



WOJEWODA MAZOWIECKI

Warszawa, 22 marca 2019 r.

WZ-VI.9612.1.34.2019

**Pan
Dariusz Gajzler
Pełnomocnik
podmiotu leczniczego
pn. Anna Jasiewicz-Reps
ul. Cypryjska 39
02-761 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 zakładzie leczniczym pn. Prywatna Przychodnia Lekarska Zdrowie i Uroda (dalej Przychodnia), mieszczącym się przy ul. Sobieskiego 18 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 19 lutego 2019 r., przekazuję Panu niniejsze wystąpienie pokontrolne.

W trakcie kontroli ustalono, że w Przychodni udzielane były świadczenia zdrowotne w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, stomatologii, medycyny pracy oraz rehabilitacji leczniczej. Regulamin organizacyjny zawierał wszystkie elementy określone w art. 24 ustawy o działalności leczniczej. Podmiot leczniczy posiadał zawartą umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, zgodnie z obowiązkiem ustalonym w art. 25 ust. 1 pkt 1 i ust. 2 ustawy o działalności leczniczej. W dokumentacji kontrolowanego zakładu leczniczego zgromadzono

dokumenty potwierdzające prawo wykonywania zawodu aktualnie zatrudnionej kadry lekarskiej, w tym lekarzy dentystów, pielęgniarek oraz fizjoterapeuty. 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). Dokumentacja medyczna prowadzona 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 2015r. poz. 2069).

W wyniku kontroli stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Niezgodność struktury organizacyjnej zakładu leczniczego określonej w regulaminie organizacyjnym podmiotu ze stanem faktycznym oraz z danymi zgłoszonymi do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Ustalono, że komórki organizacyjne – poradnia onkologiczna oraz poradnia gastroenterologiczna nie funkcjonowały.
Jak ustalono na podstawie treści księgi rejestrowej podmiot zgłosił do organu rejestrowego zmiany dotyczące wykreślenia ww. komórek organizacyjnych. W związku z powyższym odstępuje się od sformułowania zalecenia pokontrolnego.
2. Niespełnianie wymagań określonych 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 (dalej rozporządzenie w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu – Dz. U. z 2012 r. poz. 739) przez wydzielone w gabinecie ginekologiczno-położniczym/urologicznym pomieszczenie higieniczno-sanitarne, w którym brak było miski ustępowej, co stanowi naruszenie ust. 5 załącznika nr 2 do ww. rozporządzenia. Ponadto rozwiązanie przestrzenne sterylizatornii (urządzona w dwóch pomieszczeniach oddzielonych korytarzem) nie zapewniało na każdym etapie technologicznym jednokierunkowego ruchu materiałów, jak również stanowisko higieny rąk zorganizowane było w ciągu blatu roboczego,

co jest niezgodne z ust. 8 i ust. 10 pkt 6 rozporządzenia w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu.

3. Niepodanie na stronie internetowej placówki informacji o wysokości pobieranych opłat za świadczenia zdrowotne, jak również o niepobieraniu opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej przez Przychodnię, co jest niezgodne art. 24 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej.
4. Nieprowadzenie *Księgi Zabiegów leczniczych*, co jest niezgodne z § 54 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej.
5. Nieprawidłowe prowadzenie zbiorczej dokumentacji medycznej – *Księga Zabiegów* nie zawierała numeru PESEL pacjentów, co stanowi naruszenie § 32 pkt 4 ww. rozporządzenia.
6. Nieprawidłowe prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej. Sprawdzono dokumentację 50 Historii zdrowia i choroby, stwierdzając:
 - a) we wszystkich przypadkach – brak nazwy podmiotu, kodu resortowego, stanowiącego część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, brak 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. a, b, e rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej,
 - b) w 3 przypadkach – brak oznaczenia osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych (brak imienia i nazwiska, tytułu zawodowego, uzyskanych specjalizacji, numeru prawa wykonywania zawodu lekarza dentystry), co jest niezgodne § 10 ust. 1 pkt 3 lit. a, b, c i d ww. rozporządzenia,
 - c) w 11 przypadkach – brak oświadczenia 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. oświadczenia, co stanowi naruszenie § 8 ust. 1 pkt 1-2 i ust. 3 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej.

Ponadto w wyniku kontroli 10 kart pacjentów w zakresie rehabilitacji leczniczej stwierdzono nieprawidłowości:

- d) we wszystkich przypadkach – brak nazwy podmiotu, kodu resortowego, stanowiącego część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, brak nazwy komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych oraz jej kodu resortowego stanowiącego część

VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, co jest niezgodne z § 10 ust. 1 pkt. 1 lit. a, b i e w związku z § 54 ust. 3 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej,

- e) we wszystkich przypadkach – brak numeru kolejnego pacjenta w księdze zabiegów leczniczych oraz numeru PESEL pacjenta, co stanowi naruszenie § 54 ust. 2 pkt 2 i 3 ww. rozporządzenia,
- f) we wszystkich przypadkach – brak danych o programie rehabilitacji i jego wykonaniu, imienia i nazwiska osoby zlecającej zabieg leczniczy oraz dołączonego zlecenia osoby zlecającej zabieg leczniczy, co jest niezgodne z § 54 ust. 3 pkt 1 i 2 oraz ust. 4 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 pomieszczeń kontrolowanego zakładu leczniczego do wymagań określonych w rozporządzeniu w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu w zakresie niezgodności wymienionych w punkcie 2. wystąpienia – w terminie 90 dni od daty otrzymania wystąpienia.
2. Podania na stronie internetowej placówki informacji o wysokości pobieranych opłat za świadczenia zdrowotne, jak również o niepobieraniu opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej przez Przychodnię.
3. Prowadzenia dokumentacji medycznej, zgodnie z normami ustalonymi w rozporządzeniu w sprawie rodzajów, zakresów i wzorów dokumentacji medycznej, w szczególności dokumentacja indywidualna pacjentów powinna zawierać dane wymienione w punkcie 6., zaś dokumentacja zbiorcza informacje wymienione w punkcie 5. wystąpienia. Ponadto w Przychodni należy prowadzić *Księgę Zabiegów Leczniczych*.

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

Jednocześnie zobowiązuję Pana do poinformowania Wojewody Mazowieckiego, z powołaniem znaku pisma WZ-VI.9612.1.34.2019, o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych.

z up. WOJEW.

Halina
Zastępca Dyrektora

Urząd
Sanitarno-Zdrowotny