



WOJEWODA MAZOWIECKI

Warszawa, 12.12.2019 r.

WK-V.9612.1.30.2019

**Pani
Jolanta Grajczyk
Prezes Zarządu
WARSAW MEDICAL CENTER,
WARSZAWSKIE CENTRUM MEDYCZNE Sp. z o.o.
ul. Wynalazek 4
02-677 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 zakładu leczniczego Warsaw Medical Center Warszawskie Centrum Medyczne (dalej Oddziały lub Centrum Medyczne), mieszczących się przy ul. Wynalazek 4 w Warszawie.

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

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 11 października 2019 r., przekazuję Pani niniejsze wystąpienie pokontrolne.

W trakcie kontroli ustalono, że struktura organizacyjna zakładu leczniczego określona w regulaminie organizacyjnym była zgodna ze stanem faktycznym oraz z danymi zgłoszonymi do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Regulamin organizacyjny zawierał wszystkie elementy określone w art. 24 ustawy o działalności leczniczej. Liczba łóżek w Oddziałach

była zgodna z danymi zgłoszonymi do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Zgodnie z oświadczeniem z dnia 4 września 2019 r. Dyrektora ds. medycznych łóżka znajdujące się w Oddziałach szpitalnych były wykorzystywane jednorodnie pod względem medycznym przez grupy pacjentów w rozkładzie czasowym, zgodnie z tygodniowym harmonogramem zabiegów operacyjnych np. grupa pacjentów laryngologicznych – w środy, ortopedycznych – w piątki, soboty i niedziele, chirurgii dziecięcej – piątki oraz chirurgii ogólnej – poniedziałki i wtorki. W dniu 4 września 2019 r. w Oddziale szpitalnym otolaryngologicznym dla dorosłych przebywało 4 pacjentów, którym wykonano zabiegi laryngologiczne. Świadczenia medyczne zabezpieczone były przez 49 lekarzy specjalistów i 11 lekarzy będących w trakcie specjalizacji w poszczególnych dziedzinach medycyny odpowiadających specyfice zarejestrowanych Oddziałów szpitalnych. Personel lekarski pozostawał w gotowości do udzielania świadczeń, zgodnie z ustalonym harmonogramem zabiegów. Ponadto świadczenia zdrowotne w kontrolowanych komórkach organizacyjnych zapewnione były przez 38 pielęgniarek. Pomieszczenia Oddziałów, w szczególności pokoje łóżkowe, gabinet diagnostyczno-zabiegowy, pomieszczenia higieniczno-sanitarne spełniały wymagania określone 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 wymagań dla pomieszczeń i urządzeń podmiotu wykonującego działalność leczniczą – Dz. U. z 2019 r. poz. 595). 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. 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 2019 r. poz. 1127, z późn. zm.). Pracownicy kontrolowanych komórek organizacyjnych zgodnie z art. 36 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej nosili w widocznym miejscu identyfikatory zawierające imię i nazwisko oraz pełnioną funkcję. W dokumentacji podmiotu zgromadzono dokumenty potwierdzające prawo wykonywania zawodu aktualnie zatrudnionego personelu lekarskiego i pielęgniarskiego. 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 2019 r. poz. 175, z późn. zm.). Indywidualna dokumentacja medyczna prowadzona i 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. Niezapewnienie rezerwowego źródła zaopatrzenia Centrum Medycznego w wodę zapewniającego co najmniej jej 12-godzinny zapas, co jest niezgodne z § 41 rozporządzenia w sprawie wymagań dla pomieszczeń i urządzeń podmiotu wykonującego działalność leczniczą.
2. Pacjentów Oddziału nie zaopatrzone w znaki identyfikacyjne, co stanowi naruszenie art. 36 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej.
3. Nieprowadzenie w Oddziałach *Księgi raportów lekarskich*, co jest niegodne z § 12 pkt. 2 lit. e rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej.
4. Nieprawidłowe prowadzenie zbiorczej dokumentacji medycznej:
 - a) *Księga chorych oddziału* nie zawierała:
 - numeru kolejnego pacjenta,
 - imienia i nazwiska lekarza prowadzącego,
 - rozpoznania onkologicznego po wypisaniu pacjenta, na podstawie wyniku badania diagnostycznego, który nie był znany w dniu wypisu,
 - adnotacji o miejscu, do którego pacjent został wypisany,
 - imienia i nazwiska lekarza wypisującego,co stanowi naruszenie § 29 pkt. 2, 6, 10, 11 i 12 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej.
 - b) *Księga raportów pielęgniarskich* nie zawierała numeru kolejnego wpisu, co jest niezgodne z § 31 pkt 2 ww. rozporządzenia.
 - c) *Księga zabiegów* nie zawierała oznaczenia lekarza lub innej osoby uprawnionej do udzielania świadczeń zdrowotnych wykonującej zabieg, co stanowi naruszenie § 32 pkt 7 ww. rozporządzenia.

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

1. Zapewnienia rezerwowego źródła zaopatrzenia Centrum Medycznego w wodę zapewniającego co najmniej jej 12-godzinny zapas – w terminie do dnia 30 czerwca 2020 r.

2. Zaopatrywania pacjentów przebywających w Oddziałach w znaki identyfikacyjne, zgodnie z art. 36 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej.
3. Prowadzenia zbiorczej dokumentacji medycznej, w tym Księgi raportów lekarskich zgodnie z normami ustalonymi w rozporządzeniu w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej.

Zalecenia określone w punktach 2. i 3. należy zrealizować w terminie 14 dni od daty otrzymania wystąpienia pokontrolnego.

Jednocześnie zobowiązuję Panią do poinformowania Wojewody Mazowieckiego, z powołaniem znaku pisma WK-V.9612.1.30.2019, o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych.

z up. Wojewody Mazowieckiego

Artur Subda
Dyrektor Wydziału Kontroli