



WOJEWODA MAZOWIECKI

Warszawa, 6 grudnia 2019 r.

WK-V.9612.1.55.2019

**Pani
Grażyna Rondio
SAWIMED Sp. z o.o.
ul. Siekierkowska 8
00-709 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. 2190, z późn. zm.) przeprowadzona została kontrola problemowa w Oddziale Rehabilitacji Stacjonarnej¹ (dalej Oddział rehabilitacji lub Oddział), komórce organizacyjnej 002 zakładu leczniczego pn. Centrum Rehabilitacji Leczniczej, mieszczącej się w miejscowości Sawice Wieś 19.

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 15 listopada 2019 r., przekazuję Pani niniejsze wystąpienie pokontrolne.

W trakcie kontroli stwierdzono, że Oddział rehabilitacji dysponował dwudziestoma dwoma łózkami – jak ustalono na podstawie księgi rejestrowej podmiotu leczniczego. Regulamin organizacyjny zawierał wszystkie elementy określone w art. 24 ustawy o działalności leczniczej.

¹ Zgodnie z danymi zawartymi w księdze rejestrowej podmiotu leczniczego w dniu 24 października 2019 r. podmiot dokonał, w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą, zmiany nazwy kontrolowanej komórki organizacyjnej z Oddział Rehabilitacji Stacjonarnej na Oddział Rehabilitacji Ogólnoustrojowej.

Pomieszczenia Oddziału, w szczególności pokoje łóżkowe pacjentów, gabinet lekarski i zabiegowy oraz pomieszczenia higieniczno-sanitarne, spełniały wymagania określone 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). W dokumentacji placówki zgromadzono dokumenty potwierdzające prawo wykonywania zawodu aktualnie zatrudnionej kadry lekarskiej, pielęgniarskiej i fizjoterapeutów. 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 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 (Dz. U. z 2019 r. poz. 1127, z późn. zm.). Pacjenci Oddziału rehabilitacji zostali zaopatrzeni w znaki identyfikacyjne, zawierające informacje zapisane w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta przez osoby nieuprawnione, zgodnie z wymogiem ustalonym 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 (dalej rozporządzenie w sprawie zaopatrywania pacjentów szpitala w znaki identyfikacyjne – Dz. U. z 2012 r. poz. 1098). Pracownicy Oddziału nosili w widocznym miejscu identyfikatory zawierające imię i nazwisko oraz pełnioną funkcję, zgodnie z art. 36 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej. Podmiot dysponował dokumentacją potwierdzającą sprawność techniczną aparatury i sprzętu medycznego wykorzystywanego przy udzielaniu świadczeń medycznych w Oddziale rehabilitacji, 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. z 2019 r. poz. 175, z późn. zm.). Dokumentacja medyczna w Oddziale 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. Niezapewnienie dla potrzeb Oddziału pomieszczenia specjalnie przeznaczonego na przechowywanie zwłok osoby zmarłej w okresie pomiędzy stwierdzeniem zgonu a przewiezieniem ich do chłodni albo wydzielenia innego przeznaczonego do tego celu miejsca,

zapewniającego godność należną zmarłemu, zgodnie z wymogiem ustalonym w § 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 (dalej rozporządzenie w sprawie postępowania ze zwłokami pacjenta w przypadku śmierci pacjenta – Dz. U. z 2012 r. poz. 420).

2. Niezamieszczenie we wszystkich przypadkach, w indywidualnej dokumentacji medycznej, pełnego znaku identyfikacyjnego pacjenta (brak kodu kreskowego umieszczonego na opasce pacjenta), co stanowi naruszenie § 3 rozporządzenia 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 (dalej rozporządzenie w sprawie zaopatrywania pacjentów szpitala w znaki identyfikacyjne – Dz. U. z 2012 r. poz. 1098).
3. Nieprawidłowe prowadzenie zbiorczej dokumentacji medycznej:
 - a) *Księga chorych oddziału* nie zawierała imienia i nazwiska lekarza prowadzącego, co stanowi naruszenie § 29 pkt 6 w zawiązku z § 10 ust. 1 pkt 3 lit. a rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej,
 - b) *Księga raportów lekarskich* nie zawierała numeru kolejnego wpisu, co stanowi naruszenie § 30 pkt 2 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej.

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

1. Zapewnienia dla potrzeb Oddziału pomieszczenia specjalnie przeznaczonego na przechowywanie zwłok osoby zmarłej w okresie pomiędzy stwierdzeniem zgonu a przewiezieniem ich do chłodni albo wydzielenia innego przeznaczonego do tego celu miejsca, zapewniającego godność należną zmarłemu, zgodnie z wymogiem ustalonym w § 3 ust. 8 rozporządzenia w sprawie postępowania ze zwłokami pacjenta w przypadku śmierci pacjenta.
2. Zamieszczania w indywidualnej dokumentacji medycznej pełnego znaku identyfikacyjnego pacjenta, zgodnie z obowiązkiem ustalonym w § 3 rozporządzenia w sprawie zaopatrywania pacjentów szpitala w znaki identyfikacyjne.

3. Prowadzenia zbiorczej dokumentacji medycznej w szczególowości ustalonej w przepisach rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej.

Zalecenie określone w punkcie 1. należy zrealizować w terminie 3 miesięcy od daty otrzymania wystąpienia.

Zalecenie określone w punktach 2. i 3. należy zrealizować w terminie 14 dni od daty otrzymania wystąpienia.

Jednocześnie zobowiązuję Panią do poinformowania Wojewody Mazowieckiego, z powołaniem znaku pisma WK-V.9612.1.55.2019, o sposobie realizacji zaleceń.

z up. WOJEWODY MAZOWIECKIEGO

Artur Subda

Dyrektor Wydziału Kontroli