



**WOJEWODA MAZOWIECKI**

Warszawa, 03.09. 2018 r.

WZ-VI.9612.1.116.2018

**Pan  
Paweł Obermeyer  
Dyrektor  
Samodzielnego Publicznego  
Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej  
im. Marszałka Józefa Piłsudskiego  
w Płońsku  
ul. Sienkiewicza 7  
09-100 Płońsk**

#### **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.), przeprowadzono kontrolę problemową w Oddziale rehabilitacyjnym, komórce organizacyjnej 051 i Oddziale rehabilitacji neurologicznej, komórce organizacyjnej 075 Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Marszałka Józefa Piłsudskiego w Płońsku (dalej szpital), mieszczącego się przy ul. Sienkiewicza 7 w Płońsku.

Tematyka kontroli obejmowała badanie zgodności wykonywania działalności leczniczej z przepisami określającymi warunki wykonywania działalności leczniczej.

Kontrolą objęto badanie stanu faktycznego w dniach przeprowadzenia kontroli.

W związku z kontrolą, której szczegółowe wyniki przedstawiono w protokole kontroli, podpisanym bez zastrzeżeń w dniu 14 sierpnia 2018 r., przekazuję Panu Dyrektorowi niniejsze wystąpienie pokontrolne.

W trakcie kontroli stwierdzono, że Oddział rehabilitacyjny dysponował 24 łózkami, a Oddział rehabilitacji neurologicznej dysponował 6 łózkami – jak ustalono w księdze rejestrowej podmiotu leczniczego. Dla potrzeb Oddziału zapewniono pomieszczenie specjalnie przeznaczone na przechowywanie zwłok osoby zmarłej w okresie pomiędzy stwierdzeniem zgonu

a przewiezieniem ich do chłodni, zapewniając 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 aktualnie zatrudnionej kadry lekarskiej, pielęgniarskiej i fizjoterapeutów. 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 trakcie kontroli stwierdzono, że opracowane i wdrożone dla kontrolowanych oddziałów minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek uwzględniały ich specyfikę oraz zostały określone zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami. Pacjenci kontrolowanych Oddziałów byli zaopatrzeni w znaki identyfikacyjne, zawierające informacje zapisane w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta przez osoby nieuprawnione, zgodnie z wymogami określonymi w art. 36 ustawy o działalności leczniczej oraz w rozporządzeniu 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). W Oddziałach 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 leczniczy dysponował dokumentacją potwierdzającą sprawność techniczną aparatury i sprzętu medycznego wykorzystywanego przy udzielaniu świadczeń medycznych w Oddziale rehabilitacyjnym i Oddziale rehabilitacji neurologicznej, do której posiadania i okazania organowi kontroli 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. Brak rezerwowego źródła zaopatrzenia w wodę zapewniającego co najmniej jej 12-godzinny zapas, co stanowi naruszenie § 40 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r.

w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012 r. poz. 739).

2. Niespełnienie wymogów określonych w rozporządzeniu w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą poprzez:

- a) niezapewnienie punktu pielęgniarskiego z pokojem przygotowawczym, co jest niezgodne z częścią II, pkt 2 załącznika nr 1 do ww. rozporządzenia,
- b) brudownik, który nie został wyposażony w płuczkę-dezynfektor oraz wentylację mechaniczną wyciągową, co stanowi naruszenie pkt. 5 części II załącznika nr 1 do ww. rozporządzenia.

Ponadto pomieszczenia kontrolowanych Oddziałów były przechodnie – przez kontrolowane Oddziały zapewniono przejście do Oddziału reumatologicznego, co stanowi naruszenie § 15 ww. rozporządzenia.

3. Niedokonywanie przy wypisywaniu pacjentów ze szpitala adnotacji w indywidualnej dokumentacji medycznej o sprawdzeniu zgodności znaku identyfikacyjnego umieszczonego na opasce ze znakiem identyfikacyjnym umieszczonym w dokumentacji medycznej, co jest niezgodne z § 7 ust. 3 rozporządzenia w sprawie zaopatrywania pacjentów szpitala w znaki identyfikacyjne.

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

1. Zapewnienia rezerwowego źródła zaopatrzenia w wodę zapewniającego co najmniej jej 12-godzinny zapas – w terminie do 31 sierpnia 2019 r.
2. Dostosowania pomieszczeń Oddziału rehabilitacyjnego i Oddziału rehabilitacji neurologicznej do wymogów określonych w rozporządzeniu w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie ustalonych nieprawidłowości w punkcie 2 wystąpienia – w terminie do 28 lutego 2019 r.
3. 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, zgodnie z obowiązkiem ustalonym w § 7 ust. 3 rozporządzenia w sprawie zaopatrywania pacjentów



szpitala w znaki identyfikacyjne – w terminie 14 dni od daty otrzymania niniejszego wystąpienia.

Jednocześnie zobowiązuję Pana Dyrektora do poinformowania Wojewody Mazowieckiego, z powołaniem znaku pisma: WZ-VI.9612.1.116.2018, o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych.



z up. WOJEWODY MAZOWIECKIEGO

Jarosław Chmielewski  
Dyrektor Wydziału Zdrowia

Do wiadomości:

Starostwo Powiatowe w Płońsku

ul. Płocka 39

09-100 Płońsk