



WOJEWODA MAZOWIECKI

Warszawa, 03 września 2018 r.

WZ-VI.9612.1.114.2018

**Pani
Grażyna Napierska
Dyrektor
Samodzielnego Publicznego
Zakładu Opieki Zdrowotnej
Warszawa-Ursynów
ul. Zamiany 13
02-786 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 2016 r. poz. 1638, z późn. zm.) przeprowadzona została kontrola problemowa w Oddziałach szpitalnych, jednostce organizacyjnej 09 – Ursynowskie Centrum Zabiegowe (dalej Oddziały) zakładu leczniczego pn. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Warszawa-Ursynów Ursynowskie Centrum Zabiegowe (dalej Szpital), mieszczących się przy ul. Kajakowej 12 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 28 sierpnia 2018 r., przekazuję Pani Dyrektor niniejsze wystąpienie pokontrolne.

W trakcie kontroli stwierdzono, że Oddziały dysponowały łącznie 14 łózkami, w tym 2 miejscami intensywnej opieki medycznej – jak ustalono w księdze rejestrowej podmiotu leczniczego. Oddziały były ze sobą funkcjonalnie powiązane i tworzyły wspólny kompleks

pomieszczeń, a świadczeń medycznych udzielał jeden zespół lekarski oraz pielęgniarski. Dla potrzeb kontrolowanego 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). Podmiot leczniczy posiadał regulamin organizacyjny zawierający wszystkie elementy określone w art. 24 ustawy o działalności leczniczej. 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). 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.). Pacjenci Oddziałów zostali zaopatrzeni w znaki identyfikacyjne, zawierające zapisane w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta przez osoby nieuprawnione, zgodnie z wymogiem określonym w art. 36 ustawy o działalności leczniczej oraz 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 (Dz. U. z 2012 r. poz. 1098). W przypadku umieszczenia na znaku identyfikacyjnym imienia i nazwiska pacjenta oraz jego PESEL – Szpital w indywidualnej dokumentacji medycznej dołączał pisemną zgodę pacjenta „na przetwarzanie danych osobowych, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101 poz. 926, z późn. zm.).”

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). Podmiot leczniczy posiadał opracowane minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych, które uwzględniały kontrolowany Oddział, zgodnie z wytycznymi określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. z 2012 r. poz. 1545). Zbiorcza 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 (dalej rozporządzenie w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej – Dz. U. z 2015 r. poz. 2069).

W wyniku kontroli stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Niezapewnienie rezerwowego źródła zaopatrzenia szpitala w wodę zapewniającego co najmniej 12-godzinny zapas, co jest niezgodne z § 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. Niedokonywanie 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 opaski pacjentowi, co stanowi naruszenie § 7 ust. 3 rozporządzenia w sprawie zaopatrywania pacjentów szpitala w znaki identyfikacyjne.

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

1. Zapewnienie rezerwowego źródła zaopatrzenia szpitala w wodę zapewniającego co najmniej 12-godzinny zapas – w terminie 6 miesięcy od daty otrzymania wystąpienia pokontrolnego.
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 opaski pacjentowi, zgodnie z obowiązkiem ustalonym w § 7 ust. 3 rozporządzenia w sprawie zaopatrywania pacjentów szpitala w znaki identyfikacyjne.

Zalecenie należy zrealizować w terminie 14 dni od daty otrzymania wystąpienia pokontrolnego.

Jednocześnie zobowiązuję Panią do poinformowania Wojewody Mazowieckiego, z powołaniem znaku pisma WK-II.9612.1.114.2018, o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych.

z up. WOJEWODY MAZOWIECKIEGO

Jarosław Chmielewski
Dyrektor Wydziału Zdrowia

Do wiadomości:

Urząd m.st. Warszawy
pl. Bankowy 3/5
00-950 Warszawa

Sposzpedite:
S. Jancz - Jedlele

KIEROWNIK
Oddziału Kontroli
Podmiotów Leczniczych
Anna Pietrzak