

Katowice, 10 grudnia 2024 r.
NZ-NK.1711.10.2024

**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 roku o działalności leczniczej (t. j.: Dz. U. z 2024 r. poz. 799),
- 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 2024 rok, załącznik nr 2, poz. 8 zatwierdzonego uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 141/482/VI/2024 z dnia 19.01.2024 roku,
- 4) regulaminu kontroli podmiotów leczniczych, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie 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.

Dyrektor na dzień przeprowadzenia kontroli wykonywał swoje zadania kierownicze i zarządcze przy pomocy:

- Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa:
 - Pani Krystyny Semenowicz - Siudy – (od 01.05.2020 r. do 30.09.2022 r.),
 - Pana Janusza Kapusteckiego – od 01.10.2022 r. do nadal,
- Główniej księgowej:
 - Pani Barbary Pędolskiej – od 15.03.2021 r. do nadal.

Termin przeprowadzenia czynności kontrolnych i zakres kontroli:

Kontrolę przeprowadzono w dniach 11.06.2024 r. – 05.07.2024 r. w zakresie: wybranych zagadnień z zakresu spraw organizacyjno-finansowych w latach 2022-2024.

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

Osoby przeprowadzające kontrolę:

Tomasz Jarzab – Główny specjalista Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnienia jednorazowego nr 317/NZ/2024 z dnia 29.05.2024 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 29.05.2024 r.

Weronika Loska-Tomanik – Główny specjalista Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnienia jednorazowego nr 318/NZ/2024 z dnia 29.05.2024 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 29.05.2024 r.

Barbara Gwiazda - Amrosz – Główny specjalista Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnienia jednorazowego nr 316/NZ/2024 z dnia 29.05.2024 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 29.05.2024 r.

O kontroli Dyrektor jednostki został poinformowany pismem z dnia 05.06.2024 r.

Kontrolę wpisano do książki kontroli pod pozycją 11/2024.

[Dowód: akta kontroli str. 1-11]

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.

Informacje ogólne.

„REPTY” Górnos Śląskie Centrum Rehabilitacji im. gen. Jerzego Ziętka w Tarnowskich Górach (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 Katowicach pod numerem KRS 0000031621. 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 2024 r. poz. 799) 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 2024 r. poz. 146 z późn. zm.);
- 3) Statutu Centrum, którego ostatnie zmiany zostały przyjęte uchwałą Nr VI/65/8/2024 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 22.01.2024 r. i ogłoszone w Dzienniku Urzędowym Województwa Śląskiego w dniu 31.01.2024 r. pod pozycją 882.
- 4) Regulaminu Organizacyjnego, którego ostatnie zmiany, pozytywnie zaopiniowane przez Radę Społeczną uchwałą nr 67/2023 z dnia 14.12.2023 r., wprowadzone zostały w życie Zarządzeniem Dyrektora nr DN-015 (100) 2023 z dnia 19.12.2023 r.,
- 5) w zakresie gospodarki mieniem:

- a) Procedury dotyczącej 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 grudnia 2021 r. z późn.zm.;
 - b) Zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie, określonych w uchwale Zarządu Województwa Śląskiego nr 686/326/VI/2022 z 20 kwietnia 2022 r. z późn. zm.;
- 6) innych powszechnie obowiązujących przepisów prawa.

W Centrum zatrudnienie na dzień 11.06.2024 r. roku wynosiło:

- 619 pracowników w ramach umowy o pracę,
- 21 pracowników w ramach umowy zlecenia,
- 13 pracowników w ramach kontraktu.

[Dowód: akta kontroli str. 12]

1. Prawidłowość wpisów w Krajowym Rejestrze Sądowym.

W okresie objętym kontrolą ostatnia zmiana w zapisach Krajowego Rejestru Sądowego (dalej: KRS) dotyczyła powołania Rady Społecznej Centrum na nową kadencję na podstawie uchwały Zarządu Województwa Śląskiego nr 686/494/VI/2024 z dnia 20.03.2024 r. Weryfikacja dokumentacji wykazała, że Centrum dopełniło ustawowego obowiązku wynikającego z art. 22 ustawy o Krajowym Rejestrze Sądowym z dnia 20 sierpnia 1997 r. (t. j.: Dz. U. z 2024 r. poz. 974), który wskazuje 7 – dniowy termin na zgłoszenie zmian do KRS.

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

[Dowód: akta kontroli str. 13-30]

2. 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, pozytywnie zaopiniowane przez Radę Społeczną uchwałą nr 67/2023 z dnia 14.12.2023 r., zostały wprowadzone w życie Zarządzeniem Dyrektora nr DN-015 (100) 2023 z dnia 19.12.2023 r.

W trakcie kontroli sprawdzono zgodność zapisów Regulaminu Organizacyjnego Centrum z przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej. Stwierdzono, że Regulamin Organizacyjny zawiera wszystkie niezbędne elementy, wskazane w treści art. 24 ust. 1 ww. ustawy.

Kontrolujący stwierdzili, że cele oraz zadania podmiotu leczniczego wyszczególnione w Regulaminie są w pełni tożsame z wpisanymi w Statut Centrum.

Podczas kontroli stwierdzono brak zgodności zapisów Regulaminu w zakresie struktury organizacyjnej komórek działalności medycznej z Księgą Rejestrową w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (dalej: Rejestr) prowadzonym przez Wojewodę Śląskiego według stanu na dzień 11.06.2024 r., w zakresie brzmienia nazwy poniższej komórki organizacyjnej:

	REGULAMIN ORGANIZACYJNY	REJESTR PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ
L.p.	Nazwa jednostki/ komórki organizacyjnej	Nazwa jednostki/ komórki organizacyjnej
1	Izba Przyjęć	Izba Przyjęć Szpitala

Tabela nr. 1 Niezgodność Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego z Regulaminem Organizacyjnym.

Podczas kontroli sprawdzono prawidłowość procesu dokonywania zmian w strukturze organizacyjnej Centrum w oparciu o *Procedurę postępowania w przypadku dokonywania zmian dotyczących struktury organizacyjnej zakładów leczniczych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie*, wprowadzoną uchwałą Zarządu Województwa Śląskiego nr 2/303/VI/2022 z dnia 05.01.2022 r.

W okresie objętym kontrolą dokonano zmian w strukturze organizacyjnej Centrum w zakresie zmiany liczby łóżek w poszczególnych Oddziałach. Procedury zostały zachowane – Centrum uzyskało opinie Rady Społecznej, natomiast zgody podmiotu tworzącego, nie były wymagane. Dokonano również stosownych wpisów w Rejestrze.

Centrum prowadzi stronę internetową pod adresem: <https://www.repty.pl/> oraz powiązaną z nią stronę podmiotową BIP pod adresem: <https://bip-slaskie.pl/gcrtarn/>. Kontrola treści zawartych na stronie internetowej Centrum wykazała, że zawiera ona informacje wymagane przez art. 24 ust 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Ponadto, stwierdzono, że Centrum spełnia ustawowy wymóg prowadzenia strony podmiotowej BIP i umieszczania na niej wymaganych prawem informacji, zgodnie z ustawą z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej, zaleca się jednak zaktualizowanie danych w zakresie majątku Centrum oraz informacji o przeprowadzonych kontrolach.

B. Stwierdzona nieprawidłowość:

Nieprawidłowość polegająca na braku zgodności pomiędzy zapisami Regulaminu Organizacyjnego Centrum i Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą w zakresie brzmienia nazwy komórki organizacyjnej – Izba Przyjęć, czym naruszono art. 24 ust. 1 oraz art. 107 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Przyczyna nieprawidłowości:

niedochowanie należytej staranności w zakresie aktualizacji zapisów Regulaminu Organizacyjnego i Rejestru.

C. Ocena częściowa: pozytywna mimo stwierdzonej 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.

[Dowód: akta kontroli str. 31-88]

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:

1. I Oddział Rehabilitacji Narządu Ruchu,
2. III Oddział Rehabilitacji Neurologicznej,
3. Poradnia Rehabilitacyjna.

Ad. 1) I Oddział Rehabilitacji Narządu Ruchu

Oddział wpisany jest do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 005 (kod resortowy identyfikujący komórkę organizacyjną stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych), kod resortowy charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych: 4300 Oddział rehabilitacyjny. Oddział został wpisany do Rejestru z dniem 06.09.1993 r. i dysponuje 120 łózkami.

Oddział obejmuje opieką pacjentów w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej pourazowej, rehabilitacji narządu ruchu po leczeniu operacyjnym, po leczeniu zachowawczym, rehabilitacji zaburzeń funkcji ośrodkowego układu nerwowego, rehabilitacji w chorobach demielinizacyjnych i reumatoidalnych.

W Oddziale zatrudnionych jest 8 lekarzy, 27 pielęgniarek, 10 fizjoterapeutów, 1 psycholog oraz 4 osoby z innych grup zgłoszonych do Portalu Potencjału NFZ.

W okresie objętym kontrolą liczba hospitalizowanych pacjentów wyniosła:

- 1 259 w 2022 r.,
- 1 474 w 2023 r.,
- 805 w 2024 r. (wg. stanu na 07.06.2024 r.).

Na listę oczekujących, według stanu na dzień rozpoczęcia kontroli, wpisano 447 przypadków pilnych oraz 821 przypadków stabilnych.

Funkcjonowanie ww. komórki organizacyjnej w zakresie udzielania świadczeń nie budzi zastrzeżeń.

Ad. 2) III Oddział Rehabilitacji Neurologicznej

Oddział wpisany jest do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 011 (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 90 łózkami.

Oddział realizuje świadczenia w zakresie rehabilitacji neurologicznej zaburzeń funkcji mózgu, rehabilitacji neurologicznej zaburzeń funkcji rdzenia kręgowego, zaburzeń funkcji obwodowego układu nerwowego i dystrofii mięśniowych oraz rehabilitacji neurologicznej przewlekłej.

W Oddziale zatrudnionych jest 7 lekarzy, 34 pielęgniarki, 13 fizjoterapeutów, 3 psychologów oraz 13 osób z innych grup zgłoszonych do Portalu Potencjału NFZ.

W okresie objętym kontrolą liczba hospitalizowanych pacjentów wyniosła:

- 546 w 2022 r.,
- 532 w 2023 r.,
- 305 w 2024 r. (wg. stanu na 07.06.2024 r.).

Na listę oczekujących, według stanu na dzień rozpoczęcia kontroli, wpisano 13 przypadków pilnych oraz 263 przypadki stabilne.

Funkcjonowanie ww. komórki organizacyjnej w zakresie udzielania świadczeń nie budzi zastrzeżeń.

Ad. 3) Poradnia Rehabilitacyjna

Poradnia wpisana jest do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 014 (kod resortowy identyfikujący komórkę organizacyjną stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych), kod resortowy charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych: 1300 Poradnia rehabilitacyjna. Poradnia wpisana została do Rejestru z dniem 01.01.2000 r.

W Poradni dokonuje się oceny aktywności ruchowej – oceny chodu, lokomocji, samodzielności ruchowej, wydaje się zlecenia zaopatrzenia ortopedycznego lub środków pomocniczych, ustala się plan usprawnienia leczniczego.

W okresie objętym kontrolą liczba udzielonych porad wyniosła:

- 7 853 w 2022 r.,
- 7 925 w 2023 r.,
- 5 356 w 2024 r. (wg. stanu na 07.06.2024 r.).

W Poradni zatrudnionych jest 5 lekarzy, 1 pielęgniarka i 41 fizjoterapeutów.

Na listę oczekujących, według stanu na dzień rozpoczęcia kontroli, wpisano 46 przypadków pilnych i 212 stabilnych.

Zgodnie z harmonogramem świadczenia udzielane są 5 dni w tygodniu: poniedziałek 8:00-18:00, od wtorku do piątku 7:00-14:35. W dniu przeprowadzenia kontroli w siedzibie Centrum, tj. w dniu 11.06.2024 r. Poradnia działała zgodnie z harmonogramem.

Funkcjonowanie ww. komórki organizacyjnej w zakresie udzielania świadczeń nie budzi zastrzeżeń.

[Dowód: akta kontroli str. 89-94]

2. Udzielanie zamówień na świadczenia zdrowotne.

Przedmiotem weryfikacji przeprowadzonej przez kontrolujących były zapisy umów:

- 1) Nr DN/060/240/2022 z dnia 21.12.2022 r. – umowa dotycząca wykonywania świadczeń zdrowotnych w zakresie badań w Pracowni EMG;
- 2) Nr DN/060/137/2023 z dnia 17.04.2023 r. – umowa dotycząca udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań w pracowni EMG oraz badań densytometrycznych.

Ad. 1)

Umowa została zawarta bez przeprowadzenia konkursu ofert, na podstawie art. 26 ust. 4a ustawy o działalności leczniczej. Przedmiotem umowy jest udzielanie świadczeń usług medycznych pacjentom skierowanym na badania przez Udzielającego zamówienia w zakresie badań w Pracowni EMG.

W ramach czynności kontrolnych ustalono, że umowa zawiera wszystkie niezbędne zapisy określone w art. 27 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Z uwagi na tryb zawarcia umowy maksymalna kwota zobowiązania ustalona została w wysokości 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 01.01.2023 r. do dnia 31.12.2025 r. - sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej

ze Stron.

W ramach kontroli realizacji umowy sprawdzono faktury nr:

- 31/KG/2023 z dnia 09.02.2023 r. – stawka jednostkowa zgodna z umową, płatność została dokonana w terminie;
- 43/KG/01/2024 z dnia 31.01.2024 r. – stawka zgodna z umową, płatność została dokonana w terminie.

Ad. 2)

Umowa została zawarta bez przeprowadzenia konkursu ofert, na podstawie art. 26 ust. 3-4 ustawy o działalności leczniczej. Przedmiotem umowy jest udzielanie świadczeń usług medycznych pacjentom skierowanym na badania przez Udzielającego zamówienia w zakresie badań w pracowni EMG oraz badań densytometrycznych.

W ramach czynności kontrolnych ustalono, że umowa zawiera wszystkie niezbędne zapisy określone w art. 27 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Z uwagi na tryb zawarcia umowy maksymalna kwota zobowiązania ustalona została w wysokości 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 16.04.2023 r. do dnia 17.04.2026 r. - sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

W ramach kontroli realizacji umowy sprawdzono faktury nr:

- 93/KG/6/2023 z dnia 28.06.2023 r. – stawka zgodna z umową, płatność została dokonana w terminie,
- 32/KG/08/2023 z dnia 18.08.2023 r. – stawka jednostkowa zgodna z umową, płatność została dokonana w terminie.

Zwrócono uwagę na rozbieżność między datą zawarcia przedmiotowej umowy – 17.04.2023 r., a dniem jej obowiązywania, tj. 16.04.2023 r. W odpowiedzi Centrum poinformowało Kontrolujących, że umowa została zawarta w dniu 16.04.2023 r. natomiast data 17.04.2023 r. została wpisana omyłkowo przez pracownika odpowiedzialnego za przygotowanie formalne umowy. W związku z powyższym Kontrolujący przyjęli przedstawione wyjaśnienia do wiadomości oraz wskazali na konieczność wzmożenia kontroli nad sposobem przygotowywania treści umów.

[Dowód: akta kontroli str. 95-113]

3. Serwisowanie aparatury oraz sprzętu medycznego.

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

- 1) Pompa infuzyjna P600, nr: 8052200508B127, rok produkcji: 2020. Ostatni przegląd okresowy odbył się w dniu 11.01.2024 r., dokonany w terminie. Następny przegląd powinien zostać wykonany do dnia 11.01.2025 r., zgodnie z wpisem „Wynik pomiarów pozytywny”;
- 2) Defibrylator, nr: 10130542, rok produkcji: 2013. Ostatni przegląd okresowy odbył się w dniu 29.03.2024 r., dokonany w terminie. Następny przegląd powinien zostać wykonany do dnia 29.03.2025 r., zgodnie z wpisem „Wszystkie parametry i funkcje zgodne z wymaganiami”;
- 3) Aparat do elektroterapii, nr: PDB1601908PL, rok produkcji: 2016. Ostatni przegląd

- okresowy odbył się w dniu 12.04.2024 r., dokonany w terminie. Następny przegląd powinien zostać wykonany do dnia 12.04.2025 r., zgodnie z wpisem: „Aparat sprawny”;
- 4) Aparat do laseroterapii Polaris 2, nr: PMZW-08/P2/AS, data produkcji: 2017 r. Ostatni przegląd okresowy odbył się w dniu 01.09.2023 r., dokonany w terminie. Następny przegląd powinien zostać wykonany do dnia 01.09.2024 r., zgodnie z wpisem aparat sprawny.

[Dowód: akta kontroli str. 114-121]

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

Sprawdzeniem objęto Rejestr skarg i wniosków Centrum prowadzony w latach 2022-2024. Sposób rozpatrywania skarg i wniosków został określony w *Zasadach rozpatrywania skarg i wniosków pacjentów Centrum*, wprowadzonych zarządzeniem Dyrektora Centrum nr DN-015 (2) 2024 z dnia 9 stycznia 2024 r. Zgodnie z procedurą, skargi i wnioski mogą być składane w formie pisemnej – w Sekretariacie Dyrektora, drogą pocztową oraz elektronicznie – przy użyciu poczty elektronicznej, przy użyciu platformy e-PUAP.

Rozpoznawanie skarg odbywa się w trybie określonym przepisami *Kodeksu postępowania administracyjnego* oraz *Rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie organizacji przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków*.

Skargi i wnioski rejestrowane są w Rejestrze skarg i wniosków, który jest prowadzony w sposób ułatwiający kontrolę przebiegu i terminów załatwienia poszczególnych skarg i wniosków, zgodnie z wymogami określonymi w art. 254 Kodeksu postępowania administracyjnego.

W okresie objętym kontrolą:

- w roku 2022 wpłynęło 5 skarg, wszystkie uznane za niezasadne, odpowiedzi udzielono w terminie,
- w roku 2023 wpłynęło 9 skarg, w tym 3 uznano za częściowo zasadne, 6 za niezasadne, odpowiedzi udzielone w terminie,
- w roku 2024 (na dzień 11.06.2024 r.) wpłynęło 6 skarg, wszystkie uznane za niezasadne. Odpowiedzi udzielono w terminie.

W okresie objętym kontrolą nie wpłynął żaden wniosek. Zgodnie z ustawą o działalności leczniczej analiza skarg i wniosków jest przedstawiana okresowo Radzie Społecznej Centrum, co potwierdzają protokoły z posiedzeń Rady.

W związku z powyższym sposób prowadzenia rejestru skarg i wniosków nie budzi zastrzeżeń.

[Dowód: akta kontroli str. 122-161]

5. 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 Centrum. 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.

Raport z zebranych danych badania satysfakcji pacjenta dokonywany jest w systemie kwartalnym

przez Koordynatora ds. jakości usług medycznych. Następnie otrzymane dane przedstawiane są Dyrekcji Centrum, Lekarzowi Kierującemu Oddziałem oraz Zespołowi ds. jakości.

Natomiast raz w roku, w ramach przeglądu zarządzania, Koordynator ds. jakości przedstawia Dyrekcji Centrum przygotowaną analizę z badania satysfakcji pacjenta. Wnioski z oceny stanowią 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 II kwartał 2022 r. – 1 123 badanych oraz II kwartał 2023 r. – 1 158 badanych. We wskazanych dokumentach najniżej ocenianym elementem była:

- deklarowana sprawność pacjenta przed rehabilitacją (w II kwartale 2022 roku średnio 4,44 punktu na 10 i w II kwartale 2023 roku 4,38 punktu na 10 możliwych),
- deklarowana sprawność po rehabilitacji (w II kwartale 2022 roku średnio 6,99 punktu na 10 i w II kwartale 2023 roku 6,94 punktu na 10 możliwych).

Wszystkie pozostałe elementy zarówno w II kwartale 2022 roku, jak również w II kwartale 2023 roku, oceniono przez pacjentów na powyżej 8 punktów na 10 możliwych.

W oparciu o powyższe Kontrolujący wskazali na konieczność dalszego monitorowania jakości usług świadczonych w Centrum w celu poprawy zadowolenia leczonych pacjentów. Ponadto wskazuje się, że wymaganym jest podjęcie działań zmierzających do podwyższenia zadowolenia leczonego pacjenta w zakresie parametru dotyczącego zwiększenia sprawności po odbytej w Centrum rehabilitacji.

[Dowód: akta kontroli str. 162-205]

B. Stwierdzone uchybienie:

Uchybienie polegające na wpisie w treści umowy na świadczenia medyczne nr DN/060/137/2023 r. błędnej daty zawarcia umowy, tj. 17.04.2023 r.

Przyczyna uchybienia:

niedochowanie należytej staranności w zakresie przygotowania formalnego umowy nr DN/060/137/2023 z dnia 16.04.2023 r.

C. Ocena częściowa: pozytywna mimo stwierdzonego uchybienia.

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

IV. Prawidłowość gospodarowania mieniem.

A. Ustalenia faktyczne.

W zakresie prawidłowości gospodarowania mieniem kontrolą objęto:

1. Nabycie sprzętu i aparatury medycznej.

Aparat USG GE Medical

- darowizna ujęta w planie inwestycyjnym na rok 2022,
- nabycie przedmiotowego aparatu pozytywnie zaopiniowała Rada Społeczna Centrum uchwałą nr 23/2021 z dnia 06.09.2021 r.,
- nabycie zrealizowane w ramach zadania pn. „Zakup sprzętu rehabilitacyjnego celem poprawy warunków udzielania świadczeń medycznych” dofinansowany z Rządowej Agencji Rezerw

Strategicznych – umowa nr BZ-9.58/2022/UE z dnia 25.07.2022 r. na łączną wartości zakupionych aparatów i sprzętu medycznego w wysokości 735 004,68 zł,

- dowód przyjęcia OT 0-00018/2022 z dnia 17.08.2022 r.,
- zgodnie z rozdziałem III pkt. 3 ppkt. 6 procedury dotyczącej 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. ze względu na dofinansowanie zakupu aparatu ze środków zewnętrznych powyżej 75% ich wartości zgoda podmiotu tworzącego nie była wymagana.

Aparat do terapii radialną falą uderzeniową

- zakup ujęty w planie inwestycyjnym na rok 2023,
- nabycie przedmiotowego aparatu pozytywnie zaopiniowała Rada Społeczna Centrum uchwałą nr 21/2023 z dnia 14.04.2023 r.,
- faktura VAT nr FVP/15/2023/11/0029 z dnia 27.11.2023 r. obejmująca również inny sprzęt na łączną kwotę 829 297,84 zł (wartość przedmiotowego aparatu to 44 100,00 zł) opłacona w terminie,
- zakup zrealizowany w ramach zadania pn. „Zakup sprzętu rehabilitacyjnego celem poprawy warunków udzielania świadczeń medycznych” dofinansowany z dotacji celowej Województwa Śląskiego zgodnie z zapisami umowy nr CRU WSL nr 3937/NZ/2023 z dnia 02.10.2023 r. (łączną wartość zadania oszacowano na 829 297,84 zł – środki własne Centrum w wysokości 60 958,84 zł),
- dowód przyjęcia OT 0-00094/2023 z dnia 29.12.2023 r.,
- zgoda podmiotu tworzącego nie była wymagana.

Tomograf komputerowy Siemens Somatom Go Top

- darowizna została pozytywnie zaopiniowana przez Radę Społeczną Centrum uchwałą nr 61/2023 z dnia 14.12.2023 r.,
- nabycie zrealizowane w ramach inwestycji pn. „Rozszerzenie działalności diagnostycznej „REPTY” Górnośląskiego Centrum Rehabilitacji im. Gen. Jerzego Ziętka w Tarnowskich Górach o pracownię tomografii komputerowej wraz z modernizacją pomieszczeń na potrzeby pracowni diagnostycznych” – sprzęt o wartości 2 550 222,42 zł wydany na mocy Decyzji PRM 177/R/23 z dnia 21.09.2023 r. ze Składnicy RARS w Szepietowie w dniu 28.03.2024 r.,
- dowód przyjęcia OT 0-00104/2024 z dnia 29.05.2024 r.,
- zgodnie z rozdziałem III pkt. 3 ppkt. 6 procedury dotyczącej 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. ze względu na dofinansowanie zakupu aparatu ze środków zewnętrznych powyżej 75% ich wartości zgoda podmiotu tworzącego nie była wymagana.

Nabycie środków trwałych w ww. zakresie objętym kontrolą nie budzi zastrzeżeń.

2. Zbycie sprzętu i aparatury medycznej.

W ramach kontroli prawidłowości gospodarowania mieniem sprawdzono procedurę zbycia niżej wymienionych środków trwałych:

a) Aparat RTG SIERESKOP CX MULTIX

- nr inwentarzowy T/1/802/00591, rok produkcji 1998, wartość początkowa 35 310,00 zł, umorzenie 100 %,
- pozytywna opinia Rady Społecznej w sprawie likwidacji ww. sprzętu wyrażona uchwałą nr 32/2022 z dnia 02.11.2022 r.,
- wniosek pracownika komórki organizacyjnej Szpitala w której wykorzystywany jest sprzęt do Komisji Kasacyjnej o kasację sprzętu i rzeczy oraz protokół z posiedzenia Komisji Kasacyjnej nr 127 z dnia 14.12.2022 r. wraz z orzeczeniem technicznym (uszkodzenie lampy, awaria pulpitu sterowania, uszkodzenie układu zasilania – aparat nie nadaje się do użytku) z dnia 12.08.2022 r.,
- zgoda Członka Zarządu Województwa Śląskiego na zbycie przedmiotowego aparatu z dnia 19.12.2022 r.,
- dowód likwidacji środka trwałego LT0-00074/2024 z dnia 30.12.2022 r.,
- karta przekazania odpadów nr 00072/2023/KPO/0001/000022965 z dnia 24.04.2023 r. firmie transportującej i utylizującej odpady medyczne Professional Service Group Kamil Wąsik.

b) Ultrasonograf ts-1000 exd

- nr inwentarzowy 0802/0324, rok produkcji 1997, wartość początkowa 35 310,00 zł, umorzenie 100 %,
- pozytywna opinia Rady Społecznej w sprawie likwidacji ww. sprzętu wyrażona uchwałą nr 19/2023 z dnia 14.04.2023 r.,
- wniosek pracownika komórki organizacyjnej Szpitala w której wykorzystywany jest sprzęt do Komisji Kasacyjnej o kasację sprzętu i rzeczy oraz protokół z posiedzenia Komisji Kasacyjnej nr 40 z dnia 28.08.2023 r. wraz z protokołem oceny stanu technicznego (wypalony luminoform, przestarzały typ aparatu, utrata izolacji – aparat nie nadaje się do użytku) z dnia 17.03.2023 r.,
- zgoda podmiotu tworzącego na zbycie ww. sprzętu ze względu na okres użytkowania oraz cenę jednostkową aparatu nie była wymagana,
- dowód likwidacji środka trwałego LT0-00007/2023 z dnia 24.04.2023 r.,
- karta przekazania odpadów nr 00114/2023/KPO/001/000022965 z dnia 23.06.2023 r. firmie transportującej i utylizującej odpady medyczne REMONDIS Tarnowskie Góry sp. z o.o.

c) Zestaw do magnetoterapii – Alphon

- nr inwentarzowy T/1/802/01102, rok produkcji 2000, wartość początkowa 30 866,00 zł, umorzenie 100%,
 - pozytywna opinia Rady Społecznej Centrum dotycząca zbycia ww. sprzętu wyrażona uchwałą nr 15/2024 z dnia 23.04.2024 r.,
 - wniosek pracownika komórki organizacyjnej Szpitala w której wykorzystywany jest sprzęt do Komisji Kasacyjnej o kasację sprzętu i rzeczy oraz protokół z posiedzenia Komisji Kasacyjnej nr 49 z dnia 07.05.2024 r. wraz z orzeczeniem technicznym (degradacja podzespołów elektronicznych, brak dostępu do części zamiennych – aparat nie nadaje się do użytku) z dnia 17.03.2023 r.,
 - zgoda podmiotu tworzącego na zbycie ww. sprzętu ze względu na okres użytkowania oraz cenę jednostkową aparatu nie była wymagana,
 - aparat oczekuje na przekazanie firmie zajmującej się utylizacją odpadów medycznych.
- Zbycie środków trwałych w kontrolowanym okresie nie budzi zastrzeżeń.

[Dowód: akta kontroli str. 206-395]

3. Najem/dzierżawa pomieszczeń.

W ramach kontroli sprawdzaniem objęto prawidłowość zawarcia umowy najmu:

a) Umowa najmu nr DN-060(160)2022 z dnia 30.08.2022 r.

Przedmiotem umowy jest najem pomieszczenia kuchni o łącznej powierzchni 1 292,53 m² zlokalizowanej przy ul. Śniadeckiego 1 w Tarnowskich Górach z przeznaczeniem na świadczenie usług żywienia w Centrum.

Umowa została zawarta na czas oznaczony od dnia 01.09.2022 r. do 31.08.2025 r.

Zawarcie ww. umowy zostało poprzedzone wyrażeniem pozytywnej opinii przez Radę Społeczną Centrum uchwałą nr 24/2022 z dnia 06.06.2022 r. Zgoda podmiotu tworzącego na wynajęcie ww. pomieszczenia nie była wymagana.

Umowa zawiera wszystkie zapisy określone w § 3 Zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie.

Objęta kontrolą faktura nr 25/KG/12/2022 z dnia 06.12.2022 r. w zakresie najmu lokalu została wystawiona zgodnie z treścią umowy. Fakturę opłacono na zasadach kompensaty wzajemnych należności – nr KM 265/2022 z dnia 28.12.2022 r.

b) Umowa najmu nr DN/060/265/2023 z dnia 16.08.2023 r.

Przedmiotem umowy jest najem garażu o łącznej powierzchni 12 m² zlokalizowanego przy ul. Śniadeckiego 1 w Tarnowskich Górach w celu garażowania prywatnego samochodu osobowego.

Umowa została zawarta na czas oznaczony od dnia 16.08.2022 r. do 31.12.2024 r.

Zwrócono uwagę na rozbieżność między datą zawarcia przedmiotowej umowy – 16.08.2023 r., a pierwszym dniem jej obowiązywania, tj. 16.08.2022 r. W odpowiedzi Centrum potwierdziło, że umowa została zawarta na okres od 16.08.2023 r. do 31.12.2024 r., natomiast data 16.08.2022 r. została wpisana omyłkowo przez pracownika odpowiedzialnego za przygotowanie formalne umowy. Poprzedni najemca wypowiedział umowę najmu z dniem 30.06.2023 r. W związku z powyższym Kontrolujący przyjęli przedstawione wyjaśnienia do wiadomości oraz wskazali na konieczność usunięcia przedmiotowej pomyłki pisarskiej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

Zawarcie ww. umowy zostało poprzedzone wyrażeniem pozytywnej opinii przez Radę Społeczną Centrum uchwałą nr 25/2021 z dnia 22.12.2021 r. Zgoda podmiotu tworzącego na wynajęcie ww. garażu nie była wymagana.

Umowa zawiera wszystkie zapisy określone w § 3 Zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie.

Objęta kontrolą faktura nr 21/P/12/2023 z dnia 01.12.2023 r. w zakresie najmu garażu została wystawiona zgodnie z treścią umowy. Fakturę opłacono w terminie.

c) Umowa najmu nr DN/DO/7/2024 z dnia 26.01.2024 r.

Przedmiotem umowy jest najem powierzchni użytkowej 13,5 m² zlokalizowanej przy ul. Śniadeckiego 1 w Tarnowskich Górach w celu prowadzenia działalności gospodarczej w postaci kiosku prasowego oraz artykułów spożywczych.

Umowa została zawarta na czas oznaczony od dnia 01.02.2024 r. do 31.12.2026 r.

Zawarcie ww. umowy zostało poprzedzone wyrażeniem pozytywnej opinii przez Radę Społeczną Centrum uchwałą nr 57/2023 z dnia 14.12.2023 r. Zgoda podmiotu tworzącego na wynajęcie ww. powierzchni użytkowej nie była wymagana.

Umowa zawiera wszystkie zapisy określone w § 3 Zasad gospodarowania aktywami trwałymi

samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie.

Objęta kontrolą faktura nr 17/KG/03/2024 z dnia 01.03.2024 r. w zakresie najmu ww. powierzchni użytkowej została wystawiona zgodnie z treścią umowy. Fakturę opłacono w terminie.

[Dowód: akta kontroli str. 396-464]

4. Inwestycje współfinansowane z dotacji celowych Województwa Śląskiego.

Kontrolujący w ramach kontroli wykorzystania środków z dotacji Województwa Śląskiego zweryfikowali realizację zadania inwestycyjnego pn.: „Zakup sprzętu rehabilitacyjnego celem poprawy warunków udzielania świadczeń medycznych w REPTY Górnośląskim Centrum Rehabilitacji im. Gen. Jerzego Ziętka w Tarnowskich Górach” o łącznej kwocie 768 339,00 zł (umowa nr 3937/NZ/2023 dnia 02.10.2023 r.).

Inwestycja została wykazana w planie inwestycyjnym na 2023 r. i zrealizowana w terminie.

Kontrolą objęto następujący sprzęt zakupiony w ramach ww. zadania:

- aparat do terapii falą uderzeniową – aparat użytkowany w Dziennym Ośrodku Rehabilitacji, zgodnie z zapisem w paszporcie technicznym: aparat sprawny,
- urządzenie do krioterapii użytkowany w Dziale Fizykoterapii w gabinecie O46, zgodnie z zapisem w paszporcie technicznym: aparat sprawny,
- aparaty do terapii polem magnetycznym wysokiej częstotliwości (wszystkie 5 szt.) użytkowane w Dziale Fizykoterapii w gabinecie N35, zgodnie z zapisami w paszportach technicznych każdego ze wskazanych aparatów jest sprawny.

Kontrolujący ustalili, że przedmiotowy sprzęt zakupiony w ramach ww. dotacji celowej Województwa Śląskiego wykorzystywany jest zgodnie z przeznaczeniem do udzielania świadczeń zdrowotnych dla pacjentów Centrum.

[Dowód: akta kontroli str. 465-482]

B. Stwierdzone uchybienie:

Uchybienie polegające wpisie w treści umowy najmu nr DN/060/265/2023 z dnia 16.08.2023 r. błędnego okresu trwania umowy – od 16.08.2022 r. do 31.12.2024 r.

Przyczyna uchybienia:

niedochowanie należytej staranności w zakresie przygotowania formalnego umowy nr DN/060/265/2023 z dnia 16.08.2023 r..

C. Ocena cząstkowa: pozytywna mimo stwierdzonego uchybienia.

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.

V. Realizacja zadań w zakresie doboru personelu szpitalnego i podstawy zatrudnienia.

A. Ustalenia faktyczne:

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 2022-2024 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 I Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej (data konkursu: 17.10.2022 r., okres zatrudnienia 18.10.2022 r. – 17.10.2028 r.),
- 2) Stanowisko naczelnej pielęgniarki (data konkursu: 08.02.2023 r., okres zatrudnienia 09.02.2023 r. – 08.02.2029 r.),
- 3) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej III Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej (data konkursu: 05.02.2024 r., okres zatrudnienia 06.02.2024 r. – 05.02.2030 r.),
- 4) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej I Oddziału Rehabilitacji Kardiologicznej (data konkursu: 05.02.2024 r., okres zatrudnienia 06.02.2024 r. – 05.02.2030 r.),
- 5) Stanowisko Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa (data konkursu: 22.04.2024 r., okres zatrudnienia 23.04.2024 r. – 22.04.2030 r.),

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, pielęgniarka oddziałowa;
- 5) II Oddział Rehabilitacji Neurologicznej: lekarz kierujący oddziałem, pielęgniarka oddziałowa;
- 6) III Oddział Rehabilitacji Neurologicznej: lekarz kierujący oddziałem, pielęgniarka oddziałowa.

Jak wskazano powyżej, oddziałami zarządzają lekarze kierujący oddziałami. Rozwiązanie takie jest zgodne z treścią art. 49 ust. 7 ww. ustawy, który przewiduje możliwość kierowania oddziałem przez lekarza nie będącego ordynatorem stanowiąc, iż „w przypadku gdy zgodnie z regulaminem organizacyjnym oddziałem kieruje lekarz niebędący ordynatorem, na stanowisko lekarza kierującego oddziałem konkursu nie przeprowadza się.”

Pracą całego personelu pielęgniarskiego kieruje naczelną pielęgniarka, natomiast zespołem pielęgniarskim zarządzają pielęgniarki oddziałowe.

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

Pozostałe ww. stanowiska określone zostały zarówno w Regulaminie Organizacyjnym Centrum, jak i załączniku nr 1 (Tabela zaszerogowania 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.

Zgodnie z wyjaśnieniami przekazanymi kontrolującym, w dniu 15 marca br. przekazano Związkowi Zawodowemu działającym w Centrum projekt Regulaminu Wynagradzania Pracowników, w którym m.in. wskazano stanowisko naczelnej pielęgniarki. W dniu 25 czerwca br. odbyło się spotkanie ze Związkami Zawodowymi, które nie wniosły uwag do treści Regulaminu Wynagradzania Pracowników w zakresie stanowiska naczelnej pielęgniarki, natomiast zgłosiły zastrzeżenia do innej części ww. Regulaminu. W celu omówienia wniesionych uwag i dalszych prac

nad przyjęciem Regulaminu Wynagradzania Pracowników zaplanowano na wrzesień br. kolejne spotkanie z organizacjami związkowymi.

[Dowód: akta kontroli str. 483-524]

B: Stwierdzona nieprawidłowość: brak.

C: Ocena cząstkowa: pozytywna.

VI. Realizacja zaleceń pokontrolnych z poprzedniej kontroli prowadzonej przez Departament Nadzoru Podmiotów Lecznicznych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego.

A. Ustalenia faktyczne:

Ostatnia kontrola w Centrum przeprowadzona została przez pracowników Departamentu Nadzoru Podmiotów Lecznicznych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w Katowicach w terminie 23.11-14.12.2021 r. Przedmiotem kontroli objęto: realizację zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie; dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych; prawidłowość gospodarowania mieniem oraz środkami publicznymi w latach 2020-2021.

Pismem z dnia 18.05.2022 r., znak: NZ-NK.1711.16.2021 (NZ-NK.KW-000241/22), został przekazany Dyrektorowi Centrum Projekt wystąpienia pokontrolnego. Dyrektor nie zgłosił zastrzeżeń do treści Projektu.

W związku z powyższym pismem z dnia 28.10.2022 r., znak: NZ- NK.1711.16.2021 (NZ- NK.KW-000488/22), przekazano Dyrektorowi Centrum Wystąpienie pokontrolne zawierające zalecenia pokontrolne w zakresie konieczności:

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.*

Dyrektor Centrum pismem z dnia 15.11.2022 r. (znak: DN-DO-0611-126(2)/22) złożył do Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego sprawozdanie o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych. Dyrektor zadeklarował zrealizowanie ww. zaleceń pokontrolnych. W trakcie działań kontrolnych ustalono, że ww. zalecenia pokontrolne zostały wykonane w całości.

B: Stwierdzone nieprawidłowości: brak.

C: Ocena cząstkowa: pozytywna.

VI. Pozostałe informacje, zalecenia i pouczenia.

1. Pozostałe informacje.

Pismem z dnia 25.09.2024 r., znak: NZ-NK.1711.10.2024 (NZ-NK.KW-00340/24) Projekt wystąpienia pokontrolnego został przekazany Dyrektorowi Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej "REPTY" Górnośląskiemu Centrum Rehabilitacji im. gen. Jerzego Ziętka w Tarnowskich Górach.

Dyrektor Centrum nie zgłosił zastrzeżeń do Projektu wystąpienia pokontrolnego.

2. Zalecenia.

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowością oraz uchybieniami zalecam podjąć działania polegające na:

- 1) Usunięciu niezgodności pomiędzy zapisami Regulaminu Organizacyjnego Centrum i Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą w zakresie brzmienia nazwy komórki organizacyjnej – Izba Przyjęć;
- 2) Wzmoczeniu nadzoru nad formalnym przygotowaniem umów na świadczenia medyczne w zakresie dokonywanych wpisów w szczególności daty zawarcia danej umowy;
- 3) Wzmoczeniu nadzoru nad formalnym przygotowaniem umów najmu w zakresie dokonywanych wpisów w szczególności okresu trwania danej umowy.

3. Pouczenia.

Wystąpienie pokontrolne sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, z których jeden przekazuje się do Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej „REPTY” Górnośląskiego Centrum Rehabilitacji im. gen. Jerzego Ziętka w Tarnowskich Górach.

Wystąpienie pokontrolne zawiera 16 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:

ZUS ZAKŁADU WOJEWÓDZTWA
Marszałek Barczyk
Departament Nadzoru Podmiotów
Leczniczych i Ochrony Zdrowia