

**UCHWAŁA NR 1808/20**  
**ZARZĄDU WOJEWÓDZTWA ŚWIĘTOKRZYSKIEGO**  
**Z DNIA 11 MARCA 2020 r.**

**w sprawie udzielenia upoważnień do przeprowadzenia kontroli w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. św. Rafała w Czerwonej Górze**

Na podstawie art. 41 ust. 1 ustawy o samorządzie województwa z dnia 5 czerwca 1998r. (Dz.U.2019.512 t.j. ze zm.), § 6 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012r. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych (Dz.U.2015.1331 t.j.), art. 121 ust. 4 pkt 1) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz.U.2020.295t.j), Zarząd Województwa Świętokrzyskiego uchwala, co następuje:

**§ 1**

Udziela się upoważnień następującym osobom:

1. Ewie Murzec
2. Jolancie Jesionowskiej
3. Grzegorzowi Świerczowi

do przeprowadzenia kontroli w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. św. Rafała w Czerwonej Górze.

**§ 2**

Upoważnienia otrzymują formę określoną w Załączniku nr 1, nr 2 i nr 3 do niniejszej Uchwały.

**§ 3**

Wykonanie uchwały powierza się Marszałkowi Województwa Świętokrzyskiego.

**§ 4**

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**MARSZAŁEK**  
**WOJEWÓDZTWA ŚWIĘTOKRZYSKIEGO**

**Andrzej Bętkowski**

## **Uzasadnienie**

### **do uchwały w sprawie udzielenia upoważnień do przeprowadzenia kontroli w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Św. Rafała w Czerwonej Górze**

Na podstawie art. 122 ust. 6 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej Minister Zdrowia określił w drodze rozporządzenia szczegółowy sposób i tryb przeprowadzania kontroli, o której mowa w art. 121 ww. ustawy. Przepisy wymienionego aktu wykonawczego jednoznacznie określają, co należy do zadań podmiotu uprawnionego do kontroli, a więc tego, który w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 6 ustawy o działalności leczniczej utworzył podmiot leczniczy w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, w tym warunki i tryb – przygotowania, przeprowadzenia czynności kontrolnych, dokumentowania poszczególnych czynności kontrolnych, itp.

Zgodnie z § 6 ust. 2 ww. rozporządzenia czynności kontrolne w jednostce kontrolowanej przeprowadza kontrolujący na podstawie imiennego upoważnienia, udzielonego przez podmiot uprawniony do kontroli (...).

W związku z powyższym, podjęcie niniejszej uchwały jest uzasadnione.

Załącznik nr 1  
do Uchwały Nr 1808/20  
Zarządu Województwa Świętokrzyskiego  
z dnia 11 marca.2020

Województwo Świętokrzyskie  
(nazwa podmiotu uprawnionego do kontroli)

Kielce, dn.11.03 2020r.  
(miejsowość i data)

### Upoważnienie nr .....

Na podstawie art. 121 ust. 3 i ust. 4 pkt 1) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2020. 295 t.j..) w związku z § 6 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012r. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych (Dz.U.2015.1331 t.j.) upoważniam Panią:

Ewę Murzec – Kierownika Oddziału ds. Organizacji i Kontroli, legitymującą się dowodem osobistym nr (...)

*(imię i nazwisko oraz numer legitymacji służbowej lub rodzaj i numer innego dokumentu tożsamości)*

do dokonania kontroli w zakresie: 1) *Realizacji zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie, dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych w latach 2018-2019;* 2) *Sprawdzenie sposobu wykonania zaleceń pokontrolnych zawartych w wystąpieniu pokontrolnym z dnia 6.06.2018r., znak: DOZ.III.1711.9.1.2018.*

*(zakres kontroli)*

w terminie od dnia 23.03.2020r. do dnia 1.04.2020r. w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Św. Rafała, ul. Czerwona Góra 10, 26-060 Chęciny.

*(nazwa oraz adres jednostki kontrolowanej)*

Upoważnienie niniejsze ważne jest za okazaniem legitymacji służbowej lub innego dokumentu pozwalającego na ustalenie tożsamości kontrolującego.

Okres ważności upoważnienia upływa z ostatnim dniem przewidywanego terminu zakończenia kontroli.

.....  
*(podpis osoby udzielającej upoważnienia  
z podaniem zajmowanego stanowiska  
lub funkcji)*

Okres upoważnienia przedłuża się do dnia .....

.....  
*(data i podpis osoby przedłużającej  
upoważnienie z podaniem zajmowanego  
stanowiska lub funkcji)*

Pouczenie: Poucza się, iż prawa i obowiązki jednostki kontrolowanej wynikają z art. 121 ust. 3 i art. 122 ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz.U.2020.295 t.j.) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012r. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych (Dz. U. 2015.1331 t.j.)

Załącznik nr 2  
do Uchwały Nr 1808/20  
Zarządu Województwa Świętokrzyskiego  
z dnia 11 marca 2020

Województwo Świętokrzyskie  
(nazwa podmiotu uprawnionego do kontroli)

Kielce, dn.11.03.2020r.  
(miejsowość i data)

### Upoważnienie nr .....

Na podstawie art. 121 ust. 3 i 4 pkt 1) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2020.295 t.j.) w związku z § 6 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012r. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych (Dz.U.2015.1331 t.j.) upoważniam Panią:

Jolantę Jesionowską – Głównego Specjalistę w Oddziale ds. Organizacji i Kontroli, legitymującą się dowodem osobistym nr (...)

*(imię i nazwisko oraz numer legitymacji służbowej lub rodzaj i numer innego dokumentu tożsamości)*

do dokonania kontroli w zakresie: 1) *Realizacji zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie, dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych w latach 2018-2019;* 2) *Sprawdzenie sposobu wykonania zaleceń pokontrolnych zawartych w wystąpieniu pokontrolnym z dnia 6.06.2018r., znak: DOZ.III.1711.9.1.2018.*

*(zakres kontroli)*

w terminie od dnia 23.03.2020r. do dnia 1.04.2020r. w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Św. Rafała ul. Czerwona Góra 10, 26-060 Chęciny.

*(nazwa oraz adres jednostki kontrolowanej)*

Upoważnienie niniejsze ważne jest za okazaniem legitymacji służbowej lub innego dokumentu pozwalającego na ustalenie tożsamości kontrolującego.

Okres ważności upoważnienia upływa z ostatnim dniem przewidywanego terminu zakończenia kontroli.

.....

*(podpis osoby udzielającej upoważnienia  
z podaniem zajmowanego stanowiska  
lub funkcji)*

Okres upoważnienia przedłuża się do dnia .....

.....

*(data i podpis osoby przedłużającej  
upoważnienie z podaniem zajmowanego  
stanowiska lub funkcji)*

Pouczenie: Poucza się, iż prawa i obowiązki jednostki kontrolowanej wynikają z art. 121 ust. 3 i art. 122 ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2020. 295 t.j.) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012r. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych (Dz. U. 2015.1331 t.j.).

Załącznik nr 3  
do Uchwały Nr 1808/20  
Zarządu Województwa Świętokrzyskiego  
z dnia 11 marca 2020

Województwo Świętokrzyskie  
(nazwa podmiotu uprawnionego do kontroli)

Kielce, dn. 11.03.2020r  
(miejsowość i data)

### **Upoważnienie nr .....**

Na podstawie art. 121 ust. 3 i 4 pkt 1) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2020.295 t.j.) w związku z § 6 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012r. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych (Dz.U.2015.1331 t.j.) upoważniam Pana:

Grzegorza Świercza – Głównego Specjalistę w Oddziale ds. Organizacji i Kontroli, legitymującą się dowodem osobistym nr (...)

*(imię i nazwisko oraz numer legitymacji służbowej lub rodzaj i numer innego dokumentu tożsamości)*

do dokonania kontroli w zakresie: 1) *Realizacji zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i statucie, dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych w latach 2018-2019;* 2) *Sprawdzenie sposobu wykonania zaleceń pokontrolnych zawartych w wystąpieniu pokontrolnym z dnia 6.06.2018r., znak: DOZ.III.1711.9.1.2018.*

*(zakres kontroli)*

w terminie od dnia 23.03.2020r. do dnia 1.04.2020r. w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Św. Rafała ul. Czerwona Góra 10, 26-060 Chęciny.

*(nazwa oraz adres jednostki kontrolowanej)*

Upoważnienie niniejsze ważne jest za okazaniem legitymacji służbowej lub innego dokumentu pozwalającego na ustalenie tożsamości kontrolującego.

Okres ważności upoważnienia upływa z ostatnim dniem przewidywanego terminu zakończenia kontroli.

.....  
*(podpis osoby udzielającej upoważnienia  
z podaniem zajmowanego stanowiska lub funkcji)*

Okres upoważnienia przedłuża się do dnia.....

.....  
*(data i podpis osoby przedłużającej  
upoważnienie z podaniem zajmowanego  
stanowiska lub funkcji)*

Pouczenie: Poucza się, iż prawa i obowiązki jednostki kontrolowanej wynikają z art. 121 ust. 3 i art. 122 ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2020. 295 t.j.) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012r. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych (Dz. U. 2015.1331 t.j.)