



WOJEWODA MAZOWIECKI

Warszawa, 10 grudnia 2019 r.

WK-V.9612.1.25.2019

**Pan
Robert Gajda
Centrum Medyczne „GAJDA-MED”
ul. Piotra Skargi 23/29
06-100 Pułtusk**

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 jednostce organizacyjnej Centrum Medyczne „GAJDA-MED” – filia w Jabłoni Kościelnej przy. ul. Kolejowej 11, należącej do podmiotu leczniczego – Centrum Medyczne GAJDA-MED, Centrum Medyczne POLS-MED. Robert Gajda z siedzibą w Pułtusk przy ul. Piotra Skargi 23/29.

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 7 listopada 2019 r., przekazuję Panu niniejsze wystąpienie pokontrolne.

W trakcie kontroli ustalono, że struktura organizacyjna kontrolowanej jednostki organizacyjnej określona w regulaminie organizacyjnym podmiotu leczniczego 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. Podmiot posiadał umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, zgodnie z obowiązkiem ustalonym w art. 25 ust. 1 pkt 1 i ust. 2 ustawy o działalności leczniczej. Pomieszczenia placówki 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). W dokumentacji podmiotu leczniczego zgromadzono dokumenty potwierdzające prawo wykonywania zawodu aktualnie zatrudnionej kadry lekarskiej, pielęgniarki i położnej. W kontrolowanej placówce umieszczono również 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 i Rzeczniku Praw Pacjenta – Dz. U. z 2019 r. poz. 1127, z późn. zm.). Podmiot dysponował dokumentacją potwierdzającą sprawność techniczną Elektroardiografu firmy Aspel 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. 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. W trakcie kontroli sprawdzono dokumentację medyczną 50 pacjentów, stwierdzając:
 - a) w 50 przypadkach brak prawidłowego oznaczenia podmiotu leczniczego podmiotu leczniczego w zakresie nazwy podmiotu, co stanowi naruszenie § 10 ust. 1 pkt 1 lit a rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej,
 - b) w 50 przypadkach brak numerowania stron, co stanowi naruszenie § 5 ww. rozporządzenia,

- c) w 48 przypadkach brak oznaczenia płci, co jest niezgodne z art. 25 ust. 1 pkt 1 lit. c ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
 - d) w 26 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, 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.
2. Nieprawidłowe prowadzenie zbiorczej dokumentacji medycznej:
- a) *Księga przyjęć* nie zawierała godziny zgłoszenia się pacjenta, imienia osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego, imienia i nazwiska oraz podpisu osoby dokonującej wpisu, co stanowi naruszenie § 43 pkt 3, 5 i 7 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej.
 - b) *Księga zabiegów* nie zawierała nazwy podmiotu w przypadku gdy zlecającym jest inny podmiot, co stanowi naruszenie z § 32 pkt 5 ww. rozporządzenia.

Przedstawiając powyższe ustalenia, zobowiązuję Pana do prowadzenia dokumentacji medycznej indywidualnej i zbiorczej zgodnie z normami ustalonymi w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz rozporządzeniu w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej, w szczególności dokumentacja indywidualna pacjentów powinna zawierać dane wymienione w punkcie 1., zaś dokumentacja zbiorcza – informacje wymienione w punkcie 2.

Podsumowując powyższe zobowiązuję Panią do poinformowania Wojewody Mazowieckiego, z powołaniem znaku pisma WK-V.9612.1.25.2019, o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych w terminie 14 dni od daty otrzymania wystąpienia.

Z up. Wojewody Mazowieckiego

Artur Subda

Dyrektor Wydziału Kontroli