



WOJEWODA MAZOWIECKI

WK-II.9612.1.94.2015

Warszawa, 16 marca 2016 r.

**Pani
Dorota Gałczyńska-Zych
Dyrektor
Szpitala Bielańskiego
im. ks. Jerzego Popiełuszki
Samodzielny Publiczny
Zakład Opieki Zdrowotnej
ul. Ceglowska 80
01-809 Warszawa**

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

Na podstawie art. 31 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2013 r., poz. 757, z późn. zm.) oraz 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, z późn. zm.) przeprowadzona została kontrola problemowa w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (dalej Oddział albo SOR), komórce organizacyjnej 083 Szpitala Bielańskiego im. ks. Jerzego Popiełuszki Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej (dalej Szpital Bielański), mieszczącej się przy ul. Ceglowskiej 80 w Warszawie.

Tematyka kontroli obejmowała realizację zadań przez Szpitalny Oddział Ratunkowy, w tym spełnianie wymagań dotyczących lokalizacji w strukturze szpitala, warunków technicznych, organizacji, minimalnego wyposażenia oraz minimalnych zasobów kadrowych.

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 15 stycznia 2016 r., przekazuję Pani Dyrektor niniejsze wystąpienie pokontrolne.

W wyniku kontroli ustalono, że przyjęty sposób organizacji pracy w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym zapewniał niezwłoczne udzielanie pomocy medycznej osobom, które znajdowały się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. W dokumentacji podmiotu leczniczego zgromadzono dokumenty potwierdzające prawo wykonywania zawodu aktualnie zatrudnionej kadry lekarskiej i pielęgniarskiej oraz zaświadczenia o przygotowaniu zawodowym ratowników medycznych.

Lokalizacja w strukturze szpitala oraz warunki techniczne SOR spełniały wymagania szczegółowe określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. z 2015 r., poz. 178). Dla potrzeb kontrolowanego 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). Podmiot leczniczy posiadał umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, zgodnie z obowiązkiem ustalonym w art. 25 ust. 1 pkt 1 i ust. 2 ustawy o działalności leczniczej. Szpital Bielański dysponował również dokumentacją potwierdzającą sprawność techniczną aparatury i sprzętu medycznego wykorzystywanego przy udzielaniu świadczeń medycznych w SOR, 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 2015 r., poz. 876). Pacjenci SOR zostali zaopatrzeni w znaki identyfikacyjne, zawierające informacje zapisane w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta przez osoby nieuprawnione, zgodnie z wymogiem określonym w art. 36 ustawy o działalności leczniczej oraz 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 (dalej rozporządzenie w sprawie zaopatrywania pacjentów szpitala w znaki identyfikacyjne – Dz. U. z 2012 r., poz. 1098). Dokumentacja medyczna prowadzona i 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 (Dz. U. z 2014 r., poz. 177, z późn. zm.)¹.

W wyniku kontroli stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Niedostosowanie stanu zatrudnienia pielęgniarek w Oddziale do normy ustalonej w minimalnych normach zatrudnienia pielęgniarek i położnych, opracowanych zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu

¹ Z dniem 23 grudnia 2015 r. weszło w życie rozporządzenie 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).

ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. z 2012 r., poz. 1545). W oparciu o miesięczne grafiki pracy pielęgniarek w SOR (z września, października i listopada 2015 r.), ilość praw wykonywania zawodu pielęgniarek oraz dane uzyskane z komórki kadrowej Szpitala Bielańskiego stwierdzono, że w Oddziale zatrudnionych było 37 pielęgniarek w wymiarze pełnego etatu i 1 pielęgniarka w wymiarze ½ et., podczas gdy zgodnie z minimalną normą w SOR winny realizować świadczenia pielęgniarki co najmniej w wymiarze 41 et.

2. Niedokonywanie przy wypisywaniu pacjentów ze szpitala adnotacji o sprawdzeniu zgodności znaku identyfikacyjnego umieszczonego na opasce pacjenta ze znakiem identyfikacyjnym umieszczonym w dokumentacji medycznej oraz o wydaniu pacjentowi albo jego opiekunowi prawnemu opaski identyfikacyjnej, co stanowi naruszenie § 7 ust. 3 rozporządzenia w sprawie zaopatrywania pacjentów szpitala w znaki identyfikacyjne.

Przedstawiając powyższe ustalenia zobowiązuje Panią Dyrektor do podjęcia działań w celu wyeliminowania stwierdzonych w trakcie kontroli nieprawidłowości, a w szczególności do:

1. Dostosowania stanu zatrudnienia pielęgniarek w SOR do poziomu zgodnego z minimalną normą zatrudnienia pielęgniarek i położnych ustaloną dla Oddziału.
2. 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 dokumentacji medycznej oraz o wydaniu pacjentowi albo jego opiekunowi prawnemu opaski identyfikacyjnej, zgodnie z obowiązkiem ustalonym w § 7 ust. 3 rozporządzenia w sprawie zaopatrywania pacjentów szpitala w znaki identyfikacyjne.

Zalecenie określone w punkcie 1. należy zrealizować w terminie 3 miesięcy od daty otrzymania wystąpienia pokontrolnego.

Zalecenie określone w punkcie 2. należy przyjąć do realizacji niezwłocznie po otrzymaniu wystąpienia pokontrolnego.

Jednocześnie zobowiązuje Panią Dyrektor do poinformowania Wojewody Mazowieckiego, z powołaniem znaku pisma WK-II.9612.1.94.2015, o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych.

z up. WOJEWODY MAZOWIECKIEGO
Edyta Ostrowska
Dyrektor
Wydziału Kontroli

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