



WOJEWODA MAZOWIECKI

Warszawa, 20 grudnia 2023 r.

WK-V.9612.1.172.2023

Pan

Paweł Rafał Natkowski

Dyrektor

Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego

im. dr. Józefa Psarskiego w Ostrołęce

al. Jana Pawła II 120A

07-410 Ostrołęka

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 2023 r. poz. 991, z późn. zm.), przeprowadzona została kontrola problemowa w Oddziale chorób wewnętrznych (dalej Oddział) – komórce organizacyjnej 004 Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego im. dr. Józefa Psarskiego w Ostrołęce (dalej Mazowiecki Szpital Specjalistyczny), zlokalizowanej przy al. Jana Pawła II 120A w Ostrołęce.

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

Kontrolą objęto badanie stanu faktycznego od dnia 1 października 2023 r. do dnia zakończenia kontroli.

W związku z kontrolą, której szczegółowe wyniki przedstawione zostały w protokole kontroli, podpisanym bez zastrzeżeń 19 grudnia 2023 r., przekazuję Panu Dyrektorowi niniejsze wystąpienie pokontrolne.

W trakcie kontroli stwierdzono, że kontrolowany Oddział chorób wewnętrznych dysponował 42 łózkami, w tym 4 łózkami intensywnej opieki medycznej – jak ustalono na podstawie zapisu w księdze rejestrowej podmiotu leczniczego. W dniu 15 listopada 2023 r. w Oddziale przebywało 36 pacjentów. Pacjenci kontrolowanego Oddziału zostali zaopatrzeni w znaki identyfikacyjne, zgodnie z wymogiem określonym 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 (Dz. U. z 2012 r. poz. 1098). Pracownicy Oddziału nosili w widocznym miejscu identyfikatory zawierające imię i nazwisko, pełnią funkcję oraz nazwę podmiotu leczniczego, zgodnie z art. 36 ust 1 ustawy o działalności leczniczej. Dla potrzeb kontrolowanego Oddziału zapewniono pomieszczenie specjalnie przeznaczone na przechowywanie zwłok osoby zmarłej w okresie pomiędzy stwierdzeniem zgonu a przewiezieniem ich do chłodni, 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 i pielęgniarskiej. Podmiot posiadał ustalone minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych, uwzględniające kontrolowany Oddział, w oparciu o przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2023 r. poz. 870, z późn. zm.). W Oddziale w październiku 2023 r. opiekę pielęgniarską zabezpieczały 32 pielęgniarki w łącznym wymiarze czasu pracy odpowiadającym 32 etatom. 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 2023 r. poz. 1545, z późn. zm.). Mazowiecki Szpital Specjalistyczny dysponował dokumentacją potwierdzającą sprawność techniczną aparatury i sprzętu medycznego wykorzystywanego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w kontrolowanym Oddziale, do którego posiadania i okazania organowi kontroli jest zobowiązany na podstawie art. 63 ust. 3, 4 i 6 ustawy z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 974, z późn. zm.). Podmiot leczniczy zawarł umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, zgodnie z obowiązkiem ustalonym w art. 25 ust.1 pkt 1 i ust. 2 ustawy o działalności leczniczej. Mazowiecki Szpital Specjalistyczny posiadał regulamin organizacyjny zawierający wszystkie elementy wskazane w art. 24 ustawy o działalności leczniczej. Dokumentacja

medyczna w Oddziale przechowywana była zgodnie z normami ustalonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 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 2022 r. poz. 1304, z późn. zm.).

W wyniku kontroli stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Niespełnienie wymogu określonego w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 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 2022 r. poz. 402) przez dwa pomieszczenia higieniczno-sanitarne Oddziału przeznaczone dla osób niepełnosprawnych, w szczególności poruszających się na wózkach inwalidzkich, z których żadne nie zostało wyposażone dodatkowo w natrysk (w pomieszczeniach były zamontowane wanny), co stanowi naruszenie normy ustalonej w pkt 4 części II załącznika nr 1 do ww. rozporządzenia.
2. Nieprawidłowe prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej. Sprawdzono dokumentację 50 pacjentów stwierdzając, że we wszystkich przypadkach strony wydruku dokumentacji nie były numerowane i dokumentacja nie stanowiła chronologicznie uporządkowanej całości, co jest niezgodne z § 6 ust. 1 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. Wyposażenia pomieszczeń higieniczno-sanitarnych Oddziału przeznaczonych dla osób niepełnosprawnych, w szczególności poruszających się na wózkach inwalidzkich, w natryski zgodnie z wymogiem określonym w pkt 4 części II załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.
2. Prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z normami ustalonymi w rozporządzeniu w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej, w szczególności

dokumentacja indywidualna powinna zawierać dane wymienione w punkcie 2. wystąpienia.

Zalecenie określone w punkcie 1. należy zrealizować w terminie do 31 grudnia 2024 r.

Zalecenie określone w punkcie 2. należy zrealizować w terminie 14 dni od daty otrzymania wystąpienia pokontrolnego.

Jednocześnie zobowiązuję Pana Dyrektora do poinformowania Wojewody Mazowieckiego, z powołaniem znaku pisma WK-V.9612.1.172.2023, o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych.

z up. WOJEWODY MAZOWIECKIEGO

Artur Subda

Dyrektor Wydziału Kontroli

Do wiadomości:
Urząd Marszałkowski
Województwa Mazowieckiego
ul. Jagiellońska 26
03-719 Warszawa