



WOJEWODA MAZOWIECKI

Warszawa, 15 lutego 2019 r.

WZ-VI.9612.1.192.2018

**Pan
Marcin Maruszewski
Dyrektor
Centralnego Szpitala Klinicznego
Ministerstwa Spraw Wewnętrznych
i Administracji w Warszawie
ul. Wołoska 137
02-507 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. 2190, z późn. zm.) przeprowadzona została kontrola problemowa w komórkach organizacyjnych – Centralnego Szpitala Klinicznego Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Warszawie, mieszczących się przy ul. Starowiejskiej 66 w Siedlcach.

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 9 stycznia 2019 r., przekazuję Panu Dyrektorowi niniejsze wystąpienie pokontrolne.

W trakcie kontroli ustalono, że podmiot posiadał umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, zgodnie z obowiązkiem ustalonym w art. 25 ust. 1 pkt 1 i ust. 2 ustawy o działalności leczniczej. Kierownik podmiotu leczniczego odpowiadał wymaganiom określonym w art. 46

i art. 47 ustawy o działalności leczniczej. W dokumentacji podmiotu leczniczego zgromadzono dokumenty potwierdzające prawo wykonywania zawodu aktualnie zatrudnionej kadry lekarskiej, pielęgniarskiej, położnych i fizjoterapeutów. Ustalono, że opracowane i wdrożone w kontrolowanych komórkach organizacyjnych minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek uwzględniały ich specyfikę oraz zostały określone zgodnie z zasadami ustalonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. z 2012 r. poz. 1545). W placówce 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). Dokumentacja medyczna przechowywana była zgodnie z rozporządzeniem Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 25 lutego 2016 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów oraz sposobu przetwarzania dokumentacji medycznej w podmiotach leczniczych utworzonych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych (dalej rozporządzenie w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej – Dz. U. z 2016 r. poz. 249)

W wyniku kontroli stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Niezgodność struktury organizacyjnej podmiotu leczniczego w zakresie komórek organizacyjnych, mieszczących się w Siedlcach przy ul. Starowiejskiej 66 zgłoszonej do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą ze stanem faktycznym. Ustalono, że w placówce nie funkcjonował *Punkt pobrań krwi* i *Poradnia rehabilitacyjna*, co nie zostało zgłoszone do organu prowadzącego rejestr. Takim działaniem naruszony został art. 107 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej.
2. Niespełnienie wymogu określonego 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 szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą – Dz. U. z 2012 r. poz. 739) przez – punkt sterylizacji, w którym nie wydzielono odcinka (blatu) materiałów skażonych służących do wyładunku i przygotowania do mycia i dezynfekcji wstępnej lub zasadniczej, oraz odcinka maszynowego mycia lub ręcznego mycia i dezynfekcji

- obejmującego urządzenie myjąco dezynfekcyjne lub zlew dwukomorowy, co stanowi naruszenie norm ustalonych w ust. 10 pkt. 1 i 2 załącznika nr 2 do ww. rozporządzenia.
3. Nieokazanie w trakcie kontroli dokumentu potwierdzającego przegląd klimatyzatora zainstalowanego w pracowni rtg, do przeprowadzenia, którego podmiot leczniczy jest zobowiązany nie rzadziej niż co 12 miesięcy, zgodnie z § 39 rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.
 4. Nieokazanie w trakcie kontroli dokumentu potwierdzającego sprawność techniczną urządzeń: *Autorefraktometru Accuref 8001, Kardiogramu SRF 618B, Detektora tętna płodu SRF 618E*, znajdujących się w wyposażeniu kontrolowanej placówki, do której posiadania i okazania organowi kontroli podmiot leczniczy jest zobowiązany na podstawie art. 90 ust. 6, 7 i 9 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 211, z późn. zm.).
 5. Nieuwzględnienie w regulaminie organizacyjnym podmiotu leczniczego aktualnej struktury organizacyjnej w zakresie komórek organizacyjnych mieszczących się przy ul. Starowiejskiej 66 w Siedlcach oraz wysokości opłat za jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej oraz za udostępnienie dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych, co stanowi naruszenie art. 24 ust. 1 pkt 3 i 9 ustawy o działalności leczniczej.
 6. Niewypełnienie obowiązku ustalonego w art. 24 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej polegającym na podaniu do wiadomości pacjentów w sposób zwyczajowo przyjęty w miejscu udzielania świadczeń, na stronie internetowej podmiotu leczniczego oraz w Biuletynie Informacji Publicznej podmiotu leczniczego informacji dotyczącej wysokości opłaty za jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej oraz za udostępnienie dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych - co stanowi naruszenie art. 24 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej.
 7. Nieprzewodzenie dokumentacji indywidualnej w formie *Karty pacjenta w Pracowni usprawniania leczniczego*. Takim działaniem naruszony został wymóg ustalony w § 54 ust. 1 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej.
 8. Nieprawidłowe prowadzenie zbiorczej dokumentacji medycznej:
 - a) *Księga przyjęć* nie zawierała nazwy podmiotu, adresu siedziby podmiotu, kodu resortowego stanowiącego część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, kodu resortowego komórki organizacyjnej stanowiącego część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, numeru kolejnego wpisu, adresu miejsca zamieszkania pacjenta, danych

identyfikujących osobę udzielającą świadczeń w zakresie uzyskanych specjalizacji i numeru prawa wykonywania zawodu co stanowi naruszenie § 49 ww. rozporządzenia,

- b) *Księga zabiegów* nie zawierała numeru PESEL oraz miejsca zamieszkania pacjenta, danych identyfikujących lekarza zlecającego zabieg, a w przypadku gdy zlecającym jest inny podmiot także danych identyfikujących ten podmiot co stanowi naruszenie § 36 pkt 3 i 4 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej,
- c) *Księga zabiegów leczniczych* nie zawierała nazwy podmiotu, adresu siedziby podmiotu, kodu resortowego stanowiącego część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, nazwy komórki organizacyjnej i jej kodu resortowego stanowiącego część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz adresu miejsca zamieszkania pacjenta, co stanowi naruszenie § 54 ust. 2 ww. rozporządzenia,
- d) *Księgi pracowni diagnostycznych (Pracownia RTG i Pracownia USG)* nie zawierały nazwy podmiotu, adresu siedziby podmiotu, kodu resortowego stanowiącego część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, kodu resortowego komórki organizacyjnej stanowiącego część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych co stanowi naruszenie § 40 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej.

Przedstawiając powyższe ustalenia, zobowiązuję Pana Dyrektora do podjęcia działań mających na celu wyeliminowanie stwierdzonych w trakcie kontroli nieprawidłowości, a w szczególności do:

1. Zgłoszenia do organu prowadzącego rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą zmian w zakresie struktury organizacyjnej powstałych po dniu uzyskania wpisu do rejestru, w terminie 14 dni od daty otrzymania niniejszego wystąpienia.

W tym miejscu pragnę zwrócić uwagę na treść art. 107 ust 2 ustawy o działalności leczniczej, który stanowi, że 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.

Jak ustalono na podstawie treści księgi rejestrowej podmiot zgłosił do organu rejestrowego zakończenie działalności komórek organizacyjnych – *Punkt pobrań krwi* oraz *Poradnia*

rehabilitacyjna. W związku z powyższym odstępuje się od sformułowania zalecenia pokontrolnego.

2. Dostosowania punktu sterylizacji do wymogów określonych w rozporządzeniu w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w zakresie niezgodności określonych w punkcie 2 – w terminie 6 miesięcy od daty otrzymania wystąpienia.
3. Przesłania do Wydziału Zdrowia Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego w Warszawie kopii dokumentacji potwierdzającej wykonanie przeglądu klimatyzatora wymienionego w punkcie 3. wystąpienia.
4. Przekazania do Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego w Warszawie, poświadczonej za zgodność z oryginałem, kopii dokumentu potwierdzającego sprawność techniczną sprzętu medycznego wskazanego w punkcie 4 wystąpienia.
5. Zaktualizowania regulaminu organizacyjnego podmiotu leczniczego w zakresie struktury organizacyjnej placówki w Siedlcach oraz zamieszczenia w regulaminie organizacyjnym informacji, o których mowa w punkcie 5. wystąpienia, zgodnie z wymogiem ustalonym w art. 24 ust. 1 pkt 3 i 9 ustawy o działalności leczniczej.
6. Podania do wiadomości pacjentów w miejscu udzielania świadczeń, na stronie internetowej podmiotu leczniczego oraz w Biuletynie Informacji Publicznej, informacji o której mowa w punkcie 6. wystąpienia, zgodnie z wymogiem określonym w art. 24 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej.
7. Prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z normami ustalonymi w rozporządzeniu w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej, w szczególności w *Pracowni usprawniania leczniczego należy prowadzić Karty pacjenta*.

Zalecenia określone w punktach 5., 6. i 7. należy zrealizować w terminie 14 dni od otrzymania wystąpienia. Zalecenia określone w punktach 3. i 4. należy zrealizować w terminie 30 dni od daty otrzymania wystąpienia. Jednocześnie zobowiązuję Pana Dyrektora do poinformowania Wojewody Mazowieckiego, z powołaniem znaku pisma WZ-VI.9612.1.192.2018, o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych.

Do wiadomości
Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji
ul. Stefana Batorego 5
02-591 Warszawa

z up. WOJEWODY MAZOWIECKIEGO
Jarosław Chmielewski
Dyrektor Wydziału Zdrowia

