



WOJEWODA MAZOWIECKI

Warszawa, 1 czerwca 2015 r.

WK-C.9612.1.12.2015

**Pani
Elwira Wojciechowska
Kierownik
Samodzielnego Gminnego
Zakładu Opieki Zdrowotnej
w Lutocinie
u. Żeromskiego 2
09-317 Lutocin**

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 2015 r., poz. 618)), przeprowadzona została kontrola problemowa w Samodzielnym Gminnym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Lutocinie (dalej SGZOZ), mieszczącym się przy ul. Żeromskiego 2 w Lutocinie.

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 5 maja 2015 r., przekazuję Pani niniejsze wystąpienie pokontrolne.

W trakcie kontroli ustalono, że struktura organizacyjna kontrolowanego przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego określona w regulaminie organizacyjnym była zgodna ze stanem faktycznym

oraz z danymi zgłoszonymi do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Regulamin organizacyjny zawierał wszystkie elementy określone w art. 24 ustawy o działalności leczniczej. SGZOK posiadał zawartą umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, zgodnie z obowiązkiem ustalonym w art. 25 ust. 1 pkt 1 i ust. 2 ustawy o działalności leczniczej. W dokumentacji podmiotu leczniczego zgromadzono dokumenty potwierdzające prawo wykonywania zawodu aktualnie zatrudnionej kadry lekarskiej, pielęgniarskiej i położnej. 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 (dalej ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – Dz. U. z 2012 r., poz. 159, z późn. zm.). Podmiot leczniczy dysponował dokumentacją potwierdzającą sprawność techniczną aparatury i sprzętu medycznego wykorzystywanego przy udzielaniu świadczeń medycznych, 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. Nr 107, poz. 679, z późn. zm.). Dokumentacja medyczna przechowywana była zgodnie z normami ustalonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (dalej rozporządzenie w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej – Dz. U. z 2014 r., poz. 177, z późn. zm.).

W wyniku kontroli stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Niespełnienie wymogu określonego w przepisach rozporządzenia 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), przez sterylizatornię znajdującą się w wydzielonym miejscu gabinetu stomatologicznego, która nie stanowiła ciągu technologicznego i nie zapewniała na każdym etapie technologicznym jednokierunkowego ruchu materiałów od punktu przyjęcia materiału skażonego do punktu wydania materiału sterylnego, co jest niezgodne z normą ustaloną w ust. 10 i 11 załącznika nr 2 do ww. rozporządzenia. Odcinek (blat) materiałów skażonych, służący do wyładunku i przygotowania do mycia i dezynfekcji wstępnej lub zasadniczej, zlew dwukomorowy, odcinek (blat) materiałów czystych do przeglądania i pakietowania materiałów czystych przed sterylizacją, sterylizator, odcinek (blat) materiałów sterylnych znajdowały się na dwóch przeciwległych ścianach.
2. Nieustalenie minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych, do których określenia zobowiązany jest kierownik podmiotu na podstawie art. 50 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej.

3. Nieprawidłowe prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej. Sprawdzone dokumentację 39 pacjentów, stwierdzając:
 - a) w 14 przypadkach – brak oznaczenia podmiotu w zakresie nazwy komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych, oraz jej kodu resortowego stanowiącego część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, co stanowi naruszenie § 10 ust. 1 pkt 1 lit. e rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej,
 - b) w 12 przypadkach – brak oznaczenia płci pacjenta, co jest niezgodne z art. 25 pkt 1 lit. c ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
4. Nieprawidłowe prowadzenie zbiorczej dokumentacji medycznej:
 - a) *Księga przyjęć* nie zawierała adresu miejsca zamieszkania pacjenta, co stanowi naruszenie § 44 pkt 4 rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej,
 - b) *Księga zabiegów* nie zawierała oznaczenia podmiotu w przypadku, gdy zlecającym był inny podmiot, co jest niezgodne z § 32 pkt 5 rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej.

Przedstawiając powyższe ustalenia, zobowiązuję Panią do podjęcia działań mających na celu wyeliminowanie stwierdzonych w trakcie kontroli nieprawidłowości, a w szczególności do:

1. Dostosowania pomieszczenia sterylizatorni do wymogów określonych w rozporządzeniu w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą – w terminie 3 miesięcy od daty otrzymania wystąpienia.
2. Ustalenia oraz wdrożenia minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych zgodnie z zasadami określonymi 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).
Zalecenie należy zrealizować w terminie 3 miesięcy od daty otrzymania wystąpienia.
3. Prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z normami ustalonymi w rozporządzeniu w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej, w szczególności indywidualna dokumentacja medyczna pacjentów powinna zawierać dane wymienione w punkcie 3. wystąpienia, zaś dokumentacja zbiorcza – informacje wskazane w punkcie 4.
Zalecenie należy przyjąć do realizacji niezwłocznie po otrzymaniu wystąpienia.

Jednocześnie zobowiązuję Panią do poinformowania Wojewody Mazowieckiego z powołaniem znaku pisma WK-C.9612.1.12.2015, o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych.

z up. Wojewody Mazowieckiego

Edyta Ostrowska

Dyrektor Wydziału Kontroli

Do wiadomości:

Urząd Gminy Lutocin
ul. Poniatowskiego 1
09-317 Lutocin