

Katowice, 23 stycznia 2025 r.
NZ-NK.1711.15.2024

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

**Śląskie Centrum Rehabilitacji i Prewencji
ul. Zdrojowa 6, 43-450 Ustroń**
(oznaczenie podmiotu kontrolowanego)

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

z kontroli przeprowadzonej na podstawie:

- 1) art. 121 oraz 122 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t. j.: Dz. U. z 2024 r. poz. 799 z późn.zm.),
- 2) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych (t. j.: Dz. U. 2015, poz. 1331),
- 3) planu kontroli na 2024 rok, załącznik nr 2, poz. 9 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: Śląskie Centrum Rehabilitacji i Prewencji, ul. Zdrojowa 6, 43-340 Ustroń.

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

Pan Czesław Kapała od 01.01.2022 r. (p.o. Dyrektora do 31.05.2022 r.) do 24.02.2023 r.

Pani Magdalena Kłoda – Suchoń od 25.02.2023 r. (p.o. Dyrektora do 30.06.2023 r.) do nadal.

Dyrektor w okresie objętym kontrolą wykonywała swoje zadania kierownicze i zarządcze przy pomocy:

- Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa,
- Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno – Administracyjnych,
- Głównej księgowej.

Termin przeprowadzenia czynności kontrolnych i zakres kontroli:

Kontrolę przeprowadzono w dniach 17.10.2024 r. – 18.11.2024 r. w zakresie: wybranych zagadnień z zakresu spraw organizacyjno-finansowych w latach 2022-2024.

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

Osoby przeprowadzające kontrolę:

Agata Liszka – Kierownik Referatu Nadzoru i Kontroli Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnienia jednorazowego nr 588/NZ/2024 z dnia 14.10.2024 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 14.10.2024 r.

Barbara Miś – Inspektor Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnienia jednorazowego nr 586/NZ/2024 z dnia 14.10.2024 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 14.10.2024 r.

Barbara Gwiazda - Amrosz – Główny specjalista Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, na podstawie upoważnienia jednorazowego nr 587/NZ/2024 z dnia 14.10.2024 r. wydanego z upoważnienia Zarządu Województwa Śląskiego, oświadczenie o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z kontroli z dnia 14.10.2024 r.

O kontroli Dyrektor jednostki została poinformowana pismem z dnia 14.10.2024 r.

Kontrolę wpisano do książki kontroli pod pozycją nr 6.

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.

Śląskie Centrum Rehabilitacji i Prewencji zwane (dalej: Centrum) jest samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej. Funkcję podmiotu tworzącego pełni Województwo Śląskie. Nadzór nad działalnością Centrum sprawuje Zarząd Województwa Śląskiego. Centrum wpisane jest do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego pod numerem 000000013336 oraz posiada osobowość prawną i jest wpisane do Krajowego Rejestru Sądowego w Bielsku - Białej pod numerem KRS 0000176888. Siedzibą Centrum jest miasto Ustroń.

Centrum działa na podstawie:

- 1) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t. j.: Dz. U. z 2024 r. poz. 799 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 2024 r. poz. 146 z późn. zm.);
- 3) Statutu Centrum, którego ostatnie zmiany zostały przyjęte uchwałą Nr VI/42/42/2017 Sejmiku Województwa Śląskiego z dnia 18.09.2017 r. i ogłoszone w Dzienniku Urzędowym Województwa Śląskiego w dniu 05.10.2017 r. pod pozycją 5289;
- 4) Regulaminu Organizacyjnego, którego ostatnie zmiany, pozytywnie zaopiniowane przez Radę Społeczną uchwałą nr 15/2024 z dnia 25.10.2024 r., wprowadzone zostały w życie Zarządzeniem Dyrektora nr 47/2024 z dnia 28.10.2024 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.,

b) Zasad gospodarowania aktywami trwałymi samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, dla których podmiotem tworzącym jest Województwo Śląskie, określonych w uchwale Zarządu Województwa Śląskiego nr 686/326/VI/2022 z 20 kwietnia 2022 r. z późn. zm.;

6) innych powszechnie obowiązujących przepisów prawa.

W Centrum zatrudnienie na dzień 30.10.2024 r. roku wynosiło:

- 124 pracowników w ramach umowy o pracę,
- 40 pracowników w ramach umów cywilnoprawnych.

[Dowód: akta kontroli str. 1-31]

1. Prawidłowość wpisów w Krajowym Rejestrze Sądowym.

Ostatnie zgłoszenie do Krajowego Rejestru Sądowego (dalej: KRS) w okresie objętym kontrolą dotyczyło powołania Rady Społecznej Szpitala na kadencję 2024 – 2028, na podstawie Uchwały nr 688/494/VI/2024 Zarządu Województwa Śląskiego z dnia 20.03.2024 r. Wniosek o zmianę wpisu w KRS został złożony w dniu 28.03.2024 r. – tj. dzień po upływie siedmiodniowego terminu na zgłoszenie zmian do KRS wynikającego z art. 22 ustawy o Krajowym Rejestrze Sądowym. Zmiana do Rejestru wprowadzona została Postanowieniem Sądu Rejonowego w Bielsko - Białej, VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego z dnia 09.04.2024 r.

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

[Dowód: akta kontroli str. 32-41]

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 15/2024 z dnia 25.10.2024 r., zostały wprowadzone w życie Zarządzeniem Dyrektora nr 47/2024 z dnia 28.10.2024 r.

W trakcie kontroli sprawdzono zgodność zapisów Regulaminu Organizacyjnego Centrum z przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.

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

Podczas kontroli stwierdzono brak zgodności zapisów Regulaminu w zakresie struktury organizacyjnej komórki działalności medycznej z Księgą Rejestrową w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (dalej: Rejestr) prowadzonym przez Wojewodę Śląskiego według stanu na dzień 18.10.2024 r.:

	REGULAMIN ORGANIZACYJNY	REJESTR PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ
L.p.	Nazwa jednostki/ komórki organizacyjnej	Nazwa jednostki/ komórki organizacyjnej
1	Oddział rehabilitacji narządu ruchu Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych Istebna Liczba łóżek 42	Oddział rehabilitacji narządu ruchu Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych Ustroń Liczba łóżek (37)
2		Oddział rehabilitacji narządu ruchu (2) Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych Istebna Liczba łóżek (42)

Zgodnie z wyjaśnieniami Dyrektor Centrum 6 kwietnia 2022 r., wystąpiła z wnioskiem do Narodowego Funduszu Zdrowia o zgodę na zmianę miejsca udzielania świadczeń Oddziału rehabilitacji narządu ruchu z 43-450 Ustroń ul. Zdrojowa 6 do 43-470 Istebna 500 Wojewódzkie Centrum Pediatrii „Kubalonka” w Istebnej. Przedmiotowa zgoda była przedłużana kilkakrotnie warunkowo do 30 listopada 2024 r., z uwagi na możliwość braku zgody na kontynuację udzielania świadczeń w lokalizacji Istebna Dyrektor Centrum podjęła decyzję o utrzymaniu takiego zapisu w Rejestrze tłumacząc powyższe koniecznością zachowania ciągłości w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w powyższym Oddziale. Wobec przedstawionych okoliczności kontrolujących odstąpili od wskazania nieprawidłowości w przedmiotowym zakresie.

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 nie dokonywano zmian w strukturze organizacyjnej Centrum.

Centrum prowadzi stronę internetową pod adresem: <https://scr-ustron.com.pl/> oraz powiązaną z nią stronę podmiotową BIP pod adresem: <https://bip-slaskie.pl/scrust/>. 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.

B. Stwierdzone nieprawidłowości:

Nieprawidłowość polegająca na niedochowaniu siedmiodniowego terminu na zgłoszenie zmian do KRS, co stanowi naruszenie art. 22 ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym.

Przyczyna nieprawidłowości:

Niedochowanie należytej staranności w zakresie zgłaszania zmian do Krajowego Rejestru Sądowego.

C. Ocena cząstkowa: pozytywna mimo stwierdzonej nieprawidłowości.

D. Osoby odpowiedzialne: Dyrektor Szpitala 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. 33-111]

III. Dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych.

A. Ustalenia faktyczne:

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

1. Funkcjonowanie wybranych komórek organizacyjnych.

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

1. I Oddział rehabilitacji kardiologicznej,
2. Poradnia chorób metabolicznych,
3. Poradnia rehabilitacyjna.

Ad. 1) I Oddział rehabilitacji kardiologicznej

Oddział wpisany jest do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 001 (kod resortowy identyfikujący komórkę organizacyjną stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych), kod resortowy charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych: 4308 I Oddział rehabilitacji kardiologicznej. Oddział został wpisany do Rejestru z dniem 07.11.2000 r. i dysponuje 76 łózkami.

W Oddziale udzielane są świadczenia zdrowotne z zakresu kompleksowej rehabilitacji pacjentów obejmującej stacjonarną, całodobową rehabilitację leczniczą w schorzeniach kardiologicznych.

W okresie objętym kontrolą liczba udzielonych porad wyniosła:

- 1113 w 2022 r.,
- 1233 w 2023 r.,
- 1037 w 2024 r. (wg. stanu na 16.10.2024 r.).

W Oddziale zatrudnionych jest 4 lekarzy, 11 pielęgniarek, 11 fizjoterapeutów, 2 psychologów oraz 2 dietetyków. Na listę osób oczekujących na hospitalizację, według stanu na dzień 16.10.2024 r., nie wpisano ani jednej osoby ze statusem skierowania „pilny”, natomiast w trybie stabilnym wpisano 36 pacjentów.

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

Ad. 2) Poradnia chorób metabolicznych

Poradnia wpisana jest do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego – kod 016 (kod resortowy identyfikujący komórkę organizacyjną stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych), kod resortowy charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych: 108 Poradnia chorób metabolicznych. Poradnia wpisana została do Rejestru z dniem 14.02.2008 r.

W Poradni udzielane są świadczenia zdrowotne z zakresu diagnostyki i leczenia chorób metabolicznych, ze szczególnym uwzględnieniem leczenia otyłości, zaburzeń lipidowych i zespołu

metabolicznego.

W okresie objętym kontrolą liczba udzielonych porad wyniosła:

- 259 w 2022 r.,
- 249 w 2023 r.,
- 270 w 2024 r. (wg. stanu na 16.10.2024 r.).

W Poradni zatrudnionych jest 2 lekarzy oraz 2 dietetyków.

Na listę oczekujących na poradę, według stanu na dzień rozpoczęcia kontroli, wpisano 11 osób ze statusem skierowania „pilny”, natomiast w trybie stabilnym wpisano 33 pacjentów.

Zgodnie z harmonogramem świadczenia udzielane są 3 dni w tygodniu: poniedziałek, 15:00-19:00, środa 8:00-13.00, sobota 11.00-13:00. W dniu przeprowadzenia kontroli w siedzibie Centrum, tj. w dniu 30.10.2024 r. Poradnia działała zgodnie z harmonogramem.

Kontrolujący stwierdzili zgodność informacji o godzinach udzielania świadczeń zdrowotnych w poszczególne dni tygodnia umieszczonych przy wejściu do Poradni z danymi zgłoszonymi do Portalu Potencjału Narodowego Funduszu Zdrowia.

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 005 (kod resortowy identyfikujący komórkę organizacyjną stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych), kod resortowy charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych: 1300 Poradnia rehabilitacyjna. Poradnia została wpisana do Rejestru z dniem 07.11.2000 r., zajmuje się kompleksowo leczeniem usprawniającym pacjentów ze schorzeniami reumatycznymi, neurologicznymi oraz urazowo – ortopedycznymi.

W okresie objętym kontrolą liczba udzielonych porad wyniosła:

- 1017 w 2022 r.,
- 1180 w 2023 r.,
- 949 w 2024 r. (wg. stanu na 16.10.2024 r.).

W Poradni zatrudnionych jest 2 lekarzy.

Na listę oczekujących na poradę, według stanu na dzień rozpoczęcia kontroli, wpisano 125 osób ze statusem skierowania „pilny”, natomiast w trybie stabilnym wpisano 136 pacjentów.

Zgodnie z harmonogramem świadczenia udzielane są 5 dni w tygodniu: poniedziałek 13:00-18:00, wtorek 8:00-10:30, środa 8:00-10:00, czwartek 8:00-11.00 piątek 12:00-13:25. W dniu przeprowadzenia kontroli w siedzibie Centrum, tj. w dniu 30.10.2024 r. Poradnia działała zgodnie z harmonogramem.

Kontrolujący stwierdzili zgodność informacji o godzinach udzielania świadczeń zdrowotnych w poszczególne dni tygodnia umieszczonych przy wejściu do Poradni z danymi zgłoszonymi do Portalu Potencjału Narodowego Funduszu Zdrowia.

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

[Dowód: akta kontroli str. 112-116]

2. Udzielanie zamówień na świadczenia zdrowotne.

Przedmiotem weryfikacji przeprowadzonej przez kontrolujących były zapisy umów:

- 1) Nr 115/2023/NL z dnia 28.12.2023 r. – umowa dotycząca wykonywania świadczeń zdrowotnych w Poradni Metabolicznej.
- 2) Nr EDO/12/2023 z dnia 18.08.2023 r. – umowa dotycząca udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych.

Ad. 1)

Umowa została zawarta bez przeprowadzenia konkursu ofert na podstawie przepisów art. 26 ust 4 a ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej wyłączających obowiązek udzielenia zamówienia w trybie konkursu ofert z uwagi na wartość umowy poniżej 30 000,00 Euro.

Przedmiotem umowy jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w Poradni Metabolicznej.

Umowa została zawarta w formie pisemnej, na czas określony, tj. od dnia 01.01.2024 r. do dnia 31.12.2024 r. Maksymalna wartość zamówienia została określona w umowie. Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

W ramach kontroli realizacji umowy sprawdzono faktury nr:

- 05/2024 z dnia 04.03.2024 r. – stawka jednostkowa zgodna z umową, płatność została dokonana w terminie,
- 10/2024 z dnia 03.06.2024 r. – stawka jednostkowa zgodna z umową, płatność została dokonana w terminie,
- 15/2024 z dnia 05.08.2024 r. – stawka jednostkowa zgodna z umową, płatność została dokonana w terminie.

Ad. 2)

Umowa została zawarta bez przeprowadzenia konkursu ofert, na podstawie art. 26 ust. 1-2 i 4a ustawy o działalności leczniczej. Przedmiotem umowy jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych.

W ramach czynności kontrolnych stwierdzono, że w umowie nie wskazano minimalnej liczby osób udzielających świadczeń zdrowotnych, zgodnie z art. 27 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Umowa określa maksymalną wartość brutto zamówienia zgodnie z art. 44 ust.3 pkt.3 ustawy o finansach publicznych.

Umowa została zawarta w formie pisemnej, na czas określony, tj. 12 miesięcy od dnia 01.09.2023r. sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

W ramach kontroli realizacji umowy sprawdzono faktury nr:

- 1402/2756/23 z dnia 31.07.2023 r. – stawka jednostkowa zgodna z umową, płatność została dokonana w terminie,
- 1402/4093/23 z dnia 30.11.2023 r. – stawka jednostkowa zgodna z umową, płatność została dokonana w terminie.
- 1402/0936/24 z dnia 31.03.2024 r. – stawka jednostkowa zgodna z umową, płatność została dokonana w terminie.

[Dowód: akta kontroli str. 117-172]

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) Elektrokardiograf Ascard Gold 3, nr fabryczny: 0317, rok produkcji: 2017. Ostatni przegląd

okresowy odbył się w dniu 17.03.2024 r., dokonany w terminie. Następny przegląd powinien zostać wykonany do dnia 15.03.2025 r., zgodnie z wpisem „Aparat sprawny”;

- 2) Defibrylator Zoll M- series, nr fabryczny: TO5L760858, nr inwentarzowy: rok produkcji: 2005. Ostatni przegląd okresowy odbył się w dniu 03.02.2024 r., dokonany w terminie. Następny przegląd powinien zostać wykonany do dnia 02.02.2025 r., zgodnie z wpisem „Aparat sprawny”;
- 3) Kardiomonitor Propag CS242, nr fabryczny: GA 103930, rok produkcji: 2006. Ostatni przegląd okresowy odbył się w dniu 03.02.2024 r., dokonany w terminie. Następny przegląd powinien zostać wykonany do dnia 02.02.2025 r., zgodnie z wpisem: „ Aparat sprawny”;
- 4) System Holterowy Sentinel, nr fabryczny: 44E2B94C987B, rok produkcji: 2019. Ostatni przegląd okresowy odbył się w dniu 09.07.2024 r., dokonany w terminie. Następny przegląd powinien zostać wykonany do dnia 08.07.2025 r., zgodnie z wpisem „Sprzęt sprawny”.

[Dowód: akta kontroli str. 173-186]

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

W ramach kontroli dostępności świadczeń zdrowotnych sprawdzeniem objęto rejestr skarg i wniosków wpływających do Centrum. Skargi i wnioski rozpatrywane są w oparciu o Procedurę rozpatrywania skarg i wniosków z dnia 03.09.2019r., stanowiącą Dokument Zintegrowanego Systemu Zarządzania Jakością i Bezpieczeństwem.

Zgodnie z ww. Procedurą, skargi i wnioski mogą być wnoszone pisemnie, za pomocą telefaksu, poczty elektronicznej oraz ustnie do protokołu. Wzór protokołu przyjęcia skargi wniesionej ustnie stanowi załącznik do Procedury. Rozpatrywanie skarg i wniosków odbywa się w trybie określonym przepisami Kodeksu postępowania administracyjnego.

W okresie objętym kontrolą do Szpitala wpłynęło 7 skarg i 4 wnioski. Zgodnie z ustaleniami 6 odpowiedzi na skargi i 4 odpowiedzi na wnioski zostały udzielone w terminie. W sprawie jednej ze skarg z roku 2022 odpowiedź została udzielona po terminie. Wszystkie z rozpatrywanych skarg zostały uznane przez Centrum za zasadne.

Zgodnie z wyjaśnieniami Dyrektor Centrum wszystkie skargi które zostały uznane za zasadne są źródłem informacji i umożliwiają poznanie i zrozumienie w jaki sposób pacjenci postrzegają jakość świadczonych przez Centrum usług, a każdorazowo wprowadzane są działania naprawcze oraz korygujące. Ponadto przeprowadzane są dodatkowe szkolenia w celu wypracowania rozwiązań celem uniknięcia incydentów, które podnoszone są w skargach.

W toku kontroli ustalono, że Rejestr jest prowadzony w sposób umożliwiający kontrolę przebiegu załatwiania skarg – formularz Rejestru zawiera rubryki dotyczące m.in. daty wpływu i udzielania odpowiedzi na skargę. Niemniej jednak zgodnie z ustaleniami przyjęta metoda uzupełniania rubryk Rejestru uniemożliwia uzyskanie informacji o zasadności bądź braku zasadności zarejestrowanej skargi – brak wskazanej informacji w rubryce Rejestru do tego przeznaczonej, jak również innych rubrykach Rejestru. Zgodnie z art. 48 ust. 2 pkt 3 ustawy o działalności leczniczej informacja o skargach jest cyklicznie przedstawiana Radzie Społecznej Szpitala (co potwierdza przykładowy protokół z posiedzenia Rady Społecznej Centrum - Protokół nr 4/2024 z dnia 25.09.2024r.) za wyjątkiem roku 2022.

[Dowód: akta kontroli str. 187-212]

5. Wykonywanie badań satysfakcji pacjenta.

W trakcie kontroli ustalono, że monitorowanie poziomu zadowolenia pacjentów korzystających z opieki medycznej w Centrum opiera się na Dokumencie Zintegrowanego Systemu Zarządzania Jakością i Bezpieczeństwem pn. Badanie opinii Pacjentów/Klientów z dnia 07.09.2017r.

Ankiety są przekazywane pacjentom przebywającym w Centrum w trybie stacjonarnym oraz ambulatoryjnym. Za analizę wyników oraz sporządzenie raportów odpowiada Sekcja statystyki Centrum.

Raporty sporządzane są:

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

Kontrolującym przedstawiono wybrane sprawozdania miesięczne na miesiąc kwiecień 2022 r. i sierpień 2023 r. oraz styczeń 2024 r. dla pacjentów stacjonarnych.

Z analizy ankiet w poszczególnych latach wynika, że pacjenci bardzo chętnie podjęliby decyzję o ponownej rehabilitacji w Centrum, gdyby zaszła taka konieczność zdrowotna. Większość respondentów tj. powyżej 95% we wszystkich sprawozdaniach oceniła wysoko poszanowanie godności i intymności osobistej podczas czynności pielęgniarских oraz czasu poświęconego pacjentowi, ankietowani wysoko ocenili również punktualność zabiegów oraz personel medyczny Centrum. Jednocześnie pacjenci Centrum zgłaszali uwagi tj. zbyt mała powierzchnia pokoi oraz niski standard pokoi i łazienek, które zdaniem respondentów wymagają remontu. Nie wnosi się zastrzeżeń do sposobu badania satysfakcji pacjenta w Centrum.

[Dowód: akta kontroli str. 213-235]

B. Stwierdzone nieprawidłowości i uchybienia:

1. Nieprawidłowość polegająca na braku określenia w umowie dotyczącej udzielania świadczeń zdrowotnych polegających na wykonywaniu badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych minimalnej liczby osób udzielających świadczeń zdrowotnych, czym naruszono art. 27 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
2. Nieprawidłowość polegająca na braku przedstawienia Radzie Społecznej Centrum okresowej analizy skarg i wniosków wnoszonych przez pacjentów Centrum co stanowi naruszenie art. 48 ust. 2 pkt 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.
3. Uchybienie polegające na niedokonaniu wpisów w Rejestrze skarg i wniosków w zakresie informacji dotyczących zasadności rozpatrywanych skarg.
4. Uchybienie polegające na braku udzielenia odpowiedzi na skargę w terminie.

Przyczyny nieprawidłowości i uchybień:

- brak należytej staranności przy konstruowaniu zapisów umów dotyczących udzielania zamówień na świadczenia zdrowotne uwzględniających wszystkie zapisy wskazane w art. 27 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
- brak należytej staranności w zakresie przestrzegania zapisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej,
- brak należytej staranności w prowadzeniu Rejestru skarg i wniosków,
- brak należytej staranności przy udzielaniu odpowiedzi na skargi

C. Ocena cząstkowa: pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości i uchybień.

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

lecniczym niebędącym przedsiębiorcą ponosi kierownik.

IV. Prawidłowość gospodarowania mieniem.

A. Ustalenia faktyczne.

W zakresie prawidłowości gospodarowania mieniem kontrolą objęto:

1. Nabycie sprzętu i aparatury medycznej.

System do rehabilitacji kardiologicznej z bieżnią i cykloergometrem rehabilitacyjnym

- Zakup dofinansowany ze środków Województwa Śląskiego (dotacja) nr umowy 4558/NZ/2023 z dnia 09.11.2023 r. „Zakup sprzętu medycznego dla zachowania ciągłości udzielania świadczeń i poprawy jakości świadczonych usług w Śląskim Centrum Rehabilitacji i Prewencji w Ustroniu”,
- zakup ujęty w korekcie do planu inwestycyjnego na rok 2023,
- nabycie przedmiotowego sprzętu pozytywnie zaopiniowała Rada Społeczna Centrum uchwałą nr 19/2023 z dnia 18.09.2023 r.,
- protokół zdawczo – odbiorczy z dnia 24.11.2023 r.,
- dowód przyjęcia nr OT0-00011/2023 z dnia 24.11.2023 r.,
- faktura VAT nr 76/11/2023 z dnia 24.11.2023 r. na łączną kwotę 83 600,00 zł, faktura opłacona w terminie,
- 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.

Echokardiograf

- Zakup dofinansowany z środków z dotacji Województwa Śląskiego nr umowy 4017/NZ/2022 z dnia 09.12.2022 r. „Zakup sprzętu medycznego niezbędnego do zachowania ciągłości udzielania świadczeń i poprawy jakości świadczonych usług na potrzeby Śląskiego Centrum Rehabilitacji i Prewencji w Ustroniu”,
- zakup ujęty w korekcie do planu inwestycyjnego na rok 2022,
- nabycie przedmiotowego sprzętu pozytywnie zaopiniowała Rada Społeczna Centrum uchwałą nr 12/2021 z dnia 04.10.2021 r.,
- protokół zdawczo – odbiorczy z dnia 19.12.2022 r.,
- faktura Vat nr FV/1351/2022/12 z dnia 19.12.2022 r na łączną kwotę 297 000,00 zł, faktura opłacona w terminie
- dowód przyjęcia nr OT0-00033/2022 z dnia 20.12.2022 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.

Zestaw do oceny i treningu izokinetycznego – stacjonarny robot rehabilitacyjny kończyn górnych BIODEX

- zakup zrealizowany w ramach zadania pn. „Doposażenie Oddziału RNR polegające

na zakupie urządzeń robotycznych dla pacjentów po operacjach i zabiegach ortopedycznych celem umożliwienia ich powrotu do aktywności zawodowej i społecznej w ŚCRiP". Zakup został sfinansowany ze środków Ministerstwa Zdrowia zgodnie z zapisami umowy nr ŚCR/EDO/12/2023/EDO z dnia 08.11.2023 r. (łącną wartość zadania oszacowano na 684 721,19 zł),

- zakup ujęty w planie inwestycyjnym na rok 2023,
- nabycie urządzeń robotycznych pozytywnie zaopiniowała Rada Społeczna Centrum uchwałą nr 19/2023 z dnia 18.09.2023 r.,
- protokół zdawczo – odbiorczy z dnia 24.11.2023 r.,
- dowód przyjęcia nr OT0-00013/2023 z dnia 24.11.2023 r.,
- faktura VAT nr FS-FTT/23/11/14 z dnia 24.11.2023 r. na kwotę 684 721,19 zł (cena jednostkowa aparatu – 354 802,00 zł). Faktura opłacona w terminie,
- 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 kontrolowanym okresie nie budzi zastrzeżeń.

2. Zbycie sprzętu i aparatury medycznej.

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

a) USG PACARD z wózkiem

- nr inwentarzowy 802-14-000097-6, rok produkcji 1994, wartość początkowa 527 728,06 zł, umorzenie 100 %,
- opinia techniczna z dnia 17.04.2023 r. (aparat wraz z głowicami nie spełniają wymogów parametrów potrzebnych do badań, brak certyfikatu CE oraz przepisów ustawy o wyrobach medycznych),
- pozytywna opinia Rady Społecznej w sprawie likwidacji ww. sprzętu wyrażona uchwałą nr 14/2023 z dnia 16.06.2023 r.,
- zgoda podmiotu tworzącego na zbycie ww. aparatu z dnia 26.06.2023 r.,
- oświadczenie Dyrektora Centrum z dnia 23.05.2023 r., iż ww. zbycie nie narusza trwałości projektu unijnego,
- dowód likwidacji środka trwałego nr LT0-00004/2023 z dnia 11.09.2023 r.,
- protokół nr 4/2023 z dnia 11.09.2023 r. Komisji Likwidacyjnej Centrum w sprawie likwidacji przedmiotowego USG.

b) Aparat VIVID 7 PRO

- nr inwentarzowy 802-14-000448-6, rok produkcji 2006, wartość początkowa 379 175,00 zł, umorzenie 100 %,
- opinia techniczna z dnia 19.02.2024 r. (producent ww. aparatu nie ma możliwości dostarczenia nowych części zamiennych ponieważ ich produkcja nie będzie wznawiana),
- oświadczenie Dyrektora Centrum z dnia 25.04.2024 r., iż ww. zbycie nie narusza trwałości projektu unijnego,
- pozytywna opinia Rady Społecznej w sprawie likwidacji ww. sprzętu wyrażona uchwałą nr 5/2024 z dnia 25.04.2024 r.,

- zgoda podmiotu tworzącego na zbycie ww. sprzętu nie była wymagana (z uwagi na wartość początkową aparatu oraz okres jego użytkowania)
- protokół nr 2/2024 z dnia 25.04.2024 r. Komisji Likwidacyjnej Centrum w sprawie likwidacji przedmiotowego aparatu,
- dowód likwidacji środka trwałego nr LT0-00001/2024 z dnia 03.06.2024 r.,
- oświadczenie odbioru sprzętu przez firmę utylizującą sprzęt medyczny z dnia 16.07.2024 r.

c) Aparat EKG AsCARD A-4/D

- nr inwentarzowy 802-14-000153-3, rok produkcji 1998, wartość początkowa 9 030,43 zł, umorzenie 100%,
- opinia techniczna z dnia 17.03.2022 r. (urządzenie wyeksploatowane, brak dostępności części zamiennych),
- oświadczenie Dyrektora Centrum z dnia 24.05.2022 r., iż ww. zbycie nie narusza trwałości projektu unijnego,
- pozytywna opinia Rady Społecznej Centrum dotycząca zbycia ww. sprzętu wyrażona uchwałą nr 7/2022 z dnia 30.05.2022 r.,
- zgoda podmiotu tworzącego na zbycie ww. sprzętu nie była wymagana (z uwagi na wartość początkową aparatu).
- protokół nr 1/2022 z dnia 30.05.2022 r. komisji Likwidacyjnej Centrum w sprawie likwidacji przedmiotowego Aparatu EKG,
- dowód likwidacji środka trwałego nr LT0-00001/2022 z dnia 30.09.2022 r.,

Zbycie środków trwałych w kontrolowanym okresie nie budzi zastrzeżeń.

[Dowód: akta kontroli str. 236-316]

3. Najem/dzierżawa pomieszczeń.

Dyrektor Centrum oświadczyła, iż w latach 2022 – 2024 nie zostały zawarte umowy w zakresie najmu/ dzierżawy pomieszczeń. Oświadczenie Dyrektora Centrum z dnia 30.10.2024r. zostało dołączone do akt kontroli.

[Dowód: akta kontroli str. 317]

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 medycznego niezbędnego do zachowania ciągłości udzielania świadczeń i poprawy jakości świadczonych usług na potrzeby Śląskiego Centrum Rehabilitacji i Prewencji w Ustroniu” o łącznej kwocie 402 163,96 zł (umowa dotacji nr 4017/NZ/2022 roku z dnia 09.12.2022 r.). Inwestycja została wykazana w planie inwestycyjnym na 2022 r. i zrealizowana w terminie. Kontrolą objęto następujący sprzęt:

- **Echokardiograf** – (dotacja Województwa Śląskiego to 251 088,00 zł, środki własne Centrum to 45 912,00 zł). W trakcie kontroli ustalono że ww. sprzęt medyczny znajduje się w siedzibie Centrum, zgodnie z ostatnim wpisem w paszporcie technicznym jest sprawny i wykorzystywany do udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom.

- **Ergometr xrcise recumbent medyczny do systemu rehabilitacji kardiologicznej** - (dotacja Województwa Śląskiego to 26 880,00 zł, środki własne Centrum to 1120,00 zł). W trakcie kontroli ustalono że ww. sprzęt medyczny znajduje się w siedzibie Centrum, zgodnie z ostatnim wpisem w paszporcie technicznym jest sprawny i wykorzystywany do udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom.

[Dowód: akta kontroli str. 318-371]

B. Stwierdzone nieprawidłowości: brak.

C. Ocena cząstkowa: pozytywna.

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 Śląskim Centrum Rehabilitacji i Prewencji z siedzibą w Ustroniu miały miejsce cztery postępowania konkursowe na stanowiska kierownicze wskazane w art. 49 ww. ustawy.

Przeprowadzone postępowania konkursowe na stanowiska kierownicze:

- 1) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej II Oddziału Rehabilitacji Kardiologicznej (data konkursu: 01.06.2022 r., okres zatrudnienia: 6 lat),
- 2) Stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Rehabilitacji Narządu Ruchu (data konkursu: 01.06.2022 r., okres zatrudnienia: 6 lat),
- 3) Stanowisko Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa (data konkursu: 06.11.2023 r., okres zatrudnienia: 6 lat),
- 4) Stanowisko Przełożonej Pielęgniarek (data konkursu: 27.02.2024 r., okres zatrudnienia: 6 lat),

Podczas czynności kontrolnych, kontrolujący stwierdzili nieprawidłowości w przeprowadzonych postępowaniach konkursowych na stanowisko pielęgniarki oddziałowej II Oddziału Rehabilitacji Kardiologicznej i pielęgniarki oddziałowej Oddziału Rehabilitacji Narządu Ruchu, polegające na naruszeniu zapisów § 7 ust 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą poprzez niedochowanie terminu powiadomienia członków komisji o posiedzeniu Komisji Konkursowej (tj. co najmniej 7 dni przed wyznaczonym terminem posiedzenia - zawiadomienie o terminie przekazano 26.05.2022 r. natomiast posiedzenie Komisji Konkursowej zaplanowane zostało na dzień 01.06.2022 r.).

Ponadto, podczas weryfikacji dokumentacji dotyczącej wszystkich czterech postępowań konkursowych, kontrolujący stwierdzili nieprawidłowości polegające na braku pisemnego powiadomienia o wynikach konkursów kandydatów biorących w nim udział, zgodnie z § 15 ust 3 ww. rozporządzenia.

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

- 1) I Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej: kierownik Oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 2) II Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej: kierownik Oddziału, pielęgniarka oddziałowa;
- 3) Oddział Rehabilitacji Narządu Ruchu: kierownik Oddziału, pielęgniarka oddziałowa.

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

Pracą całego personelu pielęgniarskiego kieruje przełożona pielęgniarek, natomiast zespołem pielęgniarskim na poszczególnych Oddziałach zarządzają pielęgniarki oddziałowe.

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

[Dowód: akta kontroli str. 372-491]

B: Stwierdzone nieprawidłowości:

1. Naruszenie zapisów § 7 ust. 2 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 niedochowania co najmniej 7 dniowego terminu powiadomienia członków komisji o posiedzeniu Komisji Konkursowej.
2. Naruszenie zapisów § 15 ust. 3 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 braku pisemnego powiadomienia o wynikach konkursu kandydatów biorących w nim udział.

Skutki nieprawidłowości:

- naruszenie zapisów § 7 ust. 2 i § 15 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą.

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.

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

A. Ustalenia faktyczne:

Ostatnia kontrola w Centrum przeprowadzona została przez pracowników Departamentu Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego w Katowicach w terminie od 19 do 30.07.2021 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 27.10.2022 roku, znak: NZ-NK.1711.14.2021 (NZ-NK.KW-000484/22) przekazano Dyrektorowi Centrum Wystąpienie pokontrolne w zakresie konieczności:

1. *Wpisania w treść Regulaminu Organizacyjnego Centrum celów i zadań będących w pełni tożsamymi z wyszczególnionymi w Statucie Centrum.*
2. *Określenia w Regulaminie Organizacyjnym Centrum a także na stronie internetowej i stronie podmiotowej BIP Centrum rodzaju wykonywanej działalności leczniczej, zgodnie*
3. *z art. 8 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.*
4. *Wskazania w treści Regulaminu Organizacyjnego Centrum, a także na stronie internetowej i stronie podmiotowej BIP Centrum wysokości opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok na podstawie ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz.U. z 2020 r. poz. 1947) oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym.*
5. *Ujednolicenia nazewnictwa komórek organizacyjnych działalności medycznej widniejących w Regulaminie Organizacyjnym Centrum z ujawnionymi w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą.*
6. *Określenia w treści umów na świadczenia zdrowotne wartości brutto zamówienia, zgodnie z obowiązkiem wynikającym z art. 44 ust. 3 pkt. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych.*
7. *Przestrzegania art. 15 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi w zakresie składu zespołu kontroli.*
8. *Uzyskiwania opinii Rady Społecznej w sprawie umów najmu lub dzierżawy lokali oraz uwzględnianiu w ww. umowach zapisów dot. warunków i terminów wypowiedzenia oraz zakazu podnajmowania, poddzierżawiania i oddawania do bezpłatnego używania.*
9. *Przeprowadzenia postępowań konkursowych na stanowiska: Zastępcy dyrektora ds. Lecznictwa, pielęgniarki oddziałowej w II Oddziale rehabilitacji kardiologicznej i w Oddziale rehabilitacji narządu ruchu, zgodnie z art. 49 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.*
10. *Wykonania zalecenia pokontrolnego w części dotyczącej niezgodności pomiędzy zapisami Regulaminu Organizacyjnego Szpitala i Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą w zakresie komórek organizacyjnych działalności medycznej.*
11. *Wykonania zaleceń pokontrolnych dotyczących przeprowadzenia postępowania konkursowego na stanowisko pielęgniarki oddziałowej w Oddziale rehabilitacji narządu ruchu, zgodnie z art. 49 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.*

W trakcie działań kontrolnych ustalono, że ww. zalecenia pokontrolne zostały wykonane w całości.

B: Stwierdzone nieprawidłowości: brak.

C: Ocena częściowa: pozytywna.

VII. Pozostałe informacje, zalecenia i pouczenia.

1 . Pozostałe informacje.

Pismem z dnia 14.01.2024 r. znak: NZ-NK.1711.15.2024 (NZ-NK.KW-00005/25), Projekt wystąpienia pokontrolnego został przekazany Dyrektor Śląskiego Centrum Rehabilitacji i Prewencji z siedzibą w Ustroniu.

Dyrektor Centrum pismem z dnia 21.01.2025 r. znak L.dz.DN/MKS/134/2025 r., zgłosiła zastrzeżenia do treści Projektu wystąpienia pokontrolnego. Ocena wniesionych zastrzeżeń została dokonana pismem z dnia 23.01.2025 r., NZ-NK.1711.15.2024 (NZ-NK.KW-00036/25), które wraz z uzasadnieniem stanowi akta sprawy.

Zastrzeżenia przyjęto w części dotyczącej danych identyfikacyjnych kontroli w zakresie stanowiska Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno-Administracyjnych.

W pozostałej części zastrzeżenia do treści Projektu wystąpienia pokontrolnego zostały oddalone.

2. Zalecenia.

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami i uchybieniami zalecam podjąć działania polegające na:

1. Zgłaszaniu zmian do KRS w terminie wynikającym z art. 22 ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym.
2. Umieszczaniu w treści zawieranych umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych wszystkich zapisów wskazanych w art. 27 ust.4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
3. Przestrzeganiu zapisów art. 48 ust. 2 pkt 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej w zakresie przedstawiania Radzie Społecznej Szpitala okresowej analizy skarg i wniosków wnoszonych przez pacjentów.
4. Uzpełnieniu prowadzonego w Centrum Rejestru skarg i wniosków o rubrykę dotyczącą zasadności bądź braku zasadności zarejestrowanej skargi.
5. Terminowym udzielaniu odpowiedzi na skargi wpływające do Centrum.
6. Przestrzeganiu zapisów § 7 ust. 2 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 powiadamiania członków komisji o posiedzeniu Komisji Konkursowej co najmniej na 7 dni przed wyznaczonym terminem posiedzenia.
7. Przestrzeganiu zapisów § 15 ust. 3 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 pisemnego powiadomienia o wynikach konkursu kandydatów biorących w nim udział.

3. Pouczenia.

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

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.

Projekt wystąpienia pokontrolnego zawiera 17 ponumerowanych stron.

Podmiot uprawniony do kontroli:

WOJEWÓDZTWA
Barczyk
Dyrektor
Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego
Kierownik Wydziału Nadzoru Podmiotów Leczniczych i Usług Zdrowia

