



WOJEWODA MAZOWIECKI

Warszawa, 10.09. 2019 r.

WZ-VI.9612.1.135.2019

**Pan
Krzysztof Romanowski
Dyrektor
Szpitala Specjalistycznego „Inflancka”
im. Krysi Niżyńskiej – „Zakurzonej”
w Warszawie
ul. Inflancka 6
00-189 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 2018 r. poz. 2190, z późn. zm.), przeprowadzona została kontrola doraźna w Szpitalu Specjalistycznym „Inflancka” im. Krysi Niżyńskiej – „Zakurzonej” w Warszawie SP ZOZ, mieszczącym się przy ul. Inflanckiej 6.

Tematyka kontroli obejmowała zgodność wykonywania działalności leczniczej 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 13 sierpnia 2019 r., przekazuję Panu Dyrektorowi niniejsze wystąpienie pokontrolne.

Zgodnie z danymi zgłoszonymi do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą Oddział neonatologii dysponował ośmioma łóżeczkami Oddział ginekologii – trzydziestoma dwoma, Oddział położniczy rooming in z pododdziałem patologii noworodka – czterdziestoma

pięcioma, Oddział patologii ciąży – osiemnastoma, Oddział endokrynologii ginekologicznej – jedenastoma, Blok porodowy piętnastoma łózkami dla kobiet oraz szesnastoma łóžeczkami dla noworodków i trzema inkubatorami. Izba przyjęć wyposażona była w jedno łóżko i jeden inkubator. W dniach prowadzenia kontroli w Oddziale neonatologii przebywały 3 noworodki, w Oddziale ginekologii – 20 pacjentek, w Oddziale położniczym rooming in z pododdziałem patologii noworodka – 30, w Oddziale patologii ciąży – 17, w Oddziale endokrynologii ginekologicznej – 3, na Bloku operacyjnym – 2 i na Bloku porodowym – 9 pacjentek. Pomieszczenia Oddziałów, w szczególności pokoje łóžkowe, gabinet diagnostyczno-zabiegowy, pomieszczenia higieniczno-sanitarne oraz pomieszczenia pozostałych komórek organizacyjnych spełniały wymagania określone w rozporządzeniu 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). Pracownicy kontrolowanych komórek organizacyjnych zgodnie z art. 36 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej nosili w widocznym miejscu identyfikatory zawierające imię i nazwisko oraz pełnioną funkcję. We wszystkich komórkach organizacyjnych 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 2019 r. poz. 1127, z późn. zm.). Podmiot leczniczy 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 zatrudnionego personelu lekarskiego, pielęgniarskiego i położnych. Kierownik podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą odpowiadał wymaganiom określonym w art. 46 ustawy o działalności leczniczej. 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 (rozporządzenie w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej – Dz. U. z 2015 r. poz. 2069).

W wyniku kontroli stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Regulamin organizacyjny podmiotu leczniczego nie zawierał informacji dotyczącej bezpłatnego wydania pierwszej kopii dokumentacji medycznej pacjenta i wysokości opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej. Ponadto regulamin nie zawierał informacji o aktualnych opłatach za indywidualną opiekę położnej podczas porodu i przechowywanie

zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok, co jest niezgodne z art. 24 ust. 1 pkt. 9, 11 i 12 ustawy o działalności leczniczej.

2. Umieszczenie na znaku identyfikacyjnym noworodka informacji określonych w art. 36 ust. 5 ustawy działalności leczniczej w sposób umożliwiający identyfikację noworodka przez osoby nieuprawnione – na opasce noworodka zamieszczono imię i nazwisko matki.
3. Niedokonanie adnotacji przy wypisaniu pacjenta ze szpitala o sprawdzeniu zgodności znaku identyfikacyjnego umieszczonego na opasce pacjenta ze znakiem identyfikacyjnym umieszczonym w indywidualnej 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).
4. Nieprawidłowe prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej. Sprawdzone dokumentację medyczną 50 pacjentek stwierdzając:
 - a) we wszystkich przypadkach – brak numerowania stron dokumentacji medycznej, która nie stanowiła chronologicznie uporządkowanej całości, co jest niezgodne z § 5 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej,
 - b) w 20 przypadkach – brak nazwy komórki organizacyjnej oraz jej kodu resortowego stanowiącego część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, w której udzielono świadczeń zdrowotnych i w 10 przypadkach – brak kodu resortowego stanowiącego część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, co stanowi naruszenie § 10 ust. 1 ww. rozporządzenia.
5. Nieprawidłowe prowadzenie zbiorczej dokumentacji medycznej - *Księga bloku operacyjnego* nie zawierała numeru kolejnego pacjenta oraz kodu resortowego komórki organizacyjnej, w której pacjent przebywał, co jest niezgodne z § 33 pkt. 2 i 4 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej.

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

1. Określenia w regulaminie organizacyjnym podmiotu leczniczego wysokości opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej, aktualnych opłat za indywidualną opiekę położnej podczas porodu i za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok, o których mowa w punkcie 1. wystąpienia, zgodnie z wymogiem określonym w art. 24 ust. 1 pkt. 9, 11 i 12 oraz ust 2. ustawy o działalności leczniczej.
2. Zapisywania informacji zawartych na znaku identyfikacyjnym noworodka w sposób uniemożliwiający ich identyfikację przez osoby nieuprawnione, zgodnie z obowiązkiem ustalonym w art. 36 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej.
3. Dokonywania adnotacji o sprawdzeniu zgodności znaku identyfikacyjnego umieszczonego na opasce pacjentki ze znakiem identyfikacyjnym umieszczonym w dokumentacji medycznej, zgodnie z obowiązkiem ustalonym w § 7 ust. 3 rozporządzenia w sprawie zaopatrywania pacjentów szpitala w znaki identyfikacyjne.
4. Prowadzenia indywidualnej i zbiorczej dokumentacji medycznej zgodnie z normami ustalonymi w rozporządzeniu w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej, w szczególności dokumentacja indywidualna pacjentów powinna zawierać dane określone w punkcie 4., zaś dokumentacja zbiorcza informacje wymienione w punkcie 5. wystąpienia.

W związku z ustaleniami dotyczącymi przyjętej organizacji Szpitala w zakresie funkcjonowania Oddziału położniczego rooming-in z pododdziałem patologii noworodka, w którym przebywały wyłącznie dzieci zdrowe, należy dostosować nazwę ww. Oddziału, a w szczególności jego pododdziału do rodzaju i charakteru udzielanych w nim świadczeń zdrowotnych oraz zgłosić zmianę do rejestru.

Ponadto pragnę zwrócić uwagę Pana Dyrektora na potrzeby sygnalizowane przez Koordynatora Oddziału ginekologii, dotyczące zakupu sprzętu wykorzystywanego do udzielania świadczeń medycznych, w szczególności bipolarnych elektrod laparoskopowych i histeroskopu Betoehiego, natomiast Kierownik Przychodni przyszpitalnej i Izby Przyjęć zwrócił również uwagę na wyeksploatowany sprzęt tj. aparaty USG.

Jednocześnie zobowiązuję Pana Dyrektora do poinformowania Wojewody Mazowieckiego, z powołaniem znaku pisma WZ-VI.9612.1.135.2019, o sposobie realizacji zaleceń i wykorzystania wniosków pokontrolnych, w terminie 14 dni od daty otrzymania wystąpienia.

z up. WOJEWODY MAZOWIECKIEGO

Jarosław Chmielewski
Dyrektor Wydziału Zdrowia

Do wiadomości:

Urząd m.st. Warszawy
pl. Bankowy 3/5
00-950 Warszawa

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

PHYSICS DEPARTMENT
5712 S. UNIVERSITY AVE.
CHICAGO, ILL. 60637