



**„SZPITAL POWIATOWY W RAWICZU”
SPÓŁKA Z O.O.**

Prezes Zarządu - Tomasz Paczkowski
ul. gen. Grota Roweckiego 6
63-900 Rawicz

Na podstawie art. 111 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej¹, działając z upoważnienia Wojewody Wielkopolskiego, zespół kontrolny Wielkopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Poznaniu, Wydziału Zdrowia, w okresie od 11 kwietnia do 21 maja 2018 r. przeprowadził kontrolę planową problemową, której przedmiot obejmował ocenę zgodności wykonywanej działalności z przepisami określającymi warunki wykonywania działalności leczniczej oraz realizację opieki nad matką i dzieckiem.

Szczegółowe ustalenia z kontroli zawarto w protokole, który podpisał Pan 24.05.2018 r., wnosząc w trybie ustawowym zastrzeżenia do ustaleń w nim zawartych. Zastrzeżenia zostały uznane. Treść protokołu uległa zmianie.

Zalecenia pokontrolne

1. Zgłosić do organu rejestrowego zmiany w zakresie faktycznej struktury organizacyjnej podmiotu, ponieważ nie jest ona zgodna z wpisem do RPWDL:
 - od dnia wpisu do RPWDL nie funkcjonują: Poradnia ginekologiczno-położnicza (031), Poradnia geriatryczna (037), Poradnia neurochirurgiczna (041), Poradnia żywieniowa (042), Gabinet diagnostyczno-zabiegowy (052), Poradnia rehabilitacyjna (043);
 - Poradnia Logopedyczna (020) zakończyła działalność 31.12.2009 r.;
 - nie udokumentowano działalności komórki organizacyjnej nr 032 - Zespół Chirurgii Jednego Dnia, co wskazuje na fakt, że ww. komórka organizacyjna nie funkcjonuje;
 - faktyczna liczba łóżek na oddziałach: chorób wewnętrznych, położniczo-ginekologicznym, chirurgicznym oraz w Zakładzie Opiekuńczo Leczniczym nie jest zgodna z wpisem do RPWDL;
 - komórka organizacyjna nr 033 - Zespół Opieki Diennej zakończyła działalność z dniem 31.03.2018 r.Zmian w powyższym zakresie nie zgłoszono w terminie ustawowym organowi prowadzącemu rejestr, co narusza art. 107 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
2. Dokumentację medyczną prowadzić zgodnie z wymogami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania², ponieważ stwierdzono następujące nieprawidłowości:

JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA nr 01- SZPITAL

➤ **papierowa dokumentacja medyczna indywidualna:**

Oddział Chirurgiczny:

- w dokumentacji nr KG: 257, 1120, 1419 stwierdzono użycie korektora, co narusza § 4 ust. 3 ww. rozporządzenia.

Oddział Ginekologiczno-Położniczy:

- we wszystkich analizowanych historiach chorób, w kartach zleceń lekarskich, brak potwierdzenia ich realizacji przez pielęgniarkę/położną,
- w historiach choroby nr KG: 149, 385, w karcie obserwacji tętna płodu brak pełnej identyfikacji położnej (są tylko parafki),
- w historii choroby nr KG 1352, w karcie przebiegu znieczulenia brak danych pielęgniarki anestezjologicznej;

➤ **dokumentacja medyczna zbiorcza:**

- w przedłożonym wydruku elektronicznej Księgi głównej przyjęć i wypisów:

- a) brak oznaczenia podmiotu zgodnego z § 10 ust. 1 pkt 1, tj. nazwy podmiotu, kodu resortowego, stanowiącego część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, nazwy zakładu leczniczego, nazwy jednostki organizacyjnej oraz jej kodu resortowego, stanowiącego część V systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, nazwy komórki organizacyjnej,
- b) brak kodów resortowych komórek organizacyjnych, w których pacjent przebywał,
- c) kod rozpoznania klinicznego wg ICD 10 nie wskazuje, czy jest to rozpoznanie wstępne, czy przy wypisie,
- d) brak rozpoznania onkologicznego (...),
- e) brak daty wypisu, a w przypadku zgonu pacjenta - daty zgonu,
- f) brak adnotacji o miejscu, do którego pacjent został wypisany,
- g) brak adnotacji o zleceniu transportu sanitarnego, jeżeli zostało wydane,
- h) brak adnotacji, o których mowa w art. 30 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 kwietnia o działalności leczniczej,
- i) przyczyny zgonu, z podaniem ich numerów statystycznych (...),
- j) informacji o ewentualnym pobraniu opłat na zasadach określonych w odrębnych przepisach,
- k) oznaczenia lekarza wypisującego, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3 lit. a,
- l) numeru karty depozytowej (...).

Powyższe narusza § 27 ww. rozporządzenia;

- w przedłożonym wydruku elektronicznej Księgi odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych brak oznaczenia podmiotu zgodnego z § 10 ust. 1 pkt 1, tj. kodu resortowego, stanowiącego część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, nazwy zakładu leczniczego, nazwy jednostki organizacyjnej oraz jej kodu resortowego, stanowiącego część V systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, nazwy komórki organizacyjnej oraz jej kodu resortowego, stanowiącego część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, co narusza § 28 pkt. 1 ww. rozporządzenia;

- w przedłożonych wydrukach elektronicznych Ksiąg chorych oddziału często brak adnotacji o miejscu, do którego pacjent został wypisany, co narusza § 29 pkt 11 ww. rozporządzenia;

- papierowe Księgi raportów lekarskich:

a) Oddział Chorób Wewnętrznych

W księgach prowadzonych od 1.01.2018 r.:

- brak podpisu lekarza dyżurnego w dniach: 4.01, 8/9.01, 16.01, 19.01, 23.01, 5.02, 8/9.02, 23/24.02, 26.02, 6/03, 12.03, 13.03; 16/17.03, 17/18.03,
- brak raportu lekarskiego w dniach: 24.01, 7.02, 11.02, 21.02, 14.03, 18/19.03, 15.04, 18/19.04,

- brak daty raportu lekarskiego w dniach przypadających na: 19.02, 26.02, 7.03, 8.03, 26/17.03, 9/10.04,
- niepełna identyfikacja lekarza dyżurnego w dniach: 7.01, 11.01, 26.01;
- brak systematyczności wpisów: raport z dnia 9/10.03 został napisany po raporcie z dnia 1/11.03;
- brak numeru kolejnego wpisu.

b) Oddział Chirurgii - w księdze brak numeru kolejnego wpisu;

c) Oddział Dziecięcy z pododdziałem noworodkowym - w księdze brak numeru kolejnego wpisu.

Powyższe narusza § 30 ww. rozporządzenia;

- w przedłożonych wydrukach elektronicznych Ksiąg raportów lekarskich Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii i Oddziału Ginekologiczno-Położniczego stwierdzono brak pełnego oznaczenia podmiotu. Nie zawiera ono: kodu resortowego, stanowiącego część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, nazwy zakładu leczniczego, nazwy jednostki organizacyjnej oraz jej kodu resortowego, stanowiącego część V systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, kodu resortowego komórki organizacyjnej, stanowiącego część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, co narusza § 30 pkt 1 ww. rozporządzenia;
- elektroniczne Księgi zabiegów nie posiadają pełnego oznaczenia podmiotu, co narusza § 32 pkt 1 ww. rozporządzenia;
- elektroniczna Księga bloku operacyjnego
W przedłożonych wydrukach protokołów operacyjnych, które składają się na ww. księgę, stwierdzono:
 - a) brak oznaczenia podmiotu,
 - b) brak rozpoznania przedoperacyjnego,
 Stanowi to naruszenie § 33 pkt 1, 5 ww. rozporządzenia.

JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA nr 03 - PORADNIE SPECJALISTYCZNE

➤ Ambulatorium Ogólne:

- a) w papierowej Księdze Zabiegów (oznaczonej „Zabiegi z miasta”), prowadzonej od 01.01.2018 r.:
 - brak pełnego oznaczenia podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1, co narusza § 32 pkt 1 ww. rozporządzenia;
 - brak pełnego oznaczenia lekarza zlecającego zabieg, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3 lit. a, a w przypadku gdy zlecającym jest inny podmiot – także nazwy tego podmiotu, co narusza § 32 pkt 5 ww. rozporządzenia;
 - w 176 przypadkach brak pełnego oznaczenia lekarza albo innej osoby uprawnionej do udzielania świadczeń zdrowotnych wykonującej zabieg, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3 (są tylko „parafki”), a w 3 przypadkach brak ww. oznaczenia, co narusza § 32 pkt 7 ww. rozporządzenia;
 - w 2 przypadkach użyto korektora, co narusza § 4 pkt 3 ww. rozporządzenia;
- b) w papierowej Księdze zabiegów (zabiegi udzielone w gabinecie zabiegowym oraz w miejscu przebywania pacjenta):
 - brak pełnego oznaczenia podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1, co narusza § 32 pkt 1 ww. rozporządzenia;
 - w 268 przypadkach brak pełnego oznaczenia lekarza albo innej osoby uprawnionej do udzielania świadczeń zdrowotnych wykonującej zabieg, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3 (są „parafki” lub tylko nazwisko ww. osoby), a w 2 przypadkach brak ww. oznaczenia, co narusza § 32 pkt 7 ww. rozporządzenia;
 - w 2 przypadkach użyto korektora, co narusza § 4 pkt 3 ww. rozporządzenia;

c) wydruk elektronicznej Księgi przyjęć nie zawierał pełnego oznaczenia podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1, oraz imienia i nazwiska osoby dokonującej wpisu, co narusza odpowiednio § 43 pkt 1 i 7 ww. rozporządzenia.

➤ Poradnie specjalistyczne:

a) wydruki elektronicznych Ksiąg Przyjęć

- nie zawsze zawierają oznaczenie zgodne z wymogami prawa,
- wszystkie przedłożone wydruki nie zawierały imienia i nazwiska osoby dokonującej wpisu, co narusza § 43 pkt 7 ww. rozporządzenia;

b) wydruki elektronicznych Ksiąg zabiegów nie zawierały:

- imienia i nazwiska lekarza zlecającego zabieg,
- oznaczenia lekarza albo innej osoby uprawnionej do udzielania świadczeń zdrowotnych wykonującej zabieg, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3, co narusza § 32 pkt 5 i 7 ww. rozporządzenia.

➤ Szkoła Rodzenia:

- papierowa Księga Szkoły Rodzenia nie zawierała pełnego oznaczenia podmiotu (kodu resortowego, stanowiącego część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, nr kodu resortowego jednostki organizacyjnej, stanowiącego część V systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz nr kodu resorowego komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych, stanowiącego część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, oznaczenia osoby/osób udzielających świadczeń zdrowotnych, co narusza § 11 ww. rozporządzenia.

JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA nr 04 - PRACOWNIE DIAGNOSTYCZNE

– papierowa Księga Pracowni diagnostycznej:

a) Pracownia Endoskopowa - w księdze brak pełnej identyfikacji lekarza wykonującego badanie, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 3, co narusza § 36 pkt 8 ww. rozporządzenia;

– wydruk elektronicznej Księgi Pracowni diagnostycznej:

b) Pracownia Kardiologiczna - wydruk nie zawierał właściwego kodu resortowego jednostki organizacyjnej, stanowiącego część V systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz nr właściwego kodu resorowego komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych, stanowiącego część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, kodu resortowego komórki zlecającej badanie, imienia i nazwiska lekarza zlecającego badanie, co narusza § 36 pkt 1, 5, 6 ww. rozporządzenia.

POZOSTAŁE USTALENIA

- Podmiot nie zawsze zapewnia odpowiednie warunki zabezpieczające dokumentację medyczną indywidualną, prowadzoną w postaci papierowej przed zniszczeniem, uszkodzeniem lub utratą i dostępem osób nieupoważnionych, a także umożliwiające jej wykorzystanie bez zbędnej zwłoki, co narusza § 74 ww. rozporządzenia. Dotyczy to Poradni: urologicznej, dermatologicznej, leczenia bólu, chirurgicznej, Punktu Szczepień.

3. Zadania z zakresu opieki zdrowotnej nad matką i dzieckiem realizować zgodnie z wytycznymi określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 roku w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem³, ponieważ kontrola w tym zakresie wykazała, że osoby sprawujące opiekę nad noworodkiem nie przekazują do dnia jego wypisu zgłoszenia o porodzie położnej podstawowej opieki zdrowotnej, co narusza część XII ust. 20 ww. rozporządzenia. Przekazanie zgłoszenia o porodzie powinno nastąpić w sposób zapewniający możliwość potwierdzenia jego odbioru przez położną poz.

4. Realizować obowiązek wynikający z art. 36 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej, dotyczący zaopatrywania pacjentów w znaki identyfikacyjne zgodnie z wymogami prawa w tym zakresie, ponieważ:
- znak identyfikacyjny, wydany pacjentowi w chwili przyjęcia, umożliwia jego pełną identyfikację przez osoby trzecie, ponieważ zawiera on jego imię i nazwisko. Powyższe narusza art. 36 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej;
 - w dniu wizytacji Oddziału Chirurgicznego stwierdzono, że 4 pacjentów na 20 (20%) nie posiadało na ręce opaski identyfikacyjnej, a w Oddziale Chorób Wewnętrznych 19 pacjentów na 40 (47,5%) nie posiadało na ręce opaski identyfikacyjnej, co stanowi naruszenie art. 36 pkt 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej. Opaski identyfikacyjne pacjenci mieli w szafkach przyłóżkowych. Na łóżku pacjenta zawieszona była kartka formatu A4 z jego imieniem i nazwiskiem;
 - w analizowanej dokumentacji medycznej indywidualnej pacjentów stwierdzono brak wpisów potwierdzających sprawdzenie znaku identyfikacyjnego umieszczonego na opasce ze znakiem identyfikacyjnym umieszczonym w indywidualnej dokumentacji medycznej przy wypisywaniu pacjenta ze szpitala, co narusza § 7 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie warunków i sposobu zaopatrywania pacjentów w znaki identyfikacyjne oraz sposobu postępowania w razie stwierdzenia ich braku⁴.
5. W miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych do wiadomości pacjentów podać informacje:
- o wysokości opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być, zgodnie z przepisami ustawy lub przepisami odrębnymi, udzielane za częściową lub całkowitą odpłatnością;
 - o wysokości opłaty za udostępnianie dokumentacji medycznej;
 - o wysokości opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny.

Brak powyższych informacji stanowi naruszenie wymogów art. 24 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Wobec powyższego wnoszę o przekazanie informacji o wykonaniu zaleceń oraz podjętych działaniach, w celu wyeliminowania w przyszłości stwierdzonych nieprawidłowości lub przyczynach ich niepodjęcia.

Informację proszę przekazać pisemnie, w terminie 30 dni od daty otrzymania niniejszego pisma, informując Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu, Wydział Zdrowia, al. Niepodległości 16/18, 61-713 Poznań

z up. Wojewody Wielkopolskiego
Damian Marciniak
Dyrektor
Wydziału Zdrowia

Dokument nie wymagał anonimizacji. Przygotowała Aleksandra Jarosz, inspektor wojewódzki, 17.10.2018 r.

¹ (Dz. U. z 2018 r., poz. 160 ze zm.)

² (Dz. U. z 2015 r., poz. 2069)

³ (Dz. U. z 2016 r., poz. 1132)

⁴ (Dz. U. z 2012, poz. 1098)