



WOJEWODA MAZOWIECKI

Warszawa, 9 marca 2020 r.

WK-V.9612.1.31.2020

**Pani
Dorota Gałczyńska-Zych
Dyrektor
Szpitala Bielańskiego
im. ks. Jerzego Popiełuszki
Samodzielnego Publicznego
Zakładu Opieki Zdrowotnej
ul. Cegłowska 80
01-809 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 2020 r. poz. 295) przeprowadzona została kontrola problemowa w II Oddziale Chorób Wewnętrznych oraz Pododdziałach: Nefrologicznym i Geriatrycznym (dalej Oddział i Pododdziały), komórkach organizacyjnych 003, 105 i 140 podmiotu leczniczego pn. Szpital Bielański im. ks. Jerzego Popiełuszki Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Warszawie (dalej Szpital Bielański), mieszczących się przy ul. Cegłowskiej 80.

Tematyka kontroli obejmowała zgodność wykonywanej działalności z przepisami określającymi warunki wykonywania działalności leczniczej.

Kontrolą objęto badanie stanu faktycznego w okresie od 01 stycznia 2020 r. do dnia zakończenia kontroli.

W związku z kontrolą, której szczegółowe wyniki przedstawione zostały w protokole kontroli, podpisanym bez zastrzeżeń w dniu 28 lutego 2020 r., przekazuję Pani Dyrektor niniejsze wystąpienie pokontrolne.

Oddział i Pododdział dysponowały łącznie 67 łózkami i 2 stanowiskami dializacyjnymi (II Oddział Chorób Wewnętrznych – 47 łózek, Pododdział Nefrologiczny – 10 łózek, w tym 1 łóżko intensywnej opieki medycznej i 2 stanowiska dializacyjne oraz Pododdział Geriatryczny – 10 łózek) – jak ustalono w księdze rejestrowej podmiotu leczniczego. W dniu 11 lutego 2020 r. w ww. komórkach organizacyjnych hospitalizowanych było 57 pacjentów. Z wyjaśnień podmiotu wynika, że w styczniu 2020 r. w Oddziale i Pododdziałach nie było konieczności organizowania dodatkowych łózek dla pacjentów tzw. dostawek, a wskaźnik wykorzystania łózek wynosił – 89,6% (w 2019 r. wskaźnik wykorzystania łózek – 80,3%). Kontrolowany II Oddział Chorób Wewnętrznych oraz Pododdziały: Nefrologiczny i Geriatryczny (komórki organizacyjne 003, 105 i 140) były ze sobą funkcjonalnie powiązane i tworzyły wspólny kompleks pomieszczeń, a świadczeń medycznych udzielał jeden zespół lekarski oraz pielęgniarski, pracujące w oparciu o wspólny grafik dyżurów lekarskich i pielęgniarskich. Pomieszczenia Oddziału i Pododdziałów, w szczególności pokoje łóżkowe pacjentów, gabinety zabiegowe i lekarskie oraz pomieszczenia higieniczno-sanitarne, 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). Dla potrzeb Oddziału i Pododdziałów 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). Regulamin organizacyjny zawierał wszystkie elementy określone w art. 24 ustawy o działalności leczniczej. W dokumentacji placówki zgromadzono dokumenty potwierdzające prawo wykonywania zawodu aktualnie zatrudnionej kadry lekarskiej, pielęgniarskiej oraz fizjoterapeuty. Podmiot posiadał ustalone minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych, uwzględniające kontrolowany Oddział i Pododdziały, w oparciu o przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2017 r. poz. 2295, z późn. zm.). W Oddziale i Pododdziałach w styczniu 2020 r. opiekę pielęgniarską zabezpieczało 49 pielęgniarek w wymiarze czasu pracy odpowiadającym 34,67 etatom. Szpital Bielański zawarł umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, zgodnie z obowiązkiem ustalonym w art. 25 ust. 1 pkt 1 i ust. 2 ustawy o działalności leczniczej. 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, z późn. zm.). Pacjenci Oddziału i Pododdziałów zostali zaopatrzeni w znaki identyfikacyjne, zawierające informacje zapisane w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta przez osoby nieuprawnione, zgodnie z wymogiem ustalonym w art. 36 ustawy o działalności leczniczej oraz 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). Pracownicy Oddziału i Pododdziałów nosili w widocznym miejscu identyfikatory zawierające imię i nazwisko oraz pełnioną funkcję, zgodnie z art. 36 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej. Podmiot dysponował dokumentacją potwierdzającą sprawność techniczną aparatury i sprzętu medycznego wykorzystywanego przy udzielaniu świadczeń medycznych w Oddziale i Pododdziałach, do której posiadania i okazania organowi kontroli podmiot jest zobowiązany na podstawie art. 90 ust. 6, 7 i 9 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 186). Dokumentacja medyczna w Oddziale i Pododdziałach 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 (dalej rozporządzenie w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej – Dz. U. z 2015 r. poz. 2069).

W wyniku kontroli stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. 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 dokumentacji medycznej oraz o wydaniu opaski pacjentowi lub jego opiekunowi prawnemu, co stanowi naruszenie § 7 ust. 3 rozporządzenia w sprawie zaopatrywania pacjentów szpitala w znaki identyfikacyjne.
2. Nieprawidłowe prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej. Sprawdzone dokumentację 50 pacjentów, stwierdzając we wszystkich przypadkach brak numerowania stron wyników badań laboratoryjnych oraz diagnostycznych będących integralną częścią dokumentacji. Ponadto w 21 przypadkach brak było oświadczenia pacjenta o upoważnieniu do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych,

ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą, oraz oświadczenia pacjenta o upoważnieniu do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej, albo adnotacji o niezłożeniu ww. oświadczeń. Takimi działaniami naruszono wymogi ustalone w § 5 oraz § 8 ust. 1 pkt 1-3 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej.

W dniu 28 lutego 2020 r. do Wydziału Kontroli Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego w Warszawie wpłynęło pismo podmiotu leczniczego, z którego wynika, że zobowiązano personel medyczny Oddziału i Pododdziałów do dokonywania adnotacji w indywidualnej dokumentacji medycznej o sprawdzeniu zgodności znaku identyfikacyjnego umieszczonego na opasce pacjenta ze znakiem identyfikacyjnym umieszczonym w dokumentacji medycznej oraz o wydaniu opaski pacjentowi lub jego opiekunowi prawnemu. Ponadto personel udzielający świadczeń zobowiązano do prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej zgodnie z przepisami rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej.

Wobec powyższego odstępuje się od sformułowania zaleceń pokontrolnych w przedmiotowych zakresach.

z up. WOJEWODY MAZOWIECKIEGO

Artur Subda

Dyrektor Wydziału Kontroli

Do wiadomości:
Urząd m. st. Warszawy
Pl. Bankowy 3/5
00-950 Warszawa