



**WOJEWODA MAZOWIECKI**

Warszawa, 23 listopada 2023 r.

WK-V.9612.1.137.2023

**Pan**  
**XXX XXX**  
**Dyrektor**  
**Samodzielnego Publicznego Zakładu**  
**Opieki Zdrowotnej w Garwolinie**  
**ul. Lubelska 50**  
**08-400 Garwolin**

## **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 2023 r. poz. 991, z późn. zm.), przeprowadzona została kontrola problemowa w komórce organizacyjnej 096 – Oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Garwolinie, mieszczącej się przy ul. Lubelskiej 50 w Garwolinie (08-400).

Tematyka kontroli obejmowała zgodność wykonywanej działalności z przepisami określającymi warunki wykonywania działalności leczniczej.

Kontrolą objęto badanie stanu faktycznego w okresie od dnia 1 sierpnia 2023 r. do dnia zakończenia kontroli.

W związku z kontrolą, której szczegółowe wyniki przedstawione zostały w protokole kontroli, podpisanym bez zastrzeżeń w dniu 4 października 2023 r., przekazuję Panu Dyrektorowi niniejsze wystąpienie pokontrolne.

W trakcie kontroli stwierdzono, że kontrolowany Oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej dysponował 28 łózkami – zgodnie z wpisem w księdze rejestrowej podmiotu leczniczego. W dniu 11 września 2023 r. (pierwszy dzień kontroli) w Oddziale chirurgii urazowo-ortopedycznej przebywało 11 pacjentów. Podmiot leczniczy zawarł umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, zgodnie z obowiązkiem ustalonym w art. 25 ust. 1 pkt 1 i ust. 2 ustawy o działalności leczniczej. Podmiot posiadał regulamin organizacyjny zawierający wszystkie elementy określone w art. 24 ustawy o działalności leczniczej. Pracownicy Oddziału – zgodnie z art. 36 ust 1 ustawy o działalności leczniczej – nosili w widocznym miejscu identyfikatory zawierające imię i nazwisko, pełnioną funkcję oraz nazwę podmiotu leczniczego. W dokumentacji podmiotu leczniczego zgromadzono dokumenty potwierdzające prawo wykonywania zawodu aktualnie zatrudnionych lekarzy pielęgniarek. 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 2023 r. poz. 1545, z późn. zm.). Podmiot leczniczy dysponował dokumentacją potwierdzającą sprawność techniczną aparatury i sprzętu medycznego wykorzystywanego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w Oddziale chirurgii urazowo-ortopedycznej, do której posiadania i okazania organowi kontroli jest zobowiązany na podstawie art. 63 ust. 3, 4 i 6 ustawy z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 974, z późn. zm.). W placówce wydzielono pomieszczenie specjalnie przeznaczone na przechowywanie zwłok osoby zmarłej w okresie pomiędzy stwierdzeniem zgonu a przewiezieniem ich do chłodni, 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). Dokumentacja medyczna przechowywana była zgodnie z normami ustalonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 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 2022 r. poz. 1304, z późn. zm.).

W wyniku kontroli stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Nieokazanie w trakcie kontroli dokumentacji potwierdzającej przeprowadzenie okresowego przeglądu wentylacji mechanicznej zamontowanej w brudownikach Oddziału chirurgii urazowo-ortopedycznej, do której posiadania podmiot leczniczy jest

zobowiązany na podstawie § 40 ust. 1 i 2 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 2022 r. poz. 402).

2. Niedokonywanie przy wypisywaniu pacjenta ze szpitala adnotacji o sprawdzeniu zgodności znaku identyfikacyjnego umieszczonego na opasce pacjenta ze znakiem identyfikacyjnym umieszczonym w dokumentacji medycznej oraz o wydaniu opaski pacjentowi lub jego opiekunowi prawnemu, co jest niezgodne z § 7 ust. 3 rozporządzenia 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).
3. Nieprawidłowe prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej. Sprawdzono dokumentację 50 pacjentów stwierdzając:
  - a) w 20 przypadkach brak oświadczeń pacjenta:
    - o wyrażeniu zgody na udzielanie informacji (o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych), ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą,
    - o upoważnieniu do dostępu do dokumentacji, co jest niezgodne z § 8 ust. 1 pkt 1 i 2 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej,
  - b) we wszystkich przypadkach brak oznaczenia podmiotu w zakresie: nazwy zakładu leczniczego, nazwy jednostki organizacyjnej oraz jej kodu resortowego stanowiącego część V systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, kodu resortowego komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych stanowiącego część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, co stanowi naruszenie § 10 pkt 1 lit. c, d, e ww. rozporządzenia.

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

1. Przekazania do Wydziału Kontroli Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego w Warszawie, poświadczonych za zgodność z oryginałem, kopii dokumentów potwierdzających

przeprowadzenie okresowego przeglądu wentylacji mechanicznej wskazanego w punkcie 1. wystąpienia.

2. Dokonywania adnotacji w dokumentacji indywidualnej pacjenta w sprawie przekazania opaski pacjentowi, zgodnie z normą ustaloną w § 7 ust. 3 rozporządzenia w sprawie zaopatrywania pacjentów szpitala w znaki identyfikacyjne.
3. Prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z normami ustalonymi w rozporządzeniu w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej, w szczególności indywidualna dokumentacja medyczna powinna zawierać dane wymienione w punkcie 3. wystąpienia.

Zalecenie sformułowane w pkt. 1. należy zrealizować w terminie 30 dni od dnia otrzymania wystąpienia pokontrolnego.

Zalecenia sformułowane w pkt. 2. i 3. należy zrealizować w terminie 14 dni od dnia otrzymania wystąpienia pokontrolnego.

W trakcie czynności kontrolnych poddano analizie stosowanie minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek w kontrolowanym Oddziale chirurgii urazowo-ortopedycznej i ustalono, że w Oddziale brakuje 4,13 etatów pielęgniarskich. W celu zapewnienia ciągłości procesu leczniczego i bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów należy dążyć do dostosowania zatrudnienia pielęgniarek w Oddziale chirurgii urazowo-ortopedycznej do minimalnej liczby równoważników etatowych ustalonej na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2023 r. poz. 870, z późn. zm.).

Jednocześnie zobowiązuję Pana Dyrektora do poinformowania Wojewody Mazowieckiego, z przywołaniem znaku pisma WK-V.9612.1.137.2023, o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych i wykorzystania wniosku pokontrolnego.

*z up. Wojewody Mazowieckiego*

*Artur Subda*

*Dyrektor*

Wydziału Kontroli

Do wiadomości:

Starostwo Powiatowe w Garwolinie

ul. Mazowiecka 26

08-400 Garwolin