

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

**"REPTY" Górnos Śląskie Centrum Rehabilitacji
im. Gen. Jerzego Ziętka w Tarnowskich Górach
ul. Śniadeckiego 1, 42-604 Tarnowskie Góry**
(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. 9 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: "REPTY" Górnos Śląskie Centrum Rehabilitacji im. Gen. Jerzego Ziętka w Tarnowskich Górach.

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

- Pan Krystian Oleszczyk od 01.05.1991 r. do 31.08.2018 r.,
- Pan Andrzej Pilot (p.o. Dyrektora) od 01.09.2018 r. do 29.11.2018 r.,
- Pan Wiesław Rycerski (p.o. Dyrektora) od 30.11.2018 r. do 11.09.2019 r.
- Pan Norbert Komar od 12.09.2019 r. do nadal.

Dyrektor wykonuje swoje zadania kierownicze i zarządcze przy pomocy:

- p.o. Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa – Pana Dariusza Gustowskiego,
- p.o. Zastępcy Dyrektora ds. Administracyjno-Technicznych – Pani Gabrieli Rekus,
- Główniej Księgowej – Pani Joanny Hansel

oraz kierowników komórek organizacyjnych.

Termin przeprowadzenia czynności kontrolnych i zakres kontroli:

kontrolę przeprowadzono w dniach 28-29.10.2019 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.

M. Nowak

Osoby przeprowadzające kontrolę:

Barbara Gwiazda-Amrosz – Główny Specjalista Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w Katowicach, legitymacja służbowa nr 1101491, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 643/ZD/2019 z dnia 23.10.2019 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 25.10.2019 r.

Monika Mrozek – Inspektor Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w Katowicach, legitymacja służbowa nr 11000664, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 645/ZD/2019 z dnia 23.10.2019 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 25.10.2019 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 644/ZD/2019 z dnia 23.10.2019 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 25.10.2019 r.

[Dowód: akta kontroli str. 4-9]

O kontroli Dyrektor jednostki został poinformowany za pośrednictwem poczty elektronicznej w dniu 23.10.2019 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.

„Repty” Górnośląskie Centrum Rehabilitacji im. Gen. Jerzego Ziętka zwane dalej „Centrum” jest samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej. Funkcję podmiotu tworzącego pełni Województwo Śląskie. Nadzór nad działalnością Centrum sprawuje Zarząd Województwa Śląskiego. Centrum wpisane jest do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego pod numerem 000000013345 oraz posiada osobowość prawną i jest wpisane do Krajowego Rejestru Sądowego w Gliwicach, X Wydział Gospodarczy pod numerem KRS0000031621. Siedzibą Centrum jest miasto Tarnowskie Góry.

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 z późn. zm.),
- 3) Statutu Centrum, którego tekst jednolity został przyjęty uchwałą Nr V/42/40/2017 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 18.09.2017 r. i ogłoszony w Dzienniku Urzędowym Województwa Śląskiego z dnia 05.10.2017 r. pod pozycją 5286, zmienionego uchwałą Nr V/57/9/2018 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 17.09.2018 r. (Dz. Urz. z dnia 21.09.2018 r., poz. 5780),
- 4) Regulaminu Organizacyjnego, którego ostatnie zmiany zostały pozytywnie zaopiniowane przez Radę Społeczną Centrum, uchwałą nr 18/2019 z dnia 18.10.2019 r., wprowadzonego w życie Zarządzeniem nr DN-0150 (45) 2019 Dyrektora z dnia 23.10.2019 r.

H. Horek
gn

Zatrudnienie na dzień 28.10.2019 r. w Centrum wynosiło:

- 629 pracowników w ramach umowy o pracę,
- 19 pracowników w ramach umów cywilnoprawnych.

[Dowód: akta kontroli str. 10]

2. Prawidłowość wpisów w Krajowym Rejestrze Sądowym.

Ostatnie zgłoszenie do Krajowego Rejestru Sądowego z dnia 19.09.2019 r. dotyczyło zmiany na stanowisku Dyrektora Centrum dokonanej Uchwałą nr 2032/68/VI/2019 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 11.09.2019 roku. Kontrolą objęto także wniosek z dnia 05.10.2018 r., który dotyczył ostatniej zmiany Statutu Centrum przyjętej Uchwałą nr V/57/9/2018 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 17.09.2018 r. oraz zmiany na stanowisku Dyrektora Centrum dokonanej Uchwałą nr 2001/281/V/2018 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 28.08.2018 roku. Ustalono, że w obu przypadkach Centrum nie dopełniło ustawowego obowiązku wynikającego z art. 22 ustawy o Krajowym Rejestrze Sądowym z dnia 20 sierpnia 1997 r. (tekst jednolity Dz. U. z 2019 r. poz. 1500 z późn. zm.), który wskazuje 7 dni na zgłoszenie zmian do KRS (przy czym należy zaznaczyć, że wniosek z dnia 19.09.2019 r. przedłożony został 1 dzień po terminie wynikającym z ww. ustawy). W trakcie kontroli stwierdzono ponadto, że w Dziale 1, Rubryce 2 – „Siedziba i adres podmiotu” nie wprowadzono informacji dotyczących:

- adresu poczty elektronicznej Centrum,
- adresu strony internetowej Centrum,

co stanowi naruszenie art. 38 pkt 1a w związku z art. 53a ww. ustawy.

[Dowód: akta kontroli str. 11-36]

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

Regulamin Organizacyjny Centrum (dalej: „Regulamin”) sporządzony został w oparciu o przepisy art. 24 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Ostatnie zmiany do Regulaminu oraz ogłoszenie tekstu jednolitego zostały pozytywnie zaopiniowane przez Radę Społeczną Centrum uchwałą nr 18/2019 z dnia 18.10.2019 r., a następnie wprowadzone Zarządzeniem nr DN-0150 (45) 2019 Dyrektora Centrum z dnia 23.10.2019 r.

W toku kontroli sprawdzono zgodność zapisów Regulaminu z przepisami ww. ustawy. Stwierdzono, że Regulamin Centrum nie zawiera jednego z niezbędnych elementów, wskazanych w treści art. 24 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, tj. informacji o wysokości 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 (t.j.: Dz. U. z 2019 r., poz. 1127 z późn. zm.). W Rozdziale 5 Dziale 5.2. Regulaminu zawarty został jedynie ramowy wzór wyliczania opłat, bez wskazania konkretnych cen za wykonanie określonych usług w tym zakresie. Zamieszczenie w treści Regulaminu powyższych zapisów nie można uznać za tożsame z określeniem cennika, o którym mowa w ustawie o działalności leczniczej.

Ponadto, istnieje niespójność pomiędzy zadaniami Centrum wyszczególnionymi w Regulaminie a wpisanymi w Statut. W Regulaminie, w przeciwieństwie do Statutu, nie uwzględniono następujących zadań Centrum:

- uczestniczenie w realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażaniem nowych technologii medycznych oraz metod leczenia,
- uczestniczenie w przygotowywaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i kształceniu osób wykonujących zawody medyczne na zasadach określonych w odrębnych przepisach regulujących kształcenie tych osób,
- realizacja zleconych przez właściwy organ określonych zadań związanych z obroną cywilną, sprawami obronnymi i ochroną ludności.

Sprawdzono zgodność zapisów Regulaminu w zakresie struktury organizacyjnej komórek działalności medycznej oraz miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych z Księgą Rejestrową widniejącą w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (dalej: Rejestr) według stanu na dzień 28.10.2019 r. Stwierdzono następujące różnice:

Lp.	Zapisy w Regulaminie Organizacyjnym Centrum	Zapisy w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą
1.	I Oddział Rehabilitacji Neurologicznej - 80 łóżek	I Oddział Rehabilitacji Neurologicznej (Paraplegia i Tetraplegia) - 90 łóżek
2.	II Oddział Rehabilitacji Neurologicznej - 100 łóżek	II Oddział Rehabilitacji Neurologicznej - 80 łóżek
3.	III Oddział Rehabilitacji Neurologicznej - 90 łóżek	III Oddział Rehabilitacji Neurologicznej (Paraplegia i Tetraplegia) - 100 łóżek

Celem dostosowania zapisów Księgi Rejestrowej do obowiązującego od dnia 23.10.2019 r. Regulaminu Centrum, w dniu 24.10.2019 r. przedłożono wnioski o wpis do Rejestru dotyczący zmian nazw komórek organizacyjnych działalności medycznej oraz liczby łóżek. Wyszczególnione w ww. wniosku dane zostały uwidocznione w Rejestrze w dniu 31.10.2019 r. i od tego dnia zapisy Regulaminu i Księgi Rejestrowej w zakresie nazewnictwa i liczby łóżek komórek organizacyjnych działalności medycznej są tożsame.

Kontrola strony internetowej oraz strony Biuletynu Informacji Publicznej Centrum wykazała, że zamieszczone zostały informacje wymagane przez art. 24 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, poza danymi nt. wysokości opłaty 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 (t.j.: Dz. U. z 2019 r., poz. 1473) oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym. Jednocześnie, informacje wymagane ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej zostały poprawnie podane do wiadomości pacjentów poprzez ich wywieszenie w widocznych miejscach udzielania świadczeń.

Analizie poddano zgodność danych zamieszczonych na stronie BIP z zapisami art. 8 ust. 3 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (t.j.: Dz. U. z 2019 r. poz. 1500). Stwierdzono, że Centrum nie opublikowało informacji wymaganych przez przepisy ww. ustawy w zakresie:

- 1) osób sprawujących funkcje w organach Centrum (art. 6 ust. 1 pkt 2 lit. d),
- 2) majątku, którym dysponuje Centrum (art. 6 ust.1 pkt 2 lit. f) – na stronie znajdują się nieaktualne dane,
- 3) dokumentacji przebiegu i efektów kontroli oraz wystąpień, stanowisk, wniosków i opinii podmiotów ją przeprowadzających (art. 6 ust. 1 pkt 4 lit. a tiret drugie).

[Dowód: akta kontroli str. 37-165]

B. Stwierdzone nieprawidłowości i uchybienia:

1. Nieprawidłowość dotycząca przekroczenia siedmiodniowego terminu zgłoszenia zmian do Krajowego Rejestru Sądowego, co stanowi naruszenie art. 22 ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym;
2. Nieprawidłowość dotycząca braku zgłoszenia do Krajowego Rejestru Sądowego adresu strony internetowej i adresu poczty elektronicznej, co stanowi naruszenie art. 38 pkt 1a w związku z art. 53a ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym;
3. Nieprawidłowość polegająca na braku cennika opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej w Regulaminie Organizacyjnym, co stanowi naruszenie art. 24 ust. 1 pkt 9 ustawy o działalności leczniczej;
4. Uchybienie polegające na wpisaniu w treść Regulaminu Organizacyjnego zadań innych niż wskazane w Statucie Centrum;

5. Nieprawidłowość polegająca na braku na stronie internetowej oraz na stronie BIP Centrum informacji nt. wysokości opłaty 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 oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym, co stanowi naruszenie art. 24 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej;
6. Nieprawidłowość polegająca na braku na stronie BIP Centrum informacji nt. osób sprawujących funkcje w organach Centrum, majątku, którym dysponuje Centrum – w zakresie aktualnych danych, a także dokumentacji przebiegu i efektów kontroli oraz wystąpień, stanowisk, wniosków i opinii podmiotów ją przeprowadzających, co stanowi naruszenie art. 8 ust. 3 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej.

C. Ocena cząstkowa: pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości i uchybień

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.

III. Dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych

A. Ustalenia faktyczne:

Podstawowym celem działalności Centrum jest udzielanie świadczeń zdrowotnych i promocja zdrowia.

1. Funkcjonowanie wybranych komórek organizacyjnych.

W ramach czynności kontrolnych przeprowadzono wizytację:

1) Oddziału Rehabilitacji Narządu Ruchu

Oddział wpisany jest do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 005 (kod resortowy identyfikujący komórkę organizacyjną stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych), kod resortowy charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych: 4300. Oddział został wpisany do Księgi Rejestrowej z dniem 06.09.1993 r. i dysponuje 120 łózkami. Zlokalizowany jest w budynku przy ul. Śniadeckiego 1. Oddział zajmuje się rehabilitacją chorych ze schorzeniami ortopedycznymi, reumatologicznymi, neurologicznymi, chorymi po oparzeniach i odmrożeniach. W Oddziale zatrudnionych jest 15 lekarzy, 16 fizjoterapeutów, 25 pielęgniarek i 2 psychologów. Liczba hospitalizowanych pacjentów wyniosła: 1754 w 2017 r., 1714 w 2018 r., 1594 do 28.10.2019 r. Liczba osób oczekujących na leczenie w Oddziale wyniosła: przypadki pilne 756 osób, przypadki stabilne 1399 osób.

2) Dziennego Ośrodka Rehabilitacji Kardiologicznej

Ośrodek wpisany jest do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 029 (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: 2302. Ośrodek został wpisany do Księgi Rejestrowej z dniem 20.09.2010 r. Zlokalizowany jest w budynku przy ul. Śniadeckiego 1. Do czerwca 2019 r. w Ośrodku udzielano świadczeń rehabilitacji kardiologicznej dla pacjentów z chorobami układu krążenia, skierowanymi na rehabilitację przez poradnie kardiologiczne lub rehabilitacyjne oraz oddziały kardiologiczne. Dzienny stan pacjentów utrzymywany był na poziomie ok. 40 osób.

K. Kozłowski

W Ośrodku zatrudnionych jest: 2 lekarzy, 2 fizjoterapeutów i 2 pielęgniarki. Ośrodek udziela świadczeń zgodnie z harmonogramem: poniedziałek, środa i piątek 7.00-16.00 oraz wtorek, czwartek 7.00-18.00. Liczba udzielonych porad: 540 w 2017r., 506 w 2018r., 268 do 31.05.2019r. Od 01.07.2019 r. infrastruktura oraz personel zostały wykorzystane do realizacji rehabilitacji ogólnoustrojowej jako Ośrodek Rehabilitacji Diennej, gdzie kierowani są pacjenci przez poradnie rehabilitacyjne, neurologiczne, ortopedyczne, reumatologiczne oraz oddziały szpitalne. Liczba osób oczekujących na rehabilitację wynosi 250 osób. W dniach przeprowadzania kontroli Ośrodek przyjmował pacjentów zgodnie z harmonogramem.

3) Poradni rehabilitacyjnej

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: 1300. Poradnia została wpisana do Księgi Rejestrowej z dniem 01.01.2000 r., zlokalizowana jest w budynku przy ul. Śniadeckiego 1. Poradnia udziela świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji leczniczej w schorzeniach kardiologicznych, ortopedycznych i neurologicznych, zgodnie z następującym harmonogramem: poniedziałek 9.00-18.00, wtorek, środa, czwartek i piątek 9.00-14.35: W Poradni zatrudnionych jest 2 lekarzy, 1 fizjoterapeuta i 1 pielęgniarka. Liczba udzielonych porad: 2017 r. - 6873, 2018 r. - 6501, do 28.10.2019 r. - 5250. Liczba osób oczekujących na leczenie (stan na 28.10.2019 r.) przypadek pilny - 1 osoba, przypadek stabilny - 49 osób. W dniach przeprowadzania kontroli Poradnia przyjmowała pacjentów zgodnie z harmonogramem.

[Dowód: akta kontroli str. 166-169]

2. Udzielanie zamówień na świadczenia zdrowotne.

Przedmiotem weryfikacji przeprowadzonej przez kontrolujących były umowy:

- 1) Nr DN060(61)2018 z dnia 14.03.2018 r. na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania diagnostycznych badań laboratoryjnych,
- 2) Nr DN060(110)2018 z dnia 01.06.2018 r. na udzielanie świadczeń zdrowotnych dla pracowników Centrum.

Ad. 1) Nr DN060(61)2018 z dnia 14.03.2018 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 15.03.2018 r. do dnia 15.03.2021 r. i zawiera wszystkie niezbędne zapisy określone w art. 27 ustawy o działalności leczniczej.

Umowa zawiera zapis określający maksymalną wartość zamówienia.

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

W ramach kontroli realizacji umowy sprawdzono faktury nr:

- 0405/2513/18 z dnia 31.08.2018 r. - stawka jednostkowa zgodna z umową,
- 0405/0431/19 z dnia 28.02.2019 r. - stawka jednostkowa zgodna z umową.

Ad. 2) Nr DN060(110)2018 z dnia 01.06.2018 r.

Umowa nie została zawarta w trybie postępowania konkursowego, gdyż wartość usług objętych umową nie przekraczała kwoty 30 000 euro. Umowa została zawarta w formie pisemnej, na czas określony, tj. od dnia 01.06.2018 r. do dnia 31.05.2021 r. i zawiera wszystkie niezbędne zapisy określone w art. 27 ustawy o działalności leczniczej.

Umowa zawiera zapis określający maksymalną wartość zamówienia.

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

W ramach kontroli realizacji umowy sprawdzono faktury nr:
- 571/08/2018 z dnia 31.08.2018 r. - stawka jednostkowa zgodna z umową,
- 163/02/2019 z dnia 28.02.2019 r. - stawka jednostkowa zgodna z umową.

[Dowód: akta kontroli str. 170-216]

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 2017-2019 w "REPTY" Górnośląskim Centrum Rehabilitacji im. Gen. Jerzego Ziętka w Tarnowskich Górach miały miejsce dwa postępowania konkursowe na stanowiska kierownicze.

Przeprowadzone postępowania konkursowe na stanowiska kierownicze:

- 1) Stanowisko naczelnej pielęgniarki (data konkursu: 04.06.2018 r., okres zatrudnienia 01.07.2018 r. – 30.06.2024 r.);
- 2) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej I Oddziału Rehabilitacji Kardiologicznej (data konkursu: 17.01.2019 r., okres zatrudnienia 01.02.2019 r. – 31.01.2025 r.).

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

- 1) I Oddział Rehabilitacji Narządu Ruchu: lekarz kierujący oddziałem, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
- 2) I Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej: lekarz kierujący oddziałem, pielęgniarka oddziałowa;
- 3) II Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej: lekarz kierujący oddziałem, pielęgniarka oddziałowa;
- 4) I Oddział Rehabilitacji Neurologicznej: lekarz kierujący oddziałem, pielęgniarka oddziałowa;
- 5) II Oddział Rehabilitacji Neurologicznej: lekarz kierujący oddziałem, pielęgniarka oddziałowa;
- 6) III Oddział Rehabilitacji Neurologicznej: lekarz kierujący oddziałem, pielęgniarka oddziałowa;

Jak wskazano powyżej, oddziałami zarządzają lekarze kierujący oddziałami. 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 naczelna pielęgniarka, natomiast zespołem pielęgniarskim na pięciu oddziałach zarządzają pielęgniarki oddziałowe, a na jednym osoba pełniąca obowiązki pielęgniarki oddziałowej.

Ww. stanowiska określone zostały zarówno w Regulaminie Organizacyjnym "REPTY" Górnośląskiego Centrum Rehabilitacji im. Gen. Jerzego Ziętka w Tarnowskich Górach, jak i załączniku nr 1 (Tabela zaszeregowania stanowisk pracy) oraz nr 2 (Wykaz stanowisk, na których przysługuje dodatek funkcyjny i stawek dodatku funkcyjnego) do Regulaminu Wynagradzania pracowników SPZOZ „Repty” Górnośląskiego Centrum Rehabilitacji im. Gen. Jerzego Ziętka w Tarnowskich Górach, z wyjątkiem stanowiska naczelnej pielęgniarki, które nie zostało ujęte w ww. Regulaminie Wynagradzania.

Dodatkowo, mając na uwadze, iż osobie zatrudnionej na stanowisku Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa jedynie powierzono obowiązki, bez przeprowadzenia konkursu, należy wszcząć postępowanie konkursowe na ww. stanowisko.

[Dowód: akta kontroli str. 217-255]

M. Horech

4. Serwisowanie aparatury oraz sprzętu medycznego.

Kontrolujący w ramach kontroli jakości świadczonych usług zweryfikowali m.in. następujące paszporty techniczne urządzeń wykorzystywanych do udzielania świadczeń zdrowotnych:

- 1) Inhalator ultradźwiękowy, nr inwentarzowy 802/0205, rok produkcji 1994. Przegląd okresowy odbył się w dniu 06.03.2019 r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany 06.03.2020 r., zgodnie z wpisem aparat sprawny,
- 2) Aparat do masażu pneumatycznego, nr inwentarzowy 802/03933, rok produkcji 2006. Przegląd okresowy odbył się w dniu 06.03.2019 r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany w dniu 06.03.2020 r., zgodnie z wpisem aparat sprawny,
- 3) Aparat do masażu podciśnieniowego, nr inwentarzowy 802/04929, rok produkcji 2010. Przegląd okresowy odbył się w dniu 06.03.2019 r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany w dniu 06.03.2020 r., zgodnie z wpisem aparat sprawny,
- 4) Inhalator ultradźwiękowy, nr inwentarzowy 802/03261, rok produkcji 2006. Przegląd okresowy odbył się w dniu 06.03.2019 r., dokonany w terminie, następny przegląd powinien być wykonany w dniu 06.03.2020 r., zgodnie z wpisem aparat sprawny,
- 5) Zmotoryzowana szyna CPM do stawu biodrowego i kolanowego, nr inwentarzowy 802/07649, rok produkcji 2017. Przegląd okresowy odbył się w dniu 14.02.2019 r., następny przegląd powinien być dokonany w dniu 14.02.2020 r., zgodnie z wpisem aparat sprawny.
- 6) Urządzenie do krioterapii Kriopol, nr inwentarzowy 802/07024, rok produkcji 2017. Przegląd okresowy odbył się w dniu 08.03.2019 r., następny przegląd powinien być dokonany w dniu 06.03.2020 r., zgodnie z wpisem aparat sprawny.

[Dowód: akta kontroli str. 256-270]

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. Ustalono, że skargi i wnioski są rozpatrywane w oparciu o procedurę przyjętą Zarządzeniem nr 43/2004 Dyrektora Centrum z dnia 2.06.2004 r. w sprawie skarg i zażaleń pacjentów. Zgodnie z ww. procedurą, skargi i wnioski mogą być przyjmowane pisemne oraz ustnie do protokołu, wszystkie podlegają rejestracji w Sekretariacie Dyrektora. Rozpoznawanie skarg i wniosków odbywa się w trybie określonym przepisami Kodeksu postępowania administracyjnego. Skargi i wnioski rejestrowane są w prowadzonym w Centrum Rejestrze skarg i wniosków, który zawiera wszystkie niezbędne informacje, zgodnie z art. 254 Kodeksu postępowania administracyjnego.

W okresie objętym kontrolą wpłynęła następująca liczba skarg na działalność Centrum: w 2017 r. - 1 skarga, w 2018 r. - 3 skargi, w 2019 r. do dnia kontroli nie odnotowano żadnej skargi, po rozpatrzeniu wszystkie zostały uznane za niezasadne. Skarżącym udzielono odpowiedzi w terminach zgodnych z przepisami Kodeksu postępowania administracyjnego.

Zgodnie z ustawą o działalności leczniczej analiza skarg i wniosków jest przedstawiana okresowo Radzie Społecznej Centrum, co potwierdzają protokoły z jej posiedzeń.

[Dowód: akta kontroli str. 271-281]

6. Czas oczekiwania na udzielenie świadczeń zdrowotnych.

W Centrum, zgodnie z art. 20 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych prowadzone są listy osób oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego. W trakcie kontroli ustalono, że w Centrum działa Zespół ds. oceny przyjęć powołany Zarządzeniem Dyrektora nr DN-0150 (19) 2018 z dnia 11 lipca 2018 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw oceny przyjęć. 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 kwartale sporządza raport z okresowej oceny list oczekujących, który przedstawiany jest Dyrektorowi Centrum. Przykładowe Raporty za miesiąc październik 2018 r. i wrzesień 2019 r. stanowią dowód kontroli.

Z listy oczekujących na udzielenie świadczenia za miesiąc wrzesień 2019 r. wynika, że najwięcej osób oczekuje na udzielenie świadczenia w Oddziale Rehabilitacji Narządu Ruchu. W przypadkach pilnych oczekują 762 osoby z rzeczywistym czasem oczekiwania 104 dni, w przypadkach stabilnych - 1229 osób, średni czas oczekiwania na przyjęcie do ww. Oddziału wynosi 753 dni.

[Dowód: akta kontroli str. 282-299]

7. Wykonywanie badań satysfakcji pacjenta.

Zgodnie ze standardem akredytacyjnym dotyczącym poprawy jakości i bezpieczeństwa pacjenta w Centrum regularnie prowadzona jest ocena opinii pacjentów. Badanie satysfakcji pacjentów prowadzone jest poprzez anonimowe ankiety skierowane do pacjentów w oddziałach i w Dziennym Ośrodku Rehabilitacji Kardiologicznej. Badanie służy uzyskaniu wiedzy na temat oczekiwań, preferencji i doświadczeń hospitalizowanych pacjentów. Wypełnione ankiety są wrzucane do skrzynek znajdujących się na oddziałach i w Ośrodku. Koordynator ds. jakości zbiera i analizuje otrzymane dane w systemie kwartalnym, następnie w ramach Przeglądu Systemu Zarządzania Jakością przedstawia Dyrektorowi Centrum wyniki analiz Badania Satysfakcji Pacjentów. Wnioski z oceny stanowią podstawę do podjęcia działań korygujących i zapobiegawczych, a także służą podnoszeniu jakości usług medycznych w Centrum. Wzory ankiet stanowią akta kontroli. Ankieta obejmuje kilka obszarów: przyjęcie do Centrum, warunki pobytu, wyżywienie, jakość opieki lekarskiej i pielęgniarskiej, jakość gimnastyki rehabilitacyjnej i zabiegów fizykoterapeutycznych oraz efekty rehabilitacji. Ostatnie badanie przeprowadzono w dniach od 01.01.2019 r. do 30.06.2019 r., kontrolującym przedstawiono raport za I półrocze 2019 r. Z analizy ankiet wynika, że badane obszary zostały dobrze ocenione przez pacjentów (najwięcej punktów przyznano jakości usług pielęgniarskich, nieco mniej – jakości usług lekarskich).

Dyrektor Centrum wyjaśniła, że w oparciu o sformułowane w raportach wnioski zostaną podjęte działania mające na celu poprawę zadowolenia pacjentów z usług zdrowotnych świadczonych w Centrum.

[Dowód: akta kontroli str. 300-312]

B. Stwierdzone nieprawidłowości:

- 1) brak przeprowadzenia konkursu na stanowisko pielęgniarki oddziałowej w I Oddziale Rehabilitacji Narządu Ruchu, zgodnie z art. 49 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej;
- 2) brak przeprowadzenia konkursu na stanowisko zastępcy dyrektora ds. lecznictwa, zgodnie z art. 49 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.

C. Ocena cząstkowa: pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości

D. Osoby odpowiedzialne:

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

IV. Prawdliwość gospodarowania mieniem.

A. Ustalenia faktyczne

W zakresie prawidłowości gospodarowania mieniem kontrolą objęto niżej wymienione zagadnienia:

1. Nabycie aparatury i sprzętu medycznego.

a) aparat EMG o wartości 88 020,00 zł

- dowód przyjęcia OTO-00080/2018 z dnia 28.09.2018 r., nr inwentarzowy 007217;
- zakup ujęty w planie inwestycyjnym Centrum na 2018 r., którego korekta została pozytywnie zaopiniowana przez Radę Społeczną Centrum uchwałą nr 20/2018 z dnia 20.06.2018 r.;
- pozytywna opinia Rady Społecznej dotycząca zakupu wyrażona uchwałą nr 19/2018 z dnia 20.06.2018 r.
- zakup sfinansowany z dotacji Województwa Śląskiego oraz środków własnych - odrębna zgoda podmiotu tworzącego na nabycie nie była wymagana;
- zakup potwierdzony fakturą VAT nr FA/354/2018 z dnia 26.09.2018 r. na kwotę 88 020,00 zł, termin płatności 26.11.2018 r., zapłacono 29.10.2018 r.;
- protokół zdawczo-odbiorczy z dnia 26.09.2018 r.

b) aparat EEG o wartości 50 068,80 zł

- dowód przyjęcia OTO-00120/2018 z dnia 28.12.2018 r., nr. inwentarzowy: 007557;
- zakup nie został ujęty w planie inwestycyjnym Centrum na 2018 r.,
- pozytywna opinia Rady Społecznej dotycząca zakupu wyrażona uchwałą nr 37/2018 z dnia 23.11.2018 r.;
- zakup sfinansowany ze środków własnych,
- akceptacja dla zakupu aparatu EEG została wyrażona przez Dyrektora Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej;
- zakup potwierdzony fakturą VAT Nr 203/11/2018/EM z dnia 28.11.2018 r., termin płatności do 26.02.2019 r., zapłacono w ratach: 27.12.2018r., 24.01.2019r. i 22.02.2019r.;
- protokół przekazania aparatu z dnia 07.12.2018 r.

Kontrolujący ustalili, że urządzenie wskazane w pkt 1 zakupione z dotacji Województwa Śląskiego jest wykorzystywane do udzielania świadczeń zdrowotnych w Centrum.

Zakup aparatu EEG nie został ujęty w planie inwestycyjnym na 2018 r. zaopiniowanym przez Radę Społeczną, ani w zmianach do planu. Dyrektor Centrum wyjaśnił, że zakup ww. aparatu był nagły i nieplanowany, natomiast niezbędny do spełnienia postawionych przez NFZ wymagań konkursowych dot. wyposażenia Ośrodka Rehabilitacji Leczniczej w zakresie leczenia dorosłych chorych ze śpiączką. Kontrolujący przyjęli wyjaśnienia i jednocześnie poinformowali Dyrektora, że w podobnych sytuacjach korekta planu inwestycyjnego powinna być przedstawiana na najbliższym posiedzeniu Rady Społecznej Centrum.

[Dowód: akta kontroli str. 313-350]

2. Zbycie aparatury i sprzętu medycznego.

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

- a) Laser CTL 1106 MX + skaner - nr inwentarzowy 000547; rok zakupu 1996; wartość początkowa 16 495,00 zł; umorzenie 100 %;
- dowód LTO-00064/2017 z dnia 16.10.2017 r.;
 - orzeczenie techniczne z dnia 07.06.2017 r. – uszkodzona płyta główna, sonda diodowa oraz statyw, brak części zamiennych ze względu na wiek aparatu, naprawa nieopłacalna;
 - pozytywna opinia Rady Społecznej Centrum wyrażona uchwałą nr 29/2017 z dnia 26.09.2017 r.;
 - zgoda podmiotu tworzącego na zbycie nie była wymagana;

HP
H. Kozłowski

- protokół Komisji Likwidacyjnej z dnia 03.10.2017 r.;
- karta przekazania odpadów nr 4 z dnia 25.10.2017 r.

b) Pięciokanałowy aparat EMG - nr inwentarzowy 000600; rok zakupu 1998; wartość początkowa 147 629,00 zł; umorzenie 100 %;

- dowód LTO-00038/2018 z dnia 30.11.2018 r.;
- orzeczenie techniczne z dnia 4.07.2018 r. – uszkodzony stymulator elektryczny, jednostka centralna, brak możliwości naprawy aparatu z powodu niedostępności części zamiennych, nie nadaje się do dalszej eksploatacji;
- pozytywna opinia Rady Społecznej Centrum wyrażona uchwałą nr 38/2018 z dnia 23.11.2018 r.;
- zgoda podmiotu tworzącego na zbycie nie była wymagana;
- protokół Komisji Likwidacyjnej z dnia 28.11.2018 r.;
- karta przekazania odpadów nr 1 z dnia 03.01.2019 r.

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

[Dowód: akta kontroli str. 351-369]

3. Najem/dzierżawa pomieszczeń.

W ramach kontroli sprawdzaniem objęto prawidłowość zawarcia umowy najmu pomieszczenia użytkowego nr DN-060 (24) 2018 z dnia 22.01.2018 r. Przedmiotem umowy jest najem lokalu o łącznej powierzchni 13,5 m² znajdującego się na parterze pawilonu B przy ul. Śniadeckiego 1, z przeznaczeniem na prowadzenie działalności handlowej. Umowa zawarta została na czas oznaczony od dnia 01.02.2018 r. do dnia 31.01.2021 r. Zawarcie ww. umowy zostało poprzedzone wyrażeniem opinii przez Radę Społeczną Centrum uchwałą nr 32/2017 z dnia 12.12.2017 r. Z uwagi na okres, na jaki została zawarta umowa zgoda podmiotu tworzącego nie była wymagana. Zgodnie z zapisami umowy, najemca zobowiązany jest płacić wynajmującemu czynsz najmu w każdym miesiącu kalendarzowym z góry na podstawie wystawionej przez wynajmującego faktury VAT, w terminie 21 dni od dnia jej wystawienia. Strony ponadto ustaliły, iż Najemca będzie ponosił dodatkowe opłaty za: telefon, wodę, ścieki, zużytą energię i centralne ogrzewanie, opłaty te będą realizowane z dołu w ciągu 21 dni od daty wystawienia faktury VAT.

Umowa zawiera wszystkie postanowienia wynikające z § 15 Zasad zbywania, wydzierżawiania, wynajmowania, oddania w użytkowanie lub użyczenie aktywów trwałych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie określonych uchwałą nr 21784/277/IV/2013 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 13.08.2013 r.

Objęte kontrolą faktury z dnia 03.12.2018 r. i z dnia 02.07.2019 r. wystawione zostały zgodnie z treścią umowy, a płatności zostały uregulowane w terminach wynikających z faktur.

[Dowód: akta kontroli str. 370-378]

B. Stwierdzone nieprawidłowości: 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 18-19.05.2017 r. Przedmiotem kontroli objęto: realizację zadań statutowych, dostępność i jakość

udzielanych świadczeń zdrowotnych, prawidłowość gospodarowania mieniem oraz gospodarkę finansową w latach 2015-2017.

Wydano następujące zalecenia pokontrolne:

1. Dostosować zapisy Regulaminu Organizacyjnego Centrum do wymogów wynikających z art. 24 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej;
2. Przeprowadzić konkurs na stanowisko naczelnej pielęgniarki/przełożonej pielęgniarek zgodnie z art. 49 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej;
3. Określić w zawieranych umowach na świadczenia zdrowotne maksymalną łączną kwotę zobowiązania, zgodnie z art. 44 ust. 3 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2016 r. poz. 1870 z późn. zm.);
4. Określić w zawieranych umowach na świadczenia zdrowotne zapisy wynikające z art. 27 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej;
5. Przestrzegać przy nabyciu aparatury i sprzętu medycznego zapisów wynikających z:
 - art. 48 ust. 2 pkt 1) lit. a, pkt 2) lit. e ustawy o działalności leczniczej,
 - „Procedury nabywania aparatury i sprzętu medycznego przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie” określonej w uchwale nr 1745/276/IV/2013 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 6.08.2013 r.;
6. Zamieścić w zawieranych umowach najmu/dzierżawy postanowień określonych przez Zarząd Województwa Śląskiego uchwałą nr 1784/277/IV/2013 z dnia 13.08.2013 r. w sprawie przyjęcia zasad zbywania, wydzierżawiania, wynajmowania, oddania w użytkowanie lub użyczenie aktywów trwałych SP ZOZ, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie, z późn. zm.

Dyrektor Centrum, w ustawowym terminie, złożył do Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego sprawozdanie o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych. Stwierdzono, że ww. zalecenia 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 16 grudnia 2019 r., znak: ZD-N.1711.15.2019 (ZD-NiP.KW-01119/19), Projekt wystąpienia pokontrolnego został przekazany Dyrektorowi "REPTY" Górnośląskiego Centrum Rehabilitacji im. Gen. Jerzego Ziętka w Tarnowskich Górach. Ze „zwrotnego potwierdzenia odbioru” wynika, że pismo zostało doręczone do Centrum w dniu 17 grudnia 2019 r.

Pismem z dnia 20 grudnia 2019 r., znak: DN-RP-06-6 (35) 19, Dyrektor Centrum zgłosił zastrzeżenia do treści Projektu wystąpienia pokontrolnego, których ocena wraz z uzasadnieniem została dokonana odrębnym pismem skierowanym do Dyrektora Centrum. Zmiany wynikające z uwzględnienia jednego ze zgłoszonych zastrzeżeń ujęto w treści niniejszego Wystąpienia pokontrolnego.

2. Zalecenia

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

B. Monek

- 1) Dokonywania we właściwym terminie zgłoszeń aktualizujących do Krajowego Rejestru Sądowego, zgodnie z art. 22 ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym;
- 2) Zgłoszenia do Krajowego Rejestru Sądowego adresu strony internetowej i adresu poczty elektronicznej Szpitala, zgodnie z art. 38 pkt 1a w związku z art. 53a ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym;
- 3) Wprowadzenia do Regulaminu Organizacyjnego cennika opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej, zgodnie z art. 24 ust. 1 pkt 9 ustawy o działalności leczniczej;
- 4) Wpisania w treść Regulaminu Organizacyjnego Centrum zadań tożsamyh ze wskazanymi w Statucie;
- 5) Zamieszczenia na stronie internetowej i na stronie BIP Centrum informacji nt. wysokości opłaty 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 oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym, zgodnie z 24 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
- 6) Umieszczenia na stronie BIP Centrum informacji nt. osób sprawujących funkcje w organach Centrum, majątku, którym dysponuje Centrum – w zakresie aktualnych danych, a także dokumentacji przebiegu i efektów kontroli oraz wystąpień, stanowisk, wniosków i opinii podmiotów ją przeprowadzających, zgodnie z art. 8 ust. 3 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej;
- 7) Przeprowadzenia konkursu na stanowisko pielęgniarki oddziałowej w I Oddziale Rehabilitacji Narządu Ruchu, zgodnie z art. 49 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej;
- 8) Przeprowadzenia konkursu na stanowisko zastępcy dyrektora ds. lecznictwa, zgodnie z art. 49 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.

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

Wystąpienie pokontrolne zawiera 13 ponumerowanych stron.

3. Pouczenia

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:

Departament Zdrowia

H. Hronek

Monika Mroczek
Inspektor

Departament Zdrowia

K. Raczek

Katarzyna Raczek
Kierownik Referatu

z up. ZARZĄDU WOJEWÓDZTWA ŚLĄSKIEGO

Barbara Daniel
Zastępca Dyrektora
Departamentu Zdravia