



WOJEWODA MAZOWIECKI

Warszawa, 18 sierpnia 2015 r.

WK-II.9612.1.64.2015

**Pan
Piotr Adamczyk
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej
„GADENT”
ul. Tadeusza Kościuszki 1
96–200 Rawa Mazowiecka**

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 „GADENT” (dalej NZOZ), mieszczącym się przy ul. Tadeusza Kościuszki 1 w Rawie Mazowieckiej.

Tematyka kontroli obejmowała zgodność wykonywanej działalności z przepisami określającymi warunki wykonywania działalności leczniczej.

Kontrolą objęto badanie stanu faktycznego w dniu prowadzenia kontroli.

W związku z kontrolą, której szczegółowe wyniki przedstawione zostały w protokole kontroli, podpisanym bez zastrzeżeń w dniu 31 lipca 2015 r., przekazuję Panu niniejsze wystąpienie pokontrolne.

W trakcie kontroli ustalono, że 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 placówki zgromadzono dokumenty potwierdzające prawo wykonywania zawodu 16 spośród 18 zatrudnionych lekarzy, 5 pielęgniarek oraz położnej.

W gabinecie diagnostyczno-zabiegowym znajdowały się szafka oraz lodówka z lekami i szczepionkami – wykaz leków zgodnie z załącznikiem nr 4 do protokołu kontroli.

W wyniku kontroli stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Niezgodność struktury organizacyjnej przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego zgłoszonej do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą – ze stanem faktycznym. W NZOZ nie funkcjonowała Poradnia ginekologiczno-położnicza, co nie zostało zgłoszone do organu prowadzącego rejestr. Takim działaniem naruszony został art. 107 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej.
2. Niespełnienie wymogu określonego w rozporządzeniu 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 szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą – Dz. U. z 2012 r., poz. 739) przez gabinet Poradni urologicznej, przy którym nie zapewniono pomieszczenia higieniczno-sanitarnego wyposażonego dodatkowo w bidet, co jest niezgodne z ust. 5 załącznika nr 2 do ww. rozporządzenia.
3. Nieokazanie w trakcie kontroli dokumentów potwierdzających prawo wykonywania zawodu dwóch lekarzy wykonujących w NZOZ zawód medyczny.
4. Nieprowadzenie *Księgi pracowni diagnostycznej USG*. Takie działanie jest niezgodne z § 40 pkt 3 lit. c rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (dalej rozporządzenie w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej – Dz. U. z 2014 r., poz. 177, z późn. zm.).
5. Nieprawidłowe prowadzenie zbiorczej dokumentacji medycznej:
 - a) *Księga przyjęć* nie zawierała danych/informacji ustalonych w § 44 pkt 1, 2, 4 i 7 rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej:
 - oznaczenia podmiotu,
 - numeru kolejnego wpisu,
 - adresu miejsca zamieszkania pacjenta,
 - imienia i nazwiska oraz podpisu osoby dokonującej wpisu,
 - b) *Księga zabiegów* nie zawierała danych/informacji ustalonych w § 32 pkt 1 i 5 rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej:
 - oznaczenia podmiotu,

- oznaczenia lekarza zlecającego zabieg, a w przypadku gdy zlecającym jest inny podmiot, także oznaczenia tego podmiotu,
 - c) *Księga zabiegów leczniczych* nie zawierała oznaczenia podmiotu, co jest niezgodne z § 56 ust. 2 pkt 1 rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej,
 - d) *Księga pracowni diagnostycznej RTG* nie zawierała danych/informacji ustalonych w § 36 pkt 1, 5 i 6 rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej:
 - oznaczenia podmiotu,
 - kodu resortowego komórki organizacyjnej zlecającej badanie, a w przypadku gdy zlecającym jest inny podmiot, także oznaczenia tego podmiotu,
 - oznaczenia lekarza zlecającego badanie.
6. Nieprawidłowe prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej. Sprawdzono dokumentację 60 pacjentów (50 *Historii zdrowia i choroby* oraz 10 *Kart pacjenta* z zakresu rehabilitacji leczniczej), stwierdzając:
- a) we wszystkich *Historiach zdrowia i choroby* – brak oznaczenia podmiotu w zakresie nazwy, kodu identyfikacyjnego stanowiącego część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, nazwy jednostki organizacyjnej oraz jej kodu resortowego stanowiącego część V systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, nazwy komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych, oraz jej kodu resortowego stanowiącego część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, co jest niezgodne z § 10 ust. 1 pkt 1 lit. a, b, d i e rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej,
 - b) w 36 *Historiach zdrowia i choroby* – 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 w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej,
 - c) w 14 *Historiach zdrowia i choroby* – brak numerowania stron dokumentacji oraz oznaczenia każdej strony co najmniej imieniem i nazwiskiem pacjenta, co stanowi naruszenie § 5 i § 6 ust. 1 rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej,
 - d) w 13 przypadkach – brak oznaczenia płci pacjenta, co jest niezgodne z art. 25 pkt 1 lit. c 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.),

- e) w 1 przypadku – brak numeru PESEL pacjenta, co jest niezgodne z art. 25 pkt 1 lit. e ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
 - f) we wszystkich *Kartach pacjenta* – brak oznaczenia osób wchodzących w skład zespołu wykonującego zabieg leczniczy, co stanowi naruszenie § 56 ust. 3 pkt 3 rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej.
7. Nieprawidłowe przechowywanie dokumentacji medycznej – dokumentacja przechowywana była w sposób niezabezpieczający jej przed zniszczeniem, uszkodzeniem lub utratą i dostępem osób nieupoważnionych. Takie działanie stanowi naruszenie norm ustalonych w § 73 rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej.

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

1. Zgłoszenia do organu prowadzącego rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą – zmian powstałych po dniu uzyskania wpisu do rejestru, w terminie 14 dni od daty otrzymania niniejszego wystąpienia.
W tym miejscu pragnę zwrócić uwagę na treść art. 107 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej, który stanowi, że w przypadku niezgłoszenia zmiany danych objętych rejestrem w terminie 14 dni od ich powstania, organ prowadzący rejestr może, w drodze decyzji administracyjnej, nałożyć na podmiot wykonujący działalność leczniczą karę pieniężną. Decyzji nadaje się rygor natychmiastowej wykonalności.
2. Dostosowania pomieszczeń Poradni urologicznej do wymogów określonych w rozporządzeniu w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą – w terminie 6 miesięcy od daty otrzymania wystąpienia pokontrolnego.
3. Uzupełnienia akt osobowych dwóch lekarzy wykonujących w NZOZ zawód medyczny – o aktualne dokumenty potwierdzające prawo wykonywania zawodu lekarza.
4. Prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z normami ustalonymi w rozporządzeniu w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej, w szczególności dokumentacja zbiorcza pacjentów powinna zawierać dane wymienione w punkcie 5. wystąpienia, zaś dokumentacja indywidualna – informacje wymienione w punkcie 6. Ponadto dokumentację medyczną należy przechowywać w odpowiedni sposób, zabezpieczający ją przed zniszczeniem,

uszkodzeniem lub utratą i dostępem osób nieupoważnionych, a także prowadzić w NZOZ *Księgę pracowni diagnostycznej USG*.

Zalecenia określone w punktach 3. i 4. należy przyjąć do realizacji niezwłocznie po otrzymaniu niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

Jednocześnie zobowiązuję Pana do poinformowania Wojewody Mazowieckiego, z powołaniem znaku pisma WK-II.9612.1.64.2015, o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych.

z up. WOJEWODY MAZOWICKIEGO

Edyta Ostrowska

Dyrektor

Wydziału Kontroli