**WOJEWODA MAZOWIECKI**

Warszawa, 26 lutego 2016 r.

WK-II.9612.1.102.2015

**Pan**
**Wojciech Ruciński**
**Sutherland Medical Center (SMC)**
**– Spółka Cywilna**
**wspólnicy: Piotr Zbigniew Godek,**
**Wojciech Ruciński**
**al. Stanów Zjednoczonych 32 lok. 14**
**04-036 Warszawa**

# W Y S T Ą P I E N I E  P O K O N T R O L N E

Na podstawie art. 111 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (dalej ustawa o działalności leczniczej – Dz. U. z 2015 r., poz. 618, z późn. zm.) przeprowadzona została kontrola doraźna w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego pn. Sutherland Medical Center (SMC), mieszczącym się przy al. Stanów Zjednoczonych 32 lok. 14 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 11 stycznia 2016 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 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 podmiotu zgromadzono dokumenty potwierdzające prawo wykonywania zawodu aktualnie zatrudnionych lekarzy. 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 2012 r., poz. 159, z późn. zm.). Dokumentacja medyczna przechowywana była zgodnie z normami ustalonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (dalej rozporządzenie z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej – Dz. U. z 2014 r., poz. 177, z późn. zm.)[1].

W wyniku kontroli stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Nieprowadzenie *Księgi przyjęć* oraz *Księgi zabiegów leczniczych*. Takie działanie jest niezgodne z § 40 ust. 1 pkt 3 lit. a oraz § 56 ust. 2 rozporządzenia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.
2. Nieprawidłowe prowadzenie zbiorczej dokumentacji medycznej – *Księga zabiegów* nie zawierała numerów PESEL pacjentów, co stanowi naruszenie § 48 w związku z § 32 pkt 4 rozporządzenia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej.
3. Nieprawidłowe prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej. Sprawdzono dokumentację 50 pacjentów (50 *Historii Zdrowia i Choroby* oraz 10 *Kart pacjenta* z zakresu rehabilitacji leczniczej), stwierdzając:
   a) we wszystkich *Historiach Zdrowia i Choroby* – brak numerowania stron dokumentacji oraz oznaczenia każdej strony dokumentacji co najmniej imieniem i nazwiskiem pacjenta, co stanowi naruszenie § 5 i § 6 ust. 1 rozporządzenia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej,
   b) we wszystkich *Historiach Zdrowia i Choroby* – brak oznaczenia płci pacjenta, w 34 przypadkach – brak daty urodzenia pacjenta, w 5 przypadkach – adresu jego miejsca zamieszkania, a w 2 przypadkach – numerów PESEL pacjentów, co jest niezgodne z § 10 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu

[1] Z dniem 23 grudnia 2015 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (dalej rozporządzenie z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej – Dz. U. z 2015 r., poz. 2069).

dokumentacji medycznej w związku z art. 25 pkt 1 lit. b-e ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

c) w 5 *Kartach pacjenta* – brak oznaczenia podmiotu w zakresie nazwy jego przedsiębiorstwa, kodu resortowego jednostki organizacyjnej oraz nazwy komórki organizacyjnej i jej kodu resortowego stanowiącego część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, numeru kolejnego pacjenta w księdze, numerów PESEL pacjentów, co stanowi naruszenie § 56 ust. 3 rozporządzenia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej.

Przedstawiając powyższe ustalenia, zobowiązuję Pana do prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z przepisami rozporządzenia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej, w szczególności dokumentacja zbiorcza pacjentów powinna zawierać informacje wymienione w punkcie 2. wystąpienia, zaś dokumentacja indywidualna – dane wymienione w punkcie 3. Ponadto w placówce należy prowadzić *Księgę przyjęć* oraz *Księgę zabiegów leczniczych.*

Jednocześnie zobowiązuję Pana do poinformowania Wojewody Mazowieckiego, z powołaniem znaku pisma WK-II.9612.1.102.2015, o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych, niezwłocznie po otrzymaniu wystąpienia.

z up. WOJEWODY MAZOWIECKIEGO
*Edyta Ostrowska*
Dyrektor
Wydziału Kontroli