



**WOJEWODA MAZOWIECKI**

Warszawa, 21 listopada 2023 r.

WK-V.9612.1.144.2023

**Pan**

**Gabriel Gabrysiak**

**LUXURYMED**

**SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ**

**ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ**

**ul. Leśna 30**

**05-506 Magdalenka**

### **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 2023 r. poz. 991, z późn. zm.) przeprowadzona została kontrola doraźna w zakładach leczniczych pn. LUXURYMED DETOKS oraz LUXURYMED AMBU (dalej Ośrodek), mieszczących się przy ul. Leśnej 30 w Magdalence (05-506).

Tematyka kontroli obejmowała zgodność wykonywanej działalności z przepisami określającymi warunki wykonywania działalności leczniczej.

Kontrolą objęto badanie stanu faktycznego w dniu prowadzenia kontroli.

W związku z kontrolą, której szczegółowe wyniki przedstawione zostały w protokole kontroli, podpisanym bez zastrzeżeń w dniu 2 października 2023 r., przekazuję Panu niniejsze wystąpienie pokontrolne.

Mazowiecki Urząd Wojewódzki w Warszawie

00-950 Warszawa, Plac Bankowy 3/5, tel.: (+48) 22 695 69 95 Elektroniczna Skrzynka Podawcza ePUAP: /t6j4ljd68r/skrytka

[www.gov.pl/web/uw-mazowiecki](http://www.gov.pl/web/uw-mazowiecki)

Administratorem danych osobowych jest Wojewoda Mazowiecki. Dane przetwarzane są w celu realizacji czynności urzędowych. Masz prawo do dostępu, sprostowania, ograniczenia przetwarzania danych. Więcej informacji znajdziesz na stronie [www.gov.pl/web/uw-mazowiecki](http://www.gov.pl/web/uw-mazowiecki) w zakładce ochrona danych osobowych.

W trakcie kontroli stwierdzono, że w Ośrodku przebywało 6 pacjentów w ramach pobytu stacjonarnego, w tym 2 pacjentów w Ośrodku leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych (detoksykacji) i 4 w Ośrodku terapii uzależnienia od alkoholu oraz 2 w ramach pobytu dziennego w Oddziale dziennym uzależnienia od alkoholu. W kontrolowanej placówce udzielane były stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne – inne niż szpitalne w zakresie Psychiatrii i leczenia uzależnień. Świadczenia zdrowotne realizowane były wyłącznie odpłatnie na podstawie umowy zawartej z pacjentem (lub jego rodziną). W dokumentacji Ośrodka zgromadzono dokumenty potwierdzające prawo wykonywania zawodu aktualnie zatrudnionego lekarza oraz pielęgniarek. Ponadto świadczeń udzielało 2 specjalistów psychoterapii uzależnień. Świadczenia zdrowotne udzielane osobom uzależnionym polegały na psychoterapii indywidualnej oraz grupowej. W pracy z pacjentem wykorzystywana jest metoda społeczności terapeutycznej, która ma duże poczucie wsparcia oraz dostarcza wielu okazji i pozytywnych wzorców do naśladowania na poszczególnych etapach leczenia. Podmiot posiadał umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, zgodnie z obowiązkiem ustalonym w art. 25 ust. 1 i ust. 2 ustawy o działalności leczniczej. W kontrolowanym zakładzie leczniczym 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 2023 r. poz. 1545, z późn. zm.). Dokumentacja medyczna przechowywana była w Ośrodku zgodnie z normami ustalonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 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 2022 r. poz. 1304, z późn. zm.).

W wyniku kontroli stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Niezgodność danych podmiotu leczniczego zgłoszonych do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą ze stanem faktycznym. Ustalono, że komórki organizacyjne, tj. Hostel dla uzależnionych od alkoholu i Hostel dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych nie funkcjonują, a liczba zgłoszonych łóżek w kontrolowanych komórkach organizacyjnych wynosiła w każdej komórce po 7, natomiast na dzień kontroli stwierdzono w: Ośrodku leczenia uzależnień bliżej niescharakteryzowanych - 5 łóżek, Ośrodku leczenia uzależnień stacjonarnym - 5 łóżek, Ośrodku terapii uzależnienia od alkoholu - 2 łóżka, Ośrodku terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych - 2 łóżka, Ośrodku leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych (detoksykacji) - 4 łóżka, Ośrodku leczenia zespołów abstynencyjnych po substancjach (detoksykacji) - 4 łóżka, Ośrodku rehabilitacyjnym dla uzależnionych

- od substancji psychoaktywnych - 2 łóżka, co nie zostało zgłoszone do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Takie działanie stanowi naruszenie art. 107 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej.
2. Utworzony w zakładzie leczniczym Dział farmacji, nie został zgłoszony do Mazowieckiego Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego, co stanowi naruszenie art. 106 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2022 r. poz. 2301, z późn. zm.).
  3. Brak regulaminu organizacyjnego dla kontrolowanego podmiotu leczniczego, co było niezgodne z art. 24 ustawy o działalności leczniczej.
  4. Niespełnienie wymagań określonych w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (dalej rozporządzenie w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą – Dz. U. z 2022 r. poz. 402) przez:
    - a) jeden pokój jednołóżkowy zlokalizowany na parterze budynku oraz pokoje nr 1, 2, 3 i VIP 1 zlokalizowane na I piętrze budynku, które nie zostały wyposażone w umywalkę z baterią ciepłej i zimnej wody, dozownik z mydłem w płynie oraz pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia, co stanowi naruszenie § 24 ust. 1 ww. rozporządzenia,
    - b) jeden pokój czterołóżkowy VIP 2 zlokalizowany na I piętrze, w którym nie zapewniono dostępu z dwóch stron, jednej dłuższej i jednej krótszej do 2 łóżek, co było niezgodne z wymogiem ustalonym w § 18 ust. 2 do ww. rozporządzenia.
  5. Nieprawidłowe prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej. Sprawdzono dokumentację 50 pacjentów, stwierdzając we wszystkich przypadkach brak:
    - a) numerów stron dokumentacji medycznej pacjenta prowadzonej w postaci papierowej (niespełnienie wymogu chronologicznie uporządkowanej całości), co stanowi naruszenie § 6 ust. 1 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej,
    - b) imienia i nazwiska, tytułu zawodowego oraz numeru prawa wykonywania zawodu osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych oraz osoby kierującej na badanie diagnostyczne, konsultację lub leczenie, co jest niezgodne § 10 pkt 3 lit. a, b i c rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej,
    - c) oświadczenia pacjenta:
      - o wyrażeniu zgody na udzielanie informacji (o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych),

ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą,

- o upoważnieniu do dostępu do dokumentacji medycznej,

co stanowi naruszenie § 8 ust. 1 pkt 1 i 2 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej.

Ponadto oznaczenie podmiotu jest niezgodne z danymi zgłoszonym do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, co stanowi naruszenie § 10 pkt 1 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej.

6. Nieprawidłowe prowadzenie Wykazu przyjęć w kontrolowanej placówce, w zakresie braku:

a) imienia i nazwiska osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego,

b) rodzaj udzielonego świadczenia zdrowotnego,

c) imienia i nazwiska oraz podpisu osoby dokonującej wpisu,

co stanowi naruszenie § 40 pkt 4, 5 i 6 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej.

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

1. Dostosowania pokoiów łóżkowych do wymogów rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie niezgodności wymienionych w punkcie 4. wystąpienia – w terminie do dnia 31 maja 2024 r.
2. Uzyskania zezwolenia Mazowieckiego Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego na uruchomienie Działu farmacji – w terminie 6 miesięcy od daty otrzymania wystąpienia pokontrolnego.
3. Opracowania regulaminu organizacyjnego zgodnie z ustawą o działalności leczniczej – w terminie 3 miesięcy od daty otrzymania wystąpienia pokontrolnego.
4. Prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z zasadami ustalonymi w rozporządzeniu w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej, w szczególności indywidualna dokumentacja medyczna pacjentów powinna zawierać informacje wymienione w punkcie 5. wystąpienia, a dokumentacja zbiorcza powinna zawierać dane zawarte w punkcie 6. wystąpienia. Zalecenie należy zrealizować w terminie 14 dni od daty otrzymania wystąpienia pokontrolnego.

Jednocześnie zobowiązuję Pana do poinformowania Wojewody Mazowieckiego, z przywołaniem znaku pisma WK-V.9612.1.144.2022, o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych.

*Z up. Wojewody Mazowieckiego*

**Artur Subda**

*Dyrektor Wydziału Kontroli*