

PROTOKÓŁ KONTROLI PLANOWEJ

I. IMIE I NAZWISKO ORAZ ADRES MIEJSCA ZAMIESZKANIA ALBO FIRME ALBO NAZWĘ ORAZ ADRES SIEDZIBY:

Białostockie Centrum Onkologii im. M. Skłodowskiej – Curie w Białymstoku, 15-027 Białystok, ul. Ogrodowa 12.

Nr księgi rejestrowej w RPWDL – 000000010649.

II. ADRES MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNCH

– 15-027 Białystok, ul. Ogrodowa 12.

III. KONTROLUJĄCY:

1. Anna Panfiluk – starszy inspektor wojewódzki w Oddziale Rejestrów i Nadzoru Działalności Leczniczej na podstawie upoważnienia Nr 1/2015 znak: PS-III.9612.153.2015.AP wydanego z upoważnienia Wojewody Podlaskiego przez Dyrektora Wydziału Polityki Społecznej Podlaskiego Urzędu Wojewódzkiego z dnia 24 listopada 2015 r. oraz legitymacji służbowej nr 21/2014.
2. Dorota Maksimowicz – starszy inspektor wojewódzki w Oddziale Rejestrów i Nadzoru Działalności Leczniczej na podstawie upoważnienia Nr 2/2015 znak: PS-III.9612.153.2015.AP wydanego z upoważnienia Wojewody Podlaskiego przez Dyrektora Wydziału Polityki Społecznej Podlaskiego Urzędu Wojewódzkiego z dnia 24 listopada 2015 r. oraz legitymacji służbowej nr 28/2011.
3. Andrzej Marcin Modzelewski – starszy inspektor wojewódzki w Oddziale Rejestrów i Nadzoru Działalności Leczniczej na podstawie upoważnienia Nr 3/2015 znak: PS-III.9612.153.2015.AP wydanego z upoważnienia Wojewody Podlaskiego przez Dyrektora Wydziału Polityki Społecznej Podlaskiego Urzędu Wojewódzkiego z dnia 24 listopada 2015 r. oraz legitymacji służbowej nr 5/2014.

IV. TERMIN KONTROLI:

Data rozpoczęcia czynności kontrolnych: 1 grudnia 2015 r.

Data zakończenia czynności kontrolnych: 4 grudnia 2015 r.

V. PRZEDMIOT KONTROLI:

Ocena podmiotów leczniczych w zakresie zgodności wykonywanej działalności z przepisami określającymi warunki wykonywania działalności leczniczej.

VI. OKRES OBJĘTY KONTROLĄ:

– od dnia 1 stycznia 2013 r. do dnia 1 grudnia 2015 r.

Kontroli dokonano przy udziale:

- Pani Marzeny Juczewskiej – Dyrektora Białostockiego Centrum Onkologii im. M. Skłodowskiej – Curie w Białymstoku,
- Pani Aliny Zdanowicz – kierownika działu administracyjno-technicznego Białostockiego Centrum Onkologii im. M. Skłodowskiej – Curie w Białymstoku.

Przeprowadzenie kontroli planowej odnotowano w książce kontroli pod **poz. nr 16**

VII. OPIS STANU FAKTYCZNEGO:

A. STRUKTURA ORGANIZACYJNA I DANE OBJĘTE REJESTREM

Działalność lecznicza kontrolowanego podmiotu prowadzona jest w trzech przedsiębiorstwach: Specjalistycznym Szpitalu Onkologicznym, Zakładach Centrum oraz Specjalistycznej Przychodni Onkologicznej z siedzibą w Białymstoku, ul. Ogrodowa 12. W skład wskazanych powyżej wchodzi jednostki organizacyjne: Specjalistyczny Szpital Onkologiczny, Specjalistyczna Przychodnia Onkologiczna, Zakład Radioterapii, Zakład Patomorfologii, Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej, Zakład Diagnostyki Obrazowej, Zakład Fizyki Medycznej, Zakład Rehabilitacji, Zakład Medycyny

Nuklearnej oraz w komórkach organizacyjnych szczegółowo wskazanych w protokole oględzin podpisanym przez stronę.

(dowód: akta kontroli str. nr 51-52)

- Liczba przedsiębiorstw – **3**, w tym :
 - przedsiębiorstwa **nie wpisane do rejestru**: nie dotyczy.
 - przedsiębiorstwa, które **nie prowadzą działalności** : nie dotyczy
- Liczba jednostek organizacyjnych – **9**, w tym :
 - jednostki **nie wpisane do rejestru**: nie dotyczy.
 - jednostki, które **nie prowadzą działalności** : nie dotyczy
- Liczba komórek organizacyjnych – **42**, w tym:
 - komórki organizacyjne **nie wpisane do rejestru**: nie dotyczy
 - komórki organizacyjne, które **nie prowadzą działalności**: nie dotyczy

Pani Marzena Juczevska oświadczyła, że dane objęte rejestrem i zawarte w przedstawionej przez kontrolujących księdze rejestrowej Nr 000000010649 (wydruk cząstkowy) są zgodne ze stanem faktycznym. Różnice wynikające z liczby łóżek na Oddziale chirurgii onkologicznej z pododdziałem leczenia bólu (stan faktyczny: 54 łóżka, w tym 5 łóżek intensywnej opieki medycznej, liczba łóżek w księdze rejestrowej: 40 łóżek, w tym 3 łóżka intensywnej opieki medycznej) oraz wpisu nowotworzonych gabinetów diagnostyczno-zabiegowych (z punktem poboru materiału do badań) zostały zgłoszone w dn. 30 listopada 2015 r. do organu rejestrowego celem dokonania wpisu zmian.

(dowód: akta kontroli str. nr 53)

B. WARUNKI PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ WSKAZANE W ART. 17 UST. 1 USTAWY O DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ

1. POMIESZCZENIA I URZĄDZENIA

Działalność przedsiębiorstwa prowadzona jest w pomieszczeniach wskazanych w decyzjach Nr 148/D/NZ/13 z dnia 19 kwietnia 2013 r. znak: NZ-8230-33/3/13 Podlaskiego Państwowego Inspektora Sanitarnego w Białymstoku, Nr 55/D/NZ/14 z dnia 19 lutego 2014 r. znak: NZ-8230-14/3/14 Podlaskiego Państwowego Inspektora Sanitarnego w Białymstoku, Nr 200/D/NZ/14 z dnia 16 czerwca 2014 r. znak: NZ-8230-67/3/14 Podlaskiego Państwowego Inspektora Sanitarnego w Białymstoku, Nr 229/D/NZ/14 z dnia 17 lipca 2014 r. znak: NZ-8230-79/3/14 Podlaskiego Państwowego Inspektora Sanitarnego w Białymstoku,

Świadczenia zdrowotne udzielane są w budynkach oraz pomieszczeniach we wskazanych poniżej dokumentach:

- 1) Decyzja nr 388/D/NZ/15 z dnia 16 listopada 2015 r. znak: NZ.4464.130.2015 Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Białymstoku w sprawie wydania decyzji o pomieszczeniach i urządzeniach Białostockiego Centrum Onkologii w Białymstoku przy ul. Ogrodowej 12 przeznaczonych na prowadzenie działalności leczniczej w nowowytbudowanych i zmodernizowanych budynkach w zakresie Specjalistycznej Przychodni Onkologicznej mieszczącej się na parterze, I, II i III piętrze budynku B Białostockiego Centrum Onkologii w Białymstoku przy ul. Ogrodowej 12,
- 2) Decyzja nr 387/D/NZ/15 z dnia 16 listopada 2015 r. znak: NZ.4464.130.2015 Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Białymstoku w sprawie wydania decyzji o pomieszczeniach i urządzeniach Białostockiego Centrum Onkologii w Białymstoku przy ul. Ogrodowej 12 przeznaczonych na prowadzenie działalności leczniczej w nowowytbudowanych i zmodernizowanych budynkach A i B Białostockiego Centrum Onkologii w Białymstoku przy ul. Ogrodowej 12,
- 3) Decyzja nr 2/D-I/OR/2006 z dnia 11 stycznia 2006 r. znak: OR4170-79/1/2005/2006 Podlaskiego Państwowego Inspektora Sanitarnego w Białymstoku zezwalająca na uruchomienie pracowni rentgenowskiej w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej Białostockiego Centrum Onkologii im. M. Skłodowskiej – Curie w Białymstoku, ul. Ogrodowa 12, na uruchomienie i stosowanie aparatów rentgenowskich w celach medycznych: do zdjęć i prześwietleń typu YSF 100 firmy SHIMADZU (Japonia), nr fabr. 0162252308, rok prod. 1996, do zdjęć typu OPTIMA MILLENNIUM firmy Sedecal (Hiszpania), nr fabr. G22132, rok prod. 2005, w pracowni rentgenowskiej Zakładu Diagnostyki Obrazowej Białostockiego Centrum Onkologii im. M. Skłodowskiej – Curie w Białymstoku, ul. Ogrodowa 12,
- 4) Decyzja nr 493/D-I/OR/2007 z dnia 17 grudnia 2007 r. znak: OR.4170-79/1/2007 Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Białymstoku zezwalająca na uruchomienie i stosowanie

aparatu rentgenowskiego w celach medycznych do zdjęć mammograficznych typu MAMMOMAT 3000 NOVA firmy SIEMENS (Niemcy), nr fabr. 12074, rok produkcji 2007 w Pracowni Mammograficznej Zakładu Diagnostyki Obrazowej w Białymstoku, ul. Ogrodowej 12,

5) Decyzja nr 120/D-I/OR/2009 z dnia 4 maja 2009 r. znak: OR.4170-322/2/2009 Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Białymstoku zezwalająca na uruchomienie pracowni rentgenowskiej w Pracowni Tomografii Komputerowej Białostockiego Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej – Curie w Białymstoku, ul. Ogrodowa 12, na uruchomienie i stosowanie tomografu komputerowego w celach medycznych typu Definition AS firmy SIMENS Nr fabr. 64327, rok produkcji 2009 w sprawie ww. pracowni,

6) Decyzja nr 105/2/13 z dnia 15 października 2013 r. znak: DNS.HR.9020.2.102.2013 Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Lublinie zezwalająca na uruchomienie i stosowanie aparatu rentgenowskiego do celów rentgenowskich oraz aparatu rentgenowskiego stosowanego do zdjęć trzylózkowych model: ARCOVIS 200S, nr fabryczny: 00100035 oraz nr fabryczny lampy: 9E0669, rok produkcji: 2000, nazwa wytwórcy: VILLA SYSTEMI MEDICALI,

7) Decyzja nr 105/1/13 z dnia 15 października 2013 r. znak: DNS.HR.9020.2.102.2013 Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Lublinie zezwalająca na uruchomienie pracowni rentgenowskiej zlokalizowanej na II piętrze budynku (Oddział Chirurgii – sala chorych nr 6) usytuowanego przy ul. Ogrodowej 12 w Białymstoku, w której zainstalowany jest aparat rentgenowski stosowany w zakresie rentgenodiagnostyki.

(dowód: akta kontroli str. nr 54-70)

Świadczenia zdrowotne udzielane są w pomieszczeniach, w których prowadzona jest działalność lecznicza, zgodnie z przedstawionymi kontrolującym aktami notarialnymi.

(dowód: akta kontroli str. nr (71-102)

2. WYROBY MEDYCZNE

Kontrolującym przedstawiono Wykazy sprzętu i aparatury medycznej znajdującej się w poszczególnych komórkach organizacyjnych kontrolowanych przedsiębiorstwach, w ilości 184 urządzeń.

(dowód: akta kontroli str. nr 103-133)

Kontrolujący dokonali kontroli, co 4 dokumentacji technicznej aparatury i sprzętu medycznego wskazanego w powyższym Wykazie (184 sztuk) oraz 100% (26 sztuk) aparatów ujętych w Załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2012 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych o szczególnym znaczeniu dla zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych oraz zakresu informacji o tych wyrobach (Dz. U. z 2012 r. poz. 895). Wszystkie skontrolowane aparaty posiadają aktualne przeglądy techniczne. Przedstawiona dokumentacja techniczna zawierała wpisy wykonanych instalacji, napraw, przeglądów, zawierającą w szczególności daty wykonania tych czynności, nazwisko lub nazwę firmy, jak również terminy następnych konserwacji, działań serwisowych, przeglądów, sprawdzeń i kontroli bezpieczeństwa wyrobu stosowanego do udzielania świadczeń zdrowotnych, wynikające z instrukcji użytkowania lub zaleceń podmiotów, które wykonały czynności.

Pani Marzena Juczevska oświadczyła, że w kontrolowanych przedsiębiorstwach serwisowaniem i przeglądem sprzętu i aparatury medycznej zajmują się wyłącznie podmioty do tego uprawnione przez wytwórcę do dokonywania napraw, przeglądów i serwisowania aparatury i sprzętu medycznego

(dowód: akta kontroli str. nr 134)

3. PERSONEL MEDYCZNY

Kontrolującym przedstawiono „Wykaz personelu udzielającego świadczeń medycznych”.

(dowód: akta kontroli str. Nr 135-145)

Zgodnie z powyższym Wykazem świadczeń zdrowotnych w przedsiębiorstwie udziela 433 osoby, w tym 129 lekarzy, 211 pielęgniarek, 71 techników, 22 osoby, w tym diagności, fizjoterapeuci, farmaceuci oraz psycholodzy. Kontrolujący dokonali kontroli dokumentacji, co czwartej osobie udzielającej świadczeń medycznych oraz (zgodnie z doborem próby wskazanym w programie kontroli) oraz 100% kadry kierowniczej zatrudnionego personelu – zgodnie z doborem próby wskazanym w programie kontroli tj. dyplom ukończenia uczelni, prawo wykonywania zawodu oraz inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje.

Sposób zatrudnienia jest następujący: 387 umów o pracę oraz 46 umów cywilnoprawnych.
Kierownikiem Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej jest osoba posiadająca II stopień specjalizacji z diagnostyki laboratoryjnej.
Kierownikiem Zakładu Patomorfologii jest osoba posiadająca specjalizację II stopnia z zakresu patomorfologii.

4. UMOWA UBEZPIECZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ OBEJMUJĄCEJ SZKODY BĘDĄCE NASTĘPSTWEM UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH ALBO NIEZGODNEGO Z PRAWEM ZANIECHANIA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Kontrolujący stwierdzili, że kontrolowany podmiot leczniczy złożył do organu rejestrowego umowy ubezpieczenia OC obejmujące szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych tj.: polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu leczniczego – (polisa Nr 3WA 9178 0001) zawarta w dniu 31 grudnia 2012 r. na okres od 1 stycznia 2013 r. do 31 grudnia 2013 r. – złożona w dniu 1 lutego 2013 r., (polisa Nr 4WA 9178 0001) zawarta w dniu 30 grudnia 2013 r. na okres od 1 stycznia 2014 r. do 31 grudnia 2014 r. – złożona w dniu 15 stycznia 2014 r. oraz (polisa Nr 4WA 9178 0002) zawarta w dniu 12 grudnia 2014 r. na okres od 1 stycznia 2015 r. do 31 grudnia 2015 r. – złożona w dniu 24 grudnia 2014 r., które zostały złożone do organu rejestrowego z naruszeniem zapisów art. 25 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej, który wskazuje, iż w/w umowy należało złożyć niezwłocznie, nie później niż w terminie 7 dni od dnia zawarcia umów.

Kontrolujący stwierdzili, że kontrolowany podmiot leczniczy złożył do organu rejestrowego umowy ubezpieczenia OC obejmujące szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych tj.: polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu leczniczego – (polisa Nr 3WA 9178 0001) zawarta w dniu 31 grudnia 2012 r. na okres od 1 stycznia 2013 r. do 31 grudnia 2013 r. – złożona w dniu 1 lutego 2013 r., (polisa Nr 4WA 9178 0001) zawarta w dniu 30 grudnia 2013 r. na okres od 1 stycznia 2014 r. do 31 grudnia 2014 r. – złożona w dniu 15 stycznia 2014 r., które zostały złożone do organu rejestrowego z naruszeniem zapisów art. 107 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, który stanowi, iż podmiot leczniczy winien zgłosić organowi prowadzącemu rejestr zmianę wpisu danych objętych rejestrem w zakresie wpisu informacji o ubezpieczeniu OC podmiotu leczniczego w terminie 14 dni od dnia zaistnienia zmiany.

C. INNE USTALENIA KONTROLI

1. Podmiot przedłożył regulamin organizacyjny wprowadzony Zarządzeniem Wewnętrznym Nr 33/2015 z dnia 15 września 2015 r. Dyrektora Białostockiego Centrum Onkologii im. M. Skłodowskiej – Curie w Białymstoku w sprawie wprowadzenia Regulaminu organizacyjnego w Białostockiego Centrum Onkologii im. M. Skłodowskiej – Curie w Białymstoku.

Przedmiotowy dokument określa:

art. 24 ust 1 ustawy o działalności leczniczej		TAK	NIE
pkt 1	firmę albo nazwę podmiotu;	<input checked="" type="checkbox"/>	
pkt 2	cele i zadania podmiotu;	<input checked="" type="checkbox"/>	
pkt 3	strukturę organizacyjną przedsiębiorstwa podmiotu;		<input checked="" type="checkbox"/>
pkt 4	rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych;	<input checked="" type="checkbox"/>	
pkt 5	miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych;	<input checked="" type="checkbox"/>	
pkt 6	przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w jednostkach lub komórkach organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu;	<input checked="" type="checkbox"/>	
pkt 7	organizację i zadania poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu oraz warunki współdziałania tych jednostek lub komórek dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania podmiotu pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno-gospodarczym;		<input checked="" type="checkbox"/>
pkt 8	warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu	<input checked="" type="checkbox"/>	

	udzielania świadczeń zdrowotnych;		
pkt 9	wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej ustalonej w sposób określony w art. 28 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;	<input checked="" type="checkbox"/>	
pkt 10	organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat;	<input checked="" type="checkbox"/>	
pkt 11	wysokość opłat za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok na podstawie ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2000 r. Nr 23, poz. 295, ze zm.) oraz od podmiotów na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym,	<input checked="" type="checkbox"/>	
pkt 12	wysokość opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być, zgodnie z przepisami ustawy lub przepisami odrębnymi, udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością;	<input checked="" type="checkbox"/>	
pkt 13	sposób kierowania jednostkami lub komórkami organizacyjnymi przedsiębiorstwa podmiotu.	<input checked="" type="checkbox"/>	

Zapisy Regulaminu organizacyjnego wskazują, iż w skład struktury organizacyjnej nie wchodzi: Pracownia symulacji, Pracownia modelarni, Pracownia histopatologiczna, Pracownia cytologiczna, Pracownia hematologii i koagulacji, Pracownia mikrobiologii, Pracownia planowania leczenia, Pracownia dozymetrii, Pracownia aparatury i ochrony radiologicznej, Pracownia biochemii klinicznej i immunochemii, Pracownia tomografii komputerowej, Pracownia rentgenodiagnostyki, Pracownia mammografii, Pracownia USG, Pracownia brachyterapii, Pracownia teleradioterapii, Dział fizjoterapii, Oddział dzienny rehabilitacji, Poradnia rehabilitacji, Pracownia terapii izotopowej, Pracownia scyntygrafii, Pracownia Rezonansu Magnetycznego, Pracownia Immunohistochemii, Histochemii i Hybrydyzacji in situ, które znajdują się w księdze rejestrowej Nr 000000010649 (wydruk cząstkowy) podmiotu.

W części IV Regulaminu organizacyjnego (organizacja i zadania poszczególnych komórek organizacyjnych) nie są wskazane wszystkie komórki organizacyjne, w których prowadzona jest działalność lecznicza (zgodnie z księgą rejestrową Nr 000000010649). Natomiast wskazane są zadania jednostek organizacyjnych (np. § 20 punkt 12 – 16, 18 - 19 oraz komórki organizacyjnej która zakończyła swoją działalność tj. Gabinet Medycyny Pracy - § 20 punkt 17).

2. Kontrolującym przedłożono uchwałę Nr VIII/50/15 Sejmiku Województwa Podlaskiego z dnia 30 marca 2015 r. zmieniającą uchwałę w sprawie nadania statutu Białostockiego Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej – Curie w Białymstoku oraz uchwałę Nr XV/123/15 Sejmiku Województwa Podlaskiego z dnia 26 października 2015 r. zmieniającą uchwałę w sprawie nadania Statutu Białostockiego Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej – Curie w Białymstoku. Kontrolowany Statut jest zgodny z art. 42 ustawy o działalności leczniczej z wyłączeniem zapisów dotyczących struktury organizacyjnej (§ 9 Statutu), która jest niezgodna ze stanem faktycznym. Zgodnie z protokołem oględzin w podmiocie leczniczym oprócz wskazanych w Statucie Komórek organizacyjnych funkcjonują jeszcze następujące: Pracownia symulacji, Pracownia modelarni, Pracownia histopatologiczna, Pracownia cytologiczna, Pracownia hematologii i koagulacji, Pracownia mikrobiologii, Pracownia planowania leczenia, Pracownia dozymetrii, Pracownia aparatury i ochrony radiologicznej, Pracownia biochemii klinicznej i immunochemii, Pracownia tomografii komputerowej, Pracownia rentgenodiagnostyki, Pracownia mammografii, Pracownia USG, Pracownia brachyterapii, Pracownia teleradioterapii, Dział fizjoterapii, Oddział dzienny rehabilitacji, Poradnia rehabilitacji, Pracownia terapii izotopowej, Pracownia scyntygrafii, Pracownia Rezonansu Magnetycznego, Pracownia Immunohistochemii, Histochemii i Hybrydyzacji in situ.
3. Dyrektorem kontrolowanych przedsiębiorstw jest Pani Marzena Juczewska – posiadająca tytuł naukowy dr n. med. specjalista II stopnia z radioterapii onkologicznej oraz studia podyplomowe w zakresie zarządzania w ochronie zdrowia. Pani Dyrektor została powołana Uchwałą nr 105/1368/04 Zarządu Województwo Podlaskiego z dnia 14.09.2004 r. w sprawie powołania Dyrektora Białostockiego Centrum Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie w Białymstoku z dniem 01.10.2004 r. na czas nieokreślony.

4. Kontrolowany podmiot w okresie objętym kontrolą tj. od 1 stycznia 2013 r. do dnia 1 grudnia 2015 r. przeprowadził 7 postępowań konkursowych w tym: 2 na stanowisko ordynatora, 4 na stanowiska oddziałowych oraz 1 na naczelną pielęgniarkę.
5. Kontrolowany podmiot oznaczył pomieszczenia laboratorium w sposób umożliwiający ich identyfikację oraz zgodnie z wymogami dotyczącymi bezpieczeństwa oraz na bieżąco kontroluje warunki mogące mieć wpływ na wyniki badań w pomieszczeniach do wykonywania czynności diagnostyki laboratoryjnej. W Zakładzie Diagnostyki Laboratoryjnej prowadzi się dokumentację dotyczącą aparatury pomiarowo-badawczej oraz sprzętu, stanowiących wyposażenie laboratorium.
6. Kontrolującemu przedłożono Zarządzenie Wewnętrzne Nr 11/2014 Dyrektora Białostockiego Centrum Onkologii im. M. Skłodowskiej – Curie z dnia 28 marca 2014 roku w sprawie ustalenia minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w Białostockim Centrum Onkologii.
(dowód: akta kontroli str. Nr 146-147)
7. Osoby zatrudnione w Szpitalu noszą w widocznym miejscu identyfikator zawierający imię i nazwisko oraz funkcję tej osoby.
8. Kontrolowany podmiot podaje do wiadomości pacjenta w sposób zwyczajowo przyjęty informacje dotyczące wysokości opłat: za udostępnianie dokumentacji medycznej oraz za świadczenia zdrowotne, które mogą być, zgodnie z przepisami ustawy lub przepisami odrębnymi, udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością, a w miejscu ogólnodostępnym znajdują się informacje dotyczące praw pacjenta, kontaktu do Rzecznika Praw Pacjenta.
9. Kontrolowany podmiot przedłożył potwierdzenie informacji, które składał do Okręgowej Izby Lekarskiej w Białymstoku oraz Państwowej Inspekcji Pracy w Białymstoku w sprawie wskazania liczby osób, które wykonują zawód medyczny na podstawie umów cywilnoprawnych w okresie od 1 stycznia 2013 r. do 1 grudnia 2015 r.
10. Pani Małgorzata Wróblewska – naczelną pielęgniarkę złożyła oświadczenie dotyczące odnotowywaniem czynności związanych z identyfikacją pacjenta w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta.
(dowód: akta kontroli str. Nr 148)

VIII. STWIERDZONE NIEPRAWIDŁOŚCI:

Na podstawie przedstawionej przez podmiot leczniczy dokumentacji w zakresie przedmiotu kontroli, kontrolujący stwierdzili następujące nieprawidłowości:

1. Zapisy Regulaminu organizacyjnego w części struktury organizacyjnej (Rozdział 2 § 12) są niezgodne ze stanem faktycznym, ponieważ brak jest komórek organizacyjnych, które prowadzą działalność i są wskazane w prowadzonej dla podmiotu księdze rejestrowej tj.: Pracownia symulacji, Pracownia modelarni, Pracownia histopatologiczna, Pracownia cytologiczna, Pracownia hematologii i koagulacji, Pracownia mikrobiologii, Pracownia planowania leczenia, Pracownia dozymetrii, Pracownia aparatury i ochrony radiologicznej, Pracownia biochemii klinicznej i immunochemii, Pracownia tomografii komputerowej, Pracownia rentgenodiagnostyki, Pracownia mammografii, Pracownia USG, Pracownia brachyterapii, Pracownia teleradioterapii, Dział fizjoterapii, Oddział dzienny rehabilitacji, Poradnia rehabilitacji, Pracownia terapii izotopowej, Pracownia scyntygrafii, Pracownia Rezonansu Magnetycznego, Pracownia Immunohistochemii, Histochemii i Hybrydyzacji in situ, W części IV Regulaminu organizacyjnego (organizacja i zadania poszczególnych komórek organizacyjnych) nie są wskazane wszystkie komórki organizacyjne w których prowadzona jest działalność lecznicza (zgodnie z księgą rejestrową Nr 000000010649). Natomiast wskazane są zadania jednostek organizacyjnych (np. § 20 punkt 12 – 16 oraz pkt 18 – 19) oraz komórki organizacyjnej która zakończyła swoją działalność tj. Gabinet Medycyny Pracy - § 20 punkt 17).
Powyższe stanowi naruszenie art. 24 ust. 1 pkt 3 i pkt 7 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn. Dz. U. z 2015 r. poz. 618 ze zm.)
2. Zapisy § 9 Statutu w części struktury organizacyjnej są niezgodne ze stanem faktycznym, ponieważ brak jest komórek organizacyjnych, które prowadzą działalność i są wskazane w prowadzonej dla podmiotu księdze rejestrowej tj.: Pracownia symulacji, Pracownia modelarni, Pracownia histopatologiczna, Pracownia cytologiczna, Pracownia hematologii i koagulacji, Pracownia mikrobiologii, Pracownia planowania leczenia, Pracownia dozymetrii, Pracownia aparatury i ochrony radiologicznej, Pracownia biochemii klinicznej i immunochemii, Pracownia tomografii komputerowej, Pracownia rentgenodiagnostyki, Pracownia mammografii, Pracownia USG, Pracownia brachyterapii, Pracownia teleradioterapii, Dział fizjoterapii, Oddział dzienny rehabilitacji, Poradnia rehabilitacji, Pracownia terapii izotopowej, Pracownia scyntygrafii,

Pracownia Rezonansu Magnetycznego, Pracownia Immunohistochemii, Histochemii i Hybrydyzacji in situ,

Powyższe stanowi naruszenie art. 42 ust. 2 pkt 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn. Dz. U. z 2015 r. poz. 618 ze zm.).

3. Podmiot leczniczy nie zgłosił organowi prowadzącemu rejestr zmiany wpisu danych objętych rejestrem w zakresie wpisu informacji o umowach ubezpieczenia OC obejmującej szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych tj.: polisa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu leczniczego w terminie 14 dni od dnia zaistnienia zmiany w zakresie polisy odpowiedzialności cywilnej podmiotu - polisa Nr 3WA 9178 0001 zawarta w dniu 31 grudnia 2012 r. na okres od 1 stycznia 2013 r. do 31 grudnia 2013 r. – została złożona w dniu 1 lutego 2013 r. oraz polisa Nr 4WA 9178 0001 zawarta w dniu 30 grudnia 2013 r. na okres od 1 stycznia 2014 r. do 31 grudnia 2014 r. została złożona w dniu 15 stycznia 2014 r.

Powyższe stanowi naruszenie art. 107 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn. Dz. U. z 2015 r. poz. 618 ze zm.)

4. Podmiot leczniczy nie złożył w organie rejestrowym w terminie 7 dni od dnia zawarcia polisy OC w zakresie polis odpowiedzialności cywilnej podmiotu - polisa Nr 3WA 9178 0001 zawarta w dniu 31 grudnia 2012 r. na okres od 1 stycznia 2013 r. do 31 grudnia 2013 r. – została złożona w dniu 1 lutego 2013 r. , polisa Nr 4WA 9178 0001 zawarta w dniu 30 grudnia 2013 r. na okres od 1 stycznia 2014 r. do 31 grudnia 2014 r. – została złożona w dniu 15 stycznia 2014 r. oraz polisa Nr 4WA 9178 0002 zawarta w dniu 12 grudnia 2014 r. na okres od 1 stycznia 2015 r. do 31 grudnia 2015 r. została złożona w dniu 24 grudnia 2014 r.

Powyższe stanowi naruszenie art. 25 ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn. Dz. U. z 2015 r. poz. 618 ze zm.).

IX. WNIOSKI OSÓB WYKONUJĄCYCH CZYNNOŚCI KONTROLNE:

Działalność podmiotu leczniczego w zakresie przedmiotu kontroli jest prowadzona:

1. zgodnie z:

- warunkami wskazanym w art. 17 ust. 1 pkt 1-4a, art. 17 ust. 4, art. 36 ust. 1, art. 50 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn. Dz. U. z 2015 r. poz. 618 ze zm.),
- art. 11 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn. Dz. U. z 2012 r. poz. 159 ze zm.),
- § 4 ust. 4 oraz ust 6-7 oraz § 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 marca 2004 r. w sprawie wymagań, jakim powinno odpowiadać medyczne laboratorium diagnostyczne (Dz. U. Nr 43, poz. 408 z późn. zm.).

2. niezgodnie z:

- art. 24 ust. 1 pkt 3, art. 25 ust. 3, art. 42 ust. 2 pkt 4 oraz art. 107 ust. 1 pkt 3 i 7 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn. Dz. U. z 2015 r. poz. 618 ze zm.).

**Wobec faktów stwierdzonych powyżej kontrola została oceniona pozytywnie
z nieprawidłowościami**

Pouczenie

Zgodnie z art. 112 ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn. Dz. U. z 2015 r., poz. 618 ze zm.) jeżeli po sporządzeniu protokołu, a przed jego podpisaniem kierownik podmiotu wykonującego działalność leczniczą zgłosi umotywowane zastrzeżenia co do faktów stwierdzonych w trakcie kontroli i opisanych w protokole, osoby wykonujące czynności kontrolne są obowiązane zbadać dodatkowo te fakty i uzupełnić protokół.

Kierownik podmiotu wykonującego działalność leczniczą, **w terminie 7 dni** od dnia otrzymania protokołu, ma prawo do wniesienia zastrzeżeń co do sposobu przeprowadzenia czynności kontrolnych oraz ustaleń zawartych w protokole.

Protokół sporządzono w 2 jednobrzmiących egzemplarzach, z których jeden po przeczytaniu i podpisaniu wręczono podmiotowi leczniczemu a drugi pozostaje w komórce przeprowadzającej kontrolę.

Protokół sporządzono: Białystok, 4 grudnia 2015 r.

Marzena Juczevska

.....
podpis kontrolowanego

starszy inspektor wojewódzki

/ - /

1.
Anna Panfiluk

BIĄŁOSTOCKIE CENTRUM ONKOLOGII
im. Marii Skłodowskiej-Curie w Białymstoku
ul. Ogrodowa 12, 15-027 Białystok
REG. 050657379, NIP 966-13-30-466
fax 85 74-35-913, tel. 85 66-46-800
Sąd Rejonowy XII Wydział Gospodarczy
KRS nr 0000002253

starszy inspektor wojewódzki

/ - /

2.
Dorota Maksimowicz

starszy inspektor wojewódzki

/ - /

3.
Andrzej Marcin Modzelewski

Do protokołu ~~wniesiono zastrzeżenia~~/nie wniesiono zastrzeżenia*

DYREKTOR
Białostockiego Centrum Onkologii

/ - /

dr n. med. Marzena Juczevska

.....
podpis kontrolowanego

Jeden egzemplarz protokołu otrzymałem/am:

DYREKTOR
Białostockiego Centrum Onkologii

/ - /

04.12.2015 dr n. med. Marzena Juczevska

.....
data odebrania protokołu i podpis kontrolowanego

* niepotrzebne skreślić