



WOJEWODA MAZOWIECKI

WZ-VI.9612.1.115.2018

Warszawa, 30.08 2018 r.

**Pani
Irina Barra
Prezes Zarządu
Osteomedis
Centrum Rehabilitacji Sp. z o.o.
ul. Kazimierza Gierdziejewskiego 7 kl. 3
02-495 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. 160, z późn. zm.) przeprowadzona została kontrola problemowa w zakładzie leczniczym pn. Osteomedis – Centrum Medyczne, mieszczącym się przy ul. Kazimierza Gierdziejewskiego 7 kl. 3 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 7 sierpnia 2018 r., przekazuję Pani niniejsze wystąpienie pokontrolne.

W trakcie kontroli ustalono, że pomieszczenia kontrolowanej 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). Regulamin organizacyjny zawierał wszystkie elementy określone w art. 24 ustawy o działalności leczniczej. Podmiot leczniczy posiadał zawartą umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, zgodnie z obowiązkiem ustalonym w art. 25 ust. 1 pkt 1 i ust. 2 ustawy o działalności leczniczej. W dokumentacji podmiotu leczniczego zgromadzono dokumenty potwierdzające prawo wykonywania zawodu aktualnie zatrudnionych 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 (dalej ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – Dz. U. z 2017 r. poz. 1318, z późn. zm.). 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 2017 r. poz. 211, z późn. zm.). 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 (dalej rozporządzenie w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej – Dz. U. z 2015 r. poz. 2069).

W wyniku kontroli stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Niezgodność struktury organizacyjnej zgłoszonej do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą ze stanem faktycznym. Ustalono, że w kontrolowanej placówce nie funkcjonowała poradnia dietetyczna, co nie zostało zgłoszone do organu prowadzącego rejestr. Takim działaniem został naruszony art. 107 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej. Jak ustalono na podstawie treści księgi rejestrowej podmiot zgłosił do organu rejestrowego zakończenie działalności ww. poradni. W związku z powyższym odstępuje się od sformułowania zalecenia pokontrolnego.
2. Nieprowadzenie *Księgi przyjęć*. Takim działaniem naruszony został wymóg określony w § 39 pkt 3 lit. a rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej.
3. Nieprowadzenie *Księgi zabiegów leczniczych*. Takim działaniem naruszony został wymóg określony w § 54 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej.

4. Nieprawidłowe prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej. Sprawdzono 50 *Kart pacjenta* w zakresie rehabilitacji leczniczej i 36 *Historii zdrowia i choroby*, stwierdzając:

a) w *Kartach pacjenta*:

- we wszystkich przypadkach brak oznaczenia podmiotu w zakresie kodu resortowego, stanowiącego część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, nazwy zakładu leczniczego, nazwy jednostki i komórki organizacyjnej oraz ich kodów resortowych, numeru kolejnego pacjenta w księdze oraz numeru PESEL pacjenta, co jest niezgodne z § 54 ust.3 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej,
- w 2 przypadkach brak imienia i nazwiska fizjoterapeuty zlecającego zabieg leczniczy, co stanowi naruszenie § 54 ust. 3 pkt 2 ww. rozporządzenia,


b) w *Historii zdrowia i choroby* pacjenta we wszystkich przypadkach brak:

- numerowania stron dokumentacji medycznej, co jest niezgodne z § 5 ww. rozporządzenia,
- oznaczenia podmiotu w zakresie kodu resortowego, stanowiącego część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, nazwy zakładu leczniczego, nazwy jednostki i komórki organizacyjnej oraz ich kodów resortowych, co stanowi naruszenie § 10 ust. 1 pkt 1 lit. b - e rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej,
- oznaczenia pacjenta w zakresie: daty urodzenia, oznaczenia płci, adresu zamieszkania oraz numeru PESEL, co jest niezgodne z art. 25 pkt 1 lit. b - e ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
- oznaczenia osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego, co stanowi naruszenie § 10 ust. 3 rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej,
- informacji dotyczącej stanu zdrowia i choroby oraz procesu diagnostycznego, leczniczego pielęgnacyjnego lub rehabilitacji, co jest niezgodne z § 10 ust. 1 pkt 5 ww. rozporządzenia,
- 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 stanowi naruszenie § 8 ust. 1 pkt 1-2 i ust. 3 rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu 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 informacje wymienione w punkcie 4 wystąpienia. Ponadto w placówce należy prowadzić *Księgę przyjęć i Księgę zabiegów leczniczych*.

Jednocześnie zobowiązuję Panią do poinformowania Wojewody Mazowieckiego, z powołaniem znaku pisma WK-VI.9612.1.115.2018, o sposobie realizacji zalecenia pokontrolnego, w terminie 14 dni od daty otrzymania wystąpienia.



z up. WOJEWODY MAZOWIECKIEGO
Jarosław Chmielewski
Dyrektor Wydziału Zdrowia