



WOJEWODA MAZOWIECKI

Warszawa, 17 listopada 2016 r.

WK-II.9612.1.70.2016

**Pan
Michał Stelmański
Mazowieckie Centrum Neuropsychiatrii
Sp. z o.o.
Zagórze
05-462 Wiązowna**

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 2016 r. poz. 1638) przeprowadzona została kontrola problemowa w Oddziale Leczenia Nerwic dla Młodzieży w Zagórze (dalej Oddział leczenia nerwic), komórce organizacyjnej 005 Mazowieckiego Centrum Neuropsychiatrii Sp. z o.o. (dalej Centrum Neuropsychiatrii), mieszczącej się w Zagórze.

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 8 listopada 2016 r., przekazuję Panu niniejsze wystąpienie pokontrolne.

W trakcie kontroli stwierdzono, że Oddział leczenia nerwic dysponował 20 łózkami – jak ustalono w księdze rejestrowej podmiotu leczniczego. W dokumentacji podmiotu zgromadzono dokumenty potwierdzające prawo wykonywania zawodu aktualnie zatrudnionej kadry

lekarskiej i pielęgniarskiej. 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 kontrolowanym oddziale 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 2016 r. poz. 186, z późn. zm.). Podmiot dysponował dokumentacją potwierdzającą sprawność techniczną aparatury i sprzętu medycznego wykorzystywanego przy udzielaniu świadczeń medycznych w Oddziale leczenia nerwic, do której posiadania i okazania organowi kontroli podmiot jest zobowiązany na podstawie art. 90 ust. 6, 7 i 9 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 876, z późn. zm.). Dokumentacja medyczna 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).

Centrum Neuropsychiatrii posiada opracowany i złożony w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą, obejmujący Oddział leczenia nerwic, program dostosowania pomieszczeń do wymagań określonych w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 31 poz. 158)¹, który został pozytywnie zaopiniowany przez Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Warszawie (decyzja DE EPN.01105.2012, znak EPN.9022.2.00022.2012 SW 11927/2012 z 8 czerwca 2012 r.).

Program ten należy zrealizować do 31 grudnia 2017 r., zgodnie z obowiązkiem ustalonym w art. 207 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej.

W wyniku kontroli stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Niezapewnienie dla potrzeb Oddziału leczenia nerwic pomieszczenia specjalnie przeznaczonego na przechowywanie zwłok osoby zmarłej w okresie pomiędzy stwierdzeniem zgonu a przewiezieniem ich do chłodni albo wydzielenia innego przeznaczonego do tego celu miejsca, zapewniającego godność należną zmarłemu, zgodnie z wymogiem ustalonym w § 3 ust. 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 kwietnia 2012 r. w sprawie sposobu postępowania podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne

¹ Od 1 lipca 2012 r. obowiązuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012 r. poz. 739).

i całodobowe świadczenia zdrowotne ze zwłokami pacjenta w przypadku śmierci pacjenta (dalej rozporządzenie w sprawie postępowania ze zwłokami pacjenta w przypadku śmierci – Dz. U. z 2012 r. poz. 420).

2. Nieuwzględnienie w regulaminie organizacyjnym wysokości opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej oraz za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny, co stanowi naruszenie wymogu ustalonego w art. 24 ust. 1 pkt 9 i 11 ustawy o działalności leczniczej.
3. Nieprawidłowe prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej. W trakcie kontroli sprawdzono dokumentację dotyczącą 50 pacjentów, stwierdzając we wszystkich przypadkach brak:
 - a) oznaczenia podmiotu w zakresie kodu identyfikacyjnego stanowiącego część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, nazwy zakładu leczniczego, nazwy jednostki organizacyjnej i jej kodu resortowego stanowiącego V część systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz kodu resortowego komórki organizacyjnej, stanowiącego VII część systemu resortowych kodów identyfikacyjnych co jest niezgodne z § 10 ust. 1 pkt 1 lit. b-e rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej,
 - b) numeru w księdze chorych oddziału, pod którym dokonano wpisu o przyjęciu pacjenta, co stanowi naruszenie § 16 ust. 1 pkt 2 ww. rozporządzenia,
4. Nieprawidłowe prowadzenie zbiorczej dokumentacji medycznej:
 - a) *Księga chorych oddziału* nie zawierała danych/informacji ustalonych w § 29 pkt 1-2, 6-7, 9 i 11-12 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej:
 - oznaczenia podmiotu,
 - numeru pacjenta w księdze,
 - oznaczenia lekarza prowadzącego,
 - godziny wypisu pacjenta z oddziału,
 - rozpoznania przy wypisie,
 - adnotacji o miejscu, do którego pacjent został wypisany,
 - oznaczenia lekarza wypisującego;
 - b) *Księgi raportów lekarskich* prowadzone odrębnie dla dyżuru dziennego oraz nocnego nie zawierały oznaczenia podmiotu i numeru kolejnego wpisu, natomiast treść raportów w *Księdze raportów lekarskich* z dyżuru dziennego – imienia i nazwiska pacjenta, a w razie potrzeby innej informacji pozwalającej na zidentyfikowanie pacjenta, opisu zdarzenia,

jego okoliczności i podjętych działań, co jest niezgodne z § 30 pkt 1-2 i 4 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej;

- c) *Księga raportów pielęgniarских* nie zawierała oznaczenia podmiotu, co stanowi naruszenie § 31 pkt 1 ww. rozporządzenia.

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

1. Zapewnienia dla potrzeb Oddziału leczenia nerwic pomieszczenia specjalnie przeznaczonego na przechowywanie zwłok osoby zmarłej w okresie pomiędzy stwierdzeniem zgonu a przewiezieniem ich do chłodni albo wydzielenia innego przeznaczonego do tego celu miejsca, zapewniającego godność należną zmarłemu, zgodnie z wymogiem ustalonym w § 3 ust. 8 rozporządzenia w sprawie postępowania ze zwłokami pacjenta w przypadku śmierci.
2. Zamieszczenia w regulaminie organizacyjnym informacji, o których mowa w punkcie 2. wystąpienia, zgodnie z wymogiem ustalonym w art. 24 ust. 1 pkt 9 i 11 ustawy o działalności leczniczej.

Zalecenia określone w punktach 1. i 2. należy zrealizować w terminie 30 dni od daty otrzymania wystąpienia pokontrolnego.

3. Prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z przepisami rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej, w szczególności dokumentacja indywidualna pacjentów powinna zawierać dane wymienione w punkcie 3. wystąpienia, zaś dokumentacja zbiorcza – informacje wymienione w punkcie 4.

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

Jednocześnie zobowiązuje Pana do poinformowania Wojewody Mazowieckiego, z powołaniem znaku pisma WK-II.9612.1.70.2016, o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych.

z up. WOJEWODY MAZOWIECKIEGO

Paweł Błasiak
Zastępca Dyrektora
Wydziału Kontroli