



WOJEWODA MAZOWIECKI

Warszawa, 4 września 2015 r.

WK-C.9612.1.26.2015

**Pani
Dorota Sobolewska-Biesiekierska
Szpital Powiatowy w Pułtusk
Sp. z o.o.
ul. Teofila Kwiatkowskiego 19
06-102 Pułtusk**

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

Na podstawie art. 111 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (dalej ustawa o działalności leczniczej – Dz. U. z 2015 r., poz. 618, z późn. zm.) przeprowadzona została kontrola doraźna w Szpitalu w Pułtusk (dalej Szpital), mieszczącym się przy ul. Teofila Kwiatkowskiego 19 w Pułtusk oraz Przychodni Rejonowej w Pułtusk (dalej Przychodnia Rejonowa), mieszczącej się przy ul. Teofila Kwiatkowskiego 19 i ul. 3-go Maja 5 w Pułtusk.

Tematyka kontroli obejmowała zgodność wykonywanej działalności z przepisami określającymi warunki wykonywania działalności leczniczej.

Kontrolą objęto badanie stanu faktycznego w dniach prowadzenia kontroli.

W związku z kontrolą, której szczegółowe wyniki przedstawione zostały w protokole kontroli, podpisanym bez zastrzeżeń w dniu 24 lipca 2015 r., przekazuję Pani niniejsze wystąpienie pokontrolne.

W trakcie kontroli ustalono, że struktura organizacyjna Przychodni Rejonowej była zgodna z danymi zgłoszonymi do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. W Przychodni Rejonowej oraz w Szpitalu, z wyjątkiem Oddziału kardiologicznego, udzielane były świadczenia zdrowotne, a pacjenci przyjmowani byli na bieżąco. Oddział kardiologiczny nie funkcjonował,

a podmiot leczniczy prowadził negocjacje z NFZ w celu uzyskania kontraktu na procedury kardiologiczne.

Podmiot posiadał umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, zgodnie z obowiązkiem ustalonym w art. 25 ust. 1 pkt 1 i ust. 2 ustawy o działalności leczniczej. W dokumentacji podmiotu zgromadzono dokumenty potwierdzające prawo wykonywania zawodu aktualnie zatrudnionej kadry lekarskiej, pielęgniarskiej oraz położnych. W Szpitalu oraz Przychodni Rejonowej umieszczono informację o prawach pacjenta, zgodnie z wymogiem określonym w art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r., poz. 159, z późn. zm.). Dokumentacja medyczna przechowywana była zgodnie z normami ustalonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (dalej rozporządzenie w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej – Dz. U. z 2014 r., poz. 177, z późn. zm.).

Z analizy *Księgi chorych* Pododdziału chirurgii urazowo-ortopedycznej oraz *Księgi zabiegów ortopedycznych* wynika, że w Pododdziale przyjmowani byli pacjenci od 1 do 30 stycznia 2015 r., a następnie od 7 czerwca 2015 r. do dnia zakończenia kontroli. Od 7 czerwca 2015 r. opiekę lekarską w Pododdziale zapewniało 3 lekarzy specjalistów w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu.

W wyniku kontroli stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Niezaktualizowanie w Regulaminie organizacyjnym struktury organizacyjnej Szpitala i Przychodni Rejonowej. W Regulaminie został ujęty II Oddział chorób wewnętrznych o profilu kardiologicznym, który nie funkcjonował od 19 maja 2015 r., oraz komórki organizacyjne, które zakończyły działalność 6 lipca 2015 r., tj. poradnie: okulistyczna, chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci, promocji zdrowia, chirurgii naczyniowej, leczenia bólu, preluksacyjna, nefrologiczna, chirurgii dziecięcej oraz Zespół długoterminowej opieki domowej, Dział diagnostyki laboratoryjnej, Pracownia bakteriologii, Pracownia kolposkopii, Dyspozytornia medyczna, Miejsce wyczekiwania zespołu P, Zespół wyjazdowy wypadkowy „W” – Podstawowy, Zespół wyjazdowy reanimacyjny „R” – Specjalistyczny. Takim działaniem naruszony został art. 24 ust. 1 pkt 3 ustawy o działalności leczniczej.
2. Nieprowadzenie *Księgi zabiegów* dla gabinetów diagnostyczno-zabiegowych funkcjonujących w ramach Poradni urologicznej, Poradni onkologicznej oraz oddziałów: anestezjologii i intensywnej terapii, pediatrii i chorób wewnętrznych. Takie działanie jest niezgodne z § 40 pkt 3 lit. d oraz § 12 pkt 2 lit. g rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej.

3. Nieprawidłowe prowadzenie indywidualnej i zbiorczej dokumentacji medycznej – zakres nieprawidłowości został szczegółowo ustalony w załączniku Nr 3 do protokołu kontroli, znak WK-C.9612.1.26.2015.

Przedstawiając powyższe ustalenia, zobowiązuje Panią do podjęcia działań w celu wyeliminowania stwierdzonych w trakcie kontroli nieprawidłowości, a w szczególności do:

1. Zaktualizowania w Regulaminie organizacyjnym podmiotu leczniczego informacji, o których mowa w punkcie 1. niniejszego wystąpienia.
2. Prowadzenia dokumentacji medycznej w szczególności ustalonej w przepisach rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej. W podmiocie należy prowadzić *Księgi zabiegów* gabinetów diagnostyczno-zabiegowych funkcjonujących w ramach poradni urologicznej i onkologicznej oraz oddziałów: anestezjologii i intensywnej terapii, pediatrii i chorób wewnętrznych.

Jednocześnie pragnę zwrócić uwagę Pani na konieczność zaktualizowania struktury organizacyjnej przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego pn. Szpital w Pułtusku zgłoszonej do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą w zakresie Oddziału kardiologicznego (w przypadku niezawarcia umowy z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ww. oddziale).

W Szpitalu w Pułtusku nie funkcjonował Oddział kardiologiczny (jak wyżej wskazano prowadzone były negocjacje z NFZ o udzielenie kontraktu), co nie zostało zgłoszone do organu prowadzącego rejestr.

Takim działaniem naruszony został art. 107 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej.

Zgodnie z art. 107 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej, w przypadku niezgłoszenia zmiany danych objętych rejestrem w terminie 14 dni od ich powstania, organ prowadzący rejestr może, w drodze decyzji administracyjnej, nałożyć na podmiot wykonujący działalność leczniczą karę pieniężną. Decyzji nadaje się rygor natychmiastowej wykonalności.

Jednocześnie zobowiązuje Panią do poinformowania Wojewody Mazowieckiego, z powołaniem znaku pisma WK-C.9612.1.26.2015, o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych, niezwłocznie po otrzymaniu wystąpienia.

z up. WOJEWODY MAZOWIECKIEGO
Edyta Ostrowska
Dyrektor
Wydziału Kontroli