



WOJEWODA MAZOWIECKI

Warszawa, 5 grudnia

2018r.

WZ-VI.9612.1.139.2018

**Pan
Zbigniew Białczak
Dyrektor
Samodzielnego Publicznego
Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej
w Żurominie
ul. Szpitalna 56
09-300 Żuromin**

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 anestezjologii i intensywnej terapii (dalej Oddział) – komórce organizacyjnej 012 Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Żurominie (dalej SPZZOZ w Żurominie), mieszczącym się przy ulicy Szpitalnej 56 w Żurominie.

Tematyka kontroli obejmowała badanie zgodności wykonywania działalności leczniczej 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 października 2018 r., przekazuję Panu Dyrektorowi niniejsze wystąpienie pokontrolne.

W trakcie kontroli stwierdzono, że Oddział anestezjologii i intensywnej terapii dysponował czterema łózkami, co jest zgodne z zapisami 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, 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 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. 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 (dalej rozporządzenie w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych – Dz. U. z 2012 r. poz. 1545). Pracownicy Oddziału, zgodnie z art. 36 ust 1 ustawy o działalności leczniczej posiadali 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 (dalej rozporządzenie w sprawie zaopatrywania pacjentów szpitala w znaki identyfikacyjne – Dz.U. z 2012 r. poz. 1098). W kontrolowanym 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.) Podmiot leczniczy dysponował dokumentacją potwierdzającą sprawność techniczną aparatury i sprzętu medycznego wykorzystywanego przy udzielaniu świadczeń medycznych w Oddziale anestezjologii i intensywnej terapii, 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.). Indywidualna i 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. 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:

a) pomieszczenie higieniczno-sanitarne dla pacjentów, które nie zostało wyposażone w umywalkę, dozownik z mydłem w płynie, pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte ręczniki, co jest niezgodne z wymogiem ustalonym w pkt. 4 części II załącznika nr 1 ww. rozporządzenia.

Ponadto Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Warszawie stwierdził nieprawidłowości mające wpływ na bezpieczeństwo pacjentów, które zostały ujęte w wydanej w formie postanowienia opinii, znak NEH.9027.46.2018 z dnia 30 stycznia 2018 r. i dotyczą zapewnienia:

b) izolatki dla potrzeb kontrolowanego Oddziału, zgodnie z § 21 rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą,

c) śluzy umywalkowo-fartuchowej, zgodnie z § 22 ww. rozporządzenia,

d) rezerwowego źródła zaopatrzenia szpitala w energię elektryczną czyli agregatu prądotwórczego wyposażonego w funkcję autostartu, zapewniającego co najmniej 30% potrzeb mocy szczytowej, zgodnie z § 41 ww. rozporządzenia.

Przedstawiając powyższe ustalenia, zobowiązuję Pana Dyrektora do podjęcia działań w celu wyeliminowania stwierdzonych w trakcie kontroli nieprawidłowości, a w szczególności do dostosowania pomieszczeń Oddziału anestezjologii i intensywnej terapii do wymogów rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie niezgodności wymienionej w punkcie 1 a) wystąpienia – w terminie do 1 marca 2019 r., natomiast w zakresie niezgodności określonych w punkcie 1 b), c) i d) należy zrealizować w terminie dnia 31 grudnia 2019 r.

Jednocześnie zobowiązuję Pana Dyrektora do poinformowania Wojewody Mazowieckiego, z powołaniem znaku pisma: WZ-VI.9612.1.139.2018, o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych.


z up. WOJEWODY MAZOWIECKIEGO
Jakobław Chmielewski
Dyrektor Wydziału Zdrowia

Do wiadomości:

Starostwo Powiatowe w Żurominie
Pl. Józefa Piłsudskiego 4
09-300 Żuromin