



WOJEWODA MAZOWIECKI

WZ-VI.9612.1.114.2019

Warszawa, 31 sierpnia 2019 r.

**Pan
Grzegorz Krycki
Dyrektor
Szpital Matki Bożej Nieustającej
Pomocy w Wołominie
ul. Gdyńska 1/3
05-200 Wołomin**

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 problemowa w Szpitalu Matki Bożej Nieustającej Pomocy w Wołominie (dalej Szpital) mieszczącej się przy ul. Gdyńskiej 1/3 w Wołominie.

Tematyka kontroli obejmowała zgodność wykonywanej działalności z przepisami określającymi warunki wykonywania działalności leczniczej oraz ocena jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie chorób wewnętrznych oraz neurologii udzielanych pacjentce

Kontrolą objęto badanie stanu faktycznego w dniach 5-7 czerwca 2019 r.

W związku z kontrolą, której szczegółowe wyniki przedstawione zostały w protokole kontroli, podpisanym bez zastrzeżeń w dniu 24 lipca 2019 r., przekazuję Panu Dyrektorowi niniejsze wystąpienie pokontrolne.

W dniach 5 - 7 czerwca 2019 r. przeprowadzona została kontrola doraźna w Oddziale neurologicznym – komórce organizacyjnej 045, prowadzonej przez podmiot leczniczy pn. Szpital Matki Bożej Nieustającej Pomocy w Wołominie. Kontrola była wszczęta po otrzymaniu w dniu 23 maja 2019 r. pisma pana [imię] z zastrzeżeniami dotyczącymi procesu leczenia pacjentki

W Szpitalu udzielane były stacjonarne i całodobowe świadczenie zdrowotne. Indywidualna i zbiorcza 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 (Dz.U. z 2015 r. poz. 2069). Kontrolowany podmiot leczniczy dysponował dokumentami potwierdzającymi prawo wykonywania zawodu aktualnie zatrudnionych lekarzy oraz 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 2019 r. poz. 1127). Podmiot dysponował dokumentacją potwierdzającą sprawność techniczną aparatury i sprzętu medycznego wykorzystywanego przy udzielaniu świadczeń medycznych, do której posiadania i okazania organowi kontroli był zobowiązany na podstawie art. 90 ust. 6, 7 i 9 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 175, z późn. zm.).

Konsultant wojewódzki w dziedzinie chorób wewnętrznych dla województwa mazowieckiego oraz konsultant wojewódzki w dziedzinie neurologii dla województwa mazowieckiego, po przeanalizowaniu dokumentacji pacjentki oraz dokonaniu badania fizykalnego, nie stwierdzili zdarzeń wskazujących na zaniedbanie lub wystąpienie błędu medycznego.

W wyniku kontroli stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Niezgodność struktury organizacyjnej kontrolowanego zakładu leczniczego określonej w regulaminie organizacyjnym podmiotu ze stanem faktycznym oraz z danymi zgłoszonymi do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Ustalono, że w placówce w ramach oddziału funkcjonuje pracownia elektroencefalografii, która nie została uwzględniona w księdze rejestrowej podmiotu. Jak ustalono na podstawie treści ww. księgi, podmiot zgłosił do organu rejestrowego zmiany dotyczące wpisania ww. komórki organizacyjnej. W związku z powyższym odstępuje się od sformułowania zalecenia pokontrolnego.
2. Niespełnienie wymagań określonych w 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 (Dz. U. poz. 1098) – w dokumentacji nie odnotowywano wydawania bądź niszczenia opasek, którymi powinni być oznakowani pacjenci.

3. Nieprowadzenie księgi zabiegów, co jest niezgodne z zapisami § 12 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

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

1. Odnotowywania faktu wydawania bądź niszczenia opasek, którymi powinni być oznakowani pacjenci.
2. Prowadzenia księgi zabiegów.

Jednocześnie zobowiązuję Pana do poinformowania Wojewody Mazowieckiego, z powołaniem znaku pisma WZ-VI.9612.1.114.2019, o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych w terminie 14 dni od otrzymania wystąpienia.

z up. WOJEWODY MAZOWIECKIEGO
Jarosław Chmielewski
Dyrektor Wydziału Zdrowia

