



WOJEWODA MAZOWIECKI

WK-II.9612.1.97.2015

Warszawa, 26 lutego 2016 r.

**Pani
Olena Tomaszewska
ul. Kopińska 20/22
02-327 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 2015 r., poz. 618, z późn. zm.) przeprowadzona została kontrola problemowa w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Perfektdent (dalej NZOZ), mieszczącym się przy ul. Kopińskiej 20/22 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 21 grudnia 2015 r., przekazuję Pani niniejsze wystąpienie pokontrolne.

W trakcie kontroli ustalono, że struktura organizacyjna NZOZ 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. 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 NZOZ zgromadzono dokumenty potwierdzające prawo wykonywania zawodu aktualnie zatrudnionych lekarzy dentystów. 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 2012 r., poz. 159, 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 2015 r., poz. 876). Dokumentacja medyczna przechowywana była zgodnie z normami ustalonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (dalej rozporządzenie z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej – Dz. U. z 2014 r., poz. 177, z późn. zm.)¹.

W wyniku kontroli stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Niespełnienie wymogu określonego w przepisach rozporządzenia 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 dla pomieszczeń i urządzeń podmiotu wykonującego działalność leczniczą – Dz. U. z 2012 r., poz. 739) przez sterylizatornię, w której stanowisko higieny rąk nie zostało zorganizowane poza blatem roboczym. Działanie takie stanowi naruszenie normy ustalonej w ust. 10 pkt 6 załącznika nr 2 do ww. rozporządzenia.
2. Nieokazanie zgody państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego na zlokalizowanie pomieszczenia poradni protetycznej poniżej poziomu terenu urządzonego przy budynku kontrolowanego przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego. Działanie powyższe stanowi naruszenie § 14 ust. 5 rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

¹ Z dniem 23 grudnia 2015 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (dalej rozporządzenie z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej – Dz. U. z 2015 r., poz. 2069).

3. Nieprowadzenie w NZOZ *Księgi przyjęć*. Takim działaniem naruszony został wymóg ustalony w § 40 pkt 3 lit. a rozporządzenia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej.
4. Nieprawidłowe prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej. W trakcie kontroli sprawdzono dokumentację 50 pacjentów, stwierdzając:
 - a) we wszystkich przypadkach – brak oświadczenia pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej 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, albo oświadczenia o braku takiego upoważnienia, oraz oświadczenia pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej, albo oświadczenia o braku takiego upoważnienia, co stanowi naruszenie § 8 pkt 1 i 2 rozporządzenia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej,
 - b) we wszystkich przypadkach – brak numerowania stron dokumentacji oraz oznaczenia każdej strony dokumentacji co najmniej imieniem i nazwiskiem pacjenta, co jest niezgodne z § 5 i § 6 ust. 1 ww. rozporządzenia,
 - c) we wszystkich przypadkach – brak oznaczenia podmiotu w zakresie nazwy i adresu, kodu identyfikacyjnego stanowiącego I część systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, nazwy i kodu resortowego jednostki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych, stanowiącego część V systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, nazwy i kodu resortowego komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych, stanowiącego część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, co stanowi naruszenie § 10 ust. 1 pkt 1 lit. c, b, d i e rozporządzenia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej,
 - d) we wszystkich przypadkach – brak oznaczenia płci pacjenta, co jest niezgodne z art. 25 pkt 1 lit. c ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
 - e) w 41 przypadkach – brak oznaczenia osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego oraz kierującej na badanie, konsultację lub leczenie, co stanowi naruszenie § 10 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej,
 - f) w 40 przypadkach – brak daty urodzenia pacjenta, co jest niezgodne z art. 25 pkt 1 lit. b ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
 - g) w 17 przypadkach – brak numeru PESEL pacjenta, a w 1 przypadku – adresu miejsca zamieszkania, co stanowi naruszenie art. 25 pkt 1 lit. e i d ww. ustawy,

- h) w 3 przypadkach – brak imienia i nazwiska oraz adresu miejsca zamieszkania przedstawiciela ustawowego pacjenta, co jest niezgodne z art. 25 pkt 1 lit. f ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
- i) w 1 przypadku – brak nazwiska pacjenta, co stanowi naruszenie art. 25 pkt 1 lit. a ww. ustawy.

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

1. Zorganizowania w sterylizatorni stanowiska higieny rąk poza blatem roboczym – w terminie 6 miesięcy od daty otrzymania wystąpienia pokontrolnego.
2. Przesłania do Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego w Warszawie poświadczonej za zgodność z oryginałem kopii zgody państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego na zlokalizowanie pomieszczenia poradni protetycznej poniżej poziomu terenu urządzonego przy budynku, zgodnie z § 14 ust. 5 rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

Zalecenie należy zrealizować w terminie 60 dni od daty otrzymania wystąpienia pokontrolnego.

3. Prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej w szczególności ustalonej w przepisach rozporządzenia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej. Ponadto w placówce należy prowadzić *Księgę przyjęć*.

Zalecenie należy przyjąć do realizacji niezwłocznie po otrzymaniu wystąpienia pokontrolnego.

Jednocześnie zobowiązuję Panią do poinformowania Wojewody Mazowieckiego, z powołaniem znaku pisma WK-II.9612.1.97.2015, o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych.

z up. Wojewody Mazowieckiego

Edyta Ostrowska

Dyrektor

Wydziału Kontroli