



Ministerstwo Zdrowia

Departament Nadzoru,
Kontroli i Skarg

**Kontrole zlecone Wojewodom oraz Konsultantom Krajowym przez Ministra Zdrowia na podstawie
art. 119 ustawy o działalności leczniczej
w 2018 r.**

L.p.	Kontrolujący	Nazwa jednostki kontrolowanej i adres	Przedmiot kontroli	Ustalenia/ stwierdzone nieprawidłowości	Zalecone wnioski
1.	Konsultant Krajowy w dziedzinie neonatologii	Uniwersyteckie Centrum Kliniczne, ul. Dębinki 7, 80-952 Gdańsk.	Ocena prawidłowości całości postępowania personelu medycznego oraz prawidłowości procesu diagnostyczno-terapeutycznego zastosowanego wobec noworodka N.K., córki M.P.	Nie stwierdzono nieprawidłowości.	Odstępuje się od sformułowania wniosków i zaleceń pokontrolnych.
2.	Wojewoda Pomorski	Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łęborku, ul. Juliana Węgrzynowicza 13, 84-300 Łębork.	Ocena prawidłowości całości postępowania personelu medycznego oraz prawidłowości procesu diagnostyczno-terapeutycznego zastosowanego wobec ciężarnej pacjentki E.J. i jej zmarłego dziecka.	Nie stwierdzono nieprawidłowości.	Odstępuje się od sformułowania wniosków i zaleceń pokontrolnych.
3.	Wojewoda Podlaski	Szpital Wojewódzki im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży, Al. Piłsudskiego 11, 18-404 Łomża.	<ol style="list-style-type: none">Ocena prawidłowości całości postępowania personelu medycznego oraz prawidłowości procesu diagnostyczno-terapeutycznego zastosowanego wobec pacjenta D.P.Przestrzeganie praw pacjenta, dotyczących informowania o rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych pacjentowi oraz udostępniania dokumentacji medycznej osobie upoważnionej przez pacjenta za życia lub osobie, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym.Prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej	<ol style="list-style-type: none">Nieprzestrzeganie wewnętrznych uregulowań dotyczących czasu dostarczenia krwi do badań laboratoryjnych przez personel pielęgniarski.Pomimo, iż pacjent D.P. nie upoważnił nikogo do informacji o stanie zdrowia, ani do uzyskania dokumentacji medycznej, dokumentacja medyczna została udostępniona po jego śmierci przez lekarza rodzinie. Powyższe było niegodne z ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2017, poz. 1318);Nierzetelne prowadzenie dokumentacji medycznej pacjenta.	<ol style="list-style-type: none">Zapewnienie przestrzegania przez personel pielęgniarski obowiązującej w Szpitalu procedury „Postępowanie, przyjmowania i przechowywania materiału do badań”, w szczególności w zakresie przestrzegania czasu dostarczenia krwi do badań laboratoryjnych określonego w przedmiotowej procedurze.Zapewnienie przestrzegania przepisów ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, w szczególności w zakresie udostępniania dokumentacji medycznej pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu, bądź osobie upoważnionej przez pacjenta, zwłaszcza w sytuacji gdy pacjent nie upoważnił nikogo do informacji o stanie zdrowia, ani do uzyskania dokumentacji medycznej.Prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji

			<p>przetwarzania.</p> <p>4) Przechowywanie rzeczy wartościowych w depozycie podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne.</p>	<p>4) Nieprzestrzeganie Rozdziału 4.4.2.2. pn. Regulamin pobytu w Szpitalu, Regulamin Organizacyjny Szpitala, w zakresie przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotnej.</p> <p>5) Dokumentacja techniczna tomografu komputerowego Typ OPTIMA CT 660 Nr 33970Y05 nie zawierała daty wykonania następnym okresowym przeglądów technicznych.</p>	<p>medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, w szczególności odnotowywania w niej wszystkich informacji dotyczących udzielonego pacjentowi świadczenia, a w przypadku pacjentów zakwalifikowanych do trzeciej kategorii opieki pielęgniarstwa, w pierwszym dobach pobytu rozważenie rozszerzenia zapisów o wnikliwszą obserwację, szczegółowy opis objawów, podejmowanych działań itd.</p> <p>4) Zapewnienie przestrzegania Rozdziału 4.4.2.2. pn. Regulamin pobytu w Szpitalu, Regulaminu Organizacyjnego Szpitala, w zakresie przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne.</p> <p>5) Zapewnienie przestrzegania art. 90 ust. 7. ustawy o wyrobach medycznych, który stanowi, że posiadana dokumentacja techniczna powinna zawierać terminy następnym konserwacji, działań serwisowych, przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń i kontroli bezpieczeństwa wyrobu stosowanego do udzielania świadczeń zdrowotnych, wynikające z instrukcji używania lub zaleceń podmiotów, które wykonały te czynności.</p>
4.	Wojewoda Małopolski	Szpital Specjalistyczny im. J. Śniadeckiego w Nowym Sączu, ul. Młyńska 10, 33-300 Nowy Sącz.	Ocena prawidłowości całości postępowania personelu medycznego oraz prawidłowości procesu diagnostyczno-terapeutycznego zastosowanego wobec pacjenta Pana A.K.	Nierzetelne prowadzenie dokumentacji medycznej pacjenta.	Prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, w szczególności prowadzenie codziennej obserwacji lekarskiej (dekursusów), w tym w okresach świąt i weekendów, wraz z pisemnymi adnotacjami dotyczącymi ewentualnego braku zgody chorego na proponowane zabiegi diagnostyczne, czy lecznicze.
5.	Konsultant Krajowy w dziedzinie hematologii	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie, ul. Bialska 104/118, 42-200 Częstochowa.	Ocena prawidłowości całości postępowania personelu medycznego oraz prawidłowości procesu diagnostyczno-terapeutycznego zastosowanego wobec pacjenta S.G.	Nie stwierdzono nieprawidłowości.	Odstępuje się od sformułowania wniosków i zaleceń pokontrolnych.

6.	Konsultant Krajowy w dziedzinie hematologii	Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, ul. Wawelska 15B, 02-034 Warszawa.	Ocena prawidłowości całości postępowania personelu medycznego oraz prawidłowości procesu diagnostyczno-terapeutycznego zastosowanego wobec pacjenta S.G.	Odstępuje się od sformułowania wniosków i zaleceń pokontrolnych.	Odstępuje się od sformułowania wniosków i zaleceń pokontrolnych.
7.	Wojewoda Śląski	Wojewódzkie Pogotowie Ratunkowe w Katowicach, ul. Powstańców 52, 40-024 Katowice.	Ocena prawidłowości postępowania zespołu ratownictwa medycznego podczas udzielania świadczeń zdrowotnych 13-letniemu pacjentowi P.R.	Stwierdzono, iż decyzja kierownika zespołu ratownictwa medycznego o pozostawieniu pacjenta pod opieką rodziny i zaleceniu kontroli w POZ, zamiast przetransportowaniu pacjenta do odpowiedniego szpitala, była nieprawidłowa.	1)W przypadku pacjenta po implantacji zastawki komorowo-otrzewnowej z objawami nadciśnienia śródczaszkowego i dysfunkcji zastawki, wprowadzenie obowiązku przewożenia pacjenta do szpitala celem wykonania badania tomografii komputerowej mózgowia, oceny neurologicznej pacjenta i ewentualnej konsultacji neurochirurgicznej. 2)Opracowanie procedur przez Wojewódzkie Pogotowie Ratunkowe w Katowicach określających zasady postępowania w przypadku pacjenta po implantacji zastawki komorowo-otrzewnowej z objawami nadciśnienia śródczaszkowego i dysfunkcji zastawki oraz przeszkolenie członków ZRM w ww. zakresie.
8.	Wojewoda Lubuski	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej ul. Zwycięstwa 1, 66-100 Sulechów.	Ocena prawidłowości całości postępowania personelu medycznego oraz prawidłowości procesu diagnostyczno-terapeutycznego zastosowanego wobec ciężarnej pacjentki D.Ż. i jej dziecka.	1) Stwierdzono brak procedur skierowanych do położnych odnośnie: – przywołania lekarza w przypadku wystąpienia patologii, – procedury wykonywania i oceny KTG (w tym ciągłego monitoringu zapisu), procedury preindukcji i indukcji porodu, – procedury podania preparatu OXYTOCYNY. 2) Niewystarczający nadzór nad postępowaniem personelu medycznego oraz prawidłowością procesu diagnostyczno-terapeutycznego w przypadku pacjentki z obciążonym wywiadem położniczym lub stwierdzoną	1) Wzmocnienie nadzoru nad postępowaniem personelu medycznego oraz prawidłowością procesu diagnostyczno-terapeutycznego w przypadku pacjentki z obciążonym wywiadem położniczym, lub stwierdzoną patologią, w szczególności: – bezwzględne stosowanie stałego monitoringu i zapisu KTG, – wykonywanie profilu biofizycznego płodu, który pozwala na ocenę ruchów płodu, napięcia płodu, jego ruchów oddechowych i ilości płynu owodniowego (test biofizyczny pozwala określić obecny stan płodu i podjąć odpowiednie interwencje). 2) Prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, w szczególności w zakresie indywidualnej dokumentacji elektronicznej, zwłaszcza w przypadku pacjentki z

				<p>patologią.</p> <p>3) Braki w dokumentacji medycznej w przypadku pacjentki z obciążonym wywiadem położniczym lub stwierdzoną patologią.</p>	<p>obciążonym wywiadem położniczym lub stwierdzoną patologią:</p> <ul style="list-style-type: none"> - wpisywanie, oprócz daty, również godziny dokonanego opisu stanu pacjentki lub dziecka w prowadzonej przez położne Oddziału Ginekologiczno-Położniczego oraz pielęgniarki Oddziału Neonatologicznego indywidualnej dokumentacji elektronicznej (informacje pielęgniarskie), - opisywanie wszystkich czynności wykonywanych przez położne przy pacjentce oraz dokładne opisywanie jej stanu ogólnego i zgłaszanych przez nią dolegliwości. <p>3) Opracowanie i wdrożenie procedur medycznych dotyczących:</p> <ul style="list-style-type: none"> - przywołania lekarza w przypadku wystąpienia patologii, - wykonania i oceny KTG (w tym ciągłego monitorowania zapisu), - preindukcji i indukcji porodu, - podania preparatu OXYTOCYN.
9.	Konsultant Krajowy w dziedzinie pediatrii	Szpital Dziecięcy im. prof. dr med. Jana Bogdanowicza SPZOZ, ul. Niekańska 4/24, 03-924 Warszawa.	Ocena prawidłowości całości postępowania personelu medycznego oraz prawidłowości procesu diagnostyczno-terapeutycznego zastosowanego wobec 18-miesięcznej dziewczynki, córki Pani O.G.	Nie stwierdzono nieprawidłowości.	Odstępuje się od sformułowania wniosków i zaleceń pokontrolnych.
10.	Wojewoda Podlaski	Samodzielny Publiczny Psychiatryczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. dr. Stanisława Deresza w Choroszczu, pl. Im. dr. Zygmunta Brodowicza 1, 16-070 Choroszcz.	Oceny prawidłowości funkcjonowania Szpitala w zakresie zapewnienia ciągłości działalności leczniczej wobec zapowiadanego zawieszenia/likwidacji Oddziałów.	1) Znaczne rozdrobnienie etatów lekarskich w oddziałach może nie sprzyjać właściwemu postrzeganiu obowiązków pracowniczych, odpowiedzialnemu identyfikowaniu się z pracodawcą, zarządzaniu zespołem oraz rodzi szereg problemów natury organizacyjnej w zakresie np. ustalania grafików pracy, dyżurów, zastępstw, nieobecności w pracy, odpracowywania nieobecności, urlopów, zwolnień lekarskich z tytułu choroby, urlopów	1) Ograniczenie rozdrobnienia etatów lekarzy w celu właściwego zarządzania zespołem oraz likwidacji problemów natury organizacyjnej w zakresie np. ustalania grafików pracy, dyżurów, zastępstw, nieobecności w pracy, odpracowywania nieobecności, urlopów, zwolnień lekarskich z tytułu choroby, urlopów macierzyńskich, wychowawczych, ojcowskich i innych lub też uszczelnienie ewidencji czasu pracy w celu zweryfikowania faktycznego czasu pracy osób zatrudnionych w niepełnym wymiarze czasu pracy (ważne w sytuacji rozdrobnienia etatów, gdzie wiele osób pracuje w różnym wymiarze i o różnych godzinach zaczyna i kończy prac np. poprzez wprowadzenie

				<p>macierzyńskich, wychowawczych, ojcowskich i innych.</p> <p>2) Niepokojące były następujące aspekty: stała dekapitalizacji majątku trwałego oraz bardzo niska wartość kapitału (funduszu) własnego Zakładu. Powyższe okoliczności mogą spowodować spiętrzenie potrzeb inwestycyjnych w przyszłości oraz dużą wrażliwość kontrolowanej jednostki na wszelkie zachwiania jej sytuacji finansowej.</p>	<p>elektronicznej ewidencji czasu pracy).</p> <p>2) Bieżącą kontrolę wewnętrzną poziomu podstawowych wskaźników ekonomiczno-finansowych.</p>
11.	Wojewoda Małopolski	Szpital Miejski Specjalistyczny im. G. Narutowicza w Krakowie, ul. Prądnicka 35-37, 31-202 Kraków.	Ocena prawidłowości całości postępowania personelu medycznego oraz prawidłowości procesu diagnostyczno-terapeutycznego zastosowanego wobec pacjentki B.K.	<p>1) W trakcie zabiegu doszło do wystąpienia zdarzenia niepożądanego.</p> <p>2) Nierzetelne prowadzenie dokumentacji medycznej.</p>	<p>3) Wzmoczenie nadzoru nad personelem medycznym przy realizacji zabiegów operacyjnych, celem zminimalizowania w przyszłości możliwości wystąpienia zdarzenia niepożądanego.</p> <p>4) Prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, w szczególności w zakresie odnotowywania w niej wszystkich informacji dotyczących udzielonego pacjentowi świadczenia.</p>
12.	Wojewoda Warmińsko-Mazurski	Miejski Szpital Zespolony w Olsztynie, ul. Niepodległości 44, 10-045 Olsztyn.	Ocena prawidłowości całości postępowania personelu medycznego oraz prawidłowości procesu diagnostyczno-terapeutycznego zastosowanego wobec pacjentki Pani M.F.	<p>1) Obsada dyżurowa położnych i pielęgniarek, nieadekwatna do zakresu udzielnych świadczeń zdrowotnych, potrzeb zdrowotnych pacjentów oraz ich stanu klinicznego.</p> <p>2) Nierzetelne prowadzenie dokumentacji medycznej.</p> <p>3) Niewłaściwa koordynacja i brak współpracy członków zespołu terapeutycznego.</p> <p>4) Niezapewnienie pacjentkom dostępu do badań diagnostycznych zgodnych z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz. U. z 2018 r.</p>	<p>1) Zabezpieczenie obsady dyżurowej położnych i pielęgniarek adekwatnej do zakresu udzielnych świadczeń zdrowotnych, potrzeb zdrowotnych pacjentów oraz ich stanu klinicznego.</p> <p>2) Prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, w szczególności odnotowywanie w niej wszystkich informacji dotyczących udzielonego pacjentowi świadczenia, tak by odzwierciedlała stan zdrowia i choroby pacjentki, proces diagnostyczny, leczniczy, pielęgnacyjny i rehabilitacyjny.</p> <p>3) Dokonanie zmian organizacyjnych w oddziałach Szpitala biorących udział w sprawowaniu opieki okołoporodowej, celem zapewnienia właściwej koordynacji i współpracy wszystkich członków zespołu</p>

				poz. 1756). 5) Nieprzestrzeganie Instrukcji postępowania w przypadku zgonu pacjenta w zakresie czasu przekazania zwłok do chłodni.	terapeutycznego. 4) Zapewnienie pacjentkom dostępu do badań diagnostycznych zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz. U. z 2018 r. poz. 1756). 5) Zapewnienie nadzoru nad przestrzeganiem prawa wewnętrznego jednostki zawartego między innymi w regulaminie organizacyjnym Szpitala, oddziału, procedurach, standardach, instrukcjach, w tym Instrukcji postępowania w przypadku zgonu pacjenta w zakresie czasu przekazania zwłok do chłodni.
13.	Wojewoda Mazowiecki	Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Szpital Zachodni im. św. Jana Pawła II w Grodzisku Mazowieckim, ul. Daleka 11, 05-825 Grodzisk Mazowiecki.	Ocena prawidłowości całości postępowania personelu medycznego oraz prawidłowości procesu diagnostyczno-terapeutycznego zastosowanego wobec pacjenta A.R.	Nie stwierdzono nieprawidłowości.	Odstępuje się od sformułowania wniosków i zaleceń pokontrolnych.
14.	Wojewoda Mazowiecki	Mazowiecki Szpital Bródnowski w Warszawie sp. z o.o., ul. Kondratowicza 8, 03-242 Warszawa.	Ocena prawidłowości całości postępowania personelu medycznego oraz prawidłowości procesu diagnostyczno-terapeutycznego zastosowanego wobec pacjenta J.G.	Nie stwierdzono nieprawidłowości.	Odstępuje się od sformułowania wniosków i zaleceń pokontrolnych.
15.	Konsultant Krajowy w dziedzinie protetyki stomatologicznej	Centrum Medyczne ENEL-MED S.A., ul. Słomińskiego 19 lok. 524, 00-195 Warszawa.	Ocena jakości wykonania uzupełnienia protetycznego wykonanego u pacjentki J.M.	Nie stwierdzono nieprawidłowości.	Odstępuje się od sformułowania wniosków i zaleceń pokontrolnych.
Kontrole zrealizowane przez Departament Nadzoru, Kontroli i Skarg Ministerstwa Zdrowia w 2018 r.					
L.p.	Kontrolujący	Nazwa i adres jednostki kontrolowanej	Zakres kontroli	Ustalenia kontroli	Zalecane wnioski
1.	Departament Nadzoru, Kontroli i Skarg	Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych	Prawidłowość wykorzystania środków finansowych przekazywanych przez Ministra Zdrowia w ramach umowy nr	Nie stwierdzono nieprawidłowości.	Odstępuje się od sformułowania wniosków i zaleceń pokontrolnych.

		w Kielcach, ul. Nowy Świat 32A, 25-522 Kielce.	17/IP/1289/842/17 z dnia 6 września 2017 r. na udzielenie dotacji dla samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych na realizację zadań przejętych od administracji rządowej określonych w art. 91 ust. 1 pkt 1-5 oraz 7 i 8 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych.		
2.	Departament Nadzoru, Kontroli i Skarg	Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Olsztynie, ul. V Wileńskiej Brygady AK 14K, 10-602 Olsztyn.	Prawidłowość realizacji umowy nr 27/IP/1247/852/17 z dnia 11 września 2017 r. w sprawie dotacji przekazanej przez Ministra Zdrowia dla samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych na realizację zadań przejętych od administracji rządowej w 2017 r.	Ustalenie zasad (polityki) rachunkowości niezgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.	Ustalenie zasad (polityki) rachunkowości zgodnie z przepisami ustawy o rachunkowości oraz ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych.
3.	Departament Nadzoru, Kontroli i Skarg	Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Poznaniu, ul. Grunwaldzka 65, 60-311 Poznań.	Prawidłowość realizacji umowy nr 32/IP/1295/857/17 z dnia 4 września 2017 r. w sprawie dotacji przekazanej przez Ministra Zdrowia dla samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych na realizację zadań przejętych od administracji rządowej w 2017 r.	Nie stwierdzono nieprawidłowości.	Odstępuje się od sformułowania wniosków i zaleceń pokontrolnych.
4.	Departament Nadzoru, Kontroli i Skarg	Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Szczecinie, ul. Kusocińskiego 16LU1, 70-237 Szczecin.	Prawidłowość realizacji umowy nr 40/IP/1247/865/17 z dnia 5 września 2017 r. w sprawie dotacji przekazanej przez Ministra Zdrowia dla samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych na realizację zadań przejętych od administracji rządowej w 2017 r.	Izba w ramach zadania – Prowadzenie działalności informacyjnej, wykorzystwała dotację w wysokości 421,61 zł niezgodnie z celem określonym w umowie, a więc niezgodnie z przeznaczeniem.	1) Dokonanie zwrotu dotacji wykorzystanej niezgodnie z przeznaczeniem. 2) Wykorzystywanie dotacji udzielonych z budżetu państwa zgodnie z przepisami ustawy o finansach publicznych, tj. na realizację określonego w umowie celu i zgodnie z warunkami określonymi w umowie.
5.	Departament Nadzoru, Kontroli i Skarg	Fundacja Rozwoju Dzieci im. J.A. Komeńskiego w Warszawie, ul. Flory 1/8, 00-586 Warszawa.	Prawidłowość realizacji umów i wydatkowania środków publicznych przekazanych w ramach Narodowego Programu Zdrowia na realizację zadania z zakresu zdrowia publicznego na podstawie umowy nr 6/1/1/2/1e/NPZ/2017/3166/592 oraz umowy nr 6/1/1/2/1/NPZ/2017/3166/596 zawartych w dniu 29 czerwca 2017 r.	1) Nieterminowe złożenie Rozliczenia finansowego środków dotacji za okres od 1 czerwca do 31 sierpnia 2017 r. oraz Sprawozdania merytorycznego za okres od 1 czerwca do 31 sierpnia 2017 r.; 2) Nieterminowe przekazanie do akceptacji Ministra Zdrowia produktów (utworów) wymaganych umową zgodnie z zakresem rzeczowo-finansowym, tj. Projektu zaświadczenia udziału w szkoleniu dla uczestników oraz Opracowania	1) Terminowe składanie przez Fundację rozliczeń finansowych oraz sprawozdań merytorycznych za dany okres rozliczeniowy, zgodnie z postanowieniami zawartych umów; 2) Rzetelne i terminowe wywiązywanie się Fundacji z zobowiązań określonych w umowach, w szczególności przekazywanie do akceptacji Ministra Zdrowia wszelkich produktów (utworów) wymaganych umową, zgodnie ze Szczegółowym zakresem rzeczowym i finansowym zadania, a także terminowe dostarczanie poprawionych dokumentów z realizacji zadania

				graficznego i merytorycznego ogłoszenia o naborze.	uwzględniających przekazane przez Ministra Zdrowia uwagi, zgodnie z postanowieniami zawartych umów.
6.	Departament Nadzoru, Kontroli i Skarg	Fundacja „Szkoła na Widelcu” w Warszawie ul. Racjonalizacji 5/ 102, 02-673 Warszawa.	Prawidłowość realizacji umowy i wydatkowania środków publicznych przekazanych w ramach Narodowego Programu Zdrowia na realizację zadania z zakresu zdrowia publicznego na podstawie zawartej w dniu 27 lipca 2017 r. umowy nr 6/1/1.2.1/1/NPZ/2017/3029/730.	Nieterminowe złożenie podsumowania oceny jądospisów nadesłanych przez uczestników szkoleń.	Rzetelne i terminowe wywiązywanie się Fundacji z zobowiązań określonych w umowach, w szczególności przekazywanie do akceptacji Ministra Zdrowia wszelkich produktów (utworów) wymaganych umową, zgodnie ze Szczegółowym zakresem rzeczowym i finansowym zadania, zgodnie z postanowieniami zawartej umowy.
7.	Departament Nadzoru, Kontroli i Skarg	Gmina – Miasto Toruń, ul. Wały gen. Sikorskiego 8, 87-100 Toruń.	Prawidłowość wykorzystania środków publicznych w ramach realizacji Narodowego Programu Zdrowia na podstawie umowy nr 6/1/2.6/NPZ/2016 /3034/1690 z dnia 5 grudnia 2016 r.	Nie stwierdzono nieprawidłowości.	Odstępuje się od sformułowania wniosków i zaleceń pokontrolnych.
8.	Departament Nadzoru, Kontroli i Skarg	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie, ul. Jaczewskiego 8, 20-954 Lublin.	Ocena zapewniania całodobowej opieki pielęgniarskiej we wszystkie dni tygodnia przez świadczeniodawcę udzielającego świadczeń w trybie hospitalizacji.	Nie stwierdzono nieprawidłowości.	Odstępuje się od sformułowania wniosków i zaleceń pokontrolnych.
9.	Departament Nadzoru, Kontroli i Skarg	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Parczewie, ul. Kościelna 136, 21-200 Parczew.	Ocena prawidłowości pokrycia kosztów świadczeń wynikających z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.	Nie stwierdzono nieprawidłowości.	Odstępuje się od sformułowania wniosków i zaleceń pokontrolnych.
10.	Departament Nadzoru, Kontroli i Skarg	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lubartowie, ul. Cicha 14, 21-100 Lubartów.	Ocena prawidłowości pokrycia kosztów świadczeń wynikających z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. 2015 r., poz. 1628).	Nie stwierdzono nieprawidłowości.	Odstępuje się od sformułowania wniosków i zaleceń pokontrolnych.
11.	Departament Nadzoru, Kontroli i Skarg Departament Funduszy Europejskich i e-Zdrowia	Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, ul. S. Dubois 5A, 00-184 Warszawa.	Ocena realizacji polityki kadrowej jednostki, w szczególności w zakresie efektywności i racjonalności wykorzystania posiadanych zasobów kadrowych.	1) Brak zlecenia konkretnych zadań wraz ze wskazaniem czasu niezbędnego do ich wykonania pracownikom zatrudnionym w zadaniowym systemie pracy. 2) Niewystarczająca kontrola wykonania normy czasu pracy	1) Wyznaczanie pracownikom zatrudnionym w systemie zadaniowym konkretnych zadań wraz ze wskazaniem czasu niezbędnego do ich wykonania. 2) Monitorowanie wykonania norm czasu pracy obowiązujących pracownika, określanych w <i>Informacji dodatkowej do</i>

				<p>wynikających z zawartych umów o pracę z pracownikami zatrudnionymi w zadaniowym systemie pracy.</p> <p>3) Brak narzędzi do prowadzenia efektywnego nadzoru nad pracą w godzinach nadliczbowych występującą na poszczególnych stanowiskach pracy.</p> <p>4) Powierzenia stanowiska kierownika komórki organizacyjnej, do zadań której należy kierowanie pracami i organizowanie pracy wydziału, osobie zatrudnionej w formie telepracy, co uniemożliwia rzetelne sprawowanie bieżącego nadzoru nad podległymi pracownikami wydziału.</p>	<p><i>warunków zatrudnienia</i>, w szczególności obowiązujących telepracowników oraz pracowników zatrudnionych w systemie zadaniowym.</p> <p>3) Prowadzenie efektywnego nadzoru nad pracą w godzinach nadliczbowych występującą na poszczególnych stanowiskach pracy.</p> <p>4) Rozważenie zasadności powierzania stanowiska kierownika komórki organizacyjnej osobom zatrudnionym w formie telepracy.</p>
12.	<p>Zastępca Dyrektora Krajowego Centrum Bankowania Tkanek i Komórek</p> <p>Konsultant Krajowy w dziedzinie transplantologii klinicznej</p> <p>Konsultant Wojewódzki w dziedzinie transplantologii klinicznej dla województwa dolnośląskiego</p>	<p>Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus, ul. Williama Heerleina Lindleya 4, 02-005 Warszawa.</p>	<p>Ocena prawidłowości całości postępowania personelu medycznego oraz prawidłowości procesu diagnostyczno-terapeutycznego, w szczególności dotyczącego przygotowania do przeszczepu wątroby u pacjenta P.K. oraz przeszczepu wątroby u pacjentki R.L.</p>	<p>1) Stwierdzono nieprawidłowości w odniesieniu do systemu zapewnienia jakości (SZJ) w SKDJ.</p> <p>2) W odniesieniu do przebiegu hospitalizacji w SKDJ pacjenta Pana P.K. stwierdzono następujące nieprawidłowości oraz kwestie wymagające wyjaśnienia /doszczegółowienia:</p> <ul style="list-style-type: none"> – zgodnie z informacją w historii choroby wpis pacjenta Pana P.K. na Krajową Listę Oczekujących na przeszczep (KLO) został dokonany na trzeci dzień od momentu rozpoczęcia hospitalizacji w KMTNiCh; – stwierdzono różnice wskaźnika MELD/PELD w KLO; <p>3) W odniesieniu do przebiegu hospitalizacji w SKDJ pacjentki Pani R.L. stwierdzono następujące</p>	<p>1) Zwiększenie nadzoru nad prawidłowym dokumentowaniem czynności wykonywanych w trakcie prowadzonego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego zgodnie z wymogami prawa oraz dobrej praktyki zawodowej.</p> <p>2) Niezwłoczne dokonanie udokumentowanego przeglądu dokumentów SZJ dot. szeroko rozumianych czynności transplantacyjnych związanych z pobieraniem i przeszczepianiem wątroby i usunięcie stwierdzonych w kontrolowanym obszarze nieprawidłowości, w szczególności wdrożenie w życie procedury OP2/KChOiT 4 oraz uwzględnienie w formularzach elementów jednoznacznie opisujących dany formularz, w tym co najmniej określenia numeru jego wydania/wersji oraz daty obowiązywania danego wydania / danej wersji.</p> <p>3) Wdrożenie w stosownych dokumentach SZJ dot. szeroko rozumianych czynności transplantacyjnych, konieczności zapewnienia udokumentowanego monitorowania wyrobów medycznych i materiałów mających bezpośrednio kontakt z</p>

				<p>nieprawidłowości oraz kwestie wymagające wyjaśnienia /doszczegółowienia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - wniosek zawarty w formularzach URT zgłoszenia przez KCHOiT reakcji niepożądanych u pacjentki Pani R.L., która została zakwalifikowana do przeszczepienia w związku z dyskwalifikacją pacjenta Pana P.K. nie został wprowadzony do dokumentów systemu jakości (procedur transplantacyjnych) obowiązujących w KhOiT SKDJ; - przed zabiegiem przeszczepienia wątroby pacjentce Pani R.L. w KChOiT zespół chirurgiczny nie miał wglądu w najbardziej aktualne wyniki obiektywnych badań obrazowych (TK, MRI); - nie odnotowano w dokumentacji medycznej faktu powiadomienia pacjentki o dłuższym czasie zimnego niedokrwienia pobranej wątroby; - w toku kontroli ustalono, że istniały niespójności między godziną rozpoczęcia toczenia pierwszych jednostek krwi podaną na karcie znieczulenia a dokumentami udostępnionymi przez Bank; - Cell Saver nie został przygotowany do zastosowania podczas zabiegu hepatektomii u pacjentki Pani R.L. i wobec powyższego nie mógł być użyty 	<p>pobieranymi, przechowywanymi, przeszczepianymi narządami.</p> <p>4) Zapewnienie realizacji wymogów dotyczących udokumentowanego i czytelnego monitorowania wartości temperatur w pojemniku transportowym podczas całego okresu transportu i przechowywania pobranego narządu przed przeszczepieniem, w szczególności wdrożenie w stosownych dokumentach SZJ opisu sposobu umieszczania termometru w pojemniku transportowym podczas transportu i przechowywania pobranego narządu, konieczności systematycznego i dokumentowanego wzorcowania termometru służącego do monitorowania temperatury transportu i przechowywania pobranego narządu, oraz konieczności przeprowadzania w sposób udokumentowany walidacji procesu transportu pobranego narządu.</p> <p>5) Wskazanie w stosownych dokumentach SZJ materiałów źródłowych, na podstawie których w obowiązującej w KChOiT procedurze przyjęto temperaturę transportu i przechowywania narządów w zakresie 0-4°C.</p> <p>6) Mając na uwadze wymogi określone w art. 37c ustawy o p.p.p., wdrożenie w stosownych dokumentach SZJ obowiązujących w KChOiT:</p> <ul style="list-style-type: none"> - konieczność udokumentowanej weryfikacji przez upoważnioną osobę warunków transportu i przechowywania do czasu przeszczepienia pobranej wątroby oraz wskazania miejsca i czasu przechowywania ww. Karty np. w dokumentacji dotyczącej koordynacji, - konieczność udokumentowanego przekazania pobranego narządu do przechowywania. <p>7) Uwzględnienie w stosownych dokumentach SZJ wymogu dokumentowania przebiegu konsultacji kwalifikującej do zabiegu przeszczepienia wątroby zarówno w stosownej dokumentacji medycznej konsultowanego pacjenta, jak i w formularzu zgłoszenia do KLO, w przypadku jego zakwalifikowania do zabiegu przeszczepienia.</p> <p>8) Uwzględnienie w stosownych dokumentach</p>
--	--	--	--	---	--

				<p>w momencie wystąpienia krwotoku;</p> <ul style="list-style-type: none"> - w opisie techniki „piggy back” ujętym w pkt. IX procedury OP2/KChOiT 4 nie uwzględniono, że preparowanie wężadła wątrobowo-dwunastniczego należy zaczynać nisko nad dwunastnicą oraz że możliwe jest użycie tzw. staplera naczyniowego na etapie odcinania żył wątrobowych między wątrobą a nadwątrobowym odcinkiem żyły głównej dolnej; - stwierdzono w dokumentacji medycznej niezgodności w zakresie podpisu opisu operacji przez operatora; - na podstawie dostępnych dokumentów, nie można jednoznacznie ustalić chronologii wykonywania poszczególnych czynności chirurgicznych podczas zabiegu; - zgłoszenia istotnej reakcji niepożądanego nastąpiło z kilkunastodniowym opóźnieniem. 	<p>SZJ algorytmu obliczania liczby punktów w skali MELD, MELD-Na oraz Child-Pugh oraz konieczność dokumentowania danych użytych do konkretnych obliczeń jak i samego wyniku obliczeń.</p> <p>9) Uwzględnienie w stosownych dokumentach SZJ (w szczególności w tzw. procedurach transplantacyjnych) konieczność wykonania i oceny wyników obiektywnego badania obrazowego (tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego) u (za)kwalifikowanego do przeszczepienia pacjenta w przypadku rozpoznania lub wystąpienia w wywiadzie ostrej choroby jamy brzusznej wymagającej hospitalizacji w ciągu 6 miesięcy poprzedzających kwalifikację, przy czym oczywistym jest, że ostateczną decyzję o możliwości lub jej braku wykonania ww. badań podejmuje lekarz sprawujący opiekę nad kwalifikowanym pacjentem, a decyzję o konieczności lub braku konieczności ich wykonania – lekarz bezpośrednio kwalifikujący do zabiegu. Obie decyzje powinny zostać udokumentowane w stosownej dokumentacji medycznej pacjenta.</p> <p>10) Uwzględnienie w stosownych dokumentach SZJ konieczności zapewnienia w KChOiT dostępu do zdjęć najbardziej aktualnych obiektywnych badań obrazowych (TK, MRI) wykonanych u potencjalnych biorców narządów, a nie jedynie do opisów ww. badań oraz konieczności przeprowadzenia przez zespół chirurgiczny i radiologów w SKDJ udokumentowanej oceny najbardziej aktualnych wyników obiektywnych badań obrazowych (TK, MRI) u chorych wpisanych na KLO i oczekujących na przeszczep wątroby w KChOiT – tak aby ocenić wszystkie warianty anatomiczne struktur jamy brzusznej i móc zaplanować postępowanie w czasie zabiegu, o ile tylko stan kliniczny ww. chorych na to pozwala.</p> <p>11) Podjęcie przez SKDJ działań mających na celu umożliwienie operatorowi przed zabiegiem samodzielne zapoznanie się z wynikami najbardziej aktualnych obiektywnych badań obrazowych (a nie wyłącznie ich opisów) oraz wynikami</p>
--	--	--	--	--	--

					<p>konsylium chirurgiczno-radiologicznego.</p> <p>12) Podjęcie działań, aby wszystkie informacje przekazywane pacjentowi, przed wyrażeniem przez niego zgody na zabieg operacyjny, w tym informacje, które dotyczą możliwości wystąpienia dodatkowego ryzyka podczas operacji, były stosownie odnotowywane w dokumentacji medycznej pacjenta.</p> <p>13) Zapewnienie, aby wszelkie ustalenia między jednostką zamawiającą składniki krwi, tj. SKDJ, a jednostką je wydającą, były zgodne z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa i stosowymi dokumentami SZJ.</p> <p>14) Uwzględnienie w stosownych dokumentach SZJ zasad postępowania w przypadku występowania różnic w zakresie grup głównych krwi, podczas zabiegu przeszczepienia wątroby nieidentycznej grupowo.</p> <p>15) Uwzględnienie w stosownych dokumentach SZJ opisu postępowania mającego na celu maksymalne skrócenie czasu podania składników krwi lub produktów krwiopochodnych podczas zabiegu operacyjnego od momentu wystąpienia nagłej sytuacji klinicznej wymagającej zastosowania ww. preparatów.</p> <p>16) Podjęcie działań, aby podczas każdego zabiegu szeroko rozumianego przeszczepiania wątroby, dostępne w KChOiT urządzenie Cell Saver pozostawało w stanie gotowości do natychmiastowego użycia w razie konieczności. Tym samym należy również przewidzieć zapewnienie obecności stosownie przeszkolonego personelu dedykowanego do obsługi ww. urządzenia.</p> <p>17) Uwzględnienie w stosownych dokumentach SZJ (w szczególności w tzw. procedurach transplantacyjnych) sposobu preparowania i rozdzielania struktur więzadła wątrobowo-dwunastniczego.</p> <p>18) Uwzględnienie w stosownych dokumentach SZJ sposobu umieszczania taśmy, której zaciśnięcie blokowałoby przepływ przez struktury więzadła (manewr Pringle'a) i wyszczególnienia przypadków stosowania ww. manewru.</p> <p>19) Podjęcie działań w celu niezwłocznego</p>
--	--	--	--	--	--

					<p>dokonania zakupu zszywaczy (<i>staplerów</i>) naczyniowych oraz uwzględnienia w stosownych dokumentach SZJ KChOiT/SKDj, m.in. w procedurze KChOiT 4 konieczności ich rutynowego zastosowania podczas hepatektomii poprzedzającej ortotopowe przeszczepienie wątroby.</p> <p>20) Wprowadzenie w stosownych dokumentach SZJ wymogu podpisywania opisu operacji przez osobę ją wykonującą (operatora).</p> <p>21) Wzmożenie nadzoru nad dokumentowaniem przebiegu zabiegów operacyjnych w sposób umożliwiający jednoznaczne odtworzenie rodzaju i chronologii wykonywanych czynności chirurgicznych. Niedopuszczalne jest nieuwzględnianie istotnych odchyłeń od rutynowego postępowania, w tym przypadku np. poprzecznego zaklepowania żyły głównej dolnej na blisko półtorej godziny.</p> <p>22) Ustalenie w procedurach schematu badań USG-Doppler jamy brzusznej po przeszczepie wątroby z pomiarem przepływów naczyniowych, z możliwością modyfikacji badania, w szczególnych okolicznościach przez operatora lub lekarza prowadzącego.</p> <p>23) Zapewnienie bezwzględnego przestrzegania § 15 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 czerwca 2017 r. w sprawie niepowtarzalnego oznakowania, sposobu oznaczania i monitorowania komórek, tkanek i narządów, zgodnie z którym zgłoszenia istotnej reakcji niepożądanego dokonuje się drogą elektroniczną nie później niż w ciągu 24 godzin od stwierdzenia zaistnienia tej reakcji.</p> <p>24) Uwzględnienie w stosownych dokumentach SZJ wniosku zawartego w zgłoszeniach obu IRN a mianowicie „<i>w sytuacji przedłużania się czasu niedokrwienia zorientować się, czy sąsiedni ośrodek w CSK WUM nie jest w stanie zorganizować alternatywnego biorcy szybciej</i>”.</p>
13.	Departament Nadzoru, Kontroli i Skarg	Instytut Żywności i Żywienia im. prof. dr med. Aleksandra Szczygła w Warszawie, ul.	Realizacja zaleceń pokontrolnych sformułowanych w wyniku ostatniej kontroli Ministra Zdrowia oraz prawidłowość wykorzystania środków publicznych	1) Instytut nie podjął skutecznych działań mających na celu zwiększenie efektywności prowadzonych tematów i zadań	<p>1) Zintensyfikowanie działań mających na celu zwiększenie efektywności prowadzonych przez Instytut tematów i zadań badawczych.</p> <p>2) Terminowa realizacja obowiązków</p>

		Powsińska 61/63, 02-903 Warszawa.	<p>przekazanych przez Ministra Zdrowia na podstawie:</p> <ul style="list-style-type: none"> – umowy nr BFI/INST/RC/85112/6230/1108/1123 z dnia 27 października 2017 r. na udzielenie dotacji celowej na zakupy inwestycyjne; – umowy nr 6/1.2.2/NPZ/2017 – /1108/729 z dnia 17 lipca 2017 r. na realizację zadania z zakresu zdrowia publicznego pn. „Utworzenie i prowadzenie ogólnopolskiego centrum edukacji żywieniowej i zdrowego stylu życia w zakresie punktu 1.2.2” w ramach Narodowego Programu Zdrowia. 	<p>badawczych.</p> <p>2) Instytut złożył pisemne oświadczenie o uruchomieniu, oddaniu do użytku i wpisaniu zakupionej w ramach niniejszej umowy aparatury/sprzętu medycznego do ewidencji księgowej środków trwałych, bez zachowania trzymiesięcznego terminu od daty jego zakupu, co stanowiło uchybienie § 5 ust. 3 przedmiotowej umowy i było działaniem nierzetelnym.</p>	<p>wynikających z umów zawartych z Ministrem Zdrowia.</p>
14.	Departament Nadzoru, Kontroli i Skarg	Śląska Izba Lekarska w Katowicach, ul. Grażyńskiego 49a, 40-126 Katowice.	<p>Prawidłowość wykorzystania środków publicznych na realizację umów o numerach nr 8/IL/1840/1742/16 z dnia 1 grudnia 2016 r. oraz 8/IL/1840/1116/17 z dnia 26 października 2017 r., zawartych z Ministrem Zdrowia na przekazanie środków finansowych na pokrycie kosztów czynności związanych z realizacją zadań, o których mowa w ustawie z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich, przekazanych w latach 2016 – 2017.</p>	<p>1) Nie przedłożono do rozliczenia w ramach przekazanych środków finansowych, czynności Okręgowego Sądu Lekarskiego spełniające wymogi określone w umowie.</p> <p>2) Nie wykorzystano środków finansowych na realizację zadań objętych umową zgodnie z ich przeznaczeniem, w szczególności dotyczących czynności Okręgowego Sądu Lekarskiego, ujmowanych w Rocznym sprawozdaniu z liczby zrealizowanych zadań określonych umową.</p>	<p>1) Przedkładanie do rozliczenia w ramach przekazanych środków finansowych, czynności Okręgowego Sądu Lekarskiego spełniające wymogi określone w umowie zawartej z Ministrem Zdrowia.</p> <p>2) Wykorzystywanie środków finansowych na realizację zadań objętych umową zgodnie z ich przeznaczeniem, w szczególności dotyczących czynności Okręgowego Sądu Lekarskiego, ujmowanych w Rocznym sprawozdaniu z liczby zrealizowanych zadań określonych umową.</p> <p>3) Dokonanie zwrotu środków finansowych wykorzystanych niezgodnie z przeznaczeniem.</p>