WOJEWODA MAZOWIECKI

Warszawa, 15 listopada 2016 r.

WK-S.9612.1.85.2016

Pan
Dariusz Węglewicz
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej
„Apasjonata”
ul. Czesława Dylewicza 22
08-110 Siedlce

W Y S T Ą P I E N I E P O K O N T R O L N E

Na podstawie art. 111 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (dalej ustawa o działalności leczniczej – Dz. U. z 2016 r. poz. 1638) przeprowadzona została kontrola problemowa w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej „Apasjonata” (dalej NZOZ), mieszczącym się przy ul. Czesława Dylewicza 22 w Siedlcach.

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 25 października 2016 r., przekazuję Panu niniejsze wystąpienie pokontrolne.

W trakcie kontroli ustalono, że struktura organizacyjna zakładu leczniczego określona w regulaminie organizacyjnym była zgodna ze stanem faktycznym oraz z danymi zgłoszonymi do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Pomieszczenia placówki spełniały wymagania ogólne oraz szczegółowe określone dla ambulatorium w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012 r. poz. 739). Regulamin organizacyjny podmiotu zawierał wszystkie elementy ustalone w art. 24 ustawy o działalności leczniczej. W dokumentacji NZOZ zgromadzono dokumenty potwierdzające prawo wykonywania zawodu aktualnie zatrudnionej kadry lekarskiej,

pielęgniarskiej i położnej. 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 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 2016 r. poz. 186, 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 dokumentu potwierdzającego sprawność techniczną aparatu do elektroterapii BTL – Physio 5000 firmy BTL, znajdującego się na wyposażeniu NZOZ, 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, z późn. zm.).
2. Nieprowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej w zakresie rehabilitacji leczniczej, w formie *Karty pacjenta* oraz zbiorczej – w formie *Księgi zabiegów leczniczych* w Gabinecie rehabilitacyjnym. Takim działaniem naruszony został wymóg ustalony w § 54 ust. 1 pkt 1 i 2 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej.
3. Nieprowadzenie *Księgi pracowni diagnostycznej* w Pracowni diagnostyki obrazowej (USG). Takim działaniem naruszony został wymóg ustalony w § 39 pkt 3 lit. b rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej.
4. Nieprawidłowe prowadzenie zbiorczej dokumentacji medycznej − *Księga zabiegów*, nie zawierała imienia i nazwiska lekarza zlecającego zabieg, a w przypadku gdy zlecającym był inny podmiot, także nazwy tego podmiotu oraz oznaczenia lekarza albo innej osoby uprawnionej do udzielania świadczeń zdrowotnych wykonującej zabieg, co jest niezgodne z § 32 pkt 5 i 7 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej.
5. Nieprawidłowe prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej. Sprawdzono dokumentację 50 pacjentów, stwierdzając:
   a) w 24 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, albo oświadczenia o braku takiego upoważnienia, oraz oświadczenia pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej, albo adnotacji o niezłożeni ww. oświadczeń, co stanowi naruszenie § 8 ust. 1 pkt 1 i 2 i ust. 3 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej

b) w 9 przypadkach brak oznaczenia podmiotu w zakresie: kodu resortowego, stanowiącego część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, nazwy komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych oraz jej kodu resortowego stanowiącego część VII resortowych kodów identyfikacyjnych, aktualnego adresu miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych, co jest niezgodne z § 10 ust. 1 pkt 1 lit. b, e, f rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej.

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

1. Przesłania do Wydziału Kontroli Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego, poświadczonej za zgodność z oryginałem, kopii dokumentacji potwierdzającej sprawność techniczną techniczną aparatu do elektroterapii BTL – Physio 5000 firmy BTL.
2. Prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z normami ustalonymi w rozporządzeniu w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej, w szczególności dokumentacja indywidualna pacjentów powinna zawierać dane wymienione w punkcie 5 wystąpienia, a dokumentacja zbiorcza – informacje wymienione w punkcie 4. Ponadto w Gabinecie rehabilitacyjnym należy prowadzić *Karty pacjenta* i *Księgę zabiegów leczniczych* natomiast w Pracowni diagnostyki obrazowej (USG) - *Księgę pracowni diagnostycznej*.

Jednocześnie proszę o poinformowanie Wojewody Mazowieckiego, z powołaniem znaku pisma WK-S.9612.1.85.2016, o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych, w terminie 14 dni od daty otrzymania wystąpienia.

z up. Wojewody Mazowieckiego
Paweł Błasiak
Zastępca Dyrektora
Wydziału Kontroli