



WOJEWODA MAZOWIECKI

WK-II.9612.1.189.2017

Warszawa, 19 grudnia 2017 r.

**Pan
Michał Gala
Doctor Best Rehabilitacja
ul. Raławicka 129/U1
02-117 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 2016 r., poz. 1638 z późn. zm.) przeprowadzona została kontrola doraźna w zakładzie leczniczym pn. Doctor Best Rehabilitacja, mieszczącym się przy ul. Raławickiej 129/U1 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 5 grudnia 2017 r., przekazuję Panu niniejsze wystąpienie pokontrolne.

W trakcie kontroli ustalono, że struktura organizacyjna kontrolowanego zakładu leczniczego określona w regulaminie organizacyjnym była zgodna ze stanem faktycznym oraz z danymi zgłoszonymi do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Regulamin organizacyjny zawierał wszystkie elementy określone w art. 24 ustawy o działalności leczniczej. 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 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 i położnej. 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 – 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. Nieprawidłowe prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej. Sprawdzono dokumentację 50 pacjentów, stwierdzając:
 - a) we wszystkich przypadkach brak numerowania każdej ze stron indywidualnej dokumentacji medycznej, co stanowi naruszenie § 5 rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej,
 - b) we wszystkich przypadkach brak oznaczenia podmiotu w zakresie: nazwy podmiotu, kodu resortowego stanowiącego część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, nazwy zakładu leczniczego, nazwy jednostki organizacyjnej i komórki organizacyjnej oraz ich kodów resortowych stanowiących odpowiednio część V i część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, adres miejsca udzielania świadczeń co jest niezgodne z § 10 ust. 1 pkt 1 lit. a-f rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej,
 - c) we wszystkich przypadkach brak karty pacjenta dotyczącej rehabilitacji leczniczej, co stanowi naruszenie § 54 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej,
 - d) w 47 przypadkach brak 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 jest niezgodne z § 8 ust. 1 pkt 1-2 i ust. 3 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej,

e) w 1 przypadku brak nr PESEL pacjenta, co stanowi naruszenie art. 25 pkt 1 lit. e ustawy o prawach pacjenta,

2. Nieprawidłowe prowadzenie zbiorczej dokumentacji medycznej:

a) nieprowadzenie *Księgi przyjęć*, takim działaniem został naruszony § 39 pkt 3 lit a. rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej,

b) nieprowadzenie *Księgi zabiegów leczniczych*, co jest niezgodne § 54 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej,

c) księga zabiegów nie zawierała: oznaczenia podmiotu, imienia i nazwiska lekarza zlecającego zabieg, a w przypadku gdy zlecającym był inny podmiot, także nazwy tego podmiotu, co stanowi naruszenie § 32 pkt 1 i 5 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej,

Przedstawiając powyższe ustalenia zobowiązuję Pana do prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z zasadami ustalonymi w rozporządzeniu w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej, w szczególności dokumentacja indywidualna pacjentów powinna zawierać dane wymienione w punkcie 1. wystąpienia, zaś dokumentacja zbiorcza – informacje wymienione w punkcie 2. Proszę o poinformowanie Wojewody Mazowieckiego, z powołaniem znaku pisma WK-II.9612.1.189.2017, o sposobie realizacji zalecenia pokontrolnego, w terminie 14 dni po otrzymaniu wystąpienia.

z up. Wojewody Mazowieckiego

Bogusław Krupa

Zastępca Dyrektora

Wydziału Kontroli