

Katowice, 17 lipca 2019 r.  
ZD-NiP.1711.1.2019

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

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
Zakład Diagnostyki Obrazowej  
Plac Medyków 2, 41-200 Sosnowiec**  
(oznaczenie podmiotu kontrolowanego)

### WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

z kontroli przeprowadzonej na podstawie:

- 1) art. 121 oraz 122 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (tekst jednolity: Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 z późn. zm),
- 2) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych (Dz. U. z 2015, poz. 1331),
- 3) planu kontroli na 2019 rok, załącznik nr 2, poz. 8 zatwierdzonego uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 205/7/VI/2018 z dnia 21.12.2018 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.

#### I. Dane identyfikacyjne kontroli:

**Jednostka kontrolowana:** Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zakład Diagnostyki Obrazowej, Plac Medyków 2, 41-200 Sosnowiec

**Kierownik jednostki kontrolowanej:** dr n. med. Leszek Gajos powołany na stanowisko Dyrektora od dnia 01.08.1997 roku do nadal.

Dyrektor wykonuje swoje zadania kierownicze i zarządcze przy pomocy:

- Zastępcy Dyrektora oraz Kierownika Pracowni MR i TK – dra n. med. Pawła Lelka
- Głównej Księgowej - Teresy Parzniewskiej

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

kontrolę przeprowadzono w dniu 04.06.2019 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 2017-2019.

[Dowód: akta kontroli str. 1-3]

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

Osoby przeprowadzające kontrolę:

**Joanna Dudek-Ślęczek** – Główny Specjalista Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w Katowicach, legitymacja służbowa nr 1100215, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 343/ZD/2019 z dnia 27.05.2019 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 04.06.2019 r.

[Dowód: akta kontroli str. 4-5]

**Katarzyna Raczek** – Główny Specjalista Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w Katowicach, legitymacja służbowa nr 1101531, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 342/ZD/2019 z dnia 27.05.2019 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 04.06.2019 r.

[Dowód: akta kontroli str. 6-7]

O kontroli Dyrektor jednostki został poinformowany za pośrednictwem poczty elektronicznej w dniu 25.05.2019 r.

## II. Realizacja zadań statutowych.

### A. Ustalenia faktyczne:

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

#### 1. Informacje ogólne

Funkcję podmiotu tworzącego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zakładu Diagnostyki Obrazowej, zwanego dalej „Zakładem”, pełni Województwo Śląskie. Nadzór nad działalnością Zakładu sprawuje Zarząd Województwa Śląskiego. Zakład wpisany jest do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego pod numerem 000000013281 oraz posiada osobowość prawną i jest wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego w Katowicach pod numerem KRS 0000057645. Siedziba Zakładu mieści się przy Placu Medyków 2 w Sosnowcu.

Zakład działa na podstawie:

- 1) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (tekst jednolity: Dz. U. z 2018r. poz. 2190 z późn. zm.) oraz przepisów wykonawczych do tej ustawy,
- 2) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2018 r. poz. 1510 z późn. zm.),
- 3) Statutu Zakładu, którego tekst jednolity został przyjęty Uchwałą Nr VI/42/38/2017 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 18.09.2017 r. i ogłoszony w Dzienniku Urzędowym Województwa Śląskiego z dnia 05.10.2017 r. pod pozycją 5283,
- 4) Regulaminu Organizacyjnego, którego ostatnie zmiany zostały pozytywnie zaopiniowane przez Radę Społeczną Zakładu, uchwałą nr 9/2018 z dnia 27.11.2018 r. oraz wprowadzonego w życie Zarządzeniem wewnętrznym nr 1/04/2019 Dyrektora z dnia 30.04.2019 r.

Na dzień 04.06.2019 r. w Zakładzie zatrudnienie pracowników medycznych wynosiło:

- 11 pracowników w ramach umowy o pracę,
- 2 pracowników w ramach umów cywilnoprawnych.



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

Ostatni wniosek z dnia 24.10.2017 r. o zmianę danych podmiotu w Krajowym Rejestrze Sądowym dotyczył ogłoszenia tekstu jednolitego Statutu Zakładu przyjętego uchwałą nr VI/42/38/2017 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 18.09.2017 r., ogłoszoną w dniu 05.10.2017 r. w Dzienniku Urzędowym Województwa Śląskiego poz. 5283. Postanowieniem z dnia 19.12.2017 r. sygnatura: KA.VIII Ns-Rej.KRS/046426/17/928 Sąd Rejonowy Katowice - Wschód w Katowicach, Wydział VIII Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego dokonał wnioskowanego wpisu.

Z uwagi na fakt, że ww. wniosek nie dotyczył zmian w treści Statutu, kontrolą objęto wcześniejszy wniosek z dnia 09.03.2017 r., który dotyczył zmian Statutu przyjętych Uchwałą nr VI/34/40/2017 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 13.02.2017 r. ogłoszoną w dniu 20.02.2017 r. w Dzienniku Urzędowym Województwa Śląskiego poz. 1037. Zgodnie z zapisami ww. uchwały Sejmiku Województwa Śląskiego, uchwała wchodzi w życie po 14 dniach od jej ogłoszenia. Zgodnie z art. 22 ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym (tekst jednolity: Dz. U. z 2018 r. poz. 986 z późn. zm.) wniosek o wpis do Rejestru powinien być złożony nie później niż w terminie 7 dni od dnia zdarzenia uzasadniającego dokonanie wpisu. Ostateczny termin złożenia wniosku do KRS w tym przypadku upłynął w dniu 13.03.2017 r. - Zakład złożył przedmiotowy wniosek w dniu 8.03.2017 r., w związku z czym powyższym termin ustawowy został dochowany.

W trakcie kontroli ustalono, że wg stanu na dzień sporządzenia wystąpienia pokontrolnego, do Krajowego Rejestru Sądowego nie zostały wprowadzone informacje:

- w Dziale 1 Rubryce 2 poz. 4 nie podano adresu strony internetowej Zakładu,
- w Dziale 2 Rubryce 2 nie podano składu Rady Społecznej Zakładu jako organu nadzoru.

Ponadto, w Dziale I w rubryce 6 dotyczącej wskazania podmiotu, który utworzył samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, widnieje nieaktualny wpis „Wojewoda Katowicki”.

Poza powyższymi brakami wprowadzone zostały wszystkie wymagane przepisami prawa informacje o Zakładzie.

[Dowód: akta kontroli str. 8-21]

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

Regulamin Organizacyjny Zakładu sporządzony został w oparciu o przepisy art. 24 ustawy o działalności leczniczej. Ostatnia zmiana do Regulaminu została pozytywnie zaopiniowana przez Radę Społeczną Zakładu uchwałą nr 9/2018 z dnia 27.11.2018 roku. Przedmiotowa zmiana wprowadzona do Regulaminu Organizacyjnego dotyczyła załącznika nr 1 obejmującego informacje o wysokości opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej. Zmiana ta wprowadzona została z dniem 04.05.2019r. Zarządzeniem nr 1/04/2019 Dyrektora z dnia 30.04.2019 r. Wprowadzona zmiana nie została poddana opiniowaniu przez Radę Społeczną Zakładu. Biorąc pod uwagę, że załączniki do Regulaminu Organizacyjnego Zakładu stanowią jego integralną część, wprowadzanie zmian w ich brzmieniu należy traktować jako zmianę treści Regulaminu i poddawać opiniowaniu przez Radę Społeczną, zgodnie z art. 48 ust. 2 pkt 2 ppkt f ustawy o działalności leczniczej.

W trakcie kontroli sprawdzono zgodność zapisów Regulaminu Organizacyjnego Zakładu z przepisami ustawy. Ustalono, że Regulamin zawiera wszystkie zapisy wymagane przez art. 24 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej.

Weryfikacji poddano również zgodność zapisów uwidoczniionych w Księdze Rejestrowej Zakładu prowadzonej pod nr 000000013281 w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą Wojewody Śląskiego z Regulaminem Organizacyjnym Zakładu. W przedmiotowym zakresie stwierdzono niezgodność w nazwie Pracowni:

- w Dziale III w poz. Lp. 2 Księgi Rejestrowej, w rubryce 1 wpisano „Pracownia tomografu komputerowego”,
  - w § 5 Regulaminu wpisano „Pracownia tomografii komputerowej”.
- W okresie objętym kontrolą Zakład nie zgłaszał zmian w Księdze Rejestrowej.

[Dowód: akta kontroli str. 22-49]

Zakład nie prowadzi własnej strony internetowej, natomiast informacje wymagające publikacji zgodnie z przepisami prawa podaje na podstronie Biuletynu Informacji Publicznej Województwa Śląskiego pod adresem: [bip-slaskie.pl/zdosos](http://bip-slaskie.pl/zdosos). Podstrona zawiera wszystkie wymagane informacje określone w art. 24 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej oraz w art. 8 ust. 3 ustawy z dnia 6 września 2001. r. o dostępie do informacji publicznej (tekst jednolity: Dz. U. z 2018 r. poz. 1330 z późn. zm.).

Ponadto Informacje wymagane przez ustawę o działalności leczniczej zostały wywieszone w widocznych miejscach, na tablicach informacyjnych, w siedzibie Zakładu.

#### **B. Stwierdzone nieprawidłowości i uchybienia:**

1. Nieprawidłowość dotycząca braku zgłoszenia do Krajowego Rejestru Sądowego adresu strony internetowej. ([bip-slaskie.pl/zdosos](http://bip-slaskie.pl/zdosos)) oraz składu Rady Społecznej Zakładu, jak również aktualnego podmiotu, który utworzył samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, co stanowi naruszenie art. 38 pkt 1a w związku z art. 53a ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 986 z późn. zm.).
2. Nieprawidłowość polegająca na braku uchwały Rady Społecznej Zakładu w sprawie opinii dotyczącej zmiany załącznika nr 1 do Regulaminu Organizacyjnego, co stanowi naruszenie art. 48 ust. 2 pkt 2 ppkt f ustawy o działalności leczniczej;
3. Uchybienie polegające na niezgodności w zakresie nazewnictwa Pracowni TK pomiędzy Księgą Rejestrową a Regulaminem Organizacyjnym Zakładu.

**C. Ocena cząstkowa:** pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości w pkt 1 i 2 oraz uchybienia w pkt 3.

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

Dyrektor Zakładu 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 Zakładu jest udzielanie świadczeń zdrowotnych i promocja zdrowia. W Zakładzie funkcjonuje zakład leczniczy pn. Diagnostyka Obrazowa, w ramach którego działalność prowadzona jest w dwóch komórkach organizacyjnych:

- Pracowni rezonansu magnetycznego (MR)
- Pracowni tomografii komputerowej (TK)

#### **1. Funkcjonowanie komórek organizacyjnych.**

W ramach czynności kontrolnych przeprowadzono wizytację Pracowni MR i TK:



### 1) Pracownia MR

Pracownia rezonansu magnetycznego wpisana jest do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 001 (kod resortowy identyfikujący komórkę organizacyjną stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych), kod resortowy charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych: 7250. Pracownia została wpisana do Księgi Rejestrowej z dniem 01.01.1998 r. Pracownia zlokalizowana jest w budynku stanowiącym siedzibę Zakładu.

Harmonogram pracy Pracowni: pon 8:00-20:00; wt, czw, pt 8:00-21:00, śr 8:00-19:00, sob 8:00-14:00. Liczba badań wykonanych w Pracowni: w 2017 r. 14220; w 2018 r. 14730, w 2019 r. (I-V) 5 820.

### 2) Pracownia TK

Pracownia tomografii komputerowej wpisana jest do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 002 (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: 7220. Pracownia została wpisana do Księgi Rejestrowej z dniem 01.12.1998 r. Pracownia zlokalizowana jest w budynku stanowiącym siedzibę Zakładu.

Harmonogram pracy Pracowni: wt, śr 8:00-13:00; czw 13:00-18:00. Liczba badań wykonanych w Pracowni: w 2017 r. 2247; w 2018 r. 2299, w 2019 r. (I-V) 1017.

Kierownikiem obu Pracowni jest dr n. med. Paweł Lelek.

Aparatura stanowiąca wyposażenie w/w Pracowni pozwala na wykonywanie wszystkich rodzajów badań w zakresie tomografii komputerowej oraz rezonansu magnetycznego, w ramach diagnostyki ambulatoryjnej, z wyjątkiem badań serca wykonywanych w specjalistycznych ośrodkach o profilu kardiologicznym.

[Dowód: akta kontroli str. 50]

## 2. Udzielanie zamówień na świadczenia zdrowotne.

W okresie objętym kontrolą Zakład nie zawierał umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych.

## 3. Serwisowanie aparatury oraz sprzętu medycznego.

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

- 1) Rezonans magnetyczny Magnetom Avanto Dot firmy SIEMENS, nr seryjny 59006, nr ewidencyjny RM/47/ST, rok produkcji 2012. Przegląd okresowy odbył się w dniu 03.01.2019r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany w lipcu 2019 r., zgodnie z wpisem aparat sprawny.
- 2) Tomograf komputerowy Somatom Emotion 16 firmy SIEMENS, nr seryjny 78678, rok produkcji 2012. Przegląd okresowy odbył się w dniu 01.02.2019 r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany w sierpniu 2019 r., zgodnie z wpisem aparat sprawny.
- 3) Strzykawka automatyczna do podawania środka kontrastowego Opti Vantage firmy Mallinckroodt, nr seryjny CI0212B503, nr ewidencyjny 62/4/ST, rok produkcji 2012. Przegląd okresowy odbył się w dniu 11.06.2018 r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany do 11.06.2019 r., zgodnie z wpisem aparat sprawny.

[Dowód: akta kontroli str. 51-67]

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

W ramach kontroli dostępności świadczeń zdrowotnych sprawdzeniem objęto rejestr skarg i wniosków wpływających do Dyrekcji Zakładu. Sposób rozpatrywania skarg nie został uregulowany w Regulaminie Organizacyjnym Zakładu. Wytyczne dotyczące przyjmowania i rejestrowania skarg i wniosków zostały opracowane pisemnie i podpisane przez Dyrektora Zakładu, przy czym dokument ten nie został określony formalnie (np. jako zarządzenia) oraz nie został opatrzony datą. Z wyjaśnień Dyrektora Zakładu złożonych podczas kontroli wynika, że w praktyce przyjmowanie i rozpatrywanie skarg i wniosków w Zakładzie odbywa się w trybie zgodnym z przepisami kodeksu postępowania administracyjnego.

Skargi i wnioski rejestrowane są w prowadzonej w Zakładzie od 01.01.1998 r. „Książce skarg i wniosków”. Zgodnie z art. 254 Kodeksu postępowania administracyjnego, rejestr powinien być prowadzony w sposób umożliwiający kontrolę przebiegu i terminów załatwiania skarg, poprzez zamieszczenie w nim rubryk dotyczących daty wpływu i załatwienia skargi. Rejestr prowadzony przez Zakład zawiera wszystkie wymagane ww. przepisem dane.

W okresie objętym kontrolą: w roku 2017 wpłynęły dwie skargi, z czego jedna uznana została za zasadną, a druga za niezasadną; w roku 2018 wpłynęła jedna skarga – uznana za zasadną, w roku 2019 (do dnia kontroli) nie wpłynęła żadna skarga. Zgodnie z ustawą o działalności leczniczej analiza skarg i wniosków jest przedstawiana okresowo Radzie Społecznej Zakładu, co potwierdzają protokoły z posiedzeń Rady.

[Dowód: akta kontroli str. 68-75]

#### **5. Czas oczekiwania na udzielenie świadczeń zdrowotnych.**

W Zakładzie, zgodnie z art. 20 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych prowadzone są listy osób oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego. Zasady dokonywania rejestracji pacjentów na badania określono w Regulaminie Organizacyjnym Zakładu (§§ 2-5). Listy oczekujących na udzielenie świadczeń prowadzone są elektronicznie. Z wyjaśnień Dyrektora Zakładu złożonych podczas kontroli wynika, że listy oczekujących oceniane są przez niego na bieżąco, przy czym czynność ta nie jest protokołowana. Z informacji przygotowanej przez Zakład na potrzeby kontroli wynika, że na 31.05.2019r. liczba oczekujących na udzielenie świadczenia wynosiła:

- w zakresie TK: dla przypadków pilnych 82 pacjentów (czas oczekiwania 32 dni), dla przypadków stabilnych 303 pacjentów (czas oczekiwania 64 dni);
- w zakresie MR: dla przypadków pilnych 1760 pacjentów (czas oczekiwania 93 dni), dla przypadków stabilnych 3633 pacjentów (czas oczekiwania 211 dni).

[Dowód: akta kontroli str. 76-93]

#### **6. Wykonywanie badań satysfakcji pacjenta.**

Z uwagi na specyfikę działalności medycznej Zakładu nie są prowadzone ankiety satysfakcji pacjentów.

**B. Stwierdzone nieprawidłowości lub uchybienia: brak**

**C. Ocena cząstkowa: pozytywna**



#### **IV. Prawidłowość gospodarowania mieniem.**

##### **A. Ustalenia faktyczne**

W zakresie prawidłowości gospodarowania mieniem kontrolą objęto niżej wymienione zagadnienia:

##### **1. Nabycie aparatury i sprzętu medycznego.**

W kontrolowanym okresie Zakład przeprowadził jedno postępowanie dotyczące nabycia dwóch stacji diagnostycznych z oprogramowaniem specjalistycznym. Stacja Apple iMac 27" Retina SK z akcesoriami, kalibratorem NEC MDSV Sensor 3 i oprogramowaniem do kalibracji i diagnostycznym, o łącznej wartości brutto 31 838,40 zł;

- dowody przyjęcia OT nr 10/2017 i 11/2017 z dnia 29.12.2017 r., numery inwentarzowe nr RM-77/ST i RM-78/ST

- zakup ujęty w planie inwestycyjnym Zakładu na rok 2017, pozytywnie zaopiniowany przez Radę Społeczną Zakładu uchwałą nr 10/2017 z dnia 07.12.2017r.;

- zakup ze środków własnych – z uwagi na wartość przedmiotów zakupu zgoda podmiotu tworzącego na nabycie nie była wymagana;

- zakup potwierdzony fakturą VAT Nr FV/044/12/17/SPRO z dnia 22.12.2017 r. na kwotę 31 838,40 zł, termin płatności 12.01.2018 r., zapłacono w dniu 12.01.2018 r.

- protokół przekazania z dnia 22.12.2017 r.

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

[Dowód: akta kontroli str. 94-104]

##### **2. Zbycie aparatury i sprzętu medycznego**

W kontrolowanym okresie Zakład nie przeprowadził postępowań dotyczących zbycia aparatury i sprzętu medycznego.

##### **3. Najem/dzierżawa pomieszczeń.**

W kontrolowanym okresie Zakład nie zawierał umów dotyczących gospodarowania nieruchomościami.

[Dowód: akta kontroli str. 105]

**B. Stwierdzone uchybienia/uchybienia:** brak

**C. Ocena częściowa:** pozytywna

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

##### **A. Ustalenia faktyczne:**

Ostatnia kontrola w Zakładzie przeprowadzona została przez pracowników Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w dniach 09-10.03.2017 r. Przedmiotem kontroli objęto: realizację zadań statutowych, dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych, prawidłowość gospodarowania mieniem oraz gospodarkę finansową w latach 2015-2017.

W związku z pozytywną oceną podmiotu nie wydano żadnych zaleceń pokontrolnych.

Na tym ustalenia kontrolne zakończono.

## VI. Pozostałe informacje, zalecenia i pouczenia.

### 1. Pozostałe informacje

Pismem z dnia 25 czerwca 2019 r. znak: ZD.N.1711.1.2019, Projekt wystąpienia pokontrolnego został przekazany Dyrektorowi Zakładu. Ze „zwrotnego doręczenia odbioru” wynika, że pismo zostało doręczone do Zakładu w dniu 28.06.2019 r.

Dyrektor Zakładu nie zgłosił zastrzeżeń do treści Projektu wystąpienia pokontrolnego.

### 2. Zalecenia

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami i uchybieniem zalecam podjąć działania zmierzające do:

1. Dokonania następujących zmian w Krajowym Rejestrze Sądowym:
  - a) w Dziale 1, rubryce 2, polu 4 wpisanie adresu strony internetowej ([bip-slaskie.pl/zdosos](http://bip-slaskie.pl/zdosos)),
  - b) w Dziale 1, rubryce 6 wpisanie aktualnego podmiotu tworzącego Zakład,
  - c) w Dziale 2, rubryce 2. wpisanie składu Rady Społecznej Zakładu.
2. Ujednolicenia nazewnictwa dotyczącego Pracowni tomografu komputerowego/tomografii komputerowej pomiędzy Księgą Rejestrową a Regulaminem Organizacyjnym Zakładu.
3. Uzyskiwania opinii Rady Społecznej Zakładu w sprawach zmian w Regulaminie Organizacyjnym, w tym dotyczących zmian w treści załączników do Regulaminu Organizacyjnego.

### 3. Pouczenia

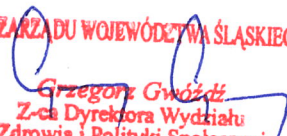
Wystąpienie pokontrolne sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, z których jeden przekazuje się do SP ZOZ Zakładu Diagnostyki Obrazowej w Sosnowcu.

Wystąpienie pokontrolne zawiera 8 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 (tekst jednolity: Dz. U. z 2015 r. poz. 1331) od wystąpienia pokontrolnego nie przysługują środki odwoławcze.

Na podstawie § 26 w/w rozporządzenia, informację o podjętych działaniach w zakresie zaleceń należy przekazać do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w terminie 30 dni od daty otrzymania niniejszego wystąpienia.

Podmiot uprawniony do kontroli

Z up. ZARZĄDU WOJEWÓDZTWA ŚLĄSKIEGO  
  
Grzegorz Gwóźdź  
Z-ca Dyrektora Wydziału  
Zdrowia i Polityki Społecznej