



**WOJEWODA MAZOWIECKI**

Warszawa, 16 maja 2019 r.

WZ-VI.9612.1.62.2019

**Pan  
Piotr Parasiewicz  
Centrum Rehabilitacyjno Medyczne Wellness  
ul. Rozwojowa 79  
05-300 Grębiszew**

#### **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. 2190, z późn. zm.) przeprowadzona została kontrola problemowa w zakładzie leczniczym pn. Centrum Rehabilitacyjno Medyczne Wellness, mieszczącym się przy ul. Rozwojowej 79 w Grębiszewie.

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 24 kwietnia 2019 r., przekazuję Panu niniejsze wystąpienie pokontrolne.

W trakcie kontroli ustalono, że pomieszczenia placówki spełniały wymagania ogólne oraz szczegółowe określone dla ambulatorium w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019 r. poz. 595). Podmiot leczniczy 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 podmiotu leczniczego zgromadzono dokumenty potwierdzające prawo wykonywania zawodu aktualnie

zatrudnionej kadry lekarskiej, pielęgniarskiej oraz 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 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 2019 r. poz. 175, 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 zakładu leczniczego zgłoszonej do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą ze stanem faktycznym. Zgodnie z zapisami księgi rejestrowej podmiot zgłosił udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne oznaczone kodem działalności – 3. Na podstawie udostępnionych podczas kontroli dokumentów oraz dokumentacji medycznej pacjentów stwierdzono, że od dnia rozpoczęcia działalności leczniczej podmiot udzielał świadczeń w rodzaju – stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne oznaczone kodem działalności – 2, 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 zaktualizował adres podmiotu leczniczego, zgłosił nowe komórki organizacyjne: 010 – Ośrodek rehabilitacji leczniczej, 011 – Ośrodek rehabilitacji leczniczej dziennej, 012 – Dział farmacji oraz nowy zakład leczniczy „CENTRUM REHABILITACYJNO MEDYCZNE WELNESS – ODDZIAŁ STACJONARNY” realizujący świadczenia w rodzaju – stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne – 2. W związku z powyższym odstępuje się od sformułowania zalecenia pokontrolnego. Ponadto regulamin organizacyjny nie zawierał aktualnej struktury organizacyjnej, co stanowi naruszenie wymogu ustalonego w art. 24 ust. 1 pkt 3 i 4 ustawy o działalności leczniczej.

2. Nieprawidłowe prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej. Kontrolowany zakład leczniczy prowadził wyłącznie dokumentację medyczną w postaci Historii chorób pacjenta, przewidzianą dla rodzaju działalności – stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne – 2.

Sprawdzono dokumentację 50 pacjentów, stwierdzając we wszystkich przypadkach – brak oznaczenia podmiotu w zakresie, kodu resortowego stanowiącego część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, nazwy przedsiębiorstwa 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 systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, co stanowi naruszenie § 10 ust. 1 pkt 1 lit. b, d i f w związku z § 29 pkt 1 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej,

3. Nieprawidłowe prowadzenie zbiorczej dokumentacji medycznej. Kontrolowany zakład leczniczy prowadził zbiorczą dokumentację medyczną w postaci w postaci Księgi głównej przyjęć i wypisów dla pacjentów korzystających ze świadczeń udzielanych całodobowo.

- a) *Księga główna przyjęć i wypisów* nie zawierała oznaczenia podmiotu w zakresie, kodu resortowego stanowiącego część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, nazwy przedsiębiorstwa podmiotu, nazwy jednostki organizacyjnej oraz jej kodu resortowego stanowiącego część V systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, adresu miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych stanowi naruszenie § 10 ust. 1 pkt 1 lit. b, d i e rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej,
- b) *Księga raportów lekarskich* nie zawierała numeru kolejnego wypisu, co jest niezgodne z § 30 ust. 2 ww. rozporządzenia,
- c) *Księga raportów pielęgniarskich* nie zawierała: imienia i nazwiska, tytułu zawodowego, uzyskanych specjalizacji, numeru prawa wykonywania zawodu, co stanowi naruszenie § 10 ust. 1 pkt 3. w związku z § 31 pkt 6 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej,
- d) *Księga Zabiegów* nie zawierała: imienia i nazwiska, tytułu zawodowego, uzyskanych specjalizacji, numeru prawa wykonywania zawodu, co jest niezgodne z § 10 ust. 1 pkt 3. w związku z § 32 pkt 7 ww. rozporządzenia.

**Przedstawiając powyższe ustalenia zobowiązuję Pana do podjęcia działań w celu wyeliminowania stwierdzonych w trakcie kontroli nieprawidłowości, a w szczególności do:**

1. 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 2., zaś dokumentacja zbiorcza – informacje wymienione w punkcie 3. wystąpienia. Ponadto należy prowadzić dokumentację medyczną odpowiednio do zgłoszonego rodzaju działalności leczniczej wykonywanej w zakładzie leczniczym.
2. Zaktualizowania regulaminu organizacyjnego podmiotu leczniczego w zakresie struktury organizacyjnej.

Jednocześnie zobowiązuję Pana do poinformowania Wojewody Mazowieckiego z powołaniem znaku pisma WZ-VI.9612.1.62.2019, o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych w terminie 14 dni od daty otrzymania wystąpienia.



z urz. WOJEWODY MAZOWIECKIEGO  
Jerzysław Ciemiński  
Dyrektor Wydziału Zdrowia