

Katowice, 13 lutego 2020 r.

ZD-NiP.1711.17.2019

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

**Śląskie Centrum Rehabilitacji i Prewencji**  
**ul. Zdrojowa 6,**  
**43-450 Ustroń**  
(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. 3 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. z późn. zm.

#### I. Dane identyfikacyjne kontroli:

**Jednostka kontrolowana:** Śląskie Centrum Rehabilitacji i Prewencji z siedzibą w Ustroniu, ul. Zdrojowa 6, 43-450 Ustroń

**Kierownik jednostki kontrolowanej:** Pan Krzysztof Bestwina powołany na stanowisko Dyrektora 16.09.2019 roku do nadal.

Dyrektor wykonuje swoje zadania kierownicze i zarządcze przy pomocy:

- Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa – Pana dr. n. med. Michała Gałaszka,
- Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno – Administracyjnych – Pani Joanny Halamy,
- Głównej Księgowej - Pani Beaty Kubaczki

oraz kierowników komórek organizacyjnych.

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

kontrolę przeprowadzono w dniach 07-08.11.2019 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 2018-2019.

[Dowód: akta kontroli str.1-3]

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

Osoby przeprowadzające kontrolę:

u  
Gda

**Agnieszka Wnuk** – Główny Specjalista Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w Katowicach, legitymacja służbowa nr 1102902, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 687/ZD/2019 z dnia 05.11.2019 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 05.11.2019 r.

**Paulina Górkiewicz** – Inspektor Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w Katowicach, legitymacja służbowa nr 1102931, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 688/ZD/2019 z dnia 05.11.2019 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 05.11.2019 r.

**Magdalena Majchrzak-Osiecka** - Główny Specjalista Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w Katowicach, legitymacja służbowa nr 1100992, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 689/ZD/2019 z dnia 05.11.2019 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 05.11.2019 r.

[Dowód: akta kontroli str.4-9]

O kontroli Dyrektor Centrum został poinformowany za pośrednictwem poczty elektronicznej w dniu 04.11.2019 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 Centrum.**

#### **1. Informacje ogólne.**

Śląskie Centrum Rehabilitacji i Prewencji z siedzibą w Ustroniu zwany dalej „Centrum” jest samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej. Funkcję podmiotu tworzącego pełni Województwo Śląskie. Nadzór nad działalnością Centrum sprawuje Zarząd Województwa Śląskiego.

Centrum posiada osobowość prawną i wpisane jest do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego pod numerem 000000013336 oraz prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Bielsku – Białej VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem 0000176888. Siedzibą Centrum jest Ustroń.

Centrum 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 2019 r. poz. 1373),
- 3) Statutu Centrum, przyjętego Uchwałą Nr V/12/36/2015 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 21.09.2015 r. (tekst jednolity przyjęty Uchwałą Nr V/42/42/2017 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 18.09.2017 r. i ogłoszony w Dzienniku Urzędowym Województwa Śląskiego z dnia 05.10.2017 r. pod pozycją 5289),
- 4) Regulaminu Organizacyjnego, którego ostatnie zmiany zostały pozytywnie zaopiniowane przez Radę Społeczną Centrum, uchwałą nr uchwałą nr 15/2019 z dnia 27.09.2019r. wprowadzonego w życie Zarządzeniem nr 16/2019 Dyrektora z dnia 27.09.2019 r.

Zatrudnienie na dzień 07.11.2019 r. w Centrum wynosiło:

- 110 pracowników w ramach umowy o pracę,
- 46 pracowników w ramach umów cywilnoprawnych.

[Dowód: akta kontroli str.10-12]

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

Ostatni wniosek o zmianę danych podmiotu w Krajowym Rejestrze Sądowym dotyczył zmiany danych osoby uprawnionej do reprezentacji Centrum dokonanej Uchwałą nr 2034/68/VI/2019 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 11.09.2019 roku. Powyższe zgłoszenie nastąpiło zgodnie z terminem wynikającym z art. 22 ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 roku o Krajowym Rejestrze Sądowym (t. j.: Dz. U. z 2019 r., poz. 1500 z późn. zm.).

Postanowieniem z dnia 16.10.2019 r. sygnatura: BB.VIII NS-REJ.KRS/009016/19/394 Sąd Rejonowy w Bielsku-Białej, VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego dokonał wnioskowanego wpisu.

Zmiany Statutu Centrum wprowadzone uchwałą nr V/34/44/2017 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 13.02.2017 r. zostały ogłoszone w dniu 20.02.2017 r. w Dzienniku Urzędowym Województwa Śląskiego poz. 1030. 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 wniosek o wpis do Rejestru powinien być złożony nie później niż w terminie 7 dni od dnia zdarzenia uzasadniającego dokonanie wpisu. Z przedstawionych kontrolującym dokumentów wynika, że wskazane powyżej zmiany Statutu zostały zgłoszone do KRS w dniu 09.03.2017 r. – termin ustawowy został dochowany.

W trakcie kontroli ustalono, że wg stanu na dzień sporządzenia wystąpienia pokontrolnego, do Krajowego Rejestru Sądowego zostały wprowadzone wszystkie wymagane przepisami prawa informacje o kontrolowanej jednostce. Wskazać jednak należy, że w Dziale I w rubryce 7 „Organ sprawujący nadzór” widnieje błędny zapis: „Sejmik Województwa Śląskiego”.

[Dowód: akta kontroli str.13-29]

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

Regulamin Organizacyjny Centrum sporządzony został w oparciu o przepisy art. 24 ustawy o działalności leczniczej. Regulamin Organizacyjny pozytywnie zaopiniowany przez Radę Społeczną Śląskiego Centrum Rehabilitacji i Prewencji w Ustroniu uchwałą nr 12/2018 z dnia 09.11.2018r. wprowadzony został Zarządzeniem nr 24A/2018 Dyrektora z dnia 09.11.2018 r. Ostatnie zmiany do Regulaminu zostały pozytywnie zaopiniowane przez Radę Społeczną Centrum uchwałą nr 15/2019 z dnia 27.09.2019 r., a następnie wprowadzone Zarządzeniem nr 16/2019 Dyrektora z dnia 27.09.2019 r.

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

Weryfikacji poddano również zgodność zapisów Regulaminu Organizacyjnego w zakresie struktury organizacyjnej komórek działalności medycznej z Księgą Rejestrową widniejącą w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (dalej: Rejestr) według stanu na dzień 07.11.2019 r. Stwierdzono następujące różnice:

Lp.	Zapisy w Regulaminie Organizacyjnym Centrum	Zapisy w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą
1	I Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej z Salą Intensywnej Opieki Medycznej	I Oddział rehabilitacji kardiologicznej
2	II Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej	II Oddział rehabilitacji kardiologicznej
3	Oddział Rehabilitacji Narządu Ruchu	Oddział rehabilitacji narządu ruchu
4	Pracownia Diagnostyki	Pracownia diagnostyki
5	Izba Przyjęć	Izba przyjęć
6	Pracownia Psychologiczna	Pracownia psychologiczna
7	Poradnia Rehabilitacyjna	Poradnia rehabilitacyjna
8	Poradnia Kardiologiczna	Poradnia kardiologiczna
9	Poradnia Kardiologii Dziecięcej	Poradnia kardiologii dziecięcej
10	Poradnia Wad Postawy	Poradnia wad postawy
11	Poradnia Chorób Metabolicznych	Poradnia chorób metabolicznych
12	Ośrodek Rehabilitacji Diennej	Ośrodek rehabilitacji dziennej
13	Dział Fizjoterapii	Dział fizjoterapii

Ustalono, że zapisy w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą wymagają korekty i ujednoczenia z zapisami Regulaminu Organizacyjnego Centrum.

[Dowód: akta kontroli str.30-77]

Centrum posiada własną stronę internetową pod adresem: [http://www. http://scr-ustron.com.pl/](http://www.http://scr-ustron.com.pl/) oraz odrębną stronę podmiotową BiP pod adresem: [http://www. http://bip-slaskie.pl/scrust/](http://www.http://bip-slaskie.pl/scrust/), które zawierają 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 2019 r. poz. 1429 z późn. zm.).

Ponadto informacje wymagane przez ustawę o działalności leczniczej zostały wywieszone w widocznych miejscach, na tablicach informacyjnych, w poszczególnych jednostkach organizacyjnych Centrum.

#### **B. Stwierdzona nieprawidłowość i uchybienie:**

- 1) Naruszenie przepisu art. 24 ust.1 oraz art. 107 ust.1 ustawy o działalności leczniczej z uwagi na istniejące niezgodności pomiędzy zapisami Regulaminu Organizacyjnego Centrum i Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą w zakresie nazewnictwa komórek organizacyjnych działalności medycznej.
- 2) Uchybienie polegające na nieprawidłowym wskazaniu w KRS w Dziale 1 w rubryce 7 organu sprawującego nadzór nad Centrum.

**C. Ocena częściowa:** pozytywna z nieprawidłowością (pkt 1) i uchybieniem (pkt 2)

#### **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.

H  
G

### **III. Dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych**

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

Podstawowym celem działalności Centrum jest:

1. udzielanie specjalistycznych świadczeń rehabilitacyjnych,
2. udzielanie innych świadczeń zdrowotnych wynikających z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania,
3. prewencja i promocja zdrowia.

Centrum świadczy kompleksowe usługi medyczne w zakresie stacjonarnej rehabilitacji leczniczej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, ambulatoryjnej rehabilitacji leczniczej, diagnostyki medycznej oraz rehabilitacji leczniczej.

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

W ramach czynności kontrolnych przeprowadzono wizytację:

##### **1) I Oddziału Rehabilitacji Kardiologicznej**

Oddział wpisany jest do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 001 (kod resortowy identyfikujący komórkę organizacyjną stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych), kod resortowy charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych: 4308. Oddział został wpisany do Księgi Rejestrowej z dniem 07.11.2000 r. i dysponuje 58 łózkami. Zlokalizowany jest w budynku przy ul. Zdrojowej 6. Oddział prowadzi kompleksową rehabilitację pacjentów obejmującą stacjonarną, całodobową rehabilitację leczniczą w schorzeniach kardiologicznych. W Oddziale zatrudnionych jest 5 lekarzy, 10 pielęgniarek, 11 fizjoterapeutów, 2 dietetyków i 1 psycholog.

Liczba hospitalizowanych pacjentów wyniosła:

- 1058 w 2018 r.,
- 992 do 31.10.2019 r.

Liczba osób oczekujących na leczenie w Oddziale (stan na 07.11.2019 r.) wynosiła: przypadki pilne - 0, przypadki stabilne - 86.

##### **2) Poradni Chorób Metabolicznych**

Poradnia wpisana jest do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 016 (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: 1008. Poradnia została wpisana do Księgi Rejestrowej z dniem 14.02.2008 r., zlokalizowana jest w budynku przy ul. Zdrojowej 6. Przedmiotowa komórka organizacyjna świadczy usługi zdrowotne w zakresie diagnostyki i leczenia chorób metabolicznych, ze szczególnym uwzględnieniem leczenia otyłości, zaburzeń lipidowych i zespołu metabolicznego, udziela porad dietetycznych, prowadzi badania i terapię psychologiczną oraz prewencję i promocję zdrowia, zgodnie z następującym harmonogramem: poniedziałek 15:00-19:00, wtorek 08:00-13:00, środa 08:00-13:00. W Poradni zatrudnionych jest 2 lekarzy i 2 dietetyków.

Liczba udzielonych porad:

- 673 w 2018 r.,
- 547 do 31.10.2019 r.

Liczba osób oczekujących na leczenie (stan na 07.11.2019 r.) wynosiła przypadki pilne - 0, przypadki stabilne - 12.

### **3) Poradni Kardiologii Dziecięcej**

Poradnia wpisana jest do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 014 (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: 1101. Poradnia została wpisana do Księgi Rejestrowej z dniem 14.02.2008 r., zlokalizowana jest w budynku przy ul. Zdrojowej 6. Przedmiotowa komórka organizacyjna świadczy usługi zdrowotne w zakresie diagnostyki i leczenia chorób układu krążenia w wieku rozwojowym, udziela porad dietetycznych, prowadzi prewencję i promocję zdrowia, zgodnie z następującym harmonogramem: poniedziałek 09:00-13:30, środa 15:00-19:00, piątek 09:00-14:00, sobota 10.00-14.00. W Poradni zatrudnionych jest 3 lekarzy i 1 pielęgniarka.

Liczba udzielonych porad:

– 3644 w 2018 r.,

– 2907 do 31.10.2019 r.

Liczba osób oczekujących na leczenie (stan na 07.11.2019 r.) wynosiła przypadki pilne - 0, przypadki stabilne - 165. W dniach przeprowadzania kontroli Poradnia przyjmowała pacjentów zgodnie z harmonogramem.

### **4) Pracowni Diagnostyki**

Pracownia wpisana jest do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 008 (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: 7998. Pracownia została wpisana do Księgi Rejestrowej z dniem 07.11.2000 r., zlokalizowana jest w budynku przy ul. Zdrojowej 6. Ww. komórka organizacyjna świadczy usługi zdrowotne polegające na wykonywaniu badań czynnościowych układu krążenia (próby wysiłkowe, badania holterowskie), badań ultrasonograficznych (UKG, USG), badań czynnościowych układu oddechowego (spirometria) pacjentom Centrum leczonym stacjonarnie i ambulatoryjnie, zgodnie z następującym harmonogramem: w każdy dzień tygodnia - całodobowo. Liczba wykonanych badań:

– 7733 w 2018 r.,

– 6873 do 31.10.2019 r.

Liczba osób oczekujących na badanie (stan na 07.11.2019 r.) wynosiła przypadki pilne - 0, przypadki stabilne - 0.

[Dowód: akta kontroli str. 78-80]

## **2. Udzielanie zamówień na świadczenia zdrowotne.**

Przedmiotem weryfikacji przeprowadzonej przez kontrolujących były umowy:

- 1) Nr 8/2018/NL z dnia 16.02.2018 r. na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Śląskim Centrum Rehabilitacji i Prewencji, w zakresie Poradni Kardiologii Dziecięcej,
- 2) Nr 16/2019/NL z dnia 01.04.2019 r. na realizację świadczeń zdrowotnych w zakresie uzupełnienia zabezpieczenia dyżurowego pacjentów Śląskiego Centrum Rehabilitacji i Prewencji z siedzibą w Ustroniu.

4  
608

**Ad. 1) Nr 8/2018/NL z dnia 16.02.2018 r.**

Umowa została zawarta w trybie postępowania konkursowego, przeprowadzonego przez Centrum, na podstawie art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Umowa została zawarta w formie pisemnej, na czas określony, tj. od dnia 16.02.2018 r. do dnia 31.12.2018 r. Umowa nie zawiera wskazania szczegółowych okoliczności uzasadniających rozwiązanie umowy za wypowiedzeniem, do czego obliguje art. 27 ust. 4 pkt 8 ww. ustawy. W § 16 ust. 2 umowy widnieje jedynie zapis, że każda ze stron może ją rozwiązać z 3-miesięcznym okresem wypowiedzenia bez podania przyczyny.

Umowa zawiera wszystkie pozostałe zapisy wymagane art. 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Umowa określa szacunkową wartość brutto zamówienia tj. zastrzeżenie, że łączne wynagrodzenie Przyjmującego zamówienie nie może przekroczyć równowartości 30 000 euro.

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

W ramach kontroli realizacji umowy sprawdzono faktury nr:

- 3/18 z dnia 13.05.2018 r. - wartość faktury zgodna z umową.
- 10/18 z dnia 09.12.2018 r. - wartość faktury zgodna z umową.

**Ad. 2) Nr 16/2019/NL z dnia 01.04.2019 r.**

Umowa została zawarta w trybie postępowania konkursowego przeprowadzonego przez Centrum na podstawie art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Umowa została zawarta w formie pisemnej, na czas określony, tj. od dnia 01.04.2019 r. do dnia 31.12.2020 r. Umowa nie zawiera wskazania szczegółowych okoliczności uzasadniających rozwiązanie umowy za wypowiedzeniem oraz okresu wypowiedzenia, do czego obliguje art. 27 ust. 4 pkt 8 ww. ustawy. Umowa nie przewiduje również wszystkich przypadków, w których może zostać rozwiązana, określonych w art. 27 ust. 8 ww. ustawy (brak zapisu, określonego w pkt. 3 o możliwości rozwiązania umowy wskutek oświadczenia jednej ze stron, z zachowaniem okresu wypowiedzenia).

Umowa zawiera wszystkie pozostałe zapisy wymagane art. 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

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

W ramach kontroli realizacji umowy sprawdzono faktury nr:

- 05/06/2019 z dnia 30.06.2019 r. – wartość faktury zgodna z umową.
- 08/09/2019 z dnia 30.09.2019 r. – wartość faktury zgodna z umową,

[Dowód: akta kontroli str. 81-106]

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

**Ogłaszanie i przeprowadzanie konkursów na stanowiska kierownicze**

Kontrola realizacji zadań na gruncie art. 49 ust. 1 pkt 2 - 5, ust. 2 - 6 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej wykazała, iż w okresie objętym kontrolą, tj. lata 2018-2019 w Śląskim Centrum Rehabilitacji i Prewencji z siedzibą w Ustroniu miały miejsce dwa postępowania konkursowe na stanowiska kierownicze wskazane w art. 49 ww. ustawy.

**Przeprowadzone postępowania konkursowe na stanowiska kierownicze:**

- 1) Stanowisko przełożonej pielęgniarek z równoczesnym powierzeniem funkcji pielęgniarki oddziałowej II Oddziału Rehabilitacji Kardiologicznej (data konkursu: 06.03.2018 r., okres zatrudnienia 06.03.2018 r. – 05.03.2024 r.);

- 2) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej I Oddziału Rehabilitacji Kardiologicznej (data konkursu: 26.03.2019 r., okres zatrudnienia 01.04.2019 r. – 31.03.2025 r.).

**Zatrudnienie na stanowiskach objętych konkursem na podstawie ww. przepisów prawa kształtuje się następująco:**

- 1) Oddział Rehabilitacji Narządu Ruchu: kierownik oddziału, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
- 2) I Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 3) II Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej: kierownik oddziału, pielęgniarka oddziałowa.

Jak wskazano powyżej, oddziałami zarządzają kierownicy oddziałów. 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 przełożona pielęgniarek, natomiast zespołem pielęgniarskim na dwóch oddziałach zarządzają pielęgniarki oddziałowe, a na jednym osoba pełniąca obowiązki pielęgniarki oddziałowej (Oddział Rehabilitacji Narządu Ruchu).

Ww. stanowiska określone zostały zarówno w Regulaminie Organizacyjnym Śląskiego Centrum Rehabilitacji i Prewencji z siedzibą w Ustroniu, jak i załączniku nr 1 (Tabela zaszeregowania stanowisk pracy i stawek wynagrodzenia zasadniczego) oraz nr 2 (Wykaz stanowisk, na których przysługuje dodatek funkcyjny i procentowe stawki dodatku funkcyjnego) do Regulaminu Wynagradzania pracowników Śląskiego Centrum Rehabilitacji i Prewencji z siedzibą w Ustroniu.

Kontrolujący stwierdzili, że nie przeprowadzono konkursu na stanowisko pielęgniarki oddziałowej w Oddziale Rehabilitacji Narządu Ruchu, co stanowi naruszenie zapisu art. 49 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (tekst jednolity: Dz. U. z 2018r. poz. 2190 z późn.zm.).

[Dowód: akta kontroli str. 107-164]

#### **4. Serwisowanie aparatury oraz sprzętu medycznego.**

W ramach kontroli jakości świadczonych usług Kontrolujący zweryfikowali paszporty techniczne urządzeń, wykorzystywanych do udzielania świadczeń zdrowotnych w komórkach organizacyjnych Centrum:

- 1) Elektrokardiograf nr inwentarzowy 80214000566, rok produkcji 2013. Przegląd okresowy odbył się w dniu 07.02.2019 r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien być do dnia 07.02.2020 r., zgodnie z wpisem urządzenie sprawne,
- 2) Pompa infuzyjna brak nr inwentarzowego, rok produkcji 2001. Przegląd okresowy odbył się w dniu 07.02.2019 r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany do dnia 07.02.2020 r., zgodnie z wpisem aparat sprawny,
- 3) Pulsoksymetr nr inwentarzowy 802-14-491-8, rok produkcji 2008. Przegląd okresowy odbył się w dniu 21.03.2019 r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany do dnia 21.03.2020 r. r., zgodnie z wpisem aparat sprawny,
- 4) Elektrokardiograf nr inwentarzowy 802-14-612, rok produkcji 2017. Przegląd okresowy odbył się w dniu 22.08.2019 r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien być do dnia 22.08.2020 r., zgodnie z wpisem urządzenie sprawne,
- 5) Defibrylator nr inwentarzowy T05L76085, rok produkcji 2005. Przegląd okresowy odbył się w dniu 07.02.2019 r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany

HP  
008

- w do dnia 07.02.2020 r., zgodnie z wpisem aparat sprawny,
- 6) Aparat Elephant mini nr seryjny CTEHgm 266EO, rok produkcji 2018. Przegląd okresowy odbył się w dniu 08.10.2019 r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany do dnia 08.10.2020 r., zgodnie z wpisem aparat sprawny,
  - 7) Elektrokardiograf ASCARD nr inwentarzowy 802-14-662, rok produkcji 2018. Przegląd okresowy odbył się w dniu 05.09.2019 r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany 05.09.2020 r., zgodnie z wpisem urządzenie sprawne,
  - 8) Ssak nr inwentarzowy 1000911866, rok produkcji 2009. Przegląd okresowy odbył się w dniu 07.02.2019 r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany 07.02.2020 r., zgodnie z wpisem urządzenie sprawne,
  - 9) Cykloergometr - zestaw nr inwentarzowy 2001000071, 20001000072, 2001000073, 2001000074, rok produkcji 2001. Przegląd okresowy odbył się w dniu 26.04.2019 r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany do dnia 26.04.2020 r., zgodnie z wpisem aparat sprawny.

[Dowód: akta kontroli str. 165-182]

#### **5. 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 Centrum. Skargi rozpatrywane są w oparciu o Procedurę rozpatrywania skarg i wniosków określoną w Dokumentie Zintegrowanego Systemu Zarządzania Jakością i Bezpieczeństwem (wyd. II), przyjętego Zarządzeniem Dyrektora z dnia 03.09.2019r. Zgodnie z ww. Procedurą, skargi i wnioski mogą być przyjmowane w formie pisemnej, pocztą elektroniczną, a także ustnie do protokołu. Skargi i wnioski rejestrowane są w prowadzonym w Centrum Rejestrze skarg i wniosków. W 2018 r. w przedmiotowym rejestrze umieszczono wpisy dotyczące 12 spraw, natomiast w 2019 r. (do dnia kontroli) zarejestrowano 9 spraw. Skargi zostały rozpatrzone przez Centrum, zainteresowanym udzielono odpowiedzi w ustawowym terminie. Zgodnie z ustawą o działalności leczniczej analiza skarg i wniosków jest przedstawiana okresowo Radzie Społecznej Centrum, co potwierdzają protokoły z jej posiedzeń załączone do akt kontroli.

[Dowód: akta kontroli str. 183-206]

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

W Centrum, zgodnie z art. 20 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych prowadzone są listy osób oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego. W trakcie kontroli ustalono, że w Centrum działa Zespół ds. Oceny Przyjęć powołany Zarządzeniem Dyrektora nr 24/2009 z dnia 3.08.2009 r. w sprawie wprowadzenia zasad postępowania przy przyjęciu pacjentów na leczenie w ramach systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w Śląskim Centrum Rehabilitacji w Ustroniu. Do zadań Zespołu należy przeprowadzanie oceny list oczekujących na udzielanie świadczenia pod względem:

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

Zespół Oceny Przyjęć raz w tygodniu sporządza raport z okresowej oceny list oczekujących, który przedstawiany jest Dyrektorowi Centrum. Przykładowe Raporty z: 18.04.2018 r., 16.07.2018 r., 01.10.2019 r., 10.10.2019 r., 22.10.2019 r., 05.11.2019 r. stanowią dowód kontroli.

Z listy oczekujących na udzielenie świadczenia za miesiąc październik 2019 r. w zakresie Ambulatoryjnej Opieki Zdrowotnej wynika, że najwięcej osób oczekuje na udzielenie świadczenia w Poradni Rehabilitacyjnej w przypadkach stabilnych – 238 osób, w przypadkach pilnych – 11 osób, natomiast średni czas oczekiwania na udzielenie świadczeń w Poradni wynosi 111 dni.

[Dowód: akta kontroli str. 207-230]

## **7. Wykonywanie badań satysfakcji pacjenta.**

Badanie satysfakcji pacjentów w Centrum przeprowadzane są w oparciu o procedurę pn. Badanie opinii pacjentów/klientów, opisaną w Dokumentie Zintegrowanego Systemu Zarządzania Jakością i Bezpieczeństwem wprowadzonego Zarządzeniem Dyrektora Centrum nr 13/2018 z dnia 13.03.2018 r. Prowadzone jest poprzez anonimowe ankiety skierowane do pacjentów oddziałów szpitalnych i poradni specjalistycznych, których wzory stanowią dowód kontroli. Ankieta obejmuje kilka obszarów: przyjęcie do szpitala, warunki pobytu, opiekę lekarską, pielęgniarską, jakość przeprowadzanych zabiegów, ocenę środowiska szpitalnego (wyżywienie, warunki lokalowe, organizację pracy, zakres usług leczenia) oraz ocenę efektów rehabilitacji. Zbieranie ankiet odbywa się przy pomocy skrzynek zlokalizowanych na korytarzu i w hallu.

Analiza i opracowanie wyników ankiet należy do obowiązków pracowników Sekcji statystyki, którzy sporządzają raport (miesięczny dla pacjentów stacjonarnych oraz kwartalny dla pacjentów ambulatoryjnych). Raport przedstawiany jest Dyrektorowi Centrum, a jego wyniki są omawiane na zebraniu Zespołu ds. Jakości Centrum.

Z analizy ankiet z miesiąca sierpnia i września 2019 r. wynika, że większość badanych obszarów oceniona została przez pacjentów bardzo dobrze, m.in. w zakresie przyjęcia i warunków pobytu w Centrum oraz opieki lekarskiej i pielęgniarskiej nad pacjentem – każdorazowo ponad 97 % ankietowanych wyraziło swoje zadowolenie. W zakresie oceny żywienia 87,7% badanych wskazało, że posiłki były smaczne.

Miesięczne sprawozdania z zebranych ankiet z miesiąca sierpnia 2018 i czerwca 2019 r stanowią akta kontroli.

[Dowód: akta kontroli str.231-267]

## **B. Stwierdzone nieprawidłowości:**

- 1) Naruszenie zapisu art. 27 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej w zakresie braku:
  - a) wskazania w umowach Nr 8/2018/NL z 16.02.2019 r. oraz 16/2019/NL z 23.04.2019 r. szczegółowych okoliczności uzasadniających rozwiązanie umowy za wypowiedzeniem oraz okresu wypowiedzenia, zgodnie z art. 27 ust. 4 pkt. 8 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.
  - b) wskazania w umowie Nr 16/2019/NL z dnia 23.04.2019 r. wszystkich przypadków, w których może zostać rozwiązana określonych w art. 27 ust. 8 ww. ustawy.
- 2) Naruszenie zapisu art. 49 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej poprzez brak przeprowadzenia konkursu na stanowisko pielęgniarki oddziałowej w Oddziale Rehabilitacji Narządu Ruchu.

## **C. Ocena cząstkowa: pozytywna z nieprawidłowościami**

## **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.

#### IV. Prawidłowość gospodarowania mieniem.

##### A. Ustalenia faktyczne

W zakresie prawidłowości gospodarowania mieniem kontrolą objęto niżej wymienione zagadnienia:

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

- a) Elektrokardiograf AsCard Gold3 v. 305 o wartości 10 368,00 zł:
- dowód przyjęcia OT0-00016/2018 z dnia 27.06.2018 r., nr. Inwentarzowy: 001 środki trwałe (nr zewnętrzny 802-14-000662);
  - zakup ujęty w planie inwestycyjnym Centrum na 2018 r. pozytywnie zaopiniowanym przez Radę Społeczną Centrum uchwałą nr 37/2017 z dnia 21.12.2017 r.;
  - pozytywna opinia Rady Społecznej dotycząca zakupu wyrażona uchwałą nr 8/2018 z dnia 18.06.2018 r.;
  - zakup sfinansowany ze środków własnych, z uwagi na wartość sprzętu zgoda podmiotu tworzącego na nabycie nie była wymagana;
  - zakup potwierdzony fakturą VAT Nr FS-1636/18 z dnia 27.06.2018 r., termin płatności 27.07.2018 r., zapłacono 23.07.2018 r.;
- b) Zestaw do krioterapii miejscowej parami azotu o wartości 10 735,99 zł:
- dowód przyjęcia OT0-00025/2018 z dnia 21.11.2018 r., nr. Inwentarzowy: 001 środki trwałe (nr zewnętrzny 802-14-000670);
  - zakup ujęty w planie inwestycyjnym Centrum na 2018 r. pozytywnie zaopiniowanym przez Radę Społeczną Centrum uchwałą nr 37/2017 z dnia 21.12.2017 r.;
  - pozytywna opinia Rady Społecznej dotycząca zakupu wyrażona uchwałą nr 9/2018 z dnia 10.10.2018 r.;
  - zakup sfinansowany ze środków własnych, z uwagi na wartość sprzętu zgoda podmiotu tworzącego na nabycie nie była wymagana;
  - zakup potwierdzony fakturą VAT Nr FV/15/2976/2018 z dnia 21.11.2018 r., termin płatności 21.12.2018 r., zapłacono 18.12.2018 r.;
- c) Stół do masażu SM-2E-Ł sterowany elektrycznie o wartości 4 669,92 zł:
- dowód przyjęcia OT0-00005/19 z dnia 01.04.2019 r., nr inwentarzowy: 001 środki trwałe (nr zewnętrzny 802-14-000681);
  - zakup ujęty w planie inwestycyjnym Centrum na 2019 r., pozytywnie zaopiniowanym przez Radę Społeczną Centrum uchwałą nr 36/2018 z dnia 21.12.2018 r.;
  - pozytywna opinia Rady Społecznej dotycząca zakupu wyrażona uchwałą nr 1/2019 z dnia 25.02.2019 r.;
  - zakup sfinansowany ze środków własnych, z uwagi na wartość sprzętu zgoda podmiotu tworzącego na nabycie nie była wymagana;
  - zakup potwierdzony fakturą VAT Nr F/291/2019/TM z dnia 27.03.2019r. na kwotę 9 339,84 zł, termin płatności przedpłata., zapłacono 22.03.2019 r.;

Nabycie sprzętu medycznego w ww. zakresie nie budzi zastrzeżeń.

[Dowód: akta kontroli str. 268-299]

## 2. Zbycie aparatury i sprzętu medycznego.

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

- a) Aparat do pomiaru INR - nr inwentarzowy 000594 (802-14-000589); rok produkcji 2005; wartość początkowa 3 109,96 zł; umorzenie 100 %;
- Dowód LT0-00001/2018 z dnia 15.06.2018 r.;
  - Wniosek o likwidację środka trwałego/ nietrwałego z dnia 24.01.2017 r. – wycofanie z rynku systemu monitorującego (pismo dystrybutora);
  - pozytywna opinia Rady Społecznej Centrum wyrażona uchwałą nr 4/2018 z dnia 26.04.2018 r.;
  - z uwagi na wartość początkową poniżej 50 000,00 zł oraz okres użytkowania dłuższy niż 10 lat zgoda podmiotu tworzącego na zbycie aparatu nie była wymagana;
  - oświadczenie o nienaruszalności trwałości projektu unijnego z dnia 17.04.2018 r.;
  - protokół Komisji Likwidacyjnej przy Śląskim Centrum Rehabilitacji i Prewencji nr 1/2018 z dnia 14.05.2018 r.;
  - potwierdzenie przekazania sprzętu do utylizacji z dnia 15.06.2018 r.
  - karta przekazania odpadów nr 93 z dnia 15.06.2018 r.
- b) Aparat Cardiac Reader - nr inwentarzowy 000236 (802-14-000447-4); rok produkcji 2006; wartość początkowa 6 687,50 zł; umorzenie 100 %;
- Dowód LT0-00002/2018 z dnia 15.06.2018 r.;
  - Wniosek o likwidację środka trwałego/ nietrwałego z dnia 26.10.2017 r. – wycofanie z rynku testów i materiałów kontrolnych do analizatora (pismo dystrybutora z dnia 13.10.2017 r.);
  - pozytywna opinia Rady Społecznej Centrum wyrażona uchwałą nr 4/2018 z dnia 26.04.2018 r.;
  - z uwagi na wartość początkową poniżej 50 000,00 zł oraz okres użytkowania dłuższy niż 10 lat zgoda podmiotu tworzącego na zbycie aparatu nie była wymagana;
  - oświadczenie o nienaruszalności trwałości projektu unijnego z dnia 17.04.2018 r.;
  - protokół Komisji Likwidacyjnej przy Śląskim Centrum Rehabilitacji i Prewencji nr 1/2018 z dnia 14.05.2018 r.;
  - potwierdzenie przekazania sprzętu do utylizacji z dnia 15.06.2018 r.;
  - karta przekazania odpadów nr 93 z dnia 15.06.2018 r.
- c) Szyna do ćwiczeń kończyn dolnych ( Fisiotek 2000 TS) - nr inwentarzowy 000223 (802-14-000384-4); rok produkcji 2005; wartość początkowa 13 910,00 zł; umorzenie 100 %;
- Dowód LT0-00009/2019 z dnia 31.10.2019 r.;
  - orzeczenie techniczne z dnia 15.07.2019r. – aparat wyeksploatowany, stwierdzono zużycie układu mechanicznego i oraz częste przypadki zawodności układu sterowania;
  - pozytywna opinia Rady Społecznej Centrum wyrażona uchwałą nr 13/2019 z dnia 22.08.2019 r.;
  - z uwagi na wartość początkową poniżej 50 000,00 zł oraz okres użytkowania dłuższy niż 10 lat zgoda podmiotu tworzącego na zbycie aparatu nie była wymagana;
  - oświadczenie o nienaruszalności trwałości projektu unijnego z dnia 22.08.2019 r.;
  - protokół Komisji Likwidacyjnej przy Śląskim Centrum Rehabilitacji i Prewencji nr 2/2019 z dnia 22.08.2019 r.;
  - potwierdzenie przekazania sprzętu do utylizacji z dnia 22.10.2019r.

- d) Wanna terapeutyczna T UWM - nr inwentarzowy 000220 (802-14-000381-9); rok produkcji 2005; wartość początkowa 22 256,00 zł; umorzenie 100 %;
- Dowód LT0-00006/2019 z dnia 31.10.2019 r.;
  - orzeczenie techniczne z dnia 15.07.2019r. – w urządzeniu stwierdzono liczne nieszczelności instalacji wodnej oraz korozję elementów metalowych;
  - pozytywna opinia Rady Społecznej Centrum wyrażona uchwałą nr 13/2019 z dnia 22.08.2019 r.;
  - z uwagi na wartość początkową oraz okres użytkowania dłuższy niż 10 lat zgoda podmiotu tworzącego na zbycie aparatu nie była wymagana;
  - oświadczenie o nienaruszalności trwałości projektu unijnego z dnia 22.08.2019 r.;
  - protokół Komisji Likwidacyjnej przy Śląskim Centrum Rehabilitacji i Prewencji nr 2/2019 z dnia 22.08.2019 r.;
  - potwierdzenie przekazania sprzętu do utylizacji z dnia 22.10.2019r.

Zbycie sprzętu medycznego w ww. zakresie nie budzi zastrzeżeń.

[Dowód: akta kontroli str. 300-324]

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

Zgodnie z oświadczeniem Dyrektora w kontrolowanym okresie nie zostały zawarte żadne umowy w zakresie najmu i dzierżawy pomieszczeń.

[Dowód: akta kontroli str. 325]

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

**C. Ocena cząstkowa: pozytywna**

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

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

Ostatnia kontrola w Centrum przeprowadzona została przez pracowników Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w dniach 12-13.09.2017 r. Przedmiotem kontroli objęto: realizację zadań statutowych, dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych, prawidłowość gospodarowania mieniem oraz gospodarkę finansową w latach 2016-2017.

Wydano następujące zalecenia pokontrolne:

- 1) Zgłosić do Krajowego Rejestru Sądowego adresu strony internetowej i adresu poczty elektronicznej Centrum, zgodnie z art. 38 pkt 1a, w związku z art. 53a ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym (tekst jednolity: Dz. U. z 2017 r. poz. 700 z późn. zm.);
- 2) Zamieścić na stronie internetowej Centrum oraz BIP Centrum informacji wymaganych przepisami art. 8 ust. 3 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (tekst jednolity: Dz. U. z 2016 r., poz. 1764)

Dyrektor Centrum, w ustawowym terminie, złożył do Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego sprawozdanie o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych.

Stwierdzono, że zalecenia pokontrolne zostały wykonane.

**B. Stwierdzone nieprawidłowości: brak**

**C. Ocena cząstkowa: pozytywna**

Na tym ustalenia kontrolne zakończono.

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

### **1. Pozostałe informacje**

Pismem z dnia 31 stycznia 2020 r., znak: ZD-N.1711.17.2019 (ZD-N.KW-00019/20), Projekt wystąpienia pokontrolnego został przekazany Dyrektorowi Śląskiego Centrum Rehabilitacji i Prewencji.

Ze „zwrotnego potwierdzenia odbioru” wynika, że pismo zostało doręczone do Szpitala w dniu 5 lutego 2020 r.

Dyrektor Szpitala nie zgłosił zastrzeżeń do treści Projektu wystąpienia pokontrolnego.

### **2. Zalecenia**

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

- 1) Usunięcia niezgodności pomiędzy zapisami Regulaminu Organizacyjnego Szpitala i Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą w zakresie komórek organizacyjnych działalności medycznej;
- 2) Usunięcia uchybienia polegającego na nieprawidłowym wskazaniu w KRS w Dziale 1 w rubryce 7 organu sprawującego nadzór nad Centrum.
- 3) Przestrzegania zapisów art. 27 ust. 4 i 8 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej poprzez zawieranie w umowach dotyczących udzielania świadczeń zdrowotnych postanowień określających szczegółowe okoliczności uzasadniające rozwiązanie umowy za wypowiedzeniem oraz wskazywanie wszystkich przypadków przewidzianych w cytowanej wyżej ustawie, w których umowa może zostać rozwiązana;
- 4) Przeprowadzenia postępowania konkursowego na stanowisko pielęgniarki oddziałowej w Oddziale Rehabilitacji Narządu Ruchu zgodnie z zapisami art. 49 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.

### **3. Pouczenia**

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

Wystąpienie pokontrolne zawiera 14 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 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

Barbara Daniel  
Zastępca Dyrektora  
Departamentu Zdrowia