



**WOJEWODA MAZOWIECKI**

Warszawa, 25 listopada 2015 r.

WK-II.9612.1.75.2015

**Pan  
Piotr Andrzej Soszyński  
Medicover Sp. z o.o.  
Al. Jerozolimskie 96  
00-807 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 2015 r., poz. 618, z późn. zm.) przeprowadzona została kontrola problemowa w Oddziale otolaryngologicznym, komórce organizacyjnej 390 przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego pn. Medicover Opieka Szpitalna, mieszczącym się przy al. Rzeczypospolitej 5 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 16 października 2015 r., przekazuję Panu niniejsze wystąpienie pokontrolne.

W trakcie kontroli stwierdzono, że Oddział otolaryngologiczny dysponował 4 łózkami – jak ustalono w księdze rejestrowej podmiotu leczniczego. Pomieszczenia oddziału,

w szczególności pokoje łóżkowe pacjentów, gabinety lekarskie i zabiegowe 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). Podmiot posiadał umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, zgodnie z obowiązkiem ustalonym w art. 25 ust. 1 pkt 1 i ust. 2 ustawy o działalności leczniczej. W dokumentacji placówki zgromadzono dokumenty potwierdzające prawo wykonywania zawodu aktualnie zatrudnionej kadry lekarskiej oraz pielęgniarskiej. W jednostce umieszczono również 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 2012 r., poz. 159, z późn. zm.). Podmiot leczniczy dysponował dokumentacją potwierdzającą sprawność techniczną aparatury i sprzętu medycznego wykorzystywanego przy udzielaniu świadczeń medycznych w Oddziale otolaryngologicznym, 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 2015 r. poz. 876). Dokumentacja medyczna przechowywana była zgodnie z normami ustalonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (dalej rozporządzenie w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej – Dz. U. z 2014 r., poz. 177, z późn. zm.).

W wyniku kontroli stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Umieszczenie, we wszystkich skontrolowanych przypadkach, na znakach identyfikacyjnych pacjentów informacji określonych w art. 36 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej – w sposób umożliwiający identyfikację pacjenta przez osoby nieuprawnione. Na opasce zamieszczono pierwszą literę imienia i nazwisko pacjenta.
2. Niedokonywanie przy wypisywaniu pacjentów ze szpitala adnotacji w indywidualnej dokumentacji medycznej o sprawdzeniu zgodności znaku identyfikacyjnego umieszczonego na opasce pacjenta ze znakiem identyfikacyjnym umieszczonym w dokumentacji medycznej, co stanowi naruszenie § 7 ust. 3 rozporządzenia 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 (dalej rozporządzenie w sprawie zaopatrywania pacjentów szpitala w znaki identyfikacyjne – Dz. U. z 2012 r. poz. 1098).

3. Nieprawidłowe prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej. Sprawdzone dokumentację 50 pacjentów, stwierdzając we wszystkich przypadkach brak numerowania stron dokumentacji, co stanowi naruszenie § 5 rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej.
4. Nieprawidłowe prowadzenie zbiorczej dokumentacji medycznej:
  - a) *Księga chorych oddziału* nie zawierała oznaczenia podmiotu leczniczego, numeru kolejnego pacjenta w księdze, rozpoznania przy wypisie albo adnotacji o wystawieniu karty zgonu oraz oznaczenia lekarza wypisującego w zakresie tytułu zawodowego, uzyskanych specjalizacji i numeru prawa wykonywania zawodu, co jest niezgodne z § 29 pkt 1-2, 9 i 11 rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej,
  - b) *Księga zabiegów* nie zawierała numerów PESEL pacjentów oraz oznaczenia lekarza zlecającego zabieg, a gdy zlecającym był inny podmiot, również oznaczenia tego podmiotu, oraz oznaczenia lekarza lub innej osoby wykonującej zabieg, co stanowi naruszenie § 32 pkt 4-5 rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej.

Ponadto w *Księdze raportów lekarskich* znajdowały się doklejane lub przytwierdzone zszywaczem wydrukowane z komputera treści raportu. Taki sposób prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej budzi zastrzeżenia co do porządku i trwałości zapisów zamieszczonych treści, co jest niezgodne z § 4 ust. 1 i 3 ww. rozporządzenia.

**Przedstawiając powyższe ustalenia, zobowiązuję Pana 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 identyfikację pacjenta przez osoby nieuprawnione, zgodnie z wymogiem ustalonym w art. 36 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej.
2. Dokonywania przy wypisywaniu pacjentów ze szpitala adnotacji w indywidualnej dokumentacji medycznej o sprawdzeniu zgodności znaku identyfikacyjnego umieszczonego na opasce pacjenta ze znakiem identyfikacyjnym umieszczonym w dokumentacji medycznej, zgodnie z obowiązkiem ustalonym w § 7 ust. 3 rozporządzenia w sprawie zaopatrywania pacjentów szpitala w znaki identyfikacyjne.
3. Prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z normami ustalonymi w rozporządzeniu w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej, w szczególności dokumentacja indywidualna pacjentów powinna zawierać dane wymienione w punkcie 3. wystąpienia, zaś dokumentacja zbiorcza – informacje wymienione w punkcie 4. Ponadto wpisów

w *Księdze raportów lekarskich* należy dokonywać zgodnie z wymogami określonymi w § 4 ust. 1 i 3 ww. rozporządzenia.

Jednocześnie zobowiązuję Pana do poinformowania Wojewody Mazowieckiego, z powołaniem znaku pisma WK-II.9612.1.75.2015, o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych, niezwłocznie po otrzymaniu wystąpienia.

z up. WOJEWODY MAZOWIECKIEGO

*Edyta Ostrowska*

Dyrektor

Wydziału Kontroli