



WOJEWODA MAZOWIECKI

WK-VI.9612.1.84.2019

Warszawa, *Mycerwice* 2019 r.

**Pani
Aldona Kosecka
ALGRAMED,
Al. Jana Pawła II 49 B/19
05-250 Radzymin**

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 Poradni Algramed (dalej Poradnia), mieszczącej się przy Al. Jana Pawła II 49B lok 19 w Radzyminie.

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 17 maja 2019 r., przekazuję Pani niniejsze wystąpienie pokontrolne.

W trakcie kontroli ustalono, że struktura organizacyjna kontrolowanego zakładu leczniczego określona w regulaminie organizacyjnym podmiotu leczniczego była zgodna ze stanem faktycznym oraz z danymi zgłoszonymi do rejestru. Regulamin organizacyjny zawierał wszystkie elementy określone w art. 24 ustawy o działalności leczniczej. 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 leczniczego zgromadzono

dokumenty potwierdzające prawo wykonywania zawodu aktualnie zatrudnionej kadry lekarskiej. W kontrolowanej 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.). 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. Nieokazanie w trakcie kontroli dokumentacji potwierdzającej sprawność techniczną sprzętu medycznego znajdującego się w wyposażeniu Poradni w aparat EKG BTL-08 MT Plus firmy BTL, 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).
2. Nieprowadzenie *Księgi przyjęć*, co stanowi naruszenie § 39 pkt 3, lit. a rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.
3. Nieprawidłowe prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej. Sprawdzone dokumentację medyczną 50 pacjentów, stwierdzając:
 - a) we wszystkich przypadkach – brak oznaczenia podmiotu, co jest niezgodne z § 10 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania,
 - b) we wszystkich przypadkach – brak oświadczenia pacjenta o upoważnieniu do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia i udzielanych świadczeniach zdrowotnych, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą oraz oświadczenia 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 ww. rozporządzenia,
 - c) w 25 przypadkach dokumentacja prowadzona nieczytelnie, co stanowi naruszenie § 4 ust. 1 ww. rozporządzenia,

- d) w 3 przypadkach – brak oznaczenia osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych oraz kierującej na badania diagnostyczne, konsultację lub leczenie, co stanowi naruszenie § 10 ust. 1 pkt 3 ww. rozporządzenia,
- e) we wszystkich przypadkach – brak oznaczenia płci pacjenta, co stanowi naruszenie art. 25 ust. 1 pkt. 1 lit. c ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, a w 15 przypadkach – brak adresu miejsca zamieszkania i numeru PESEL pacjenta, co jest niezgodne z art. 25 ust 1 pkt. 1 lit. d, e ww. ustawy.

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

1. Przesłania do Wydziału Zdrowia Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego w Warszawie, poświadczonych za zgodność z oryginałem, kopii dokumentów potwierdzających sprawność techniczną sprzętu wykorzystywanego przy udzielaniu świadczeń medycznych, wymienionego w punkcie 1. niniejszego wystąpienia – w terminie 30 dni od daty otrzymania niniejszego wystąpienia.
2. Prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej zgodnie z normami ustalonymi w rozporządzeniu sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej, w szczególności indywidualna dokumentacja pacjentów powinna zawierać dane wymienione w punkcie 2. wystąpienia. Ponadto w Przychodni należy prowadzić *Księgę przyjęć*.

Zalecenie należy zrealizować w terminie 14 dni od daty otrzymania niniejszego wystąpienia.

Jednocześnie zobowiązuję Panią do poinformowania Wojewody Mazowieckiego, z powołaniem znaku pisma: WZ-VI.9612.1.84.2019, o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych.

z up. WOJEWODY MAZOWIECKIEGO

Jarosław Chmielowski
Dyrektor Wydziału Zdrowia



