

MINISTERSTWO ZDROWIA

Departament
Nadzoru, Kontroli i Skarg

Kontrole zlecone Wojewodom oraz Konsultantom Krajowym przez Ministra Zdrowia na podstawie
art. 119 ust. 1 i 2 ustawy o działalności leczniczej.
2017 r. - UZUPEŁNIENIE

L.P.	KONTROLUJĄCY	NAZWA JEDNOSTKI KONTROLOWANEJ I ADRES	PRZEDMIOT KONTROLI	STWIERDZONE NIEPRAWIDŁOŚCI	ZALECONE WNIOSKI
1.	Konsultant Krajowy w dziedzinie położnictwa i ginekologii	Beskidzkie Centrum Onkologii – Szpital Miejski im. Jana Pawła II w Bielsku-Białej, Szpital przy ul. Wyspiańskiego 26, ul. Wyzwolenia 18, 43-300 Bielsko-Biała.	Ocena prawidłowości całości postępowania personelu medycznego oraz prawidłowości procesu diagnostyczno-terapeutycznego zastosowanego wobec pacjentki E.C. i jej dziecka.	1) W II okresie porodu obserwowano nieprawidłową czynność serca płodu. Według kolejnych obserwacji tętno, pomimo nieprawidłowości, było słuchane wrywkowo. 2) Przez cały czas trwania II okresu porodu nie podjęto próby obiektywnego udokumentowania czynności serca płodu w postaci zapisu kardiokograficznego.	1) Bezwzględne wzmocnienie nadzoru nad postępowaniem personelu medycznego oraz prawidłowością procesu diagnostyczno-terapeutycznego zastosowanego wobec pacjentek w trakcie porodu. 2) Wprowadzenie zasady obligatoryjnego wykonywania zapisu ktg trwającego minimum 10 minut, nie rzadziej niż raz na godzinę w pierwszym okresie porodu – przy rozwarciu powyżej 8 cm prowadzenie ciągłego monitorowania czynności serca płodu. 3) Bezwzględne przestrzeganie zaleceń Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników dotyczących porodu drogami natury – pobierania krwi pępowinowej bezpośrednio po porodzie zabiegowym oraz w przypadku urodzenia dziecka w stanie średnim, ciężkim lub bez znak życia, jeśli do zgonu wewnątrzmacicznego nie doszło wcześniej. 4) Prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, w szczególności

MINISTERSTWO ZDROWIA

Departament
Nadzoru, Kontroli i Skarg

					odnotowywania w niej wszystkich informacji dotyczących udzielonego pacjentowi świadczenia.
2.	Konsultant Krajowy w dziedzinie położnictwa i ginekologii	Powiatowy Szpital im. Władysława Biegańskiego w Iławie, ul. gen. Wł. Andersa 3, 14-200 Iława.	Ocena prawidłowości całości postępowania personelu medycznego oraz prawidłowości procesu diagnostyczno-terapeutycznego zastosowanego wobec ciężarnej pacjentki A.P.	<ol style="list-style-type: none">1) Zapisy kardiokokograficzne od godz. 17:07 były nieprawidłowe – świadczące o zagrożeniu życia dziecka.2) W przebiegu dalszego pobytu pacjentka A.P. nie monitorowana kardiokokograficznie, nie prowadzono również osłuchiwania czynności serca dziecka po godz. 24:00.3) Kolejny zapis tętna płodu wykonano w dniu następnym o godz. 6:00, natomiast o godz. 7:00 nie wysłuchano już tętna płodu.	<ol style="list-style-type: none">1) Bezwzględne wzmoczenie nadzoru nad personelem medycznym Oddziału, w szczególności lekarskim, w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentkom.2) Przeprowadzenie szkoleń personelu lekarskiego i pielęgniarskiego w zakresie interpretacji zapisów kardiokokograficznych oraz zasad pracy w bloku porodowym.3) Zwiększenie częstości zapisów kardiokokograficznych pacjentek hospitalizowanych.4) Wprowadzenie zasady ciągłych zapisów kardiokokograficznych u pacjentek rodzących (w zaawansowanym porodzie) oraz poddawanych farmakologicznej indukcji porodu.5) Wprowadzenie zasady podawania leków o potencjalnie niebezpiecznych działaniach ubocznych mogących prowadzić do zaburzeń u matki lub dziecka (oksytocyna, fenoterol) przy pomocy pomp infuzyjnych, znajdujących się w wyposażeniu Oddziału.6) Rozważenie doposażenia Oddziału w aparaty kardiokokograficzne i ewentualne

MINISTERSTWO ZDROWIA

Departament
Nadzoru, Kontroli i Skarg

					połączenie ich w sieć tak, aby podgląd aktualnych zapisów był możliwy w dyżurce położnych i w dyżurce lekarskiej.
3.	Konsultant Krajowy w dziedzinie neonatologii	Szpital Specjalistyczny im. H. Klimontowicza w Gorlicach, ul. Węgierska 21, 38-300 Gorlice.	Ocena prawidłowości całości postępowania personelu medycznego oraz prawidłowości procesu diagnostyczno-terapeutycznego zastosowanego wobec noworodka, córki M.R.	<ol style="list-style-type: none">1) Nie zastosowano procedury kontaktu „skóra do skóry” (w dokumentacji dziecka zaznaczono tę procedurę).2) Niewystarczające monitorowanie pulsoksymetryczne noworodków urodzonych drogą cięcia cesarskiego do czasu przekazania dziecka do sali „matka z dzieckiem”3) Niewystarczające zapewnienie możliwości zabezpieczenia wyniku/wydruku badania z aparatury monitorującej.	<ol style="list-style-type: none">1) Ustalenie standardów postępowania dotyczących pierwszego karmienia noworodków urodzonych cięciem cesarskim. Uznając karmienie naturalne pokarmem matki za priorytetowy sposób żywienia noworodka i niemowlęcia, wczesna stymulacja laktacji u matek po zabiegach cięcia cesarskiego jest podstawą powodzenia karmienia naturalnego. Pierwsze karmienie w tym przypadku może odbywać się jako karmienie bezpośrednio z piersi lub pokarmem ściągniętym.2) Monitorowanie pulsoksymetryczne noworodków urodzonych drogą cięcia cesarskiego do czasu przekazania dziecka do sali „matka z dzieckiem” oraz zapewnienie słyszalności sygnału alarmowego pulsoksymetru przez pielęgniarkę odpowiedzialną za pacjenta.3) Bezwzględne zapewnienie możliwości zabezpieczenia wyniku/wydruku badania z aparatury monitorującej, w szczególności w przypadku zaistnienia zdarzenia niepożądanego.

MINISTERSTWO ZDROWIA

Departament
Nadzoru, Kontroli i Skarg

4.	Wojewoda Wielkopolski	Zespół Opieki Zdrowotnej w Gnieźnie, ul. Św. Jana 9, 62-200 Gniezno.	Ocena prawidłowości całości postępowania personelu medycznego oraz prawidłowości procesu diagnostyczno-terapeutycznego zastosowanego wobec 4-letniego dziecka N.P.	Nie stwierdzono błędów w postępowaniu podczas leczenia pacjenta N.P. Stwierdzono natomiast, iż dokumentacja medyczna prowadzona była niezgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.	Prowadzenie dokumentacji medycznej, w szczególności w szpitalnym oddziale ratunkowym, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.
5.	Wojewoda Podkarpacki	Szpital Specjalistyczny w Brzozowie Podkarpacki Ośrodek Onkologiczny im. ks. B. Markiewicza, ul. ks. Bielawskiego 18, 36-200 Brzozów.	Ocena prawidłowości całości postępowania personelu medycznego oraz prawidłowości procesu diagnostyczno-terapeutycznego zastosowanego wobec zmarłej 18-letniej pacjentki.	Nie stwierdzono nieprawidłowości.	Odstąpiono od sformułowania wniosków i zaleceń pokontrolnych.
6.	Wojewoda Warmińsko-Mazurski	Powiatowy Szpital im. Władysława Biegańskiego w Iławie, ul. gen. Wł. Andersa 3, 14-200 Iława.	Ocena prawidłowości całości postępowania personelu medycznego oraz prawidłowości procesu diagnostyczno-terapeutycznego zastosowanego wobec zmarłej pacjentki D.P.	1) Stwierdzono prowadzenie dokumentacji medycznej niezgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania zarówno przez lekarzy jak i pielęgniarki i położne. 2) Stwierdzono przypadki niedokonywania przez lekarzy wpisu w Karcie zleceń lekarskich. 3) Stwierdzono przypadki nieprzestrzeżenie przez pielęgniarki i położne art. 15 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U z 2014 r. poz. 1435, z późn. zm.), który stanowi, że pielęgniarka i położna wykonuje zlecenia lekarskie zapisane w dokumentacji medycznej.	1) Prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania zarówno przez lekarzy jak i pielęgniarki i położne, w szczególności w zakresie: - odnotowywania w niej wszystkich informacji dotyczących udzielonego pacjentowi świadczenia, - przy dokonywaniu zleceń bezwzględne przestrzeżenie przez lekarzy ich autoryzowania, wpisywania wszystkich zlecanych leków oraz wskazywania pełnej nazwy produktu leczniczego, drogi oraz okresu podania, - bezwzględne przestrzeżenie autoryzowania przez pielęgniarki i położne

MINISTERSTWO ZDROWIA

Departament
Nadzoru, Kontroli i Skarg

					<p>wykonania zlecenia.</p> <p>2) Uzupelnienia obowiazujacych w Szpitalu procedur o niebudzace watpliwosci wskazanie obowiazku dokonywania przez lekarzy wpisu w Karcie zleceń lekarskich.</p> <p>3) Bezwględne przestrzeganie przez pielęgniarki i położne art. 15 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U z 2014 r. poz. 1435, z późn. zm.), który stanowi, że pielęgniarka i położna wykonuje zlecenia lekarskie zapisane w dokumentacji medycznej, w celu wyeliminowania w przyszłości sytuacji podania leku niezapisanego w karcie zleceń lekarskich.</p>
7.	Konsultant Krajowy w dziedzinie położnictwa i ginekologii	Nowy Szpital w Świebodzinie sp. z o.o., ul. Młyńska 6, 66-200 Świebodzin.	Ocena prawidłowości całości postępowania personelu medycznego oraz prawidłowości procesu diagnostyczno-terapeutycznego zastosowanego wobec Pacjentki Pani A. i jej dziecka	<p>1) Nie były właściwie przestrzegane zapisy § 70, w szczególności pkt 5 i 10, obowiązującego w Szpitalu Regulaminu Organizacyjnego, wydanego zarządzeniem nr 6/11/2016 Prezesa Zarządu Nowy Szpital w Świebodzinie sp. z o.o. z dnia 22 listopada 2016 r.</p> <p>2) Dokumentacja medyczna jest wypełniona niestarannie, częściowo w sposób wyrywkowy, niepełny. Zawiera informacje niezgodne w poszczególnych fragmentach, szczególnie w odniesieniu do czynności serca płodu.</p> <p>3) Pomimo posiadania aparatury kardiologicznej z niezrozumiałych powodów nie prowadzono właściwego nadzoru nad stanem płodu co doprowadziło do urodzenia martwego dziecka.</p>	<p>1) Zapewnienie przestrzegania przez personel medyczny Oddziału Położniczo-Ginekologicznego Szpitala § 70, w szczególności pkt 5 i 10, Regulaminu Organizacyjnego Szpitala.</p> <p>2) Bezwględne zapewnienie prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.</p> <p>3) Wprowadzenie do dokumentacji lekarskiej planu opieki (zgodnie z obowiązującymi przepisami).</p> <p>4) Wprowadzenie zasady obligatoryjnych zapisów</p>

MINISTERSTWO ZDROWIA

Departament
Nadzoru, Kontroli i Skarg

				<p>4) Prowadzenie porodu odbywało istotnie od aktualnie obowiązujących zasad</p>	<p>kardiotokograficznych w sposób ciągły u każdej rodzącej w II okresie porodu i przynajmniej w sposób okresowy u kobiet hospitalizowanych w ciąży lub w I okresie porodu.</p> <p>5) Rozważenie wprowadzenia w Sali porodowej systemu nadzoru łączącego posiadane kardiotokografy w sieć umożliwiającą obserwację czynności serca dziecka z różnych pomieszczeń Oddziału Położniczo-Ginekologicznego Szpitala.</p> <p>6) Wprowadzenie zasady pobierania krwi pępowinowej celem oceny równowagi kwasowo-zasadowej oraz mleczanów w przypadku urodzenia dziecka w stanie średnim lub ciężkim oraz cięcia cesarskiego wykonywanej z powodu zagrożenia płodu.</p> <p>7) Opracowanie wytycznych postępowania medycznego, diagnostycznego oraz pielęgnacyjnego dla podstawowych procedur realizowanych w Oddziale Położniczo-Ginekologicznym Szpitala.</p> <p>8) Określenie katalogu zdarzeń niepożądanych oraz nadanie im rangi (niskie, średnie, wysokie), wprowadzenie odrębnej karty oceny tych zdarzeń i podjętych działań korygujących oraz ustalenie stałych terminów</p>
--	--	--	--	--	--

MINISTERSTWO ZDROWIA

Departament
Nadzoru, Kontroli i Skarg

					spotkań zespołu. 9) Systematyczne przeprowadzanie okresowych kontroli Oddziału Położniczo-Ginekologicznego Szpitala.
8.	Konsultant Krajowy w dziedzinie położnictwa i ginekologii	Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej, ul. Limanowskiego 20/22, 63-400 Ostrów Wielkopolski.	Ocena prawidłowości całości postępowania personelu medycznego oraz prawidłowości procesu diagnostyczno-terapeutycznego zastosowanego wobec pacjentki, która w dniu 29 marca 2017 r. urodziła martwe bliźniaki.	1) Nie wykonano zleceń lekarskiego na badanie kardiologiczne 2 razy dziennie – z adnotacji położnej wynika, że przedmiotowego badania nie wykonano argumentując brakiem warunków. 2) Brak kontroli czynności serca dzieci.	1) Wprowadzenie zasady osłuchiwania czynności serca płodów/płodu u każdej pacjentki ciężarnej. Po 24 tygodniu ciąży wykonywanie przynajmniej raz dziennie (zależnie od sytuacji klinicznej) zapisu kardiologicznego trwającego minimum 10 minut – w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości postępowanie zgodnie z wiedzą medyczną. 2) Wprowadzenie zasady obowiązkowego sprawdzania przepływów naczyniowych (przynajmniej tętnica pępowinowa, środkowa mózgu) podczas badania ultrasonograficznego w ciąży wielopłodowej. 3) Rozważenie prowadzenia przynajmniej wyrzutowych zapisów kardiologicznych w czasie I i II okresu porodu. 4) Zwiększenie nadzoru nad realizacją zleceń lekarskich przez personel średni.
9.	Wojewoda Dolnośląski	Dolnośląskie Centrum Transplantacji Komórkowych z Krajowym Bankiem Dawców Szpiku we Wrocławiu,	Ocena prowadzenia dokumentacji medycznej, w szczególności pielęgniarstwa, pacjentki A.N.	1) Stwierdzono brak Kart indywidualnej opieki pielęgniarstwa i Kart obserwacji pacjentki, Kart gorączkowych, co jest niezgodne z § 15 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia	1) Bezwzględne zapewnienie prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i

MINISTERSTWO ZDROWIA

Departament
Nadzoru, Kontroli i Skarg

		ul. Grabiszyńska 105, 53-439 Wrocław.		<p>2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.</p> <p>2) Kontrolowana dokumentacja medyczna była niekompletna, mało czytelna: karty nienumerowane i nieuporządkowane chronologicznie, w kilku brak odnotowania dotyczącego, np. dat wypisów ze szpitala, wpisów w kartach zleceń lekarskich, czy kartach gorączkowych.</p> <p>3) Brak prawidłowej autoryzacji (brak autoryzacji lub autoryzacja niekompletna) dokumentów/wpisów utrudnia identyfikację osób biorących udział w udzielaniu świadczeń medycznych, a więc również przypisanie tym osobom odpowiedzialności za proces leczenia i pielęgnacji.</p>	<p>zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, w szczególności w zakresie rzetelnego dokumentowania procesu terapeutycznego, a szczególnie procesu pielęgnacyjnego pacjentów oraz dokonywanie prawidłowej autoryzacji dokumentów/wpisów przez personel medyczny.</p> <p>2) Prowadzenie systematycznej edukacji i nadzoru nad personelem medycznym w zakresie prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.</p>
10.	Wojewoda Dolnośląski	Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka Centrum Medycyny Ratunkowej we Wrocławiu, ul. Gen. E.A. Fieldorfa 2, 54-049 Wrocław.	Ocena prawidłowości całości postępowania personelu medycznego oraz prawidłowości procesu diagnostyczno-terapeutycznego zastosowanego wobec pacjenta D.Z.	Postępowanie lekarza dyżurnego anestezjologa i odmowa przyjęcia pacjenta D.Z. na OAIIT jest postępowaniem niezgodnym z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.	<p>1) Zapewnienie bezwzględnego przestrzegania przez lekarzy anestezjologów OAIIT aktualnych wytycznych Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii, określających sposób kwalifikacji oraz kryteria przyjęcia do oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii.</p> <p>2) Ustalenie zasad konsultacji medycznych pacjentów przez lekarzy specjalistów leczonych w różnych Oddziałach Szpitala oraz zapewnienie ich przestrzegania przez personel</p>

MINISTERSTWO ZDROWIA

Departament
Nadzoru, Kontroli i Skarg

					<p>medyczny.</p> <p>3) Zapewnienie sprawnego i bezzwłocznego przekazania do OAiIT pacjentów ze wskazaniami do leczenia w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii.</p> <p>4) Prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.</p> <p>5) Wprowadzenie zakresów obowiązków i czynności lekarzy dyżurnych.</p>
11.	Konsultant Krajowy w dziedzinie położnictwa i ginekologii	Uniwersyteckie Centrum Kliniczne, ul. Dębinki 7, 80-952 Gdańsk.	Ocena prawidłowości całości postępowania personelu medycznego oraz prawidłowości procesu diagnostyczno-terapeutycznego zastosowanego wobec ciężarnej pacjentki M.P. i jej zmarłego dziecka.	Nie stwierdzono nieprawidłowości.	Odstąpiono od sformułowania wniosków i zaleceń pokontrolnych.
12.	Wojewoda Śląski	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku, ul. Energetyków 46, 44-200 Rybnik.	Ocena prawidłowości całości postępowania personelu medycznego oraz prawidłowości procesu diagnostyczno-terapeutycznego zastosowanego wobec 4-letniego pacjenta S.J.	<p>1) Brak założenia sondy dożołądkowej, celem odbarczenia przewodu pokarmowego z zalegającej treści. W przypadku podejrzenia niedrożności postępowanie takie wydaje się niezbędne.</p> <p>2) Powinny zostać określone parametry krytyczne za pomocą analizatora parametrów krytycznych, a po rozpoznaniu postawionym po diagnostyce obrazowej powinna zostać założona sonda żołądkowa. Dalsze przygotowanie do zabiegu operacyjnego powinno mieć miejsce w OChDz pod</p>	<p>1) Wyznaczenie drogi pacjenta do SOR poprzez zawieszenie dobrze widocznych tablic informacyjnych i wprowadzenie znaków poziomych w postaci linii na podłodze, co w przyszłości usprawni przemieszczanie pacjentów do poszczególnych obszarów SOR Szpitala.</p> <p>2) Określanie parametrów krytycznych u pacjentów, w szczególności dzieci, za pomocą analizatora parametrów</p>

MINISTERSTWO ZDROWIA

Departament
Nadzoru, Kontroli i Skarg

				<p>nadzorem lekarza anestezjologa.</p> <p>3) Poprawie powinno ulec oznaczenie SOR. Należy wyznaczyć drogę pacjenta poprzez zawieszenie dobrze widocznych tablic informacyjnych i wprowadzenie znaków poziomych w postaci linii na podłodze. Takie działanie w przyszłości usprawni przemieszczanie pacjentów do poszczególnych obszarów SOR Szpitala.</p>	<p>krytycznych.</p> <p>3) W przypadku podejrzenia niedrożności przewody pokarmowego, w szczególności u dzieci, zakładanie sondy żołądkowej, celem odbarczenia przewodu pokarmowego z zalegającej treści.</p> <p>4) Nadzór lekarza anestezjologa i konsultacja anestezjologiczna celem przygotowania dziecka w stanie ciężkim do zabiegu operacyjnego.</p>
13.	Wojewoda Zachodniopomorski	Centrum Dializa sp. z o.o. Szpital w Białogardzie, ul. Chopina 29, 78-200 Białogard.	Ocena prawidłowości całości postępowania medycznego oraz organizacyjnego w związku ze zdarzeniem mającym miejsce w dniu 15.09.2017 r. w Szpitalu, gdzie rodzice, którym sąd ograniczył prawa rodzicielskie, oddalił się z dzień wcześniej urodzonym dzieckiem.	<p>1) Wystąpienie do Sądu z wnioskiem o ograniczenie praw rodzicom w zakresie decydowania o sposobie leczenia i diagnostyki dziecka w sytuacji braku objawów zagrożenia życia, a jedynie domniemania, że takie problemy zdrowotne mogą się pojawić, oraz biorąc pod uwagę czas jaki upłynął od porodu do złożenia Wniosku do Sądu, tj. ok. 3 godzin, należy uznać za przedwczesne, przy czym istotne znaczenie w całej sprawie odgrywała postawa rodziców, którzy odmawiali swojemu dziecku zastosowania uznanych, wedle obecnej wiedzy medycznej, za podstawowe i niezbędne świadczeń opieki zdrowotnej, które mają zastosowanie do wszystkich noworodków urodzonych w podmiotach leczniczych w Polsce.</p> <p>2) Dokumentacja medyczna prowadzona niezgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania zarówno przez lekarzy</p>	<p>1) W przypadku pojawienia się okoliczności wskazujących na ewentualną potrzebę wystąpienia do sądu rodzinnego dla zapewnienia właściwej opieki medycznej pacjentom, dokładne analizowanie danego przypadku oraz podejmowanie współpracy z opiekunami prawnymi pacjenta.</p> <p>2) Prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania zarówno przez lekarzy jak i pielęgniarki i położne, w szczególności:</p> <ul style="list-style-type: none"> - umieszczanie w dokumentacji medycznej wpisów, opatrzonej datą, godziną oraz czytelnym podpisem lekarza, dotyczących zarówno badania noworodka jak i wszelkich istotnych

MINISTERSTWO ZDROWIA

Departament
Nadzoru, Kontroli i Skarg

				jak i pielęgniarki i położne.	<p>odstępstw od rutynowego postępowania;</p> <ul style="list-style-type: none">– w przypadku braku zgody rodziców na zalecane działania profilaktyczne w okresie noworodkowym w dokumentacji medycznej (historii pobytu noworodka w oddziale) należy umieścić oświadczenie podpisane przez rodziców oraz adnotację, że lekarz podjął próbę wytłumaczenia rodzicom korzyści z proponowanych zasad postępowania medycznego w opiece nad noworodkiem i odpowiedział na ich pytania w obecności drugiej osoby z personelu medycznego. Adnotacja taka powinna być podpisana przez lekarza leczącego dziecko i przez pielęgniarkę lub położną uczestniczącą w takiej rozmowie a rodzice powinni być poinformowani o umieszczeniu takiej informacji w historii choroby dziecka;– po zakończeniu hospitalizacji noworodka, sprawdzanie kompletności dokumentacji medycznej.
14.	Wojewoda Zachodniopomorski	Szpital Wojewódzki w Koszalinie im. Mikołaja Kopernika, ul. T. Chałubińskiego 7 75-581 Koszalin.	Ocena prawidłowości całości postępowania personelu medycznego oraz prawidłowości procesu diagnostyczno-terapeutycznego zastosowanego wobec pacjentki A.K. i jej dzieci, w szczególności zmarłego	1) W dniu przyjęcia pacjentki na dwa dni przed ukończeniem 38. tygodnia ciąży, jedynym właściwym postępowaniem powinno być zakończenie ciąży w dniu przyjęcia. w przypadku niepowikłanej ciąży dwukosmówkowej dwuowodniowej	1) Prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, w

MINISTERSTWO ZDROWIA

Departament
Nadzoru, Kontroli i Skarg

			jednego z bliźniąt.	<p>poród należy zaplanować pomiędzy 37 a 38 tygodniem ciąży. Dlatego za błędne należy uznać przyjęcie przez personel Szpitala, postawy wyczekującej na samoistny poród.</p> <p>2) Po przyjęciu pacjentki A.K. do Szpitala nie przeprowadzono analizy czynników ryzyka oraz nie ustalono właściwego postępowania w stosunku do ciąży o wysokim ryzyku, jaką jest zawsze ciąża bliźniacza.</p> <p>3) Za niewłaściwe postępowanie w Szpitalu należy uznać również nie przeprowadzenie, w trakcie sprawowanej opieki nad ciężarną A.K., tych badań dodatkowych, które jako zalecane każdej ciężarnej nie zostały wykonane i udokumentowane wcześniej, w tym przede wszystkim badania w kierunku zakażenia HIV, kiłą, HCV.</p>	<p>szczegółności dostosowanie księgi porodowej do aktualnych wymogów stawianych dokumentacji medycznej w tym zakresie.</p> <p>2) Zapewnienie bezwzględnego przestrzegania przez lekarzy Oddziału rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej, sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych oraz aktualnym stanem wiedzy medycznej, w szczególności w zakresie przeprowadzania analizy czynników ryzyka oraz ustalania właściwego postępowania w stosunku do ciąży o wysokim ryzyku, wykonywania badań dodatkowych oraz w przypadku niepowikłanej ciąży dwukosmówkowej dwuowodniowej planowanie porodu pomiędzy 37 a 38 tygodniem ciąży.</p>
15.	Wojewoda Zachodniopomorski	Indywidualna Specjalistyczna Praktyka Lekarska Dariusza Porębskiego w Sianowie,	Oceny prawidłowości procesu diagnostyczno-terapeutycznego zastosowanego wobec ciężarnej	Prowadzenie ciąży w Specjalistycznej Praktyce Lekarskiej D.P. w okresie, kiedy ciąża była traktowana jako fizjologiczna ciąża jedнопłodowa, nie było zgodne z	1) Udzielanie świadczeń zdrowotnych ciężarnym pacjentkom zgodnie z rozporządzeniem Ministra

MINISTERSTWO ZDROWIA

Departament
Nadzoru, Kontroli i Skarg

		ul. Juliusza Słowackiego 3A, 76-004 Sianów.	pacjentki A.K. (ciąża wielopłodowa)	rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porodu oraz opieki nad noworodkiem.	Zdrowia w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porodu oraz opieki nad noworodkiem, w szczególności: <ul style="list-style-type: none">– przeprowadzanie badania ogólnego podmiotowego i przedmiotowego,– zalecanie wykonania wszystkich badań dodatkowych zalecanych w ww. rozporządzeniu,– przekazywanie pacjentkom informacji o możliwości wykonania badań w kierunku wad uwarunkowanych genetycznie. <ol style="list-style-type: none">2) Przeprowadzanie badań USG zgodnie ze standardami Sekcji USG Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego.3) Przeszkolenie w zakresie diagnostyki USG położniczego.4) Prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.
--	--	--	-------------------------------------	---	---

MINISTERSTWO ZDROWIA

Departament
Nadzoru, Kontroli i Skarg

16.	Wojewoda Małopolski	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Myślenicach ul. Szpitalna 2, 32-400 Myślenice.	Ocena prawidłowości całości postępowania medycznego oraz organizacyjnego zastosowanego przez Szpital wobec pacjentki A.P. i jej dziecka, w szczególności w związku z wystąpieniem przez Szpital do sądu o ograniczenie praw rodzicielskich.	Nie stwierdzono nieprawidłowości.	Odstąpiono od sformułowania wniosków i zaleceń pokontrolnych.
17.	Wojewoda Dolnośląski	Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu, ul. Borowska 213, 50-556 Wrocław.	Ocena prawidłowości całości postępowania personelu medycznego oraz prawidłowości procesu diagnostyczno-terapeutycznego zastosowanego wobec pacjenta G.K.	Stwierdzono, iż prawidłowość procesu diagnostyczno-terapeutycznego w Oddziale Chorób Wewnętrznych Szpitala Powiatowego w Głogowie i w Klinice Szpitala, poza samym sposobem ustalania przyjęcia do ww. Kliniki, była zachowana.	Zapewnienie dokonywania przez kadrę lekarską rzetelnej analizy celowości przyjęcia pacjenta do hospitalizacji, w tym uwzględnianie wyników wcześniej wykonanych badań.
18.	Wojewoda Świętokrzyski	Powiatowy Zakład Opieki Zdrowotnej w Starachowicach, ul. Radomska 70, 27-200 Starachowice.	Ocena prawidłowości całości postępowania personelu medycznego oraz prawidłowości procesu diagnostyczno-terapeutycznego zastosowanego wobec pacjenta J.G.	1) Stwierdzono, iż u chorego J.G., w trakcie pobytu w Szpitalu doszło do zakażenia odcewnikowego i sepsy. 2) Niedostateczny nadzór nad wykonaniem procedur zapobiegania zakażeniom. 3) Niewystarczający przepływ informacji o chorych między poszczególnymi komórkami organizacyjnymi Szpitala	1)Przeszkolenie personelu w zakresie: – rekomendowanej (Narodowy Program Ochrony Antybiotyków) antybiotykoterapii w zakażeniach szpitalnych, – form klinicznych zakażeń szpitalnych, – rozpoznawania zakażeń u osób w podeszłym wieku, – procedur higienicznych, z naciskiem na higienę rąk. 2)Wdrożenie nadzoru polegającego na bezpośredniej obserwacji sposobu wykonania procedur zapobiegania zakażeniom. 3)Usprawnienie przepływu informacji o chorych między poszczególnymi komórkami organizacyjnymi Szpitala, w szczególności w zakresie chorych hospitalizowanych na kilku oddziałach.

MINISTERSTWO ZDROWIA

Departament
Nadzoru, Kontroli i Skarg

19.	Konsultant Krajowy w dziedzinie anestezyjologii i intensywnej terapii	Mazowiecki Szpital Bródnowski sp. z o.o. w Warszawie, ul. L. Kondratowicza 8, 03-242 Warszawa.	Ocena prawidłowości całości postępowania personelu medycznego oraz prawidłowości procesu diagnostyczno-terapeutycznego zastosowanego wobec pacjentki M.G.	Nie stwierdzono nieprawidłowości.	Odstępuje się od sformułowania wniosków i zaleceń pokontrolnych.
20.	Wojewoda Małopolski	Specjalistyczny Szpital i. E. Szczeklika w Tarnowie, ul. Szpitalna 13, 33-100 Tarnów.	Ocena prawidłowości całości postępowania personelu medycznego oraz prawidłowości procesu diagnostyczno-terapeutycznego zastosowanego wobec zmarłego 37-letka.	Nie stwierdzono nieprawidłowości.	Odstępuje się od sformułowania wniosków i zaleceń pokontrolnych.
21.	Wojewoda Opolski	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie-Koźlu, ul. 24 Kwietnia 5, 47-200 Kędzierzyn-Koźle.	Ocena prawidłowości całości postępowania personelu medycznego oraz prawidłowości procesu diagnostyczno-terapeutycznego zastosowanego wobec pacjentki M.W. i jej dziecka	1) Dokumentacja medyczna była zdawkowa, brak uzasadnień i oceny danej sytuacji klinicznej oraz wyciągania wniosków co do dalszego postępowania. 2) Dokonano zmiany zapisów z przebiegu porodu w systemie komputerowym.	1) Bezwzględne wzmożenie nadzoru nad personelem medycznym Oddziału w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentkom, w tym wzmocnienie nadzoru medycznego w sali porodowej. 2) Wyposażenie Oddziału, zakwalifikowanego do II poziomu referencyjności, w system do kardiokografii pozwalający na analizę komputerową zapisów KTG, co pozwoli na nowoczesne i skuteczne monitorowanie płodu oraz ułatwi rozpoznawanie na tej podstawie wczesnych oznak stanu zagrożenia płodu, warunkujących podejmowanie odpowiednich działań dotyczących zakończenia porodu w optymalnym czasie i trybie. 3) Celem dokonywania właściwej interpretacji zapisów KTG, co może w znacznym stopniu zapobiec wystąpieniu asfiksji płodowej oraz poprawić wyniki okołoporodowej, zapewnienie

MINISTERSTWO ZDROWIA

Departament
Nadzoru, Kontroli i Skarg

					<p>ciągłego podnoszenia kwalifikacji personelu medycznego z zakresu interpretacji zapisu KTG, ponieważ monitorowanie stanu płodu za pomocą kardiotokografii jest nadal najczęściej stosowanym narzędziem diagnostycznym w sali porodowej.</p> <p>4) W przypadku stwierdzenia zagrożenia płodu, wprowadzenie zasady wykonywania cięcia cesarskiego bez zbędnej zwłoki.</p> <p>5) Wprowadzenie zasady pobierania krwi pępowinowej celem oceny równowagi kwasowo-zasadowej oraz mleczanów w przypadku urodzenia dziecka w stanie średnim lub ciężkim.</p> <p>6) Bezwzględne zapewnienie prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.</p>
22.	Wojewoda Wielkopolski	Wojewódzki Szpital Zespolony w Koninie, ul. Szpitalna 45, 62-504 Konin.	Ocena prawidłowości całości postępowania personelu medycznego oraz prawidłowości procesu diagnostyczno-terapeutycznego zastosowanego wobec pacjenta J.K.	<p>1) Niska skuteczność leczenia ran trudno gojących się.</p> <p>2) Opracowano dokument „Karta profilaktyki i pielęgnacji odleżyn”, niemniej jednak zasadnym byłoby rozważenie rozdzielenia ww. dokumentu na odrębne części.</p>	<p>1) Rozważenie rozdzielenie dokumentu „Karta profilaktyki i pielęgnacji odleżyn” na dwie odrębne części, tj.:</p> <ul style="list-style-type: none"> – kartę profilaktyki przeciwoodleżynowej – prowadzonej dla każdego pacjenta zagrożonego powstaniem odleżyn, obejmująca skalę Norton oraz elementy profilaktyki

MINISTERSTWO ZDROWIA

Departament
Nadzoru, Kontroli i Skarg

					<p>przeciwodleżynowej,</p> <ul style="list-style-type: none"> - kartę pielęgnacji odleżyn – która powinna być zakładana tylko w przypadku pojawienia się odleżyn – prowadzona dla każdej odleżyny osobno pozwoli na większą przejrzystość, tj. obraz odleżyny, zastosowane środki, tempo gojenia itp. Ponadto w opisach należałoby uwzględnić dodatkowo parametry i cechy odleżyny (wielkość, ból, wysięk, martwica, infekcja, ziarninowanie). <p>2) Zapewnienie większej skuteczności leczenia ran trudno gojących się poprzez poprawne dokonywanie wyboru właściwego opatrunku specjalistycznego.</p>
Kontrole zrealizowane przez Departament Nadzoru, Kontroli i Skarg Ministerstwa Zdrowia 2017 r. – UZUPEŁNIENIE					
L.P.	KONTROLUJĄCY	NAZWA JEDNOSTKI KONTROLOWANEJ I ADRES	PRZEDMIOT KONTROLI	STWIERDZONE NIEPRAWIDŁOŚCI	ZALECONE WNIOSKI
1.	Departament Nadzoru, Kontroli i Skarg	Centrum Onkologii – Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie w Warszawie, ul. Wawelska 15 B, 02-034 Warszawa, Oddział w Krakowie, ul. Garncarska 11, 31-115 Kraków.	Wybrane aspekty funkcjonowania jednostki, w szczególności dotyczące podstawowej działalności określonej w m.in. 2 ust. 1 ustawy o instytutach badawczych, polityki kadrowej, gospodarki finansowej, realizacji zaleceń pokontrolnych sformułowanych w wyniku ostatniej kontroli Ministra Zdrowia oraz wykonania umów nr 1/17/1/2016/97/1066, 1/17/17/2016/97/1098 na realizację	<ol style="list-style-type: none"> 1) Instytut wypłacił osobom zarządzającym Instytutem premie nieprzewidziane ustawą kominową oraz wydanym na jej podstawie rozporządzeniem. 2) Podejmowane w okresie objętym kontrolą przez Instytut działania naprawcze nie doprowadziły do trwałej poprawy sytuacji finansowej Instytutu. 3) Dokument, stanowiący perspektywiczne kierunki działalności naukowej, rozwojowej i wdrożeniowej Instytutu, nie 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Bezwzględne przestrzeganie przepisów ustawy z dnia 3 marca 2000 r. o wynagradzaniu osób kierujących niektórymi podmiotami prawnymi. 2) Podjęcie działań zmierzających do wyegzekwowania zwrotu nienależnie wypłaconych środków na rzecz Dyrektora, Zastępców Dyrektora zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie

MINISTERSTWO ZDROWIA

Departament
Nadzoru, Kontroli i Skarg

			<p>programów zdrowotnych Ministra Zdrowia.</p>	<p>został zatwierdzony przez Radę Naukową w latach 2014-2016, co było niezgodne z dyspozycją art. 29 ust. 1 pkt 6 ustawy o instytutach.</p> <p>4) Instytut nie realizował swojego podstawowego zadania określonego w art. 2 ust. 1 pkt 3 ustawy o instytutach badawczych, a mianowicie nie wdrażał wyników badań naukowych i prac rozwojowych Instytut.</p> <p>5) Instytut nie wykorzystywał w sposób efektywny swojego potencjału, co uzasadnia ocenę negatywną w przedmiocie pozyskiwania dodatkowych źródeł przychodów z komercjalizacji badań naukowych.</p> <p>6) W odniesieniu do realizacji zaleceń pokontrolnych wystosowanych w toku poprzedniej kontroli Ministra Zdrowia ustalono, że 2 zalecenia zostały zrealizowane częściowo, zaś 2 – nie zostały zrealizowane.</p> <p>7) W odniesieniu do wykonania umów zawartych z Ministrem Zdrowia na realizację programów zdrowotnych ustalono, iż zestawienie dokumentów księgowych potwierdzających poniesione koszty – załącznik nr 4 do umów zawartych z Ministrem Zdrowia zostało przekazane do Ministerstwa Zdrowia po terminie.</p>	<p>3) Przestrzeganie przez Radę Naukową obowiązku wynikającego z art. 29 ust. 1 pkt 6 ustawy o instytutach tj. zatwierdzania perspektywicznych kierunków działalności naukowej, rozwojowej i wdrożeniowej Instytutu.</p> <p>4) Podjęcie działań w celu realizacji przez Instytut swojego podstawowego zadania określonego w art. 2 ust. 1 pkt 3 ustawy o instytutach badawczych, a mianowicie wdrażania wyników badań naukowych i prac rozwojowych Instytutu.</p> <p>5) Zintensyfikowanie działań mających na celu pozyskiwanie dodatkowych źródeł przychodów.</p> <p>6) Rzetelne realizowanie zobowiązań wynikających z umów na realizację programów zdrowotnych, w szczególności dotrzymywanie terminów przekazywanych rozliczeń, sprawozdań i dokumentów wynikających z zawartych z Ministerstwem Zdrowia umów.</p> <p>7) Pełne wykonanie niezrealizowanych zaleceń sformułowanych w toku poprzedniej kontroli Ministra Zdrowia.</p>
--	--	--	--	---	---

MINISTERSTWO ZDROWIA

Departament
Nadzoru, Kontroli i Skarg

					8) Kontynuowanie działań mających na celu zmniejszenie straty finansowej Instytutu oraz działań restrukturyzacyjnych, w tym realizowanie założeń wynikających z opracowanego planu restrukturyzacji Instytutu.
2.	Departament Nadzoru, Kontroli i Skarg	Instytut Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Warszawie, ul. Alpejska 42, 04-628 Warszawa.	Wybrane aspekty funkcjonowania jednostki, w szczególności dotyczące podstawowej działalności określonej w art. 2 ust. 1 ustawy o instytutach badawczych, realizacja zaleceń pokontrolnych sformułowanych w wyniku ostatniej kontroli Ministra Zdrowia oraz wykonanie umów nr 5/1/1/2014/101/318, nr 5/7/7/2014/101/1061, nr 5/5/3/2015/101/883 realizowanych w ramach programu polityki zdrowotnej pn. Narodowy Program Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo Naczyniowego POLKARD.	<ol style="list-style-type: none"> 1) Instytut wypłacił osobom zarządzającym IK premie oraz zawarł umowy cywilnoprawne nieprzewidziane ustawą kominową oraz wydanym na jej podstawie rozporządzeniem. 2) Przyznanie premii i zawieranie umów cywilnoprawnych nieprzewidzianych ustawą kominową oraz wydanym na jej podstawie rozporządzeniem, spowodowało, iż w poszczególnych miesiącach kwoty łącznego świadczenia od pracodawcy (tj. wynagrodzenie przyznane w ramach stosunku pracy, przyznane premie oraz zawarte umowy cywilnoprawne) uzyskiwane przez osoby zarządzające Instytutem przekraczały wysokość określoną w art. 8 pkt 5a ustawy kominowej. 3) Pogłębiający się ujemnym wynikiem finansowym jednostki - Instytut w roku 2014 wykazał stratę netto w kwocie - 3.494.206,91 zł, w roku 2015 stratę netto w kwocie -9.090.028,81 zł, zaś w 2016 r. stratę netto w kwocie -10.473.013,04 zł. 4) Instytut nie posiadał sformalizowanego dokumentu, stanowiącego perspektywiczne kierunki działalności naukowej, rozwojowej i wdrożeniowej Instytutu, zatem Rada Naukowa w latach 2014-2016 nie zatwierdziła ww. dokumentu, co było niezgodne z dyspozycją art. 29 ust. 1 pkt 6 ustawy o 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Bezwzględne przestrzeganie przepisów ustawy z dnia 3 marca 2000 r. o wynagradzaniu osób kierujących niektórymi podmiotami prawnymi. 2) Podjęcie działań zmierzających do wyegzekwowania zwrotu nienależnie wypłaconych środków na rzecz Dyrektora, Zastępców Dyrektora i Głównego księgowego Instytutu zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa. 3) Kontynuowanie działań mających na celu poprawę gospodarki finansowej Instytutu, zapewniając oszczędne i wydajne gospodarowanie środkami będącymi w dyspozycji IK, zgodnie z zasadą uzyskiwania najlepszych efektów przy możliwie najmniejszych nakładach, w tym opracowanie i wdrożenie programu naprawczego Instytutu. 4) Opracowanie perspektywicznych kierunków działalności naukowej, rozwojowej i wdrożeniowej Instytutu, podlegających zatwierdzeniu przez Radę

MINISTERSTWO ZDROWIA

Departament
Nadzoru, Kontroli i Skarg

				<p>instytutach.</p> <p>5) Instytut nierzetelnie sporządził raport z wykorzystania posiadanych środków w 2015 r.</p> <p>6) Przyznane środki z dotacji podmiotowej nie pokrywały w pełni kosztów ogółem, które Instytut ponosił na utrzymanie potencjału badawczego jednostki.</p> <p>7) Instytut w sposób niepełny wykorzystywał swój potencjał naukowy z uwagi na fakt, iż w latach 2014-2016 nie opracowano nowych technologii, materiałów, wyrobów, metod, a także nie przygotowano ekspertyz i opracowań naukowych na rzecz podmiotów zewnętrznych i w konsekwencji nie pozyskiwano dodatkowych źródeł finansowania.</p> <p>8) W odniesieniu do realizacji zaleceń pokontrolnych wystosowanych w toku poprzedniej kontroli Ministra Zdrowia ustalono, że Instytut na 4 zalecenia i wnioski pokontrolne, w całości zrealizował 1 zalecenie, natomiast 2 zalecenia zostały zrealizowane częściowo, zaś 1 – nie zostało zrealizowane.</p>	<p>Naukową IK zgodnie z art. 29 ust. 2 pkt 6 ustawy o instytutach badawczych.</p> <p>5) Rzetelne sporządzanie raportów rocznych z wykorzystania środków przyznanych na utrzymanie potencjału badawczego.</p> <p>6) Monitorowanie wydatkowania dotacji podmiotowej na utrzymanie potencjału badawczego, a następnie wykorzystywanie tych środków z uwzględnieniem możliwości finansowych IK.</p> <p>7) Niezwłoczne zrealizowanie dotychczas niewykonanych zaleceń pokontrolnego wystosowanych w toku poprzedniej kontroli Ministra Zdrowia.</p>
3.	<p>Departament Nadzoru, Kontroli i Skarg</p>	<p>Instytut Psychiatrii i Neurologii, ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa.</p>	<p>Wybrane aspekty funkcjonowania jednostki, w szczególności dotyczące podstawowej działalności określonej w art. 2 ust. 1 ustawy o instytutach badawczych, realizacja zaleceń pokontrolnych sformułowanych w wyniku ostatniej kontroli Ministra Zdrowia oraz wykonanie umów nr 5/13/5/2014/462/1335, 5/11/8/2015/462/895, 7/1/2016/462/1846 na realizację programów zdrowotnych Ministra</p>	<p>1) Z osobami zarządzającymi Instytutem zawierano umowy cywilnoprawne przewidujące dodatkowe wynagrodzenie, a także przyznawano premie dodatkowe wbrew zapisom ustawy kominowej.</p> <p>2) Regulamin wynagradzania IPiN odnosił się i zawierał regulacje dotyczące wynagradzania osób zarządzających w imieniu pracodawcy zakładem pracy, wbrew zapisom Kodeksu pracy.</p> <p>3) Uregulowania statutowe Instytutu nie zawierały wyodrębnionej działalności</p>	<p>1) Bezwzględne przestrzeganie przepisów ustawy z dnia 3 marca 2000 r. o wynagradzaniu osób kierujących niektórymi podmiotami prawnymi.</p> <p>2) Podjęcie działań zmierzających do wyegzekwowania zwrotu nienależnie wypłaconych środków na rzecz Dyrektora, Zastępców Dyrektora i Głównego Księgowego Instytutu zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie</p>

MINISTERSTWO ZDROWIA

Departament
Nadzoru, Kontroli i Skarg

			Zdrowia.	podstawowej. 4) Z roku na rok środki z dotacji podmiotowej pokrywają coraz mniejszą część kosztów ogółem, które Instytut ponosi na utrzymanie potencjału badawczego jednostki. 5) Kierunkowe plany tematyczne nie zostały zaopiniowane przez Radę Naukową. 6) Instytut nie posiada perspektywicznych kierunków działalności naukowej, rozwojowej i wdrożeniowej. 7) Instytut nie wdrażał badań naukowych i prac rozwojowych. 8) Instytut w okresie objętym kontrolą nie wykorzystywał w sposób efektywny swojego potencjału w przedmiocie pozyskiwania dodatkowych źródeł finansowania z opracowywania ekspertyz, wyrobów, metod itp. na rzecz podmiotów zewnętrznych. 9) Stwierdzono występowanie tendencji spadkowej liczby publikacji naukowych pracowników Instytutu, zarówno w aspekcie liczby publikacji, jak również uzyskiwanej wartości współczynnika wpływu Impact Factor oraz punktacji Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego w porównaniu do roku 2014, wobec czego należy stwierdzić, że Instytut nie wykazywał wystarczającej aktywności w obszarze publikacji naukowych. 10) Końcowe rozliczenie merytoryczno – finansowe z realizacji umowy nr 7/1/2016/462/1846 na realizację Programu zapobieganie depresji w	przepisami prawa. 3) Dostosowanie przepisów obowiązującego w Instytucie Regulaminu wynagradzania do przepisów prawa pracy w części dotyczącej zasad wynagradzania osób zarządzających w imieniu pracodawcy zakładem pracy. 4) Wyodrębnienie działalności podstawowej w Statucie Instytutu. 5) Bieżące monitorowanie stanu wykorzystania dotacji na utrzymanie potencjału badawczego oraz racjonalne, z uwzględnieniem swoich możliwości finansowych, kształtowanie i wykorzystywanie potencjału naukowego Instytutu. 6) Opiniowanie kierunkowych planów tematycznych badań naukowych i prac rozwojowych przez Radę Naukową. 7) Opracowywanie perspektywicznych kierunków działalności naukowej, rozwojowej i wdrożeniowej. 8) Podjęcie działań w celu zwiększania ilości publikacji, wartości Impact Factor oraz punktacji Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego. 9) Podjęcie działań zmierzających do wdrażania badań naukowych i prac rozwojowych. 10) Wykorzystywanie w sposób efektywny potencjału w
--	--	--	----------	--	--

MINISTERSTWO ZDROWIA

Departament
Nadzoru, Kontroli i Skarg

				<p>Polsce w latach 2016-2020 za rok 2016 zostało sporządzone po terminie wynikającym z umowy.</p> <p>11) Oświadczenie o uruchomieniu, oddaniu do użytku i wpisaniu zakupionego w ramach umowy nr 5/11/8/2015/462/895 sprzętu do ewidencji środków trwałych wraz z podaniem miejsca i daty zainstalowania sprzętu oraz rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych na zakupionym sprzęcie przekazane zostało do Ministerstwa Zdrowia po terminie wynikającym z umowy.</p> <p>12) W odniesieniu do realizacji zaleceń pokontrolnych wystosowanych w toku poprzedniej kontroli Ministra Zdrowia ustalono, że Instytut na 7 zaleceń pokontrolnych zrealizował 4 zalecenia, natomiast 1 zalecenie zostało zrealizowane częściowo, zaś 2 nie zostały zrealizowane.</p>	<p>przedmiocie pozyskiwania dodatkowych źródeł finansowania z opracowywania ekspertyz, wyrobów, metod itp. na rzecz podmiotów zewnętrznych.</p> <p>11) Rzetelne realizowanie zobowiązań wynikających z umów na realizację programów zdrowotnych, w szczególności dotrzymywania terminów przekazywanych rozliczeń i oświadczeń wynikających z zawartych z Ministerstwem Zdrowia umów.</p> <p>12) Pełne wykonanie niezrealizowanych zaleceń sformułowanych w toku poprzedniej kontroli Ministra Zdrowia.</p> <p>13) Kontynuowanie działań mających na celu zmniejszenie straty finansowej Instytutu oraz działań restrukturyzacyjnych, w tym realizowanie założeń wynikających z opracowanego planu restrukturyzacji Instytutu.</p>
4.	Departament Nadzoru, Kontroli i Skarg	Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, ul. M. Mochnickiego 10, 02-042 Warszawa.	Wybrane aspekty funkcjonowania jednostki, w szczególności dotyczące podstawowej działalności określonej w art. 2 ust. 1 ustawy o instytutach badawczych, realizacji zaleceń pokontrolnych sformułowanych w wyniku ostatniej kontroli Ministra Zdrowia.	<p>1) Instytut wypłacił osobom zarządzającym Instytutem premie nieprzewidziane ustawą kominową oraz wydany na jej podstawie rozporządzeniem.</p> <p>2) Raport roczny z wykorzystania dotacji podmiotowej za rok 2015 złożono po terminie.</p> <p>3) Instytut nie złożył żadnego wniosku w zakresie grantów zagranicznych oraz nie realizował żadnego grantu zagranicznego.</p>	<p>1) Bezwzględne przestrzeganie przepisów ustawy z dnia 3 marca 2000 r. o wynagradzaniu osób kierujących niektórymi podmiotami prawnymi, w tym niezawieranie z Dyrektorem oraz Zastępcami Dyrektora dodatkowych umów cywilnoprawnych przewidujących dodatkowe wynagrodzenie oraz niewypłacanie Zastępcom Dyrektora i Głównemu</p>

MINISTERSTWO ZDROWIA

Departament
Nadzoru, Kontroli i Skarg

				<p>4) Instytut nie posiada uprawnień do nadawania stopni naukowych.</p> <p>5) W odniesieniu do realizacji zaleceń pokontrolnych wystosowanych w toku poprzedniej kontroli Ministra Zdrowia ustalono, że Spośród 14 zaleceń pokontrolnych Instytut zrealizował 13 zaleceń w całości, a 1 w części.</p>	<p>Księgowemu premii regulaminowych mających charakter uznaniowy.</p> <p>2) Podjęcie działań zmierzających do wyegzekwowania zwrotu nienależnie wypłaconych środków na rzecz Dyrektora, Zastępców Dyrektora i Głównego Księgowego zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.</p> <p>3) Dostosowanie przepisów obowiązującego w Instytucie Regulaminu wynagradzania do przepisów prawa pracy w części dotyczącej zasad wynagradzania osób zarządzających w imieniu pracodawcy zakładem pracy oraz uregulowanie w nim kryteriów jakie powinien spełniać pracownik działalności podstawowej w celu otrzymania dodatku usługowego.</p> <p>4) Składanie raportów rocznych z wykorzystania dotacji podmiotowej w terminach określonych w obowiązujących przepisach prawa.</p> <p>5) Rozważenie podjęcia działań zmierzających do realizacji przez Instytut grantów zagranicznych.</p> <p>6) Rozważenie zintensyfikowania działań mających na celu uzyskanie przez Instytut uprawnień do nadawania stopni naukowych.</p>
5.	<p>Departament Nadzoru, Kontroli i Skarg Departament</p>	<p>Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Katowicach, ul. Francuska 16,</p>	<p>Prawidłowość wykorzystania z budżetu państwa środków finansowych przekazanych przez Ministra Zdrowia w ramach dotacji dla samorządu zawodowego pielęgniarek</p>	<p>1) Izba formalnie wywiązała się z obowiązku, określonego w § 14 umowy nr 16/IP/1251/1417/16 z dnia 10 listopada 2016 r., dotyczącego prowadzenia wyodrębnionej ewidencji</p>	<p>1) Wykorzystywanie dotacji udzielonych z budżetu państwa zgodnie z przepisami ustawy o finansach publicznych, tj. w terminie oraz zgodnie z</p>

MINISTERSTWO ZDROWIA

Departament
Nadzoru, Kontroli i Skarg

	Pielęgniarek i Położnych	40-027 Katowice.	i położnych na realizację zadań przejętych od administracji rządowej (dot. umowy nr 16/IP/1251/1417/16 z dnia 10 listopada 2016 r.)	księgowej dla zadań w ramach kontrolowanej umowy, przy czym na podstawie przedłożonej dokumentacji nie można określić, czy dany koszt został sfinansowany z przekazanej przez Ministra Zdrowia dotacji, czy też ze środków własnych Izby. 2) Izba, niezgodnie z dyspozycją § 2 ust. 3 umowy wykorzystała dotację w wysokości 26.907,72 zł po upływie terminu, na jaki została przyznana, tj. po 31 grudnia 2016 r. OIPIP w dniu 2 stycznia 2017 r. opłaciła fakturę VAT nr 255/2016 z dnia 29 grudnia 2016 r. za wykonanie usługi poligraficznej, tj. skład, druk, oprawę i ekspedycję „Przepisów prawnych” wydawanych przez OIPIP dla członków Izby ze środków przeznaczonych na prowadzenie działalności prewencyjnej. Ponadto, ustalono że wydatek na wykonanie usługi poligraficznej, tj. skład, druk, oprawę i ekspedycję „Przepisów prawnych” został zakwalifikowany do sfinansowania w ramach działalności prewencyjnej, o której mowa w § 1 pkt 2 umowy zawartej z Ministrem Zdrowia, przy czym zaznaczyć należy w ramach tej działalności umowa nie obejmowała kosztów powyższej publikacji, a przewidywała jedynie środki na realizację szkoleń oraz dyżurów Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej. Należy zatem stwierdzić, że Izba również wykorzystała dotację niezgodnie z celem określonym w umowie. 3) Izba zawarła umowę z Lucjanem Weissbek prowadzącym działalność gospodarczą pod firmą: „PPUH Micro-	przeznaczeniem. 2) Dokonanie zwrotu dotacji wykorzystanej niezgodnie z przeznaczeniem oraz wydatkowanej po terminie. 3) Prowadzenie wyodrębnionej ewidencji księgowej środków otrzymanych z dotacji oraz wydatków dokonywanych z tych środków, zgodnie z art. 152 ust. 1 ustawy o finansach publicznych, z zachowaniem zasady rzetelności i przejrzystości. 4) Dołożenie należytej staranności przy realizacji umów zawartych z Ministrem Zdrowia zgodnie z ich postanowieniami, w szczególności dotyczącymi rzetelnego oraz terminowego realizowania obowiązków rozliczeniowo-sprawozdawczych wynikających z umowy z zawartej z Ministrem Zdrowia.
--	---------------------------------	-------------------------	---	--	--

MINISTERSTWO ZDROWIA

Departament
Nadzoru, Kontroli i Skarg

				<p>Luc”, przedmiotem której było zapewnienie kompleksowej obsługi informatycznej oraz utrzymanie ciągłości pracy systemu komputerowego OIPiP, a także świadczenie bieżącego wsparcia dla wdrożonego Systemu Rejestrów dla OIPiP, pomimo iż zgodnie z § 10 umowy zawartej z Ministrem Zdrowia, Izba nie mogła powierzyć w żadnej części realizacji przedmiotu umowy osobie trzeciej, z wyjątkiem zadania realizowanego przez Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej.</p> <p>4) Izba nie zachowała należytej staranności, gdyż w zakresie zwrotu niewykorzystanej dotacji w wysokości 1.444,72 zł na rachunek bankowy Ministra Zdrowia, w opisie przelewu bankowego nie umieściła pełnego numeru umowy, biorąc pod uwagę zapis § 12 ust. 5 kontrolowanej umowy.</p> <p>5) Izba nie dochowała należytej staranności przy sporządzaniu Roczego sprawozdania merytorycznego z wykonania zadań określonych umową przez Izbę w okresie od 1 stycznia 2016 r. do 31 grudnia 2016 r.</p> <p>6) Izba nieterminowo przekazała dane zawarte w rejestrze, o których mowa w § 8 ust. 2 kontrolowanej umowy, które zostały przekazane do Ministerstwa Zdrowia w dniu 17 stycznia 2017 r., zamiast 10 stycznia 2017 r. Powyższe uchybienie nie było obarczone sankcjami umownymi, niemniej jednak w aspekcie realizacji umowy było działaniem niespełniającym wymogów należytej staranności.</p>	
--	--	--	--	--	--