




WOJEWODA MAZOWIECKI

WZ-VI.9612.1.94.2019

Warszawa,  sierpnia 2019 r.

**Pani
Agnieszka Wójcik
ul. Stefana Żeromskiego 33
01- 882 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 Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej „ONKOMED” Agnieszka Wójcik (dalej NZOZ), mieszczącym się przy ul. Stefana Żeromskiego 33 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 23 maja 2019 r., przekazuję Pani niniejsze wystąpienie pokontrolne.

W trakcie kontroli ustalono, że struktura organizacyjna kontrolowanej placówki określona w regulaminie organizacyjnym była zgodna ze stanem faktycznym. Regulamin organizacyjny zawierał wszystkie elementy ustalone w art. 24 ustawy o działalności leczniczej. W NZOZ udzielane były świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie pielęgniarskiej opieki długoterminowej w domu pacjenta, długoterminowej paliatywnej opieki pielęgniarskiej oraz leczenia ran metodą ozonoterapii. Pomieszczenia zakładu leczniczego spełniały wymagania ogólne oraz szczegółowe określone dla ambulatorium w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu

wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019 r. poz. 595). 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 placówki zgromadzono dokumenty potwierdzające prawo wykonywania zawodu aktualnie zatrudnionej pielęgniarki. Podmiot dysponował dokumentacją potwierdzającą sprawność techniczną aparatu *Generatora ozonu Ato 3 max* 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, z późn. zm.). 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 2019 r. poz. 1127). 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. Niezgodność struktury organizacyjnej zakładu leczniczego zgłoszonej do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą – ze stanem faktycznym. Ustalono, że w NZOZ od dnia 29 kwietnia 2019 r. nie funkcjonowały następujące komórki organizacyjne: Poradnia rehabilitacyjna, Rehabilitacyjna opieka domowa i Poradnia psychologiczna. Takim działaniem został naruszony art. 107 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, zgodnie z którym wymienione dane podmiot leczniczy zobowiązany był zgłosić do organu rejestrowego w ciągu 14 dni od daty powstania zmiany.
2. Nieprawidłowe prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej. Sprawdzono dokumentację 50 pacjentów, stwierdzając w 2 przypadkach – brak oznaczenia osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych oraz kierującej na badanie diagnostyczne, konsultację lub leczenie, co jest niezgodne z §10 ust.1 pkt 3 lit. a-e rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej.
3. Nieprawidłowe prowadzenie zbiorczej dokumentacji medycznej – *Księga przyjęć*, która nie zawierała numeru kolejnego wpisu, imienia i nazwiska, numeru PESEL oraz adresu miejsca zamieszkania pacjenta, imienia i nazwiska oraz podpisu osoby dokonującej wpisu, co stanowi naruszenie § 43 pkt 2, 4 i 7 ww. rozporządzenia.

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

1. Zaktualizowania struktury organizacyjnej zakładu leczniczego w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
2. Prowadzenia dokumentacji medycznej, zgodnie z przepisami rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej, w szczególności dokumentacja indywidualna pacjentów powinna zawierać dane wymienione w punkcie 2. wystąpienia, zaś dokumentacja zbiorcza - informacje wymienione w punkcie 3.

Jednocześnie zobowiązuję Panią do poinformowania Wojewody Mazowieckiego, z powołaniem znaku pisma WZ-VI.9612.1.94.2019, o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych, w terminie 14 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego.

z up. WOJEWODY MAZOWIECKIEGO
Halina Krajowska
Zastępca Dyrektora Wydziału Zdrowia

