



WOJEWODA MAZOWIECKI

WZ-VI.9612.1.166.2019

Warszawa, 06. 11. 2019 r.

**Pan
Andrzej Mioduszewski
Aleksander IV Sp. zo.o.
Spółka komandytowa
ul. Modlińska 310/312,
03-152 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 zakładzie leczniczym pn. Ortopedika Centrum Chirurgii Specjalistycznej (dalej Centrum), mieszczącej się przy ul. Modlińskiej 310/312 w Warszawie.

Tematyka kontroli obejmowała badanie zgodności 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 23 września 2019 r., przekazuję Panu niniejsze wystąpienie pokontrolne.

W trakcie kontroli stwierdzono, że Oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej dysponował 3 łózkami, a Oddział chirurgii jednego dnia 3 miejscami pobytu dziennego – jak ustalono w księdze rejestrowej podmiotu leczniczego. Dla potrzeb 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 regulamin organizacyjny zawierający wszystkie elementy określone w art. 24 ustawy o działalności leczniczej. W dokumentacji placówki zgromadzono dokumenty potwierdzające prawo wykonywania aktualnie zatrudnionej kadry lekarskiej i pielęgniarskiej. Podmiot posiadał umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, zgodnie z obowiązkiem ustalonym w art. 25 ust.1 pkt 1 i ust. 2 ustawy o działalności leczniczej. Pacjenci kontrolowanego Oddziału 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 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). Ponadto w Oddziale 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.).

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. Brak rezerwowego źródła zaopatrzenia w wodę zapewniającego co najmniej jej 12-godzinny zapas, co stanowi naruszenie § 41 rozporządzenia 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.
2. Nieokazanie w trakcie kontroli dokumentacji potwierdzającej sprawność techniczną sprzętu medycznego znajdującego się w wyposażeniu myjni-dezynfektora Ecomet, firmy Mech Technik, 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 2019 r. poz. 175).

Dnia 8 października 2019 r. przekazano aktualny przegląd ww. urządzenia potwierdzający jego sprawność techniczną oraz oświadczenie Warsaw Family Office Sp. zo.o. z dnia 27 września 2019 r. dotyczące rezerwowego źródła zaopatrzenia w wodę zapewniającego co najmniej jej 12-godzinny zapas. Z otrzymanego oświadczenia wynika, że kontrolowana placówka dysponuje dwoma ujęciami wody, w tym w razie awarii, 12-godzinny zapas. W związku z powyższym odstępuje się od wydania zaleceń pokontrolnych.

3. Brak aktualnego przeglądu UPS oraz agregatu spalinowego prądotwórczego.

Dnia 7 września 2019 r. przekazano aktualny raport serwisowy UPS, firmy SILTEC potwierdzający sprawność techniczną ww. sprzętu. W związku z powyższym odstępuje się od wydania zalecenia pokontrolnego.

4. Nieprawidłowe prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej. W trakcie kontroli sprawdzono dokumentację medyczną 50 pacjentów, stwierdzając:

a) we wszystkich przypadkach dokumentacja nie zawierała wymaganych danych dotyczących przyjęcia pacjenta do szpitala oraz:

- numeru w księdze głównej przyjęć i wypisów, pod którym dokonano wpisu o przyjęciu pacjenta do szpitala,
- numeru w księdze chorych oddziału, pod którym dokonano wpisu o przyjęciu pacjenta,
- trybu przyjęcia,
- daty przyjęcia pacjenta do szpitala, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym,
- istotnych danych z wywiadu lekarskiego i badania przedmiotowego przy przyjęciu pacjenta do szpitala oraz ewentualnych obserwacji, wyników badań dodatkowych i danych o postępowaniu lekarskim przy przyjęciu do szpitala oraz uzasadnienia przyjęcia,
- rozpoznania wstępne ustalone przez lekarza przyjmującego,
- oznaczenia lekarza przyjmującego,
- brak skierowania pacjenta przyjętego do szpitala,

co jest niezgodne z § 10 ust. 1 pkt 1-4 oraz § 16 ust. 1 pkt 1-7 i ust. 2 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej.

5. Nieprawidłowe prowadzenie zbiorczej dokumentacji medycznej – *Księga raportów lekarskich*, nie zawierała oznaczenia w zakresie numeru kolejnego wpisu, co stanowi naruszenie § 30 pkt 2 ww. rozporządzenia.

Ponadto *Księga raportów pielęgniarskich* nie zawierała oznaczenia w zakresie numeru kolejnego wpisu, co jest niezgodne z § 31 pkt 2 ww. rozporządzenia.

Przedstawiając powyższe ustalenia zobowiązuję Pana do prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z normami ustalonymi w rozporządzeniu sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej, w szczególności indywidualna dokumentacja pacjentów powinna zawierać dane wymienione w punkcie 4. wystąpienia, zaś dokumentacja zbiorcza informacje wymienione w pkt. 5 wystąpienia. w terminie 14 dni od daty otrzymania niniejszego wystąpienia.

Jednocześnie zobowiązuję Pana do poinformowania Wojewody Mazowieckiego, z powołaniem znaku pisma WZ-VI.9612.1.166.2019, o sposobie realizacji zalecenia pokontrolnego w terminie 14 dni od daty otrzymania wystąpienia.

z up. WOJEWODY MAZOWIECKIEGO

Jarosław Chmielewski
Dyrektor Wydziału Zdrowia