



WOJEWODA MAZOWIECKI

Warszawa, 14.01, 2019 r.

WZ-VI.9612.1.181.2018

**Pani
Izabella Chojnowska-Murawska
Prezes Zarządu
„SPORT MEDICA” Spółka akcyjna
ul. Pory 78
02-757 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 2018 r. poz. 2190, z późn. zm.), przeprowadzona została kontrola problemowa w Oddziałach szpitalnych (dalej Oddziały), komórkach organizacyjnych 034-041 Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Carolia Medical Center Szpital, mieszczących się przy ul. Pory 78 w Warszawie.

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

Kontrolą objęto badanie stanu faktycznego w dniach przeprowadzenia kontroli.

W związku z kontrolą, której szczegółowe wyniki przedstawione zostały w protokole kontroli, podpisanym bez zastrzeżeń w dniu 14 grudnia 2018 r., przekazuję Pani niniejsze wystąpienie pokontrolne.

W trakcie kontroli stwierdzono, że kontrolowane Oddziały dysponowały łącznie trzydziestoma trzema łózkami – jak ustalono na podstawie księgi rejestrowej podmiotu leczniczego. W dniach prowadzenia kontroli w Oddziałach przebywało piętnastu pacjentów. Pomieszczenia Oddziałów, w szczególności pokoje łóżkowe pacjentów, gabinety zabiegowe

i lekarskie oraz pomieszczenia higieniczno-sanitarne, spełniały wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012 r. poz. 739). Dla potrzeb Oddziałów 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). W dokumentacji zakładu leczniczego zgromadzono dokumenty potwierdzające prawo wykonywania aktualnie zatrudnionej kadry lekarskiej, pielęgniarskiej oraz fizjoterapeutów. Pracownicy Oddziałów zgodnie z art. 36 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej nosili w widocznym miejscu identyfikatory zawierające imię i nazwisko oraz pełnioną funkcję. Podmiot dysponował dokumentacją potwierdzającą sprawność techniczną aparatury i sprzętu medycznego wykorzystywanego przy udzielaniu świadczeń medycznych, do której posiadania i okazania organowi kontroli jest zobowiązany na podstawie art. 90 ust. 6, 7 i 9 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 211, 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 2016 r. poz. 186, z późn. zm.). 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 (dalej rozporządzenie w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej – Dz. U. z 2015 r. poz. 2069).

W wyniku kontroli stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Umieszczenie na znaku identyfikacyjnym pacjenta informacji określonych w art. 36 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej w sposób umożliwiający identyfikację pacjenta przez osoby nieuprawnione (na opasce zamieszczono imię i nazwisko pacjenta).

Zgodnie ze stanowiskiem Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia Ministerstwa Zdrowia z 23 marca 2016 r., znak OZP.024.80.2016/AW, „(...) dopuszczalne jest wpisanie na opasce zakładanej pacjentowi oprócz określonych w ustawie informacji o nim zakodowanych w postaci np. kodu kreskowego czy numeru w księdze głównej, także jego imienia

i nazwiska, na życzenie i za zgodą uprawnionej osoby (pacjenta albo jego przedstawiciela ustawowego)”. Ustalono, że w dokumentacji medycznej brak było pisemnej zgody pacjenta, a w przypadku osoby niepełnoletniej zgody przedstawiciela ustawowego na umieszczenie danych osobowych na opasce pacjenta.

3. Nieprawidłowe prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej. Sprawdzono dokumentację medyczną 50 pacjentów stwierdzając w jednym przypadku brak rodzaju i numeru dokumentu potwierdzającego tożsamość pacjenta, co jest niezgodne z § 10 ust. 2 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej.
4. Nieprawidłowe prowadzenie zbiorczej dokumentacji medycznej:
 - a) *Księga chorych oddziału* nie zawierała oznaczenia podmiotu w zakresie kodu resortowego stanowiącego część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz nazwy zakładu leczniczego, co stanowi naruszenie § 29 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej,
 - b) *Księga główna przyjęć i wypisów* nie zawierała oznaczenia podmiotu w zakresie kodu resortowego stanowiącego część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz nazwy zakładu leczniczego, co jest niezgodne z § 27 ww. rozporządzenia,
 - c) *Księga raportów lekarskich* nie zawierała oznaczenia podmiotu w zakresie kodu resortowego stanowiącego część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz nazwy zakładu leczniczego, co stanowi naruszenie § 30 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej,
 - d) *Księga raportów pielęgniarskich* nie zawierała oznaczenia podmiotu w zakresie kodu resortowego stanowiącego część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz nazwy zakładu leczniczego, co jest niezgodne z § 31 ww. rozporządzenia.

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

1. Zapisywania informacji zawartych na znaku identyfikacyjnym pacjenta w sposób uniemożliwiający jego identyfikację przez osoby nieuprawnione, zgodnie z obowiązkiem ustalonym w art. 36 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej, bądź włączenia do dokumentacji medycznej pisemnej zgody pacjenta, a w przypadku osoby niepełnoletniej przedstawiciela ustawowego, na umieszczenie danych na opasce pacjenta.

2. Prowadzenia indywidualnej i zbiorczej dokumentacji medycznej zgodnie z normami ustalonymi w rozporządzeniu w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej.

Jednocześnie zobowiązuję Panią do poinformowania Wojewody Mazowieckiego, z powołaniem znaku pisma: WZ-VI.9612.1.181.2018, o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych, w terminie 14 od daty otrzymania wystąpienia.

z up. WOJEWODY MAZOWIECKIEGO

Jarosław Cimielewski
Dyrektor Wydziału Zdrowia