



**WOJEWODA MAZOWIECKI**

WK-II.9612.1.86.2014

Warszawa, 29 stycznia 2015 r.

**Pan  
Prof. dr hab. Jerzy Szaflik  
Dyrektor  
Samodzielnego Publicznego  
Klinicznego Szpitala Okulistycznego  
w Warszawie  
ul. J. Sierakowskiego 13  
03-709 Warszawa**

### **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 2013 r., poz. 217, z późn. zm.), przeprowadzona została kontrola problemowa w Oddziale okulistycznym, komórce organizacyjnej 001 Samodzielnego Publicznego Klinicznego Szpitala Okulistycznego w Warszawie (dalej Szpital Kliniczny), mieszczącej się przy ul. J. Sierakowskiego 13 w Warszawie.

Tematyka kontroli obejmowała zgodność prowadzonej 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 22 grudnia 2014 r., przekazuję Panu Dyrektorowi niniejsze wystąpienie pokontrolne.

W wyniku kontroli stwierdzono, że Oddział okulistyyczny dysponował 52 łózkami – jak ustalono w księdze rejestrowej podmiotu leczniczego. Podmiot posiadał zawartą umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, zgodnie z obowiązkiem ustalonym w art. 25 ust. 1 pkt 1 i ust. 2 ustawy o działalności leczniczej. 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 leczniczego zgromadzono dokumenty potwierdzające prawo wykonywania zawodu aktualnie zatrudnionej kadry lekarskiej oraz pielęgniarskiej. W kontrolowanej placówce umieszczono również 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 2012 r., poz. 159, z późn. zm.). Opracowane i wdrożone w Szpitalu Klinicznym minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek uwzględniały specyfikę Oddziału okulistycznego i zostały określone zgodnie z normami 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). Stwierdzono ponadto, że zbiorcza dokumentacja medyczna prowadzona i przechowywana była w Oddziale 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 (Dz. U. z 2014 r., poz. 177, z późn. zm.).

W wyniku kontroli ustalono, że Szpital Kliniczny posiada opracowany i złożony w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą, obejmujący kontrolowany Oddział, 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), który został pozytywnie zaopiniowany przez Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Warszawie (opinia sanitarna z dnia 19 marca 2012 r., znak EPN.9022.2.00005.2012).

Program ten należy zrealizować do dnia 31 grudnia 2016 r., zgodnie z obowiązkiem ustalonym w art. 207 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej.

W wyniku kontroli stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Niespełnianie wymogu określonego 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 brudownik Odcinka A, w którym nie zainstalowano wentylacji mechanicznej wyciągowej, co jest niezgodne z wymogiem ustalonym w pkt 5 części II załącznika nr 1 do ww. rozporządzenia.
2. Niezapewnienie środka transportu zwłok z zamkniętą przestrzenią ładunkową, wykonanego z materiałów umożliwiających jego mycie i dezynfekcję, co jest niezgodne z § 26 ust. 2-3 rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.
3. Nieokazanie w trakcie kontroli dokumentacji potwierdzającej sprawność techniczną Kardiomonitora ICARD firmy IGEL, znajdującego się w wyposażeniu Oddziału okulistycznego, do której posiadania i okazania organowi kontroli podmiot leczniczy 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.).

W dniu 22 grudnia 2014 r. do Wydziału Kontroli Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego w Warszawie wpłynął dokument, potwierdzający sprawność techniczną ww. urządzenia. W związku z powyższym odstępuje się od sformułowania zalecenia pokontrolnego w przedmiotowym zakresie.

4. Umieszczanie na znaku identyfikacyjnym pacjenta informacji określonych w art. 36 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej – w sposób umożliwiający identyfikację pacjenta przez osoby nieuprawnione. Na opasce zamieszczono imię i nazwisko pacjenta oraz jego PESEL.
5. Niedokonywanie przy wypisywaniu pacjentów ze szpitala adnotacji w indywidualnej dokumentacji medycznej o sprawdzeniu zgodności znaku identyfikacyjnego umieszczonego na opasce pacjenta ze znakiem identyfikacyjnym umieszczonym w ww. dokumentacji medycznej, co stanowi naruszenie § 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).

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

1. Zainstalowania w brudowniku Odcinka A Oddziału okulistycznego wentylacji mechanicznej wyciągowej, zgodnie z wymogiem określonym w pkt 5 części II załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą – w terminie do 31 grudnia 2016 r.
2. Wyposażenia Szpitala Klinicznego w środek transportu zwłok z zamkniętą przestrzenią ładunkową, wykonanego z materiałów umożliwiających jego mycie i dezynfekcję, zgodnie z wymogiem ustalonym w rozporządzeniu w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.  
Zalecenie należy zrealizować w terminie do 31 grudnia 2015 r.
3. Zapisywania informacji zawartych na znaku identyfikacyjnym pacjenta w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta przez osoby nieuprawnione, zgodnie z wymogiem ustalonym w art. 36 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej.  
Zalecenie należy przyjąć do realizacji niezwłocznie po otrzymaniu wystąpienia pokontrolnego.
4. Dokonywania przy wypisywaniu pacjentów 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 obowiązkiem ustalonym w § 7 ust. 3 rozporządzenia w sprawie zaopatrywania pacjentów szpitala w znaki identyfikacyjne.  
Zalecenie należy przyjąć do realizacji niezwłocznie po otrzymaniu wystąpienia pokontrolnego.

Pragnę również zwrócić uwagę na fakt prowadzenia przez kierownika podmiotu leczniczego działalności gospodarczej oraz okoliczność, że w toku kontroli nie okazano pisemnej zgody organu tworzącego na podjęcie dodatkowego zatrudnienia. Zakaz podejmowania dodatkowego zatrudnienia przez kierownika podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą, bez wyrażenia pisemnej zgody przez organ tworzący, wynika z treści art. 47 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej, a zgodnie ze stanowiskiem Ministerstwa Zdrowia przez dodatkowe zatrudnienie należy rozumieć wszelką aktywność zawodową, w szczególności taką, która pokrywałaby się z działalnością w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych.

Jednocześnie zobowiązuję Pana Dyrektora do poinformowania Wojewody Mazowieckiego, z powołaniem znaku pisma WK-II.9612.1.86.2014, o sposobie realizacji zaleceń i wykorzystania wniosku pokontrolnego.

z up. WOJEWODY MAZOWIECKIEGO

*Edyta Ostrowska*  
Dyrektor  
Wydziału Kontroli

Do wiadomości

**Pan prof. dr hab. n. med. Marek Krawczyk**  
Rektor  
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego  
ul. Żwirki i Wigury 61  
02-091 Warszawa