. dr. n. med. Agnieszka Janke w wymiarze 0,6 etatu.

- Głównego Księgowego Szpitala funkcję tę pełni od dnia 01.09.2013 r., Pan Karol Kozłowski, który spełnia wymagania odnośnie kwalifikacji i posiadanego doświadczenia zawodowego wymagane przy pełnieniu stanowiska Głównego Księgowego w zakładach opieki zdrowotnej, określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami oraz art. 54 ust.2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych.
- 3. Statut SP ZOZ WSZ im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku zatwierdzony został Uchwałą Nr XXV/303/13 Sejmiku Województwa Podlaskiego z dnia 22 lutego 2013 r. ostatnia zmiana uchwałą Sejmiku Nr XXIII/195/16 z dnia 21.03.2016 r.
- 4. Regulamin organizacyjny zaopiniowany został uchwałą Rady Społecznej Nr 28/2015 z dnia 07.09.2015 r. w sprawie zaopiniowania tekstu jednolitego Regulaminu Organizacyjnego SP ZOZ Wojewódzkiego Szpitala Zespółonego im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku.
- 5. Zadania Szpitala
- 5.1. Celem działania Zakładu jest prowadzenie działalności leczniczej polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych oraz promocji zdrowia.
 - 1) udzielanie świadczeń szpitalnych,
 - 2) udzielanie stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż świadczenia szpitalne,
 - 3) udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych,
 - 4) udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu medycyny pracy.
- 2. Zakład może również udzielać świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.
- 3. Zakład realizuje zadania związane z wykorzystaniem publicznej i niepublicznej służby zdrowia na potrzeby obronne państwa.
- 4. Zakład może także wykonywać działalność gospodarczą w zakresie:
 - 1) usług diagnostycznych,
 - 2) wynajmu i dzierżawy pomieszczeń i gruntów,
 - 3) żywienia,
 - 4) sterylizacji, pod warunkiem, że działalność ta nie jest uciążliwa dla pacjenta lub przebiegu leczenia.

II. Dostępność i poziom udzielanych świadczeń zdrowotnych

1. W toku kontroli sprawdzeniu poddano konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w okresie od 01.07.2016 r. do 30.06.2017 r. przez lekarzy specjalistów w dziedzinie kardiologii lub chorób wewnętrznych w Oddziale Kardiologii z Pododdziałem Kardiologii Inwazyjnej, w godzinach normalnej ordynacji oraz pełnienie dyżurów medycznych.

Dyrektor Szpitala w dn. 09.06.2016 r. powołał Zarządzeniem nr 48/2016 Komisję Konkursową w czteroosobowym składzie.

W ogłoszeniu z dnia 01.06.2016 r. zawarto informacje, iż oferty należało składać do dnia 10.06.2016 r. do godziny 15:00 w Kancelarii Szpitala pok. Nr 12 w budynku Administracji.

Wg szczegółowych warunków konkursu ofert komisja konkursowa określiła kryteria wyboru oferty w oparciu o najkorzystniejszą cenę. Udzielający zamówienie zastrzegł możliwość negocjowania cen.

Oferenci w formularzach ofertowych mieli możliwość zaproponowania ceny brutto za godzinę udzielania świadczeń w godzinach normalnej ordynacji oraz pełnienia dyżurów.

Wg protokołu z dnia 13.06.2016 r. z zebrania Komisji Konkursowej w przedmiotowym postępowaniu wpłynęły trzy oferty, które po przeprowadzonych negocjacjach zostały przyjęte. W dniu 27.06.2016 r. zawarto umowy o nr 115.70.2016, 115.71.2016, 115.72.2016.

Oferenci przyjęli propozycję komisji odnośnie ceny za godzinę udzielania świadczeń w godzinach normalnej ordynacji oraz ceny za godzinę pełnienia dyżuru. Ponadto podczas negocjacji ustalono cenę za wszczepienie 1 stymulatora jednojamowego oraz cenę za wszczepienie 1 stymulatora dwujamowego. Warunków cenowych odnoszących się do wszczepienia stymulatorów nie określono w szczegółowych warunkach konkursu.

Wg. art. 147 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych kryteria oceny ofert i warunki wymagane od świadczeniodawców są jawne i nie podlegają zmianie w toku postępowania.

2. W toku kontroli sprawdzeniu poddano konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresach: procedur kardiologii i elektrofizjologii tj. implantacja stymulatora jednojamowego, dwujamowego (VVI,DDD), kardiowertera-defibrylatora jednojamowego, dwujamowego (ICD V-R,ICD D-R), kardiowertera-defibrylatora resynchronizującego (CR T-D), stymulatora resynchronizującego (CR T-P) oraz wykonywanie ablacji na okres od 20.10.2016 r. do 31.12.2017 r.

Dyrektor Szpitala w dn. 06.10.2016 r. powołał Zarządzeniem nr 77/2016 Komisję Konkursową w czteroosobowym składzie.

W ogłoszeniu z dnia 03.10.2016 r. zawarto informacje, iż oferty należało składać do dnia 10.10.2016 r. do godziny 15:00 w Kancelarii Szpitala pok. Nr 12 w budynku Administracji. Termin składania ofert był 7 dniowy.

Wg szczegółowych warunków konkursu z dnia 03.10.2016 r. ofert komisja konkursowa określiła kryteria wyboru oferty w oparciu o najkorzystniejszą cenę. Udzielający zamówienie zastrzegł możliwość negocjowania cen.

Oferenci w formularzach ofertowych mieli możliwość zaproponowania ceny brutto za świadczenie usług będących przedmiotem konkursu.

Wg protokołu z dnia 11.10.2016 r. z zebrania Komisji Konkursowej w przedmiotowym postępowaniu wpłynęła jedna oferta, która po przeprowadzonych negocjacjach została przyjęta. W dniu 2.10.2016 r. zawarto umowę o nr 115.129.2016.

3. W toku kontroli sprawdzeniu poddano konkurs ofert na udzielanie świadczeń przez:
 1. lekarza specjalistę w formie badań:
 - USG,
 - USG metodą DOPPLERA,
 - Biopsji cienkoigłowej pod kontrolą USG,

- USG TRUS,
- Zabieg termoablacji,
- Drenaż pod kontrolą USG,
- Punkcja pod kontrolą USG.

2. Procedur leczenia inwazyjnego bólu w ramach oddziałów zabiegowych,

3. Świadczeń udzielanych przez technika elektroradiologii w zakresie radiologii zabiegowej (leczenie bólu) w Dziale Diagnostyki Obrazowej,

4. W zakresie medycyny pracy w Gabinetcie Medycyny Pracy.

Termin zawarcia umów ustalono na okres od 01.01.2017 r. do dnia 31.12.2019 r. Dyrektor Szpitala w dn. 06.12.2016 r. powołał Zarządzeniem nr 94/2016 Komisję Konkursową w czteroosobowym składzie.

W ogłoszeniu z dnia 21.11.2016 r. zawarto informacje, iż oferty należało składać do dnia 06.12.2016 r. do godziny 15:00 w Kancelarii Szpitala pok. Nr 12 w budynku Administracji. Wg szczegółowych warunków konkursu oferta komisja konkursowa określiła kryteria wyboru oferty w oparciu o najkorzystniejszą cenę. Udzielający zamówienie zastrzegł możliwość negocjowania cen.

Oferenci w formularzach ofertowych mieli możliwość zaproponowania ceny brutto za świadczenie usług będących przedmiotem konkursu.

Wg protokołu z dnia 07.12.2016 r. z zebrania Komisji Konkursowej w przedmiotowym postępowaniu wpłynęły cztery oferty. Komisja stwierdziła również, że nie było ofert, które wpłynęły po terminie określonym w ogłoszeniu konkursu.

Przedstawiona dokumentacja zawierała natomiast 6 ofert:

- Pani Elżbiety Doroty T. – w zakresie radiologii zabiegowej (leczenie bólu) w Dziale Diagnostyki Obrazowej udzielane przez technika elektroradiologii /umowa Nr 115.29.2017 zawarta w dniu 30.12.2016 r./.
- Prywatna Specjalistyczna Praktyka Lekarska Jarosław Sz. – w zakresie świadczeń udzielanych przez lekarza w formie badań/ oferta odrzucona, gdyż proponowana cena była wyższa od oferty konkurencyjnej, a pełnomocnik Pana Jarosława Sz. poinformował, iż zaproponowane w ofercie ceny są ostateczne i nie podlegają negocjacom. /.
- Diagnostyka Medyczna-USG Mariusz Adam J.- w zakresie świadczeń udzielanych przez lekarza w formie badań USG, USG metodą Dopplera /umowa 115.94.2017 z dnia 30 grudnia 2016 r. Dyplom Pierwszego Stopnia Specjalizacji w zakresie Radiodiagnostyki.
- Specjalistyczna Indywidualna Praktyka Lekarska Krzysztof Wojciech P.- udzielanie kompleksowych świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia inwazyjnego bólu /umowa Nr 115.31.2017 z dnia 20.12.2016 r.
- Podlaski Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy w Białymstoku –świadczenie usług w zakresie medycyny pracy /umowa 115.30.2017 z dnia 28.12.2016 r./.
- KATE-MED Katarzyna Ż- świadczenie usług pielęgniarских przy zabiegach z zakresu radiologii zabiegowej (leczenie bólu) w Dziale Diagnostyki Obrazowej (14 h/ tygodniowo). Oferta została odrzucona ze względu na brak zaświadczenia o stażu pracy, jako pielęgniarki anestezyjologicznej lub operacyjnej, a konkurs został w przedmiotowym zakresie unieważniony.

W protokole w punkcie 4 zawarto informacje odnośnie oferty na świadczenie usług pielęgniarских przy zabiegach z zakresu radiologii zabiegowej (leczenie bólu) w Dziale Diagnostyki Obrazowej, co stanowi rozbieżność z informacjami zawartymi w szczegółowych warunkach konkursu oraz ogłoszeniu.

Przedstawiona dokumentacja zawierała również ogłoszenie nr PK Nr 6/2017 z dnia 24.11.2016 r. w sprawie konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w powyższym zakresie. Dokumentacja nie zawierała natomiast zarządzenia powołującego komisję konkursową mającą na celu przeprowadzenie konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie świadczenia usług pielęgniarских przy zabiegach z zakresu radiologii zabiegowej (leczenia bólu) w Dziale Diagnostyki Obrazowej.

W protokole z dnia 07.12.2016 r. zawarto informacje z odrębnych postępowań.

Oferta została odrzucona ze względu na brak zaświadczenia o stażu pracy, jako pielęgniarki anestezjologicznej lub operacyjnej, a konkurs został w przedmiotowym zakresie unieważniony.

4. Działalność Zespołu ds. oceny przyjęć

Zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych listy oczekujących na udzielenie świadczenia podlegają okresowej ocenie przez zespół oceny przyjęć powołany przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia. Na podstawie art. 21 ww. ustawy do zadań zespołu oceny przyjęć należy przeprowadzanie, co najmniej raz w miesiącu oceny list oczekujących na udzielenie świadczenia pod względem:

- prawidłowości prowadzenia dokumentacji,
- czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia,
- zasadności i przyczyn zmian terminów udzielenia świadczeń.

W SP ZOZ Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. J. Śniadeckiego w Białymstoku powołany został Zespół ds. oceny przyjęć pacjentów oczekujących na udzielanie świadczeń Zarządzeniem nr 117/2015 z dnia 11 grudnia 2015 r. w pięcioosobowym składzie. Świadczeniodawca, o którym mowa w art. 21 ust. 1 pkt 1 ww. ustawy, wyznaczył przewodniczącego zespołu. W 2016 r. Zespół ds. oceny przyjęć odbył 12 spotkań, z których każdorazowo sporządził raporty. Nie określono trybu pracy zespołu. Protokoły w 11 przypadkach zostały przedstawione Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa, poza protokołem z dnia 25.07.2016 r., znak DA.SO.004.10.2016.

Wg list obecności z posiedzenia zespołu ds. oceny list oczekujących :

- z dnia 29.02.2016 r. obecny na spotkaniu był jeden członek zespołu,
- z dnia 30.03.2016 r. obecnych na spotkaniu było dwóch członków,
- z dnia 28.09.2016 r. obecnych na spotkaniu było dwóch członków,
- z dnia 28.12.2016 r. obecnych na spotkaniu było dwóch członków.

Pismem z dnia 19.05.2017 r., znak DA.S.0910.6.4.2017 Dyrektor wyjaśnia, iż tu cyt.:”... Zespół ds. oceny przyjęć wykonuje swoje zadania w oparciu o ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz Regulamin Organizacyjny

Szpitala, który określa szczegółowe zadania i tryb pracy Zespołu. Pracami Zespołu kieruje przewodniczący, który również wyznacza terminy posiedzeń i decyduje o organizacji wykonywanych zadań.

W kwestii niskiej frekwencji na obradach Zespołu w dniach 29.02.2016 r., 30.03.2016 r., 28.09.2016 r. oraz 28.12.2016 r. informuje, iż w związku z sytuacją, w której cztery z pięciu członków zespołu to lekarze (w tym dwóch to lekarze specjalności zabiegowej), niezwykle trudnym jest ustalenie terminu posiedzenia w którym możliwa byłaby do uzyskania stu procentowa obecność. Niska frekwencja podczas posiedzeń we wskazanych w wystąpieniu pokontrolnym terminach wynika ze specyfiki pracy lekarzy będących członkami Zespołu (przeprowadzanie zabiegu operacyjnego, dzień wolny po dyżurze). Ponadto, w dniu 29.02.2016 roku jedna osoba będąca w składzie Zespołu przebywała na urlopie wypoczynkowym, a jedna na zwolnieniu lekarskim.”

W art. 21 ust. 2 ww. ustawy określono osoby, które dokonują oceny przyjęć. Wskazane w niniejszym wystąpieniu obecności z posiedzeń zespołu ds. oceny list oczekujących świadczą o niezachowaniu wymogów ustawodawcy.

Wg. art. 21 ust. 3 ww. ustawy Świadczeniodawca określa tryb pracy zespołu. W §87 pkt. V. Regulaminu Organizacyjnego Zakładu określono, iż szczegółowe zakresy zadań Zespołu ds. Oceny Przyjęć ustala Dyrektor Zakładu w sposób zapewniający sprawną i kompleksową realizację zadań przypisanych do wykonania. Zdaniem zespołu kontrolującego Kierownik Szpitala określając szczegółowy zakres zadań przedmiotowego Zespołu, winien uregulować problem braku frekwencji.

5. Analiza działalności leczniczej na Oddziale Ginekologiczno-położniczym.

Tabela 1. Średni czas pobytu na Oddziale Ginekologiczno-położniczym.

Wg stanu na:	Liczba osobodni*	Liczba leczonych z ruchem międzyoddziałowym**	Średni czas pobytu
I kwartał 2015 r.	3779	990	3,8
I kwartał 2016 r.	3930	1036	3,8
I kwartał 2017 r.	3461	956	3,6

Źródło: Opracowanie własne na podstawie sprawozdań kwartalnych z działalności oddziałów szpitalnych.

W I kwartale 2017 r. w stosunku do I kwartału 2015 r. oraz I kwartału 2016 r. wskaźnik przeciętnego okres pobytu na oddziale skrócił się o 0,2 dnia.

Tabela 2. Wskaźnik średniego wykorzystania łóżka w % na Oddziale Ginekologiczno-położniczym

Wg stanu na:	Średnia liczba łóżek	Liczba osobodni*	Średnie wykorzystanie łóżka
I kwartał 2015 r.	56	3779	75,0
I kwartał 2016 r.	56	3930	77,1
I kwartał 2017 r.	61	3461	64,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie sprawozdań kwartalnych z działalności oddziałów szpitalnych.

W I kwartale 2017 r. wskaźnik średniego wykorzystania łóżka był niższy o 11,00 % w stosunku do I kwartału 2015 r. oraz o 13,1 % w stosunku do I kwartału 2016 r.

Tabela 3. Wskaźnik przelotowości na oddziale ginekologiczno-położniczym.

	Liczba leczonych z ruchem międzyoddziałowym**	Średnia liczba łóżek	Wskaźnik przelotowości
I kwartał 2015 r.	990	56	17,7
I kwartał 2016 r.	1036	56	18,5
I kwartał 2017 r.	956	61	15,9

Zródło: Opracowanie własne na podstawie sprawozdań kwartalnych z działalności oddziałów szpitalnych

*liczba osobodni - jest to suma liczby dni pobytu wszystkich chorych w badanym okresie, w tym dzień przyjęcia i dzień wypisania liczy się jako jeden dzień pobytu.

**liczba leczonych – jest to suma liczby chorych według stanu na początku okresu sprawozdawczego i liczby chorych przyjętych do zakładu w okresie sprawozdawczym.

Liczba leczonych z ruchem międzyoddziałowym uwzględnia przeniesienie chorego z jednego oddziału na inny – pacjent, który w ciągu jednego pobytu w szpitalu był leczony np. w dwóch oddziałach będzie wykazany 2 razy.

Wskaźnik przelotowości w I kwartale 2017 r. zmniejszył się w stosunku do I kwartału 2016 r. o 1,6.

Wskaźnik przeciętnego pobytu jest na dobrym poziomie 3,6 dni, natomiast niekorzystnie prezentuje się wskaźnik średniego wykorzystania łóżka, który w pierwszym kwartale 2017 r. wyniósł 64,00 %. Innymi słowy 36 % bazy łóżkowej na oddziale ginekologiczno-położniczym była niewykorzystana.

Wg stanu na 31.12.2016 r. oddział ginekologiczno-położniczy poniósł stratę w wysokości 695.480,98 zł. Wg danych zatrudnienia w oddziałach szpitalnych za I kwartał 2017 r. na niniejszym oddziale wzrosła o 11 liczba etatów pielęgniarek i położnych w stosunku do 2016 r.

Mając na uwadze, iż liczba pacjentów w I kwartale 2017 r. była niższa w porównaniu do I kwartału 2015 r. i 2016 r. zwrócono uwagę, iż decyzja zwiększenia zatrudnienia może doprowadzić do pogłębienia straty.

Pismem z dnia 19.05.2017 r., znak DA.S.0910.6.4.2017 Dyrektor wyjaśnia, iż tu cyt.: „*Odnośnie zmniejszenia się wskaźnika przelotowości w I kwartale 2017 r. oraz wzrostu zatrudnienia w Oddziale Ginekologiczno –Położniczym i Oddziale Neonatologii z Patologią i Intensywną Terapią z ul. Warszawskiej 15 na ul. M. Skłodowskiej – Curie 26. Wzrost zatrudnienia w pierwszym kwartale 2017 roku w stosunku do pierwszego kwartału 2016 roku wynika z usytuowania w/w oddziałów na czterech piętrach.*

1. Oddział Ginekologiczno-Położniczy (był na trzech piętrach):

- Odcinek Patologii Cięży i Blok Porodowy na pierwszym piętrze;
- Odcinek Położniczy I na drugim piętrze;
- Odcinek Położniczy II na trzecim piętrze;
- Ginekologia i Blok Operacyjny na czwartym piętrze.

2. Oddział Neonatologii z Patologią i Intensywną Terapią z trzema salami (w 2016 r. były 2 sale) na drugim, piętrze.

W celu zapewnienia prawidłowej opieki hospitalizowanym pacjentkom w związku z usytuowaniem oddziałów na 4 piętrach i zapewnieniem ciągłości pracy (rozłożeniem grafików czasu pracy) została zwiększona obsada. Zmniejszony wskaźnik przelotowości w pierwszym kwartale 2017 roku w stosunku do pierwszego kwartału 2016 roku wynika z przeprowadzki oddziałów i zmniejszonej ilości pacjentek w tym czasie.

6. Rejestr skarg

Tryb składania i rozpatrywania skarg i wniosków został określony w § 56. "Regulaminu Organizacyjnego" Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Wojewódzkiego Szpitala Zespólnego im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku.

W Zakładzie została określona również procedura rozpatrywania skarg i wniosków z dnia 24.08.2015 r. o numerze III.21/2015

W trakcie kontroli przedstawiono zbiór skarg i wniosków złożonych do Zakładu w 2016 r., który wg załączonego spisu zawierał 20 skarg. Stwierdzono dwa przypadki braku odpowiedzi na wniesioną skargę o numerze DA.S.051.3.16, która wpłynęła 9.03.2016 r. oraz numerze DA.S.051.20.2016, która wpłynęła w dniu 06.12.2016 r. W obu przypadkach osoby wnoszące nie pozostawiły danych pozwalających na udzielenie odpowiedzi.

Skarga /DA.S.051.17.3.2016/, która wpłynęła do Okręgowej Izby Lekarskiej z siedzibą w Białymstoku w dniu 30.08.2016, została przekazana do Szpitala pismem z dnia 07.09.2016 r. z prośbą o jej rozpatrzenie zgodnie z kompetencjami. Wg pieczęci Zakład otrzymał przedmiotowy dokument w dniu 15.09.2016 r. a odpowiedzi udzielił pismem z dnia 10.10.2016 r. znak DA.S.051.17.3.2016, które wysłano 12.10.2016 r. do Dyrektora Biura Okręgowej Izby Lekarskiej w Białymstoku. Zakład nie udzielił odpowiedzi skarżącemu.

Stwierdzono przypadek przekroczenia terminu na rozpatrzenie skargi, który dotyczy sprawy znak DA.S.051.7.4.2016, gdzie skarga wpłynęła 11.04.2016 r. a odpowiedź wysłano 12.05.2016 r. Zatem termin na jej rozpatrzenie został przekroczony o jeden dzień.

7. Sposób wykonania zaleceń wydanych w wyniku kontroli przeprowadzonej w 01.2017 r. /znak spr. ZD-I.1711.2.2017/

Zalecenie:

- 1) Wprowadzić Zarządzeniem Dyrektora Zakładu minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek zgodnie z art. 50 ustawy o działalności leczniczej.

Sposób realizacji:

Stwierdzono realizację zalecenia wydanego na podstawie ustaleń zawartych w wystąpieniu pokontrolnym znak ZD-I.1711.2.2017 r. z dnia 16.02.2017 r. odnośnie ustalenia minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek zgodnie z art. 50 ustawy o działalności leczniczej.

Zarządzeniem nr 15/2017 z dnia 09.02.2017 Dyrektor Szpitala ustalone zostały minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych w SP ZOZ Wojewódzkiego Szpitala Zespólnego im. J. Śniadeckiego w Białymstoku.

Zalecenie:

- 2) Zapewnić odpowiednią liczbę personelu obsługującego pacjentów Zakładu Pielęgnacyjno – Opiekuńczego, odpowiadającą rzeczywistym potrzebom.

Sposób realizacji:

W trakcie kontroli doraźnej przeprowadzonej w 01.2017 r. stwierdzono, że w ZPO opiekunowie medyczni nie byli zatrudniani. W trakcie kontroli bieżącej ustalono, że w I kwartale 2017 r. w ZPO zatrudnionych zostało 18 opiekunów medycznych.

Zalecenie:

- 3) Listy obecności prowadzić na bieżąco, w sposób rzetelny zapewniający możliwość bieżącej weryfikacji stanu pracowników poszczególnych działów.

Sposób realizacji:

W trakcie kontroli sprawdzeniu poddano sposób prowadzenia listy obecności pracowników ZPO w miesiącu kwietniu 2017 r. Stwierdzono poprawę w tym zakresie, jednak pojedyncze przypadki braku adnotacji w liście obecności przy poszczególnych pracownikach świadczyć mogą o braku bieżącej weryfikacji stanu obecności.

IV. Gospodarka finansowa

1. Kontrola dokumentów finansowo - księgowych

Dokonano wrywkowej kontroli dowodów księgowych za 2015 i 2016 r. Skontrolowano dokumenty będące podstawą zapisów w urządzeniach księgowych.

Na podstawie analizy dokumentów księgowych za I i IV kwartał 2016 r. oraz IV kwartał 2015 r. pod kątem przestrzegania zapisów art. 21 ust. 1 pkt. 6 ustawy o rachunkowości stwierdzono, że dowody księgowe zostały poprawnie zakwalifikowane do ujęcia w księgach rachunkowych przez wskazanie sposobu ujęcia w księgach rachunkowych (dekretację) – wskazano konta syntetyczne, datę księgowania oraz podpisy osoby odpowiedzialnej za te wskazania. Nieprawidłowości w tym zakresie nie stwierdzono.

2. W toku kontroli stwierdzono przypadki dołączania do rachunków (przechowywanych w dziale księgowości) potwierdzających nabycie przez Szpital usług w postaci badań diagnostycznych. Opisy poszczególnych badań zawierały nazwę wykonanego zabiegu, rozpoznanie medyczne, dane osobowe (PESEL, imię nazwisko pacjenta), dotyczy:

- 1) Faktura 159/2016/F z dnia 11.02.2016 r. usługi w zakresie opieki medycznej (...)
Skierowania do pracowni diagnostycznej do laboratorium (...),
- 2) Faktura VAT 104/2016/F z dnia 18.01.2016 r. „konsultacja 7 szt.”,
- 3) Faktura VAT FV/0035/12/2015 z dnia 31.12.2015 r. (...)

W opinii kontrolujących przyjęty sposób przechowywania dokumentacji umożliwia dostęp do poufnych informacji ze strony osób i podmiotów nieuprawnionych. Stosowane rozwiązanie poszerza krąg osób mogących wejść w posiadanie poufnych informacji o stanie zdrowia pacjentów Szpitala.

Mając na uwadze fakt, iż świadczeniodawca jest zobowiązany zapewnić ochronę danych zawartych w dokumentacji medycznej pacjenta, tego typu postępowanie prowadzi do naruszenia art. 13 oraz 14 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

3. Realizacja zapisów umowy z dnia 16.09.2015 r. o używanie samochodu pracownika do celów służbowych.

Sprawdzeniu poddano rozliczenia przedłożonych przez Dyrektora w okresie od 01.2016 do 12.2016 r. oświadczeń w sprawie używania prywatnego pojazdu do celów służbowych. Nie

stwierdzono nieprawidłowości w naliczaniu ryczału. Każdorazowo dokonywano potrąceń z kwoty ryczału z tytułu nieobecności Dyrektora w pracy. Ponadto obliczana była i pobierana zaliczka na podatek w stawce 18%, a następnie 32%.

4. Gospodarka kasowa

W objętym kontrolą okresie Zakład posiadał opracowaną „Instrukcję kasową” wprowadzoną w życie Zarządzeniem Dyrektora Nr 38/2015 z dnia 11.05.2015 r. w sprawie wprowadzenia instrukcji kasowej.

Sprawdzeniu poddano raporty kasowe kasy głównej za IV kwartał 2016 r. od nr 318 od 16.09.2016 r. do nr 441 do 30.12.2016 r. W zakresie gospodarki kasowej, nie stwierdzono przypadków naruszenia zasad jej prowadzenia. Stan kasy wynikający z konta 101 na koniec 2016 r. był zgodny ze stanem wykazany w raporcie kasowym nr 441 z 30.12.2016 r. Raporty sporządzane były na bieżąco zgodnie z zasadami określonymi w instrukcji kasowej Szpitala. Inwentaryzacja kasy przeprowadzona została w dniu 30.12.2016 r. Nadwyżki i niedoboru nie stwierdzono.

4.1. Wg stanu na dzień 31.12.2016 r. stan środków pieniężnych przedstawiał się następująco:

Tabela 4.

Konto - Symbol	Konto - Nazwa	Saldo Wn
101-**	Kasa	29 645,36 zł
130-**-**	Rachunek bieżący - Bank Millennium S.A.	51 554,49 zł
131-**	Rachunki lokat bankowych	2 786 511,28 zł
133-**-**	Rachunek bieżący BS - wynagrodzenia	240,99 zł
135-**	Rachunek środków ZFŚS	116 992,50 zł
139-**	Pozostałe rachunki bankowe - depozyty	77 890,60 zł
143-**	Rachunek bankowy nr ...5476 - EURO - Projekt Rozwój współpracy instytucji medycznych Białorusi i Polski...	1 448 697,99 zł
150-**	Wpłaty z kasy fiskalnej	3 335,60 zł
	Razem	4 514 868,81 zł

4.2. Wg stanu na dzień 31.12.2016 stan kredytów bankowych przedstawiał się następująco:

Tabela 5.

Konto - Symbol	Konto - Nazwa	Saldo Ma
134-01	Kredyty bankowe - Umowa Nr 65 1020 1332 0000 1296 0281 9639 (BGK 15/1453) PKO BP S.A., BGK - 2015 r.	4 884 210,50 zł

4.3. Wg stanu na dzień 31.12.2015 stan środków pieniężnych przedstawiał się następująco:

Tabela 6.

Konto - Symbol	Konto - Nazwa	Saldo Wn
101-**	Kasa	28 249,51 zł
130-**-**	Rachunek bieżący - Bank Millennium S.A.	52 770,68 zł
131-**	Rachunki lokat bankowych	2 584 710,86 zł
133-**-**	Rachunek bieżący BS - wynagrodzenia	2 331 780,85 zł
135-**	Rachunek środków ZFŚS	135 687,47 zł
136-**	Rachunek bankowy - 3908 - Projekt pt. Doposażenie	342 878,32 zł

	Ośrodka Diagn.i Leczenia Endoskopowego oraz Oddz.Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego	
137-**	Rachunek bankowy okolicznościowy	1 000,01 zł
138-**	Rachunek bankowy nr ...8540 - EURO - Program Europejskiej Współpracy Transgranicznej Litwa-Polska-Rosja	1 515,52 zł
139-**	Pozostałe rachunki bankowe - depozyty	1 150 988,03 zł
142-**	Rachunek bankowy nr ...5527 dla projektu Podlaski System Informacyjny e-Zdrowie	17 224,25 zł
143-**	Rachunek bankowy nr ...5476 - EURO - Projekt Rozwój współpracy instytucji medycznych Białorusi i Polski...	52 705,21 zł
150-**	Wpłaty z kasy fiskalnej	3 632,06 zł
	Razem	6 703 142,77 zł

4.4. Wg stanu na dzień 31.12.2015 stan kredytów bankowych przedstawiał się następująco:

Tabela 7.

Konto - Symbol	Konto - Nazwa	Saldo Ma
134-01	Kredyty bankowe - Umowa Nr 65 1020 1332 0000 1296 0281 9639 (BGK 15/1453) PKO BP S.A., BGK - 2015 r.	50 000 000,00 zł
134-03	Kredyty bankowe - Umowa kredytowa Nr 100.117 - Dexia Kommunalkredit BANK AG - 2006r.	200 000,00 zł
	Razem	50 200 000,00 zł

5. Ewidencja rzeczowych składników majątku ruchomego

Podstawą ujęcia środka trwałego w ewidencji był wystawiony dowód przyjęcia środka trwałego (OT) na podstawie faktury sporządzonej przez dostawcę. Analiza dokumentów za 2016 r. w zakresie zakupu środków trwałych (8 grupa) wykazała, że w przypadku zakupu sporządzane były dokumenty OT. Zawarte w nich numery inwentarzowe posiadały właściwe symbole KŚT. Dokumenty te były podpisane przez osoby odpowiedzialne za gospodarkę środkami trwałymi, zgodnie z zakresami ich obowiązków. Zapisy w księgach inwentarzowych były zgodne z danymi zawartymi w fakturach w zakresie wartości początkowej (kwoty brutto zakupu), daty nabycia, nazwy dostawcy. Zakupiony majątek trwały był ewidencjonowany na koncie 010 środki trwałe lub 013 pozostałe środki trwałe.

6. Inwentaryzacja

Szpital posiada Instrukcję inwentaryzacyjną opracowaną na podstawie ustawy z dnia 29.09.1994 r. z póź. zm. o rachunkowości. Instrukcja obowiązuje od 01.09.2009 r.

Sprawdzeniu poddano sposób przeprowadzenia inwentaryzacji środków trwałych w trzech losowo wybranych ośrodkach ujętych w planie inwentaryzacji na 2016 r. Zarządzenie nr 19/2016 Dyrektora Szpitala z dnia 10.03.2016 r. w sprawie zatwierdzenia planu inwentaryzacji na rok 2016 oraz powołania zespołu spisowego w SPZOZ Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. J. Śniadeckiego w Białymstoku, kolejno:

- 1) Blok Operacyjny
- 2) Ośrodek Diagnostyki i Leczenia Endoskopowego
- 3) Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii

W w/w lokalizacjach przeprowadzona została inwentaryzacja ciągła. Spis z natury składników majątku udokumentowany został w arkuszach spisowych.

Ad.1. Stan środków trwałych stosownie do danych wynikających z ewidencji księgowej Zakładu – /lokalizacja Blok operacyjny, konto 010/ według stanu na dzień 08.09.2016 r. – wynosił 19.433.569,10 zł. Stan ten znalazł potwierdzenie w arkuszu spisu z natury z dnia 07.09.2016 r.

Arkusze spisowe zawierały określenie miejsca przechowywania spisywanych składników majątku, datę przeprowadzenia inwentaryzacji, imiona i nazwiska członków komisji, osoby materialnie odpowiedzialnej za stan składników oraz ich podpisy. Osoby materialnie odpowiedzialna za całość i stan składników majątku objętych spisem nie złożyły wymaganych pisemnych oświadczeń /§9 ust. 4 instrukcji inwentaryzacyjnej/. W arkuszu nie wskazano wszystkich symboli identyfikujących poszczególne składniki majątku (numery inwentarzowe).

Ad.2. Stan środków trwałych dla przedmiotowej lokalizacji /konto 010, lokalizacja Ośrodek Diagnostyki i Leczenia Endoskopowego/ stosownie do danych wynikających z ewidencji księgowej Zakładu – według stanu na dzień 06.09.2016 r. – wynosił 4.165.750,11 zł. Stan ten znalazł potwierdzenie w arkuszu spisu z natury z dnia 06.09.2016 r.

Arkusz spisowy zawierał określenie miejsca przechowywania spisywanych składników majątku, datę przeprowadzenia inwentaryzacji, imiona i nazwiska członków komisji, osoby materialnie odpowiedzialnej za stan składników oraz ich podpisy. Osoba materialnie odpowiedzialna za całość i stan składników majątku objętych spisem nie złożyła wymagane pisemne oświadczenia. W arkuszu nie wskazano wszystkich symboli identyfikujących poszczególne składniki majątku (numery inwentarzowe).

Ad.3. Stan środków trwałych stosownie do danych wynikających z ewidencji księgowej /lokalizacja Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii/ – według stanu na dzień 21.06.2016 r. – wynosił 8.429.842,68 zł. Nie stwierdzono rozbieżność pomiędzy ewidencją księgową, a arkuszami spisu z natury.

Arkusz spisowy zawierał określenie miejsca przechowywania spisywanych składników majątku, datę przeprowadzenia inwentaryzacji, imiona i nazwiska członków komisji, osoby materialnie odpowiedzialnej za stan składników oraz ich podpisy. Osoba materialnie odpowiedzialna – nie złożyła wymaganego oświadczenia. W arkuszu nie wskazano wszystkich symboli identyfikujących poszczególne składniki majątku (numery inwentarzowe).

7. Realizacja umowy z Petra Medica Sp. z o.o.

W dniu 10.07.2015 r. Szpital zawarł z firmą Petra Medica sp. z o.o. w Warszawie, umowę w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów w/w spółki tj. cudzoziemców ubiegających się o status uchodźcy w RP. W związku z nieregulowaniem przez spółkę zobowiązań wynikających z przedmiotowej umowy, w dniu 21.04.2016 r. Szpital wezwał do zaprzestania i usunięcia naruszeń polegających na braku regulowania należności za świadczone usługi (za 6 kolejnych okresów rozliczeniowych). W związku

z tym, że spółka nie uczyniła zadość przedmiotowemu wezwaniu w dniu 06.05.2016 r. Dyrektor Szpitala rozwiązał umowę w trybie natychmiastowym. Wg. stanu na dzień 31.12.2016 r. zobowiązania spółki wobec Szpitala wynosiły 107.814,40 zł.

W ocenie kontrolujących udzielanie przez Szpital świadczeń pomimo nieregulowania przez kontrahenta należności w kolejnych okresach rozliczeniowych należy uznać za niezasadne.

Pismem DA.S.0910.6.4.2017 z dnia 19.05.2017 r. Dyrektor Szpitala wniósł zastrzeżenia w przedmiotowej kwestii podnosząc, iż działania Szpitala mające na celu odzyskanie należności były podejmowane na bieżąco, jako potwierdzenie tego stanu rzeczy przedłożono kserokopie 6 wezwań do zapłaty wystosowanych pod adresem kontrahenta w okresie od 24.09.2015 r. do 22.06.2016 r. Ponadto przedłożona została kopia wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie XXVI Wydział Gospodarczy z dnia 25.04.2017 r. /wydany po zakończeniu przedmiotowej kontroli/ na mocy którego zasądzono od pozwanej spółki na rzecz Szpitala kwotę 107.814,40 zł. wraz z odsetkami. W tym zakresie zastrzeżenia zostały przyjęte.

Ponadto dyrektor podniósł, że nie jest uzasadniony zarzut „*udzielania przez Szpital świadczeń pomimo nieregulowania przez kontrahenta należności w kolejnych okresach rozliczeniowych*”

Stwierdzony w trakcie kontroli stan faktyczny, potwierdza udzielanie świadczeń na rzecz przedmiotowej spółki pomimo nieregulowania przez nią należności przez 6 kolejnych okresów rozliczeniowych, w skutek czego zaległości w ich spłacie wyniosły niespełna 110.000,00 zł.

8. Kontrola wewnętrzna

W statucie szpitala wyszczególnione zostało stanowisko audytu i kontroli wewnętrznej. Osoba na tym stanowisku zatrudniona jest w wymiarze pełnego etatu.

Zgodnie z planem audytu i kontroli wewnętrznej na 2016 r. zaplanowanych zostało 9 kontroli planowych w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej.

Zarządzenie dyrektora Nr 68 z dnia 31.10.2012 r. w sprawie utworzenia audytu i kontroli wewnętrznej posiada nieaktualną podstawę prawną.

W 2016 r. przeprowadzonych zostało łącznie 16 kontroli w tym: 8 kontroli planowych i 8 kontroli doraźnych. Stwierdzone w trakcie kontroli nieprawidłowości dotyczyły przede wszystkim nieprawidłowości związanych z prowadzeniem przez poszczególne komórki szpitala dokumentacji medycznej, ustalania w grafikach dyżurów lekarskich kilku dobowych dyżurów, wzrostu kosztów zakupu leków. Jako przykład należy wskazać ustalenia kontroli doraźnej przeprowadzonej w okresie 07.-09.06.2016 r. w Oddziale Urologii Onkologicznej i Ogólnej Szpitala. W zakresie realizacji procedury przekazywania dokumentacji zbiorczej do archiwum. Z ustaleń kontroli wynika, iż dokumentacja zbiorcza znajdująca się w Oddziale Urologii Onkologicznej i Ogólnej nie była przekazywana do archiwum zakładowego. Zgodnie z procedurą wewnętrzną z dnia 22.07.2015 r. dotyczącej przyjmowania i udostępniania historii chorób pacjentów /pkt. 4/ „*Po zakończonym leczeniu pacjentów historie chorób, raz w miesiącu, przekazywane są z oddziałów do Archiwum (...)*”. W trakcie kontroli wewnętrznej ustalono, że w Oddziale znajdowały się księgi raportów lekarskich z okresu od 19.07.2011 r. do 13.05.2016 r. Stwierdzono braki

poszczególnych ksiąg raportów lekarskich w okresach od 10.07.2012 r. do 08.10.2012 r. oraz od 20.04.2013 r. do 11.09.2013 r. oraz od 23.01.2014 r. do 03.02.2014 r. Powyższa sytuacja świadczy o niewłaściwym nadzorze nad przestrzeganiem procedury przekazywania dokumentacji medycznej pacjentów do archiwum zakładowego. Przy czym zaistniała nieprawidłowość miała miejsce od 19.07.2011 r. Należy wskazać, że księgi raportów lekarskich są elementami dokumentacji medycznej. Zasady postępowania z dokumentacją medyczną określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 09.11.2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. W analizowanym przypadku świadczenia medyczne udzielane w w/w oddziale na rzecz pacjentów szpitala realizował podmiot zewnętrzny. W dokumentacji księgowej stwierdzono obciążenie podmiotu zewnętrznego tytułem kary umownej kwotą 112.900,00 zł. zgodnie z zapisami wiążącej strony umowy.

9. Realizacja badań klinicznych

Na potrzeby kontroli uaktualniony został przez Dział Usług Medycznych wykaz realizowanych w Szpitalu w latach 2015 – 2016 umów dotyczących badań klinicznych /tabela 8/.

Wykazane badania kliniczne były realizowane na podstawie umów trójstronnych zawartych pomiędzy sponsorem badania, badaczem i Szpitalem.

W trakcie kontroli uzyskano wyjaśnienia, że przedmiotowy wykaz nie zawiera jednej umowy o badanie kliniczne. Przedmiotowy dokument został przekazany do analizy radcy prawnemu, po zakończeniu współpracy z radcą prawnym egzemplarz ten nie został zwrócony do Szpitala.

Ponadto Szpital nie posiadał aneksu nr 2 do umowy z 19.05.2015 nr protokołu MLN0002-3028, natomiast aneks nr 3 do przedmiotowej umowy posiadał dwie różne daty zawarcia.

Tabela 8. Wykaz badań klinicznych realizowanych przez Szpital w latach 2015 – 2017

L.p.	Stan badania	Nr umowy (z dnia)	Nazwa kontrahenta/ sponsora	Przedmiot umowy/tytuł badania	Aneksy - daty podpisania
1	Zakończone 05.2017	umowa z 26.03.2009 badanie kliniczne KIA34925 nr protokołu C13008	Quintiles Eastern Holdings GmbH (Austria)	"Badanie fazy 3, prowadzone w próbie otwartej, mające na celu określenie długoterminowego bezpieczeństwa oraz skuteczności MLN0002 u pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego i chorobą Leśniowskiego-Crohna"	poprawka 1 do umowy o przeprowadzenie badania klinicznego z 27.08.2009, poprawka 2 do umowy o przeprowadzenie badania klinicznego z 05.12.2011, poprawka nr 3 z 06.08.2012
2	Zakończone	umowa o prowadzenie badań klinicznych podpisana 03.07.2013, wchodzi w życie z dniem 30.01.2013,	ICON Clinical Research Limited (Irlandia) / PFIZER INC (USA)	"Wieloośrodkowe, randomizowane ,badanie prowadzone metodą podwójnej ślepej próby, kontrolowane placebo, w grupach równoległych nad CP-690,550 w formie doustnej jako terapii indukcyjnej u	

		Protokół Pfizer nr A3921095		osób z umiarkowaną lub ciężką postacią wrzodziejącego zapalenia jelita grubego"	
3	Aktualne	umowa o prowadzenie badań klinicznych podpisana 03.07.2013, wchodzi w życie z dniem 30.01.2013, Protokół Pfizer nr A3921139	ICON Clinical Research Limited (Irlandia) / PFIZER INC (USA)	"Wieloośrodkowe , badanie kliniczne prowadzone w protokole próby otwartej oceniające doustną dawkę CP-690,550 w leczeniu pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego o przebiegu umiarkowanym do ciężkiego"	
4	Aktualne	trójstronna umowa o współpracy dotyczącej świadczenia usług służących do przeprowadzenia badania klinicznego 20110166 Ośrodek 48003 umowa z 08.03.2013	Amgen Sp. z o.o.	zgodnie z protokołem badania stanowiącym załącznik nr 1 do niniejszej umowy	aneks nr 001 z 01.09.2014
5	Zakończone 2015-2016	umowa o prowadzenie badania klinicznego MT-1303-E13 podpisana 15.12.2014	Quintiles Eastern Holdings GmbH (Austria) / Mitsubishi Tanabe Pharma Corporation	„Wieloośrodkowe, randomizowane,... preparatu MT-1303...”	
6	Zakończone 2015-2016	umowa o prowadzenie badania klinicznego MT-1303-E14 podpisana 15.12.2014	Quintiles Eastern Holdings GmbH (Austria) / Mitsubishi Tanabe Pharma Corporation	„Otwarte, wieloośrodkowe badanie II fazy... preparatu MT-1303 ... którzy ukończyli badanie MT-1303-E13”	
7	Aktualne	umowa o przeprowadzenie badania obserwacyjnego nr protokołu CT-P13 4.3 z 20.03.2015	PPD Poland Sp. z o.o. / CELLTRION Inc. (Korea)	„Obserwacyjne, perspektywiczne badanie kohortowe prowadzone w celu oceny bezpieczeństwa i skuteczności leku Remsima u pacjentów z chorobą Crohna (CD) lub wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego (UC)” protokół Sponsora nr CT-P13 4.3	
8	Aktualne	umowa o prowadzenie badania klinicznego z 19.05.2015 nr protokołu MLN0002-3028	Quintiles Eastern Holdings GmbH (Austria) /Takeda Development Centre Europe Ltd.	„Prowadzone... u pacjentów z aktywną chorobą Leśniowskiego-Crohna... leczonych podawanym dożylnie wedolizumabem”, nr protokołu MLN0002-3028	aneks nr 1 z 01.09.2015, brak aneksu nr 2, dwa aneksy nr 3 z różnymi datami podpisu ostatnie podpisy z 21.09.2016

9	Aktualne	umowa o przeprowadzenie badania klinicznego z 30.11.2015 nr protokołu MLN0002-3026	Quintiles Eastern Holdings GmbH (Austria) /Takeda Development Centre Europe Ltd.	„Wieloośrodkowe,...u pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego”. Nr protokołu MLN0002-3026	
10	Aktualne	umowa o przeprowadzenie badania klinicznego z 01.04.2016 nr protokołu MLN0002SC-3027	Quintiles Eastern Holdings GmbH (Austria) /Takeda Development Centre Europe Ltd.	„Randomizowane, prowadzone metodą podwójnej ślepej próby, kontrolowane placebo,...za pomocą vedolizumabu, prowadzonego metodą otwartej próby.” nr protokołu MLN0002SC-3027	
11	Aktualne	umowa o przeprowadzenie badania klinicznego z 01.04.2016 nr protokołu MLN0002SC-3030	Quintiles Eastern Holdings GmbH (Austria) /Takeda Development Centre Europe Ltd.	„Prowadzone metodą otwartej próby badanie fazy 3b... u pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego i chorobą Leśniowskiego-Crohna.” nr protokołu MLN0002SC-3030	
12	Aktualne	umowa o przeprowadzenie badania klinicznego z 29.02.2016 do protokołu GED-0301-CD-002	Quintiles Eastern Holdings GmbH (Austria) /Celgene Corporation (USA)	„Randomizowane, wieloośrodkowe, prowadzone metodą podwójnie ślepej próby, kontrolowane placebo badanie fazy 3 oceniające skuteczność i bezpieczeństwo stosowania preparatu mongersen (GED-0301) w leczeniu u pacjentów z aktywną postacią choroby Leśniowskiego-Crohna” zgodnie z protokołem GED-0301-CD-002	
13	Aktualne	umowa o przeprowadzenie badania klinicznego z 24.03.2016 do protokołu GED-0301-CD-004	Quintiles Eastern Holdings GmbH (Austria) /Celgene Corporation (USA)	„Długoterminowe, prowadzone z użyciem substancji czynnej badanie kontynuacyjne fazy 3 dotyczące preparatu mongersen (GED-0301) w leczeniu pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna” zgodnie z protokołem GED-0301-CD-004	
14	Aktualne	umowa o przeprowadzenie badania klinicznego z Ośrodkiem z 06.06.2016 nr Protokołu „Vonoprazan*2001”	Quintiles Eastern Holdings GmbH (Austria) /Takeda Development Centre Europe Ltd.	„Randomizowane, prowadzone metodą podwójnej ślepej próby...” nr Protokołu „Vonoprazan-2001”	
15	Aktualne	umowa o prowadzenie badania klinicznego z 18.08.2016 nr protokołu Pfizer B7541002	ICON Clinical Research Limited (Irlandia) / PFIZER INC (USA)	„Wieloośrodkowe, prowadzone w jednej grupie i w dwóch etapach metodą otwartej próby badanie fazy 2A ...” nr protokołu Pfizer B7541002	
16	Aktualne	umowa o przeprowadzenie badania klinicznego w ośrodku z 29.06.2016 nr protokołu „Vedolizumab 4013”	PPD Global Ltd (Wielka Brytania)/Tekada Development Center Americas, Inc.	„Program poszerzonego dostępu do leku Entyvio ...” nr protokołu”Vedolizumab 4013”	
17	Aktualne	umowa o przeprowadzenie badania klinicznego z 15.03.2017 do protokołu GED-0301-CD-003	Quintiles Eastern Holdings GmbH (Austria) /Celgene Corporation (USA)	zgodnie z protokołem GED-0301-CD-003	

18	Aktualne	umowa o przeprowadzenie badania klinicznego z 21.11.2016 nr protokołu: ASN100-201	Medpace Inc.(USA)/Sponsor: ARSANIS INC.	badanie kliniczne Leku Badanego, zgodnie z Protokołem o numerze ASN100-201	aneks nr 1 z 27.12.2016
19	Zakończone 07.2015	umowa o przeprowadzenie badania klinicznego z dnia 28.02.2011, Active Biotech nr protokołu 10TASQ10	PPD Poland Sp. z o.o., /sponsor: Active Biotech (Szwecja)	"Randomizowane, prowadzone metodą podwójnej ślepej próby, kontrolowane placebo, badanie 3 fazy oceniające tasquinimod u mężczyzn z hormonoopornym rakiem prostaty z przerzutami"	zmiana 1 do umowy podpisana 25.03.2013
20	Zakończone 12.2015	umowa o przeprowadzenie badania klinicznego zawarta 20.02.2014 r., nr protokołu 7035-CL-0014	PPD Poland Sp. z o.o. / sponsor: Tacurion Pharma Inc.	Badanie zgodnie z protokołem 7035-CL-0014	aneks nr 002 z 04.08.2014
21	Aktualne	umowa o badanie kliniczne zawarta 19.01.2015 r., nr protokołu 1409R2121	Medpace Inc.(USA)/sponsor Shionogi Inc.(Wielka Brytania)	„Wieloośrodkowe, randomizowane badanie kliniczne prowadzone metodą podwójnej ślepej próby w celu oceny skuteczności i bezpieczeństwa podawanego dożylnie produktu S-649266 w powikłanych zakażeniach układu moczowego...” Badanie kliniczne o numerze protokołu 1409R2121	
22	Zakończone	umowa z Ośrodkiem na badanie kliniczne z 10.11.2011	PSI Pharma Support Poland Sp. z o.o. / sponsor: Synthon BV (Holandia)	"Wieloośrodkowe 9-miesięczne randomizowane badanie równoważności prowadzone metodą podwójnej ślepej próby, w grupach równoległych, z grupą kontrolną otrzymującą placebo, oceniające skuteczność i bezpieczeństwo stosowania oraz tolerancję preparatu GTR (synthon BV) w porównaniu do preparatu Copaxone (Teva) u chorych z rzutowo-remisyjną postacią stwardnienia rozsianego, po którym nastąpi 15-miesięczny etap leczenia otwartego oceniający skuteczność długoterminowego leczenia preparatem GTR"	poprawka nr 1 z Ośrodkiem z (30.04.2013)
23	Zakończone 03.2015	umowa o współpracy w ramach prowadzonego badania z dnia 16.03.2010	PAREXEL Polska Sp. z o.o., sponsor: Merck and Co., Inc.(USA)	po aneksie nr 1: "Randomizowane badanie kliniczne z zastosowaniem placebo w grupie kontrolnej, prowadzone dla oceny skutków leczenia sitagliptyną obserwowanych w układzie sercowo-naczyniowym u chorych na cukrzycę typu 2, u których glikemia nie jest skutecznie kontrolowana (TECOS)"	aneks nr 1 z dnia 17.11.2011 nr protokołu 082-01, aneks nr 2 z 16.05.2012

Przychody z tytułu prowadzonych w szpitalu badań klinicznych ewidencjonowano na koncie 702 sprzedaż usług działalności podstawowej. W 2015 r. z tytułu badań klinicznych Szpital uzyskał przychody w kwocie 70.955,99 zł. W roku 2016 natomiast 27.733,49 zł. Nie wyodrębniono natomiast ewidencji kosztów własnych realizowanych badań klinicznych. Szpital nie posiada dokładnych informacji dotyczących rzeczywistych dochodów z tytułu realizacji poszczególnych umów. Przed zawarciem umowy Szpital nie

dokonywał kalkulacji kosztów związanych z ich prowadzeniem, w związku z tym trudno jest ocenić, czy określone w umowach warunki finansowe są dla Szpitala korzystne.

Pismem DA.S.0910.6.4.2017 z dnia 19.05.2017 r. Dyrektor wniósł poniższe zastrzeżenia:
„(...) badania kliniczne realizowane na terenie Szpitala są wykonywane na bazie sprzętu dostarczanego przez sponsora (lodówki, zamrażarki, wirówki, waga, elektrokardiografy, termometry, tablety, dzienniczki elektroniczne, kity laboratoryjne), które po zakończeniu badań są zwracane sponsorowi. Szpital nie ponosi żadnych kosztów wyżej wymienionych badań. W niektórych przypadkach umowy zawierają cennik badań wykonywanych przez szpital na wypadek konieczności zweryfikowania wyniku – porównania z wynikiem z Laboratorium Centralnego Ośrodka Badań Klinicznych. Powyższe ceny znacznie przewyższają cenę badania wykonywanego w szpitalu (np. cena morfologii z rozmazem w szpitalu – 8 zł.; cena dla sponsora – 24 zł.”

Odnosząc się do wniesionych zastrzeżeń należy wskazać, że stan zastały w trakcie kontroli tj. brak uporządkowanych informacji na temat liczby, zakresu i warunków realizowanych badań, przedmiotowa informacja została opracowana na wniosek kontrolujących, może świadczyć o tym, że administracja szpitala nie posiada pełnej informacji o liczbie i zakresie prowadzonych badań, liczbie osób oraz wielkości zasobów rzeczowych i finansowych szpitala zaangażowanych w związku z ich prowadzeniem. Należy przyjąć, że w kontrolowanym okresie w Szpitalu realizowane były, co najmniej 24 badania kliniczne.

Zgodnie z art. 86 ust. 3 pkt 8 ustawy z dnia 06.09.2001 r. Prawo farmaceutyczne apteka ma obowiązek uczestniczenia w badaniach klinicznych prowadzonych na terenie szpitala. Ponadto na aptecę szpitalnej ciąży ustawowy obowiązek wyrażony w art. 86 ust. 4 pkt. 1 w/w ustawy polegający na prowadzeniu ewidencji próbek do badań klinicznych, które sponsor badania zobowiązany jest bezpłatnie dostarczyć uczestnikom badania.

W trakcie kontroli stwierdzono prowadzenie przez kierownika apteki szpitalnej przedmiotowej ewidencji. „*Ewidencja próbek do badań klinicznych*”. Przedmiotowy wykaz przedłożony został w dniu 07.04.2017 r. przez kierownika, zawierał informacje:

- nazwę oddziału na który przekazane zostały próbki, imię i nazwisko badacza/członka zespołu badawczego przyjmującego lek na oddział, ilość przekazanego leku, nr poszczególnych produktów (oznaczenie), datę przyjęcia na oddział (próbka lek odebrany został z apteki), nazwę podmiotu/sponsora zlecającego badanie, uwagi (jednostka chorobowa, pacjent).

Przedmiotowa ewidencja zawierała wpisy od pozycji nr 1 z datą przekazania próbki z apteki na oddział w dniu 14.09.2013 r. po przez pozycję nr 2 z datą przekazania próbki z apteki na oddział w dniu 06.07.2011 r. do ostatniej pozycji w ewidencji nr 64 z datą przekazania próbki na oddział w dniu 30.05.2016 r.

Należy stwierdzić, że do apteki szpitalnej nie były przekazywane wszystkie informacji o rzeczywistej liczbie prowadzonych badań klinicznych. Ewidencjonowane były badania

kliniczne, w których leki w fiolkach, których przygotowanie bezpośrednio przed podaniem pacjentowi, wymagało odpowiednich warunków oraz wiedzy i umiejętności pracowników apteki.

Tabela 9. Wykaz badań klinicznych realizowanych przez Szpital w latach 2015 – 2017 których próbki ewidencjonowane były w Aptece Szpitalnej

L.p.	Nazwa podmiotu/sponsora	Symbol badania/ nr protokołu	Uwagi
1.	Quintiles Eastern Holdings GmbH (Austria) /Takeda Development Centre Europe Ltd.	MLN000-3026	Leki w fiolkach
		MLN000-3027	Leki w fiolkach
		MLN000-3030	Leki w fiolkach
2.	ICON Clinical Research Limited (Irlandia) / PFIZER INC (USA)	B7541002	Leki w fiolkach
3.	Amgen Sp. z o.o.	20110166	Leki w fiolkach, badanie zakończone
4.	Quintiles Eastern Holdings GmbH (Austria) /Celgene Corporation (USA)	GED-0301-CD-002	Leki w tabletkach
5.	Quintiles Eastern Holdings GmbH (Austria) /Takeda Development Centre Europe Ltd.	Vonoprazan-2001	Leki w tabletkach
6.	Quintiles Eastern Holdings GmbH (Austria) / Mitsubishi Tanabe Pharma Corporation	MT-1303-E13,	Leki w tabletkach, badanie zakończone
		MT-1303-E14	Leki w tabletkach, badanie zakończone
7.	ICON Clinical Research Limited (Irlandia) / PFIZER INC (USA)	A3921139,	Leki w tabletkach, badanie zakończone
		A3921095	Leki w tabletkach, badanie zakończone

Apteka nie posiadała informacji o rzeczywistej liczbie prowadzonych badań klinicznych, ani o próbkach leków objętych pozostałymi badaniami, co oznacza, że prowadzona ewidencja nie była kompletna. W konsekwencji nie ewidencjonowano, a także nie sprawowano nadzoru nad przechowywaniem i wydawaniem leków do pozostałych badań klinicznych. Fakt ich posiadania nie zgłaszano do apteki szpitalnej, co oznacza pomijanie apteki w procesie realizacji poszczególnych badań klinicznych.

To skutkowało brakiem wymaganej ewidencji leków i dostatecznej wiedzy o badaniach. Konsekwencją może być również brak należytego nadzoru nad prawidłowym przechowywaniem i dystrybucją takich leków.

W przedmiotowej kwestii Dyrektor Szpitala wniósł poniższe zastrzeżenia:

„(...) w badaniu klinicznym lek może być przechowywany w aptece szpitalnej lub w apteczce oddziałowej. Nadzór nad lekiem sprawuje osoba przeszkolona w trakcie szkolenia badaczy, posiadająca certyfikat wydany przez organizatora badań klinicznych. Funkcję farmaceuty może pełnić farmakolog lub lekarz (taką formę przyjęto w Oddziale Urologii).”

Apteka szpitalna świadczy usługi farmaceutyczne określone w art. 86 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, a ponadto świadczy usługi farmaceutyczne /art.86 ust. 3/, obejmujące m.in. udział w badaniach klinicznych prowadzonych na terenie szpitala. Z uwagi na bezpieczeństwo pacjentów uczestniczących w badaniach klinicznych, zasadnym jest zwiększenie nadzoru nad przechowywaniem, wydawaniem i wykorzystywaniem produktu leczniczego.

Należy stwierdzić, że Szpital nie posiada systemu kontroli realizowanych badań klinicznych. Do umów nie były dołączane protokoły oraz polisy ubezpieczeniowe poszczególnych badań. Tylko do jednej umowy o przeprowadzenie badania tj. do umowy zawartej z ICON Clinical Research Limited zawartej w dniu 03.07.2013 r. dołączony był protokół Pfizer nr A3921139 wraz z polisą ubezpieczeniową.

W przedmiotowej kwestii wniesione zostały zastrzeżenia:

„(...) umowy trójstronne na przeprowadzenie badań klinicznych są podpisywane przez Dyrektora Szpitala po uprzednim zaakceptowaniu pod względem merytorycznym przez Komisję Bioetyczną oraz pod względem prawnym (w tym po analizie polisy ubezpieczeniowej) przez Kancelarię Prawną świadczącą usługi na rzecz Szpitala. Wszystkie badania kliniczne posiadają polisy ubezpieczeniowe natomiast protokół jest dokumentem niejawnym w związku z tym nie może być przechowywany w Administracji szpitala. Nadzór nad protokołem sprawuje lekarz pełniący funkcję głównego badacza i koordynator badania klinicznego.”

Zgodnie z § 9 ust. 1. pkt. 2 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 maja 2012 r. w sprawie *Dobrej Praktyki Klinicznej*, do obowiązków sponsora należy dostarczenie badaczowi i ośrodkowi badawczemu protokołu badania klinicznego i aktualnej broszury badacza przed zawarciem umów, o których mowa w § 19 ust. 1.

V. Gospodarowanie mieniem

1. Realizacja postanowień uchwały Nr XXIII/271/12 Sejmiku Województwa Podlaskiego z dnia 3 grudnia 2012 r. w sprawie określenia zasad zbycia aktywów trwałych samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, oddanie go w dzierżawę, najem, użytkowanie oraz użyczenie, dla którego podmiotem tworzącym jest Województwo Podlaskie.

Według § 28 kierownik zakładu zobowiązany jest składać w departamencie Urzędu do 15 stycznia każdego roku, sprawozdanie z umów obowiązujących w poprzednim roku.

Kierownik Zakładu pismem z dnia 13.01.2017 r., znak DL/5/2017 przedłożył sprawozdanie dotyczące umów wydzierżawiania, wynajmowania, użyczenia aktywów trwałych oraz oddawania w użytkowanie ruchomych aktywów trwałych obowiązujących w 2016 r., w którym wykazano 17 podmiotów.

W toku kontroli sprawdzeniu poddano niżej wymienione umowy najmu/dzierżawy zawarte pomiędzy Szpitalem a:

1) Umowa najmu Nr DL.024.3.16 zawarta w dniu 1.09.2016 r. z „IZAN+ ”Spółka z o.o., ul. Żabiniec 46, 31-215 Kraków. Najem dotyczy pomieszczeń o łącznej powierzchni 271,54 m² z przeznaczeniem na pomieszczenia pomocnicze, służące do przechowywania sprzętu i środków czystości, zorganizowania szatni pomieszczeń socjalnych i magazynów, w związku z wykonywaniem na rzecz Wynajmującego usług higieny szpitalnej na podstawie odrębnej umowy. Czynsz miesięczny ustalono w wysokości 6788,5 zł netto. Oprócz czynszu za pomieszczenia magazynowe w budynku przy ul. M. Skłodowskiej-Curie 26 w budynku Oddziałów Rehabilitacji Neurologicznej i Rehabilitacji Ogólnoustrojowej oraz Oddziału Neurologii z Pododdziałem Udarowy, Najemca zobowiązany został do ponoszenia kosztów pobierania energii elektrycznej, wody i odprowadzania ścieków, wg wskazań liczników zainstalowanych na koszt Najemcy.

2) Lek. med. A. C., zam. Białystok, prowadzący działalność na podstawie wpisu do rejestru Indywidualnych Praktyk Lekarskich na obszarze działania Okręgowej Izby Lekarskiej w Białymstoku z dn. 31.07.2015 r.

Najem dotyczy gabinetu lekarskiego nr 6 o powierzchni 17,48 m² usytuowanego w budynku Wojewódzkiej Przychodni Specjalistycznej stanowiącym część nieruchomości zabudowanej, położonej w Białymstoku, przy ul. M. Skłodowskiej – Curie 26, oznaczonej Nr geod 1793/4 zapis w Księdze Wieczystej Kw. 79059.

Jak wynika z umowy gabinet jest użytkowany raz w tygodniu w godz. 15.00-16.00 do prowadzenia działalności polegającej na wydawaniu orzeczeń powypadkowych pacjentom kierowanym przez Inspektorat Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie S.A. w Białymstoku oraz dwa razy w miesiącu w godz. 16.00-17.30 przez Oddział Okręgowy PZU w Białymstoku.

3) Lek. med. G. G., zam. Białystok, prowadzącą działalność na podstawie wpisu do rejestru Indywidualnych Praktyk Lekarskich na obszarze działania Okręgowej Izby Lekarskiej w Białymstoku z dn. 31.07.2015 r. Umowa została zawarta na okres od dnia 1.08.2015 r. do dnia 31.07.2018 r.

Najem dotyczy gabinetu lekarskiego nr 31 o powierzchni 16,68 m² /metraż wg sprawozdania to 12,13 m²/ usytuowanego w budynku Wojewódzkiej Przychodni Specjalistycznej stanowiącym część nieruchomości zabudowanej, położonej w Białymstoku, przy ul. M. Skłodowskiej – Curie 26, oznaczonej Nr geod 1793/4 zapis w Księdze Wieczystej Kw. 79059.

Jak wynika z zapisów umowy gabinet użytkowany jest raz w tygodniu w godz. 15.00-16.00 do prowadzenia działalności polegającej na wydawaniu orzeczeń powypadkowych pacjentom kierowanym przez Inspektorat Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie S.A. w Białymstoku oraz jeden raz w miesiącu w godz. 16.00-17.30 przez Oddział Okręgowy PZU w Białymstoku.

2. Kontrola stanu technicznego obiektu budowlanego

Sprawdzeniu poddano przestrzeganie przez Szpital obowiązków związanych z utrzymaniem w należyтым stanie techniczno - użytkowym wybranych obiektów budowlanych Szpitala

w Białymstoku w świetle realizacji obowiązków wynikających z Ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. - Prawo budowlane (Dz. U. z 2016 r. poz.290 j.t).

Zarządzeniem Nr 30/2016 z dnia 18.04.2016 r. Dyrektor Szpitala powołał komisję do przeprowadzenia kontroli stanu technicznego obiektów szpitalnych w pięcioosobowym składzie.

Przewodniczący komisji okresowej kontroli stanu technicznej sprawności obiektu budowlanego wykonującej roczny przegląd wg danych Polskiej Izby Inżynierów Budownictwa od 1.09.2015 r. nie był członkiem izby i nie posiadał ubezpieczenia OC. Wg. art. 6 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 grudnia 2000 r. /Dz.U.2016.1725 j.t./ o samorządach zawodowych architektów oraz inżynierów budownictwa, prawo wykonywania samodzielnych funkcji technicznych w budownictwie przysługuje wyłącznie osobom wpisanym na listę członków właściwej izby samorządu zawodowego, a członek izby samorządu zawodowego podlega obowiązkowi ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody, które mogą wyniknąć w związku z wykonywaniem samodzielnych funkcji technicznych w budownictwie.

Wg. art. 12. ust 1. ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane za samodzielną funkcję techniczną w budownictwie uważa się działalność związaną z koniecznością fachowej oceny zjawisk technicznych lub samodzielnego rozwiązania zagadnień architektonicznych i technicznych oraz techniczno-organizacyjnych, a w szczególności działalność obejmującą m.in sprawowanie kontroli technicznej utrzymania obiektów budowlanych.

Jeden z członków komisji należy do Polskiej Izby Inżynierów Budownictwa i jest uprawniony do zajmowania się eksploatacją urządzeń, instalacji i sieci na stanowisku dozoru oraz stanowisku eksploatacji. Niniejsze uprawnienia nie obejmują pełnego zakresu okresowej kontroli stanu technicznej sprawności obiektu budowlanego.

Jak wynika z treści protokołu nr 5/2016 z dnia 25.04.2016 r. pozostali członkowie nie posiadali uprawnień budowlanych.

Pełniono zatem samodzielne funkcje techniczne przez osoby, które nie posiadały odpowiednich uprawnień.

Przedstawiona dokumentacja nie zawierała protokołu dotyczącego przeprowadzonego przeglądu rocznego w 2015 r., natomiast w książce pod pozycją 21, strona nr 11 wpisano, iż niniejszy przegląd miał miejsce w dniu 24.04.2015 r. W związku z powyższym w trakcie kontroli zwrócono się z prośbą o udostępnienie niniejszego dokumentu. W dniu 28.04.2017 r. przesłano skan przedmiotowego protokołu.

W świetle przytoczonych faktów wątpliwe jest przestrzeganie przez zobowiązanego obowiązku utrzymania obiektów budowlanych w należyтым stanie technicznym.

2.1. Książka obiektu budowlanego Budynku Laryngologii i Okulistyki - położonego przy ul. M. Skłodowskiej – Curie 26 w Białymstoku.

Dane techniczne charakteryzujące obiekt:

-rok zakończenia budowy 1945/1964,

-pow. zabudowy 711 m²,

-pow. użytkowa 1777 m²,

Wyposażenie w instalacje: elektryczną, telefoniczną, wodno- kanalizacyjną, c.o i c.w.u, tlen medyczny, gazowe.

Kontrole okresowe stanu technicznej sprawności obiektu przeprowadzane, co najmniej raz w roku (art. 62 ust. 1 pkt 1 ww. ustawy):

W księdze obiektu budowlanego nie stwierdzono aktualnych wpisów odnoszących się do przeglądów elementów budynku, budowli i instalacji narażonych na szkodliwe wpływy atmosferyczne i niszczące działania czynników występujących podczas użytkowania obiektu, instalacji i urządzeń służących ochronie środowiska, instalacji gazowych oraz przewodów kominowych (dymowych, spalinowych i wentylacyjnych).

Dołączono protokół nr 5/2016 z dnia 25.04.2016 r. z okresowej kontroli stanu technicznej sprawności obiektu budowlanego, gdzie powołano się na ww. podstawę prawną (Dz.U. z 2013 r., poz. 1409), opinię nr 168/16 dotyczącą przeprowadzonych oględzin grzewczo-kominowych z dnia 04.10.2016 r. oraz protokół badań urządzenia piorunochronnego z dnia 11.03.2016 r.

Kontrole okresowe stanu technicznej sprawności i wartości użytkowej całego obiektu przeprowadzanych, co najmniej raz na 5 lat (art. 62 ust. 1 pkt 2 ww. ustawy):

Wg wpisu w książce kontroli okresowych stanu technicznej sprawności i wartości użytkowej całego obiektu kontroli przeprowadzanej co najmniej raz na 5 lat dokonano w dniu 25.04.2014 r. Na stronie 22 dokonano skreśleń nie odnotowując daty.

Informacje zawarte w protokole Nr 5/2014 z dnia 25.04.2014 r. odnoszą się do przeglądu pięcioletniego wynikającego z ww. przepisów, poza badaniem instalacji gazowej, odgromowej oraz przewodów kominowych. Jak wynika z wyjaśnień budynek nie posiada instalacji gazowej, natomiast w książce obiektu budowlanego zawarto informację, iż budynek jest w nią wyposażony.

Ponadto przedstawiono opinie nr 5/s/14 z dnia 2.10.2014 r., 212/15 z dnia 7.10.2015 r., 168/16 z dnia 04.10.2016 r. dotyczące wyników oględzin-ekspertyzy urządzeń grzewczo-kominowych.

Książka nie zawierała zapisów odnoszących się do ważnych ustaleń zawartych w protokołach z przeglądów m.in. tu cyt.: „...Uszkodzona instalacja odgromowa. Gruz budowlany wokół budynku”.

2.2. Książkę obiektu budowlanego dawnego Budynku Chirurgii Dorosłych Nr 12 obecnie Budynku Neurologii i Rehabilitacji - położonego przy ul. M. Skłodowskiej – Curie 26 w Białymstoku.

Dane techniczne charakteryzujące obiekt:

-rok zakończenia budowy 1945,

-pow. zabudowy 1213 m²,

-pow. użytkowa 2065 m²,

Wyposażenie w instalacje: elektryczną, telefoniczną, wodno-kanalizacyjną, c.o i c.c.w., tlen medyczny, sprzęż. pow.

W książce brak jest danych nt. pow. dachowej. W protokole 1/2016 z okresowej kontroli stanu technicznej sprawności obiektu budowlanego z dnia 25.04.2016 odnotowano zalecenie wymiany pokrycia dachowego z blachy ok. 1100 m². Należy mieć na uwadze zapis § 62 ust 1 pkt 3 ww. ustawy, który wskazuje ty cyt.: *”okresowej w zakresie, o którym mowa w pkt 1, co najmniej dwa razy w roku, w terminach do 31 maja oraz do 30 listopada, w przypadku budynków o powierzchni zabudowy przekraczającej 2000 m² oraz innych*

obiektów budowlanych o powierzchni dachu przekraczającej 1000 m²; osoba dokonująca kontroli jest obowiązana bezzwłocznie pisemnie zawiadomić organ nadzoru budowlanego o przeprowadzonej kontroli”.

Kontrole okresowe stanu technicznej sprawności obiektu przeprowadzane, co najmniej raz w roku (art. 62 ust. 1 pkt 1 ww. ustawy):

Książka obiektu budowlanego zawiera wpisy:

W księdze obiektu budowlanego dokonano wpisów odnoszących się m.in. do lat 2015-2016 o protokołach z kontroli okresowej stanu technicznej sprawności obiektu budowlanego i sprawdzenia stanu technicznego przewodów kominowych, wentylacji.

Dołączono protokół nr 1/2016 z dnia 25.04.2016 r., gdzie powołano się na art 62 ust 1 pkt. 1 ustawy z dnia 7 lipca 1994 roku Prawo Budowlane (tekst jednolity – Dz.U. z 2013 r., poz.1409), opinię nr 164/16 z wyników przeprowadzonych oględzin-ekspertyz urządzeń grzewczo-kominowych z dnia 30.09.2016 r. oraz protokół badań urządzenia piorunochronnego z dnia 10.03.2016 r.

Dokumentacja nie zawierała protokołu 1/2015 z przeglądu rocznego wykonanego w dniu 22.04.2015 r., który został odnotowany w księdze obiektu na stronie 11 w pozycji 22.

W dniu 28.04.2017 przesłano skan przedmiotowego protokołu.

Kontrole okresowe stanu technicznej sprawności i wartości użytkowej całego obiektu przeprowadzanych, co najmniej raz na 5 lat (art. 62 ust. 1 pkt 2 ww. ustawy):

W księdze /str. 22/ dokonano wpisu o przeprowadzonej kontroli w dniu 24 kwietnia 2014 r. tu cyt. *„Protokół przeglądu stanu technicznego i przydatności do użytkowania, estetyki i otoczenia obiektu budowlanego.”*

W pozycji 1 na stronie 22 zaklejono tekst, a przy skreśleniach nie odnotowano daty ich dokonania. Książka nie zawierała zapisów odnoszących się do ważnych ustaleń zawartych w protokołach z przeglądów.

Wg protokołu Nr 1/2014 z dnia 24 kwietnia 2014 r. dokonano przeglądu wizualnego budynku (dachu, klatek schodowych, piwnic, pomieszczeń wewnętrznych, elewacji i terenu zewnętrznego). W niniejszym dokumencie odnotowano, iż stan konstrukcyjny budynku nie budzi zastrzeżeń i zagrożeń.

Wniesione zastrzeżenia Dyrektora odnoszące się do zaklejonego tekstu oraz skreśleń bez podania daty w księdze obiektu budowlanego nie zostały uwzględnione, gdyż wg. art. 6 ust. 4 Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 3 lipca 2003 r. w sprawie książki obiektu budowlanego (Dz.U.2003.120.1134.) tu cyt.: *”Sprostowania błędów we wpisach dokonuje się przez przekreślenie wyrazów pojedynczą linią oraz umieszczenie daty i podpisu osoby dokonującej zmiany.”*

Pismem z dnia 19.05.2017 r., znak DA.S.0910.6.4.2017 Dyrektor wyjaśnia, iż tu cyt.: *”Informuję, iż brakujące wpisy zostały uzupełnione dnia 17 maja 2017 r.*

Niniejsze wyjaśnienia w przedmiotowej kwestii zostały przyjęte do wiadomości.

Ponadto Kierownik Zakładu wyjaśnia, iż tu cyt.: *„...brak wpisu powierzchni dachu w księdze obiektu wynika z braku tych danych w projekcie budowlanym. Powierzchnia dachu w protokole przeglądów jest powierzchnią przybliżoną na podstawie dokumentacji technicznej.”*

Jak już wyżej wspomniano wg. § 62 ust 1 pkt 3 ww. ustawy tu cyt.: *”... okresowej w zakresie, o którym mowa w pkt 1, co najmniej dwa razy w roku, w terminach do 31 maja*

oraz do 30 listopada, w przypadku budynków o powierzchni zabudowy przekraczającej 2000 m² oraz innych obiektów budowlanych o powierzchni dachu przekraczającej 1000 m²...”. Brak informacji nt. dokładnej powierzchni dachowej niniejszego obiektu uniemożliwia ustalenie czy budynek winien podlegać przeglądowi co najmniej dwa razy w roku, co stwarza problem w dopełnieniu obowiązku wynikającego z art. 62 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane (Dz.U.2016.290 t.j.).

3. Wykorzystanie specjalistycznej aparatury medycznej

3.1. Stan techniczny sprzętu medycznego.

Sprawdzeniu poddano przestrzeganie wymogów dotyczących utrzymania właściwego stanu technicznego wykorzystywanego w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych sprzętu medycznego, pod kątem przestrzegania zapisów § 7 ust. 1 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej /Dz.U.2016.1146/ zgodnie z którym świadczeniodawca jakim jest samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej „(...) jest zobowiązany do udzielania świadczeń w pomieszczeniach odpowiadających wymaganiom określonym w odrębnych przepisach oraz w warunkach wymaganych od świadczeniodawców określonych przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 i art. 159 ust. 2 ustawy, wyposażonych w aparaturę i sprzęt medyczny posiadający stosowne certyfikaty, atesty lub inne dokumenty potwierdzające dopuszczenie aparatury i sprzętu medycznego do użytku oraz dokumenty potwierdzające dokonanie aktualnych przeglądów wykonanych przez uprawnione podmioty.”

Sprawdzeniu poddano grupę losowo wybranych 26 urządzeń medycznych spośród wykazu środków trwałych (grupa VIII wg stanu na dzień 31 grudnia 2014 r.).

Tabela 10. Aktualny przegląd techniczny sprzętu medycznego

Lp	Numer identyfikacyjny	Nazwa sprzętu	Data produkcji	Uwagi/Stwierdzenia
1.	Nr ewidencji: 002347 Nr seryjny: 1857	Ap. RTG z ram. C-BV	2008	Urządzenie nie miało aktualnego przeglądu od 1.01.2017 r. do dnia 20.02.2017 r. Wg wpisu w paszporcie w dn. 21.02.2017 r. wykonano okresowy przegląd techniczny. Stwierdzono uszkodzenia ręcznego pilota oraz elementu odprowadzającego ładunki elektrostatyczne w ramieniu C. Zalecono wymianę przedmiotowych elementów. Wyznaczono datę kolejnego przeglądu na luty 2018 r.
2.	Nr ewidencji: 002810 Numer seryjny: 020075912	Aparat RTG Ramie C	2012	W dn. 16.12.2016 r. dokonano przeglądu technicznego oraz zamieszczono informację iż urządzenie jest sprawne technicznie. Wyznaczono datę kolejnego przeglądu na 16.12.2017 r.
3.	Nr ewidencji: 002400 Nr seryjny: ARZN-0133	Aparat do znieczulenia ogólnego	Brak danych w paszporcie	W dn. 29.09.2016 r. dokonano przeglądu technicznego oraz zamieszczono informację iż urządzenie jest sprawne technicznie. Wyznaczono datę kolejnego przeglądu na 09.2017 r.

4.	Nr ewidencji: 002042 Nr seryjny: ARWD-0042	Aparat do znieczulenia ogólnego	j.w	W dn. 29.09.2016 r. dokonano przeglądu technicznego oraz zamieszczono informację iż urządzenie jest sprawne technicznie. Wyznaczono datę kolejnego przeglądu na 03.2017 r.
5.	Nr ewidencji: 002805 Nr seryjny: ASDL-0223	Aparat do znieczulania ogólnego	2012	W dn. 08.09.2016 r. dokonano przeglądu technicznego oraz zamieszczono informację iż urządzenie jest sprawne technicznie. Wyznaczono datę kolejnego przeglądu na 03.2017 r.
6.	Nr ewidencji: 002804 Nr seryjny: ASDL-0222	Aparat do znieczulania ogólnego	2012	W dn. 08.09.2016 r. dokonano przeglądu technicznego oraz zamieszczono informację iż urządzenie jest sprawne technicznie. Wyznaczono datę kolejnego przeglądu na 03.2017 r.
7.	Nr ewidencji: 002803 Nr seryjny: ASDL-0221	Aparat do znieczulania ogólnego	2012	W dn. 08.09.2016 r. dokonano przeglądu technicznego oraz zamieszczono informację iż urządzenie jest sprawne technicznie. Wyznaczono datę kolejnego przeglądu na 03.2017 r.
8.	Nr ewidencji: 002802 Nr seryjny: ASDL-0220	Aparat do znieczulania ogólnego	2012	W dn. 08.09.2016 r. dokonano przeglądu technicznego oraz zamieszczono informację iż urządzenie jest sprawne technicznie. Wyznaczono datę kolejnego przeglądu na 03.2017 r.
9.	Nr ewidencji: 002801 Nr seryjny: ASDL-0219	Aparat do znieczulania ogólnego	2012	W dn. 08.09.2016 r. dokonano przeglądu technicznego oraz zamieszczono informację iż urządzenie jest sprawne technicznie. Wyznaczono datę kolejnego przeglądu na 03.2017 r.
10.	Nr ewidencji: 002815 Nr seryjny: ASDL-0144	Aparat do znieczulania i monitorowania funkcji życiowych	2012	W dn. 08.09.2016 r. dokonano przeglądu technicznego oraz zamieszczono informację iż urządzenie jest sprawne technicznie. Wyznaczono datę kolejnego przeglądu na 03.2017 r.
11.	Nr ewidencji: 002813 Nr seryjny: ASDL-0143	Aparat do znieczulenia i monitorowania funkcji życiowych	2012	W dn. 08.09.2016 r. dokonano przeglądu technicznego oraz zamieszczono informację iż urządzenie jest sprawne technicznie. Wyznaczono datę kolejnego przeglądu na 03.2017 r.
12.	Nr ewidencji: 002816 Nr seryjny: ASDL-0160	Aparat do znieczulenia i monitorowania funkcji życiowych	2012	W dn. 08.09.2016 r. dokonano przeglądu technicznego oraz zamieszczono informację iż urządzenie jest sprawne technicznie. Wyznaczono datę kolejnego przeglądu na 03.2017 r.
13.	Nr ewidencji: 002811 Nr seryjny: ASDL-0159	Aparat do znieczulenia i monitorowania funkcji życiowych	2012	W dn. 08.09.2016 r. dokonano przeglądu technicznego oraz zamieszczono informację iż urządzenie jest sprawne technicznie. Wyznaczono datę kolejnego przeglądu na 03.2017 r.
14.	Nr ewidencji: 002812 Nr seryjny: ASDL-0149	Aparat do znieczulenia i monitorowania funkcji życiowych	2012	W dn. 08.09.2016 r. dokonano przeglądu technicznego oraz zamieszczono informację iż urządzenie jest sprawne technicznie. Wyznaczono datę kolejnego przeglądu na 03.2017 r.
15.	Nr ewidencji:	Aparat do	2012	W dn. 08.09.2016 r. dokonano przeglądu technicznego oraz

.	002814 Nr seryjny: ASDL-0145	znieczulenia i monitorowania funkcji życiowych		zamieszczono informację iż urządzenie jest sprawne technicznie. Wyznaczono datę kolejnego przeglądu na 03.2017 r.
16	Nr ewidencji: 002817 Nr seryjny: ASDL-0158	Aparat do znieczulenia i monitorowania funkcji życiowych	2012	W dn. 08.09.2016 r. dokonano przeglądu technicznego oraz zamieszczono informację iż urządzenie jest sprawne technicznie. Wyznaczono datę kolejnego przeglądu na 03.2017 r.
17	Nr ewidencji: 002147 Nr seryjny: P3-463	Aparat RTG	2006	Urządzenie nie posiadało ważnego przeglądu w okresie od 10.11.2016 r. do 21.02.2017 r. W dn. 22.02.2017 r. dokonano przeglądu technicznego oraz zamieszczono informację iż urządzenie jest sprawne technicznie. Wyznaczono datę kolejnego przeglądu na 02.2018 r.
18	Nr ewidencji: 002147 Nr seryjny: P3-499	Aparat RTG	2006	Od grudnia 2016 r. do 21.02.2017 r. sprzęt nie miał aktualnych badań technicznych. W dn. 22.02.2017 r. dokonano przeglądu technicznego oraz zamieszczono informację o konieczności wymiany uszkodzonych elementów. Zamieszczono informację, iż aparat pozostawiono pracujący. Nie wyznaczono daty kolejnego przeglądu.
19	Nr ewidencji: 003147 Nr seryjny: 4313	Aparat RTG	2013	Stwierdzono brak aktualnego wpisu w paszporcie dotyczącego przeglądu. Do dokumentacji załączono certyfikat potwierdzający, iż w dniu 28.10.2017 r. aparat został poddany procedurze okresowej kontroli i konserwacji zgodnie z wymogami określonymi przez producenta. Certyfikat ważny jest do dnia 27.10.2017 r.
20	Nr ewidencji: 003094 Nr seryjny: 22546	Aparata RTG	2012	W dn. 06.02.2017 r. dokonano przeglądu technicznego oraz zamieszczono informację iż urządzenie jest sprawne technicznie. Wyznaczono datę kolejnego przeglądu na 02.2018 r.
21	Nr ewidencji: 003095 Nr seryjny: 22544	Aparat RTG	2012	W dn. 09.02.2017 r. dokonano przeglądu technicznego oraz zamieszczono informację iż urządzenie jest sprawne technicznie. Wyznaczono datę kolejnego przeglądu na 02.2018 r.
22	Nr ewidencji: 003104 Nr seryjny: 2090	Aparat RTG	2013	W dn. 05.02.2016 r. dokonano przeglądu technicznego oraz zamieszczono informację iż urządzenie jest sprawne technicznie. Wyznaczono datę kolejnego przeglądu na 08.2017 r.
23	Nr ewidencji: 003096 Nr seryjny: 15288	Aparat RTG	2012	W dn. 09.02.2017 r. dokonano przeglądu technicznego oraz zamieszczono informację iż urządzenie jest sprawne technicznie. Wyznaczono datę kolejnego przeglądu na 08.2018 r.
24	Nr ewidencji: 003103 Nr seryjny: 33194	Aparat RTG	2013	W dn. 23.03.2016 r. dokonano przeglądu technicznego oraz zamieszczono informację iż urządzenie jest sprawne technicznie. Wyznaczono datę kolejnego przeglądu na 08.2017 r.
25	Nr ewidencji: 002316 Nr seryjny:	Aparat RTG	2008	W dn. 12.2017 r. dokonano przeglądu technicznego oraz zamieszczono informację iż urządzenie jest sprawne technicznie. Nie wyznaczono daty kolejnego przeglądu.

	12185			
26	Nr ewidencji: 002206 Nr seryjny: 20036	Aparat RTG	2006	W dn. 21.12.2016 r. dokonano przeglądu technicznego oraz zamieszczono informację iż urządzenie jest sprawne technicznie. Wyznaczono datę kolejnego przeglądu na 12.2017 r.

Pismem z dnia 19.05.2017 r., znak DA.S.0910.6.4.2017 Dyrektor wyjaśnia, iż tu cyt.:”...Zgłoszenie do serwisu o wykonanie okresowego przeglądu technicznego aparatów RTG z poz. nr 1;17;18 zostały zlecony dla firmy Philips Polska Sp. z o.o. z dużym wyprzedzeniem w dniu 17.11.2016 r. Firma posiada upoważnienie producenta do serwisu w/w urządzeń. Przegląd został wykonany 22.02.2017 roku po telefonicznych ponagleniach. Okresowe przeglądy techniczne urządzeń medycznych są wykonywane zgodnie z wymogami producenta, w przypadku aparatów RTG częstotliwość przeglądów jest co 12 miesięcy co oznacza, że następny przegląd powinien być wykonany w odstępie 12 miesięcy. Ponadto przeglądy urządzeń medycznych wykonywane są na podstawie Harmonogramu przeglądów. Okresowy przegląd techniczny może być także wystawieniem certyfikatu sprawności urządzenia medycznego.”

Zgodnie z obowiązującymi przepisami świadczeniodawca jest zobowiązany do udzielania świadczeń w pomieszczeniach wyposażonych w aparaturę i sprzęt medyczny posiadający aktualny przegląd.

4. Realizacja postanowień uchwały Nr XXIII/271/12 Sejmiku Województwa Podlaskiego z dnia 3 grudnia 2012 r. w sprawie określenia zasad zbycia aktywów trwałych samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, oddanie go w dzierżawę, najem, użytkowanie oraz użyczenie, dla którego podmiotem tworzącym jest Województwo Podlaskie, dotyczących składania kwartalnej informacji o dokonanej likwidacji zbędnego ruchomego aktywa trwałego.

Według §11 niniejszej uchwały, kierownik zakładu zobowiązany jest do składania kwartalnej informacji o dokonanej likwidacji zbędnego ruchomego aktywa trwałego o wartości początkowej powyżej 3 500 zł. do departamentu Urzędu w terminie do końca następnego miesiąca przypadającego po okresie sprawozdawczym.

W trakcie kontroli sprawdzono sposób likwidacji w Zakładzie wybranych losowo ruchomych aktywów trwałych uznanych przez komisję kasacyjną za zbędne. Niniejsze środki trwałe zostały wymienione w tabeli 11.

Tabela 11. Ruchome aktywa trwałe poddane procedurze likwidacji

Data operacji	Numer inwentarzowy	Nazwa środka trwałego	Zmniejszenie wartości początkowej	Wyksięgowane umorzenie	Nr zewnętrzny
23.03.2015	001532	Sterylizator parowy	225 432,24	225 432,24	T-46-1-53-2100290-010-01
23.03.2015	001644	Sterylizator parowy GE 2612	265 481,00	265 481,00	T-46-1
23.03.2015	001871	Cystoskop z torem	128 733,17	128 733,17	T-42-7-22

		wizyjnym			
14.07.2015	001616	Respirator	97 742,74	97 742,74	T-42-58
31.12.2015	000842	Agregat prądowórczy inwestycja	34 856,06	34 856,06	T-32-38
31.12.2015	001645	Myjnia dezynfektor S 3555	71 544,30	71 544,30	T-46-4-1
31.12.2015	000130	Respirator	44 711,64	44 711,64	T-42-58-30
31.12.2015	002280	Aparat RTG	324 000,00	324 000,00	T-40-1-57
24.02.2016	002020	Aparat RTG Pracafix	77 792,27	77 792,27	T-40-1-52
30.04.2016	001563	Echokardiograf	141 263,78	141 263,78	T-42-71
30.04.2016	001592	Steryliizator plazmowy typ STERRAD 100	497 425,35	497 425,35	T-46-3-1
30.04.2016	001815	Steryliizator plazmowy	547 085,00	547 085,00	T-46-3-2
17.05.2016	002064	Fakoemulsyfikator	213 095,40	213 095,40	T-42-272-1
30.12.2016	002324	Wideoduodenofiberoskop	107 000,00	107 000,00	T-42-130-7
30.12.2016	000948	Duodenofiberoskop	22 320,00	22 320,00	T-42-130-5
30.12.2016	000583	Kardiomonitor	28 593,14	28 593,14	T-42-77
30.12.2016	001674	Kardiomonitor	42 149,99	42 149,99	T-42-77

Wg. protokołów z likwidacji środków trwałych;

- nr 1/2015 r. z dnia 23.03.2015 r.,
- nr 6/2015 r. z dnia 14.07.2015 r.,
- nr 9/2015 r. z dnia 31.12.2015 r.,
- nr 1/2016 r. z dnia 30.04.2016 r.,
- nr 3/2016 r. z dnia 17.05.2016 r.,
- nr 6/2015 r. z dnia 30.12.2016 r., komisja kasacyjna w trójosobowym składzie stwierdziła, iż sprzęt o numerach inwentarzowych; 001532, 001644, 001871, 001616, 000842, 001645, 000130, 002280, 002064, 002324, 000948, 000583, 001674 jest zniszczony i nie nadaje się do dalszej eksploatacji.

Wg. treści orzeczenia z dnia 10.11.2015 r. o stanie technicznym agregatu prądowórczego (numer inwentarzowy 000842) ustalono, iż tu cyt.: *"Urządzenie w ramach realizacji inwestycji zostaje wyłączone z eksploatacji, w nowym budynku BT technicznym zostanie zainstalowany nowy agregat prądowórczy. Urządzenie zamortyzowane.*

W związku z powyższym urządzenie nie nadaje się do dalszego użytkowania i naprawy". Zdaniem zespołu kontrolującego z przesłanek zawartych w orzeczeniu nie wynika logicznie wniosek w nim zawarty. Innymi słowy stwierdzenie, iż niniejsze urządzenie nie nadaje się do dalszego użytkowania i naprawy, nie może wynikać z przesłanek, iż w budynku zostanie zainstalowany nowy agregat, a urządzenie zostało zamortyzowane.

Książka techniczna niniejszego urządzenia zawiera adnotację z dnia 15.10.2015 r., iż agregat został uruchomiony kontrolnie na 30 minut. Nie stwierdzono zapisów o jego awarii po wskazanej dacie, co pozwala na stwierdzenie, iż agregat był sprawny technicznie.

W trakcie kontroli nie przedstawiono dokumentów potwierdzających podjęcia próby sprzedaży lub przekazania innym podmiotom.

Jako dowód fizycznej likwidacji środków trwałych o numerach inwentarzowych 002280, 002020 przedstawiono faktury sprzedaży nr 20/12/2015 z dnia 28.12.2015 r. oraz nr 047/02/2016/SG/ z dnia 24.02.2016 r.

Wg. złożonych wyjaśnień kierownika działu logistyki sprzęt o numerach inwentarzowych; 001532, 001644 znajduje się na Oddziale Chirurgii /starej/, natomiast sprzęt o numerach inwentarzowych; 001871, 001616, 001645, 00013, 001592, 001815 został zutylizowany.

W trakcie kontroli dokonano oględzin sprzętu o numerach inwentarzowych: 001563, 002064, 002324, 000948, 000583, 001674 przeznaczonego do przekazania firmie zajmującej się utylizacją, który jest przechowywany w magazynie budynku H położonego przy ul. Skłodowskiej. Urządzenia o numerach inwentarzowych 001532 i 001644, wg wyjaśnień zostaną zdemontowane przy realizacji inwestycji w budynku H, w którym to obecnie się znajdują.

Pismem z dnia 19.05.2017 r., znak DA.S.0910.6.4.2017 Dyrektor wyjaśnia, iż tu cyt.:”...
„Agregat prądotwórczy był urządzeniem przestarzałym technicznie, nieekonomicznym i zagrażającym środowisku. Zgodnie z projektem został zastąpiony nowym, ekonomicznym, nowoczesnym, nie zagrażającym środowisku naturalnemu i bardzo szybkim (wręcz natychmiastowym) czasie rozruchu. Poprawiło to radykalnie stan zabezpieczenia szpitala na wypadek braku prądu. Wg. umowy z Wykonawcą fizyczna utylizacja leżała po stronie Wykonawcy na co przedstawił on dokument ze złomowania urządzenia.”

Zespół kontrolny nie kwestionował zasadności kupna nowego agregatu. Przedmiotem negacji był brak podjęcia próby sprzedaży niniejszego urządzenia. Zgodnie z uchwałą Nr XXIII/271/12 Sejmiku Województwa Podlaskiego z dnia 3 grudnia 2012 r. w sprawie określenia zasad zbycia aktywów trwałych samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, oddanie ich w dzierżawę, najem, użytkowanie oraz użyczenie dla którego podmiotem tworzącym jest Województwo Podlaskie, Zakład może zbyć ruchome aktywa trwałe, jeżeli są one zbędne w prowadzonej działalności.

Na tym czynności kontrolne zakończono.

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wydano następujące zalecenia pokontrolne:

1. Przestrzegać zasad w zakresie udzielania zamówień na świadczenia zdrowotne określonych w przepisach ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U.2016.1638 t.j.).
2. Udzielać odpowiedzi skarżącemu.
3. Przestrzegać terminu rozpatrywania skarg.
4. Określić szczegółowy zakres zadań zespołu ds. oceny przyjęć.
5. Zapewnić wymagany skład zespołu ds. oceny przyjęć.
6. Zapewnić odpowiednią ochronę danych o stanie zdrowia pacjentów.
7. Inwentaryzacje składników majątku Szpitala przeprowadzać zgodnie z instrukcją inwentaryzacyjną.
8. W arkuszach spisowych identyfikacji poszczególnych składników majątku dokonywać przy użyciu wszystkich symboli identyfikujących w tym numerów inwentarzowych.
9. Na bieżąco monitorować stan rozliczeń z poszczególnymi kontrahentami, nie dopuszczając do narastania liczby niezapłaconych faktur.
10. Uaktualnić instrukcję audytu i kontroli wewnętrznej do obowiązujących przepisów prawnych.
11. Przestrzegać wewnętrznych uregulowań dotyczących przechowywania i przekazywania dokumentacji medycznej do archiwum zakładowego.
12. Prowadzić szczegółową ewidencję kosztów realizowanych badań klinicznych.
13. Zwiększyć nadzór Dyrekcji nad realizowanymi w Szpitalu badaniami klinicznymi.
14. Zapewnić właściwe ewidencjonowanie i przechowywanie w aptece szpitalnej wszystkich leków i wyrobów medycznych objętych badaniami klinicznymi oraz bezpłatnych próbek leków.
15. Książkę obiektu budowlanego należy prowadzić zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Infrastruktury z dnia 3 lipca 2003 r. w sprawie książki obiektu budowlanego (Dz.U.2003.120.1134).
16. Przestrzegać obowiązku przeglądu obiektów budowlanych, który wynika z zapisów ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane (Dz.U.2016.290 t.j.).
17. Przestrzegać obowiązku wykonywania przeglądów obiektów budowlanych przez osoby posiadające stosowne uprawnienia wynikające z ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane (Dz.U.2016.290 t.j.) oraz ustawy o samorządach zawodowych architektów oraz inżynierów budownictwa z dnia 15 grudnia 2000 r. (Dz. U.20116.1725 t.j.).
18. Zapewnić odpowiedni nadzór nad realizacją umów dotyczących wykonania okresowego przeglądu technicznego aparatury i sprzętu medycznego.
19. Korzystać z możliwości zbywania zbędnych ruchomych aktywów trwałych.

Podpisy osób kontrolujących:

.....
.....

Dyrektor Szpitala:

.....

Główny Księgowy Szpitala:

.....

Białystok, dnia