

Katowice, 25 października 2022 r.  
NZ-NK.1711.14.2021

**Urząd Marszałkowski  
Województwa Śląskiego  
Departament Nadzoru  
Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia**  
(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 (t. j.: Dz. U. z 2021 r. poz. 711 z późn. zm.),
- 2) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych (t. j.: Dz. U. 2015, poz. 1331),
- 3) planu kontroli na 2021 rok, załącznik nr 2, poz. 3 zatwierdzonego uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 469/213/VI/2021 z dnia 24.02.2021 r.,
- 4) Regulaminu kontroli jednostek organizacyjnych Województwa Śląskiego określonego uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 1057/229/VI/2021 z dnia 28.04.2021 r.

#### I. Dane identyfikacyjne kontroli:

**Jednostka kontrolowana:** Śląskie Centrum Rehabilitacji i Prewencji, ul. Zdrojowa 6, 43-340 Ustroń.

#### Kierownik jednostki kontrolowanej:

1. Krzysztof Bestwina (Dyrektor) od 16.09.2019 r. do 20.10.2020 r.;
  2. Barbara Pierchała (p.o. Dyrektora) od 21.10.2020 r. do 31.12.2020 r.;
  3. Czesław Kapała (p.o. Dyrektora) od 01.01.2021 r. do 31.05.2022 r.;
- (Dyrektor) od 01.06.2022 r. do nadal.

Wyżej wymienieni Dyrektorzy w okresie objętym kontrolą wykonywali swoje zadania kierownicze i zarządcze przy pomocy:

- Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa – Michała Gałaszka (od 7.11.2000 r. do 22.07.2021 r. – Zastępca Dyrektora, od 23.07.2021 r., do nadal – p.o. Zastępcy Dyrektora);
  - Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno – Administracyjnych:
    - Joanny Halama od 01.04.2011 r. do 30.06.2020 r.
    - Magdaleny Kłoda – Suchoń od 01.12.2020 r. do nadal;
  - Głównej Księgowej – Beaty Kubaczka od 01.07.2019 r. do nadal
- oraz kierowników komórek organizacyjnych.

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

Kontrolę przeprowadzono w dniach od 04.11.2021 r. do 19.11.2021 r. w zakresie: realizacji zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie; dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych; prawidłowości gospodarowania mieniem oraz środkami publicznymi w latach 2020-2021.

[Dowód: akta kontroli str. 1-15]

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

Osoby przeprowadzające kontrolę:

**Katarzyna Bartoszek** – główny specjalista Departamentu Nadzoru Podmiotów Lecznicznych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w Katowicach, na podstawie upoważnienia jednorazowego nr 545/NZ/2021 z dnia 29.10.2021 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 29.10.2021 r.

**Joanna Bochenek - Bogacz** – inspektor Departamentu Nadzoru Podmiotów Lecznicznych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w Katowicach, na podstawie upoważnienia jednorazowego nr 544/NZ/2021 z dnia 29.10.2021 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 29.10.2021 r.

**Barbara Gwiazda - Amrosz** – główny specjalista Departamentu Nadzoru Podmiotów Lecznicznych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnienia jednorazowego nr 543/NZ/2021 z dnia 29.10.2021 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 29.10.2021 r.

O kontroli p.o. Dyrektora jednostki został poinformowany pismem z dnia 29.10.2021 r. przekazanym za pośrednictwem Poczty Polskiej oraz drogą elektroniczną.

Kontrolę wpisano do książki kontroli pod pozycją 37.

[Dowód: akta kontroli str. 16-24]

## II. Działalność statutowa.

### 1. Ustalenia faktyczne:

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

### 1. Informacje ogólne.

Śląskie Centrum Rehabilitacji i Prewencji 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 00000013336 oraz posiada osobowość prawną i jest wpisane do Krajowego Rejestru Sądowego w Bielsku - Białej pod numerem KRS 0000176888. Siedzibą Centrum jest miasto Ustroń.

Centrum działa na podstawie:

- 1) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (tekst jednolity: Dz. U. z 2022 r. poz. 633 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 2021 r. poz. 1285 z późn. zm.),
- 3) Statutu Centrum, którego tekst jednolity został 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 uchwałą nr 13/2021 z dnia 4.10.2021 r., a następnie wprowadzone Zarządzeniem p.o. Dyrektora Centrum nr 16/2021 z dnia 4.10.2021 r.,
- 5) Procedury postępowania w przypadku dokonywania zmian dotyczących struktury organizacyjnej zakładów leczniczych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie wyrażonej uchwałą nr 801/36/VI/2019 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 17.04.2019 r.,
- 6) w zakresie gospodarki mieniem:
  - a) procedury nabywania aparatury i sprzętu medycznego przez samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie, określonej w uchwale Zarządu Województwa Śląskiego nr 2734/299/VI/2021 z dnia 22.12.2021 r.,
  - b) zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie, określonych w uchwale Zarządu Województwa Śląskiego nr 686/326/VI/2022 z dnia 20 kwietnia 2022 r.,
- 7) innych powszechnie obowiązujących przepisów prawa.

W Centrum zatrudnienie na dzień 4.11.2021 r. roku wynosiło ogółem 159 pracowników:

- 106 pracowników w ramach umowy o pracę,
- 29 pracowników w ramach umowy zlecenia,
- 24 pracowników w ramach umowy kontraktowej.

[Dowód: akta kontroli str. 25]

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

Ostatnie zgłoszenie zmiany do Krajowego Rejestru Sądowego dotyczyło wyznaczenia z dniem 01.01.2021 r. p.o. Dyrektora Centrum dokonanego uchwałą nr 3017/198/VI/2020 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 23.11.2020 r. Przedmiotowy wniosek złożony został do KRS w dniu 07.01.2022r., z zachowaniem wymogu wynikającego z art. 22 ustawy o Krajowym Rejestrze Sądowym z dnia 20 sierpnia 1997 r. (t. j.: Dz. U. z 2021 r. poz. 112 z późn. zm.), który wskazuje 7-dniowy termin na zgłoszenie zmian do KRS. Wpisu dokonano z dniem 22.02.2021 r.

W dniu 26.08.2021 r. złożono wniosek o przyjęcie dokumentów do akt rejestrowych Centrum (sprawozdanie finansowe za 2021 rok).

W trakcie kontroli ustalono, że do Krajowego Rejestru Sądowego zgłoszone zostały wszystkie wymagane prawem informacje o Centrum, w tym wymagane zgodnie z treścią art. 38 pkt 1a w zw. z art. 53a ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym informacje dotyczące adresu strony internetowej oraz poczty elektronicznej Centrum.

[Dowód: akta kontroli str. 26 - 38]

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

W trakcie kontroli sprawdzono zgodność zapisów Regulaminu Organizacyjnego (dalej: Regulamin) Centrum z przepisami ustawy.

Ustalono, że Regulamin nie zawiera wszystkich zapisów wymaganych przez art. 24 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej.

Wskazać należy, iż w przypadku wymogu z art. 24 ust. 1 pkt 11 - wysokość 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 (Dz.U. z 2020 r. poz. 1947) oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym, w Regulaminie Centrum nie wskazano konkretnej kwoty ww. opłaty. W powyższym zakresie Rozdział XII § 35 pkt 2 Regulaminu stanowi, iż „wysokość opłat za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny zawarta jest w cenniku firmy zewnętrznej świadczącej usługi przechowywania zwłok”. Przywołany zapis nie stanowi właściwej realizacji zapisu art. 24 ust. 1 pkt 11 u.d.l. Zapis powinien wprost wskazywać wysokość (kwotę opłaty).

Ponadto wskazać należy, iż Regulamin Centrum nie odpowiada w pełni wymogom art. 24 ust. 1 pkt 4 u.d.l. Zgodnie z przywołanym przepisem, regulamin organizacyjny winien określać m.in. „rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych”. Natomiast zgodnie z art. 8 u.d.l., rodzajami działalności leczniczej są: 1) stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne: a) szpitalne, b) inne niż szpitalne; 2) ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.

Wskazać należy, iż zapisy Rozdziału V Regulaminu Organizacyjnego Centrum „Rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych” nie spełniają ww. wymogu, gdyż nie określają konkretnie w jakich rodzajach działalności leczniczej Centrum udziela świadczeń opieki zdrowotnej. Rozdział IV Regulaminu Organizacyjnego Centrum stanowi:

#### § 7

Centrum udziela świadczeń zdrowotnych służących zachowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia, z zakresu:

- 1) stacjonarnej rehabilitacji leczniczej w zakresie:
  - a) rehabilitacji kardiologicznej;
  - b) rehabilitacji ogólnoustrojowej;
- 2) ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie:
  - a) kardiologii;
  - b) kardiologii dziecięcej;
  - c) chorób metabolicznych;
  - d) geriatry;
  - e) wad postawy;
  - f) medycyny sportowej;
- 3) ambulatoryjnej rehabilitacji leczniczej w zakresie:
  - a) ośrodka rehabilitacji dziennej;
  - b) ośrodka rehabilitacji kardiologicznej;
  - c) lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej;
  - d) fizjoterapii ambulatoryjnej;
- 4) pielęgnacji i opieki nad chorymi (opieka całodobowa);
- 5) diagnostyki medycznej:
  - a) pracowni badań czynnościowych (test wysiłkowy, 24 godzinne monitorowanie EKG i ciśnienia, spirometria);
  - b) pracowni diagnostyki ultradźwiękowej (UKG serca, USG jamy brzusznej, układu ruchu i małych narządów);

- 6) rehabilitacji leczniczej (dział fizjoterapii, pracownia psychologiczna);
- 7) orzekania o stanie zdrowia i czasowej niezdolności do pracy;
- 8) prewencji i promocji zdrowia.

W ocenie kontrolujących, zapisy przywołanego rozdziału Regulaminu Organizacyjnego Centrum powinny wprost wskazywać, że Centrum udziela świadczeń zdrowotnych w rodzajach działalności leczniczej: stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne oraz ambulatoryjne świadczenia zdrowotne, a następnie określić w jakich zakresach udzielane są świadczenia zdrowotne w Centrum.

Kontrolujący stwierdzili, że cele oraz zadania Centrum określone w Regulaminie Organizacyjnym nie są tożsame z wpisanymi do Statutu Centrum, w obowiązującym brzmieniu nadanym uchwałą nr VI/42/42/2017 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 18 września 2017 roku w sprawie zmiany uchwały nr VI/12/36/2015 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 21 września 2015 roku dot. nadania statutu Śląskiemu Centrum Rehabilitacji i Prewencji. Rozbieżności obrazuje poniższa tabela.

	Regulamin Organizacyjny Centrum – § 3	Statut Centrum – Rozdział 2 Cele i zadania
Cele	1. Celem Centrum jest: 1) udzielanie specjalistycznych świadczeń rehabilitacyjnych; 2) innych świadczeń zdrowotnych wynikających z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania; 3) prewencja i promocja zdrowia.	§ 3 Celem działania Szpitala jest: 1) udzielanie świadczeń zdrowotnych służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania; 2) promocja zdrowia.
Zadania	2. Do zadań Centrum należy: 1) udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu: a. stacjonarnej rehabilitacji leczniczej; b. ambulatoryjnej opieki specjalistycznej; c. ambulatoryjnej rehabilitacji leczniczej; d. diagnostyki medycznej; e. rehabilitacji leczniczej; 2) prewencja i promocja zdrowia; 3) orzekanie o stanie zdrowia i czasowej niezdolności do pracy; 4) kształcenie i szkolenie personelu medycznego.	§ 4 Do zadań Szpitala należy: 1) udzielanie stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych szpitalnych; 2) udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych; 3) prowadzenie działalności diagnostycznej; 4) prowadzenie działań z zakresu zdrowia publicznego, w tym profilaktyka i prewencja chorób, promocja zdrowia i edukacja zdrowotna; 5) 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; 6) uczestniczenie w przygotowywaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i kształceniu osób wykonujących zawody medyczne na zasadach określonych w odrębnych przepisach regulujących kształcenie tych osób; 7) orzekanie o stanie zdrowia i czasowej niezdolności do pracy; 8) realizacja zleconych przez właściwy organ określonych zadań związanych z obroną cywilną, sprawami obronnymi i ochroną ludności.

Tabela nr 1 – Porównanie zapisów Regulaminu Organizacyjnego ze Statutem Centrum w zakresie celów i zadań samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

Sprawdzono zgodność zapisów Regulaminu w zakresie struktury organizacyjnej komórek działalności medycznej oraz miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych z Księgą Rejestrową nr 000000013981 widniejącą w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (dalej: Rejestr) według stanu na dzień 4.11.2021 r.

Stwierdzono wpis do Rejestru wszystkich komórek organizacyjnych związanych z prowadzoną w Szpitalu działalnością medyczną.

Zgodność Regulaminu Organizacyjnego Centrum z Rejestrem Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonym przez Wojewodę Śląskiego prezentuje przedstawiona poniżej tabela.

REGULAMIN ORGANIZACYJNY			REJESTR PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ PROWADZONY PRZEZ WOJEWODĘ	
L.P.	NAZWA JEDNOSTKI/ KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ	LICZBA ŁÓŻEK/ MIEJSC DZIENNEGO POBYTU/ STANOWISK/ INNE	NAZWA JEDNOSTKI/ KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ	LICZBA ŁÓŻEK/ MIEJSC DZIENNEGO POBYTU/ STANOWISK/ INNE
1	2	3	4	5
<b>A</b>	<b>ZAKŁAD LECZNICZY</b>			
	Specjalistyczny Szpital Rehabilitacyjny		Specjalistyczny Szpital Rehabilitacyjny	
<b>I</b>	<b>JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZAKŁADU LECZNICZEGO</b>			
	Specjalistyczny Szpital Rehabilitacyjny		Specjalistyczny Szpital Rehabilitacyjny	
<b>1</b>	<b>KOMÓRKA DZIAŁANOŚCI MEDYCZNEJ</b>			
1.1.	I Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej z Salą Intensywnej Opieki medycznej	58	I Oddział rehabilitacji kardiologicznej	58
1.2.	II Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej	56	II Oddział rehabilitacji kardiologicznej	56
1.3.	Oddział Rehabilitacji Narządu Ruchu	37	Oddział rehabilitacji narządu ruchu	37
1.4.	Pracownia Diagnostyki		Pracownia diagnostyki	
1.5.	Izba Przyjęć		Izba przyjęć	
1.6.	Dział Farmacji Szpitalnej		Dział Farmacji Szpitalnej	
1.7.	Pracownia Psychologiczna		Pracownia psychologiczna	
<b>B</b>	<b>ZAKŁAD LECZNICZY</b>			
	Ambulatoryjna Opieka Zdrowotna		Ambulatoryjna Opieka Zdrowotna	
<b>I</b>	<b>JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZAKŁADU LECZNICZEGO</b>			
	Ambulatoryjna Opieka Zdrowotna		Ambulatoryjna Opieka Zdrowotna	
<b>1</b>	<b>KOMÓRKA DZIAŁANOŚCI MEDYCZNEJ</b>			
1.1.	Poradnia Rehabilitacyjna		Poradnia rehabilitacyjna	
1.2.	Poradnia Kardiologiczna		Poradnia kardiologiczna	
1.3.	Poradnia Kardiologii Dziecięcej		Poradnia kardiologii dziecięcej	
1.4.	Poradnia Chorób Metabolicznych		Poradnia chorób metabolicznych	
1.5.	Ośrodek Rehabilitacji Diennej		Ośrodek rehabilitacji dziennej	
1.6.	Ośrodek Rehabilitacji Kardiologicznej		Ośrodek Rehabilitacji Kardiologicznej	

1.7	Dział Fizjoterapii		Dział fizjoterapii	
1.8	Poradnia Geriatryczna		Poradnia Geriatryczna	
1.9	Poradnia Wad Postawy		Poradnia Wad Postawy	
2.0	Poradnia Medycyny Sportowej		Poradnia Medycyny Sportowej	

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

Stwierdzono rozbieżności pomiędzy zapisami Regulaminu Organizacyjnego a zapisami widniejącymi w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonym przez Wojewodę Śląskiego w zakresie przyjętych nazw nw. komórek organizacyjnych:

- I Oddział rehabilitacji kardiologicznej,
- II Oddział rehabilitacji kardiologicznej,
- Oddział rehabilitacji narządu ruchu,
- Pracownia diagnostyki,
- Izba przyjęć,
- Pracownia psychologiczna,
- Poradnia rehabilitacyjna,
- Poradnia kardiologiczna,
- Poradnia kardiologii dziecięcej,
- Poradnia chorób metabolicznych,
- Ośrodek rehabilitacji dziennej,
- Dział fizjoterapii.

W okresie objętym kontrolą Centrum nie dokonywało zmian w strukturze organizacyjnej oraz zmian liczby łóżek.

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

Centrum prowadzi stronę internetową pod adresem: <https://scr-ustron.com.pl/> oraz powiązaną z nią stronę BIP pod adresem: <https://bip-slaskie.pl/scrust/>. Kontrola wykazała, że na stronie internetowej oraz stronie BIP Centrum nie umieszczono informacji dotyczącej 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 (Dz.U. z 2020 r. poz. 1947) oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym, czyli informacji wymaganej w art. 24 ust. 2 w zw. z art. 24 ust. 1 pkt 11 u.d.l. Ponadto nie wskazano poprawnej informacji o rodzajach działalności leczniczej (art. 24 ust. 2 w zw. z art. 24 ust. 1 pkt 4 u.d.l.).

Na stronie BIP Centrum informacje wymagane przez art. 24 ust. 2 w zw. z art. 24 ust. 1 pkt 9 i 12 u.d.l.) nie zostały umieszczone w osobnej zakładce (jak w przypadku strony internetowej Centrum) a w treści Regulaminu Organizacyjnego. Kontrolujący wskazują, iż informacje te (cenniki) winny zostać zamieszczone osobno, aby zainteresowani nie musieli ich szukać w treści Regulaminu.

W toku kontroli stwierdzono także, że informacje wymagane przez przepisy ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej zostały zamieszczone na stronie BIP Centrum.

Informacje, o których mowa we wskazanym powyżej przepisie ustawy o działalności leczniczej, zostały wywieszane w widocznych miejscach w poszczególnych jednostkach organizacyjnych Centrum.

[Dowód: akta kontroli str. 39 - 108]

#### **B. Stwierdzona nieprawidłowość (przyczyny, skutki):**

1. Brak zgodności pomiędzy zapisami Regulaminu Organizacyjnego Centrum i Statutu w zakresie zadań i celów Centrum, czym naruszono art. 24 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
2. Brak zgodności rodzaju działalności leczniczej wskazanej w treści Regulaminu Organizacyjnego Centrum a także na stronie internetowej i stronie podmiotowej BIP Centrum, z zapisami art. 8 ustawy 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, czym naruszono ww. przepis w związku z art. 24 ust. 1 pkt 4 tej ustawy.
3. Nieprawidłowość polegająca na braku wskazania w treści Regulaminu Organizacyjnego Centrum, a także na stronie internetowej i stronie podmiotowej BIP Centrum 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 (Dz.U. z 2020 r. poz. 1947) oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym, czym naruszono art. 24 ust. 1 pkt 11 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
4. Brak zgodności nazewnictwa komórek organizacyjnych działalności medycznej widniejących w Regulaminie Organizacyjnym Centrum z ujawnionymi w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą.

#### Przyczyny nieprawidłowości:

1. Niedochowanie należytej staranności w zakresie spełnienia wymogów ustawowych poprzez:
  - określenie w Regulaminie zadań i celów Centrum, nie będących w pełni tożsamymi z wyszczególnionymi w Statucie,
  - określenie w Regulaminie Organizacyjnym Centrum rodzaju działalności leczniczej niezgodnej ze wskazanymi w ustawie o działalności leczniczej,
  - niezamieszczenie wszystkich wymaganych informacji w treści Regulaminu Organizacyjnego, na stronie internetowej oraz stronie podmiotowej BIP Centrum,
  - brak ujednoczenia nazewnictwa komórek organizacyjnych działalności medycznej widniejących w Regulaminie Organizacyjnym Centrum z ujawnionymi w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą.
2. Brak odpowiedniego nadzoru nad pracownikami odpowiedzialnymi za aktualizację Regulaminu Organizacyjnego Centrum oraz wytwarzanie wymaganych informacji i zamieszczanie ich na stronie internetowej i stronie podmiotowej BIP Centrum.

Wskazane nieprawidłowości nie stanowią rażącego naruszenia przepisów prawa.

#### **C. Ocena częściowa:**

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.

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

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

Podstawowym celem działalności Centrum jest udzielanie świadczeń zdrowotnych i promocja zdrowia. Centrum prowadzi działalność medyczną w ramach umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia o świadczenie usług medycznych, w obiekcie zlokalizowanym w Ustroniu przy ul. Zdrojowej 6.

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

W ramach czynności kontrolnych przeprowadzono wizytację wybranych komórek medycznych. Szczegółową kontrolą objęto funkcjonowanie:

- 1) Oddziału rehabilitacji narządu ruchu;
- 2) Poradni kardiologicznej;
- 3) Poradni rehabilitacyjnej.

##### **1) Oddział rehabilitacji narządu ruchu**

Oddział wpisany jest do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 003 (kod resortowy identyfikujący komórkę organizacyjną stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych), kod resortowy charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych: 4302 Oddział rehabilitacji narządu ruchu. Oddział został wpisany do Rejestru z dniem 7.11.2000 r. i dysponuje 37 łózkami.

W Oddziale udzielane są świadczenia zdrowotne z zakresu rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych dla pacjentów ze schorzeniami narządu ruchu, wymagających wszechstronnego postępowania usprawniającego, kompleksowej rehabilitacji, całodobowego nadzoru medycznego przede wszystkim po przebytych zabiegach operacyjnych, wszczepieniach endoprotez stawowych, złamaniach, urazach.

Liczba hospitalizowanych w Oddziale pacjentów w kontrolowanym okresie wyniosła:

- 416 w 2020 r.
- 446 w 2021 r.

Wg stanu na 4.11.2021 r. liczba oczekujących na przyjęcie do Oddziału w trybie pilnym to 11 osób, natomiast w trybie stabilnym to 334 osoby.

Zatrudnienie w Oddziale wynosi: 8 lekarzy, 6 pielęgniarek, 10 fizjoterapeutów, psycholog, terapeuta zajęciowy, neurologopeda i masażysta.

##### **2) Poradnia kardiologiczna**

Poradnia wpisana jest do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 012 (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: 1100 Poradnia kardiologiczna. Komórka została wpisana do Rejestru z dniem 25.04.2005 r.

W Poradni udzielane są świadczenia zdrowotne z zakresu diagnostyki i leczenia chorób serca i układu krążenia, w tym przede wszystkim: choroby nadciśnieniowej, przewlekłej choroby niedokrwiennej serca, niereumatologicznego zaburzenia funkcji i czynności zastawek, zaburzeń

przewodnictwa, zaburzeń rytmu serca, omdleń i zapaści.

Liczba porad udzielonych w Poradni w kontrolowanym okresie wyniosła:

- 2852 w 2020 r.
- 3008 w 2021 r.

Wg stanu na 4.11.2021 r. liczba oczekujących na udzielenie świadczeń zdrowotnych w Poradni w trybie pilnym to 0 osób, natomiast w trybie stabilnym 612 osób.

Zatrudnienie w Poradni wynosi: 4 lekarzy, 3 pielęgniarki.

Godziny otwarcia Poradni przedstawiają się następująco: poniedziałki od 7.30 do 9.00, wtorki od 7.30 do 18.00, środy od 7.30 do 9.00 i od 11.00 do 15.00, czwartki od 7.30 do 14.00, piątki od 7.45 do 9.00 i od do 13.00, soboty od 9.00 do 13.00.

Godziny pracy Poradni zgłoszone do Portalu Potencjału NFZ są zgodne z informacjami umieszczonymi na drzwiach Poradni.

### **3) Poradnia rehabilitacyjna**

Poradnia wpisana 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: 1300 Poradnia rehabilitacyjna. Komórka została wpisana do Rejestru z dniem 7.11.2000 r.

W Poradni udzielane są świadczenia zdrowotne z zakresu porad rehabilitacyjnych, zabiegowych oraz kompleksowych w warunkach ambulatoryjnych oraz domowych. Poradnia kieruje na zabiegi fizjoterapeutyczne (fizykoterapeutyczne oraz kinezyterapeutyczne).

Liczba porad udzielonych w Poradni w kontrolowanym okresie wyniosła:

- 1142 w 2020 r.
- 1235 w 2021 r.

Wg stanu na 4.11.2021 r. liczba oczekujących na udzielenie świadczeń zdrowotnych w Poradni w trybie pilnym to 0 osób, natomiast w trybie stabilnym 146 osób.

Zatrudnienie w Poradni wynosi: 5 lekarzy.

Godziny otwarcia Poradni przedstawiają się następująco: poniedziałki od 13.00 do 18.00, wtorki od 8.00 do 13.30, środy od 10.00 do 12.00, czwartki od 8.00 do 13.30.

Godziny pracy Poradni zgłoszone do Portalu Potencjału NFZ są zgodne z informacjami umieszczonymi na drzwiach Poradni.

[Dowód: akta kontroli str. 109 - 116]

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

Przedmiotem weryfikacji przeprowadzonej przez kontrolujących były umowy:

- 1) Nr EDO/05/2020 z dnia 21.04.2020 r. na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu w Śląskim Centrum Rehabilitacji i Prewencji.
- 2) Nr 32/2020/NL z dnia 28.12.2020 r. na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie uzupełnienia zabezpieczenia dyżurowego pacjentów Śląskiego Centrum Rehabilitacji i Prewencji.

**Ad. 1)** Nr EDO/05/2020 z dnia 21.04.2020 r.

Umowa została zawarta na podstawie przepisu art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Z uwagi na wartość umowy (tj. poniżej 30 000 Euro), na podstawie art. 26 ust. 4a, udzielenie zamówienia nie nastąpiło w efekcie konkursu.

Umowa została zawarta w formie pisemnej, na czas określony tj. od dnia 21.04.2020 r. do dnia 31.12.2021 r.

Przedmiotowa umowa zawiera wszystkie zapisy określone w art. 27 ust. 4 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:

- ŚCR/5/20020 z dnia 30.05.2020 r. - stawka za zrealizowane świadczenia zgodna z umową,
- ŚCR/5/2021 z dnia 31.05.2021 r. - stawka za zrealizowane świadczenia zgodna z umową.

**Ad. 2)** Nr 32/2020/NL z dnia 28.12.2020 r.

Umowa została zawarta w wyniku przeprowadzonego przez Szpital postępowania konkursowego na podstawie przepisu art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Umowa została zawarta w formie pisemnej, na czas określony tj. od dnia 01.01.2021 r. do dnia 31.12.2022 r.

Przedmiotowa umowa zawiera wszystkie zapisy określone w art. 27 ust. 4 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:

- 05/03/2021 z dnia 31.03.2021 r. - stawki za zrealizowane świadczenia zgodne z umową,
- 08/09/2021 z dnia 30.09.2021 r. - stawki za zrealizowane świadczenia zgodne z umową.

Przeprowadzona weryfikacja ww. umów wykazała brak określenia wartości zamówienia zgodnie z obowiązkiem wynikającym z art. 44 ust. 3 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (t.j.: Dz. U. z 2021 r. poz. 305 z późn. zm.). Zasadnym byłoby wprowadzenie do umów zapisów regulujących kwestie ich maksymalnej wartości, w celu określenia całkowitej wartości zobowiązania i zapewnienia kontroli realizacji umowy.

[Dowód: akta kontroli str. 117 - 169]

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

Kontrolujący w ramach kontroli jakości świadczonych usług zweryfikowali paszporty techniczne niżej wymienionych urządzeń, na których wykonywane są usługi medyczne:

- 1) Elektrokardiograf typ GREY – nr seryjny: 6010, rok produkcji: 2017. Ostatni przegląd okresowy odbył się terminowo w dniu 20.08.2021 r. Zgodnie z wpisem urządzenie sprawne. Przegląd ważny do 20.08.2022 r.,
- 2) Wózek do przewozu pacjentów, rok produkcji: 2001. Ostatni przegląd okresowy odbył się terminowo w dniu 25.01.2021 r. Zgodnie z wpisem urządzenie sprawne. Przegląd ważny do 25.01.2022 r.,
- 3) Stolik/stanowisko do pobierania krwi - rok produkcji: 2001. Ostatni przegląd okresowy odbył się terminowo w dniu 15.01.2021 r. Zgodnie z wpisem urządzenie sprawne. Przegląd ważny do 15.01.2022 r.,
- 4) Ascard - aparat EKG, typ A4 – nr seryjny: 576/98/6P, rok produkcji: 1998. Ostatni przegląd okresowy odbył się terminowo w dniu 20.08.2021 r. Zgodnie z wpisem urządzenie sprawne. Przegląd ważny do 20.08.2022 r.,
- 5) Lampa bakteriobójcza przepływową przewoźną, typ NBVE 60P – nr seryjny: 20171008, rok produkcji: 2017. Ostatni przegląd okresowy odbył się terminowo w dniu 20.08.2021 r. Zgodnie z wpisem urządzenie sprawne. Przegląd ważny do 20.08.2022 r.

Zgodnie z poczynionymi ustaleniami serwis aparatów oraz sprzętu medycznego prowadzony w Centrum przebiega bez zastrzeżeń.

[Dowód: akta kontroli str. 170 - 191]

#### 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 Centrum.

Skargi rozpatrywane są w oparciu o *Procedurę rozpatrywania skarg i wniosków*, stanowiącą Dokument Zintegrowanego Systemu Zarządzania Jakością i Bezpieczeństwem.

Zgodnie z ww. Procedurą, skargi i wnioski mogą być wnoszone pisemnie, za pomocą telefaksu, poczty elektronicznej oraz ustnie do protokołu. Wzór protokołu przyjęcia skargi wniesionej ustnie stanowi załącznik do Procedury. Rozpatrywanie 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 umożliwiające kontrolę przebiegu realizacji skarg, zgodnie z art. 254 Kodeksu postępowania administracyjnego. Informacja o skargach jest cyklicznie przedstawiana Radzie Społecznej Centrum.

W okresie objętym kontrolą do Centrum wpłynął jeden wniosek.

Poniżej przedstawiono zestawienie skarg w okresie objętym kontrolą.

L.P.	LATA	LICZBA SKARG	LICZBA SKARG UZNANYCH ZA ZASADNE	LICZBA SKARG UZNANYCH ZA NIEZASADNE	ODPOWIEDŹ UDZIELONA SKARŻĄCEMU	INFORMACJA PRZEDSTAWIONA NA RADZIE SPOŁECZNEJ
1	2	3	4	5	6	7
1	2020	9	1	8	TAK	TAK
2	2021	2	0	2	TAK	TAK

Tabela nr 3 – zestawienie skarg w okresie 01.01.2020 r. – 4.11.2021 r.

[Dowód: akta kontroli str. 192 - 206]

#### 5. Realizacja Świadczeń Zdrowotnych.

##### 5.1. Finansowanie udzielanych świadczeń.

Centrum na dzień przeprowadzania kontroli (tj. 04.11.2021 r.) realizowało świadczenia zdrowotne w poszczególnych komórkach organizacyjnych w ramach kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia, jak również z innych źródeł finansowania. Finansowanie świadczeń wg poszczególnych źródeł ich uzyskania zostało szczegółowo przedstawione w poniższej tabeli.

		REALIZACJA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH			KOLEJKA OCZEKUJĄCYCH		
Lp	KOMÓRKI DZIAŁALNOŚCI MEDYCZNEJ	W RAMACH KONTRAKTU Z NFZ	INNE ŹRÓDŁA FINANSOWANIA - JAKIE (W TYM PROGRAMY ZDROWOTNE, PROGRAMY UNIJNE, INNE)	KOMÓRKA NIE REALIZUJE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH	RODZAJ ŚWIADCZENIA	PILNE	STABILNE
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Ośrodek rehabilitacji kardiologicznej	x	Program KOS-zawał		Rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa w ośrodku/oddziale dziennym	0	17
2	Fizjoterapia ambulatoryjna	x			Fizjoterapia ambulatoryjna	0	146
3	Poradnia rehabilitacyjna	x			Lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna	0	146
4	Ośrodek rehabilitacji ogólnoustrojowej	x			Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym	0	48
5	Oddział I rehabilitacji kardiologicznej	x	Program KOS-zawał		Rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa w warunkach stacjonarnych	0	117
6	Oddział II rehabilitacji kardiologicznej	x	Program KOS-zawał		Rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa w warunkach stacjonarnych	0	126
7	Oddział rehabilitacji narządu ruchu	x			Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych	11	334
8	Poradnia chorób metabolicznych	x			Świadczenia z zakresu chorób metabolicznych	0	168
9	Poradnia kardiologiczna	x			Świadczenia z zakresu kardiologii	0	612
10	Poradnia kardiologii dziecięcej	x			Świadczenia z zakresu kardiologii dziecięcej	0	284
11	Oddział I rehabilitacji kardiologicznej	x			Rehabilitacja po przebytej chorobie COVID	0	6
12	Oddział II rehabilitacji kardiologicznej	x			Rehabilitacja po przebytej chorobie COVID	0	12

13	Pracownia diagnostyki	Komórka działalności pomocniczej na rzecz oddziałów stacjonarnych, ośrodków dziennych, poradni kardiologicznej, kardiologii dziecięcej.		nie dotyczy		
14	Pracownia psychologiczna	Komórka działalności pomocniczej na rzecz oddziałów stacjonarnych, ośrodków dziennych.		nie dotyczy		
15	Izba przyjęć	Komórka działalności pomocniczej na rzecz oddziałów stacjonarnych		nie dotyczy		
16	Dział farmacji szpitalnej	Komórka działalności pomocniczej na rzecz oddziałów stacjonarnych, ośrodków dziennych, fizjoterapii oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.		nie dotyczy		
17	Poradnia wad postawy		x	nie dotyczy		
18	Poradnia geriatryczna		x	nie dotyczy		
19	Poradnia medycyny sportu		x	nie dotyczy		

Tabela nr 4 - realizacja świadczeń zdrowotnych wg. stanu na dzień 04.11.2021 r.

Komórki pn. Poradnia wad postawy, Poradnia geriatryczna, Poradnia medycyny sportu nie realizują świadczeń zdrowotnych ze względu na brak kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia. W przekazanych kontrolującym pisemnych wyjaśnieniach p.o. Dyrektora Centrum wskazał, iż ww. komórki utworzone zostały i wpisane do Rejestru w 2017 roku, w celu przystąpienia do konkursów na udzielanie świadczeń w przedmiotowych zakresach. Narodowy Fundusz Zdrowia nie ogłosił w tym okresie konkursów. Kierujący Centrum wskazał, iż z uwagi na „długi czas rejestracji nowych komórek medycznych oraz przygotowanie się do postępowania konkursowego (zatrudnienie personelu, zakup sprzętu medycznego), w/w poradnie nie zostały wykreślone z rejestru”.

Szczegółowe informacje dotyczące świadczeń realizowanych na podstawie umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia zostały w poniższej tabeli.

L.P.	KOD UMOWY	RODZAJ ŚWIADCZENIA	KWOTA (zł)	OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY
1	2	3	4	5
1.	122/107535/05/2021	Rehabilitacja lecznicza	8 615 422,15	od 01.01.2021 do 31.12.2021
2.	124/107535/02/1/2021	Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	697 567,75	od 01.01.2021 do 31.12.2021

Tabela nr 5 – Zestawienie podpisanych umów z NFZ na dzień 04.11.2021 r.

Podstawowym zakresem świadczeń medycznych udzielanych przez Centrum jest rehabilitacja lecznicza.

[Dowód: akta kontroli str. 207-209]

## 5.2. Certyfikaty jakości.

Centrum posiada Certyfikat Systemu Zarządzania Jakością zgodny z Normą PN-EN ISO 9001 oraz Certyfikat Systemu Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji zgodny z Normą ISO/IEC 27001 w zakresie świadczenia usług zdrowotnych w lecznictwie ambulatoryjnym oraz szpitalnym. Ww. certyfikaty zostały nadane na okres od 11.12.2020 r. do 10.12.2023 r.

[Dowód: akta kontroli str. 210]

### 5.3. Wykonywanie badań satysfakcji pacjenta.

Monitorowanie poziomu zadowolenia pacjentów korzystających z opieki medycznej w Centrum opiera się na Dokumencie Zintegrowanego Systemu Zarządzania Jakością i Bezpieczeństwem pn. Badanie opinii Pacjentów/Klientów. Wskazany dokument jest instrukcją, która zawiera w swym składzie dla pacjenta przebywającego w Centrum w trybie stacjonarnym oraz ambulatoryjnym. Przedmiotowe ankiety są przekazywane pacjentom indywidualnie przy przyjęciu do szpitala lub poradni specjalistycznej. Za analizę wyników oraz sporządzanie raportów odpowiada Sekcja statystyki. Raporty sporządzane są:

- miesięcznie dla ankiet zebranych od pacjentów stacjonarnych;
- kwartalnie dla ankiet zebranych od pacjentów ambulatoryjnych.

Kontrolującym przedstawiono wybrane sprawozdania miesięczne na miesiąc czerwiec 2020 r. oraz czerwiec 2021 r. dla pacjentów stacjonarnych.

Z analizy ankiet sprawozdań wynika, że większość badanych pacjentów (powyżej 90%) w obu sprawozdaniach jest zadowolona z procedury przyjęcia do oddziału, warunków zakwaterowania, żywienia, opieki lekarskiej i pielęgniarskiej oraz jakości wraz z efektami zabiegów rehabilitacyjnych. Niemniej jednak pacjenci zgłaszali również uwagi tj. zbyt mała powierzchnia pokoi, niski standard. Nie wnosi się zastrzeżeń do sposobu badania satysfakcji pacjenta w Centrum.

[Dowód: akta kontroli str. 211-228]

### 5.4. Inwestycje związane z dostosowaniem podmiotu do wymagań wynikających z przepisów prawa.

W okresie objętym kontrolą nie przeprowadzono inwestycji w przedmiotowym zakresie. Centrum planuje wykonać inwestycje, które zostały ujęte w poniższej tabeli:

KOSZTY PLANOWANE			
ZAKRES	WYNIKAJĄCY Z ROZPORZĄDZENIA (PLANOWANA DATA REALIZACJI)	SZACUNKOWY KOSZT DOSTOSOWANIA	UWAGI
1	2	3	4
Budowa zbiornika wody (rezerwowego źródła zaopatrzenia w wodę)	2023 r.	370 000,00	Centrum jest zasilane w wodę z miejskiej sieci eksploatowanej przez Wodociągi Ziemi Cieszyńskiej, z wodociągu II strefy. W przypadku awarii sieci pomiędzy zbiornikiem II strefy, a szpitalem istnieje możliwość zasilania z wodociągu I strefy.
Poszerzenie otworów drzwiowych (możliwość wyprowadzenia każdego łóżka z pokoju)	IV kwartał 2022 r.	100 000,00 zł	Pacjenci nie wymagają na co dzień intensywnej pielęgnacji. Szeroki dostęp do łóżka, wywóz łóżka z pacjentem, kubatura pomieszczenia nie zagraża pacjentom pod względem epidemiologicznym.

Tab 6-Planowane inwestycje w Centrum

[Dowód: akta kontroli str. 230]

## 5.5. Normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych.

KOMÓRKI	ZATRUDNIENIE WG STANU NA DZIEŃ 04.11.2021 (w etatach)	OBOWIĄZUJĄCA NORMA W PRZELICZENIU NA LICZBĘ ŁÓŻEK	WSKAŹNIK ZATRUDNIENIA W PRZELICZENIU NA LICZBĘ ŁÓŻEK
1	2	3	4
1. I Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej	10,5	w rehabilitacji medycznej brak normy w przeliczeniu na liczbę łóżek	0,2
2. II Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej	12	w rehabilitacji medycznej brak normy w przeliczeniu na liczbę łóżek	0,2
3. Oddział Rehabilitacji Narządu Ruchu	6	w rehabilitacji medycznej brak normy w przeliczeniu na liczbę łóżek	0,2

Tab 7-Normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 września 2021 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego świadczeniodawca udzielający świadczeń w trybie hospitalizacji, o których mowa w § 3 ust. 1, jest zwolniony z obowiązku spełniania wymagań określonych w załączniku nr 3, w części dotyczącej warunków realizacji świadczeń odnoszących się do wymaganego personelu lekarskiego oraz pielęgniarskiego, pod warunkiem zapewnienia przez kierownika podmiotu leczniczego ciągłości procesu leczniczego i bezpieczeństwa zdrowotnego świadczeniobiorców.

Ponadto ze Stanowiska nr 54 Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 5 października 2021 r. w sprawie przywrócenia obowiązku stosowania przez świadczeniodawców minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych oraz wznowienia prac w zakresie wdrożenia norm zatrudnienia w poszczególnych zakresach świadczeń zdrowotnych dotychczas nieobjętych regulacjami prawnymi wynika, iż w okresie kontroli dla gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej takich jak m.in. rehabilitacja lecznicza normy nie zostały opracowane.

Według stanu na dzień 04.11.2021 r. w I Oddziale rehabilitacji kardiologicznej zatrudnienie wyniosło 10,5 etatu, w II Oddziale rehabilitacji kardiologicznej 12 etatów, natomiast w Oddziale rehabilitacji narządu ruchu 6 etatów.

Dyrekcja Szpitala podejmuje działania mające na celu zapewnienie ciągłości procesu leczniczego i bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów.

[Dowód: akta kontroli str. 231]

## 5.6. Braki kadrowe.

Na dzień kontroli Centrum wskazało na braki kadrowe w poniższych grupach zawodowych.

L.P.	GRUPA ZAWODOWA PERSONELU, W KTÓREJ WYSTĘPUJĄ BRAKI KADROWE	LICZBA BRAKUJĄCEGO PERSONELU (w osobach)	LICZBA BRAKUJĄCEGO PERSONELU (w etatach)	KOMÓRKA ORGANIZACYJNA, W KTÓREJ WYSTĘPUJE BRAK	PRZYCZYNA BRAKU	CZY PODEJMOWANE BYŁY DZIAŁANIA W KIERUNKU POZYSKANIA KADRY	OPIS I EFEKT PODJĘTYCH DZIAŁAŃ
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Kardiolog	1	1	I Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej	Rozszerzenie działalności komórki	Tak- ogłoszenia, rozmowy rekrutacyjne	Rekrutacja trwa nadal
2	Psycholog	1	1	Ośrodek Dzienny Rehabilitacji Kardiologicznej	Zabezpieczenie stanowiska (pozyskanie specjalisty na miejsce dotychczasowego pracownika)	Tak- rozmowy rekrutacyjne	Rekrutacja trwa nadal

Tab. nr 8-Braki kadrowe na dzień 04.11.2021 r.

[Dowód: akta kontroli str. 232]



## 5.7. Funkcjonowanie systemu kontroli / oceny zakażeń.

W Centrum zarządzeniem Dyrektora nr 4/2020 z dnia 03.02.2020 r. powołany został Zespół i Komitet Kontroli Zakażeń Szpitalnych.

Do zadań trzysobowego Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych należy:

- 1) Bieżące monitorowanie i rejestracja zakażeń szpitalnych.
- 2) Aktywne zwalczanie ognisk epidemicznych zakażeń szpitalnych.
- 3) Opracowywanie rocznych programów kontroli zakażeń szpitalnych.
- 4) Realizacja programu kontroli zakażeń szpitalnych.
- 5) Formułowanie raportów dla członków Komitetu oraz Dyrekcji.
- 6) Identyfikacja i kontrola endemicznych i epidemicznych przypadków zakażeń szpitalnych.
- 7) Opracowywanie, wprowadzanie, kontrola realizacji i skuteczności procedur oraz instrukcji.
- 8) Kontrola wszystkich ogniw odpowiedzialnych za realizację programu kontroli zakażeń szpitalnych.
- 9) Aktywna współpraca z laboratorium mikrobiologicznym, oddziałami szpitala i działem farmacji szpitalnej w zakresie kontroli zakażeń szpitalnych.
- 10) Uaktualnianie zaleceń, procedur i instrukcji.
- 11) Planowanie i realizacja edukacji personelu w zakresie kontroli zakażeń szpitalnych.

Do zadań ósmiosobowego Komitetu Kontroli Zakażeń Szpitalnych należy:

- 1) Opracowywanie planów i kierunków systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych.
- 2) Ocena i analiza wyników kontroli wewnętrznej przedstawionych przez Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych.
- 3) Opracowywanie i aktualizacja standardów farmakoprofilaktyki i farmakologii zakażeń i chorób zakaźnych w Szpitalu.

Członkowie Zespołu i Komitetu odbywają cykliczne spotkania raz w miesiącu lub częściej w razie potrzeby.

W okresie objętym kontrolą liczba zakażeń szpitalnych kształtowała się następująco:

- 2020 rok – 109 zakażeń (47 w I Oddziale rehabilitacji kardiologicznej, 31 w II Oddziale rehabilitacji kardiologicznej, 31 w Oddziale rehabilitacji narządu ruchu),
- 2021 rok (do dnia kontroli) – 74 zakażeń (34 w I Oddziale rehabilitacji kardiologicznej, 30 w II Oddziale rehabilitacji kardiologicznej, 10 w Oddziale rehabilitacji narządu ruchu).

Pomimo powołania przez Centrum Zespołu i Komitetu Kontroli Zakażeń Szpitalnych z Oświadczenia Dyrektora wynika, iż jego skład nie jest w pełni zgodny z przepisami ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Kontrolujący zostali poinformowani, iż w składzie Zespołu brakuje lekarza specjalizacji mikrobiologii lekarskiej lub diagnosty laboratoryjnego. Centrum obecnie nie zatrudnia osób o takich kwalifikacjach.

[Dowód: akta kontroli str. 233-237]

## 5.8. Kontrola zawieranych umów.

W związku z faktem, iż Centrum pozyskuje zewnętrzne usługi medyczne i niemedyce dokonano weryfikacji, czy prowadzony jest nadzór nad wykonywaniem zleconych zadań zmierzający do zwiększenia jakości realizowanych świadczeń oraz efektywnego wydatkowania środków publicznych.

L.P.	RODZAJ DZIAŁALNOŚCI ZLECANY PODMIOTOM ZEWNĘTRZNYM	CZY AKTUALNE UMOWY REGULUJĄ KWESTIE ZWIĄZANE Z KONTROLĄ ŚWIADCZONYCH USŁUG	ZAKRES UPRAWNIENI KONTROLNYCH PODMIOTU LECZNICZEGO OBJĘTY UMOWĄ	CZY PODMIOT KONTROLUJE REALIZACJĘ UMÓW ZGODNIE Z ZAPISAMI UMOWY	OPIS DZIAŁAŃ KONTROLNYCH WOBEC PODMIOTU ZEWNĘTRZNEGO REALIZUJĄCEGO UMOWĘ <i>(jeśli są podejmowane)</i>
1	2	3	4	5	6
1	ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE:				
1.1.	dyżury lekarskie	TAK	zgodnie z umową	TAK	Sprawdzanie ilości dyżurów z harmonogramem oraz sprawdzanie wynagrodzeń za dane dyżury.
1.2.	badania laboratoryjne	TAK	zgodnie z umową	TAK	Sprawdzanie zgodności ilościowej wysyłanych próbek badań z zestawieniem zbiorczym, sprawdzanie kwot z formularzem cenowym, sprawdzanie czasu odbioru próbek ze Szpitala.
1.3.	badania diagnostyczne pozostałe	TAK	zgodnie z umową	TAK	Sprawdzanie ilości zleconych i wykonanych i zafakturowanych badań, zgodności usługi z cennikiem opłat pobieranych za badania. Ocena kontroli zewnątrz laboratoryjnej.
2	TRANSPORT SANITARNY	TAK	zgodnie z umową	TAK	Sprawdzanie ilości zleconych i zafakturowanych usług, kontrola czasu przyjazdu karetki, rozliczenia kilometrów.
3	PRANIE	TAK	zgodnie z umową	TAK	Sprawdzanie pod względem jakościowym wykonania usługi. Weryfikacja przekazanej i odebranej ilości prania, sprawdzanie poprawności faktur.

Tabela nr 9 – Kontrola zawieranych umów.

Z otrzymanych informacji wynika, iż zawarte umowy dotyczące zadań zleconych zawierają zapisy uprawniające do dokonywania kontroli przez Szpital, na podstawie których dokonuje on okresowej kontroli realizacji świadczeń i usług.

[Dowód: akta kontroli str. 238]

## 5.9. Stan infrastruktury technicznej i sprzętowej (zaplecze diagnostyczne).

L.P.	RODZAJ APARATURY I SPRZĘTU MEDYCZNEGO	OKRES UŻYTKOWANIA 0-3 LATA	OKRES UŻYTKOWANIA 4-8 LAT	OKRES UŻYTKOWANIA 9-11 LAT	OKRES UŻYTKOWANIA POWYŻEJ 12 LAT	OGÓŁEM	LICZBA WYKONANYCH BADAŃ / ZABIEGÓW
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Aparaty EKG	2	2	2	3	9	7 794
2.	Aparaty USG kardiologiczne	1	-	-	2	3	5 370
3.	Laseroterapia	-	1	2	1	4	8 372

Tabela nr 10 – Zaplecze diagnostyczne Centrum

[Dowód: akta kontroli str. 239]

## **B. Stwierdzone nieprawidłowości (przyczyny, skutki):**

1. Nieprawidłowość polegająca na braku określenia w umowach Nr EDO/05/2020 z dnia 21.04.2020 r. oraz Nr 32/2020/NL z dnia 28.12.2020 r. wartości zamówienia, czym naruszono art. 44 ust. 3 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (t.j.: Dz. U. z 2021 r. poz. 305 z późn. zm.).

2. Nieprawidłowość polegająca na naruszeniu art. 15 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi poprzez nieodpowiedni skład zespołu kontroli.

### Przyczyny nieprawidłowości:

1. Nieodpowiednie należytą staranność przy sporządzaniu treści umów o świadczenia zdrowotne.

2. Nieodpowiednie należytą staranność w zakresie stosowania zapisów art. 15 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

## **C. Ocena cząstkowa:**

Pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości.

## **D. Osoba odpowiedzialna:**

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

## **IV. Prawdliwość gospodarowania mieniem.**

### **A. Ustalenia faktyczne**

W zakresie prawidłowości gospodarowania mieniem kontrolą objęto niżej wymienione zagadnienia:

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

Aparat do pomiaru tropiny o wartości nabycia 4 860 zł brutto;

- Zakup został ujęty w planie inwestycyjnym na rok 2020, w zbiorczej pozycji nr 2 pkt II, zgodnie z oświadczeniem Dyrektora Centrum;
- Opinia Rady Społecznej w sprawie nabycia sprzętu medycznego wyrażona uchwałą nr 2/2020 z dnia 24 stycznia 2020 r.;
- Ze względu na wartość przedmiotu akceptacja nabycia przedmiotowego sprzętu przez podmiot tworzący nie była wymagana;
- Faktura zakupu z dnia 05.02.2020 r. na kwotę 4 860 zł, opłacona w terminie;
- Protokół przekazania sprzętu podpisany w dniu 28.02.2020 r.;
- Dowód przyjęcia OT0-00003/2020 z dnia 29.02.2020 r., numer inwentarzowy 802-14000819.

Urządzenie do ćwiczeń stawu skokowego o wartości nabycia 5 150 zł brutto;

- Zakup został ujęty w planie inwestycyjnym na rok 2020, w zbiorczej pozycji nr 2 pkt II, zgodnie z oświadczeniem Dyrektora Centrum;
- Opinia Rady Społecznej w sprawie nabycia sprzętu medycznego wyrażona uchwałą nr 12/2020 z dnia 24 listopada 2020 r.;
- Ze względu na wartość przedmiotu akceptacja nabycia przedmiotowego sprzętu przez podmiot

- tworzący nie była wymagana;
- Faktura zakupu z dnia 21.12.2020 r. na kwotę 5 150 zł, opłacona w terminie;
  - Dowód przyjęcia OT0-00009/2020 z dnia 31.12.2020 r., numer inwentarzowy 802-14-000820.

W nabyciu ww. sprzętu i aparatury nie stwierdzono nieprawidłowości.

[Dowód: akta kontroli str. 240-260]

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

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

Aparat Cobas h 232 – nr inwentarzowy: 802-14-000625, data przyjęcia do użytkowania: 08.09.2017 r., wartość: 8 640,00 zł brutto.

- orzeczenie techniczne z dnia 23.01.2020 r. – aktualny stan techniczny analizatora nie kwalifikuje urządzenia do dalszej eksploatacji;
- pozytywna opinia Rady Społecznej Szpitala w sprawie zbycia Aparatu Cobas h 232 wyrażona uchwałą nr 8/2020 z dnia 19.06.2020 r.,
- zgoda podmiotu tworzącego na likwidację nie była wymagana,
- protokół komisji likwidacyjnej nr 1/2020 z dnia 19.06.2020 r.,
- dowód LT0-00001/2020 z dnia 31.08.2020 r.,
- karta przekazania odpadu do utylizacji (data faktycznego przekazania-30.09.2020 r.).

Cykloergometr Ergoline zestaw – nr inwentarzowy: 802-14-175-7, data przyjęcia do użytkowania: 01.08.2002 r., wartość: 199 220,00 zł brutto.

- orzeczenie techniczne z dnia 08.10.2020 r. – urządzenie niesprawne, brak wsparcia technicznego producenta, brak możliwości skutecznej naprawy z powodu braku oryginalnych części zamiennych, sprzęt wyeksploatowany;
- pozytywna opinia Rady Społecznej Szpitala w sprawie zbycia Cykloergometr Ergoline zestaw wyrażona uchwałą nr 2/2021 z dnia 17.03.2021 r.,
- zgoda podmiotu tworzącego na likwidację nie była wymagana,
- protokół komisji likwidacyjnej nr 1/2021 z dnia 19.03.2021 r.,
- dowód LT0-00001/2021 z dnia 31.03.2021 r.,
- karta przekazania odpadu do utylizacji (data faktycznego przekazania-27.05.2021 r.).

Zbycie ww. urządzenia w zakresie objętym kontrolą nie budzi zastrzeżeń.

[Dowód: akta kontroli str.261-281]

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

W kontrolowanym okresie Centrum zawarło jedną umowę najmu nr 6/2020/NE.

Przedmiotem umowy jest najem lokalu użytkowego o powierzchni 180 m<sup>2</sup> wraz z wyposażeniem w celu organizacji zajęć praktycznych. Umowa została zawarta na czas określony tj. na dzień 29.02.2020 r. od godz. 11:30 do godz. 14:00. Z uwagi na okres, na jaki została zawarta umowa, zgoda podmiotu tworzącego nie była wymagana. Centrum nie posiada uchwały Rady Społecznej w sprawie ww. najmu.

Przedmiotowa umowa nie zawiera wszystkich wymogów zawartych § 3 *Zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnymi publicznymi zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie* przyjętych uchwałą nr 1966/161/VI/2020 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 26.08.2020 r. tj. warunków i terminów wypowiedzenia oraz zakazu podnajmowania, poddzierżawiania i oddawania do bezpłatnego używania. Umowa została

sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach.

Objęta kontrolą faktura nr POZ/001/02/2020 została wystawiona zgodnie z treścią umowy oraz opłacona w terminie. W związku z powyższym umowa została częściowo zawarta niezgodnie z ww. Zasadami gospodarowania.

[Dowód: akta kontroli str. 282-286]

#### **B. Stwierdzona nieprawidłowość (przyczyny, skutki):**

Uchybienia dotyczące umowy nr 6/2020/NE polegające na:

- braku uzyskania opinii Rady Społecznej w sprawie najmu lokalu,
- nieuwzględnieniu w umowie zapisów dot. warunków i terminów wypowiedzenia oraz zakazu podnajmowania, poddzierżawiania i oddawania do bezpłatnego używania.

#### Przyczyny nieprawidłowości (uchybienia):

Niedochowanie należytej staranności w zakresie przestrzegania Zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie,

#### **C. Ocena częściowa:**

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.

### **A: 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 2020-2021 w Śląskim Centrum Rehabilitacji i Prewencji w Ustroniu nie miały miejsca żadne postępowania konkursowe na stanowiska kierownicze wskazane w art. 49 ww. ustawy.

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

- 1) I Oddział rehabilitacji kardiologicznej: lekarz kierujący oddziałem, pielęgniarka oddziałowa;
- 2) II Oddział rehabilitacji kardiologicznej: lekarz kierujący oddziałem, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
- 3) Oddział rehabilitacji narządu ruchu: lekarz kierujący oddziałem, p.o. pielęgniarki oddziałowej.

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 jednym oddziale zarządza pielęgniarka oddziałowa, a na dwóch osoby pełniące obowiązki pielęgniarki oddziałowej (II Oddział rehabilitacji kardiologicznej, Oddział rehabilitacji narządu ruchu).

Ww. stanowiska określone zostały zarówno w Regulaminie Organizacyjnym Centrum, 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 w Ustroniu.

Podczas czynności kontrolnych, kontrolujący stwierdzili nieprawidłowość polegającą na braku przeprowadzenia konkursu na stanowiska: Zastępcy dyrektora ds. Lecznictwa, pielęgniarki oddziałowej Oddziału II rehabilitacji kardiologicznej i Oddziału rehabilitacji narządu ruchu. Zgodnie z wyjaśnieniami p.o. Dyrektora Centrum, konkursy na stanowiska Zastępcy dyrektora ds. Lecznictwa i pielęgniarki oddziałowej Oddziału II rehabilitacji kardiologicznej nie zostały ogłoszone ze względu na zapisy ustawy z dnia 14 sierpnia 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią Covid-19 oraz wprowadzeniem zapisu w art. 49 ust. 6a, zgodnie z którym w przypadku ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, okres o którym mowa w ust. 6 zostaje przedłużony o czas trwania danego stanu oraz o kolejne 90 dni od dnia jego odwołania. W związku z ww. przepisami do czasu przeprowadzenia konkursu, wskazane stanowiska zostały obsadzone osobami pełniącymi obowiązki.

Ponadto konkurs na stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału rehabilitacji narządu ruchu nie został ogłoszony ze względu na częste zmiany na stanowisku dyrektora Centrum oraz długi proces przygotowania procedury konkursowej, jak i trudną sytuację epidemiologiczną związaną z rozprzestrzenianiem się zakażenia COVID-19. W tym czasie działania zarządzających Centrum skupiały się na zabezpieczeniu pacjentów i personelu oraz zachowaniu ciągłości świadczonych usług. Pełniący obowiązki Dyrektora Centrum zobowiązał się, że rozpocznie ww. procedury konkursowe w I kwartale 2022 r.

[Dowód: akta kontroli str. 287-340]

#### **B: Stwierdzone nieprawidłowości oraz przyczyny, zakres i skutki stwierdzonych nieprawidłowości:**

Brak należytego nadzoru nad wykonaniem czynności w zakresie spełnienia wymogów ustawowych dotyczących przeprowadzenia postępowań konkursowych na stanowiska: Zastępcy dyrektora ds. Lecznictwa, pielęgniarki oddziałowej w II Oddziale rehabilitacji kardiologicznej i w Oddziale rehabilitacji narządu ruchu, zgodnie z art. 49 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.

##### Skutki nieprawidłowości:

Naruszenie zapisów art. 49 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.

**C: Ocena cząstkowa:** pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości.

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

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

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

Ostatnia kontrola w Śląskim Centrum Rehabilitacji i Prewencji z siedzibą w Ustroniu przeprowadzona została przez pracowników Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w dniach 07-08.11.2019 r.

Przedmiotem kontroli objęto: realizację zadań określonych w statucie i regulaminie organizacyjnym, dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych, prawidłowość

*me*

gospodarowania mieniem oraz środkami publicznymi w okresie od 2018 r. do 2019 r.

Poniżej przedstawiono zalecenia pokontrolne wydane po przeprowadzeniu ww. kontroli.

*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 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 r. o działalności leczniczej.*

Dyrektor Centrum nie złożył do Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego sprawozdania o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych.

Sprawdzono realizację zaleceń pokontrolnych i stwierdzono, że zalecenia nr 1 i 4 nie zostały wykonane.

**B: Stwierdzone nieprawidłowości (przyczyny, skutki):**

1. Nieprawidłowość polegająca na braku wykonania zalecenia pokontrolnego w części dotyczącej niezgodności pomiędzy zapisami Regulaminu Organizacyjnego Szpitala i Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą w zakresie komórek organizacyjnych działalności medycznej.

2. Nieprawidłowość polegająca na braku wykonania zalecenia pokontrolnego w części dotyczącej przeprowadzenia postępowania konkursowego na stanowisko pielęgniarki oddziałowej w Oddziale rehabilitacji narządu ruchu zgodnie z art. 49 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Do czasu przeprowadzenia obecnej kontroli przez podmiot tworzący, Centrum nie przeprowadziło postępowania konkursowego na stanowisko pielęgniarki oddziałowej w Oddziale rehabilitacji narządu ruchu.

Przyczyna nieprawidłowości:

Nieprzestrzeżenie realizacji zaleceń, do wykonania którego Dyrektor Centrum zobowiązany został przez Zarząd Województwa Śląskiego w wystąpieniu pokontrolnym z dnia 13 lutego 2020 r.

**C: Ocena cząstkowa:** pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości.

**D: Osoba odpowiedzialna:**

Dyrektora 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.

Na tym ustalenia kontrolne zakończono.

## VI. Pozostałe informacje i pouczenia.

### 1. Pozostałe informacje.

Pismem z dnia 4 maja 2022 r., znak: NZ-NK.1711.14.2021 (NZ-NK.KW-00225/22) projekt wystąpienia pokontrolnego został przekazany p.o. Dyrektora Śląskiego Centrum Rehabilitacji i Prewencji z siedzibą w Ustroniu. Pismo zostało doręczone w dniu 9 maja 2022 r. p.o. Dyrektora Centrum nie zgłosił zastrzeżeń do treści Projektu wystąpienia pokontrolnego.

### 2. Zalecenia

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami zalecam podjąć działania polegające na:

1. Wpisaniu w treść Regulaminu Organizacyjnego Centrum celów i zadań będących w pełni tożsamymi z wyszczególnionymi w Statucie Centrum.
2. Określeniu w Regulaminie Organizacyjnym Centrum a także na stronie internetowej i stronie podmiotowej BIP Centrum rodzaju wykonywanej działalności leczniczej, zgodnie z art. 8 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
3. Wskazaniu w treści Regulaminu Organizacyjnego Centrum, a także na stronie internetowej i stronie podmiotowej BIP Centrum 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 (Dz.U. z 2020 r. poz. 1947) oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym.
4. Ujednoczeniu nazewnictwa komórek organizacyjnych działalności medycznej widniejących w Regulaminie Organizacyjnym Centrum z ujawnionymi w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą.
5. Określaniu w treści umów na świadczenia zdrowotne wartości brutto zamówienia, zgodnie z obowiązkiem wynikającym z art. 44 ust. 3 pkt. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych.
6. Przestrzeganiu art. 15 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi w zakresie składu zespołu kontroli.
7. Uzyskiwaniu opinii Rady Społecznej w sprawie umów najmu lub dzierżawy lokali oraz uwzględnianiu w ww. umowach zapisów dot. warunków i terminów wypowiedzenia oraz zakazu podnajmowania, poddzierżawiania i oddawania do bezpłatnego używania.
8. Przeprowadzeniu postępowań konkursowych na stanowiska: Zastępcy dyrektora ds. Lecznictwa, pielęgniarki oddziałowej w II Oddziale rehabilitacji kardiologicznej i w Oddziale rehabilitacji narządu ruchu, zgodnie z art. 49 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.
9. Wykonaniu zalecenia pokontrolnego w części dotyczącej *niezgodności pomiędzy zapisami Regulaminu Organizacyjnego Szpitala i Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą w zakresie komórek organizacyjnych działalności medycznej.*
10. Wykonaniu zaleceń pokontrolnych dotyczących przeprowadzenia postępowania konkursowego na stanowisko pielęgniarki oddziałowej w Oddziale rehabilitacji narządu ruchu, zgodnie z art. 49 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.



### 3. Pouczenia

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

Wystąpienie pokontrolne zawiera 25 ponumerowanych stron.

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

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

Podmiot uprawniony do kontroli:

z up. ZARZĄDU WOJEWÓDZTWA  
Agnieszka Barczyk  
Zastępca Dyrektora  
Departamentu Nadzoru Podmiotów  
Leczniczych i Ochrony Zdrowia

