



WOJEWODA MAZOWIECKI

Warszawa, 30 lipca 2015 r.

WK-II.9612.1.26.2015

**Pan
Andrzej Golimont
Szpital Praski
p.w. Przemienienia Pańskiego
Sp. z o.o.
al. Solidarności 67
03-401 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 chirurgii ogólnej i onkologicznej, komórce organizacyjnej 012 Szpitala Praskiego p.w. Przemienienia Pańskiego (dalej Szpital Praski), mieszczącej się przy al. Solidarności 67 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 1 czerwca 2015 r., przekazuję Panu niniejsze wystąpienie pokontrolne.

Oddział chirurgii ogólnej i onkologicznej dysponował 35 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). 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). W dokumentacji podmiotu leczniczego zgromadzono dokumenty potwierdzające prawo wykonywania zawodu 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. W kontrolowanym 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 (dalej ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – Dz. U. z 2012 r., poz. 159, z późn. zm.). Szpital Praski dysponował dokumentacją potwierdzającą sprawność techniczną aparatury i sprzętu medycznego wykorzystywanego przy udzielaniu świadczeń medycznych w Oddziale chirurgii ogólnej i onkologicznej, 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. Nr 107, poz. 679, z późn. zm.). 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). 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. Nieprzekazanie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą dokumentu ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z dnia 3 marca 2015 r., potwierdzającego zawarcie umowy ubezpieczenia. Takie działanie stanowi naruszenie art. 25 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej.

Jak ustalono na podstawie treści księgi rejestrowej podmiotu leczniczego, w dniu 5 maja 2015 r. podmiot złożył do organu prowadzącego rejestr dokument ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. W związku z powyższym odstępuje się od sformułowania zalecenia pokontrolnego.

2. Nieprowadzenie w Oddziale chirurgii ogólnej i onkologicznej *Księgi zabiegów*. Takim działaniem naruszony został wymóg § 12 pkt 2 lit. g rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej.

3. Nieprawidłowe prowadzenie zbiorczej dokumentacji medycznej:

- a) *Księga chorych oddziału* nie zawierała danych/informacji ustalonych w § 29 pkt 3, 6, 10 i 11 rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej:

- godziny przyjęcia pacjenta,
- oznaczenia lekarza prowadzącego,
- adnotacji o miejscu, do którego pacjent został wypisany,
- oznaczenia lekarza wypisującego;

- b) *Księga raportów lekarskich* nie zawierała danych/informacji ustalonych w § 30 pkt 1-3 rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej:

- oznaczenia podmiotu,
- numeru kolejnego wpisu,
- oznaczenia lekarza wypisującego.

4. Nieprawidłowe prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej. Sprawdzone dokumentację 50 pacjentów, stwierdzając w jednym przypadku prowadzenie w sposób nieczytelny oraz brak numeru PESEL, co jest niezgodne z § 4 ust. 1 rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz art. 25 pkt 1 lit. e ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Ponadto w 41 *Historiach choroby* sporządzanych odręcznie znajdowały się doklejane wydruki komputerowe dotyczące epikryzy. 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 prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z zasadami ustalonymi w przepisach rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu

dokumentacji medycznej, w szczególności dokumentacja zbiorcza powinna zawierać informacje wymienione w punkcie 3. wystąpienia, zaś dokumentacja indywidualna – dane wymienione w punkcie 4. Ponadto w Oddziale chirurgii ogólnej i onkologicznej należy prowadzić *Księgę zabiegów* oraz dokonywać wpisów w indywidualnej dokumentacji medycznej zgodnie z wymogami określonymi w § 4 ust. 1 i 3 ww. rozporządzenia. Proszę o poinformowanie Wojewody Mazowieckiego, z powołaniem znaku pisma WK-II.9612.1.26.2015, o sposobie realizacji zalecenia pokontrolnego, niezwłocznie po otrzymaniu wystąpienia.

z up. WOJEWODY MAZOWIECKIEGO

Edyta Ostrowska
Dyrektor
Wydziału Kontroli