



WOJEWODA MAZOWIECKI

Warszawa, 6 marca 2015 r.

WK-C.9612.1.2.2015

**Pan
Anthony Krol
ul. Elektoralna 19/20
00-137 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 2013 r., poz. 217, z późn. zm.), przeprowadzona została kontrola problemowa w jednostce organizacyjnej 01 – Podstawowa Opieka Zdrowotna Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej ESKULAP Centrum Medyczne w Ciechanowie, mieszczącej się przy ul. Narutowicza 20 w Ciechanowie.

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 29 stycznia 2015 r., przekazuję Panu niniejsze wystąpienie pokontrolne.

W trakcie kontroli ustalono, że struktura organizacyjna kontrolowanej jednostki organizacyjnej 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. 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). W dokumentacji podmiotu zgromadzono dokumenty potwierdzające prawo wykonywania zawodu aktualnie zatrudnionej kadry lekarskiej, pielęgniarskiej oraz położnej. Podmiot posiadał zawartą umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, zgodnie z obowiązkiem ustalonym w art. 25 ust. 1 pkt 1 i ust. 2 ustawy o działalności leczniczej. 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 (Dz. U. z 2012 r., poz. 159, z późn. zm.). Placówka dysponowała dokumentacją potwierdzającą sprawność techniczną aparatury i sprzętu medycznego wykorzystywanego przy udzielaniu świadczeń medycznych, do której posiadania i okazania organowi kontroli podmiot jest zobowiązany na podstawie art. 90 ust. 6, 7 i 9 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Nr 107, poz. 679, z późn. zm.).

W wyniku kontroli stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Nieprzekazanie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą – dokumentu ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z dnia 8 stycznia 2015 r., potwierdzającego zawarcie umowy ubezpieczenia. Takie działanie stanowi naruszenie art. 25 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej.
Jak ustalono na podstawie treści księgi rejestrowej podmiotu leczniczego, podmiot po zakończeniu czynności kontrolnych przekazał do organu prowadzącego rejestr ww. dokument.
2. Nieprawidłowe prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej. Sprawdzone dokumentację medyczną 50 pacjentów, stwierdzając:
 - a) we wszystkich przypadkach – brak nazwy jednostki organizacyjnej, co jest niezgodne z § 10 ust. 1 pkt 1 lit. d rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej,
 - b) w 34 przypadkach – brak nazwy podmiotu, kodu identyfikacyjnego stanowiącego część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, kodu resortowego stanowiącego część V systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, nazwy komórki organizacyjnej oraz jej kodów resortowych stanowiących część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, a w 16 przypadkach – brak oznaczenia podmiotu w zakresie nazwy

- przedsiębiorstwa, co stanowi naruszenie § 10 ust. 1 pkt 1 lit. a, c, d i e rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej,
- c) w 22 przypadkach – brak numerowania stron dokumentacji medycznej, co jest niezgodne z § 5 rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej,
3. Nieprawidłowe prowadzenie zbiorczej dokumentacji medycznej:
- a) *Księga przyjęć* nie zawierała danych/informacji ustalonych w § 44 pkt 1, 3 i 7 rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej:
- oznaczenia podmiotu,
 - godziny zgłoszenia się pacjenta,
 - imienia i nazwiska oraz podpisu osoby dokonującej wpisu,
- b) *Księga zabiegów* nie zawierała oznaczenia lekarza zlecającego zabieg w zakresie imienia, tytułu zawodowego, uzyskanej specjalizacji, numeru prawa wykonywania zawodu, co jest niezgodne z § 32 pkt 5 rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej.

Przedstawiając powyższe ustalenia zobowiązuję Pana do prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z normami ustalonymi w rozporządzeniu w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej, w szczególności dokumentacja indywidualna powinna zawierać informacje wymienione w punkcie 2. wystąpienia, zaś dokumentacja zbiorcza – dane wymienione w punkcie 3. Proszę o poinformowanie Wojewody Mazowieckiego, z powołaniem znaku pisma WK-C.9612.1.2.2015, o sposobie realizacji zalecenia pokontrolnego, niezwłocznie po otrzymaniu wystąpienia.

z up. Wojewody Mazowieckiego
Edyta Ostrowska
Dyrektor Wydziału Kontroli