



WOJEWODA MAZOWIECKI

Warszawa, 20 października 2016 r.

WK-II.9612.1.100.2016

**Pani
Marianna Zambrzycka
Dyrektor
Samodzielnego Specjalistycznego
Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej
im. dr. Teodora Dunina
al. Teodora Dunina 1
05-320 Rudka**

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) przeprowadzona została kontrola problemowa w Oddziale chorób płuc, komórce organizacyjnej 003 Samodzielnego Specjalistycznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej im. dr. Teodora Dunina (dalej SSZZOZ), mieszczącej się przy al. Teodora Dunina 1 w Rudce.

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 września 2016 r., przekazuję Pani Dyrektor niniejsze wystąpienie pokontrolne.

W trakcie kontroli stwierdzono, że Oddział chorób płuc dysponował 81 łózkami i 1 łóżkiem intensywnej opieki medycznej – 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). W dokumentacji podmiotu zgromadzono dokumenty potwierdzające prawo wykonywania zawodu aktualnie zatrudnionej kadry lekarskiej i pielęgniarskiej. SSZZOZ posiadał umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, zgodnie z obowiązkiem ustalonym w art. 25 ust. 1 pkt 1 i ust. 2 ustawy o działalności leczniczej. 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 (dalej ustawa 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 chorób płuc, 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 2015 r. poz. 876, z późn. zm.). 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). 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 (Dz. U. z 2015 r. poz. 2069).

SSZZOZ posiada opracowany i złożony w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą, obejmujący Oddział chorób płuc, program dostosowania pomieszczeń do wymagań określonych w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 31, poz. 158)¹, który został pozytywnie

¹ Od 1 lipca 2012 r. obowiązuje rozporządzenie 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).

zaopiniowany przez Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Warszawie (decyzja DE EPN.00718.2012, znak EPN.9022.2.00008.2012 SW 07874/2012 z 23 kwietnia 2012 r.).

Program ten należy zrealizować do 31 grudnia 2017 r., zgodnie z obowiązkiem ustalonym w art. 207 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej.

W wyniku kontroli stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Wprowadzenie w Oddziale chorób płuc znaków identyfikacyjnych pacjenta, zawierających informacje niepozwalające na ustalenie imienia i nazwiska oraz daty jego urodzenia. Pacjentów oddziału zaopatrzone w opaski zawierające znak identyfikacyjny zapisany w formie kodu kreskowego, którego odczyt był niemożliwy z uwagi na brak czytników w szpitalu. Takie działanie stanowi naruszenie art. 36 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej.
2. Niezamieszczanie znaku identyfikacyjnego pacjenta w jego indywidualnej dokumentacji medycznej oraz niedokonywanie przy wypisywaniu pacjenta ze szpitala adnotacji o sprawdzeniu zgodności znaku identyfikacyjnego umieszczonego na opasce pacjenta ze znakiem identyfikacyjnym umieszczonym w dokumentacji medycznej, co jest niezgodne z § 3 oraz § 7 ust. 3 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).

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

1. Zaopatrywania pacjentów w znaki identyfikacyjne zawierające informacje pozwalające na ustalenie imienia i nazwiska pacjenta – zapisane w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta przez osoby nieuprawnione, zgodnie z art. 36 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej.
2. Zamieszczania znaku identyfikacyjnego pacjenta w indywidualnej dokumentacji medycznej oraz dokonywania przy wypisywaniu pacjenta ze szpitala adnotacji w indywidualnej dokumentacji medycznej o sprawdzeniu zgodności znaku identyfikacyjnego umieszczonego na opasce pacjenta ze znakiem identyfikacyjnym umieszczonym w ww. dokumentacji medycznej, zgodnie z wymogami ustalonymi w § 3 oraz § 7 ust. 3 rozporządzenia w sprawie zaopatrywania pacjentów szpitala w znaki identyfikacyjne.

Ponadto pragnę zwrócić uwagę Pani Dyrektor na fakt zamieszczania, po uzyskaniu ustnej zgody pacjenta, na łóżku tabliczki z jego imieniem i nazwiskiem. Stosowanie takiego rozwiązania budzi

wątpliwości pod kątem jego zgodności z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa, w szczególności z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922) i ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Mając na uwadze powyższe oraz w trosce o poszanowanie prawa pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych, proszę o zaprzestanie ww. praktyk, a stosowanie jedynie takich rozwiązań, które pozostają w zgodzie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa.

Jednocześnie zobowiązuję Panią Dyrektor do poinformowania Wojewody Mazowieckiego, z powołaniem znaku pisma WK-II.9612.1.100.2016, o sposobie realizacji zaleceń i wykorzystania wniosku pokontrolnego w terminie 30 dni od daty otrzymania wystąpienia.

z up. WOJEWODY MAZOWIECKIEGO

Paweł Błasiak
Zastępca Dyrektora
Wydziału Kontroli

Do wiadomości:
Urząd Marszałkowski
Województwa Mazowieckiego
ul. Jagiellońska 26
03-719 Warszawa