



WOJEWODA MAZOWIECKI

Warszawa, 13 kwietnia 2015 r.

WK-II.9612.1.18.2015

**Pan
Andrzej Michnowski
ul. Kubusia Puchatka 12 lok. 6
05-800 Pruszków**

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 Zakładzie Opieki Zdrowotnej Przychodnia Lekarska Dom-Med (dalej Przychodnia Lekarska), mieszczącym się przy ul. Kubusia Puchatka 11 w Pruszkowie.

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 19 marca 2015 r., przekazuję Panu niniejsze wystąpienie pokontrolne.

W trakcie kontroli ustalono, że 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 zawierał wszystkie elementy określone w art. 24 ustawy o działalności leczniczej. Podmiot leczniczy 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 dokumentacji Przychodni Lekarskiej zgromadzono dokumenty potwierdzające prawo wykonywania zawodu aktualnie zatrudnionej kadry lekarskiej, pielęgniarskiej i położnej. W kontrolowanej 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 (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. Nr 107, poz. 679, z późn. zm.). 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 w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej – Dz. U. z 2014 r., poz. 177, z późn. zm.).

W wyniku kontroli stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Niezgodność struktury organizacyjnej przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego zgłoszonej do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą – ze stanem faktycznym. Ustalono, że w Przychodni Lekarskiej nie funkcjonowały poradnia okulistyczna i psychologiczna, pracownia masażu leczniczego i USG, a także komórka organizacyjna pn. prowadzenie działań relaksujących, co nie zostało zgłoszone do organu prowadzącego rejestr. Takim działaniem naruszony został art. 107 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej.
Jak ustalono na podstawie treści księgi rejestrowej, podmiot zgłosił do organu prowadzącego rejestr zakończenie działalności ww. komórek organizacyjnych. W związku z powyższym odstępuje się od sformułowania zalecenia pokontrolnego w przedmiotowym zakresie.
2. Nieprawidłowe prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej. Sprawdzone dokumentację 70 pacjentów, stwierdzając:
 - a) we wszystkich przypadkach – brak oznaczenia podmiotu w zakresie jego nazwy, kodu identyfikacyjnego stanowiącego I część systemu resortowych kodów identyfikacyjnych,

- nazwy jednostki organizacyjnej i jej kodu resortowego stanowiącego część V systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, kodu resortowego komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych, 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 58 przypadkach – brak oznaczenia każdej strony co najmniej imieniem i nazwiskiem pacjenta, w 52 przypadkach – brak numerowania stron dokumentacji medycznej, co stanowi naruszenie § 6 ust. 1 i § 5 rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej,
 - c) w 49 przypadkach – brak oznaczenia płci pacjenta, co jest niezgodne z art. 25 pkt 1 lit. c ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
 - d) w 40 przypadkach – brak numeru PESEL pacjenta, co stanowi naruszenie art. 25 pkt 1 lit. e ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
 - e) w 35 przypadkach – brak daty urodzenia pacjenta, co jest niezgodne z art. 25 pkt 1 lit. b ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
 - f) w 17 przypadkach osób małoletnich – brak imienia i nazwiska oraz adresu miejsca zamieszkania przedstawiciela ustawowego, co stanowi naruszenie art. 25 pkt 1 lit. f ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta,
 - g) w 13 przypadkach – brak oznaczenia osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego oraz kierującej na badanie, konsultację lub leczenie, co jest niezgodne z § 10 ust. 1 pkt 3 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 4, 5 i 7 rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej:
 - numeru PESEL pacjenta,
 - oznaczenia osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego,
 - imienia i nazwiska oraz podpisu osoby dokonującej wpisu,
 - b) *Księga zabiegów* nie zawierała numerów PESEL pacjentów oraz oznaczenia lekarza zlecającego zabieg w zakresie imienia i nazwiska, tytułu zawodowego, uzyskanej specjalizacji, numeru prawa wykonywania zawodu, co jest niezgodne z § 32 pkt 4 i 5 rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej,

c) *Księga pracowni diagnostycznej (EKG)* nie zawierała danych/informacji ustalonych w § 36 pkt 4, 5, 6 i 8 rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej:

- numeru PESEL pacjenta,
- kodu resortowego komórki organizacyjnej zlecającej badanie, a w przypadku gdy zlecającym jest inny podmiot – także oznaczenie tego podmiotu,
- oznaczenia lekarza zlecającego badanie,
- oznaczenia osoby wykonującej badanie.

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 pacjenta 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-II.9612.1.18.2015, o sposobie realizacji zalecenia pokontrolnego, niezwłocznie po otrzymaniu wystąpienia.

z up. Wojewody Mazowieckiego

Edyta Ostrowska

Dyrektor Wydziału Kontroli