



**WOJEWODA MAZOWIECKI**

Warszawa, 05.11. 2018 r.

WZ-VI.9612.1.152.2018

**Pan  
Dariusz Hajdukiewicz  
Dyrektor  
Samodzielnego Publicznego Szpitala  
Klinicznego im. prof. Witolda Orłowskiego  
Centrum Medycznego  
Kształcenia Podyplomowego  
ul. Czerniakowska 231  
00-416 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. 2190, z późn. zm.), przeprowadzona została kontrola problemowa w Oddziale Klinicznym Geriatrii, Chorób Wewnętrznych i Chorób Metabolicznych Kości (dalej Oddział) – komórce organizacyjnej 003 Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego im. prof. Witolda Orłowskiego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, mieszczącym się przy ul. Czernikowskiej 231 w Warszawie.

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 przedstawione zostały w protokole kontroli, podpisanym bez zastrzeżeń w dniu 23 października 2018 r., przekazuję Panu Dyrektorowi niniejsze wystąpienie pokontrolne.

W trakcie kontroli stwierdzono, że kontrolowany Oddział dysponował trzydziestoma łózkami – jak ustalono na podstawie księgi rejestrowej podmiotu leczniczego. W dniach prowadzenia kontroli w Oddziale przebywało dwudziestu sześciu pacjentów. Ponadto podczas kontroli stwierdzono, że w ramach kontrolowanego Oddziału funkcjonował Pododdział Geriatryczny (komórka organizacyjna 133), który stanowił integralną część z kontrolowanym Oddziałem. Ww. Oddziały były ze sobą funkcjonalnie powiązane, świadczenia zdrowotne udzielane były przez jeden zespół lekarski i 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). Kierownik podmiotu leczniczego odpowiadał wymaganiom określonym w art. 46 i art. 47 ustawy o działalności leczniczej. W dokumentacji placówki zgromadzono dokumenty potwierdzające prawo wykonywania zawodu aktualnie zatrudnionej kadry lekarskiej, pielęgniarskiej oraz fizjoterapeuty. 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 ustalono również, że opracowane i wdrożone dla kontrolowanego oddziału minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek uwzględniały jego specyfikę oraz zostały określone zgodnie z zasadami ustalonymi 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). Pracownicy oddziału zgodnie z art. 36 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej nosili w widocznym miejscu identyfikatory zawierające imię i nazwisko oraz pełnioną funkcję. Pacjenci Oddziału zostali zaopatrzeni w znaki identyfikacyjne, zawierające informacje 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 Oddziale 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 2016 r. poz. 186, z późn. zm.). Indywidualna 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. 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 brudownik, który nie został wyposażony w wentylację mechaniczną wyciągową, co jest niezgodne z wymogiem ustalonym w pkt. 5 części II załącznika nr 1 ww. rozporządzenia.

Ponadto Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w m. st. Warszawie (dalej PWIS) w postanowieniu z dnia 30 maja 2018 r., znak: EPN/0061/2018 stwierdził brak dostępu w pokojach łóżkowych do łóżek z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych, co stanowi naruszenie § 18 rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą. W opinii PWIS ww. nieprawidłowość nie ma wpływu na bezpieczeństwo pacjentów.

2. Nieuwzględnienie w regulaminie organizacyjnym podmiotu leczniczego wysokości opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być, zgodnie z przepisami ustawy lub przepisami odrębnymi, udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością w kontrolowanym oddziale, co jest niezgodne z art. 24 ust. 1 pkt 12 ustawy o działalności leczniczej.
3. Nieokazanie dokumentów potwierdzających sprawność techniczną aparatury i sprzętu medycznego wykorzystywanego przy udzielaniu świadczeń medycznych, w kontrolowanym oddziale:
  - a) aparatu EKG BTL MTPlus, firmy BTL Polska,
  - b) bieżni diagnostycznej z modułem pomiarów, firmy Fullvision,
  - c) łóżek rehabilitacyjnych (nr seryjny: 0307/06158 i 0307/06150 oraz nr inwentarzowy 013-1-803ŁW001), firmy Famed Żywiec,
  - d) stanowiska do prób wysiłkowych, firmy Reynolds Medical,

- e) bronchofiberoskopu BF-60 (nr seryjny 1400045), firmy Olympus,
- f) kardiomonitorów MP5 (nr seryjny: DE21074988, DE21075079 i DE21075082), firmy Philips,
- g) aparatu USG Sparg, firmy Philips,

do których 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. 876, z późn. zm.).

4. Nieprawidłowe prowadzenie zbiorczej dokumentacji medycznej.

a) *Księga chorych oddziału* nie zawierała:

- godziny wpisu,
- rozpoznania przy wypisie albo adnotacji o wystawieniu karty zgonu,
- rozpoznania onkologicznego po wypisaniu pacjenta, na podstawie wyniku badania diagnostycznego, który nie był znany w dniu wypisu,
- adnotacji o miejscu, do którego pacjent został wypisany,
- oznaczenia lekarza wypisującego,

co stanowi naruszenie § 29 pkt 7, 9, 10, 11 i 12 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej,

b) *Księga raportów lekarskich* nie zawierała numeru kolejnego wpisu, co jest niegodne § 30 pkt 2 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej.

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


1. Dostosowania pomieszczeń kontrolowanego Oddziału do wymogów rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie niezgodności dotyczącej brudownika i dostępu w pokojach łóżkowych do łóżek z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych – w terminie 12 miesięcy od daty jego otrzymania.
2. Zaktualizowania zapisów regulaminu organizacyjnego w zakresie wysokości opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być, zgodnie z przepisami ustawy o działalności leczniczej lub przepisami odrębnymi, udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością w kontrolowanym oddziale zgodnie z ustawą o działalności leczniczej.

3. Przesłania do Wydziału Zdrowia Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego w Warszawie kopii dokumentacji potwierdzającej sprawność techniczną aparatury i sprzętu medycznego wymienionych w punkcie 3. wystąpienia.
4. Prowadzenia zbiorczej dokumentacji medycznej zgodnie z normami ustalonymi w rozporządzeniu w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej.

Zalecenia określone w punktach 2. i 4. należy realizować w terminie 14 po otrzymaniu wystąpienia.

Zalecenie określone w punkcie 3. należy zrealizować w terminie 30 dni od daty otrzymania wystąpienia.

Jednocześnie zobowiązuję Pana Dyrektora do poinformowania Wojewody Mazowieckiego, z powołaniem znaku pisma: WZ-VI.9612.1.152.2018, o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych.

  
z up WOJEWODY MAZOWIECKIEGO  
Jarosław Chmielewski  
Dyrektor Wydziału Zdrowia

**Do wiadomości:**

Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego  
ul. Marymoncka 99/103  
01-813 Warszawa

