



WOJEWODA MAZOWIECKI

WZ-VI.9612.1.70.2019

Warszawa, 30. 05. 2019 r.

**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. 2190, z późn. zm.) przeprowadzona została kontrola problemowa w Oddziale anestezjologii i intensywnej terapii, komórce organizacyjnej 005 Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Marszałka Józefa Piłsudskiego w Płońsku (dalej Szpital) mieszczącej 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 przedstawione zostały w protokole kontroli, podpisanym bez zastrzeżeń w dniu 25 kwietnia 2019 r., przekazuję Panu Dyrektorowi niniejsze wystąpienie pokontrolne.

W trakcie kontroli stwierdzono, że Oddział anestezjologii i intensywnej terapii dysponował 5 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, 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. Szpital posiadał wyliczone minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek, które uwzględniały kontrolowaną komórkę organizacyjną, zgodnie z wytycznymi określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2018 r. poz. 2012). Pacjenci kontrolowanego 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). Ponadto 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 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 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 2019 r. poz. 175, z późn. zm.).

Dokumentacja medyczna 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. Brak rezerwowego źródła zaopatrzenia w wodę zapewniającego co najmniej jej 12-godzinny zapas, co stanowi naruszenie § 41 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą – Dz.U. z 2019 r. poz. 595.
2. Nieprawidłowe prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej. W trakcie kontroli sprawdzono dokumentację medyczną 50 pacjentów stwierdzając:
 - a) we wszystkich przypadkach dokumentacja nie stanowiła chronologicznie uporządkowanej całości, co jest niezgodne z § 5 rozporządzenie w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej,
 - b) we wszystkich przypadkach brak oznaczenia pacjenta na każdej stronie, co najmniej imieniem i nazwiskiem, co stanowi naruszenie § 6 ust. 1 ww. rozporządzenia,
 - c) w 7 przypadkach brak oświadczenia pacjenta o upoważnieniu do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia i udzielanych świadczeniach zdrowotnych, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą oraz oświadczenia o upoważnieniu do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej, albo adnotacji o niezłożeniu ww. oświadczeń, co jest niezgodne z § 8 ust. 1 pkt 1-2 i ust. 3 ww. rozporządzenia.
3. Nieprawidłowe prowadzenie zbiorczej dokumentacji medycznej – *Księga raportów lekarskich*, nie zawierała oznaczenia podmiotu leczniczego w zakresie nazwy podmiotu oraz numeru kolejnego wpisu, co stanowi naruszenie § 30 pkt 1-2 ww. rozporządzenia.
Ponadto *Księga raportów pielęgniarskich* nie zawierała oznaczenia podmiotu leczniczego w zakresie nazwy podmiotu, co jest niezgodne z § 31 pkt 1 ww. rozporządzenia.

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

1. Zapewnienia rezerwowego źródła zaopatrzenia w wodę zapewniającego co najmniej jej 12-godzinny zapas – w terminie do 30 czerwca 2020 r.
2. Prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z normami ustalonymi w rozporządzeniu sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej, w szczególności indywidualna dokumentacja pacjentów powinna zawierać dane wymienione w punkcie 2. wystąpienia, zaś dokumentacja zbiorcza informacje wymienione w pkt. 3 wystąpienia – w terminie 14 dni od daty otrzymania niniejszego wystąpienia.

Jednocześnie zobowiązuję Pana Dyrektora do poinformowania Wojewody Mazowieckiego, z powołaniem znaku pisma: WZ-VI.9612.1.70.2019, o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych.

z up. WOJEWODY MAZOWIECKIEGO
Jakub Chmielewski
Dyrektor Wydziału Zdrowia



Do wiadomości:
Starostwo Powiatowe w Płońsku
ul. Płocka 39
09-100 Płońsk