



WOJEWODA MAZOWIECKI

WZ-VI.9612.1.92.2018

Warszawa, 9 sierpnia 2018 r.

**Pani
Dorota Paśnik
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej
„REH-MEDICA”
ul. Alejowa 5
08-450 Łaskarzew**

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. 160, z późn. zm.) przeprowadzona została kontrola problemowa w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej „REH-MEDICA” Dorota Paśnik mieszczącym się przy ul. Alejowej 5 w Łaskarzewie.

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 13 lipca 2018 r., przekazuję Pani niniejsze wystąpienie pokontrolne.

W trakcie kontroli ustalono, że struktura organizacyjna zakładu leczniczego określona w regulaminie organizacyjnym podmiotu leczniczego była zgodna ze stanem faktycznym. Regulamin organizacyjny zawierał wszystkie elementy ustalone w art. 24 ustawy o działalności leczniczej. Pomieszczenia placówki spełniały wymagania ogólne oraz szczegółowe określone dla ambulatorium 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 zakładu leczniczego zgromadzono

dokumenty potwierdzające prawo wykonywania zawodu aktualnie zatrudnionej kadry lekarskiej i fizjoterapeutów. 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 2017 r. poz. 1318, z późn. zm.). Podmiot dysponował dokumentacją potwierdzającą sprawność techniczną sprzętu 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 2017 r. poz. 211, z późn. zm.). Indywidualna i zbiorcza 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 (Dz. U. z 2015 r. poz. 2069).

W wyniku kontroli stwierdzono następujące nieprawidłowości:

- I. Nieprawidłowe prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej. Sprawdzono dokumentację 50 pacjentów, w tym 25 Kart Historii choroby i 25 Kart pacjenta z zakresu rehabilitacji, stwierdzając:
 - a) w 25 przypadkach (karty Historii choroby) brak oznaczenia podmiotu, w tym: w 19 przypadkach brak kodu resortowego, stanowiącego część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz w 25 przypadkach brak: nazwy podmiotu, nazwy jednostki organizacyjnej oraz jej kodu resortowego stanowiącego część V systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, nazwy komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych oraz jej kodu resortowego stanowiącego część VII resortowych kodów identyfikacyjnych, co jest niezgodne z § 10 ust. 1 pkt 1 lit. a, b, d, e rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej,
 - b) w 25 przypadkach (Karty pacjenta) brak oznaczenia podmiotu co jest niezgodne z § 10 ust. 1 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej,
 - c) w 25 przypadkach (karty Historii choroby) brak oświadczenia pacjenta o upoważnieniu do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą, oraz oświadczenia pacjenta o upoważnieniu do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej, albo adnotacji o niezłożeniu

- ww. oświadczeń, co jest niezgodne z § 8 ust. 1 pkt 1-2 i ust. 3 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej,
- d) w 25 przypadkach (Karty pacjenta) brak: imienia i nazwiska lekarza zlecającego zabieg leczniczy oraz oznaczenia osoby wykonującej zabieg leczniczy w zakresie imienia i nazwiska, tytułu zawodowego, numeru prawa wykonywania zawodu co jest niezgodne z § 54 ust. 3 pkt 2 i 3 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej,
2. Nieprawidłowe prowadzenie zbiorczej dokumentacji medycznej:
- a) *Księga przyjęć* nie zawierała godziny zgłoszenia się pacjenta, adresu miejsca zamieszkania pacjenta, imienia i nazwiska osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego, informacji dotyczącej rodzaju udzielonego świadczenia zdrowotnego, imienia i nazwiska oraz podpisu osoby dokonującej wpisu co jest niezgodne z § 43 pkt 3, 4, 5, 6 i 7 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej,
- b) *Księga zabiegów leczniczych* nie zawierała rodzaju wykonanego zabiegu leczniczego, co jest niezgodne z § 54 ust. 2 pkt 5 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej

Przedstawiając powyższe ustalenia, zobowiązuję Panią do prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z normami ustalonymi w rozporządzeniu w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej, w szczególności dokumentacja indywidualna pacjentów powinna zawierać dane wymienione w punkcie 1 wystąpienia, zaś dokumentacja zbiorcza – informacje wymienione w punkcie 2.

Jednocześnie zobowiązuję Panią do poinformowania Wojewody Mazowieckiego, z powołaniem znaku pisma WZ-VI.9612.1.92.2018, o sposobie realizacji zalecenia pokontrolnego w terminie 14 dni od daty otrzymania wystąpienia.

z up. WOJEWODY MAZOWIECKIEGO
Jarosław Chmielewski
Dyrektor Wydziału Zdrowia