



**WOJEWODA MAZOWIECKI**

Warszawa, 7 marca 2018 r.

WZ-VI.9612.1.19.2018

**Pan  
Witold Bromboszcz  
Szpital Grochowski  
im. dr med. Rafała Masztaka  
Spółka z o.o.  
ul. Grenadierów 51/59  
04-073 Warszawa**

#### **WYSTĄPIENIE POKONTROLNE**

Na podstawie art. 111 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (dalej ustawa o działalności leczniczej – Dz. U. z 2018 r. poz. 160, z późn. zm.) przeprowadzona została kontrola problemowa w Oddziale Kardiologii (dalej Oddział), komórce organizacyjnej 004 zakładu leczniczego pn. Szpital, mieszczącej się przy ul. Grenadierów 51/59 w Warszawie.

Tematyka kontroli obejmowała zgodność wykonywanej działalności z przepisami określającymi warunki wykonywania działalności leczniczej.

Kontrolą objęto badanie stanu faktycznego w dniach prowadzenia kontroli.

W związku z kontrolą, której szczegółowe wyniki przedstawione zostały w protokole kontroli, podpisanym bez zastrzeżeń w dniu 19 lutego 2018 r., przekazuję Panu niniejsze wystąpienie pokontrolne.

W trakcie kontroli ustalono, że Oddział Kardiologii dysponował 57 łózkami – jak ustalono na podstawie księgi rejestrowej podmiotu leczniczego. Podmiot leczniczy posiadał regulamin organizacyjny zawierający wszystkie elementy określone w art. 24 ustawy o działalności leczniczej. Dla potrzeb Oddziału zapewniono pomieszczenie specjalnie przeznaczone na przechowywanie zwłok osoby zmarłej w okresie pomiędzy stwierdzeniem zgonu a przewiezieniem ich do chłodni,

zapewniające godność należną zmarłemu, zgodnie z § 3 ust. 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 kwietnia 2012 r. w sprawie sposobu postępowania podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne ze zwłokami pacjenta w przypadku śmierci pacjenta (Dz. U. z 2012 r. poz. 420). W dokumentacji placówki zgromadzono dokumenty potwierdzające prawo wykonywania zawodu aktualnie zatrudnionej kadry lekarskiej i pielęgniarskiej. Podmiot posiadał umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, zgodnie z obowiązkiem ustalonym w art. 25 ust. 1 pkt 1 i ust. 2 ustawy o działalności leczniczej. W placówce umieszczono informację o prawach pacjenta, zgodnie z wymogiem określonym w art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017 r. poz. 1318 z późn. zm.). Podmiot dysponował dokumentacją potwierdzającą sprawność techniczną aparatury i sprzętu medycznego wykorzystywanego przy udzielaniu świadczeń medycznych w Oddziale, do której posiadania i okazania organowi kontroli podmiot jest zobowiązany na podstawie art. 90 ust. 6, 7 i 9 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 211, z późn. zm.). Dokumentacja medyczna prowadzona i przechowywana była zgodnie z normami ustalonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2015 r. poz. 2069).

W wyniku kontroli stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Niespełnienie wymogów określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (dalej rozporządzenie w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą – Dz. U. z 2012 r. poz. 739), przez następujące pomieszczenia kontrolowanego Oddziału:
  - a) dwa pokoje łóżkowe, w których łóżka pacjentów nie były dostępne z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych oraz pięć łóżek znajdujących się na korytarzach odcinka A i odcinka B również nie posiadało dostępu z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych, co jest niezgodne z § 18 ww. rozporządzenia,
  - b) trzy pokoje łóżkowe, w których szerokość drzwi uniemożliwiała ruch pacjentów na łóżkach, co stanowi naruszenie § 32 ww. rozporządzenia,

- c) brudownik znajdujący się w odcinku A, który nie został wyposażony w wentylację mechaniczną wyciągową, co jest niezgodne z normą ustaloną w pkt 5 części II załącznika nr 1 do ww. rozporządzenia.
2. Niedokonywanie przy wypisywaniu pacjentów ze szpitala adnotacji o sprawdzeniu zgodności znaku identyfikacyjnego umieszczonego na opasce pacjenta ze znakiem identyfikacyjnym umieszczonym w dokumentacji medycznej oraz o wydaniu pacjentowi albo jego opiekunowi prawnemu opaski identyfikacyjnej, co stanowi naruszenie § 7 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie warunków, sposobu i trybu zaopatrywania pacjentów szpitala w znaki identyfikacyjne oraz sposobu postępowania w razie stwierdzenia ich braku (dalej rozporządzenie w sprawie zaopatrywania pacjentów szpitala w znaki identyfikacyjne – Dz. U. z 2012 r. poz. 1098).
  3. Umieszczenie na znakach identyfikacyjnych pacjentów informacji określonych w art. 36 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej – w sposób umożliwiający identyfikację pacjenta przez osoby nieuprawnione. Na wewnętrznej stronie opaski zamieszczono nazwisko i imię oraz numer PESEL pacjenta. Zgodnie ze stanowiskiem Ministerstwa Zdrowia wyrażonym w piśmie z 23 marca 2016 r., znak OZP.024.80.2016/AW znak identyfikacyjny pacjenta zawiera informacje pozwalające na ustalenie imienia i nazwiska oraz daty urodzenia pacjenta zapisane w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta przez osoby nieuprawnione. Celem regulacji jest ustalenie tożsamości pacjenta przy jednoczesnym zapewnieniu ochrony jego danych osobowych. W opinii Ministerstwa Zdrowia wyrażonej w ww. piśmie dopuszczalne jest wpisanie na opasce zakładanej pacjentowi, oprócz określonych w ustawie informacji o nim zakodowanych w postaci np. kodu kreskowego, także jego imienia i nazwiska na życzenie i za zgodą uprawnionej osoby (pacjenta albo jego przedstawiciela ustawowego).  
W dokumentacji medycznej brak było pisemnej zgody pacjenta albo jego przedstawiciela ustawowego na umieszczanie ww. danych osobowych.

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

1. Dostosowania pomieszczeń Oddziału Kardiologii do wymogów rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w zakresie niezgodności wymienionych w punkcie 1. wystąpienia pokontrolnego – w terminie do 30 września 2018 r.

2. Dokonywania przy wypisywaniu pacjentów ze szpitala adnotacji w indywidualnej dokumentacji medycznej o sprawdzeniu zgodności znaku identyfikacyjnego umieszczonego na opasce pacjenta ze znakiem identyfikacyjnym umieszczonym w dokumentacji medycznej oraz o wydaniu pacjentowi albo jego opiekunowi prawnemu opaski identyfikacyjnej, zgodnie z obowiązkiem ustalonym w § 7 ust. 3 rozporządzenia w sprawie zaopatrywania pacjentów szpitala w znaki identyfikacyjne.
3. Umieszczenia na znakach identyfikacyjnych pacjentów informacji w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta przez osoby nieuprawnione, zgodnie z wymogiem określonym w art. 36 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej, bądź włączenia do dokumentacji medycznej pisemnej zgody uprawnionej osoby (pacjenta albo jego przedstawiciela ustawowego) na umieszczanie danych osobowych.

Zalecenia określone w punktach 2. i 3. należy zrealizować w terminie 14 dni od daty otrzymania wystąpienia pokontrolnego.

Ponadto pragnę zwrócić Pana uwagę na fakt, że dniu 25 stycznia 2018 r. pięciu pacjentów Oddziału Kardiologii znajdowało się na dodatkowych łózkach umieszczonych na korytarzu odcinka A i odcinka B, natomiast 5 z 57 łóżek Oddziału pozostawało nieobłożonych w celu zabezpieczenia rezerwy łóżkowej dla przypadków pilnych, w szczególności dla pacjentów skierowanych z Pracowni Hemodynamiki lub Pododdziału Intensywnej Terapii Kardiologicznej. W związku z powyższym należy podjąć działania zapewniające każdemu pacjentowi miejsce w pokoju łóżkowym, a w sytuacji gdy występuje potrzeba wyznaczenia stałej rezerwy łóżkowej dla przypadków pilnych, niezbędne jest zwiększenie liczby łóżek w dodatkowo wydzielonych pomieszczeniach Oddziału.

Jednocześnie zobowiązuję Pana do poinformowania Wojewody Mazowieckiego, z powołaniem znaku pisma WZ-VI.9612.1.19.2018, o sposobie realizacji zaleceń i wykorzystania wniosku pokontrolnego.

z up. WOJEWODY MAZOWICKIEGO  
*Jarosław Chmielewski*  
Dyrektor Wydziału Zdrowia