

Katowice, 28 listopada 2018 r.  
ZD-NiP.1711.11.2018

**Urząd Marszałkowski**  
**Województwa Śląskiego**  
**Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej**  
(oznaczenie jednostki kontrolującej)

**Katowickie Centrum Onkologii**  
**ul. Raciborska 26,**  
**40-074 Katowice**  
(oznaczenie podmiotu kontrolowanego)

### WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

z kontroli przeprowadzonej na podstawie:

- 1) art. 121 oraz 122 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (tekst jednolity: Dz. U. z 2018 r. poz. 2190),
- 2) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych (Dz. U. z 2015, poz. 1331),
- 3) planu kontroli na 2018 rok, załącznik nr 3, poz. 8 zatwierdzonego uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 2797/233/V/2017 z dnia 28.12.2017 r.,
- 4) regulaminu kontroli podmiotów leczniczych, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie określonego uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 1421/264/V/2018 z dnia 19.06.2018 r., z późn. zm.

#### I. Dane identyfikacyjne kontroli:

**Jednostka kontrolowana:** Katowickie Centrum Onkologii, ul. Raciborska 26, 40-074 Katowice.

**Kierownik jednostki kontrolowanej:** Pan Włodzimierz Migacz powołany na stanowisko Dyrektora z dniem 25.09.1998 r. do nadal.

Dyrektor wykonuje swoje zadania kierownicze i zarządcze przy pomocy:

- Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa - Pana Witolda Nowaka,
- Zastępcy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa i Epidemiologii – Pani Marzeny Ciastek,
- Zastępcy Dyrektora ds. Administracyjno-Technicznych – Pana Wojciecha Szczepaniuka,
- Głównej Księgowej – Pani Danuty Reczkin

oraz kierowników komórek organizacyjnych.

#### Termin przeprowadzenia czynności kontrolnych i zakres kontroli:

kontrolę przeprowadzono w dniach 28.08. 2018r. - 29.08.2018 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 2016-2018.

[Dowód: akta kontroli str. 1-3]

**Jednostka prowadząca kontrolę:** Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w Katowicach.

Osoby przeprowadzające kontrolę:

**Agnieszka Barczyk** – Główny Specjalista Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w Katowicach, legitymacja służbowa nr 1101498, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 518/ZD/2018 z dnia 22.08.2018 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 27.08.2018 r.

[Dowód: akta kontroli str. 4-5]

**Barbara Gwiazda-Amrosz** – Inspektor Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w Katowicach, legitymacja służbowa nr 1101491, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 519/ZD/2018 z dnia 22.08.2018 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 27.08.2018 r.

[Dowód: akta kontroli str. 6-7]

**Magdalena Majchrzak-Osiecka** - Główny Specjalista Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w Katowicach, legitymacja służbowa nr 1100992, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 520/ZD/2018 z dnia 22.08.2018 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 27.08.2018 r.

[Dowód: akta kontroli str. 8-9]

O kontroli Dyrektor jednostki został poinformowany za pośrednictwem poczty elektronicznej dnia 22 sierpnia 2018 r.

## II. Realizacja zadań statutowych.

### A. Ustalenia faktyczne:

**Zgodność zakresu i rodzaju udzielanych świadczeń zdrowotnych z zakresem i rodzajem świadczeń przewidzianych w Statucie i Regulaminie Organizacyjnym Centrum.**

#### 1. Informacje ogólne

Katowickie Centrum Onkologii 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 000000014039 oraz posiada osobowość prawną i jest wpisane do Krajowego Rejestru Sądowego w Katowicach pod numerem KRS 00000096116. Siedzibą Centrum jest miasto Katowice.

Centrum działa na podstawie:

- 1) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (tekst jednolity: Dz. U. z 2018 r. poz. 2190) oraz przepisów wykonawczych do tej ustawy,
- 2) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2018 r. poz. 1510 z późn. zm.),
- 3) Statutu Centrum przyjętego Uchwałą Nr V/42/25/2017 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 18.09.2017 r., tekst jednolity Dz. Urz. Województwa Śląskiego z dnia 05.10.2017 r. poz. 5300.

- 4) Regulaminu Organizacyjnego, którego ostatnie zmiany zostały pozytywnie zaopiniowane przez Radę Społeczną, uchwałą nr 20/III/5/2018 z dnia 07.08.2018 r. oraz wprowadzonego w życie Zarządzeniem wewnętrznym nr 64 Dyrektora Centrum z dnia 08.08.2018 r.

W Katowickim Centrum Onkologii, zatrudnienie na dzień 28.08.2018 r. wynosiło:

- 858 pracowników w ramach umowy o pracę,
- 98 pracowników w ramach umów cywilnoprawnych.

[Dowód: akta kontroli str. 10-11]

## **2. Prawidłowość wpisów w Krajowym Rejestrze Sądowym**

Ostatni wniosek o zmianę danych podmiotu w Krajowym Rejestrze Sądowym dotyczył zmian w Statucie Centrum wprowadzonych uchwałą nr V/34/27/2017 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 13.02.2017 r., ogłoszoną w dniu 20.02.2017 r. w Dzienniku Urzędowym Województwa Śląskiego w poz. 1024. Zgodnie z zapisami ww. uchwały Sejmiku Województwa Śląskiego, uchwała wchodzi po 14 dniach od jej ogłoszenia. Zgodnie z art. 22 ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym (tekst jednolity: Dz. U. z 2018 r. poz. 986 z późn. zm.) wniosek o wpis do Rejestru powinien być złożony nie później niż w terminie 7 dni od dnia zdarzenia uzasadniającego dokonanie wpisu. Ostateczny termin złożenia wniosku do KRS w tym przypadku upłynął w dniu 13.03.2017 r., natomiast z przedstawionych kontrolującym dokumentów wynika, że Centrum złożyło przedmiotowy wniosek w dniu 16.03.2017 r. W związku z powyższym termin ustawowy nie został dochowany.

W trakcie kontroli ustalono, że do Krajowego Rejestru Sądowego zostały wprowadzone wszystkie wymagane przepisami prawa informacje o kontrolowanej jednostce. Ponadto Postanowieniem z dnia 22.03.2018 r. sygnatura: KA.VIII Ns-Rej.KRS 50548/17/054 Sąd Rejonowy Katowice - Wschód w Katowicach, Wydział VIII Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego przyjął, na wniosek Centrum, do akt rejestrowych tekst jednolity Statutu Centrum, stanowiący załącznik do uchwały nr V/42/25/2017 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 18.09.2017 r., ogłoszony w Dzienniku Urzędowym Województwa Śląskiego w dniu 05.10.2017 r. w poz. 5300.

[Dowód: akta kontroli str. 12-40]

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

Regulamin Organizacyjny Centrum sporządzony został w oparciu o przepisy art. 24 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej. Ostatnie zmiany do Regulaminu zostały pozytywnie zaopiniowane przez Radę Społeczną Centrum uchwałą nr 20/III/5/2018 z dnia 07.08.2018 roku, a następnie wprowadzone Zarządzeniem wewnętrznym Dyrektora z dnia 08.08.2018 r.

W trakcie kontroli sprawdzono zgodność zapisów Regulaminu Organizacyjnego Centrum z przepisami ustawy. Ustalono, że Regulamin Organizacyjny nie zawiera cennika wysokości opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej, do czego zobowiązuje art. 24 ust. 1 pkt 9 ustawy o działalności leczniczej. W § 91 ust. 2 Regulaminu wskazany został sposób obliczenia wysokości opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej, zgodny z art. 28 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jednolity: Dz. U. z 2017 r. poz. 1318 z późn. zm.). W § 91 ust. 3 Regulaminu zawarty został zapis informujący, że wysokość opłaty za udostępnianie dokumentacji medycznej aktualizowana jest Zarządzeniem Dyrektora Centrum i podawana do wiadomości pacjentów. Biorąc pod uwagę powyższe, Regulamin nie zawiera cennika opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej, który stanowiłby wskazanie konkretnych

cen za jej udostępnienie. Zamieszczenie w treści Regulaminu sposobu wyliczenia wysokości tych opłat nie można uznać za tożsame z określeniem cennika, o którym mowa w ustawie o działalności leczniczej. Nie wypełnia również określonego wymogu ustawowego ww. zapis Regulaminu, który stanowi, że opłaty ustala Dyrektor Centrum w drodze Zarządzenia. Cennik przedmiotowych opłat, na gruncie ustawy o działalności leczniczej, jest częścią składową regulaminu organizacyjnego podmiotu leczniczego, a każda jego zmiana musi być procedowana w sposób identyczny jak każda inna zmiana zapisów regulaminu, tj. opiniowana przez radę społeczną i wprowadzana w życie zarządzeniem kierownika jednostki.

Pozostałe zapisy Regulaminu Organizacyjnego Centrum są zgodne z wymogami określonymi w art. 24 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej.

W trakcie kontroli zweryfikowano zapisy Załącznika nr 1 do Regulaminu Organizacyjnego Centrum „Wykaz jednostek organizacyjnych i komórek organizacyjnych realizujących zadania w zakresie działalności Katowickiego Centrum Onkologii” pod względem zgodności komórek organizacyjnych z Księgą Rejestrową Centrum w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonym przez Wojewodę Śląskiego. Rozbieżności w przedmiotowym zakresie obrazuje poniższa tabela:

Lp.	Regulamin Organizacyjny Centrum (Załącznik nr 1)	Księga Rejestrowa Centrum
1.	w Dziale A: 1) w pkt I ppkt 1 widnieją zapisy: a) 1.6 Sterylizacja, b) 1.14.1 Zespół Anestezjologii, 2) w pkt II ppkt 1 widnieją zapisy: a) 1.3.1 Pracownia Analityczna, b) 3.2.1 Pracownia Analityczna.	Brak odpowiedników w Księdze Rejestrowej
2.	W Dziale A w pkt II ppkt 1 widnieją zapisy: 1) 1.1.1 Poradnia Chorób Wewnętrznych, 2) 1.1.2 Poradnia Schorzeń Tarczycy, 3) 1.1.7 Poradnia Leczenia Niepłodności, 4) 1.1.21 Poradnia Alergologiczna, 5) 1.1.27 Poradnia Chorób Metabolicznych, 6) 1.1.30 Poradnia Hepatologiczna.	Poradnie zakończyły działalność z dniem 30.12.2016 r.

Poradnie wskazane w tabeli w wierszu 2 zostały wykreślone z zapisów Księgi Rejestrowej, jednak Dyrektor Centrum nie wystąpił z wnioskiem o akceptację podmiotu tworzącego dla ich likwidacji, do czego zobowiązywała Procedura postępowania w przypadku dokonywania zmian dotyczących struktury organizacyjnej przedsiębiorstw samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie, określona uchwałą nr 2279/V/2015 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 01.12.2015 r.

Dyrektor Centrum złożył pisemne wyjaśnienia (Informacja z dnia 28.08.2018 r.), z których wynika, że ww. Poradnie zostały wykreślone z Księgi Rejestrowej, ponieważ nigdy nie podjęły działalności medycznej z uwagi na brak kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. Powodem takiego działania był obowiązek aktualizacji Księgi Rejestrowej w zakresie prowadzonej działalności oraz zapewnienie pacjentom wiedzy o faktycznym zakresie realizowanych świadczeń zdrowotnych. Wniosek o zaopiniowanie dokonania stosownych zmian w Regulaminie Organizacyjnym Centrum zostanie skierowany na najbliższe posiedzenie Rady Społecznej.

[Dowód: akta kontroli str. 41-141]

Kontrola strony internetowej BIP Centrum wykazała, że zawiera ona wymagane informacje wynikające z art. 24 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej oraz z art. 8 ust. 3 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (tekst jednolity: Dz. U. z 2018 r. poz. 1330). Centrum posiada własną stronę internetową pod adresem: <https://www.kco.katowice.pl/>, która zawiera zakładkę przenoszącą do Biuletynu Informacji Publicznej pod adresem: <https://www.kco.katowice.pl/category/bip>. Obie strony internetowe są aktywne i zawierają wymagane przepisami informacje poza publikacją dokumentacji przebiegu i efektów kontroli oraz wystąpień, stanowisk, wniosków i opinii podmiotów je przeprowadzających, do czego obliguje art. 8 ust. 3 w związku z art. 6 ust. 1 pkt 4 lit. a tiret drugie ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej. Informacje wymagane przez ustawę o działalności leczniczej zostały wywieszane w widocznych miejscach, na tablicach informacyjnych, w poszczególnych jednostkach organizacyjnych Centrum.

#### **B. Stwierdzone nieprawidłowości:**

1. Naruszenie zapisów art. 22 ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym (tekst jednolity: Dz. U. z 2018 r. poz. 986) w zakresie zgłoszenia zmian w Statucie Centrum.
2. Naruszenie zapisów art. 24 ust. 1 pkt 9 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity: Dz. U. z 2018 r. poz. 2190) poprzez brak cennika wskazującego konkretne kwoty opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej w Regulaminie Organizacyjnym Centrum.
3. Niezgodność zapisów Załącznika nr 1 do Regulaminu Organizacyjnego Centrum z Księgą Rejestrową Centrum w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą w zakresie medycznych komórek organizacyjnych oraz naruszenie Procedury postępowania w przypadku dokonywania zmian dotyczących struktury organizacyjnej przedsiębiorstw samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie, przyjętej uchwałą nr 2279/V/2015 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 01.12.2015 r. w zakresie uzyskania akceptacji podmiotu tworzącego dla likwidacji komórek organizacyjnych nie powodującej ograniczenia udzielanych świadczeń zdrowotnych.
4. Naruszenie art. 8 ust. 3 w związku z art. 6 ust. 1 pkt 4 lit. a tiret drugie ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (tekst jednolity: Dz. U. z 2018 r. poz. 1330 z późn. zm.) w zakresie braku zamieszczenia na stronie BiP dokumentacji przebiegu i efektów kontroli oraz wystąpień, stanowisk, wniosków i opinii podmiotów je przeprowadzających.

**C. Ocena cząstkowa:** pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości

#### **D. Osoby odpowiedzialne:**

1. Kierownik Działu ds. Osobowych i Organizacyjnych,
2. 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 Katowicach przy:

1. ul. Raciborskiej 27;
2. ul. Raciborskiej 28;
3. ul. Józefowskiej 119.

## 1. Funkcjonowanie wybranych komórek organizacyjnych.

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

- 1) Oddziału Onkologicznego z Pododdziałem Chorób Wewnętrznych.
- 2) Oddziału Geriatrycznego.
- 3) Poradni Profilaktyki Chorób Piersi.

### 1) Oddział Onkologiczny z Pododdziałem Chorób Wewnętrznych

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: 4240. Oddział został wpisany do Księgi Rejestrowej z dniem 31.10.1998 r. i dysponuje 48 łózkami. Zlokalizowany jest w budynku przy ul. Raciborskiej 27.

Oddział oferuje diagnostykę, w tym diagnostykę biopsyjną, narządowych zmian ogniskowych, chemioterapię oraz pełną gamę usług z zakresu chorób wewnętrznych i z pełnym zapleczem diagnostycznym. Roczna ilość wykonywanych biopsji pod kontrolą USG wynosi ok. 500 zabiegów. Oddział zatrudnia łącznie 16 lekarzy na obu pododdziałach - 9 internistów z II° specjalizacji w tym z dodatkowymi specjalizacjami: 5 onkologów, 1 diabetolog, 4 rezydentów w trakcie specjalizacji z chorób wewnętrznych, 1 lekarz onkolog oddelegowany do specjalizacji z immunologii klinicznej oraz 2 psychologów.

Liczba hospitalizowanych pacjentów wyniosła:

- 7686 w 2016 r.,
- 7807 w 2017 r.,
- 4015 w okresie 8 miesięcy 2018 r.

Liczba osób oczekujących na leczenie (stan na 23.08.2018 r.) wyniosła 4 osoby oczekujące na pierwszą wizytę.

### 2) Oddział Geriatryczny

Oddział wpisany jest do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 071 (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: 4060. Oddział został wpisany do Księgi Rejestrowej z dniem 01.01.2010 r. i dysponuje 58 łózkami. Zlokalizowany jest w budynku przy ul. Józefowskiej 119.

Oddział zapewnia całodobową opiekę medyczną i pielęgnacyjną, w tym diagnostykę, leczenie i rehabilitację ruchową z fizykoterapią. Do Oddziału przyjmowani są pacjenci, którzy ukończyli 65 rok życia, ubezpieczeni w NFZ, ze skierowaniami od lekarzy rodzinnych, lekarzy specjalistów i innych oddziałów szpitalnych. W oddziale rocznie hospitalizowanych jest około 1000 pacjentów. Oddział zatrudnia łącznie 5 lekarzy, 23 pielęgniarki, 2 fizjoterapeutów i 1 psychologa. Liczba osób oczekujących na leczenie (stan na 23.08.2018 r.) wyniosła 51 osób.

### 3) Poradnia Profilaktyki Chorób Piersi

Poradnia wpisana jest do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 046 (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: 1458. Poradnia została wpisana do Księgi Rejestrowej z dniem 15.02.2002 r. Zlokalizowana jest w budynku przy ul. Raciborskiej 27. Poradnia prowadzi szeroko pojętą profilaktykę chorób piersi wraz z diagnostyką obejmującą wywiad i badanie lekarskie, badanie usg piersi, biopsje guzków oraz punkcje torbieli pod kontrolą usg. Poradnia nie posiada bezpośredniego kontraktu z NFZ natomiast w ramach

poradni we współpracy z Pracownią Mammografii realizowany jest program profilaktyczny raka piersi etap podstawowy i pogłębiony w kontrakcie z NFZ oraz badania usg i biopsje dla Oddziałów i Poradni Centrum. Poradnia jest czynna codziennie od poniedziałku do piątku w godzinach od 13:00 do 15:00. Poradnia wykonała:

- dla oddziałów i poradni Centrum: 3280 badań w 2016 r., 2038 badań w 2017 r., 1114 badań do lipca 2018 r.,
- dla pacjentów bez skierowania: 511 badań w 2016 r., 340 badań w 2017 r., 331 badań do lipca 2018 r.,
- biopsje cienkoigłowe: 138 w 2016 r., 125 w 2017 r., 89 do lipca 2018 r.,
- biopsje gruboigłowe: 250 w 2016 r., 221 w 2017 r., 180 do lipca 2018 r.

W trakcie wizytacji przeprowadzonej przez kontrolujących, w Poradni udzielano świadczeń zdrowotnych w godzinach zgodnych z harmonogramem.

[Dowód: akta kontroli str. 142-148]

## 2. Udzielanie zamówień na świadczenia zdrowotne.

Przedmiotem weryfikacji przeprowadzonej przez kontrolujących były umowy:

- 1) Nr 61/42/02/17 z dnia 20.02.2017 r. o świadczenie usług zdrowotnych w zakresie pełnego zabezpieczenia lekarskiego w Oddziale Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem Chirurgii Naczyniowej Katowickiego Centrum Onkologii,
- 2) Nr 209/39/05/18 z dnia 23.05.2018 r. o świadczenie usług zdrowotnych w zakresie konsultacji oraz zabiegów w zakresie chirurgii onkologicznej dla Katowickiego Centrum Onkologii.

### Ad. 1) Nr 61/42/02/17 z dnia 20.02.2017 r.

Umowa została zawarta w trybie postępowania konkursowego, przeprowadzonego przez Centrum, na podstawie przepisu art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Umowa została zawarta w formie pisemnej, na czas określony, tj. od dnia 20.02.2017 r. do dnia 31.12.2018 r. i zawiera wszystkie niezbędne zapisy określone w art. 27 ustawy o działalności leczniczej.

Ponadto w umowie wskazana została szacunkowa wartość brutto zamówienia.

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

W ramach kontroli realizacji umowy sprawdzono faktury nr:

- 25/2017 z dnia 30.11.2017 r. - stawka jednostkowa zgodna z umową,
- 3B/2018 z dnia 31.03.2018 r. - stawka jednostkowa zgodna z umową.

### Ad. 2) Nr 209/39/05/18 z dnia 23.05.2018 r.

Umowa została zawarta w trybie postępowania konkursowego przeprowadzonego przez Centrum na podstawie przepisu art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Umowa została zawarta w formie pisemnej, na czas określony, tj. od dnia 24.05.2018 r. do dnia 31.12.2019 r. i zawiera wszystkie niezbędne zapisy określone w art. 27 ustawy o działalności leczniczej.

Ponadto w umowie wskazana została szacunkowa wartość brutto zamówienia.

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

W ramach kontroli realizacji umowy sprawdzono faktury nr:

- 3/05/2018 z dnia 31.05.2018 r. - stawka jednostkowa zgodna z umową,
- 3/06/2018 z dnia 30.06.2018 r. - stawka jednostkowa zgodna z umową.

[Dowód: akta kontroli str. 149-172]

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

#### Ogłaszanie i przeprowadzanie konkursów na stanowiska kierownicze

Kontrola realizacji zadań na gruncie art. 49 ust. 1 pkt 2-5, ust. 2 – 6 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej wykazała, że w okresie objętym kontrolą, tj. lata 2016-2018 w Katowickim Centrum Onkologii w Katowicach nie miały miejsca żadne postępowania konkursowe na stanowiska kierownicze wskazane w art. 49 ww. ustawy.

#### Zatrudnienie na stanowiskach objętych konkursem na podstawie w/w przepisów prawa kształtuje się następująco:

- 1) Oddział Onkologiczny z Pododdziałem Chorób Wewnętrznych: lekarz zarządzający oddziałem i kontraktem medycznym, pielęgniarka koordynująca i współuczestnicząca w zarządzaniu kontraktem medycznym oddziału;
- 2) Oddział Onkologiczny z Pododdziałem Chorób Wewnętrznych – Odcinek Onkologiczny: lekarz zarządzający pododdziałem onkologicznym, p.o. pielęgniarki koordynującej i współuczestniczącej w zarządzaniu kontraktem medycznym oddziału;
- 3) Oddział Radioterapii z Pododdziałem Chorób Wewnętrznych i Pododdziałem Gastroenterologii: lekarz zarządzający oddziałem i kontraktem medycznym, pielęgniarka koordynująca i współuczestnicząca w zarządzaniu kontraktem medycznym oddziału;
- 4) Oddział Onkologiczny: lekarz zarządzający oddziałem i kontraktem medycznym, pielęgniarka koordynująca i współuczestnicząca w zarządzaniu kontraktem medycznym oddziału;
- 5) Oddział Dermatologiczny Dziecięcy: lekarz zarządzający oddziałem i kontraktem medycznym, pielęgniarka koordynująca i współuczestnicząca w zarządzaniu kontraktem medycznym oddziału;
- 6) Oddział Ginekologiczno-Położniczy z Pododdziałem Ginekologii Onkologicznej (Odcinek Ginekologiczny/Odcinek Położniczy/Sala Porodowa): lekarz zarządzający oddziałem i kontraktem medycznym, pielęgniarka koordynująca i współuczestnicząca w zarządzaniu kontraktem medycznym oddziału/ położna koordynująca-nadzorująca pracę położnych i współuczestnicząca w zarządzaniu kontraktem medycznym oddziału/ p.o. położnej koordynującej-nadzorującej pracę położnych i współuczestniczącej w zarządzaniu kontraktem medycznym;
- 7) Oddział Neonatologiczny: lekarz zarządzający oddziałem i kontraktem medycznym, położna koordynująca i współuczestnicząca w zarządzaniu kontraktem medycznym oddziału;
- 8) Oddział Chorób Płuc: lekarz zarządzający oddziałem i kontraktem medycznym, pielęgniarka koordynująca i współuczestnicząca w zarządzaniu kontraktem medycznym oddziału;
- 9) Oddział Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem Chirurgii Naczyniowej: lekarz zarządzający oddziałem i kontraktem medycznym, p.o. pielęgniarki koordynującej i współuczestniczącej w zarządzaniu kontraktem medycznym oddziału;
- 10) Oddział Leczenia Jednego Dnia: lekarz zarządzający oddziałem i kontraktem medycznym;
- 11) Oddział Geriatryczny: lekarz zarządzający oddziałem i kontraktem medycznym, pielęgniarka koordynująca i współuczestnicząca w zarządzaniu kontraktem medycznym oddziału;
- 12) Oddział Dermatologiczny: lekarz zarządzający oddziałem i kontraktem medycznym, pielęgniarka koordynująca i współuczestnicząca w zarządzaniu kontraktem medycznym oddziału.

Jak wskazano powyżej, poszczególnymi oddziałami/pododdziałami kierują lekarze zarządzający oddziałem i kontraktem medycznym. Rozwiązanie takie jest zgodne z treścią art. 49 ust. 7



ww. ustawy, który przewiduje możliwość kierowania oddziałem przez lekarza nie będącego ordynatorem stanowiąc, iż „w przypadku gdy zgodnie z regulaminem organizacyjnym oddziałem kieruje lekarz niebędący ordynatorem, na stanowisko lekarza kierującego oddziałem konkursu nie przeprowadza się.”

Pracą całego personelu pielęgniarskiego kieruje pielęgniarka koordynująca-współuczestnicząca w zarządzaniu kontraktem medycznym zespołu, natomiast zespołem pielęgniarskim na poszczególnych oddziałach zarządzają pielęgniarki/położne koordynujące i współuczestniczące w zarządzaniu kontraktem medycznym oddziału lub osoby pełniące obowiązki pielęgniarki koordynującej i współuczestniczącej w zarządzaniu kontraktem medycznym oddziału.

Wskazać należy, iż nazwa stanowiska powinna zawierać ustawowe brzmienie „pielęgniarki oddziałowej”. Działania mające na celu nieobsadzanie stanowisk wymienionych z nazwy w art. 49 ust.1 ustawy, a w ich miejsce tworzenie – w zakresie merytorycznym tożsamy, a tylko inaczej nazwanych, stanowią próbę obejścia przepisów.

Zarówno w Regulaminie Organizacyjnym jak i Regulaminie Wynagradzania Katowickiego Centrum Onkologii stanowiska: ordynatora, naczelnej pielęgniarki/przełożonej pielęgniarek oraz pielęgniarki oddziałowej nie zostały wykazane i stanowiska takie nie funkcjonują w strukturze organizacyjnej Centrum.

Pozostałe ww. stanowiska określone zostały zarówno w Regulaminie Organizacyjnym Katowickiego Centrum Onkologii, jak i załączniku nr 2 (Tabela zaszeregowania na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w Katowickim Centrum Onkologii) oraz załączniku nr 3 (Tabela stanowisk, na których przysługuje dodatek funkcyjny i stawek dodatku funkcyjnego) do Regulaminu Wynagradzania pracowników Katowickiego Centrum Onkologii.

[Dowód: akta kontroli str. 173-209]

#### 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) Respirator nr 510EYYZK073, rok produkcji 2012. Przegląd okresowy odbył się w dniu 15.06.2018 r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany w czerwcu 2019 r., zgodnie z wpisem urządzenie sprawne,
- 2) Kardiomonitor nr Q071E000122, rok produkcji 2016. Przegląd okresowy odbył się w dniu 17.01.2018 r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany w styczniu 2019 r., zgodnie z wpisem sprzęt sprawny,
- 3) Bronchofiberoskop nr G110665, rok produkcji 2014. Przegląd okresowy odbył się w dniu 06.04.2018 r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany w marcu 2019 r., zgodnie z wpisem urządzenie sprawne,
- 4) Aparat kostnołuczny Cosmos BS nr 0500032, rok produkcji 2005. Przegląd okresowy odbył się w dniu 23.04.2018 r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany w kwietniu 2019 r., zgodnie z wpisem aparat sprawny,
- 5) Aparat USG nr B25403300001883, rok produkcji 2012. Przegląd okresowy odbył się w dniu 05.07.2018 r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany w lipcu 2019 r., zgodnie z wpisem aparat sprawny,
- 6) Defibrylator nr 01160803, rok produkcji 2016. Przegląd okresowy odbył się w dniu 05.01.2018 r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany w styczniu 2019 r., zgodnie z wpisem aparat sprawny.

[Dowód: akta kontroli str. 210-224]

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

W Centrum obowiązuje Instrukcja Kancelaryjna, wprowadzona w życie z dniem 02.06.2008 r. z późn. zm., która zawiera procedurę rozpatrywania skarg i wniosków. Zarządzeniem wewnętrznym nr 33/2015 Dyrektora Centrum powołani zostali Pełnomocnicy ds. Praw Pacjenta w Zespole Nr 1 oraz w Zespole Nr 2. Do ich zadań należy m.in.:

- 1) przyjmowanie skarg i wniosków pacjentów,
- 2) prowadzenie rejestru złożonych i nadesłanych skarg i wniosków,
- 3) analiza skarg i wniosków pacjentów.

Sprawdzeniem objęto rejestr skarg i wniosków wpływających do Dyrekcji Centrum. Rejestr jest prowadzony zgodnie z art. 254 Kodeksu postępowania administracyjnego, czyli w sposób umożliwiający kontrolę przebiegu i terminów załatwiania skarg, poprzez zamieszczenie w nim rubryk dotyczących daty wpływu i załatwienia skargi. Rejestr nie zawiera natomiast pozycji dotyczącej informacji o zasadności (lub braku zasadności) rozpatrywanych skarg. W przedmiotowym rejestrze umieszczono wpisy dotyczące:

- 1) 6 skarg w 2016 r., w tym:
  - a) 4 skargi bezzasadne,
  - b) 1 skarga częściowo zasadna,
  - c) 1 skarga zasadna,
- 2) 8 skarg w 2017 r., w tym:
  - a) 6 skarg bezzasadnych,
  - b) 2 skargi zasadne,
- 3) 7 skarg w 2018 r., wszystkie bezzasadne.

Wszystkie skargi zostały rozpatrzone przez Centrum, a skarżącym udzielono odpowiedzi w ustawowym terminie. Zgodnie z ustawą o działalności leczniczej analiza skarg i wniosków jest przedstawiana okresowo Radzie Społecznej Centrum, co potwierdzają protokoły z posiedzeń Rady.

[Dowód: akta kontroli str. 225-231]

## 6. Czas oczekiwania na udzielenie świadczeń zdrowotnych.

W Centrum, zgodnie z art. 20 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych prowadzone są listy osób oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego. W trakcie kontroli ustalono, że w Centrum funkcjonują powołane Zarządzeniem Dyrektora Nr 41/2005 z dnia 23.05.2005r (tekst jednolity z dnia 30.07.2015 r.), zmienionym aneksem Nr 4 z dnia 23.01.2016r., zespoły oceny przyjęć pacjentów oczekujących na udzielenie świadczeń zdrowotnych (Zespół nr 1 i Zespół nr 2). Zgodnie z treścią ww. Zarządzenia, do zadań zespołów oceny przyjęć należy:

- ocena prawidłowości prowadzonej listy oczekujących na udzielenie świadczenia,
- ocena czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia,
- ocena zasadności oraz przyczyny zmiany terminów udzielenia świadczenia,
- przeprowadzanie dokładnej analizy pacjentów oczekujących oraz pacjentów przyjętych do hospitalizacji.

Przewodniczącymi Komisji zespołu oceny przyjęć (Zespół Nr 1 i Zespół Nr 2) są Pełnomocnicy Dyrektora ds. Zarządzania Kontraktem Medycznym. Bezpośredni nadzór nad prawidłowością pracy zespołów oceny przyjęć sprawuje Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa. Zgodnie z zapisami Zarządzenia, Przewodniczący Komisji oraz nadzorujący pracę zespołów oceny przyjęć, dokonują analizy przekazanej sprawozdawczości w każdy trzeci wtorek miesiąca.

Raport z realizacji zadań zespołów przekazywany jest Dyrektorowi Centrum w każdy pierwszy poniedziałek miesiąca. Przykładowe protokoły za miesiąc kwiecień 2017 r., październik 2017 r. i czerwiec 2018 r. stanowią materiał dowodowy akt kontroli.

Z list oczekujących na udzielenie świadczenia za miesiąc lipiec 2018 r. wynika, że najdłuższy czas oczekiwania na przyjęcie w przypadkach pilnych ma miejsce w:

- Pracowni Fizykoterapii - 50 dni,
- Pracowni Teleradioterapii - 31 dni,
- Oddziale Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Onkologicznym 19 dni.

Natomiast w przypadkach stabilnych najdłuższy czas oczekiwania na przyjęcie ma miejsce w:

- Pracowni Endoskopii - 270 dni,
- Poradni Gastroenterologicznej - 213 dni,
- Pracowni Fizykoterapii - 173 dni.

Najkrótszy czas oczekiwania zanotowano w Oddziale Neonatologicznym, Poradni Ginekologiczno-Położniczej, Diabetologicznej, Chirurgii Ogólnej Zakładu Nr 2, Dermatologicznej, Neonatologicznej, Preluksacyjnej i Geriatrycznej (przypadki pilne i stabilne przyjmowane są od razu).

[Dowód: akta kontroli str. 232-254]

## 7. Wykonywanie badań satysfakcji pacjenta.

Z dniem 10.01.2013 r. w Centrum wprowadzona została Procedura dotycząca gromadzenia, zbierania i analizowania ankiety szpitalnej, która określa wzory formularzy ankiet dla poszczególnych komórek działalności medycznej. Ankiety są przeprowadzane anonimowo, jednak pacjent może zdecydować o udostępnieniu swoich danych osobowych na wypełnionej ankiecie. Ankiety zbierane są do skrzynek umieszczonych w poszczególnych oddziałach, poradniach i pracowniach Centrum. Obowiązek analizy ankiet spoczywa na kierowniku komórki organizacyjnej, której one dotyczą, natomiast wyniki analizy z wnioskami i planem działań naprawczych lub zapobiegawczych oraz protokołem są przekazywane Pełnomocnikowi Dyrektora ds. Zarządzania jakością.

Z analizy ankiet przeprowadzonych w Oddziale Onkologicznym wynika, że:

- 1) w IV kwartale 2017 r. pacjenci zauważyli konieczność zwiększenia liczby personelu pielęgniarskiego,
- 2) w I kwartale 2018 r. pacjenci zgłosili niedogodności w postaci braku telewizji, klimatyzacji oraz wnioskowali o usprawnienie organizacji systemu rejestracji i przyjęć pacjentów. Zarządzający Oddziałem zareagował na zgłaszane sugestie wydzielając nowe pomieszczenie do rejestracji i bieżącej obsługi pacjentów oraz dodając kolejne stanowisko w sekretariacie celem usprawnienia pracy i zmniejszenia czasu oczekiwania pacjentów na przyjęcie,
- 3) w II kwartale 2018 r. nie odnotowano żadnych zastrzeżeń do pracy Oddziału Onkologicznego.

[Dowód: akta kontroli str. 255-264]

## B. Stwierdzone nieprawidłowości:

1. Zastąpienie w Regulaminie Organizacyjnym Centrum stanowiska pielęgniarki oddziałowej stanowiskiem „pielęgniarki/położnej koordynującej i współuczestniczącej w zarządzaniu kontraktem medycznym oddziału”,
2. Naruszenie art. 49 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (tekst jednolity: Dz. U. z 2018 r. poz. 2190) poprzez brak przeprowadzenia konkursu na stanowisko naczelnego pielęgniarki oraz stanowiska pielęgniarek oddziałowych w poszczególnych Oddziałach Centrum.

**C. Ocena cząstkowa:** pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości

**D. Osoby odpowiedzialne:**

1. Zastępca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa i Epidemiologii,
2. 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 aparatury i sprzętu medycznego.**

- a) Aparat RTG z ramieniem C o wartości 248 400,00 zł
  - zakup ujęty w planie inwestycyjnym Centrum na rok 2016, pozytywnie zaopiniowanym przez Radę Społeczną Centrum uchwałą nr 49/V/3/2016 z dnia 14.12.2016 r. w sprawie korekty nr 5 Planu Inwestycyjnego Katowickiego Centrum Onkologii na rok 2016,
  - pozytywna opinia Rady Społecznej Centrum na przyjęcie dotacji celowej Województwa Śląskiego wyrażona w uchwale nr 28/III/2/2016 z dnia 27.07.2016 r.,
  - zakup sfinansowany z dotacji Województwa Śląskiego (zgodnie z umową 1728/ZD/2016) i ze środków własnych - odrębna zgoda podmiotu tworzącego na nabycie nie była wymagana,
  - zakup potwierdzony fakturą VAT Nr 206/2016 z dnia 09.12.2016 r. na łączną kwotę 251 475,00 zł, w tym wartość w/w aparatu na kwotę 248 400,00 zł, termin płatności 09.01.2017 r., zapłacono 23.12.2016 r. (środki z budżetu Województwa Śląskiego – 171 234,09 zł, środki własne – 80 240,91 zł),
  - protokół odbioru sprzętu z dnia 08.12.2016 r.,
  - dowód przyjęcia OT 200/16 z dnia 08.12.2016 r., numer inwentarzowy 8-80/802/901.
  
- b) Aparat do znieczulenia na podstawie jezdnej o wartości 153 104,04 zł
  - zakup ujęty w planie inwestycyjnym Centrum na rok 2017, pozytywnie zaopiniowanym przez Radę Społeczną Centrum uchwałą nr 31/V/9/2017 z dnia 18.12.2017 r. w sprawie korekty nr 3 Planu Inwestycyjnego Katowickiego Centrum Onkologii na rok 2017,
  - pozytywna opinia Rady Społecznej Centrum na przyjęcie dotacji celowej Województwa Śląskiego wyrażona w uchwale nr 1/II/1/2017 z dnia 03.03.2017 r.,
  - zakup sfinansowany z dotacji Województwa Śląskiego (zgodnie z umową 218/ZD/2017) i ze środków własnych - odrębna zgoda podmiotu tworzącego na nabycie nie była wymagana,
  - zakup potwierdzony fakturą VAT Nr DPL/TS/200/17 z dnia 13.11.2017 r. na łączną kwotę 374 708,16 zł, w tym wartość w/w aparatu na kwotę 153 104,04 zł, termin płatności 13.12.2017 r., zapłacono 23.11.2017 r. (środki z budżetu Województwa Śląskiego – 328 320,00 zł, środki własne – 46 388,16 zł);
  - protokół odbioru sprzętu z dnia 23.10.2017 r.;
  - dowód przyjęcia OT 125/17 z dnia 23.10.2017 r., numer inwentarzowy 8-80/802/1100.
  
- c) Aparat USG Samsung HS70 o wartości 158 727,60 zł
  - zakup ujęty w planie inwestycyjnym Centrum na rok 2018, pozytywnie zaopiniowanym przez Radę Społeczną Centrum uchwałą nr 33/III/18/2018 z dnia 07.08.2018 r. w sprawie korekty nr 2 Planu Inwestycyjnego Katowickiego Centrum Onkologii na rok 2018,

- pozytywna opinia Rady Społecznej Centrum na zakup aparatu wyrażona w uchwale nr 9/1/5/2017 z dnia 25.04.2017 r.,
- akceptacja dla zakupu aparatu USG została wyrażona przez Dyrektora Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej w dniu 16.05.2017 r.,
- zakup sfinansowany ze środków własnych, potwierdzony fakturą VAT Nr 3/USG/04/2018 z dnia 05.04.2018 r. na kwotę 158 727,60 zł, termin płatności 04.06.2018 r., zapłacono 01.06.2018 r.,
- protokół odbioru sprzętu z dnia 05.04.2018 r.;
- dowód przyjęcia OT 01/18 z dnia 05.04.2018 r., numer inwentarzowy 8-80/802/1132.

Nabycie aparatury i sprzętu medycznego, w ww. zakresie objętym kontrolą nie budzi zastrzeżeń. W trakcie kontroli ustalono, że sprzęt i aparatura medyczna zakupiona z dotacji Województwa Śląskiego wskazana powyżej w pkt a i b jest wykorzystywana do udzielania świadczeń zdrowotnych.

[Dowód: akta kontroli str. 265-295]

## 2. Zbycie aparatury i sprzętu medycznego

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

- a) Aparat do znieczulenia ogólnego Sulla 808 V - nr inwentarzowy 8-80/802/095, rok produkcji 1987, wartość początkowa 64 092,73 zł, umorzenie 100 %,
  - dowód LT-0038/2018 z dnia 04.06.2018 r.,
  - orzeczenie techniczne z dnia 05.06.2017 r. – ze względu na zaprzestanie produkcji tego typu aparatów, brak części zamiennych oraz zły stan techniczny proponuje się wycofać aparat z eksploatacji,
  - pozytywna opinia Rady Społecznej Centrum wyrażona uchwałą nr 12/1/12/2018 z dnia 19.04.2018 r.;
  - akceptacja na zbycie ww. środka trwałego wyrażona przez Członka Zarządu Województwa Śląskiego w dniu 16.05.2018 r.,
  - protokół kasacyjny nr 1-ŚT z dnia 05.04.2018 r.,
  - aparaty do dnia kontroli nie zostały fizycznie zlikwidowane.
  
- b) Aparat do znieczulenia ogólnego Sulla 808 V - nr inwentarzowy 8-80/802/059, rok produkcji 1987, wartość początkowa 64 092,74 zł, umorzenie 100 %,
  - dowód LT-0039/2018 z dnia 04.06.2018 r.,
  - orzeczenie techniczne z dnia 05.06.2017 r. – ze względu na zaprzestanie produkcji tego typu aparatów, brak części zamiennych oraz zły stan techniczny proponuje się wycofać aparat z eksploatacji,
  - pozytywna opinia Rady Społecznej Centrum wyrażona uchwałą nr 12/1/12/2018 z dnia 19.04.2018 r.;
  - akceptacja na zbycie ww. środka trwałego wyrażona przez Członka Zarządu Województwa Śląskiego w dniu 16.05.2018 r.,
  - protokół kasacyjny nr 1-ŚT z dnia 05.04.2018 r.,
  - aparaty do dnia kontroli nie zostały fizycznie zlikwidowane.

Z wyjaśnień przekazanych przez p.o. Zastępcę Dyrektora ds. Administracyjno-Technicznych, sprzęt zostanie zlikwidowany w najbliższym czasie.

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

[Dowód: akta kontroli str. 296-304]

### 3. Najem/dzierżawa pomieszczeń.

W ramach kontroli sprawdzaniem objęto prawidłowość zawarcia umowy najmu nr 24/08/02/16 z dnia 09.02.2016 r.

Przedmiotem umowy jest najem pomieszczeń o powierzchni 158,76 m<sup>2</sup> zlokalizowanych w budynku głównym Szpitala przy ul. Raciborskiej 27 w Katowicach, z przeznaczeniem na punkt gastronomiczny.

Umowa zawarta została w trybie przetargowym na czas nieoznaczony, począwszy od dnia 09.02.2016 r. Rada Społeczna pozytywnie zaopiniowała wniosek Dyrektora Centrum dotyczący wynajęcia przedmiotowego pomieszczenia uchwałą nr 39/IV/18/2015 z dnia 28.10.2015 r. Z uwagi na okres na jaki została zawarta umowa zgoda podmiotu tworzącego nie była wymagana. Zgodnie z zapisami umowy, najemca zobowiązany jest płacić wynajmującemu czynsz najmu oraz opłaty za zużyte media w terminie 14 dni od daty wystawienia faktury.

Umowa zawiera wszystkie zapisy określone w § 15 „Zasad zbywania, wdzierżawiania, wynajmowania, oddania w użytkowanie lub użyczenie aktywów trwałych SP ZOZ, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie”.

Objęte kontrolą faktury za czerwiec 2016 r., czerwiec 2017 r. i czerwiec 2018 r. wystawione zostały zgodnie z treścią umowy. Należności z tytułu faktur wpłynęły w terminie.

[Dowód: akta kontroli str. 305-314]

### B. Stwierdzone uchybienia i nieprawidłowości: brak

### C. Ocena częściowa: pozytywna

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

### A. Ustalenia faktyczne:

Ostatnia kontrola w Centrum przeprowadzona została przez pracowników Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w dniach od 8 do 9 lutego 2016 r. Przedmiotem kontroli objęto: realizację zadań statutowych, dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych, prawidłowość gospodarowania mieniem oraz gospodarkę finansową w okresie od 2015 r. do dnia kontroli.

Wydano następujące zalecenia pokontrolne:

1. Zamieścić na stronie podmiotowej BIP Centrum informacje dotyczące:
  - wysokości opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej;
  - wysokości opłat za przechowywanie zwłok pacjentów powyżej 72 godzin;
  - wysokości opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być, zgodnie z przepisami ustawy lub przepisami odrębnymi, udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością.
2. Wprowadzić w Centrum ustawowo ustanowione stanowiska: naczelniej pielęgniarki i pielęgniarek oddziałowych, a także wpisanie tych stanowisk do Regulaminu Organizacyjnego jednostki.
3. Wskazywać w treści zawieranych umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych łączną wartość zamówienia.

Dyrektor Centrum, w ustawowym terminie, złożył do Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego sprawozdanie o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych. Sprawdzone realizację zaleceń pokontrolnych w latach 2016-2018 i stwierdzono, że nie zostało wykonane zalecenie dotyczące wprowadzenia w Centrum ustawowo ustanowionych stanowisk: naczelniej pielęgniarki i pielęgniarek oddziałowych, a także wpisania tych stanowisk do Regulaminu Organizacyjnego.

## **B. Stwierdzone nieprawidłowości:**

Brak realizacji zalecenia pokontrolnego dotyczącego wprowadzenia w Centrum ustawowo ustanowionych stanowisk: naczelniej pielęgniarki i pielęgniarek oddziałowych, a także wpisania tych stanowisk do Regulaminu Organizacyjnego.

**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.

Na tym ustalenia kontrolne zakończono.

## **VI. Pozostałe informacje, zalecenia i pouczenia.**

### **1. Pozostałe informacje**

Pismem z dnia 31 października 2018 r. znak: ZD-N.1711.11.2018, Projekt wystąpienia pokontrolnego został przekazany Dyrektorowi Centrum. Ze „zwrotnego doręczenia odbioru” wynika, że pismo zostało doręczone do Centrum w dniu 02.11.2018 r.

Dyrektor Centrum nie zgłosił zastrzeżeń do treści Projektu wystąpienia pokontrolnego.

### **2. Zalecenia**

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami zalecam podjąć działania zmierzające do:

- 1) Przestrzegania zapisów art. 22 ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym (tekst jednolity: Dz. U. z 2018 r. poz. 986) w zakresie zgłoszenia zmian w Statucie Centrum;
- 2) Przestrzegania zapisów art. 24 ust. 1 pkt 9 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity: Dz. U. z 2018 r. poz. 2190) dotyczących wprowadzenia cennika wskazującego konkretne kwoty opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej w Regulaminie Organizacyjnym Centrum;
- 3) Dostosowania treści Załącznika nr 1 do Regulaminu Organizacyjnego Centrum do zapisów Księgi Rejestrowej Centrum w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą w zakresie medycznych komórek organizacyjnych oraz przestrzegania Procedury postępowania w przypadku dokonywania zmian dotyczących struktury organizacyjnej zakładów leczniczych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie, przyjętej uchwałą nr 1327/201/V/2017 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 27.06.2017 r. w zakresie uzyskania akceptacji podmiotu tworzącego dla likwidacji komórek organizacyjnych nie powodującej ograniczenia udzielanych świadczeń zdrowotnych;
- 4) Przestrzegania art. 8 ust. 3 w związku z art. 6 ust. 1 pkt 4 lit. a tiret drugie ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (tekst jednolity: Dz. U. z 2018 r. poz. 1330 z późn. zm.) w zakresie zamieszczenia na stronie BiP dokumentacji przebiegu i efektów kontroli oraz wystąpień, stanowisk, wniosków i opinii podmiotów je przeprowadzających;
- 5) Przestrzegania art. 49 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (tekst jednolity: Dz. U. z 2018 r. poz. 2190) w zakresie przeprowadzenia konkursu na stanowisko naczelniej pielęgniarki oraz pielęgniarek oddziałowych w poszczególnych Oddziałach Centrum, a także wpisania tych stanowisk do Regulaminu Organizacyjnego.
- 6) Przestrzegania obowiązku realizacji zaleceń pokontrolnych wydanych przez podmiot tworzący w wyniku przeprowadzonej kontroli.

### 3. Pouczenia


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

Wystąpienie pokontrolne zawiera 16 ponumerowanych stron.

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

**Na podstawie § 26 w/w rozporządzenia, informację o podjętych działaniach w zakresie zaleceń 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  
  
Przemysław Owsiak  
Pierwszy Dyrektor Wydziału  
Zdrowia i Inicjatyw Społecznych

