



WOJEWODA MAZOWIECKI

Warszawa, 30 lipca 2024 r.

WK-V.9612.1.78.2024

Pan
Marek Pacyna
Dyrektor
Radomskiego Szpitala Specjalistycznego
im. dr Tytusa Chałubińskiego
ul. Lekarska 4
26-610 Radom

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 2024 r. poz. 799), przeprowadzona została kontrola problemowa w komórce organizacyjnej 015 - Oddziale Chirurgii Naczyniowej im. dr n. med. Tadeusza Chmielińskiego (dalej Oddział) podmiotu leczniczego pn. Radomski Szpital Specjalistyczny im. dr Tytusa Chałubińskiego, mieszczący się przy ul. Lekarskiej 4, 26-610 Radom.

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

W związku z kontrolą, której szczegółowe wyniki przedstawione zostały w protokole kontroli, podpisanym bez zastrzeżeń 16 lipca 2024 r., przekazuję Panu niniejsze wystąpienie pokontrolne.

W trakcie kontroli stwierdzono, że kontrolowany Oddział dysponował 20 łózkami, w tym 2 łózkami intensywnej opieki medycznej, co jest zgodne z księgą rejestrową podmiotu leczniczego. W dniach prowadzenia kontroli w Oddziale przebywało 12 pacjentów.

Mazowiecki Urząd Wojewódzki w Warszawie
00-950 Warszawa, Plac Bankowy 3/5, tel.: (+48) 22 695 69 95, Elektroniczna Skrzynka Podawcza ePUAP: /t6j4ljd68r/skrytka
www.gov.pl/web/uw-mazowiecki

Administratorem danych osobowych jest Wojewoda Mazowiecki. Dane przetwarzane są w celu realizacji czynności urzędowych.
Masz prawo do dostępu, sprostowania, ograniczenia przetwarzania danych. Więcej informacji znajdziesz na stronie
www.gov.pl/web/uw-mazowiecki w zakładce ochrona danych osobowych.

Podmiot posiadał zawartą umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, zgodnie z obowiązkiem ustalonym w art. 25 ust. 1 pkt 1 i ust. 2 ustawy o działalności leczniczej. Pracownicy Oddziału zostali zaopatrzeni w identyfikatory zawierające imię, nazwisko, pełnioną funkcję, zajmowane stanowisko oraz logo szpitala, co jest zgodnie z art. 36 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej. 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 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 2024 r. poz. 581). Regulamin organizacyjny podmiotu zawierał wszystkie elementy określone w art. 24 ustawy o działalności leczniczej. W dokumentacji podmiotu leczniczego zgromadzono dokumenty potwierdzające prawo wykonywania zawodu aktualnie zatrudnionych lekarzy i pielęgniarek. Podmiot leczniczy dysponował dokumentacją potwierdzającą sprawność techniczną aparatury i sprzętu medycznego wykorzystywanego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w kontrolowanym Oddziale, do której 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.). Dokumentacja medyczna prowadzona i 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 (Dz. U. z 2024 r. poz. 798).

W wyniku kontroli stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Brak daty urodzenia na znaku identyfikacyjnym pacjenta, co jest niezgodne z art. 36 ust. 5 pkt ustawy o działalności leczniczej.
2. W indywidualnej dokumentacji pacjenta brak znaku identyfikacyjnego oraz adnotacji przy wypisywaniu pacjenta ze szpitala po sprawdzeniu zgodności znaku identyfikacyjnego umieszczonego na opasce pacjenta ze znakiem identyfikacyjnym umieszczonym w dokumentacji medycznej, co jest niezgodne z § 3 oraz § 7 ust. 1 i 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 kwietnia 2024 r. w sprawie warunków, sposobu i trybu zaopatrywania pacjentów w znaki identyfikacyjne oraz sposobu postępowania w razie stwierdzenia ich braku .

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

1. Umieszczania daty urodzenia pacjenta na znaku identyfikacyjnym, zgodnie z art. 36 ust. 5 pkt 1 ustawy o działalności leczniczej.
2. Umieszczania znaku identyfikacyjnego pacjenta w indywidualnej dokumentacji medycznej oraz dokonania adnotacji przy wypisywaniu pacjenta ze szpitala w indywidualnej dokumentacji medycznej, sprawdzenia zgodności znaku identyfikacyjnego umieszczonego na opasce pacjenta ze znakiem identyfikacyjnym umieszczonym w ww. dokumentacji medycznej, zgodnie z wymogami ustalonymi w § 3 oraz § 7 ust. 1 i 3 rozporządzenia w sprawie warunków, sposobu i trybu zaopatrywania pacjentów w znaki identyfikacyjne oraz sposobu postępowania w razie stwierdzenia ich braku.

Jednocześnie zobowiązuję Pana do poinformowania Wojewody Mazowieckiego, z przywołaniem znaku pisma WK-V.9612.1.78.2024, o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych, w terminie 14 dni od daty otrzymania wystąpienia.

Z up. Wojewody Mazowieckiego

Artur Subda

Dyrektor Wydziału Kontroli

Do wiadomości:

Urząd Miasta Radomia
ul. Kilińskiego 30
26-600 Radom