

Urząd Marszałkowski
Województwa Śląskiego
Departament Nadzoru
Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia
(oznaczenie jednostki kontrolującej)

"REPTY" Górnośląskie Centrum Rehabilitacji
im. Gen. Jerzego Ziętka
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 r. 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. z 2015 r., poz. 1331),
- 3) planu kontroli na 2021 rok, załącznik nr 2, poz. 7 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: "REPTY" Górnośląskie Centrum Rehabilitacji im. Gen. Jerzego Ziętka, ul. Śniadeckiego 1, 42-604 Tarnowskie Góry.

Kierownik jednostki kontrolowanej: w okresie objętym kontrolą funkcję Dyrektora Centrum sprawował Pan Norbert Komar od dnia 12.09.2019 r. do nadal.

Dyrektor wykonuje swoje zadania kierownicze i zarządcze przy pomocy:

- p.o. Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa:
 - Pana Dariusza Gustowskiego od dnia 14.11.2019 r. do dnia 30.04.2020 r.,
 - Pani Krystyny Semenowicz-Siuda od dnia 01.05.2020 r. do nadal,
- Pielęgniarki naczelnej – Pani Marii Żyłka od dnia 01.07.2018 r. do nadal,
- Głównej Księgowej:
 - Pani Joanny Hansel od dnia 18.01.2016 r. do dnia 07.02.2021 r.,
 - Pani Doroty Machulec od dnia 08.02.2021 r. do dnia 30.06.2021 r.,
 - Pani Barbary Pędolskiej od dnia 01.07.2021 r. do nadal

oraz kierowników komórek organizacyjnych.

Termin przeprowadzenia czynności kontrolnych i zakres kontroli:

Kontrolę przeprowadzono w dniach od 23.11.2021 r. do 14.12.2021 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.

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

Osoby przeprowadzające kontrolę:

Katarzyna Bartoszek – Główny specjalista Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 577/NZ/2021 z dnia 17.11.2021 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 23.11.2021 r.

Monika Mrozek – Główny specjalista Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 575/NZ/2021 z dnia 17.11.2021 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 23.11.2021 r.

Barbara Gwiazda-Amrosz – Główny specjalista Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnienia jednorazowego Nr 576/NZ/2021 z dnia 17.11.2021 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 23.11.2021 r.

O kontroli Dyrektor jednostki został poinformowany drogą mailową w dniu 19.11.2021 r. oraz pismem doręczonym przez kontrolujących.

Kontrolę wpisano do książki kontroli pod pozycją 10/2021.

[Dowód: akta kontroli str. 1-19]

II. Działalność statutowa.

A. Ustalenia faktyczne:

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

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 (t. j.: 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 (t. j.: Dz. U. z 2021 r., poz. 1285 z późn. zm.),
- 3) Statutu Centrum, którego tekst jednolity został przyjęty uchwałą Nr VI/24/10/2020 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 19.10.2020 r. i ogłoszony w Dzienniku Urzędowym Województwa Śląskiego w dniu 26.10.2020 r. pod pozycją 7432,
- 4) Regulaminu Organizacyjnego, którego ostatnie zmiany zostały pozytywnie zaopiniowane przez Radę Społeczną Centrum uchwałą nr 9/2021 z dnia 18.05.2021 r., a następnie wprowadzone Zarządzeniem Dyrektora Centrum nr DN-015(18)2021 z dnia 11.06.2021 r., które weszło w życie dnia 01.07.2021 r.,
- 5) 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 1745/276/IV/2013 z dnia 06.08.2013 r., z późn. zm.,
 - b) 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.,
 - c) zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie, określonych w uchwale Zarządu Województwa Śląskiego nr 2232/288/V/2018 z dnia 25.09.2018 r., z późn. zm.,
 - d) 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 20.04.2022 r.,
- 6) innych powszechnie obowiązujących przepisów prawa.

W Centrum zatrudnienie na dzień 23.11.2021 r. roku wynosiło ogółem 626 pracowników:

- 618 pracowników w ramach umowy o pracę,
- 8 pracowników w ramach umowy cywilnoprawnej.

[Dowód: akta kontroli str. 20]

2. Prawdliwość wpisów w Krajowym Rejestrze Sądowym.

Ostatnie zgłoszenie do Krajowego Rejestru Sądowego (do dnia rozpoczęcia kontroli) dotyczy powołania Rady Społecznej Centrum. Ustalono, że nie został dopełniony ustawowy obowiązek wynikający 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 dni na zgłoszenie zmian do Krajowego Rejestru Sądowego. Powołanie Rady Społecznej nastąpiło z dniem 05.02.2020 r., informacja o przedmiotowym powołaniu wpłynęła pismem Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego do Centrum w dniu 21.02.2020 r., z kolei zamieszczenie ww. informacji publicznej na stronie BIP Urzędu nastąpiło w dniu 12.02.2020 r. Centrum złożyło stosowny wniosek do Krajowego Rejestru Sądowego w dniu 06.03.2020 r. Wobec powyższego, wniosek do Krajowego Rejestru Sądowego złożony został po upływie terminu wynikającego z przepisów prawa, jednakże stało się to z przyczyn nie w pełni zależnych od Centrum. Dnia 19.03.2020 r. dokonano stosownego wpisu w Krajowym Rejestrze Sądowym.

Ustalono, że do Krajowego Rejestru Sądowego zgłoszone zostały wymagane prawem informacje o Centrum.

[Dowód: akta kontroli str. 21-50]

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 roku o działalności leczniczej. Ostatnie zmiany do Regulaminu zostały pozytywnie zaopiniowane przez Radę Społeczną Centrum uchwałą 9/2021 z dnia 18.05.2021 r., a następnie wprowadzone Zarządzeniem Dyrektora Centrum nr DN-015(18)2021 z dnia 11.06.2021 r., które weszło w życie dnia 01.07.2021 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 z dnia 15 kwietnia 2011 r. 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 2020 r., poz. 849 z późn. zm.). W Rozdziale 10. Regulaminu zawarty został jedynie ramowy wzór (zasady) wyliczania opłat, bez podania konkretnych cen za wykonanie określonych usług w tym zakresie, a także wskazanie, że “informacja o aktualnej wysokości opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej udostępniana jest do wiadomości publicznej w siedzibie Centrum oraz zamieszczana w Biuletynie Informacji Publicznej”. Zamieszczenie w treści Regulaminu powyższych zapisów nie można uznać za realizację obowiązku wynikającego z art. 24 ust. 1 pkt 9 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Ponadto, istnieje niespójność pomiędzy informacjami nt. rodzaju działalności leczniczej prowadzonej w Centrum. W Punkcie 3 Regulaminu (odnoszącym się do celów i zadań Centrum) wskazano, że Centrum udziela stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych szpitalnych, stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne oraz ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych, co jest zgodnie ze Statutem Centrum. Jednakże w punkcie 4 (dot. rodzaju działalności leczniczej oraz zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych) oraz punkcie 7 Regulaminu (dot. przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych), wskazując rodzaje działalności leczniczej pominięto informację nt. udzielania przez Centrum stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne.

Zgodność Regulaminu Organizacyjnego Centrum z Rejestrem Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonym przez Wojewodę Śląskiego prezentuje przedstawiona poniżej tabela nr 1:

REGULAMIN ORGANIZACYJNY			REJESTR PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ PROWADZONY PRZEZ WOJEWODĘ	
L.P.	NAZWA JEDNOSTKI/ KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ	LICZBA ŁÓŻEK/ MIEJSC DZIENNEGO POBYTU/ STANOWISK/ INNE (jeśli dotyczy)	NAZWA JEDNOSTKI/ KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ	LICZBA ŁÓŻEK/ MIEJSC DZIENNEGO POBYTU/ STANOWISK/ INNE (jeśli dotyczy)
1	2	3	4	5
A	ZAKŁAD LECZNICZY			
	Specjalistyczny Szpital Rehabilitacyjny "REPTY"		Specjalistyczny Szpital Rehabilitacyjny "REPTY"	

REGULAMIN ORGANIZACYJNY		REJESTR PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ PROWADZONY PRZEZ WOJEWODĘ		
L.P.	NAZWA JEDNOSTKI/ KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ	LICZBA ŁÓŻEK/ MIEJSC DZIENNEGO POBYTU/ STANOWISK/ INNE (jeśli dotyczy)	NAZWA JEDNOSTKI/ KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ	LICZBA ŁÓŻEK/ MIEJSC DZIENNEGO POBYTU/ STANOWISK/ INNE (jeśli dotyczy)
1	2	3	4	5
I	JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZAKŁADU LECZNICZEGO			
	Specjalistyczny Szpital Rehabilitacyjny "REPTY"		Specjalistyczny Szpital Rehabilitacyjny "REPTY"	
1	KOMÓRKA DZIAŁALNOŚCI MEDYCZNEJ			
1.1	I Oddział Rehabilitacji Narządu Ruchu	120	I Oddział Rehabilitacji Narządu Ruchu	120
1.2	I Oddział Rehabilitacji Neurologicznej	80	I Oddział Rehabilitacji Neurologicznej	80
1.3	II Oddział Rehabilitacji Neurologicznej	100	II Oddział Rehabilitacji Neurologicznej	100
1.4	III Oddział Rehabilitacji Neurologicznej	90	III Oddział Rehabilitacji Neurologicznej	90
1.5	I Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej	105	I Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej	105
1.6	II Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej	95	II Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej	95
1.7	Apleka Szpitalna			
1.8	Izba Przyjęć			
B	ZAKŁAD LECZNICZY			
	Opieka Ambulatoryjna "REPTY"		Opieka Ambulatoryjna "REPTY"	
I	JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZAKŁADU LECZNICZEGO			
	Opieka Ambulatoryjna "REPTY"		Opieka Ambulatoryjna "REPTY"	
1	KOMÓRKA DZIAŁALNOŚCI MEDYCZNEJ			
1.1	Ośrodek Rehabilitacji Diennej	90 miejsc	Ośrodek Rehabilitacji Diennej	90 miejsc
1.2	Poradnia Kardiologiczna		Poradnia Kardiologiczna	

REGULAMIN ORGANIZACYJNY		REJESTR PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ PROWADZONY PRZEZ WOJEWODĘ		
L.P.	NAZWA JEDNOSTKI/ KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ	LICZBA ŁÓŻEK/ MIEJSC DZIENNEGO POBYTU/ STANOWISK/ INNE (jeśli dotyczy)	NAZWA JEDNOSTKI/ KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ	LICZBA ŁÓŻEK/ MIEJSC DZIENNEGO POBYTU/ STANOWISK/ INNE (jeśli dotyczy)
1	2	3	4	5
1.3	Poradnia Rehabilitacyjna		Poradnia Rehabilitacyjna	
1.4	Dział Fizjoterapii		Dział Fizjoterapii	
1.5	Pracownia Diagnostyki Obrazowej		Pracownia Diagnostyki Obrazowej	
1.6	Pracownia Diagnostyki Nieinwazyjnej		Pracownia Diagnostyki Nieinwazyjnej (układu krążenia, narządu ruchu, elektromiografia)	
7.7	Przychodnia dla Pracowników		Przychodnia dla Pracowników	
C	ZAKŁAD LECZNICZY			
	Zakład Rehabilitacji Leczniczej "REPTY"		Zakład Rehabilitacji Leczniczej "REPTY"	
I	JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZAKŁADU LECZNICZEGO			
	Ośrodek Rehabilitacji Leczniczej		Ośrodek Rehabilitacji Leczniczej	
1	KOMÓRKA DZIAŁALNOŚCI MEDYCZNEJ			
1.1	Ośrodek Rehabilitacji Leczniczej	5	Ośrodek Rehabilitacji Leczniczej	5

Tabela nr 1 – Porównanie zapisów Regulaminu Organizacyjnego z Rejestrem Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonym przez Wojewodę Śląskiego.

Z powyższej tabeli wynika, że wyszczególniona w Rejestrze komórka o nazwie Pracownia Diagnostyki Nieinwazyjnej (układu krążenia, narządu ruchu, elektromiografia) widnieje w Regulaminie jako komórka o nazwie Pracownia Diagnostyki Nieinwazyjnej. Dodatkowo, w pkt 8 Regulaminu (odnoszącym się do Organizacji i zadań poszczególnych komórek organizacyjnych), powyższa komórka figuruje jako Pracownia Badań Czynnościowych, Narządu Ruchu, Układu Krążenia, EMG i EEG. Konieczne jest zatem ujednoczenie zastosowanego nazewnictwa.

Podczas kontroli sprawdzono prawidłowość procesu dokonywania zmian w strukturze organizacyjnej Centrum w oparciu o *Procedurę postępowania w przypadku dokonywania zmian struktury organizacyjnej zakładów leczniczych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie*, wprowadzoną Uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 801/36/VII/2019 z dnia 17.04.2019 r., a także zgodność działań w tym zakresie z zapisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

W okresie objętym kontrolą dokonano zmian w strukturze organizacyjnej Centrum. Przebieg zmian zweryfikowano pod względem uzyskania pozytywnej opinii Rady Społecznej Centrum w związku z dokonywaną zmianą, uzyskaniem akceptacji podmiotu tworzącego, a także zgłoszeniem zmian w strukturze organizacyjnej do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego.

Stwierdzono, iż w okresie od 01.01.2020 r. do dnia kontroli Dyrektor Centrum dokonał zmian w strukturze komórek działalności medycznej z zachowaniem ww. Procedury, polegających na: likwidacji Dziennego Ośrodka Rehabilitacji Kardiologicznej, likwidacji Poradni Medycyny Sportowej oraz likwidacji Poradni Neurologicznej.

Przebieg procesów przedstawiono w Tabeli nr 2:

L.P.	OKREŚLENIE RODZAJU ZMIANY	OPINIA RADY SPOŁECZNEJ (NR UCHWAŁY, Z DNIA)	WYMAGANA AKCEPTACJA PODMIOTU TWORZĄCEGO (TAK/ NIE/ NIE DOTYCZY)	CZYNNOŚĆ SPOWODOWAŁA ZMIANĘ UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ (TAK/ NIE/ NIE DOTYCZY)	DATA ROZPOCZĘCIA / ZAKOŃCZENIA DZIAŁALNOŚCI/ OKRES ZAWIESZENIA	DATA ZMIANY W REJESTRZE PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ	UWAGI
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Likwidacja Dziennego Ośrodka Rehabilitacji Kardiologicznej	9/2021 z dnia 18.05.2021 r.	tak	nie	30.06.2021 r.	30.06.2021 r.	Komórka nie była objęta umową z NFZ
2	Likwidacja Poradni Medycyny Sportowej	9/2021 z dnia 18.05.2021 r.	tak	nie	30.06.2021 r.	30.06.2021 r.	Komórka nie była objęta umową z NFZ
3	Likwidacja Poradni Neurologicznej	9/2021 z dnia 18.05.2021 r.	tak	nie	30.06.2021 r.	30.06.2021 r.	Komórka nie była objęta umową z NFZ

Tabela nr 2 – zmiany struktury organizacyjnej w okresie objętym kontrolą

Centrum posiada własną stronę internetową pod adresem: <https://www.repty.pl> oraz odrębną stronę podmiotową BIP pod adresem: <https://bip-slaskie.pl/gcrtarn>.

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.

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 2022 r. poz. 902). Stwierdzono, że Centrum opublikowało informacje wymagane przepisami ww. ustawy.

[Dowód: akta kontroli str. 51-116]

B. Stwierdzona nieprawidłowość i uchybienia (przyczyny, skutki):

1. Nieprawidłowość polegająca na braku cennika opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej w Regulaminie Organizacyjnym, co stanowi naruszenie art. 24 ust. 1 pkt 9 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
2. Uchybienie polegające na zamieszczeniu w Regulaminie Organizacyjnym niespójnych informacji nt. rodzaju działalności leczniczej prowadzonej w Centrum, co powoduje brak przejrzystości Regulaminu Organizacyjnego;
3. Uchybienie polegające na rozbieżności pomiędzy zapisami Regulaminu Organizacyjnego Centrum i Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą w zakresie nazewnictwa jednej z komórek organizacyjnych, co powoduje brak przejrzystości Regulaminu Organizacyjnego oraz zaistnienie różnic pomiędzy zapisami poszczególnych części Regulaminu Organizacyjnego oraz wpisem w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą.

Przyczyna nieprawidłowości oraz uchybień:

Brak należytej staranności w zakresie konstruowania zapisów Regulaminu Organizacyjnego Centrum oraz jego aktualizacji.

C. Ocena cząstkowa: pozytywna mimo stwierdzonej nieprawidłowości oraz uchybień.

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.

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 NFZ o świadczenie usług medycznych w obiektach zlokalizowanych w siedzibie Centrum przy ul. Śniadeckiego 1 w Tarnowskich Górach.

1. Funkcjonowanie wybranych komórek organizacyjnych.

W ramach prowadzonych czynności szczególną kontrolą objęto funkcjonowanie wybranych komórek medycznych. Szczegółową kontrolą objęto funkcjonowanie wybranych komórek medycznych:

- 1) II Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej,
- 2) II Oddziału Rehabilitacji Kardiologicznej,
- 3) Poradni Kardiologicznej.

1) II Oddział Rehabilitacji Neurologicznej

Oddział wpisany jest do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 009 (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: 4306 Oddział rehabilitacji neurologicznej. Oddział został wpisany do Rejestru z dniem 06.09.1993 r. i dysponuje 100 łózkami.

W Oddziale realizowane są świadczenia z zakresu rehabilitacji neurologicznej zaburzeń funkcji mózgu, rdzenia kręgowego, obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych oraz rehabilitacja neurologiczna przewlekła. Prowadzona kompleksowa rehabilitacja neurologiczna ma na celu osiągnięcie możliwie maksymalnej sprawności chorego po przebytych udarze.

Liczba hospitalizowanych w Oddziale pacjentów wyniosła:

- 430 w 2020 r.,
- 347 w 2021 r. (do dnia kontroli).

Sprawozdana liczba osób oczekujących na leczenie w Oddziale (stan na 23.11.2021 r.) wynosiła: przypadki pilne – 52, przypadki stabilne – 351.

W Oddziale zatrudnionych jest 7 lekarzy, 39 pielęgniarek, 17 fizjoterapeutów, 4 psychologów oraz 4 logopedów.

2) II Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej

Oddział wpisany jest do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego

przez Wojewodę Śląskiego – kod 002 (kod resortowy identyfikujący komórkę organizacyjną stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych), kod resortowy charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych: 4308 Oddział rehabilitacji kardiologicznej. Oddział został wpisany do Rejestru z dniem 06.09.1993 r. i dysponuje 95 łózkami.

W Oddziale prowadzona jest rehabilitacja pacjentów po zabiegach kardiochirurgicznych: pomostowaniu naczyń typu by-pass, po zabiegach angioplastyki wieńcowej, wszczępieniu protez zastawek serca oraz z niewydolnością krążenia po leczeniu szpitalnym, w ramach umowy z NFZ. Realizowane są świadczenia rehabilitacyjne dla chorych po zawale mięśnia sercowego w ramach opieki koordynowanej KOS-zawał. W związku z pandemią w Oddziale rehabilitowane są również osoby po przebytej chorobie covid-19 - w ramach rehabilitacji pocovidowej. Oddział poza kinezy- i fizykoterapią prowadzi również działania w zakresie profilaktyki wtórnej chorób układu krążenia z zakresu dietytyki, psychologii i zdrowego trybu życia.

Liczba hospitalizowanych w Oddziale pacjentów wyniosła:

- 654 w 2020 r.,
- 747 w 2021 r. (do dnia kontroli).

Sprawozdana liczba osób oczekujących na leczenie w Oddziale (stan na 23.11.2021 r.) wynosiła: przypadki pilne – 2, przypadki stabilne – 64.

W Oddziale zatrudnionych jest 9 lekarzy, 19 pielęgniarek, 10 fizjoterapeutów oraz 1 psycholog.

3) Poradnia Kardiologiczna

Komórka wpisana jest do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 024 (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 17.02.2004 r.

W Poradni realizowana jest diagnostyka – wykonywane są badania: EKG, metodą Holtera, UKG serca, testy wysiłkowe, a także prowadzone jest leczenie zachowawcze kardiologiczne oraz profilaktyka wtórna.

Liczba porad udzielonych w komórce wyniosła:

- 1814 w 2020 r.,
- 1399 w 2021 r. (do dnia kontroli).

W Poradni zatrudniona jest 1 pielęgniarka. Braki kadrowe w zakresie personelu lekarskiego zostały opisane w dalszej części dokumentu.

Ustalone godziny pracy Poradni przedstawiają się następująco: poniedziałek 09:00-17:00, wtorek 09:00-14.35, środa 09:00-20:00, czwartek 07:00-14:35, piątek 09:00-12:00.

[Dowód: akta kontroli str. 117-120]

2. Udzielanie zamówień na świadczenia zdrowotne.

Przedmiotem weryfikacji przeprowadzonej przez kontrolujących były umowy:

- 1) Nr DN-060-36/2021 z dnia 01.03.2021 r. na świadczenie usług medycznych;
- 2) Nr 11/2021 z dnia 17.06.2021 r. na udzielanie świadczeń zdrowotnych.

Ad. 1) Nr DN-060-36/2021 z dnia 01.03.2021 r.

Umowa została zawarta w wyniku przeprowadzonego przez Centrum postępowania konkursowego, na podstawie przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz 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 01.03.2021 r. do 28.02.2023 r.

Umowa zawiera wszystkie zapisy określone w art. 27 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej poza postanowieniami dotyczącymi szczegółowych okoliczności uzasadniających rozwiązanie umowy za wypowiedzeniem.

W dokumentacji związanej z konkursem określono szacunkową wartość przedmiotu umowy.

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

W ramach kontroli realizacji umowy sprawdzono:

- rachunek nr 19/05/2021 z dnia 31.05.2021 r. – stawka za zrealizowane świadczenia została wyszczególniona w *rozliczeniu liczby godzin wykonywania usług do umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych nr DN-060-36/021* i jest zgodna z umową,
- rachunek nr 31/08/2021 z dnia 31.08.2021 r. – stawka za zrealizowane świadczenia została wyszczególniona w *rozliczeniu liczby godzin wykonywania usług do umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych DN-060-36/021* i jest zgodna z umową.

Ad. 2) Nr 11/2021 z dnia 17.06.2021 r.

W umowie (nazwanej umową na udzielanie świadczeń zdrowotnych) nie wskazano podstawy prawnej jej zawarcia. Jednocześnie, kontrolujących poinformowano pisemnie, że szacunkowa wartość zamówienia w przypadku rzeczowej umowy nie przekracza 130 000 zł (nie wskazując jej wartości). W tym miejscu zauważa się, że zgodnie z art. 26 ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, "udzielenie zamówienia [na udzielanie świadczeń zdrowotnych] następuje w trybie konkursu ofert". Z kolei art. 26 ust. 4a ww. ustawy stanowi, że "przepisów ust. 3 (...) nie stosuje się do zamówień, których wartość nie przekracza wyrażonej w złotych równowartości kwoty 30 000 euro liczonej według średniego kursu złotego w stosunku do euro, ustalonego zgodnie z art. 3 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych".

Umowa została zawarta w formie pisemnej, na czas określony tj. od dnia 17.06.2021 r. do dnia 31.12.2021 r.

Umowa zawiera wszystkie zapisy określone w art. 27 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej poza postanowieniami dotyczącymi szczegółowych okoliczności uzasadniających rozwiązanie umowy za wypowiedzeniem.

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

W ramach kontroli realizacji umowy sprawdzono:

- faktura nr FVS/2/08/2021 z dnia 02.08.2021 r. – stawka za zrealizowane świadczenia jest zgodna z umową,
- faktura nr FVS/2/10/2021 z dnia 05.10.2021 r. – stawka za zrealizowane świadczenia jest zgodna z umową.

[Dowód: akta kontroli str. 121-162]

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 2020-2021 w "REPTY" Górnośląskim Centrum Rehabilitacji im. Gen. Jerzego Ziętka w Tarnowskich Górach miało miejsce pięć postępowań konkursowych na stanowiska kierownicze wskazane w art. 49 ww. ustawy.

Przeprowadzone postępowania konkursowe na stanowiska kierownicze:

- 1) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej III Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej (data konkursu: 12.08.2021 r., okres zatrudnienia 13.08.2021 r. – 12.08.2027 r.),
- 2) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej II Oddziału Rehabilitacji Kardiologicznej (data konkursu: 12.08.2021 r., okres zatrudnienia 13.08.2021 r. – 12.08.2027 r.),
- 3) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej II Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej (data konkursu: 12.08.2021 r., okres zatrudnienia 13.08.2021 r. – 12.08.2027 r.),
- 4) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej I Oddziału Rehabilitacji Schorzeń Narządu Ruchu (data konkursu: 12.08.2021 r., okres zatrudnienia 13.08.2021 r. – 12.08.2027 r.),
- 5) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej I Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej (data konkursu: 12.08.2021 r., konkurs nie został rozstrzygnięty w związku z wycofaniem się kontrkandydatki).

Podczas czynności kontrolnych, kontrolujący stwierdzili nieprawidłowość polegającą na braku realizacji zapisów art. 49 ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej w zakresie ponownego ogłoszenia konkursu na stanowisko pielęgniarki oddziałowej I Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej. Zgodnie z wyjaśnieniami Dyrektora Centrum, konkurs na stanowisko pielęgniarki oddziałowej I Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej nie został rozstrzygnięty w związku z wycofaniem się kontrkandydatki. Procedura ogłoszenia konkursu w terminie 30 dni nie została dopełniona ze względu na dynamicznie pogarszającą się sytuację epidemiologiczną w kraju. Dyrektor poinformował, że procedura konkursowa zostanie dokończona niezwłocznie po unormowaniu się sytuacji epidemiologicznej.

Ponadto, kontrolujący stwierdzili nieprawidłowość polegającą na braku przeprowadzenia konkursu na stanowisko Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa. Zgodnie z wyjaśnieniami Dyrektora Centrum, 12 sierpnia 2020 r. rozpoczęto procedurę konkursową na ww. stanowisko, poprzez powiadomienie odpowiednich organów o wytypowaniu swoich przedstawicieli do składu komisji konkursowych. Jednakże, w związku z sytuacją epidemiologiczną zmiana Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa w czasie pandemii nie wpłynęłaby korzystnie na pracę Centrum i bezpieczeństwo pacjentów, dlatego procedura konkursowa zostanie dokończona niezwłocznie po unormowaniu się sytuacji epidemiologicznej w kraju.

Dodatkowo kontrolujący stwierdzili uchybienie popełnione w toku ww. postępowań konkursowych polegające na braku pisemnego powiadomienia o wynikach konkursu kandydatów biorących w nim udział, zgodnie z §15 ust 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 roku w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą (Dz. U. z 2021 r., poz. 430).

Zgodnie z wyjaśnieniami przekazanymi kontrolującym, wszystkie kandydatki biorące udział w konkursie zostały w dniu 12 sierpnia 2021 r. poinformowane ustnie o wynikach zaraz po głosowaniu komisji konkursowej. Każda z kandydatek podpisała oświadczenie o odebraniu dokumentów, które złożyła ubiegając się o stanowisko pielęgniarki oddziałowej. Osoby, które wygrały konkursy otrzymały porozumienia zmieniające do umowy o pracę, informujące o wygranej, warunkach pracy i płacy. Wszystkie pielęgniarki biorące udział w konkursie były pracownikami Centrum.

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

- 1) I Oddział Rehabilitacji Narządu Ruchu: lekarz kierujący oddziałem, pielęgniarka

- oddziałowa;
- 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, p.o. pielęgniarki oddziałowej;
 - 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 naczelną pielęgniarka, natomiast zespołem pielęgniarskim na pięciu oddziałach zarządzają pielęgniarki oddziałowe, a na jednym osoba pełniąca obowiązki pielęgniarki oddziałowej.

Kontrolujący stwierdzili, że w Regulaminie Wynagradzania pracowników "REPTY" Górnośląskiego Centrum Rehabilitacji im. Gen. Jerzego Ziętka w Tarnowskich Górach nadal nie zostało wskazane stanowisko naczelną pielęgniarki.

Pozostałe ww. stanowiska określone zostały zarówno w Regulaminie Organizacyjnym Centrum, 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 „Repty” Górnośląskiego Centrum Rehabilitacji im. Gen. Jerzego Ziętka w Tarnowskich Górach.

[Dowód: akta kontroli str. 163-208]

4. 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) Koncentrator tlenu Typ TOKYO 3A-W, nr seryjny 11100160, rok produkcji: 2012. Rozpoczęcie eksploatacji urządzenia: 10.01.2013 r. Ostatni przegląd okresowy odbył się terminowo w dniu 06.04.2021 r. Zgodnie z wpisem urządzenie sprawne. Przegląd ważny do 06.04.2022 r.,
- 2) Kardiomonitor przenośny pacjenta Typ MEC-1000, nr seryjny AQ-8B117976, rok produkcji: 2008. Rozpoczęcie eksploatacji urządzenia: 18.03.2009 r. Ostatni przegląd okresowy odbył się terminowo w dniu 02.02.2021 r. Zgodnie z wpisem urządzenie sprawne. Przegląd ważny do 02.02.2022 r.,
- 3) Podnośnik jezdny elektryczny Typ ARKIMED, nr seryjny 215623, rok produkcji 2018. Rozpoczęcie eksploatacji urządzenia: 28.11.2019 r. Ostatni przegląd okresowy odbył się terminowo w dniu 20.11.2021 r. Zgodnie z wpisem urządzenie sprawne. Przegląd ważny do 20.11.2022 r.

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

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

W ramach kontroli dostępności świadczeń zdrowotnych sprawdzeniem objęto rejestr skarg i wniosków wpływających do Dyrekcji Centrum.

Skargi rozpatrywane są w oparciu o „Zasady rozpatrywania skarg i wniosków pacjentów Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej „REPTY” Górnośląskiego Centrum Rehabilitacji im. gen. Jerzego Ziętka w Tarnowskich Górach”, wprowadzone Zarządzeniem Nr DN-015 (40) 2021 z dnia 3 listopada 2021 r. Dyrektora Centrum. Przedmiotowe zarządzenie uchylilo zarządzenie wewnętrzne Nr 43/2004 Dyrektora Centrum z dnia 2.06.2004 r. w sprawie skarg i zażaleń pacjentów.

Zgodnie z ww. Zasadami, skargi i wnioski mogą być wnoszone pisemnie, za pomocą poczty elektronicznej oraz przy użyciu platformy e-PUAP. Skargi i wnioski, które wpłynęły do Centrum są rejestrowane w Rejestrze Skarg i Wniosków, prowadzonym przez Sekretariat Dyrektora Centrum.

Przedstawiony kontrolującym Rejestr skarg i wniosków, co prawda zawiera wszystkie niezbędne rubryki (tj. m.in. data wszczęcia sprawy, data ostatecznego załatwienia sprawy, sposób załatwienia), jednak nie zawierał on wpisów informacji umożliwiających kontrolę przebiegu realizacji skarg, zgodnie z art. 254 Kodeksu postępowania administracyjnego (rubryki: data wszczęcia sprawy, data ostatecznego załatwienia sprawy, sposób załatwienia nie zostały wypełnione). Informacja o skargach jest cyklicznie przedstawiana Radzie Społecznej Centrum.

W okresie objętym kontrolą do Centrum nie wpłynął żaden 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 W TERMINIE	INFORMACJA PRZEDSTAWIONA NA RADZIE SPOŁECZNEJ
1	2	3	4	5	6	7
1	2020	2	1	1	TAK	TAK
2	2021	4	1	3	TAK	TAK

Tabela nr 3 – Zestawienie skarg wpływających do Centrum w okresie objętym kontrolą.

6. Finansowanie udzielanych świadczeń.

Centrum na dzień przeprowadzania kontroli (tj. 23.11.2021 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 (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	I Oddział Rehabilitacji kardiologicznej	x	x		Rehabilitacja kardiologiczna w warunkach stacjonarnych	0	36
2	II Oddział Rehabilitacji kardiologicznej	x	x		Rehabilitacja kardiologiczna w warunkach stacjonarnych	2	62
3	I Oddział Rehabilitacji Narządu Ruchu	x			Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych	348	953
4	I Oddział Rehabilitacji neurologicznej	x			Rehabilitacja neurologiczna w warunkach stacjonarnych	120	434
5	II Oddział Rehabilitacji neurologicznej	x			Rehabilitacja neurologiczna w warunkach stacjonarnych	52	351
6	III Oddział Rehabilitacji neurologicznej	x			Rehabilitacja neurologiczna w warunkach stacjonarnych	42	370
7	Poradnia Rehabilitacyjna	x			Lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna	0	27
8	Ośrodek Rehabilitacji dziennej	x			Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym	10	365
9	Dział Fizjoterapii	x			Fizjoterapia ambulatoryjna	0	1300
10	Ośrodek Rehabilitacji Leczniczej	x			Leczenie dorosłych chorych ze śpiączką	0	8
11	Poradnia Kardiologiczna	x			Świadczenia z zakresu kardiologii	0	0

Tabela nr 4 – realizacja świadczeń zdrowotnych wg. stanu na dzień 23.11.2021 r.

Zestawienie podpisanych przez Centrum umów z Narodowym Funduszem Zdrowia przedstawia poniższa tabela (lata 2020-2021):

L.P.	KOD UMOWY	RODZAJ ŚWIADCZENIA	KWOTA (zł)	OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY	UWAGI
1	126/100143/05/2021	o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - rehabilitacja lecznicza	52 391 137,19	01.01.2021-31.12.2021	

2	126/100143/02/1/2021	o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - ambulatoryjna opieka specjalistyczna	267 620,10	01.01.2021-31.12.2021	
3	126/100143-II/III-NM	jednorazowe świadczenie pieniężne dla osób innych niż wykonujące zawód medyczny		24.06.2021 - czas nieokreślony	jednorazowa kwota 5000 zł brutto dla osób pracujących przy pacjencie „covidowym” a nie wykonujących zawodu medyczny
4	126/100143-IIP-M	świadczenie pieniężne dla osób wykonujących zawód medyczny		6.07.2021- czas nieokreślony	świadczenie dla osób wykonujących zawód medyczny pracujących przy pacjencie „covidowym” do max wysokości 15.000 zł brutto
5	26/100143/19/1/2021	ZAPOBIEGANIE, PRZECIWDZIAŁANIE I ZWALCZANIE COVID-19		01.01.2021 - 28.02.2021	świadczenie nielimitowane
6	126/100143/19/1/2021B	ZAPOBIEGANIE, PRZECIWDZIAŁANIE I ZWALCZANIE COVID-20		01.01.2021 - 31.12.2021	świadczenie nielimitowane
7	126/100143/19/3/2021	UMOWA O WYKONYWANIE SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH PRZECIW GRYPIE W ZWIĄZKU Z PRZECIWDZIAŁANIEM COVID-19		01.01.2021 - 31.12.2021	świadczenie nielimitowane
8	126/100143/19/4/2021	ZAPOBIEGANIE, PRZECIWDZIAŁANIE I ZWALCZANIE COVID-19 (SWIAD)		01.03.2021 - 31.12.2021	świadczenie nielimitowane
9	126/100143/02/1/2020	AOS - świadczenia w poradniach	191 981,46	01.01.2020 - 31.12.2020	
10	126/100143/03/5/2020	LSZ - programy lekowe	22 551,44	01.01.2020 - 30.09.2020	
11	126/100143/05/2020	REH - rehabilitacja lecznicza	48 972 104,62	01.01.2020 - 31.12.2020	
12	126/100143/19/1/2020	CHZ - zapobieganie, przeciwdziałanie i zwalczanie COVID-19		01.07.2020 - 31.12.2020	świadczenie nielimitowane
13	126/100143/19/1/2020A	CHZ - zapobieganie, przeciwdziałanie i zwalczanie COVID-19		10.10.2020 - 31.12.2020	świadczenie nielimitowane
14	126/100143/19/3/2020	CHZ - szczepienia ochronne przeciw grypie w związku z przeciwdziałaniem COVID-19		01.08.2020 - 31.12.2020	świadczenie nielimitowane
15	126/100143-II/IIP	świadczenie pieniężne dla osób wykonujących zawód medyczny		1.12.2020-30.06.2021	świadczenie dla osób wykonujących zawód medyczny pracujących przy pacjencie „covidowym” do max wysokości 15.000 zł brutto

Tabela nr 5- Wykaz umów zawartych z NFZ w latach 2020 -2021.

Ww. świadczenia były realizowane na podstawie umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie: Rehabilitacji leczniczej, Ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i programów

lekowych. Dodatkowo, w związku z pandemią Covid-19 Centrum zawarło umowy na realizację świadczeń zdrowotnych związanych z zapobieganiem przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 oraz wykonywanie szczepień ochronnych przeciw grypie.

Podstawowym zakresem świadczeń medycznych udzielanych przez Centrum jest rehabilitacja lecznicza.

[Dowód: akta kontroli str. 224 – 225]

7. Certyfikaty jakości.

Centrum posiada Certyfikat ISO 9001:2015 nadany na okres od 06.09.2019 r. do 05.09.2022 r. oraz Certyfikat ISO 14001:2015 nadany na okres od 06.09.2019 r. do 05.09.2022 r. Ponadto Centrum jest w trakcie aktualizacji dokumentów/standardów związanych z możliwością złożenia wniosku o ponowną akredytację. Centrum posiadało Certyfikat Akredytacyjny w okresie od 08.12.2017 r. do 08.12.2020 r.

[Dowód: akta kontroli str. 226]

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 (TAK/NIE)	ZAKRES UPRAWNIENI KONTROLNYCH PODMIOTU LECZNICZEGO OBJĘTY UMOWĄ	CZY PODMIOT KONTROLUJE REALIZACJĘ UMÓW ZGODNIE Z ZAPISAMI UMOWY (TAK/NIE)	OPIS DZIAŁAŃ KONTROLNYCH WOBEC PODMIOTU ZEWNĘTRZNEGO REALIZUJĄCEGO UMOWĘ
1	ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE:				
1.1.	dyżury lekarskie	TAK	kontrola jakości wykonanych świadczeń, kontrola czasu pracy	TAK	za jakość wykonanych świadczeń odpowiada kierownik oddziału, kierownik działu kadr potwierdza obecność lekarza zgodnie z harmonogramem dyżurów
1.2.	dyżury pielęgniarskie	TAK	kontrola jakości wykonanych świadczeń, kontrola czasu pracy	TAK	Kontrola umów na świadczenie medyczne odbywa się w następujący sposób: za jakość wykonanych świadczeń odpowiada pielęgniarka oddziałowa, kierownik działu kadr potwierdza obecność pielęgniarki zgodnie z harmonogramem dyżurów
1.3.	badania laboratoryjne	TAK	Kontrola jakości wykonywanych świadczeń z zakresu diagnostyki laboratoryjnej	TAK	Kontrola obejmuje: zgodność faktur z cennikiem zawartym w umowie, zgodność wykonywania badań ze standardami jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych. Działania kontrolne prowadzone są przez Koordynator ds. Analityki Medycznej i dotyczą: monitoringu temperatur transportu materiału biologicznego, rejestru

L.P.	RODZAJ DZIAŁALNOŚCI ZLECANY PODMIOTOM ZEWNĘTRZNYM	CZY AKTUALNE UMOWY REGULUJĄ KWESTIE ZWIĄZANE Z KONTROLĄ ŚWIADCZONYCH USŁUG (TAK/NIE)	ZAKRES UPRAWNIEŃ KONTROLNYCH PODMIOTU LECZNICZEGO OBJĘTY UMOWĄ	CZY PODMIOT KONTROLUJE REALIZACJĘ UMÓW ZGODNIE Z ZAPISAMI UMOWY (TAK/NIE)	OPIS DZIAŁAŃ KONTROLNYCH WOBEC PODMIOTU ZEWNĘTRZNEGO REALIZUJĄCEGO UMOWĘ
					błędów przedlaboratoryjnych, rejestru niezgodności, wewnętrznej i zewnętrznej Kontroli Jakości Badań (certyfikaty jakości), audyty wewnętrzne.
1.4.	badania diagnostyczne pozostałe	TAK	Kontrola realizacji umowy w zakresie diagnostyki	TAK	Kontrola polega m.in. na weryfikacji zakresu podmiotowego usługi (ilość i zgodność danych pacjentów ze zleceniami) realizowana przez kierowników oddziałów
2	ŻYWIENIE PACJENTÓW	TAK	Kontrola jakości wykonania usługi żywienia pacjentów	TAK	Kontrola umowy na żywienie odbywa się przez bieżący nadzór dietetyka szpitalnego nad prawidłową realizacją umowy, kontrole kuchni i kuchenek oddziałowych, kontrole temperatur posiłków, wgląd do raportów z analizy satysfakcji pacjentów
3	TRANSPORT SANITARNY	TAK	kontrola usługi transportu sanitarnego rozumianego jako przewóz pacjenta -transport sanitarny z zespołem podstawowym „P”(LIBERANDUM Ratownictwo Medyczne Katowice) -transport sanitarny z zespołem specjalistycznym „S”(SPZOZ Wojewódzkie Pogotowie Ratunkowe Katowice)	TAK	W skład kontroli dokumentacji potwierdzającej wykonanie usługi (FaVat + załącznik stanowiący wykaz wykonanych transportów) wchodzi: weryfikacja daty i godziny wykonania usługi, weryfikacja oddziału zlecającego transport i nazwiska lekarza wystawiającego zlecenie, weryfikacja danych pacjenta przekazanego do transportu, weryfikacja trasy (skąd-dokąd), weryfikacja ilości przejechanych kilometrów oraz czasu wykonywania usługi, weryfikacja zgodności stawki za 1 godzinę wykonanej usługi oraz stawki naliczonej za 1 km ustalonych w zapisach umów
4	PRANIE	TAK	badania w kierunku czystości mikrobiologicznej dostarczanej bielizny, odbiór i dostawa prania kwitowana w dwóch egzemplarzach po jednej dla każdej ze stron umowy, z wyszczególnieniem asortymentu	TAK	badania w kierunku czystości mikrobiologicznej dostarczanej bielizny, odbiór i dostawa prania kwitowana w dwóch egzemplarzach po jednej dla każdej ze stron umowy z wyszczególnieniem asortymentu w sztukach i kilogramach, kontrola jakości prania (ewentualne plamy, prasowanie, maglowanie), kontrola napraw krawieckich, kontrola terminowości dostaw

L.P.	RODZAJ DZIAŁALNOŚCI ZLECANY PODMIOTOM ZEWNĘTRZNYM	CZY AKTUALNE UMOWY REGULUJĄ KWESTIE ZWIĄZANE Z KONTROLĄ ŚWIADCZONYCH USŁUG (TAK/NIE)	ZAKRES UPRAWNIEŃ KONTROLNYCH PODMIOTU LECZNICZEGO OBJĘTY UMOWĄ	CZY PODMIOT KONTROLUJE REALIZACJĘ UMÓW ZGODNIE Z ZAPISAMI UMOWY (TAK/NIE)	OPIS DZIAŁAŃ KONTROLNYCH WOBEC PODMIOTU ZEWNĘTRZNEGO REALIZUJĄCEGO UMOWĘ
			w sztukach i kilogramach, - prawo do przeprowadzenia wizytacji pralni wykonawcy w celu zweryfikowania spełnienia przez Wykonawcę wymogów zawartych w specyfikacji umowy oraz w złożonej ofercie przetargowej		

Tabela nr 6 - Kontrola zawieranych umów.

Z przekazanych kontrolującym informacji wynika, iż zawarte umowy dotyczące zadań zleconych zawierają zapisy uprawniające do dokonywania kontroli przez Centrum, na podstawie których dokonywana jest okresowa kontrola realizacji świadczeń i usług.

[Dowód: akta kontroli str. 227]

9. Zaplecze diagnostyczne.

W okresie objętym kontrolą (01.01.2020 - 23.11.2021r.) podstawowym rodzajem używanego sprzętu medycznego przez pracowników Centrum były aparaty: EKG, do laseroterapii, USG, RTG oraz EMG (wykonanych odpowiednio około: 5100, 16000, 2600, 2800 oraz 10300 badań). Wyszczególnienie posiadanej aparatury wraz z okresem użytkowania sprzętu zostało przedstawione w poniższej tabeli.

L.P.	RODZAJ APARATURY I SPRZĘTU MEDYCZNEGO	LICZBA					LICZBA WYKONANYCH BADAŃ / ZABIEGÓW *
		OKRES UŻYTKOWANIA 0-3 LATA	OKRES UŻYTKOWANIA 4-8 LAT	OKRES UŻYTKOWANIA 9-11 LAT	OKRES UŻYTKOWANIA POWYŻEJ 12 LAT	OGÓŁEM	
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Aparaty EKG	8	8	2	6	24	5 098
2	Aparaty KTG					0	
3	Aparaty EEG					0	
4	Aparaty EMG	1	0	1	0	2	10 353
5	Aparaty RTG, w tym:	1	0	0	1	2	2 782
6	- aparaty RTG z opcją naczyniową i obróbką cyfrową					0	
7	- aparaty RTG z torem wizyjnym					0	

8	- pozostałe	1	0	0	1	2	2 782
9	Aparaty USG, w tym:	1	2	0	3	6	2 617
10	- kardiologiczne	1	0	0	1	2	1 629
11	- pozostałe	0	2	0	2	4	988
12	Gammakamera					0	
13	Mammograf					0	
14	Tomograf komputerowy					0	
15	Rezonans Magnetyczny					0	
16	Urządzenie magnetycznego rezonansu jądrowego					0	
17	Litotrypter					0	
18	Laseroterapia	1	3	3	4	11	16 052
19	Analizator biochemiczny wieloparametrowy					0	
20	Akcelerator liniowy					0	
21	Respirator, w tym:	0	0	0	0	0	0
22	- dla dorosłych					0	
23	- dla dzieci					0	
24	Aparat do znieczulenia ogólnego					0	
25	Stoły operacyjne					0	
26	Inkubatory					0	
27	Urządzenie angiograficzne, zestaw do badań naczyniowych					0	
28	Aparatura endoskopowa, w tym:	0	0	0	0	0	0
29	- gastroskop					0	
30	- kolonoskop					0	
31	- bronchoskop					0	
32	- laparoskop					0	
33	- pozostałe					0	

Tabela nr 7- Zaplecze diagnostyczne (01.01.2020 r. - 23.11.2021 r.).

Na podstawie ww. tabeli stwierdzić można, iż największa liczba sprzętu i aparatury medycznej będąca w posiadaniu Centrum mieści się w okresie użytkowania powyżej 12 lat.

[Dowód: akta kontroli str. 228]

10. Normy zatrudnienia pielęgniarek.

Obowiązujące w Centrum minimalne normy zatrudnienia personelu pielęgniarskiego określone zostały zarządzeniem wewnętrznym Dyrektora SP ZOZ „Repty” GCR im. Jerzego Ziętka w Tarnowskich Górach Nr DN – 0150 (11) 2020 z dnia 06.02.2020 r. w sprawie minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek w SP ZOZ „Repty” Górnośląskim Centrum Rehabilitacji im. Jerzego Ziętka w Tarnowskich Górach. Z informacji przekazanych kontrolującym wynika, że ustalone minimalne normy zatrudnienia na dzień rozpoczęcia kontroli nie były spełniane w następujących komórkach organizacyjnych:

- I Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej (brakujące 1,5 etatu)
- II Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej (brakujący 1 etat)
- II Oddział Rehabilitacji Neurologicznej (brakujące 4,5 etatu)
- III Oddział Rehabilitacji Neurologicznej (brakujących 7 etatów)
- I Oddział Rehabilitacji Narządu Ruchu (brakujących 5 etatów).

Szczegółowe informacje dotyczące spełniania w Centrum na dzień rozpoczęcia kontroli norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych prezentuje poniższa tabela.

KOMÓRKI	ZATRUDNIENIE WG STANU NA DZIEŃ 23.11.2021 (w etatach)	OBYWIAZUJĄCA NORMA W PRZELICZENIU NA LICZBĘ ŁÓŻEK	LICZBA BRAKUJĄCYCH ETATÓW	LICZBA BRAKUJĄCEGO PERSONELU (w osobach)
ODDZIAŁY O PROFILU ZACHOWAWCZYM				
1. I Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej	20,5	22	1,5	2
2. II Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej	18,5	19	0,5	1
3. I Oddział Rehabilitacji Neurologicznej	34	34	0	0
4. II Oddział Rehabilitacji Neurologicznej	35,5	39	4,5	5
5. III Oddział Rehabilitacji Neurologicznej	27	34	7	7
6. I Oddział Rehabilitacji Narządu Ruchu	25	30	5	5
7. Ośrodek Rehabilitacji Leczniczej	6	5,5	0	0

Tabela nr 8 - Normy zatrudnienia pielęgniarek.

[Dowód: akta kontroli str. 229– 232]

11. Braki kadrowe.

Na dzień rozpoczęcia kontroli w Centrum występowały braki kadrowe w grupie zawodowej lekarzy (9,5 brakujących etatów), pielęgniarek (18,5 brakujących etatów) oraz farmaceutów (5 brakujących etatów).

Braki kadrowe dotyczą personelu w Oddziałach rehabilitacyjnych, Ośrodku Rehabilitacji Leczniczej, Poradni Kardiologicznej, Poradni Rehabilitacyjnej oraz w Aptece szpitalnej.

Dyrekcja Centrum podejmuje działania mające na celu pozyskanie brakującego personelu – publikowane są ogłoszenia o pracę na stronach internetowych, na portalach społecznościowych oraz w izbach lekarskich i pielęgniarskich.

Szczegółowe informacje w zakresie braków kadrowych i podejmowanych działań Dyrekcji Centrum w kierunku pozyskania kadry medycznej do zatrudnienia, obrazuje poniższa tabela.

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	Pielęgniarki	20	18,5	1. I Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej 2. II Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej 3. I Oddział Rehabilitacji Neurologicznej 4. II Oddział Rehabilitacji Neurologicznej 5. III Oddział Rehabilitacji Neurologicznej 6. I Oddział Rehabilitacji Narządu Ruchu 7. Ośrodek Rehabilitacji Leczniczej	Migracja personelu do innych szpitali, osiągnięcie wieku emerytalnego przez personel pielęgniarski oraz trudności w pozyskaniu nowego personelu ze względu na brak pielęgniarek na rynku pracy. Przyczyną braku personelu pielęgniarskiego jest również decyzja wojewody o oddelegowaniu personelu do pracy w szpitalu tymczasowym w Pyrzowicach.	TAK	Podjęto takie działania jak: zamieszczanie ogłoszeń o pracę na stronach internetowych, na portalach społecznościowych oraz w izbach pielęgniarskich. Mimo podjętych działań na rynku pracy występuje deficyt personelu pielęgniarskiego, co powoduje problem z pozyskaniem pielęgniarek.
2	Lekarze	10	9,5	1. I Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej 2. I Oddział Rehabilitacji Neurologicznej 3. II Oddział Rehabilitacji Neurologicznej 4. III Oddział Rehabilitacji Neurologicznej 5. I Oddział Rehabilitacji Narządu Ruchu 6. Poradnia Kardiologiczna 7. Poradnia Rehabilitacyjna	Migracja personelu do innych szpitali, osiągnięcie wieku emerytalnego przez personel lekarski oraz trudności w pozyskaniu nowego personelu ze względu na brak lekarzy na rynku pracy.	TAK	Podjęto takie działania jak: zamieszczanie ogłoszeń o pracę na stronach internetowych, na portalach społecznościowych oraz w izbach lekarskich. Mimo podjętych działań na rynku pracy występuje deficyt personelu lekarskiego, co powoduje problem z pozyskaniem lekarzy.
3	Farmaceuci	5	5	Apteka Szpitalna	Normy zatrudnienia wynikające z ustawy o zawodzie farmaceuty. Brak farmaceutów na rynku pracy.	TAK	Podjęto takie działania jak: zamieszczanie ogłoszeń o pracę na stronach internetowych, na portalach społecznościowych. Mimo podjętych działań na rynku pracy występuje deficyt farmaceutów.

Tabela nr 9 – Braki kadrowe.

[Dowód: akta kontroli str. 233]

12. Wykonywanie badań satysfakcji pacjenta.

Monitorowanie poziomu zadowolenia pacjentów korzystających z opieki medycznej w Centrum odbywa się zgodnie ze standardami akredytacyjnymi. Ocena opinii pacjentów – Badanie Satysfakcji Pacjentów prowadzona jest w Oddziałach Szpitala. Badanie służy uzyskaniu wiedzy na temat oczekiwań, preferencji i doświadczeń hospitalizowanych pacjentów. Do powyższego celu służy formularz ankiety satysfakcji pacjenta, który pacjent otrzymuje od personelu Centrum. Za pomocą ankiety pacjent ocenia takie elementy jak: przyjęcie do Centrum, warunki pobytu, żywienie, opiekę lekarską, opiekę pielęgniarską, gimnastykę rehabilitacyjną i zabiegi fizykoterapeutyczne oraz efekty rehabilitacji. Wypełnioną ankietę pacjent wrzuca do oznakowanych skrzynek znajdujących się w Oddziałach i w Ośrodku dziennym. Zbiera i analizuje otrzymane dane Koordynator ds. jakości. Analiza (raport) badania satysfakcji pacjenta dokonywana jest w systemie kwartalnym. Otrzymane dane przedstawiane są Dyrekcji Centrum, Lekarzowi Kierującemu Oddziałem oraz zespołowi ds. jakości. Raz w roku, w ramach przeglądu zarządzania, Koordynator ds. Jakości przedstawia Dyrekcji Centrum przygotowaną analizę z badania satysfakcji pacjenta. Wnioski z oceny mogą stanowić podstawę do podjęcia działań korygujących i zapobiegawczych. Dyrekcja Centrum wykorzystuje zebrane dane z badania satysfakcji pacjenta do ustawicznego podnoszenia jakości usług świadczonych w Centrum.

Kontrolującym przedstawiono raporty z badania satysfakcji pacjentów Centrum za I i II półrocze 2020 roku oraz raport za II kwartał 2021 r. We wszystkich dokumentach najniższym ocenianym elementem była sprawność pacjenta przed i po rehabilitacji (sprawność po rehabilitacji średnio na około 6,9 – 7 punktów na 10 możliwych). Wszystkie pozostałe elementy oceniane są przez pacjentów na powyżej 8 punktów na 10 możliwych.

[Dowód: akta kontroli str. 234 - 276]

13. Inwestycje związane z dostosowaniem podmiotu do wymagań wynikających z przepisów prawa.

W okresie objętym kontrolą Centrum prowadziło działania zmierzające do spełnienia wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność medyczną, wynikającą z przepisów p/poż, których łączne koszty wyniosły ponad 306 tys. zł. Ponadto Centrum planuje ponieść koszty działań mających na celu zarówno spełnienie wymagań w ww. zakresie wynikających z przepisów p/poż, jak też z przepisów rozporządzenia. Przeprowadzone i planowane inwestycje w ww. obrazuje poniższa tabela.

KOSZTY PONIESIONE W OKRESIE OBJĘTYM KONTROLĄ				KOSZTY PLANOWANE			
LP	ZAKRES	WYNIKAJĄCY Z PRZEPISÓW P/POŻ	KOSZT DOSTOSOWANIA	ZAKRES	WYNIKAJĄCY Z ROZPORZĄDZENIA	WYNIKAJĄCY Z PRZEPISÓW P/POŻ	SZACUNKOWY KOSZT DOSTOSOWANIA
		DATA REALIZACJI			PLANOWANA DATA REALIZACJI	PLANOWANA DATA REALIZACJI	
1.	Dostawa i montaż pierwszej centrali i czujek - I etap i II etap	30.11.2021 r.	306 097,80				

KOSZTY PONIESIONE W OKRESIE OBJĘTYM KONTROLA				KOSZTY PLANOWANE			
LP	ZAKRES	WYNIKAJĄCY Z PRZEPISÓW P/POŻ	KOSZT DOSTOSOWA NIA	ZAKRES	WYNIKAJĄCY Z ROZPORZĄDZ ENIA	WYNIKAJĄCY Z PRZEPISÓW P/POŻ	SZACUNKOWY KOSZT DOSTOSOWANIA
		DATA REALIZACJI			PLANOWANA DATA REALIZACJI	PLANOWANA DATA REALIZACJI	
	Wymiana 20 skrzynek p.poż	30.11.2021 r.					
2.				a) pawilon B (wymiana wykładzin podłogowych, wymiana stolarki drzwiowej, adaptacja pomieszczeń na pokój przygotowawczo pielęgniarski, wyburzenie ścianek działowych w salach chorych)	2021 r.		460 000,00 zł
				b) pawilon C (wymiana wykładzin podłogowych, wymiana stolarki drzwiowej, adaptacja pomieszczeń na pokój przygotowawczo pielęgniarski)	2021 r.		624 000,00 zł
				c) pawilon MN, PR (wymiana wykładzin podłogowych, wymiana stolarki drzwiowej, remont sanitariatów , wykonanie nowej instalacji pod umywalki oraz zlewozmywaki w pokojach przygotowawczo pielęgniarskich)	2021 r.		704 500,00 zł
				d) pawilon J (wykonanie izolátky przy Izbie Przyjęć)	2021 r.		83 100,00 zł
				e) Oddziały GCR „Repty” - zakup myjni – dezynfektor lub urządzenia do dekontaminacji 16 szt.	2021 r.		440 000,00 zł
				f) Oddziały GCR „Repty” - zakup wózków przeznaczonych do transportu bielizny z zamkniętą przestrzenią ładunkową – 7 szt.	2021 r.		65 400,00 zł
3.				a)Wymiana hydrantów wewnętrznych paw. K,P-R,M-N oraz modernizacja oświetlenia ewakuacyjnego w obiekcie GCR „Repty” - etap II		2021 r.	300 000,00 zł
				b)Wyposażenie ewakuacyjnych klatek schodowych w urządzenia służące do usuwania dymu w paw. A, G,H,J,M,N,R oraz obudowa i zamknięcie drzwi ewakuacyjnych klatek schodowych na styku pawilonu A,G,M,J,R,N,H		2021 r.	2 550 000,00 zł

KOSZTY PONIESIONE W OKRESIE OBJĘTYM KONTROLĄ				KOSZTY PLANOWANE			
LP	ZAKRES	WYNIKAJĄCY Z PRZEPISÓW P/POŻ	KOSZT DOSTOSOWANIA	ZAKRES	WYNIKAJĄCY Z ROZPORZĄDZENIA	WYNIKAJĄCY Z PRZEPISÓW P/POŻ	SZACUNKOWY KOSZT DOSTOSOWANIA
		DATA REALIZACJI			PLANOWANA DATA REALIZACJI	PLANOWANA DATA REALIZACJI	
				c)Wykonanie instalacji sygnalizacji pożaru wraz z nagłośnieniem (dźwiękowy system ostrzegania) w pawilonie D,F,G,H,J,K,L-O,M-N,P-R		2021 r.	2 100 000,00 zł

Tabela nr 10 – koszty inwestycji związanych z dostosowaniem do wymogów rozporządzenia i przepisów p/poż.

[Dowód: akta kontroli str. 277 - 278]

14. System kontroli/oceny zakażeń.

W trakcie kontroli ustalono, iż w Centrum funkcjonuje Zespół kontroli zakażeń szpitalnych oraz Komitet kontroli zakażeń szpitalnych, powołane Zarządzeniem wewnętrznym Dyrektora Centrum nr DN – 0150 (62) 2019 z dnia 10.12.2019 r.

Zgodnie z zapisami ww. Zarządzenia do zadań:

- 1) Zespołu należy: opracowywanie i aktualizacja systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych; prowadzenie kontroli wewnętrznej oraz przedstawianie wyników i wniosków z tej kontroli Dyrektorowi Centrum i Komitetowi zakażeń szpitalnych; szkolenie personelu w zakresie kontroli zakażeń szpitalnych; konsultowanie osób podejrzanych o zakażenie lub chorobę zakaźną.
- 2) Komitetu należy: opracowywanie planów i kierunków systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych, ocena wyników kontroli wewnętrznej przedstawionych przez zespół kontroli zakażeń szpitalnych, opracowywanie i aktualizacja standardów farmakoprofilaktyki i farmakoterapii zakażeń i chorób zakaźnych.

Zespół odbywa cykliczne posiedzenia raz na kwartał, Komitet – raz w roku.

Jak wynika z przekazanych informacji, w Centrum prowadzone są zarówno szkolenia wewnętrzne, jak i zewnętrzne dla personelu w obszarze zakażeń (zgodnie z zatwierdzonym planem szkoleń).

W okresie objętym kontrolą liczba zakażeń szpitalnych kształtowała się w Centrum następująco:

- 2020 rok – 756 zakażeń (w tym najwięcej – 215 – w II Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej)
- 2021 rok – 504 zakażenia (w tym najwięcej – 122 – w II Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej).

[Dowód: akta kontroli str. 279 - 286]

B. Stwierdzone nieprawidłowości (przyczyny, skutki):

1. Nieprawidłowość polegająca na braku określenia w umowach o udzielanie świadczeń zdrowotnych szczegółowych okoliczności uzasadniających rozwiązanie umowy za wypowiedzeniem, co stanowi naruszenie art. 27 ust. 4 pkt 8 z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;

2. Nieprawidłowość polegająca na braku ustalenia szacunkowego wynagrodzenia przyjmującego zamówienie, z którym zawarto umowę Nr 11/2021 z dnia 17.06.2021 r., co stanowi naruszenie art. 26a ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
3. Nieprawidłowość polegająca na przeprowadzeniu postępowania konkursowego na stanowisko pielęgniarki oddziałowej I Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej niezgodnie z zapisami z art. 49 ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej;
4. Nieprawidłowość polegająca na braku przeprowadzenia konkursu na stanowisko Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa, co stanowi naruszenie art. 49 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej;
5. Nieprawidłowość polegająca na przeprowadzeniu postępowań konkursowych niezgodnie z zapisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą w zakresie dot. §15 ust 3 ww. rozporządzenia tj. pisemnego powiadomienia kandydatów o wynikach konkursu.

Przyczyny nieprawidłowości:

Niedochowanie należytej staranności w zakresie:

- konstruowania zapisów umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych,
- oszacowania wartości zamówienia na udzielanie świadczeń zdrowotnych w przypadku jednej z poddanych analizie umów,
- przeprowadzania postępowań konkursowych.

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

a) Rotor do pasywnej i aktywnej terapii kończyn górnych i dolnych THERA-Trainer tigo 552 o wartości 29 106,00 zł;

- dowód przyjęcia OT0 – 00031/2021 z dnia 30.06.2021 r., numer inwentarzowy: 008448, nr zewnętrzny 0802-1099;
- zakup został ujęty w planie inwestycyjnym Centrum na 2021 r., pozytywnie zaopiniowanym przez Radę Społeczną Centrum uchwałą nr 37/2020 z dnia 23.12.2020 r.;
- zakup sprzętu został pozytywnie zaopiniowany przez Radę Społeczną Centrum uchwałą nr 14/2021 z dnia 11.08.2021 r.;
- z uwagi na wartość sprzętu, zgoda podmiotu tworzącego na nabycie nie była wymagana;
- sprzęt został zakupiony w ze środków pochodzących z darowizny pieniężnej (25.000 zł) i środków własnych Centrum (4 106 zł);
- zakup potwierdzony fakturą VAT 000082/2021 z dnia 25.06.2021 r. na kwotę 29 106,00 zł, termin płatności do dnia: 09.07.2021r., zapłacono w terminie (09.07.2021 r.).

W toku kontroli ustalono, iż uchwała Rady Społecznej opiniująca nabycie podjęta została już po dokonaniu zakupu sprzętu.

[Dowód: akta kontroli str. 287 - 298]

2. Zbycie sprzętu i aparatury medycznej.

W ramach kontroli prawidłowości gospodarowania mieniem sprawdzono procedurę zbycia wskazanego poniżej sprzętu medycznego:

Kriokomora – nr ewidencyjny: T/1/802/03110, rok zakupu: 2006, wartość początkowa: 1 085 023,00 zł, umorzenie: 100%.

– orzeczenie techniczne z dnia 13.08.2020 r. – w obecnym stanie technicznym sprzęt nie nadaje się do eksploatacji. Dalsza naprawa komory nie jest możliwa ze względu na niedostępność części zamiennych na rynku;

– pozytywna opinia Rady Społecznej Centrum wyrażona uchwałą nr 28/2020 z dnia 31.08.2020 r.,

– uzyskano zgodę podmiotu tworzącego na likwidację sprzętu (zgoda Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 16.09.2020 r.),

– protokół kasacyjny nr 81 z dnia 30.09.2020 r.,

– dowód LT0-00043/2020 z dnia 30.09.2020 r.,

– karta przekazania odpadu do utylizacji (data faktycznego przekazania-30.09.2020 r.).

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

[Dowód: akta kontroli str. 299 - 317]

3. Najem/dzierżawa pomieszczeń.

Kontrolą objęto umowę najmu pomieszczeń użytkowych Nr DN – 060 (29) 2021 z dnia 15.02.2021 r.

Przedmiotem umowy jest najem pomieszczeń użytkowych Centrum zlokalizowanych na I piętrze pawilonu „D” o łącznej powierzchni użytkowej 585,22 m² z przeznaczeniem na prowadzenie działalności polegającej na udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej w ramach Oddziału Leczenia Zaburzeń Nerwicznych Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Katowicach im. Sierżanta Grzegorza Załogi. Najemca zobowiązał się w umowie do niewykonywania działalności leczniczej w zakresie konkurencyjnym w stosunku do usług świadczonych przez Wynajmującego (Centrum). Jednocześnie strony zawarły umowę najmu wyposażenia i sprzętu Nr DN – 060 (30) 2021 z dnia 15.02.2021 r.

Umowa najmu pomieszczeń użytkowych została zawarta na czas określony - od dnia 15.02.2021 r. do dnia 31.12.2021 r. Z uwagi na okres, na jaki została zawarta umowa, zgoda podmiotu tworzącego nie była wymagana.

Rada Społeczna Centrum pozytywnie zaopiniowała wniosek w sprawie wynajmu ww. pomieszczeń (uchwała nr 2/2021 z dnia 29.01.2021 r.).

Kontrolowana umowa zawiera wszystkie zapisy wymagane zgodnie z § 3 „Zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnych publicznych 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.

Objęte kontrolą faktury za miesiąc kwiecień i wrzesień 2021 r. zostały wystawione zgodnie z treścią umowy.

[Dowód: akta kontroli str. 318 - 362]

B: Stwierdzona nieprawidłowość (przyczyny, skutki):

Nieprawidłowość polegająca na braku uzyskania opinii Rady Społecznej w sprawie nabycia Rotora do pasywnej i aktywnej terapii kończyn górnych i dolnych THERA-Trainer tigo 552 przed rozpoczęciem procedury zakupu ww. sprzętu medycznego, czym naruszono zapisy art. 48 ust. 2 pkt 2 lit. e ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.

Przyczyna nieprawidłowości:

Brak należytego nadzoru nad pracownikami odpowiedzialnymi za realizację procedur związanych z nabywaniem sprzętu i aparatury medycznej.

C. Ocena cząstkowa: pozytywna z nieprawidłowością.

D. Osoba odpowiedzialna:

Dyrektor Centrum, na podstawie art. 46 ust. 1 ustawy 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 „Repty” Górnośląskim Centrum Rehabilitacji im. Gen. Jerzego Ziętka w Tarnowskich Górach przeprowadzona została przez pracowników Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w dniach 28.10.2019 r. – 29.10.2019 r.

Przedmiotem kontroli objęto: realizację zadań statutowych, dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych, prawidłowość gospodarowania mieniem oraz gospodarkę finansową w okresie od 2017 r. do 2019 r.

Wydano następujące zalecenia pokontrolne:

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

- 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 udostępnianie 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 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 zwłok w związku z toczącym się postępowaniem karnym, zgodnie z art. 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 je 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.

Dyrektor Centrum, w ustawowym terminie, złożył do Wydziału Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego sprawozdanie o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych pismem z dnia 13.03.2020 r.

Sprawdzono realizację zaleceń pokontrolnych i stwierdzono, że część wskazanych powyżej zaleceń nie została wykonana.

B: Stwierdzone nieprawidłowości (przyczyny, skutki):

1. Nieprawidłowość polegająca na braku realizacji zalecenia dot. wprowadzenia do Regulaminu Organizacyjnego cennika opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej, zgodnie z art. 24 ust. 1 pkt 9 ustawy o działalności leczniczej;
2. Nieprawidłowość polegająca na braku wykonania zalecenia pokontrolnego w części dotyczącej przeprowadzenia konkursu na stanowisko zastępcy dyrektora ds. lecznictwa, zgodnie z art. 49 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.

Przyczyny nieprawidłowości:

Zaniedbania w zakresie sprawowanego nadzoru nad poszczególnymi komórkami organizacyjnymi (pracownikami) Centrum odpowiedzialnymi za realizację ww. czynności.

Skutki nieprawidłowości:

Brak realizacji części zaleceń pokontrolnych, do wykonania których Dyrektor Centrum zobowiązany został przez Zarząd Województwa Śląskiego w wystąpieniu pokontrolnym z dnia 14 lutego 2020 r.

C: Ocena częściowa: 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.

Na tym ustalenia kontrolne zakończono.

VI. Pozostałe informacje, zalecenia i pouczenia.

1. Pozostałe informacje

Pismem z dnia 18 maja 2022 r., znak: NZ-NK.1711.16.2021 (NZ-NK.KW-00241/22), Projekt wystąpienia pokontrolnego został przekazany Dyrektorowi "REPTY" Górnśląskiego Centrum Rehabilitacji im. Gen. Jerzego Ziętka w Tarnowskich Górach. Ze „zwrotnego potwierdzenia odbioru” wynika, że pismo zostało doręczone do Centrum w dniu 23 maja 2022 r.

Pismem z dnia 26 maja 2022 r., znak: DN-DO-0611-53(2)/22, Dyrektor Centrum zgłosił zastrzeżenia do treści Projektu wystąpienia pokontrolnego, których ocena wraz z uzasadnieniem została dokonana odrębnym pismem skierowanym do Dyrektora Centrum. Pismem z dnia 8 września 2022 r. (znak sprawy: NZ-NK.1711.16.2021; NZ-NK.KW-00409/22) ww. zastrzeżenia oddalono w całości.

2. Zalecenia

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

1. Wprowadzenia do Regulaminu Organizacyjnego cennika opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej, zgodnie z art. 24 ust. 1 pkt 9 ustawy o działalności leczniczej;
2. Usunięcia niezgodności pomiędzy poszczególnymi częściami Regulaminu Organizacyjnego Szpitala w zakresie informacji nt. rodzaju prowadzonej działalności leczniczej;
3. Usunięcia niezgodności pomiędzy zapisami Regulaminu Organizacyjnego Centrum (w tym także w ramach poszczególnych jego części) i Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą w zakresie nazewnictwa jednej z komórek organizacyjnych działalności medycznej;
4. Umieszczania w zawieranych umowach na realizację świadczeń zdrowotnych postanowień dotyczących szczegółowych okoliczności uzasadniających rozwiązanie umowy za wypowiedzeniem, zgodnie z art. 27 ust. 4 pkt 8 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
5. Każdorazowego ustalania szacunkowego wynagrodzenia przyjmującego zamówienie na udzielanie świadczeń zdrowotnych;
6. Każdorazowego przeprowadzania postępowania konkursowego na stanowisko pielęgniarki oddziałowej zgodnie z zapisami z art. 49 ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej;
7. Przeprowadzenia konkursu na stanowisko Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa, zgodnie z zapisami art. 49 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej;
8. Każdorazowego przeprowadzania postępowań konkursowych zgodnie z zapisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą w zakresie dot. §15 ust 3 ww. rozporządzenia w zakresie pisemnego powiadomienia kandydatów o wynikach konkursu;
9. Każdorazowego pozyskiwania opinii Rady Społecznej dotyczącej planowanego zakupu lub przyjęcia darowizny nowej aparatury i sprzętu medycznego przed rozpoczęciem procedury nabycia;
10. Pełnej realizacji zaleceń pokontrolnych wydanych przez podmiot tworzący w wyniku przeprowadzonej kontroli.

3. Pouczenia

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

Wystąpienie pokontrolne zawiera 29 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
Zastępcą Dyrektora
Departamentu Nadzoru Podmiotów
Leczniczych i Ochrony Zdrowia