



WOJEWODA DOLNOŚLĄSKI

Wrocław, dnia 9 listopada 2022 r.

ZP-ZPSM.9612.19.2022.JG

Pan  
**Agnieszka Chrobak**  
p.o. Dyrektora  
Szpitala Specjalistycznego im. A.  
Falkiewicza we Wrocławiu

### Wystąpienie pokontrolne

Na podstawie art. 15n ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (j.t. Dz. U. z 2021 r., poz. 790 ze zm.) oraz art. 112 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2022 r., poz. 633 z późn. zm.), a także § 3 Zarządzenia Nr 168 Wojewody Dolnośląskiego z dnia 9 czerwca 2022 r. w sprawie kontroli realizowanych przez Wojewodę Dolnośląskiego oraz upoważnień nr 367 i 368 z dnia 31 sierpnia 2022 r., zespół kontrolerów w składzie:

- Joanna Góral – starszy specjalista w Wydziale Zdrowia i Polityki Społecznej Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego we Wrocławiu – przewodniczący zespołu,
- Bogusława Pawlica – starszy specjalista w Wydziale Zdrowia i Polityki Społecznej Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego we Wrocławiu – kontroler,

przeprowadził w dniu 22 września 2022 r. kontrolę problemową podmiotu leczniczego pn. Szpital Specjalistyczny im. A. Falkiewicza, ul. Warszawska 2, 52-114 Wrocław.

Przedmiotem kontroli było sprawdzenie:

1. Obszar 1 - Zgodność funkcjonowania komórki organizacyjnej pn. Oddział pediatryczno-reumatologiczny podmiotu leczniczego pn. Szpital Specjalistyczny im. A. Falkiewicza, ul. Warszawska 2, 52-114 Wrocław z przepisami określającymi warunki wykonywania działalności leczniczej z ustawą o działalności leczniczej i aktami wykonawczymi wydanymi na jej podstawie,
2. Obszar 2 - Spełnianie wymagań oraz warunków, jakim powinny odpowiadać podmioty lecznicze, w których odbywane są staże podyplomowe lekarza.

Kontrolę przeprowadzono zgodnie z zatwierdzonym w dniu 28 czerwca 2022 roku przez Wojewodę Dolnośląskiego planem kontroli na II półroczu 2022 r.

Okres objęty kontrolą:

- Obszar 1 okres od dnia 1 stycznia 2021 r. do dnia rozpoczęcia bezpośrednich czynności kontrolnych,
- Obszar 2 okres od dnia 1 października 2021 r. do dnia rozpoczęcia bezpośrednich czynności kontrolnych.

Osobą odpowiedzialną za nadzór nad realizacją zadań w kontrolowanym zakresie był Pan Pan Paweł Błasiak, kierownik podmiotu leczniczego. W związku z przeprowadzoną kontrolą, której szczegółowe ustalenia zostały przedstawione w protokole kontroli znak: ZP-ZPSM.9612.19.2022.JG, podpisanym i przekazanym do organu kontrolującego w dniu 3 listopada 2022 r. bez wniesienia zastrzeżeń przekazuję niniejsze wystąpienie pokontrolne.

Funkcjonowanie podmiotu leczniczego w zakresie prowadzenia działalności leczniczej:

- w Obszarze 1 oceniono pozytywnie z nieprawidłowościami,
- w Obszarze 2 oceniono pozytywnie.

Oceny dokonano z uwzględnieniem kryterium legalności, celowości i rzetelności. Powyższą ocenę ogólną uzasadniają przedstawione poniżej oceny szczegółowe.

### **Obszar 1. Zgodność działalności leczniczej z ustawą o działalności leczniczej i aktami wykonawczymi wydanymi na jej podstawie.**

1. Posiadanie tytułu prawnego do lokalu, w którym realizowane są świadczenia zdrowotne oceniono pozytywnie.
2. Spełnienie wymagań fachowych i sanitarnych pomieszczeń podmiotu leczniczego oraz posiadanie dokumentów potwierdzających spełnienie powyższego oceniono pozytywnie.
3. Spełnienie przez podmiot wymogu posiadania dokumentów potwierdzających sprawność techniczną sprzętu medycznego wykorzystywanego przez podmiot leczniczy w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych oceniono pozytywnie z nieprawidłowościami.

Kontrolowany przedłożył wskazane przez kontrolujących na podstawie przesłanego wykazu, dokumenty dotyczące sprawności użytkowanego sprzętu medycznego. Udostępniona kontrolującym dokumentacja techniczna nie zawierała wpisów o przeprowadzeniu przeglądów technicznych, wzorcowań lub legalizacji w okresie objętym kontrolą. Powyższe stwierdzono w odniesieniu do nw. sprzętu:

- PULSOKSYMETR nr ser. 10000107497 RADIAL 7, nr inwentarzowy 802-0106, model/typ Radical 7, rok produkcji 2018,
  - KAPILAROSKOP, nr ser. A7606030, model/typ MC-980LCD, rok produkcji 2017,
  - SSAK ELEKTRYCZNY, nr ser. 140331, nr inwentarzowy 802-9623, model/typ Mevacs, rok produkcji bd.,
  - POMPA INFUZYJA, nr ser. 24-03285, model/typ AP24+, rok produkcji 2017,
  - APARAT USG, nr ser. 300134, nr inwentarzowy 802-0124, model/typ Omega, rok produkcji 2019. Powyższa nieprawidłowość stanowi naruszenie art. 17 ust. 1 pkt. 2 ustawy o działalności leczniczej, w powiązaniu z art. 63 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych, zgodnie z którym świadczeniodawca jest obowiązany posiadać dokumentację wykonanych instalacji, napraw, konserwacji, działań serwisowych, aktualizacji oprogramowania, przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń i kontroli bezpieczeństwa wyrobu, który wykorzystuje do udzielania świadczeń zdrowotnych, zawierającą w szczególności daty wykonania tych czynności, nazwisko lub nazwę (firmę) podmiotu, który wykonał te czynności, ich opis, wyniki i uwagi dotyczące wyrobu.
4. Spełnienie przez podmiot warunku posiadania dokumentacji potwierdzających zatrudnianie osób dysponujących kwalifikacjami zapewniającymi realizację usług zdrowotnych oceniono pozytywnie.
  5. Posiadanie regulaminu organizacyjnego wymaganego art. 23 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej zawierającego informacje określone art. 24 ust. 1 tej ustawy oceniono pozytywnie z nieprawidłowościami. Kontrolowany podmiot w dniu kontroli posiadał regulamin organizacyjny zgodnie z dyspozycją art. 23 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, który spełniał wymagania określone w art. 24 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej. Jednocześnie po przeanalizowaniu treści dokumentu ustalono, iż w § 39 UDOSTĘPNIANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ I WYSOKOŚĆ OPŁAT Z TYM ZWIĄZANYCH w punkcie 2 zawierającym informacje o przypadkach, w których podmiot nie pobiera opłat z udostępnianie dokumentacji medycznej nie uwzględniono pełnego i aktualnego brzmienia art. 28 ust. 2a pkt 1a i ust 2b ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, co stanowi naruszenie ww. przepisu w powiązaniu z art. 24 ust. 1 pkt. 9 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Ponadto kontrolującym nie udostępniono dokumentów wskazanych na stronie 10 i 17 regulaminu organizacyjnego tj. Procedury „Dokumentowania świadczeń

medycznych” oraz Procedury „Gromadzenia danych i przetwarzania informacji o pacjencie”. Dodatkowo wskazać należy, że informacje dotyczące wysokości opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej, opłat pobieranych za przechowywanie zwłok powyżej 72 godzin oraz wysokość opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być zgodnie z obowiązującymi przepisami udzielane za częściową lub całkowitą odpłatnością stanowią załączniki do zarządzeń dyrektora kontrolowanego podmiotu, których uwierzytelnione kopie dołączono do akt kontroli. Dokumenty te nie stanowią integralnej części regulaminu organizacyjnego podmiotu.

Zgodnie z art. 24 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej w regulaminie organizacyjnym podmiotu wykonującego działalność leczniczą określa się w szczególności m. in. wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej ustalonej w sposób określony w art. 28 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok na podstawie ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz.U. z 2020 r. poz. 1947) oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym oraz wysokość opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być, zgodnie z przepisami ustawy lub przepisami odrębnymi, udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością.

6. Udostępnienie przez podmiot w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych informacji o prawach pacjenta określonych w art. 11 ustawy o prawach pacjenta oceniono pozytywnie z uchybieniami. Kontrolującym nie przedłożono opracowanego wzoru oświadczenia o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania dokumentacji medycznej.
7. Spełnienie przez podmiot warunku zawarcia umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej oceniono pozytywnie.
8. Oceniono pozytywnie spełnienie wymogów art. 13 ustawy o działalności leczniczej. W podmiocie leczniczym nie jest prowadzona, w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych, inna działalność gospodarcza mogąca wpływać na przebieg leczenia oraz nie reklamuje się i nie świadczy się usług pogrzebowych.
9. Spełnienie przez podmiot wymogu przekazywania informacji o udzielanych świadczeniach zdrowotnych i ich dostępności oceniono pozytywnie z uchybieniami. Na zewnętrznej elewacji budynku umieszczono szyld z którego treści wynika, iż w zakładzie leczniczym udzielane są świadczenia z zakresu poradni urologicznej.

10. Zawarcie przez podmiot umowy dotyczącej odbioru i transportu odpadów medycznych oceniono pozytywnie.
11. Zgodność faktycznie udzielanych świadczeń zdrowotnych z zakresem wpisanym do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oceniono pozytywnie.
12. Spełnienie przez podmiot wymogu posiadania dokumentów potwierdzających, że pomieszczenia, w których wykonywana jest działalność lecznicza spełniają wymagania z zakresu ochrony przeciwpożarowej oceniono pozytywnie.

**Obszar B. Spełnianie wymagań i warunków, jakim winien odpowiadać podmiot leczniczy prowadzący staż podyplomowy lekarza.**

1. Spełnianie warunków i wymagań przez podmiot leczniczy uprawniony do prowadzenia stażu podyplomowego oceniono pozytywnie, w szczególności:
  - podmiot leczniczy spełnia wymagania i warunki umożliwiające zrealizowanie programu stażu podyplomowego lekarza,
  - kontrolowany podmiot posiada zaplecze diagnostyczno-terapeutyczne umożliwiające realizację ramowego programu oraz dysponuje wydzielonym pomieszczeniem do prowadzenia zajęć teoretycznych,
2. Prowadzenie dokumentacji dotyczącej realizacji programu stażu podyplomowego lekarza oceniono pozytywnie, w szczególności:
  - zawarcie umowy z Marszałkiem Województwa Dolnośląskiego o realizację stażu podyplomowego lekarzy stażystów,
  - zawarcie umów z lekarzami stażystami,
  - zawarcie umowy z koordynatorem stażu w sprawie powierzenia czynności koordynatora szkolenia lekarzy stażystów,
  - prowadzenie dokumentacji kadrowej stażystów odbywających lekarski staż podyplomowy,
  - prowadzenie dokumentacji dotyczącej finansowania stażu podyplomowego lekarza,
  - zgodność liczby stażystów odbywających staż podyplomowy z zestawieniem sporządzonym przez Dolnośląską Izbę Lekarską we Wrocławiu.
3. Realizacja zadań przez koordynatora stażu podyplomowego w zakresie:
  - ustalenia indywidualnego harmonogramu realizacji stażu podyplomowego,

- zapoznania stażystów, przed rozpoczęciem stażu, z ramowym programem i indywidualnym harmonogramem stażu, sposobem jego dokumentowania w karcie stażu oraz obowiązkami i uprawnieniami lekarzy stażystów,
- kierowania do odbywania szkoleń,
- dokonywania okresowych ocen przebiegu stażu,
- organizowania i przeprowadzania seminariów z lekarzami realizującymi staż podyplomowy,
- wystawiania stażystom opinii zawodowej,

oceniono pozytywnie.

4. Prowadzenie przez lekarzy stażystów kart stażu podyplomowego w zakresie:

- odnotowania danych lekarza stażysty i okresu zatrudnienia,
- potwierdzania zaliczenia stażu cząstkowego,
- odnotowania danych koordynatora (opatrzenie datą, podpisem i pieczęcią kierownika podmiotu uprawnionego),

oceniono pozytywnie.

**Mając na uwadze powyższe ustalenia wydaje się następujące zalecenia pokontrolne.**

1. Przeprowadzać przeglądy techniczne oraz kalibracje i legalizacje aparatury i sprzętu medycznego zgodnie z wymaganiami określonymi w art. 63 ustawy o wyrobach medycznych. Powstałe w wyniku ww. czynności zapisy w dokumentacji winny zawierać w szczególności daty wykonania czynności serwisowych, nazwisko lub nazwę (firmę) podmiotu, który wykonał te czynności, ich opis, wyniki i uwagi dotyczące wyrobu oraz daty następnych przeglądów.
2. Przedłożyć do jednostki kontrolującej uwierzytelnioną kopię regulaminu organizacyjnego podmiotu leczniczego opracowanego zgodnie z wymogami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej.

Pani Agnieszka Chrobak, w terminie 30 dni od daty otrzymania niniejszego wystąpienia pokontrolnego, zobowiązana jest do zrealizowania zaleceń pokontrolnych oraz do zawiadomienia jednostki kontrolującej o ich wykonaniu lub przyczynie niewykonania.

Wynik kontroli zostanie umieszczony w księdze rejestrowej prowadzonej dla podmiotu leczniczego.

Wystąpienie pokontrolne sporządza się w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla kierownika kontrolowanego podmiotu i dla przeprowadzającego kontrolę.

Niezastosowanie się do zaleceń pokontrolnych skutkować będzie wszczęciem procedury przewidzianej w art. 108 ust. 2 pkt 4 ustawy o działalności leczniczej.

**POUCZENIE:**

Zgodnie z art. 48 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o kontroli w administracji rządowej (Dz. U. z 2020 r., poz. 224) od wystąpienia pokontrolnego nie przysługują środki odwoławcze.

Z up. WOJEWODY DOLNOŚLĄSKIEGO

*Iwona Drelichowska-Stopa*  
Dyrektor Wydziału  
Zdrowia i Polityki Społecznej



(

(