



WOJEWODA MAZOWIECKI

WZ-VI.9612.1.27.2018

Warszawa, 6 czerwca 2018 r.

**Pan  
Tomasz Hryniewiecki  
Dyrektor  
Instytutu Kardiologii  
im. Prymasa Tysiąclecia  
Stefana Kardynała Wyszyńskiego  
ul. Alpejska 42  
04-628 Warszawa**

#### 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 2018 r. poz. 160, z późn. zm.) przeprowadzona została kontrola problemowa w komórce organizacyjnej 111 – Klinice Nadciśnienia Tętniczego (dalej Klinika) Instytutu Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego (dalej Instytut Kardiologii), mieszczącej się przy ul. Alpejskiej 42 w Warszawie.

Tematyka kontroli obejmowała badanie zgodności 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 podpisanym bez zastrzeżeń w dniu 9 kwietnia 2018 r. protokole kontroli, przekazuję Panu Dyrektorowi niniejsze wystąpienie pokontrolne.

W trakcie kontroli stwierdzono, że kontrolowana Klinika dysponowała trzydziestoma ośmioma łózkami – jak ustalono na podstawie księgi rejestrowej podmiotu leczniczego. W dniach

proceedzenia kontroli w Oddziale przebywało czterdziestu pacjentów. Dwóch pacjentów Kliniki zajmowało łóżka należące do Oddziału Kardiomiopatii stanowiącego integralną część z kontrolowanym Oddziałem. Ww. Oddziały były ze sobą funkcjonalnie powiązane, świadczenia zdrowotne udzielane były przez jeden zespół lekarski i pielęgniarski. W dokumentacji podmiotu leczniczego zgromadzono dokumenty potwierdzające prawo wykonywania zawodu aktualnie zatrudnionej kadry lekarskiej i pielęgniarskiej. Dla potrzeb Kliniki zostało wydzielone miejsce do przechowywania zwłok osoby zmarłej, w okresie pomiędzy stwierdzeniem zgonu a przewiezieniem ich do chłodni, zgodnie z § 3 ust. 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 kwietnia 2012 r. w sprawie sposobu postępowania podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne ze zwłokami pacjenta w przypadku śmierci pacjenta (Dz. U. z 2012 r. poz. 420). Podmiot leczniczy posiadał regulamin organizacyjny zawierający wszystkie elementy określone w art. 24 ustawy o działalności leczniczej. Instytut Kardiologii posiadał zawartą umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, zgodnie z obowiązkiem ustalonym w art. 25 ust.1 pkt 1 i ust. 2 ustawy o działalności leczniczej. W Klinice 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 2017 r. poz. 1318, z późn. zm.). Podmiot leczniczy dysponował dokumentacją potwierdzającą sprawność techniczną aparatury i sprzętu medycznego wykorzystywanego przy udzielaniu świadczeń medycznych w Klinice, do której posiadania i okazania organowi kontroli jest zobowiązany na podstawie art. 90 ust. 6,7 i 9 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. 2017 r. poz. 211, z późn. zm.). Pacjenci Kliniki zostali zaopatrzeni w znaki identyfikacyjne, zawierające informacje zapisane w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta przez osoby nieuprawnione, zgodnie z obowiązkiem określonym w art. 36 ustawy o działalności leczniczej oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie warunków, sposobu i trybu zaopatrywania pacjentów szpitala w znaki identyfikacyjne oraz sposobu postępowania w razie stwierdzenia ich braku (Dz. U. z 2012 r. poz. 1098) Indywidualna dokumentacja medyczna prowadzona i przechowywana była zgodnie z normami ustalonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (dalej rozporządzenie w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej – Dz. U. z 2015 r. poz. 2069).

Podmiot leczniczy posiada opracowany i złożony w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą, program dostosowania pomieszczeń (dalej program) do wymagań

określonych w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (dalej rozporządzenie w sprawie wymagań dla pomieszczeń i urządzeń podmiotu wykonującego działalność leczniczą – Dz. U. z 2012 r. poz. 739). Program został pozytywnie zaopiniowany przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w m. st. Warszawie (decyzja DE EPN/00861/2012, znak EPN.4220.00 165.2012 EŻ, SW 40618). Program obejmował kontrolowaną Klinikę. Jak ustalono ww. program został częściowo zrealizowany.

W wyniku kontroli stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Niespełnienie wymogu określonego w rozporządzeniu w sprawie wymagań dla pomieszczeń i urządzeń podmiotu wykonującego działalność leczniczą – przez wszystkie pokoje łóżkowe pacjentów, w których nie zapewniono dostępu do łóżek z trzech stron, w tym dwóch dłuższych, co jest niezgodne z wymogiem ustalonym w § 18 do ww. rozporządzenia. Podmiot leczniczy posiada opinię Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w m. st. Warszawie wydaną w formie postanowienia EPN/0080/2018 z dnia 24.04.2018 r., w której stwierdzono, że ww. nieprawidłowość nie ma wpływu na bezpieczeństwo pacjentów.
2. Nieprawidłowe prowadzenie zbiorczej dokumentacji medycznej – *Księga Chorych Oddziału* nie zawierała rozpoznania onkologicznego po wypisaniu pacjenta, na podstawie wyniku badania diagnostycznego, który nie był znany w dniu wypisu, co stanowi naruszenie § 29 pkt 10 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej.

**Przedstawiając powyższe ustalenia zobowiązuję Pana Dyrektora do podjęcia działań w celu wyeliminowania stwierdzonych w trakcie kontroli nieprawidłowości, a w szczególności do:**

1. Zapewnienia dostępu do łóżek z trzech stron, w tym dwóch dłuższych we wszystkich pokojach łóżkowych pacjentów Oddziału, zgodnie z wymogiem określonym w rozporządzeniu w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą – w terminie 12 miesięcy od daty otrzymania wystąpienia pokontrolnego.
2. Prowadzenia zbiorczej dokumentacji medycznej zgodnie z normami ustalonymi w rozporządzeniu w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej.

Zalecenie należy zrealizować w terminie 14 dni od daty otrzymania wystąpienia pokontrolnego.

Jednocześnie zobowiązuję Pana Dyrektora do poinformowania Wojewody Mazowieckiego, z powołaniem znaku pisma WK-VI.9612.1.27.2018, o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych.

z up. WOJEWODY MAZOWIECKIEGO

Jarosław Chmielowski  
Dyrektor Wydziału Zdrowia