



WOJEWODA MAZOWIECKI

Warszawa, 13 listopada 2024 r.

WK-V.9612.1.139.2024

Pani

XX

**Dyrektor Samodzielnego Zespołu
Publicznych Zakładów Lecznictwa
Otwartego Warszawa-Praga Południe
ul. Krypska 39
04-082 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 2024 r. poz. 799) przeprowadzona została kontrola problemowa w jednostce organizacyjnej 01 pn. Zakład Lecznictwa Otwartego (dalej Zakład), mieszczącej się przy ul. Saskiej 61 w Warszawie (03-914), prowadzonym przez podmiot leczniczy pn. Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa-Praga Południe.

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 24 października 2024 r., przekazuję Pani Dyrektor niniejsze wystąpienie pokontrolne.

W trakcie kontroli ustalono, że pomieszczenia kontrolowanej placówki spełniały wymagania ogólne oraz szczegółowe określone dla ambulatorium w rozporządzeniu Ministra

Mazowiecki Urząd Wojewódzki w Warszawie
00-950 Warszawa, Plac Bankowy 3/5, tel.: (+48) 22 695 69 95 Elektroniczna Skrzynka Podawcza ePUAP: /t6j4ljd68r/skrytka
www.gov.pl/web/uw-mazowiecki

Administratorem danych osobowych jest Wojewoda Mazowiecki. Dane przetwarzane są w celu realizacji czynności urzędowych. Masz prawo do dostępu, sprostowania, ograniczenia przetwarzania danych. Więcej informacji znajdziesz na stronie www.gov.pl/web/uw-mazowiecki w zakładce ochrona danych osobowych.

Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2022 r. poz. 402). 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 podmiotu leczniczego zgromadzono dokumenty potwierdzające prawo wykonywania zawodu aktualnie zatrudnionych lekarzy, pielęgniarek, położnych i fizjoterapeutów. Podmiot dysponował dokumentacją potwierdzającą sprawność techniczną aparatury i sprzętu medycznego wykorzystywanego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, do której posiadania i okazania organowi kontroli jest zobowiązany na podstawie art. 63 ust. 3, 4 i 6 ustawy z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 1620). 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 2024 r. poz. 581). Dokumentacja medyczna przechowywana była zgodnie z normami ustalonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia z dnia 6 kwietnia 2020 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 2024 r. poz. 798).

W wyniku kontroli stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Niezgodność struktury organizacyjnej podmiotu leczniczego zgłoszonej do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą ze stanem faktycznym. Ustalono, że w placówce nie funkcjonowała poradnia: alergologiczna oraz medycyny pracy. Zgodnie z art. 107 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej podmiot wykonujący działalność leczniczą, wpisany do rejestru jest obowiązany zgłaszać organowi prowadzącemu rejestr wszelkie zmiany danych objętych rejestrem w ciągu 14 dni od dnia ich powstania.
2. Nieustalenie minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych dla Zakładu, do których określenia zobowiązany jest kierownik podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą na podstawie art. 50 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej.
3. Niezaktualizowanie danych zawartych w regulaminie organizacyjnym kontrolowanego podmiotu leczniczego. W części zawierającej strukturę organizacyjną był zapis dotyczący komórek organizacyjnych 079 – Poradnia alergologiczna oraz 084 – Poradnia medycyny pracy, co było niezgodne ze stanem faktycznym oraz z danymi zgłoszonymi do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

4. Nieprawidłowe prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej. W trakcie kontroli sprawdzono dokumentację medyczną 50 pacjentów, stwierdzając brak:
- a) we wszystkich przypadkach – numerowania stron dokumentacji w postaci papierowej, co stanowi naruszenie § 6 ust. 1 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej,
 - b) w 8 przypadkach – zamieszczonego lub złożonego oświadczenia pacjenta o wyrażeniu zgody na udzielanie informacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą, oraz upoważnienia do dostępu do dokumentacji medycznej, co stanowi naruszenie § 8 ust. 1 pkt 1 i 2 ww. rozporządzenia.

Przedstawiając powyższe ustalenia, zobowiązuję Panią Dyrektor do podjęcia działań mających na celu wyeliminowanie stwierdzonych w trakcie kontroli nieprawidłowości, a w szczególności do:

1. Zaktualizowania struktury organizacyjnej podmiotu leczniczego zgłoszonej do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą ze stanem faktycznym.
2. Ustalenia i stosowania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek, zgodnie z zasadami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. z 2012 r. poz. 1545).
3. Opracowania regulaminu organizacyjnego zgodnie z zasadami ustalonymi w ustawie o działalności leczniczej, w szczególności z uwzględnieniem zmiany w zakresie struktury organizacyjnej podmiotu leczniczego.
4. Prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z zasadami ustalonymi w rozporządzeniu w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej, w szczególności indywidualna dokumentacja powinna zawierać informacje zawarte w punkcie 4.

Zalecenia określone w punktach 1. i 4. należy zrealizować w terminie 14 dni od daty otrzymania wystąpienia.

Zalecenie określone w punkcie 2. należy zrealizować w terminie 6 miesięcy od daty otrzymania wystąpienia.

Zalecenie określone w punkcie 3. należy zrealizować w terminie 3 miesięcy od daty otrzymania wystąpienia

Podsumowując powyższe ustalenia zobowiązuję Panią Dyrektor do poinformowania Wojewody Mazowieckiego, z przywołaniem znaku pisma WK-V.9612.1.139.2024, o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych.

Z up. Wojewody Mazowieckiego

Artur Subda

Dyrektor Wydziału Kontroli

Do wiadomości:
Urząd m. st. Warszawy
pl. Bankowy 3/5
00-950 Warszawa