

Katowice, 18 sierpnia 2021 r.
NZ-NK.1711.11.2020

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

**Katowickie Centrum Onkologii
z siedzibą w Katowicach**
(oznaczenie podmiotu kontrolowanego)

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

z kontroli przeprowadzonej na podstawie:

- 1) art. 121 oraz 122 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t. j.: Dz. U. z 2021 r. poz. 711),
- 2) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych (t. j.: Dz. U. z 2015 r., poz. 1331),
- 3) planu kontroli na 2020 rok, załącznik nr 2, poz. 8 zatwierdzonego uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 5/91/VI/2020 z dnia 08.01.2020 r.,
- 4) regulaminu kontroli podmiotów leczniczych, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie określonego uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 666/30/VI/2019 z dnia 27.03.2019 r. z późn. zm.

I. Dane identyfikacyjne kontroli:

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

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

- Pan Włodzimierz Migacz od 25.09.1998 r. do nadal.

Dyrektor na dzień przeprowadzenia kontroli wykonywał swoje zadania kierownicze i zarządcze przy pomocy:

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

Termin przeprowadzenia czynności kontrolnych i zakres kontroli:

Kontrolę przeprowadzono w dniach 28 – 30.10.2020 r. oraz 8 - 19.03.2021 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 2019-2020.

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

Osoby przeprowadzające kontrolę:

Monika Mrozek - Główny Specjalista Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnienia

H. Morley

jednorazowego Nr 472/NZ/2020 z dnia 20.10.2020 r. oraz Nr 89/NZ/2021 z dnia 03.03.2021 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 28.10.2020 r.

Monika Nowak – Podinspektor Departamentu Nadzoru Podmiotów Lecznicznych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 471/NZ/2020 z dnia 20.10.2020 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 28.10.2020 r.

Weronika Loska-Tomanik – Inspektor Departamentu Nadzoru Podmiotów Lecznicznych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 90/NZ/2021 z dnia 03.03.2021 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 08.03.2021 r.

Barbara Gwiazda - Amrosz – Główny Specjalista Departamentu Nadzoru Podmiotów Lecznicznych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 473/NZ/2020 z dnia 20.10.2020 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 28.10.2020 r.

O kontroli Dyrektor jednostki został poinformowany pismem z dnia 19.10.2020 r. Kontrolę wpisano do książki kontroli pod pozycją 6.

[Dowód: akta kontroli str. 1-15]

II. Działalność statutowa.

A. Ustalenia faktyczne:

Zgodność zakresu i rodzaju udzielanych świadczeń zdrowotnych lub usług z zakresem i rodzajem świadczeń lub usług przewidzianych w Statucie i Regulaminie Organizacyjnym Katowickiego Centrum Onkologii.

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 0000096116. Siedzibą Centrum jest miasto Katowice.

Centrum działa na podstawie:

- 1) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t. j.: Dz. U. z 2021 r. poz. 711, dalej: u.d.l.) oraz przepisów wykonawczych do tej ustawy,
- 2) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j.: Dz. U. z 2020 r. poz. 1398 z późn. zm.),
- 3) Statutu Centrum przyjętego Uchwałą Nr V/12/33/2015 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 21.09.2015 r., tekst jednolity Dz. Urz. Województwa Śląskiego z dnia 5.10.2017 r. poz. 5284,

- 4) Regulaminu Organizacyjnego, którego tekst jednolity został pozytywnie zaopiniowany przez Radę Społeczną uchwałą nr 5/II/1/2017 z dnia 25.04.2017 r. i wprowadzony w życie Zarządzeniem Dyrektora nr 35/2017 z dnia 27.04.2017 r. Ostatnie zmiany do tekstu jednolitego Regulaminu Organizacyjnego Centrum zostały pozytywnie zaopiniowane przez Radę Społeczną uchwałą nr 13/II/12/2020 z dnia 29.04.2020 r. i wprowadzone Zarządzeniem Dyrektora nr 19/2020 z dnia 05.05.2020 r.
- 5) w zakresie gospodarki mieniem:
 - a) procedury dotyczącej nabywania aparatury i sprzętu medycznego przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie określonej w uchwale Zarządu Województwa Śląskiego nr 1745/276/IV/2013 z dnia 6.08.2013 r., z późn. zm.,
 - b) uchwały nr 1784/277/IV/2013 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 13.08.2013 r. w sprawie przyjęcia zasad zbywania, wydzierżawiania, wynajmowania, oddania w użytkowanie lub użyczenia aktywów trwałych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie, z późn. zm.,
 - c) zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie, określonych w Uchwale Zarządu Województwa Śląskiego nr 2232/288/V/2018 z dnia 25 września 2018 r. ze zmianami wprowadzonymi uchwałą nr 804/36/VI/2019 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 17 kwietnia 2019 r. oraz uchwałą nr 1966/161/VI/2020 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 26 sierpnia 2020 r.,
- 6) innych powszechnie obowiązujących przepisów prawa.

W Katowickim Centrum Onkologii, zatrudnienie na dzień 28.10.2020 roku wynosiło:

- 914 pracowników w ramach umowy o pracę,
- 127 pracowników w ramach umów cywilnoprawnych.

[Dowód: akta kontroli str. 16]

2. Prawdliwość wpisów w Krajowym Rejestrze Sądowym.

Ostatnie zgłoszenie do Krajowego Rejestru Sądowego z dnia 21 września 2020 r. dotyczy zmiany członków Rady Społecznej Centrum. Ustalono, że dopełniono ustawowy obowiązek wynikający z art. 22 ustawy o Krajowym Rejestrze Sądowym z dnia 20 sierpnia 1997 r. (t. j.: Dz. U. z 2021 r. poz. 112), który wskazuje 7 dni na zgłoszenie zmian do KRS (powołanie Rady Społecznej 07.10.2019 r., pierwsze posiedzenie Rady, na którym można było uzyskać dane niezbędne do przeprowadzenia zmian w KRS 28.11.2019 r., złożenie wniosku 03.12.2019 r., wpis 10.12.2019 r.). Ustalono, że do Krajowego Rejestru Sądowego zgłoszone zostały wszystkie wymagane prawem informacje o Centrum.

[Dowód: akta kontroli str. 17-34]

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

Regulamin Organizacyjny Centrum (dalej: „Regulamin”) sporządzony został w oparciu o przepisy art. 24 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej. Ostatnie zmiany do Regulaminu, pozytywnie zaopiniowane przez Radę Społeczną uchwałą nr 13/II/12/2020 z dnia 29.04.2020 r., zostały wprowadzone w życie Zarządzeniem wewnętrznym Dyrektora nr 19/2020 z dnia 05.05.2020 r.

W trakcie kontroli sprawdzono zgodność zapisów Regulaminu Organizacyjnego Centrum z przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej. Stwierdzono, że Regulamin Organizacyjny zawiera wszystkie niezbędne elementy, wskazane w treści

art. 24 ust. 1 ww. ustawy.

Kontrolujący stwierdzili, że cele i zadania podmiotu leczniczego wyszczególnione w Regulaminie Organizacyjnym Centrum są w pełni tożsame z wpisanymi w Statut Centrum.

Stwierdzono, że zgodnie z aneksem nr 10 z dnia 29.04.2020 r. do Regulaminu Organizacyjnego Katowickiego Centrum Onkologii w załączniku nr 4 – *Cennik opłat za udzielane świadczenia zdrowotne w Katowickim Centrum Onkologii inne niż finansowane ze środków publicznych* błędnie wyceniono kwoty opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej ustalonej w sposób wskazany w art. 28 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j.: Dz. U. z 2020 r., poz. 859), zgodnie z którym maksymalna wysokość opłaty za:

- 1) jedną stronę wyciągu albo odpisu dokumentacji medycznej – nie może przekraczać 0,002,
- 2) jedną stronę kopii albo wydruku dokumentacji medycznej – nie może przekraczać 0,00007,
- 3) udostępnienie dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych – nie może przekraczać 0,0004 – przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale, ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski” na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, począwszy od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym nastąpiło ogłoszenie.

Zgodnie z treścią aneksu nr 10 z dnia 29.04.2020 r. do Regulaminu Organizacyjnego Katowickiego Centrum Onkologii:

- 1) Opłata za sporządzenie jednej strony wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej wynosi: 10,40 zł, podczas gdy maksymalna wartość powinna wynieść: 10,04 zł,
- 2) Opłata za sporządzenie jednej strony kopii albo wydruku dokumentacji medycznej (w tym kopii potwierdzonej „za zgodność z oryginałem”) wynosi 0,36 zł, podczas gdy maksymalna wartość powinna wynieść: 0,35 zł,
- 3) Opłata za sporządzenie jednej strony wyciągu, odpisu lub kopii dokumentacji medycznej na elektronicznym nośniku danych wynosi 2,08 zł, podczas gdy maksymalna wartość powinna wynieść: 2,01 zł.

Sprawdzono zgodność zapisów Regulaminu w zakresie struktury organizacyjnej komórek działalności medycznej oraz miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych z Księgą Rejestrową widniejącą w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonym przez Wojewodę Śląskiego według stanu na dzień 07.12.2020 r.

Porównanie zapisów Regulaminu Organizacyjnego z Rejestrem Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonym przez Wojewodę Śląskiego prezentuje przedstawiona poniżej tabela nr 2.

L.P.	REGULAMIN ORGANIZACYJNY		REJESTR PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ PROWADZONY PRZEZ WOJEWODĘ		UWAGI
	NAZWA JEDNOSTKI/ KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ	LICZBA ŁÓŻEK/ MIEJSC DZIENNEGO POBYTU/ STANOWISK/ INNE (jeśli dotyczy)	NAZWA JEDNOSTKI/ KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ	LICZBA ŁÓŻEK/ MIEJSC DZIENNEGO POBYTU/ STANOWISK/ INNE (jeśli dotyczy)	
A	ZAKŁAD LECZNICZY				
	SZPITAL WIELOSPECJALISTYCZNY		SZPITAL WIELOSPECJALISTYCZNY		
I	JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZAKŁADU LECZNICZEGO				
	Zespół nr 1 "Wiktora Szpital"		Zespół nr 1 "Wiktora Szpital"		
1	KOMÓRKA DZIAŁANOŚCI MEDYCZNEJ	284		284	
1.1.	Oddział Onkologiczny z Pododdziałem Chorób Wewnętrznych	48	Oddział Onkologiczny z Pododdziałem Chorób Wewnętrznych	48	
1.2.	Oddział Radioterapii z Pododdziałem Chorób Wewnętrznych i Pododdziałem Gastroenterologii	35	Oddział Radioterapii z Pododdziałem Chorób Wewnętrznych i Pododdziałem Gastroenterologii	35	
1.3.	Oddział Ginekologiczno-Położniczy z Pododdziałem Ginekologii Onkologicznej	45	Oddział Ginekologiczno-Położniczy z Pododdziałem Ginekologii Onkologicznej	45	
1.4.	Blok Operacyjny	0	Blok Operacyjny	0	
1.5.	Oddział Neonatologiczny	19	Oddział Neonatologiczny	19	
1.6.	Oddział Chorób Płuc	40	Oddział Chorób Płuc	40	

L.P.	REGULAMIN ORGANIZACYJNY		REJESTR PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ PROWADZONY PRZEZ WOJEWODĘ		UWAGI
	NAZWA JEDNOSTKI/ KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ	LICZBA ŁÓŻEK/ MIEJSC DZIENNEGO POBYTU/ STANOWISK/ INNE (jeśli dotyczy)	NAZWA JEDNOSTKI/ KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ	LICZBA ŁÓŻEK/ MIEJSC DZIENNEGO POBYTU/ STANOWISK/ INNE (jeśli dotyczy)	
1.7	Oddział Onkologiczny	62	Oddział Onkologiczny	62	
1.8	Oddział Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem Chirurgii Naczyniowej i Pododdziałem Angiologii w tym	22	Oddział Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem Chirurgii Naczyniowej i Pododdziałem Angiologii	22	
1.8.1	Pracownia Radioterapii Zabiegowej	0	Pracownia Radioterapii Zabiegowej	0	
1.9.	Oddział Leczenia Jednego Dnia	3	Oddział Leczenia Jednego Dnia	3	
1.9.1	Blok Operacyjny	0	Blok Operacyjny	0	
1.10	Zakład Radioterapii	0	Zakład Radioterapii	0	
1.10.1	Pracownia Fizyki Medycznej	0	Pracownia Fizyki Medycznej	0	
1.10.2	Pracownia Brachyterapii	0	Pracownia Brachyterapii	0	
1.11	Izba Przyjęć	3	Izba Przyjęć	3	
1.12	Dział Anestezjologii	0	Dział Anestezjologii	0	
1.12.1	Zespół Anestezjologii	0	Zespół Anestezjologii	0	
1.12.2	Oddział Anestezjologii i Intensywnej terapii	7	Oddział Anestezjologii i Intensywnej terapii	7	
1.13	Apteka	0	Apteka	0	
1.14	Sterylizacja	0	x	x	Nie podlega wpisowi do rejestru podmiotów leczniczych
B	ZAKŁAD LECZNICZY		ZAKŁAD LECZNICZY		
	SZPITAL WIELOSPECJALISTYCZNY		SZPITAL WIELOSPECJALISTYCZNY		
II	JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZAKŁADU LECZNICZEGO	II	JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZAKŁADU LECZNICZEGO		
	Zespół Nr 2 "Szpital Geriatryczno-Onkologiczny", Katowice, ul. Józefowska 119		Zespół Nr 2 "Szpital Geriatryczno-Onkologiczny", Katowice, ul. Józefowska 119		
1	KOMÓRKA DZIAŁALNOŚCI MEDYCZNEJ	97		83	
1.1.	Oddział Geriatryczny	58	Oddział Geriatryczny	39	Na chwilę obecną nie uwidocznił zmiany w RO zakresie zmiany liczby łóżek ze względu na obszerny porządek obrad RS w dniu 22.09.2020 r. (wideokonferencja) Zmiany do RO zostały przygotowane (Aneks nr 11)
1.2.	Oddział Onkologiczny	28	Oddział Onkologiczny	28	Zgoda Zarządu Województwa Śląskiego - z dnia 28.02.2020 r. na przekształcenie Oddziału Onkologicznego w Oddział Radioterapii. - ze względu na stan epidemiczny brak możliwości uruchomienia Oddziału Radioterapii- nie dokonano rejestracji w rejestrze podmiotów leczniczych
1.3.	Oddział Dermatologiczny	11	Oddział Dermatologiczny	11	
1.4	Izba Przyjęć	0	Izba Przyjęć	0	
1.5	x	x	Oddział Obserwacyjny	5	Po dokonaniu rejestracji zmiana zostanie uwidoczniła w Regulaminie Organizacyjnym
C	ZAKŁAD LECZNICZY		ZAKŁAD LECZNICZY		
	SZPITAL WIELOSPECJALISTYCZNY		SZPITAL WIELOSPECJALISTYCZNY		
III	JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZAKŁADU LECZNICZEGO		JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZAKŁADU LECZNICZEGO		
	Zespół nr 3 -Pracownia Radioterapii Protonowej		Zespół nr 3 -Pracownia Radioterapii Protonowej		
1	KOMÓRKA DZIAŁALNOŚCI MEDYCZNEJ				
1.1.	Pracownia Radioterapii Protonowej	0	Pracownia Radioterapii Protonowej	0	
D	ZAKŁAD LECZNICZY		ZAKŁAD LECZNICZY		

REGULAMIN ORGANIZACYJNY		REJESTR PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ PROWADZONY PRZEZ WOJEWODĘ			
L.P.	NAZWA JEDNOSTKI/ KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ	LICZBA ŁÓŻEK/ MIEJSC DZIENNEGO POBYTU/ STANOWISK/ INNE (jeśli dotyczy)	NAZWA JEDNOSTKI/ KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ	LICZBA ŁÓŻEK/ MIEJSC DZIENNEGO POBYTU/ STANOWISK/ INNE (jeśli dotyczy)	UWAGI
AMBULATORYJNE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE			AMBULATORYJNE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE		
I	JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZAKŁADU LECZNICZEGO		JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZAKŁADU LECZNICZEGO		
Zespół nr 1 "A" Katowice, ul. Raciborska 27			Zespół nr 1 "A" Katowice, ul. Raciborska 27		
1	KOMÓRKA DZIAŁANOŚCI MEDYCZNEJ		KOMÓRKA DZIAŁANOŚCI MEDYCZNEJ		
1.1.	Poradnie Specjalistyczne		Poradnie Specjalistyczne		
1.1.1	Poradnia Gastroenterologiczna	0	Poradnia Gastroenterologiczna	0	
1.1.1.1	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy	0	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy	0	
1.1.2	Poradnia Ginekologiczno-Położnicza	0	Poradnia Ginekologiczno-Położnicza	0	
1.1.2.1	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy	0	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy	0	
1.1.3	Poradnia Ginekologii dla dziewcząt	0	Poradnia Ginekologii dla dziewcząt	0	
1.1.3.1	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy	0	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy	0	
1.1.4	Poradnia Patologii Ciąży	0	Poradnia Patologii Ciąży	0	
1.1.5	Poradnia Neonatologiczna	0	Poradnia Neonatologiczna	0	
1.1.5.1	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy	0	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy	0	
1.1.6	Poradnia Preluksacyjna	0	Poradnia Preluksacyjna	0	
1.1.6.1	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy	0	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy	0	
1.1.7	Poradnia Chirurgii-Ogólnej	0	Poradnia Chirurgii-Ogólnej	0	
1.1.7.1	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy	0	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy	0	
1.1.8	Poradnia Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej	0	Poradnia Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej	0	
1.1.8.1	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy	0	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy	0	
1.1.9	Poradnia Dermatologiczna	0	Poradnia Dermatologiczna	0	
1.1.9.1	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy	0	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy	0	
1.1.10	Poradnia Dermatologii Dziecięcej	0	Poradnia Dermatologii Dziecięcej	0	
1.1.10.1	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy	0	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy	0	
1.1.11	Poradnia Onkologiczna	0	Poradnia Onkologiczna	0	
1.1.11.1	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy	0	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy	0	
1.1.12	Poradnia Leczenia Bólu	0	Poradnia Leczenia Bólu	0	
1.1.12.1	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy	0	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy	0	
1.1.13	Poradnia Gruźlicza i Chorób Płuc	0	Poradnia Gruźlicza i Chorób Płuc	0	
1.1.13.1	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy	0	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy	0	
1.1.14	Poradnia Laktacyjna	0	Poradnia Laktacyjna	0	
1.1.15	Poradnia Otolaryngologiczna	0	Poradnia Otolaryngologiczna	0	
1.1.15.1	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy	0	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy	0	
1.1.16	Poradnia Antynikotynowa	0	Poradnia Antynikotynowa	0	
1.1.17	Poradnia Kardiologiczna	0	Poradnia Kardiologiczna	0	
1.1.18	Poradnia Diabetologiczna	0	Poradnia Diabetologiczna	0	
1.1.19	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy	0	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy	0	
1.1.19.1	Poradnia Profilaktyki i Chorób Piersi	0	Poradnia Profilaktyki i Chorób Piersi	0	
1.1.20	Poradnia Okulistyczna	0	Poradnia Okulistyczna	0	
1.1.21	Poradnia Neurologiczna	0	Poradnia Neurologiczna	0	
1.1.21.1	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy	0	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy	0	
1.1.22	Poradnia Pediatryczna	0	Poradnia Pediatryczna	0	

H. Krowczyński

L.P.	REGULAMIN ORGANIZACYJNY		REJESTR PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ PROWADZONY PRZEZ WOJEWODĘ		UWAGI
	NAZWA JEDNOSTKI/ KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ	LICZBA ŁÓŻEK/ MIEJSC DZIENNEGO POBYTU/ STANOWISK/ INNE (jeśli dotyczy)	NAZWA JEDNOSTKI/ KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ	LICZBA ŁÓŻEK/ MIEJSC DZIENNEGO POBYTU/ STANOWISK/ INNE (jeśli dotyczy)	
1.1.23	Poradnia Chorób Naczyń	0	Poradnia Chorób Naczyń	0	
1.1.23.1	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy	0	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy	0	
1.1.24	Poradnia Ginekologii Onkologicznej	0	Poradnia Ginekologii Onkologicznej	0	
1.1.24.1	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy	0	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy	0	
1.1.25	Poradnia Geriatryczna	0	Poradnia Geriatryczna	0	
1.1.25.1	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy	0	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy	0	
1.1.26	Poradnia Chirurgii Onkologicznej	0	Poradnia Chirurgii Onkologicznej	0	
1.1.26.1	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy	0	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy	0	
1.2	Poradnia Medycyny Pracy	0	Poradnia Medycyny Pracy	0	
1.3	Poradnia Diagnostyki Laboratoryjnej	0	Poradnia Diagnostyki Laboratoryjnej	0	
1.3.1	Pracownia Analityczna	0	Pracownia Analityczna	0	
1.3.2	Pracownia Mikrobiologii	0	Pracownia Mikrobiologii	0	
1.3.3	Pracownia Serologii Transfuzjologicznej	0	Pracownia Serologii Transfuzjologicznej	0	
1.3.4	Bank Krwi	0	Bank Krwi	0	
1.4	Pracownia Endoskopii	0	Pracownia Endoskopii	0	
1.5	Pracownia Bronchoskopii	0	Pracownia Bronchoskopii	0	
1.6	Pracownia EKG	0	Pracownia EKG	0	
1.7	Pracownia USG	0	Pracownia USG	0	
1.8	Pracownia Diagnostyki Obrazowej	0	Pracownia Diagnostyki Obrazowej	0	
1.8.1	Pracownia RTG	0	Pracownia RTG	0	
1.8.2	Pracownia Tomografii Komputerowej	0	Pracownia Tomografii Komputerowej	0	
1.8.3	Pracownia Mammografii	0	Pracownia Mammografii	0	
1.8.4	Pracownia Rezonansu Magnetycznego	0	Pracownia Rezonansu Magnetycznego	0	
1.9	Ambulatorium Ogólne	0	Ambulatorium Ogólne	0	
1.10	Pracownia Histopatologii Śródoperacyjnej	0	Pracownia Histopatologii Śródoperacyjnej	0	
V	JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZAKŁADU LECZNICZEGO		JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZAKŁADU LECZNICZEGO		
	Zespół nr 1 "AP" Katowice, ul. Raciborska 28		Zespół nr 1 "AP" Katowice, ul. Raciborska 28		
	KOMÓRKA DZIAŁANOŚCI MEDYCZNEJ		KOMÓRKA DZIAŁANOŚCI MEDYCZNEJ		
2.1	Poradnia Lekarza POZ	0	Poradnia Lekarza POZ	0	
2.2	Gabinet Pielęgniarki POZ	0	Gabinet Pielęgniarki POZ	0	
2.3	Gabinet Położnej POZ	0	Gabinet Położnej POZ	0	
2.4	Poradnia Onkologiczna	0	Poradnia Onkologiczna	0	
2.4.1	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy	0	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy	0	
VI	JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZAKŁADU LECZNICZEGO		JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZAKŁADU LECZNICZEGO		
	Zespół nr 2 "A" Katowice, ul. Józefowska 119		Zespół nr 2 "A" Katowice, ul. Józefowska 119		
	KOMÓRKA DZIAŁANOŚCI MEDYCZNEJ		KOMÓRKA DZIAŁANOŚCI MEDYCZNEJ		
1.	Poradnie Specjalistyczne	0	Poradnie Specjalistyczne	0	
1.2	Poradnia Chirurgii Ogólnej	0	Poradnia Chirurgii Ogólnej	0	
1.2.1	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy	0	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy	0	
1.3	Poradnia Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej	0	Poradnia Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej	0	
1.3.1	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy	0	Gabinet diagnostyczno-zabiegowy	0	

L.P.	REGULAMIN ORGANIZACYJNY		REJESTR PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ PROWADZONY PRZEZ WOJEWODĘ		UWAGI
	NAZWA JEDNOSTKI/ KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ	LICZBA ŁÓŻEK/ MIEJSC DZIENNEGO POBYTU/ STANOWISK/ INNE (jeśli dotyczy)	NAZWA JEDNOSTKI/ KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ	LICZBA ŁÓŻEK/ MIEJSC DZIENNEGO POBYTU/ STANOWISK/ INNE (jeśli dotyczy)	
1.4	Poradnia Geriatryczna	0	Poradnia Geriatryczna	0	
2.	Pracownia Diagnostyki Laboratoryjnej	0	Pracownia Diagnostyki Laboratoryjnej	0	
2.1	Pracownia Analityczna	0	Pracownia Analityczna	0	
3	Pracownia USG	0	Pracownia USG	0	
4	Pracownia Diagnostyki Obrazowej	0	Pracownia Diagnostyki Obrazowej	0	
4.1	Pracownia RTG	0	Pracownia RTG	0	Zgoda Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 25.05.2020 r. na wprowadzenia zmiany do RO nie zostały uwidocznione w r.o ze względu na obszerny porządek obrad posiedzenia RS w dniu 22.09.2020 r. (zmiany przygotowane do zatwierdzenia - Aneks nr 11)
5	Pracownia Fizjoterapii	0	Pracownia Fizjoterapii	0	
6	Ambulatorium Chirurgiczne (chirurgii ogólnej i urazowej)	0	Ambulatorium Chirurgiczne (chirurgii ogólnej i urazowej)	0	

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

Podczas kontroli stwierdzono następującą różnicę pomiędzy wpisami do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą a wpisami w Regulaminie Organizacyjnym, w części dotyczącej struktury organizacyjnej Centrum:

L.P	Zapisy w Regulaminie Organizacyjnym Centrum	Zapisy w Rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą
1	Pracownia Tomografii Komputerowej	Pracownia TK

Tabela nr 3 Różnice pomiędzy wpisami do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą a wpisami w Regulaminie Organizacyjnym (wg. stanu na 07.12.2020 r.)

Podczas kontroli sprawdzono prawidłowość procesu dokonywania zmian w strukturze organizacyjnej Centrum w oparciu o *Procedurę postępowania w przypadku dokonywania zmian struktury organizacyjnej zakładów leczniczych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie*, wprowadzoną Uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 1327/201/V/2017 z dnia 27.06.2017 r., a następnie Uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 801/36/VI/2019 z dnia 17.04.2019 r., a także zgodność z zapisami ustawy o działalności leczniczej. W okresie objętym kontrolą dokonano zmian w strukturze organizacyjnej Centrum. Przebieg zmian zweryfikowano pod względem uzyskania pozytywnej opinii Rady Społecznej Centrum w związku z dokonywaną zmianą, uzyskaniem akceptacji podmiotu tworzącego, a także zgłoszeniem zmian w strukturze organizacyjnej do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego. Stwierdzono, że ww. procesy zostały zachowane a ich przebieg przedstawiono poniżej.

OKREŚLENIE RODZAJU ZMIANY	OPINIA RADY SPOŁECZNEJ (NR. UCHWAŁY, Z. DNIA)	WYMAGANA AKCEPTACJA PODMIOTU TWORZĄCEGO (TAK/ NIE/ NIE DOTYCZY)	CZYNNOŚĆ SPOWODOWAŁA ZMIANĘ UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ (TAK/ NIE/ NIE DOTYCZY)	DATA ROZPOCZĘCIA / ZAKOŃCZENIA DZIAŁALNOŚCI/ OKRES ZAWIESZENIA	DATA ZMIANY W REJESTRZE PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ	UWAGI
1 utworzenie komórki/jednostki organizacyjnej (nazwa utworzonej komórki):						
Oddział Radioterapii (Z-2)	Uchwała nr 25/V/7/2019 z dnia 28.11.2019	TAK	TAK	po ustaniu zagrożenia epidemicznego	x	
Pododdział Angiologii	Uchwała nr 26/V/8/2019 z dnia 28.11.2019	TAK	TAK	17.02.2020	17.02.2020	Pododdział utworzono w Oddziale Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem Chirurgii Naczyniowej (obecnie: Pododdział utworzono w Oddziale Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem Chirurgii Naczyniowej i Pododdziałem Angiologii)
Oddział Obserwacyjny	X	X	TAK	21.10.2020		Oddział utworzono zgodnie z zaleceniem Wojewody Śląskiego
2 likwidacja komórki/jednostki organizacyjnej (nazwa likwidowanej komórki):						
Oddział Onkologiczny (Z-2)	Uchwała nr 25/V/7/2019 z dnia 28.11.2019	TAK	TAK	po ustaniu zagrożenia epidemicznego	x	Przekształcenie w Oddział Radioterapii j. w.
3 podział jednostek/komórek organizacyjnych:						
Pracownia Diagnostyki Obrazowej Z-2/Pracownia RTG (Z-2)	Uchwała nr 12/II/11/2020 z dnia 29.04.2020	TAK	TAK	04.06.2020	04.06.2020	w związku z wyposażeniem pracowni w tomograf komputerowy
4 zawieszenie działalności komórki / jednostki organizacyjnej (nazwa):						
Oddział Dermatologiczny (Z-2)	x	x	TAK		nie dotyczy	W chwili obecnej zawieszenie podstawowej działalności oddziałów ze względu na: 1) przeznaczenie 24 łóżek na potrzeby oddziału obserwacyjnego, izolacyjnego 2) brak zabezpieczenia kadrowego ze względu na zakażenie Covid 19 (kwarantanny,L-4)
Oddział Onkologiczny (Z-2)	x	x	TAK		nie dotyczy	
Oddział Geriatryczny (z-2)	x	x	TAK		nie dotyczy	

Tabela nr 4 – Zmiany struktury organizacyjnej w okresie objętym kontrolą (tj. 01.01.2019 r do 07.12.2020 r.)

Kontrolą objęto również prawidłowość procesu dokonywania zmian w strukturze organizacyjnej Centrum w związku ze zmianą ilości łóżek w oparciu o *Procedurę postępowania w przypadku dokonywania zmian struktury organizacyjnej zakładów leczniczych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie*, wprowadzoną Uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 1327/201/V/2017 z dnia 27.06.2017 r., a następnie Uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 801/36/VI/2019 z dnia 17.04.2019 r., a także zgodność z zapisami ustawy o działalności leczniczej.

L.P.	NAZWA ODDZIAŁU	WYJŚCIOWA LICZBA ŁÓŻEK	LICZBA ŁÓŻEK ZLIKWIDOWANYCH	LIKWIDACJA ŁÓŻEK W %	LICZBA ŁÓŻEK UTWORZONYCH	UTWORZENIE ŁÓŻEK W %	LICZBA ŁÓŻEK PO ZMIANACH	WYMAGANA AKCEPTACJA PODMIOTU TWORZĄCEGO (TAK/ NIE/ NIE DOTYCZY)	AKCEPTACJA PODMIOTU TWORZĄCEGO (JEŚLI DOTYCZY - DATA, ZNAK PISMA)	OPINIA RADY SPOŁECZNEJ (NR UCHWAŁY, Z DNIA)
1	Oddział Neonatologiczny	30	11	37%	0	0%	19	TAK	ZD-N.9024.14.29.2019 z dnia 28.05.2019	Uchwała nr 8/II/7/2019 z dnia 16.04.2019
2	Oddział Geriatryczny	58	19	67%	0	0%	39	TAK	ZD-N.9024.14.67.2019 z dnia 17.01.2020	Uchwała nr 24VI/6/2019 z dnia 28.11.2019

Tabela nr 5 – Zmiana ilości łóżek w okresie objętym kontrolą (tj. 01.01.2019 r do 28.10.2020 r.).

Przeprowadzono kontrolę treści umieszczonych na stronie internetowej Centrum pod względem spełnienia wymogów ustawy o działalności leczniczej. Centrum posiada własną stronę internetową pod adresem: <https://www.kco.katowice.pl/>. Kontrola wykazała, że na stronie internetowej Centrum umieszczono wszystkie informacje wymagane zgodnie z treścią art. 24 ust. 2 w zw. z ust. 1 u.d.l.

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

Centrum prowadzi odrębną stronę BIP, do której odniesienie znajduje się na stronie internetowej Centrum. Na stronie BIP Centrum zostały umieszczone wszystkie wymagane informacje zgodnie z treścią art. 24.u.d.l. Nie umieszczono natomiast niektórych informacji publicznych, określonych w ustawie o dostępie do informacji publicznej. Zgodnie z treścią art. 8 ust. 3 ww. ustawy, Centrum zobowiązane jest do udostępnienia m.in. dokumentacji przebiegu i efektów kontroli oraz wystąpień, stanowisk, wniosków i opinii podmiotów ją przeprowadzających (art. 6 pkt 4 lit. A tiret drugie w zw. z art. 8 ust. 3 ustawy o dostępie do informacji publicznej). Na stronie podmiotowej BIP w zakładce Nadzór i kontrole widnieje jedynie informacja ile kontroli i przez kogo zostały przeprowadzone kontrole w 2018 r., oraz, że wnioski i zalecenia pokontrolne zostały zrealizowane, bądź są w trakcie realizacji.

[Dowód: akta kontroli str. 35-194]

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

1. Nieprawidłowość w zakresie wskazania w aneksie nr 10 z dnia 29.04.2020 r. do Regulaminu Organizacyjnego błędnie wyliczonej wysokości opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej.
2. Nieprawidłowość polegająca na braku zgodności zapisów dotyczących struktury organizacyjnej Centrum ujętych w Regulaminie Organizacyjnym oraz w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (dotyczy nazwy Pracowni Tomografii Komputerowej).
3. Nieprawidłowość polegająca na nieumieszczeniu na stronie podmiotowej BIP Centrum dokumentacji przebiegu i efektów kontroli oraz wystąpień, stanowisk, wniosków i opinii podmiotów je przeprowadzających.

Przyczyny nieprawidłowości/uchybień:

Niedochowanie należytej staranności w zakresie:

- aktualizacji zapisów Regulaminu Organizacyjnego w zakresie wskazania sposobu obliczania maksymalnej wysokości opłaty za jedną stronę wyciągu albo odpisu dokumentacji medycznej, jedną stronę kopii albo wydruku dokumentacji medycznej, udostępnienie dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych,
- aktualizacji wpisów w Regulaminie Organizacyjnym oraz Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą,
- wprowadzania ustawowych informacji na stronę BIP Centrum.

Skutki nieprawidłowości/uchybień:

1. Naruszenie art. 28 ust. 4 pkt 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
2. Naruszenie art. 24 ust. 1 oraz art. 107 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
3. Naruszenia art. 8 ust. 3 w związku z art. 6 pkt 4 lit. A tiret drugie ustawy o dostępie do informacji publicznej.

C: Ocena cząstkowa: pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości

D. Osoba 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.

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, ul. Raciborska 27, ul. Józefowska 119 oraz w Krakowie, ul. Radzikowskiego 152 (Pracownia Radioterapii Protonowej).

1. Funkcjonowanie wybranych komórek organizacyjnych.

W ramach czynności kontrolnych szczegółową kontrolą objęto funkcjonowanie Oddziału Dermatologicznego, Neonatologicznego oraz Poradni Ginekologiczno-Położniczej.

1) Oddział Dermatologiczny

Oddział wpisany jest do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 003 (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: 4200 Oddział Dermatologiczny. Oddział został wpisany do rejestru podmiotów leczniczych z dniem 31.10.1998 r. i dysponuje 11 łózkami. Oddział prowadzi między innymi diagnostykę i leczenie schorzeń dermatologicznych, całodobową pomoc medyczną w nagłych przypadkach dermatologicznych, badania specjalistyczne z zakresu mykologii, bakteriologii, serologii, badania dermoskopowe, testy naskórkowe, oraz drobne zabiegi z zakresu chirurgii dermatologicznej. W okresie objętym kontrolą liczba hospitalizowanych pacjentów wyniosła:

- 321 w 2019 r.

- 122 w okresie od 01.01.2020 r. do 21.10.2020 r.

W Oddziale zatrudnionych jest 2 lekarzy oraz 9 pielęgniarek.

2) Oddział Neonatologiczny

Oddział wpisany jest do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 005 (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: 4421 Oddział neonatologiczny. Oddział został wpisany do rejestru podmiotów leczniczych z dniem 31.10.1998 r. i dysponuje 19 łóżkami. Do głównych zadań Oddziału należy zapewnienie kompleksowej, specjalistycznej opieki neonatologicznej (noworodkom, wcześniakom), zapobieganie śmiertelności okołoporodowej, zapewnienie intensywnej terapii i opieki pośredniej noworodkom, kompleksowa opieka nad matką i dzieckiem powyżej 1 500 g, systematyczna pielęgnacja i kontrola noworodka.

W okresie objętym kontrolą liczba hospitalizowanych pacjentów wyniosła:

- 1 236 w 2019 r.

- 819 w okresie od 01.01.2020 r. do 21.10.2020 r.

W Oddziale zatrudnionych jest 4 lekarzy oraz 17 pielęgniarek.

3) Poradnia Ginekologiczno-Położnicza

Poradnia wpisana do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 026 (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: 1450 Poradnia położniczo-ginekologiczna. Poradnia została wpisana do rejestru podmiotów leczniczych z dniem 31.10.1998 r.

Poradnia przeprowadza badania lekarskie, orzeka i opiniuje o stanie zdrowia, udziela świadczeń pielęgniarstwa (położniczych), realizuje programy profilaktyczne, zdrowotne, wykonuje kolposkopię i cytologię.

W okresie objętym kontrolą liczba udzielonych porad wynosiła:

- 6 813 w 2019 r.,

- 4 388 w okresie od 01.01.2020 r. do 28.10.2020 r.

Według harmonogramu pracy zamieszczonego na Portalu Świadczeniodawcy NFZ świadczenia są udzielane przez 5 dni w tygodniu - od poniedziałku do czwartku w godzinach: 8.00-18.00, w piątki w godzinach 8.00-16.10.

[Dowód: akta kontroli str. 195-197]

2. Udzielanie zamówień na świadczenia zdrowotne.

Przedmiotem weryfikacji przeprowadzonej przez kontrolujących były zapisy umów:

1) Nr 415/17/10/18 z dnia 22.10.2018 r. dotyczącej udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie badań USG,

2) Nr 502/32/11/19 z dnia 15.11.2019 r. dotyczącej udzielania świadczeń zdrowotnych w Katowickim Centrum Onkologii dla pacjentów z oparzeniami skóry, ranami trudno gojącymi się i przewlekłymi.

AD.1) Nr 415/17/10/18 z dnia 22.10.2018 r.

Umowa została zawarta w wyniku przeprowadzonego przez Szpital konkursu ofert, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

W oparciu o zapisy określone w art. 27 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej stwierdza się, że umowa zawiera wszystkie wymagane zapisy.

Umowa została zawarta w formie pisemnej, na czas określony, tj. od dnia 01.01.2019 r. do dnia 31.12.2020 r. oraz wskazuje maksymalną wartość zamówienia.

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

W ramach kontroli realizacji umowy sprawdzono faktury nr:

- 2/10/20 z dnia 31.10.2020 r. – stawka jednostkowa brutto zgodna z umową,
- 2/02/20 z dnia 29.02.2020 r. - stawka jednostkowa brutto zgodna z umową.

AD.2) Nr 502/32/11/19 z dnia 15.11.2019 r.

Umowa została zawarta w wyniku przeprowadzonego przez Szpital konkursu ofert, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

W oparciu o zapisy określone w art. 27 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej stwierdza się, że umowa zawiera wszystkie wymagane zapisy.

Umowa została zawarta w formie pisemnej, na czas określony, tj. od dnia 01.01.2020 r. do dnia 31.12.2021 r. oraz wskazuje maksymalną wartość zamówienia.

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

W ramach kontroli realizacji umowy sprawdzono faktury nr:

- 28/2020 z dnia 30.04.2020 r. – stawka brutto za 1 miesiąc udzielania świadczeń zdrowotnych zgodna z umową,
- 48/2020 z dnia 30.06.2020 r. - stawka brutto za 1 miesiąc udzielania świadczeń zdrowotnych zgodna z umową.

[Dowód: akta kontroli str. 198-239]

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

A. 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 2019-2020 w Katowickim Centrum Onkologii 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: zarządzający oddziałem i Kontraktem Medycznym (odcinek chorób wewnętrznych), pielęgniarka koordynująca i współuczestnicząca w zarządzaniu kontraktem medycznym oddziału;
- 2) Oddział Onkologiczny z Pododdziałem Chorób Wewnętrznych: zarządzający pododdziałem onkologicznym, pielęgniarka koordynująca i współuczestnicząca w zarządzaniu kontraktem medycznym oddziału;
- 3) Oddział Radioterapii z Pododdziałem Chorób Wewnętrznych i Pododdziałem Gastroenterologii: zarządzający oddziałem i kontraktem medycznym, pielęgniarka koordynująca i współuczestnicząca w zarządzaniu kontraktem medycznym oddziału;
- 4) Oddział Onkologiczny: zarządzający oddziałem i kontraktem medycznym, pielęgniarka koordynująca i współuczestnicząca w zarządzaniu kontraktem medycznym oddziału;
- 5) Oddział Onkologiczny (Odcinek A): zarządzający oddziałem i kontraktem medycznym, pielęgniarka koordynująca i współuczestnicząca w zarządzaniu kontraktem medycznym oddziału;
- 6) Oddział Ginekologiczno-Położniczy z Pododdziałem Ginekologii Onkologicznej: zarządzający oddziałem i kontraktem medycznym,
Odcinek Ginekologiczny: pielęgniarka koordynująca i współuczestnicząca w zarządzaniu kontraktem medycznym oddziału,

H. Morek

- Odcinek Położniczy: położna koordynująco-nadzorująca pracę położnych i współuczestnicząca w zarządzaniu kontraktem medycznym oddziału,
Sala Porodowa: położna koordynująco-nadzorująca pracę położnych i współuczestnicząca w zarządzaniu kontraktem medycznym;
- 7) Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii: kierownik Działu Anestezjologii, pielęgniarka koordynująca i współuczestnicząca w zarządzaniu kontraktem medycznym oddziału;
 - 8) Oddział Neonatologiczny: zarządzający oddziałem i kontraktem medycznym oddziału, położna koordynująca i współuczestnicząca w zarządzaniu kontraktem medycznym oddziału;
 - 9) Oddział Chorób Płuc: zarządzający oddziałem i kontraktem medycznym, p.o. pielęgniarki koordynującej-współuczestniczącej w zarządzaniu kontraktem medycznym oddziału;
 - 10) Oddział Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem Chirurgii Naczyniowej i Pododdziałem Angiologii: zarządzający oddziałem i kontraktem medycznym, pielęgniarka koordynująca i współuczestnicząca w zarządzaniu kontraktem medycznym oddziału;
 - 11) Oddział Geriatryczny: zarządzający oddziałem i kontraktem medycznym, pielęgniarka koordynująca i współuczestnicząca w zarządzaniu kontraktem medycznym oddziału;
 - 12) Oddział Dermatologiczny: zarządzający oddziałem i kontraktem medycznym, pielęgniarka koordynująca i współuczestnicząca w zarządzaniu kontraktem medycznym oddziału;
 - 13) Oddział Leczenia Jednego Dnia: lekarz zarządzający oddziałem i kontraktem medycznym

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 i współuczestnicząca w zarządzaniu kontraktem medycznym zespołu, natomiast zespołem pielęgniarskim na poszczególnych oddziałach zarządzają pielęgniarki/położne koordynujące i współuczestniczące w zarządzaniu kontraktem medycznym oddziału, a na jednym (Oddział Chorób Płuc) osoba pełniąca obowiązki pielęgniarki koordynującej i współuczestniczącej w zarządzaniu kontraktem medycznym oddziału.

Wskazać należy, iż nazwa stanowiska powinna zawierać ustawowe brzmienie „naczelnaj pielęgniarki/przełożonej pielęgniarek i pielęgniarki oddziałowej”. Nieobsadzanie stanowisk wymienionych z nazwy w art. 49 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, a w ich miejsce tworzenie – w zakresie merytorycznym tożsamy, a tylko inaczej nazwanych stanowisk, należy uznać za niezgodne z przepisami ww. ustawy.

Zarówno w Regulaminie Organizacyjnym jak i Regulaminie Wynagradzania Katowickiego Centrum Onkologii stanowiska: ordynatora, naczelnaj 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 pracowników 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. 240-301]

4. Serwisowanie aparatury oraz sprzętu medycznego.

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

- 1) Lampa do fototerapii Bieli Therapy ATOM 106, nr 180700702, rok produkcji 2018, ostatni przegląd okresowy odbył się 21.10.2020 r. – dokonany w terminie, następny przegląd – październik 2021 r., zgodnie z wpisem – aparat sprawny.
- 2) Ultrasonograf M2540A, nr US30608187, rok produkcji 2006, ostatni przegląd okresowy odbył się 02.03.2021 r. – dokonany w terminie, następny przegląd – marzec 2022 r., zgodnie z wpisem aparat sprawny.
- 3) Pompa strzykawkowa PILOT A2, nr 016093/18607738, rok produkcji 2003, ostatni przegląd 29.01.2021 r. – dokonany w terminie, następny przegląd – styczeń 2022 r., zgodnie z wpisem aparat sprawny technicznie.
- 4) Inkubator Giraffe, nr HDN550436, data rozpoczęcia eksploatacji – 12.07.2013 r., ostatni przegląd 24.07.2020 r. – dokonany w terminie, następny przegląd – 30.07.2021 r., zgodnie z wpisem urządzenie sprawne technicznie.

[Dowód: akta kontroli str. 302-307]

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

Sposób przyjmowania skarg i wniosków został określony obowiązującą w Centrum Procedurą rozpatrywania skarg i wniosków. Skargi i wnioski mogą być składane na piśmie, faksem, pocztą elektroniczną lub ustnie do protokołu. Są one rozpatrywane bez zbędnej zwłoki, w terminie nie dłuższym niż miesiąc od zgłoszenia. Poniżej przedstawiono zestawienia skarg oraz wniosków w okresie objętym kontrolą (tabela nr 6 oraz tabela nr 7):

L.P.	LATA	LICZBA SKARG	LICZBA SKARG UZNANYCH ZA ZASADNE	LICZBA SKARG UZNANYCH ZA NIEZASADNE	ODPOWIEDŹ UDZIELONA SKARŻĄCEMU (TAK/NIE)	LICZBA ODPOWIEDZI NA SKARGI UDZIELONA W TERMINIE	OBSZARY DZIAŁALNOŚCI SZPITALA, KTÓRYCH DOTYCZA SKARGI	INFORMACJA PRZEDSTAWIONA NA RADZIE SPOŁECZNEJ W DNIU..... PROTOKÓŁ NR
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	2019	12	4 (w tym: 4 częściowo zasadne)	8	Tak	12	Izba Przyjęć, Oddział Dermatologiczny, Dziecięcy, Oddział Położniczo-Ginekologiczny, Oddział Onkologiczny z Pododdziałem Chorób Wewnętrznych, Poradnia Leczenia Bólu, Pracownia TK, Zakład Radioterapii, Poradnia Urazowo-Ortopedyczna, Pododdział Chemioterapii Ambulatoryjnej, Oddział Chorób Płuc, POZ, Call Center, Poradnia Onkologiczna, Oddział Radioterapii z Pododdziałem Chorób Wewnętrznych	Informacja przekazana na posiedzeniu Rady Społecznej w dniu 28.11.2019 r. - protokół nr 5/V/2019.
2	2020	12	0	12	Tak	12	Oddział Chirurgii Onkologicznej, Oddział Ginekologiczno-Położniczy, Oddział Chorób Płuc, POZ, Poradnia Gastroenterologiczna, Poradnia "K", Poradnia Urazowo-Ortopedyczna, Poradnia Wielospecjalistyczna.	Informacja przekazana na posiedzeniu Rady Społecznej w dniu 18.12.2020 r. - protokół nr 6/VI/2020.

Tabela nr 6 - zestawienie skarg w okresie od 2019 r. do 2020 r.

L.P.	LATA	LICZBA WNIOSKÓW	UDZIELONA ODPOWIEŹ (jeśli dotyczy)	INFORMACJA PRZEDSTAWIONA NA RADZIE SPOŁECZNEJ W DNIU..... PROTOKÓŁ NR
1	2	3	4	5
1	2019	1	1	Informacja przekazana na posiedzeniu Rady Społecznej w dniu 28.11.2019 r. - protokół nr 5/VI/2019.
2	2020	0	0	Informacja przekazana na posiedzeniu Rady Społecznej w dniu 18.12.2020 r. - protokół nr 6/VI/2020.

Tabela nr 7 - zestawienie wniosków w okresie od 2019 r. do 2020 r.

W zgodzie z zapisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej analiza skarg i wniosków jest przedstawiana okresowo Radzie Społecznej Centrum, co potwierdzają protokoły z posiedzeń Rady.

Sprawdzeniem objęto rejestr skarg i wniosków wpływających do Dyrekcji Centrum. Rejestr jest prowadzony w sposób umożliwiający kontrolę przebiegu załatwiania skarg, poprzez zamieszczenie w nim rubryk dotyczących m.in. daty wpływu i udzielenia odpowiedzi na skargę, a także informację nt. jej zasadności, w tym częściowej, bądź jej braku. Wszystkie skargi zostały rozpatrzone przez Centrum. Skarżącym udzielono odpowiedzi w terminie 1 miesiąca, poza jedną skargą zarejestrowaną w 2019 roku, w przypadku której pisemna odpowiedź została poprzedzona przekazaną telefonicznie skarżącemu informacją nt. wydłużenia czasu potrzebnego na odpowiedź na skargę, a także wyjaśnienia przyczyny takiej sytuacji. Kontrolujący zauważają, iż dla zapewnienia przejrzystości w zakresie terminowości załatwienia skarg, w takim przypadku informacja o wydłużeniu terminu odpowiedzi na skargę powinna znaleźć odzwierciedlenie w zapisach prowadzonego w tym zakresie Rejestru.

[Dowód: akta kontroli str. 308-332]

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 funkcjonuje powołana Zarządzeniem wewnętrznym nr 19/2018 Dyrektora Katowickiego Centrum Onkologii z dnia 14.03.2018 r. Komisja ds. Oceny Przyjęć Pacjentów. Zgodnie z treścią ww. Zarządzenia, do jej zadań 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 listy pacjentów oczekujących oraz pacjentów przyjętych do hospitalizacji,
- przeprowadzanie analizy przekazywanej sprawozdawczości w zakresie: oceny sposobu ustalania kolejności przyjęć pacjentów, prawidłowej sprawozdawczości do Narodowego Funduszu Zdrowia, zasadności zmiany terminów wykonania świadczenia.

Przykładowe kopie protokołów z posiedzenia Komisji ds. Oceny Przyjęć Pacjentów za miesiąc październik 2019 r. oraz listopad 2019 r. stanowią dowód kontroli. Z listy oczekujących na udzielenie świadczenia sporządzonej na dzień 30.11.2019 r. wynika, że najdłuższy rzeczywisty czas oczekiwania na przyjęcie do oddziału Centrum dotyczy Oddziału Gruźlicy i Chorób Płuc:

- przypadki stabilne – 33 dni,
- przypadki pilne – 25 dni

oraz Oddziału Radioterapii w zakresie przypadków stabilnych – 139 dni.

[Dowód: akta kontroli str. 333-387]

7. Wykonywanie badań satysfakcji pacjenta.

Badania satysfakcji pacjenta wykonywane są zgodnie z wydaną dnia 27.05.2019 r. "Procedurą dotyczącą gromadzenia, zbierania i analizowania ankiety szpitalnej". Kontrolującym przedstawiono dwie przykładowe analizy ankiet satysfakcji pacjenta – za I półrocze 2019 roku oraz za I półrocze 2020 roku.

Z "Analizy ankiet satysfakcji pacjenta Katowickiego Centrum Onkologii" za I półrocze 2020 r. wynika, że z otrzymanych 319 ankiet, 29 zawierało uwagi dotyczące wyżywienia, opieki medycznej oraz organizacji. Negatywne oceny dotyczyły: sprawności wykonywania czynności rejestracyjnych, zachowania intymności podczas zabiegów pielęgnarskich i badania lekarskiego, przekazywania informacji nt. metod i przebiegu leczenia, czasu poświęconego pacjentowi przez lekarza, oceny leczenia przeciwbólowego oraz edukowania pacjentów na temat postępowania po wypisaniu ze szpitala. Jednocześnie stwierdzono, że w ww. pozycjach ocena pacjentów uległa nieznacznej poprawie. W celu zwiększenia skuteczności analizy statystycznej, w tym porównawczej, ankiet podjęto decyzję o zmianie procedury ankietowania, wzorów ankiet i sposobu analizowania.

[Dowód: akta kontroli str. 388-398]

8. Finansowanie /realizacja udzielanych świadczeń.

Centrum realizuje świadczenia zdrowotne w poszczególnych komórkach organizacyjnych przede wszystkim w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. Realizacja świadczeń wg stanu na dzień 30.09.2020 r. została szczegółowo przedstawiona poniżej (tabela nr 8):

L.P.	KOMÓRKI DZIAŁALNOŚCI MEDYCZNEJ	REALIZACJA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH			UWAGI
		W RAMACH RYCZAŁTU NFZ	W RAMACH KONTRAKTU Z NFZ	INNE ŹRÓDŁA FINANSOWANIA (W TYM PROGRAMY ZDROWOTNE, PROGRAMY UNIJNE, INNE)	
1	2	3	4	5	6
1	Oddział Onkologiczny z Pododdziałem Chorób Wewnętrznych	X	X	X	
2	Oddział Onkologiczny	X	X	X	
3	Oddział Radioterapii z Pododdziałem Chorób Wewnętrznych i Pododdziałem Gastroenterologii	x		x	
4	Oddział Ginekologiczno-Położniczy z Pododdziałem Ginekologii Onkologicznej	x		x	
5	Blok Operacyjny				W ramach kontraktu Oddziału Położniczo-Ginekologicznego i Oddziału Chirurgii Onkologicznej
6	Oddział Neonatologiczny	X		X	
7	Oddział Chorób Płuc	X		X	
8	Oddział Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem Chirurgii Naczyniowej i pododdziałem Angiologii		X	X	
9	Pracownia Radiologii Zabiegowej				brak kontraktu
10	Oddział Leczenia Jednego Dnia				brak kontraktu
11	Zakład Radioterapii	x		x	
12	Pracownia Fizyki Medycznej				W ramach kontraktu Zakładu Radioterapii i Pracowni Brachyterapii
13	Pracownia Brachyterapii	X		X	
14	Izba Przyjęć		X		
15	Dział Anestezjologii			X	W ramach wszystkich umów
16	Zespół Anestezjologii				W ramach wszystkich umów
17	Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii		X		
18	Apteka				W ramach wszystkich umów
19	Oddział Geriatryczny		X		

L.P.	KOMÓRKI DZIAŁALNOŚCI MEDYCZNEJ	REALIZACJA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH			UWAGI
		W RAMACH RYCZAŁTU NFZ	W RAMACH KONTRAKTU Z NFZ	INNE ŹRÓDŁA FINANSOWANIA (W TYM PROGRAMY ZDROWOTNE, PROGRAMY UNIJNE, INNE)	
1	2	3	4	5	6
20	Oddział Onkologiczny				Brak kontraktu
21	Oddział Dermatologiczny		X	X	
22	Izba Przyjęć				W ramach leczenia szpitalnego
23	Pracownia Radioterapii Protonowej				W ramach kontraktu Zakładu Radioterapii i Pracowni Brachyterapii
24	Poradnia Gastroenterologiczna	X			
25	Poradnia Ginekologiczno-Położnicza	X		X	
26	Poradnia Ginekologii dla Dziewcząt	X		X	
27	Poradnia Patologii Ciąży				Brak kontraktu
28	Poradnia Neonatologiczna	x			
29	Poradnia Preluksacyjna	X		X	
30	Poradnia Chirurgii Ogólnej	X			
31	Poradnia Chirurgii Urazowo-Ortopedyczna	X			
32	Poradnia Dermatologiczna	X		X	
33	Poradnia Dermatologii Dziecięcej	X		X	
34	Poradnia Onkologiczna	X		X	
35	Poradnia Leczenia Bólu	X			
36	Poradnia Gruźlicy i Chorób Płuc	X		X	
37	Poradnia Laktacyjna				Brak kontraktu
38	Poradnia Otolaryngologiczna				Brak kontraktu
39	Poradnia Antybiotykowa				Brak kontraktu
40	Poradnia Kardiologiczna				Brak kontraktu
41	Poradnia Diabetologiczna	X		X	
42	Poradnia Profilaktyki Chorób Piersi		X	X	
43	Poradnia Okulistyczna				Brak kontraktu
44	Poradnia Neurologiczna				Brak kontraktu
45	Poradnia Pediatria				Brak kontraktu
46	Poradnia Chorób Naczyń				Brak kontraktu
47	Poradnia Ginekologii Onkologicznej				Brak kontraktu
48	Poradnia Geriatryczna				Brak kontraktu
49	Poradnia Chirurgii Onkologicznej				Brak kontraktu
50	Poradnia Medycyny Pracy			X	
51	Pracownia Diagnostyki Laboratoryjnej			X	W ramach wszystkich umów
52	Pracownia Analityczna				W ramach wszystkich umów
53	Pracownia Mikrobiologii				W ramach wszystkich umów
54	Pracownia Serologii Transfuzjologicznej				W ramach wszystkich umów
55	Bank Krwi				W ramach wszystkich umów
56	Pracownia Endoskopii	X			
57	Pracownia Bronchoskopii			X	W ramach kontraktu Oddziału Chorób Płuc
58	Pracownia EKG				W ramach wszystkich umów
59	Pracownia USG			X	W ramach wszystkich umów
60	Pracownia RTG			X	W ramach wszystkich umów

L.P.	KOMÓRKI DZIAŁALNOŚCI MEDYCZNEJ	REALIZACJA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH			UWAGI
		W RAMACH RYCZAŁTU NFZ	W RAMACH KONTRAKTU Z NFZ	INNE ŹRÓDŁA FINANSOWANIA (W TYM PROGRAMY ZDROWOTNE, PROGRAMY UNIJNE, INNE)	
1	2	3	4	5	6
61	Pracownia TK	X		X	
62	Pracownia Mammografii		X	X	
63	Pracownia Rezonansu Magnetycznego			X	W ramach wszystkich umów
64	Ambulatorium Ogólne				W ramach wszystkich umów
65	Pracownia Histopatologii Śródoperacyjnej				W ramach kontraktu Oddziału Położniczo-Ginekologicznego i Oddziału Chirurgii Onkologicznej
66	Poradnia Lekarza POZ		X	X	
67	Gabinet Pielęgniarki POZ		X		
68	Gabinet Położnej POZ		X		
69	Poradnia Onkologiczna	X			
70	Poradnia Chirurgii Ogólnej	X			
71	Poradnia Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej	X		X	
72	Poradnia Geriatryczna	X			
73	Pracownia Diagnostyki Laboratoryjnej				W ramach wszystkich umów
74	Pracownia Analityczna				W ramach wszystkich umów
75	Pracownia USG				W ramach wszystkich umów
76	Pracownia Diagnostyki Obrazowej				W ramach wszystkich umów
77	Pracownia Fizjoterapii				W ramach wszystkich umów
78	Ambulatorium Chirurgiczne (chirurgii ogólnej i urazowej)				W ramach wszystkich umów
79	Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy				W ramach wszystkich umów
80	Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy				W ramach wszystkich umów
81	Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy				W ramach wszystkich umów

Tabela nr 8 - realizacja świadczeń zdrowotnych wg stanu na dzień 30.09.2020 r.

Wyżej wymienione świadczenia w okresie objętym kontrolą były realizowane na podstawie umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresach wyszczególnionych w tabeli nr 9:

L.P.	KOD UMOWY	RODZAJ ŚWIADCZENIA (nazwa)	KWOTA (zł)	OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY (od dd-mm-rrr do dd-mm-rrr)
1	2	3	4	5
1	121/100559/01/2020	Podstawowa opieka zdrowotna	-	od 2020-01-01 do 2020-12-31
2	121/100559/10/2020	Profilaktyczne programy zdrowotne	158 571,00 zł	od 2020-01-01 do 2020-12-31
3	121/100559/03/1/2020	Leczenie szpitalne	13 802 968,21 zł	od 2020-01-01 do 2020-12-31
4	121/100559/03/5/2020	Leczenie szpitalne	235 277,00 zł	od 2020-01-01 do 2020-12-31
5	121/100559/03/7/2020	Leczenie szpitalne	799 465,14 zł	od 2020-01-01 do 2020-12-31
6	121/100559/19/1/2020/2	Zapobieganie, przeciwdziałanie i zwalczanie COVID-19	-	od 2020-07-01 do 2020-12-31
7	121/100559/03/8/2020	Podstawowe Szpitalne Zabezpieczenie Świadczeń (PSZ)	140 667 561,46 zł	od 2020-01-01 do 2020-12-31
8	121/100559/19/1/2020	Zapobieganie, przeciwdziałanie i zwalczanie COVID-19	-	od 2020-04-08 do 2020-12-31
9	121/100559/19/3/2020	Zapobieganie, przeciwdziałanie i zwalczanie COVID-19	-	od 2020-08-01 do 2020-12-31
10	121/100559/10/2019	Profilaktyczne programy zdrowotne	157 104,00 zł	od 2019-01-01 do 2019-12-31
11	121/100559/01/2019	Podstawowa opieka zdrowotna	-	od 2019-01-01 do 2019-12-31
12	121/100559/03/1/2019	Leczenie szpitalne	10 847 247,25 zł	od 2019-01-01 do 2019-12-31

L.P.	KOD UMOWY	RODZAJ ŚWIADCZENIA (nazwa)	KWOTA (zł)	OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY (od dd-mm-rrr do dd-mm-rrr)
1	2	3	4	5
13	121/100559/03/7/2019	Leczenie szpitalne	866 112,89 zł	od 2019-01-01 do 2019-12-31
14	121/100559/03/8/2019	Podstawowe Szpitalne Zabezpieczenie Świadczeń (PSZ)	152 432 631,94 zł	od 2019-01-01 do 2019-12-31
15	121/100559/05/2019	Rehabilitacja lecznicza	55 872,96 zł	od 2019-01-01 do 2019-06-30
16	121/100559/03/5/2019	Leczenie szpitalne	268 106,00 zł	od 2019-01-01 do 2019-12-31

Tabela nr 9 - umowy realizowane przez Centrum w ramach finansowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia (stan na 22.10.2020 r.).

[Dowód: akta kontroli str. 399-405]

9. Certyfikaty jakości.

W ramach kontroli jakości udzielanych świadczeń ustalono, że Centrum posiada Certyfikaty Akredytacyjne Ministerstwa Zdrowia, jak również jest objęte systemem zarządzania jakością zgodnym z normą ISO:

- Certyfikat Akredytacyjny Ministra Zdrowia, potwierdzający spełnienie standardów akredytacyjnych dla lecznictwa szpitalnego w zakresie działalności Szpitala Wielospecjalistycznego w Katowicach, data przyznania certyfikatu: 27.02.2019 r., data ważności certyfikatu: 26.02.2022 r.,
- Certyfikat Akredytacyjny Ministra Zdrowia, potwierdzający spełnienie standardów akredytacyjnych dla podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie działalności zakładu leczniczego Ambulatoryjne Świadczenia Zdrowotne w Katowicach, data przyznania certyfikatu: 31.01.2020 r., data ważności certyfikatu: 30.01.2023 r.,
- Certyfikat Zgodności Systemu Zarządzania Jakością z normą ISO 9001:2015 (wydany dla Centrum jako całości), data przyznania certyfikatu: 21.07.2020 r., data ważności certyfikatu: 11.07.2023 r.

[Dowód: akta kontroli str. 406-417]

10. Kontrola zawieranych umów.

W związku z faktem, iż Centrum pozyskuje zewnętrzne usługi medyczne i niemedyce dokonano weryfikacji czy prowadzony jest nadzór nad wykonywaniem zleconych zadań prowadzący zarówno do zwiększenia jakości realizowanych świadczeń, jak i do efektywnego wydatkowania środków publicznych. Z otrzymanych informacji wynika, iż zawarte umowy zawierają zapisy uprawniające do dokonywania kontroli przez Szpital, który to korzysta z przysługującego mu upoważnienia we wskazanym zakresie.

[Dowód: akta kontroli str. 418-419]

11. Zaplecze diagnostyczne.

Ze względu na szeroki zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych, Centrum posiada bogate zaplecze sprzętu i aparatury medycznej. Dane w tym zakresie, ze szczególnym uwzględnieniem stopnia wykorzystania posiadanej aparatury i sprzętu, zostały przedstawione poniżej (tabela nr 10):

L.P.	RODZAJ APARATURY I PRZĘTU MEDYCZNEGO	LICZBA				OGÓLEM	LICZBA WYKONANYCH BADAŃ / ZABIEGÓW narastająco od początku 2020 roku
		OKRES UŻYTKOWANIA 0-3 LATA	OKRES UŻYTKOWANIA 4-8 LAT	OKRES UŻYTKOWANIA 9-11 LAT	OKRES UŻYTKOWANIA POWYŻEJ 12 LAT		
1.	Aparaty EKG	8	9	0	12	29	25612
2.	Aparaty KTG	5	1	0	3	9	8000
3.	Aparaty RTG, w tym:	2	2	1	4	9	5766
	- aparaty RTG z opcją naczyńniową i obróbką cyfrową	1	0	0	0	1	0
	- aparaty RTG z torem wizyjnym	0	1	0	2	3	4092

L.P.	RÓDZAJ APARATURY I PRZĘTU MEDYCZNEGO	LICZBA				OGÓLEM	LICZBA WYKONANYCH BADAŃ / ZABIEGÓW narastająco od początku 2020 roku
		OKRES UŻYTKOWANIA 0-3 LATA	OKRES UŻYTKOWANIA 4-8 LAT	OKRES UŻYTKOWANIA 9-11 LAT	OKRES UŻYTKOWANIA POWYŻEJ 12 LAT		
	- pozostałe	1	1	1	2	5	1674
4.	Aparaty USG, w tym:	6	6	0	7	19	16354
	- kardiologiczne	5	3	0	1	9	483
	- pozostałe	1	3	0	6	10	15871
5.	Mammograf	1	0	0	1	2	2381
6.	Tomograf komputerowy	1	1	0	1	3	16487
7.	Rezonans Magnetyczny	0	0	1	0	1	1473
8.	Laseroterapia	0	1	1	0	2	401
9.	Analizator biochemiczny wieloparametrowy	0	1	0	2	3	419289
10.	Akcelerator liniowy	0	1	2	0	3	2509
11.	Respirator, w tym:	1	12	2	1	16	1042
	- dla dorosłych	1	12	0	1	14	1027
	- dla dzieci	0	0	2	0	2	15
12.	Aparat do znieczulenia ogólnego	2	5	0	1	8	1397
13.	Stoly operacyjne	1	8	0	2	11	1398
14.	Inkubatory	3	3	2	2	10	278
15.	Urządzenie angiograficzne, zestaw do badań naczyniowych	1	0	0	0	1	26
16.	Aparatura endoskopowa, w tym:	16	4	0	8	28	2915
	- gastroskop	5	1	0	1	7	735
	- kolonoskop	5	0	0	3	8	819
	- bronchoskop	4	3	0	2	9	851
	- laparoskop	1	0	0	1	2	216
	- pozostałe	1	0	0	1	2	294

Tabela nr 10 – zaplecze diagnostyczne – stan na dzień 30.09.2020 r.

35,06% posiadanej przez Centrum aparatury i sprzętu medycznego jest użytkowana od 4 do 8 lat. 30,52% sprzętu i aparatury medycznej Centrum użytkuje przez maksymalnie 3 lata, a 28,57% - powyżej 12 lat. Od 9 do 11 lat wykorzystywano sprzęt i aparaturę medyczną stanowiącą 5,84% zaplecza Centrum.

[Dowód: akta kontroli str. 420-423]

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

Centrum w okresie objętym kontrolą prowadziło działania zmierzające do spełnienia wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność medyczną oraz dostosowania do przepisów przeciwpożarowych. Zgodnie z poniższą Tabelą nr 11 łączny poniesiony koszt dostosowania stanowił 84 036,98 zł:

KOSZTY PONIESIONE W OKRESIE OBJĘTYM KONTROLĄ				
L.P.	ZAKRES	WYNIKAJĄCY Z ROZPORZĄDZENIA	WYNIKAJĄCY Z PRZEPISÓW P/POŻ	KOSZT DOSTOSOWANIA
		DATA REALIZACJI	DATA REALIZACJI	
1	2	3	4	5
1	wykonanie systemu przywoławczego Ambulatorium Chemioterapii	24.01.2019 r.	-	18 547,76 zł
2	pokrycie elementów drewnianych poddasza bud. oddz. gin. poł. środkiem ogniochronnym	-	30.09.2019 r.	28 509,74 zł
3	wykonanie instalacji SAP w części parteru bud. Józefowska 119 – pracownia tk i rtg	-	28.02.2020 r.	19 680,00 zł
4	wykonanie instalacji SAP w części parteru bud. Józefowska 119 - oddział łóżkowy	-	31.10.2020 r.	17 299,48 zł

Tabela nr 11 – Zestawienie poniesionych w okresie objętym kontrolą kosztów dostosowania podmiotu do wymagań podmiotu realizującego działalność leczniczą oraz do przepisów p/poż.

W tabeli nr 12 przedstawiono zaplanowane na lata 2021-2022 działania dostosowawcze we wskazanym zakresie, które pochłonąć mają kwotę 1 110 000,00 zł:

KOSZTY PLANOWANE				
L.P.	ZAKRES	WYNIKAJĄCY Z ROZPORZĄDZENIA	WYNIKAJĄCY Z PRZEPISÓW P/POŻ	SZACUNKOWY KOSZT DOSTOSOWANIA
		PLANOWANA DATA REALIZACJI	PLANOWANA DATA REALIZACJI	
1	2	3	4	5
1	realizacja wytycznych z Ekspertyzy ochrony p.poż. bud. szpitalnego 3 i 2 piętro (ścianki, drzwi, klapy, oświetl. awaryjne i ewakuacyjne)	-	2021/2022	210 000,00 zł
2	wymiana dźwigu osobowego w bud. szpitalnym, zgodnie z wymogami dostępu i Ekspertyzą ochrony p.poż. bud. szpitalnego	2021	2021	900 000,00 zł

Tabela nr 12 – Zestawienie planowanych na lata 2021-2022 kosztów dostosowania podmiotu do wymagań podmiotu realizującego działalność leczniczą oraz do przepisów p/poż.

[Dowód: akta kontroli str. 424]

13. Braki kadrowe i normy zatrudnienia pielęgniarek.

Zgodnie z treścią Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 października 2020 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w związku z ogłoszeniem stanu zagrożenia epidemicznego, Centrum zostało zwolnione od dnia 20.10.2020 r. do dnia 31.12.2020 r. z obowiązku spełnienia szczegółowych kryteriów w kategorii Personel, odnoszących się do personelu pielęgniarskiego oraz lekarskiego, pod warunkiem zapewnienia przez kierownika podmiotu leczniczego ciągłości leczenia oraz bezpieczeństwa zdrowotnego świadczeniobiorców.

Jednocześnie, Kontrolującym przedstawiono informację nt. sytuacji w zakresie braków kadrowych w poszczególnych grupach zawodowych na dzień rozpoczęcia kontroli (28.10.2020 r.), z której wynika, że Centrum boryka się z niedoborami pielęgniarek i położnych w oddziałach szpitalnych, z uwagi na sytuację epidemiczną związaną z rozprzestrzenianiem się wirusa SARS-CoV-2 oraz związane z tym przypadki przebywania w izolacji lub w kwarantannie. Ponadto, w tej grupie personelu występują następujące braki kadrowe:

- pielęgniarka -1 etat w Pracowni Bronchoskopii,
- pielęgniarka -1 etat w Poradni POZ.

Pozostałe braki dotyczą następujących grup zawodowych:

- lekarz – 1 etat w Oddziale Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem Chirurgii Naczyniowej i Pododdziałem Angiologii,
- lekarz – 3 etaty w Oddziale Obserwacyjnym,
- lekarz – 1 etat w Poradni Diabetologicznej,
- opiekun medyczny – 2 etaty w Oddziale Obserwacyjnym.

Centrum podejmuje działania mające na celu uzupełnienie kadry medycznej polegające na zamieszczaniu ogłoszeń o możliwości zatrudnienia.

[Dowód: akta kontroli str. 425-426]

14. Funkcjonowanie systemu kontroli / oceny zakażeń.

W Centrum funkcjonuje Komitet Kontroli Zakażeń Szpitalnych oraz Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych, powołane Zarządzeniem wewnętrznym nr 19/2018 Dyrektora Katowickiego Centrum Onkologii z dnia 14.03.2018 r.

Do zadań Komitetu Kontroli Zakażeń Szpitalnych należy:

- planowanie, ocena i wdrażanie metod kontroli zakażeń szpitalnych,
- podejmowanie decyzji o rozdziale środków na realizację powyższych zadań,
- opracowywanie racjonalnej polityki antybiotykowej.

Zebrania Komitetu odbywają się raz na kwartał.

Do zadań Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych należy:

- opracowywanie i aktualizacja systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych,
- podejmowanie działań, opracowywanie i wdrażanie procedur zapewniających zapobieganie zakażeniom szpitalnym i szerzeniu się czynników alarmowych,
- prowadzenie kontroli wewnętrznych, przedstawianie wyników i wniosków Dyrektorowi Centrum,
- nadzór nad przestrzeganiem procedur zapewniających ochronę przed zakażeniami szpitalnymi,
- analiza występujących zakażeń szpitalnych,
- opracowywanie raportów o występowaniu zakażeń szpitalnych,
- szkolenie personelu w zakresie kontroli i profilaktyki zakażeń szpitalnych,
- konsultowanie osób podejrzanych o zakażenia lub chorobę zakaźną lub z rozpoznaniem zakażeniem,
- prowadzenie badań PPS (punktowych badań epidemiologicznych) w zewnętrznych badaniach wieloośrodkowych, zgodnie z metodologią opracowaną przez ECDC (Europejskie Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób), poświadczone przez jednostkę koordynującą Narodowy Program Ochrony Antybiotyków,
- sporządzanie raz na pół roku oraz rocznej podsumowującej analizy mikrobiologicznej oddziałów w postaci raportu o zalecenia konsultanta krajowego ds. Mikrobiologii dostępnej na stronie internetowej Centralnego Ośrodka Badania Jakości w diagnostyce mikrobiologicznej, oraz niezwłoczne przedstawienie sporządzonego raportu Dyrektorowi Centrum,
- przeprowadzanie analizy i raportowanie raz na kwartał Dyrektorowi Centrum wyników dotyczących bezpośredniej obserwacji procedury higieny rąk personelu medycznego,
- przeprowadzanie analizy i raportowanie raz na kwartał Dyrektorowi Centrum wyników dotyczących oceny ilości środka do dezynfekcji rąk używanego przez poszczególne oddziały w przeliczeniu na liczbę osobodni.

Zebrania Zespołu odbywają się raz w miesiącu.

W Centrum prowadzone są zarówno wewnętrzne cykliczne szkolenia personelu w obszarze zakażeń (raz na kwartał), jak też szkolenia zewnętrzne (raz w roku).

[Dowód: akta kontroli str. 427-443]

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 2020 r. poz. 295 z późn. zm.) poprzez brak przeprowadzenia konkursu na stanowisko naczelnego pielęgniarki/ położonej pielęgniarek oraz stanowiska pielęgniarek oddziałowych w poszczególnych Oddziałach Centrum.

Przyczyna nieprawidłowości:

- niedochowanie należytej staranności w zakresie spełnienia wymogów ustawowych dotyczących obsadzenia stanowisk wymienionych w art. 49 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.

Skutek nieprawidłowości:

- naruszenie zapisów art. 49 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.

C. Ocena cząstkowa: pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości

D. Osoba odpowiedzialna:

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. Prawidłowość gospodarowania mieniem.

A. Ustalenia faktyczne

W zakresie prawidłowości gospodarowania mieniem kontrolą objęto niżej wymienione zagadnienia:

1. Nabycie sprzętu i aparatury medycznej.

a) Aparat USG (Pracownia USG) o wartości 164 899,80 zł:

- zakup został ujęty w planie inwestycyjnym na 2019 r., którego korekta została pozytywnie zaopiniowana uchwałą nr 18/IV/5/2019 Rady Społecznej Centrum z dnia 20.09.2019 r.,
- brak opinii Rady Społecznej związanej z zakupem aparatury medycznej,
- zakup sfinansowany z wykorzystaniem środków UE, dotacji Województwa Śląskiego oraz ze środków własnych - zgoda podmiotu tworzącego na nabycie nie była wymagana,
- zakup potwierdzony fakturą nr FS/77/10/2019 z dnia 31.10.2019 r. (zmienioną w zakresie terminu płatności notą korygującą nr NKOR/0001/12/19 z dnia 02.12.2019 r.), termin płatności: 18.12.2019 r., zapłacono 13.12.2019 r.,
- protokół bezusterkowego odbioru sprzętu medycznego z dnia 31.10.2019 r.,
- dowód przyjęcia OT nr 62/19 z dnia 31.10.2019 r., numer inwentarzowy 8-80/802/1194/13_UE.

a) respirator transportowy (Oddział Geriatryczny) o wartości 43 200,00 zł:

- pozytywna opinia Rady Społecznej dla nabycia ww. Sprzętu wyrażona uchwałą nr 1/II/1/2020 z dnia 13.03.2020 r.,
- zakup został ujęty w korekcie planie inwestycyjnego na 2020 r., którego korekta została pozytywnie zaopiniowana uchwałą nr 9/II/8/2020 Rady Społecznej Centrum z dnia 29.04.2020 r.,
- zgoda podmiotu tworzącego na nabycie nie była wymagana,
- zakup potwierdzony fakturą nr 3906009179 z dnia 21.03.2020 r. na kwotę 43 200,00 zł, termin płatności drogą elektroniczną (e-mail z dnia 08.04.2020 r. od kontrahenta) przesunięty został z dnia 04.04.2020 r. na dzień 17.04.2020 r., zapłacono 16.04.2020 r.,
- protokół przekazania z dnia 18.03.2020 r.,
- dowód przyjęcia OT nr 02/2020 z dnia 18.03.2020 r., numer inwentarzowy 8-80/802/1217.

Zgodnie z art. 48 ust. 2 pkt 2 lit. e ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej, do zadań Rady Społecznej należy przedstawianie kierownikowi wniosków i opinii w sprawach zakupu lub przyjęcia darowizny nowej aparatury i sprzętu medycznego. Centrum nie posiada opinii Rady Społecznej w zakresie nabycia aparatu USG o numerze inwentarzowym 8-80/802/1194/13_UE.

[Dowód: akta kontroli str. 444-488]

2. Zbycie oraz darowizna sprzętu i aparatury medycznej.

W ramach kontroli prawidłowości gospodarowania mieniem sprawdzono procedurę zbycia oraz przekazania darowizny niżej wymienionych środków trwałych:

a) Kardiomonitor - nr inwentarzowy 1150; nr ewidencyjny 8-80/802/499; rok przyjęcia do użytkowania 2008; wartość początkowa 9 800,13 zł; umorzenie 100%:

- pozytywna opinia Rady Społecznej Centrum wyrażona uchwałą nr 1/I/1/2019 z dnia 06.02.2019 r.,
- zgoda Członka Zarządu Województwa Śląskiego na przekazanie darowizny z dnia 21.03.2019 r. - pismo Zastępcy Dyrektora Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej z dnia 22.03.2019 r., znak: ZD-N.9024.6.3.2019 (ZD-NiP.KW-00302/19),
- umowa darowizny z dnia 15.05.2019 r. wraz z protokołem przekazania-przyjęcia środka trwałego,
- dowód LT-0001/2019 z dnia 15.05.2019 r.

b) Urządzenie do brachyterapii - nr inwentarzowy 926; nr ewidencyjny 8-80/802/278A; rok przyjęcia do użytkowania 2001; wartość początkowa 920 979,99 zł; umorzenie 100%:

- protokół kasacyjny Nr 6/ŚT z dnia 13.09.2019 r., zgodnie z którym Komisja Kasacyjna w wyniku oględzin uznała urządzenie za przestarzałe technologiczne, mocno wyeksploatowane i uszkodzone, uznała naprawę urządzenia za niemożliwą oraz przeznaczyła je do likwidacji,
- pozytywna opinia Rady Społecznej Centrum wyrażona uchwałą nr 16/IV/3/2019 z dnia 20.09.2019 r.,
- zgoda Członka Zarządu Województwa Śląskiego na zbycie z dnia 04.02.2020 r. - pismo Zastępcy Dyrektora Departamentu Zdrowia z dnia 05.02.2020 r., znak: ZD-NK.9024.6.3.2020 (ZD-NK.KW-00031/20),
- dowód LT-0001/2020 z dnia 04.02.2020 r.,
- karta przekazania odpadów nr 00002/2020/KPO/0002/000007487 z datą potwierdzenia przejęcia odpadów dnia 24.11.2020 r.

[Dowód: akta kontroli str. 489-533]

3. Najem/dzierżawa pomieszczeń.

W okresie objętym kontrolą Centrum nie zawarło nowych umów w zakresie najmu bądź dzierżawy pomieszczeń.

[Dowód: akta kontroli str. 534]

B. Stwierdzona nieprawidłowość:

Nieprawidłowość polegająca na braku uzyskania opinii Rady Społecznej w zakresie zakupu aparatury medycznej – aparatu USG.

Przyczyna nieprawidłowości:

- nieprzedstawienie Radzie Społecznej do zaopiniowania wniosku w sprawie zakupu aparatury medycznej.

Skutek nieprawidłowości:

- naruszenie art. 48 ust. 2 pkt 2 lit. e ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.

Wskazana nieprawidłowość nie stanowi rażącego naruszenia przepisów prawa.

C. Ocena cząstkowa: pozytywna pomimo nieprawidłowości.

D. Osoba odpowiedzialna:

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

niebędącym przedsiębiorcą ponosi kierownik.

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

A. Ustalenia faktyczne:

Ostatnia kontrola w Centrum przeprowadzona została przez pracowników Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w dniach 28-29 sierpnia 2018 r. Przedmiotem kontroli objęto: realizację zadań określonych w statucie i regulaminie organizacyjnym; dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych; prawidłowość gospodarowania mieniem oraz środkami publicznymi w latach 2016-2018.

Wydano następujące zalecenia pokontrolne:

„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 naczelnego 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.”

Pismem z dnia 19.12.2018 r., znak: KCO/357/2018, Dyrektor Centrum złożył do Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego sprawozdanie o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych. W toku kontroli stwierdzono, że nie wykonano 3 z 6 zaleceń pokontrolnych (zalecenie nr 4,5 i 6).

B. Stwierdzone nieprawidłowości:

1. Brak realizacji zalecenia pokontrolnego dotyczącego 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;

2. Brak realizacji zalecenia pokontrolnego dotyczącego „przestrzegania art. 49 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity: Dz. U. z 2021 r. poz. 711) w zakresie przeprowadzania konkursu na stanowisko naczelnej pielęgniarki oraz pielęgniarek oddziałowych w poszczególnych Oddziałach Centrum, a także wpisania tych stanowisk do Regulaminu Organizacyjnego”.

Pismem z dnia 19 grudnia 2018 roku dotyczącym realizacji zaleceń pokontrolnych Dyrektor Centrum poinformował, że zarządzeniem zostały powołane Komisje konkursowe celem wyłonienia osób do pełnienia funkcji:

- zastępcy dyrektora ds. pielęgniarstwa i epidemiologii – naczelnej pielęgniarki,
- pielęgniarki koordynującej współuczestniczącej w zarządzaniu kontraktem medycznym Zespołu - przełożonej pielęgniarek,
- pielęgniarek koordynujących współuczestniczących w zarządzaniu kontraktem medycznym poszczególnych Oddziałów/ Poradni/Izby Przyjęć – pielęgniarek oddziałowych.

Zgodnie z powyższą informacją Dyrektora Centrum, stanowisko zastępcy dyrektora ds. pielęgniarstwa i epidemiologii odpowiada stanowisku naczelnej pielęgniarki, stanowisko pielęgniarki koordynującej i współuczestniczącej w zarządzaniu kontraktem medycznym Zespołu odpowiada stanowisku przełożonej pielęgniarek, a stanowisko pielęgniarki koordynującej współuczestniczącej w zarządzaniu kontraktem medycznym poszczególnych Oddziałów/ Poradni/Izby Przyjęć odpowiada stanowisku pielęgniarki oddziałowej.

Wobec powyższego, osoby zajmujące ww. stanowiska wybrane zostać powinny zgodnie z zapisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 roku w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą (Dz. U. z 2018 r., poz. 393 z późn. zm.), a nazwa stanowiska powinna zawierać ustawowe brzmienie „naczelnej pielęgniarki lub przełożonej pielęgniarek” oraz „pielęgniarki oddziałowej”.

Zgodnie z wyjaśnieniami Dyrektora Centrum (pismo znak: KCO/PKWwZKM Z1/82/12/2020 z dnia 10.12.2020 r.) konkursy na stanowiska pielęgniarek /położnych koordynujących i współuczestniczących w zarządzaniu kontraktem medycznym odbyły się na podstawie Zarządzenia Dyrektora, a nie zapisów ww. rozporządzenia. Dyrektor w piśmie poinformował również, że Centrum nie dysponuje stanowiskami, o których mowa w art. 49 ustawy o działalności leczniczej.

3. Brak realizacji zalecenia dot. przestrzegania obowiązku realizacji zaleceń pokontrolnych wydanych przez podmiot tworzący w wyniku przeprowadzonej kontroli.

Przyczyna nieprawidłowości:

- odstąpienie od realizacji części zaleceń pokontrolnych.

Skutek nieprawidłowości:

- brak realizacji zaleceń, do wykonania których Dyrektor Centrum zobowiązany został przez Zarząd Województwa Śląskiego w wystąpieniu pokontrolnym z dnia 29 listopada 2018 r.

C. Ocena cząstkowa: negatywna.

D. Osoby odpowiedzialne:

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

VI. Pozostałe informacje, zalecenia i pouczenia.

1. Pozostałe informacje

Pismem z dnia 18 czerwca 2021 r., znak: NZ-NK.1711.11.2020 (NZ-NK.KW-00353/21), Projekt wystąpienia pokontrolnego został przekazany Dyrektorowi Katowickiego Centrum Onkologii. Ze "zwrotnego potwierdzenia odbioru" wynika, że pismo zostało doręczone do Centrum w dniu 23 czerwca 2021 r.

Dyrektor Centrum nie zgłosił zastrzeżeń do treści Projektu wystąpienia pokontrolnego.

2. Zalecenia

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

1. Wskazywaniu w treści Regulaminu Organizacyjnego właściwych wartości opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej;
2. Usunięciu niezgodności pomiędzy zapisami Regulaminu Organizacyjnego Centrum i Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą w zakresie komórek organizacyjnych działalności medycznej;
3. Umieszczeniu na stronach BIP informacji dot. przebiegu i efektów kontroli oraz wystąpień, stanowisk, wniosków i opinii podmiotów ją przeprowadzających;
4. Przeprowadzeniu konkursu na stanowisko naczelniej pielęgniarki/przełożonej pielęgniarek oraz stanowiska pielęgniarek oddziałowych w poszczególnych Oddziałach Centrum, a także wpisaniu tych stanowisk do Regulaminu Organizacyjnego;
5. Każdorazowym pozyskiwaniu opinii Rady Społecznej dotyczącej planowanego zakupu lub przyjęcia darowizny nowej aparatury i sprzętu medycznego;
6. Pełnej realizacji zaleceń pokontrolnych wydanych przez podmiot tworzący w wyniku przeprowadzonej kontroli.

3. Pouczenia

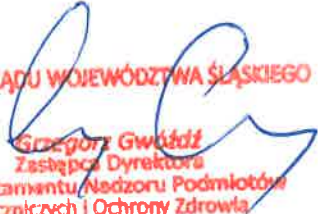
Wystąpienie pokontrolne sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, z których jeden przekazuje się do Centrum.

Wystąpienie pokontrolne zawiera 28 ponumerowanych stron.

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

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

Podmiot uprawniony do kontroli

z up. ZARZĄDU WOJEWÓDZTWA ŚLĄSKIEGO

Grzegorz Gwóźdź
Zastępca Dyrektora
Departamentu Nadzoru Podmiotów
Leczniczych i Ochrony Zdrowia