



WOJEWODA DOLNOŚLĄSKI

Wrocław, dnia 27 października 2021 r.

ZP-ZPSM.9612.6.2021.UK

Pani  
**Marlena Wiśniewska**  
Praktyka Lekarza Rodzinnego  
Marlena Wiśniewska  
al. Lipowa 10  
53-124 Wrocław

### **Wystąpienie pokontrolne**

Na podstawie art. 112 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (j.t. Dz. U. z 2021 r., poz. 711 ze zm.), zwanej dalej „ustawą o działalności leczniczej”, § 14 Zarządzenia nr 286 Wojewody Dolnośląskiego z dnia 21 października 2016 r. w sprawie kontroli realizowanych przez Wojewodę Dolnośląskiego oraz upoważnień nr 287 i 288 z dnia 14 lipca 2021 r., zespół kontrolerów w składzie:

- Urszula Kurowska – specjalista w Wydziale Zdrowia i Polityki Społecznej Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego, przewodnicząca zespołu kontrolerów,
- Iwona Stasiak – inspektor wojewódzki w Wydziale Zdrowia i Polityki Społecznej Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego, kontroler,

przeprowadził w dniu 29 lipca 2021 r. kontrolę problemową podmiotu leczniczego pn. Praktyka Lekarza Rodzinnego Marlena Wiśniewka, al. Lipowa 10, 53-124 Wrocław, prowadzącego pod tym samym adresem zakład leczniczy pn. Praktyka Lekarza Rodzinnego.

Przedmiotem kontroli było sprawdzenie w:

- Obszarze A – zgodności funkcjonowania zakładu leczniczego pn. Praktyka Lekarza Rodzinnego, al. Lipowa 10, 53-124 Wrocław, z przepisami ustawy o działalności leczniczej oraz przepisami określającymi warunki wykonywania działalności leczniczej;
- Obszarze B – realizacji świadczeń zdrowotnych w zakresie profilaktycznej opieki nad matką i dzieckiem w podstawowej opiece zdrowotnej, zgodnie z przepisami ustawy o działalności leczniczej oraz przepisami określającymi warunki i wymagania jakie musi spełniać podmiot leczniczy.

Kontrolę przeprowadzono zgodnie z zatwierdzonym w dniu 24 czerwca 2021 r. przez Wojewodę Dolnośląskiego planem kontroli na II półroczu 2021 r.

Kontrolą objęto okres od dnia 1 stycznia 2020 r. do dnia rozpoczęcia bezpośrednich czynności kontrolnych. W kontrolowanym zakładzie leczniczym udzielane są świadczenia w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.

Osobą odpowiedzialną za nadzór nad realizacją zadań w kontrolowanym zakresie była Pani Marlena Wiśniewska – Właściciel kontrolowanego podmiotu. W związku z przeprowadzoną kontrolą, szczegółowe ustalenia zostały przedstawione w protokole kontroli znak: ZP-ZPSM.9612.6.2021.UK, podpisanym przez Panią Marlenę Wiśniewską i przesłanym do organu kontrolującego, bez wniesienia zastrzeżeń.

W związku z przedmiotową kontrolą przekazuję niniejsze wystąpienie pokontrolne.

Funkcjonowanie podmiotu leczniczego w zakresie prowadzenia działalności leczniczej:

- w Obszarze A oceniono pozytywnie z nieprawidłowościami,
- w Obszarze B oceniono pozytywnie z nieprawidłowościami.

Oceny dokonano z uwzględnieniem kryterium legalności, celowości i rzetelności. Powyższą ocenę ogólną uzasadniają przedstawione poniżej oceny szczegółowe.

**Obszar A. Zgodność działalności leczniczej z ustawą o działalności leczniczej i aktami wykonawczymi wydanymi na jej podstawie.**

1. Posiadanie tytułu prawnego do lokalu, w którym realizowane są świadczenia zdrowotne oceniono pozytywnie.
2. Spełnienie wymagań fachowych i sanitarnych pomieszczeń podmiotu leczniczego oraz posiadanie dokumentów potwierdzających spełnienie powyższego oceniono pozytywnie.
3. Spełnienie przez podmiot wymogu posiadania dokumentów potwierdzających sprawność techniczną sprzętu medycznego wykorzystywanego przez podmiot leczniczy w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych oceniono negatywnie.

Kontrolowany w dniu bezpośrednich czynności kontrolnych:

- a) nie przedstawił dokumentów potwierdzających przeprowadzenie przeglądów technicznych dla:
  - Defibrylatora typ AED PLUS nr X10A436541, tj. od sierpnia 2020 r. do dnia rozpoczęcia bezpośrednich czynności kontrolnych,
  - Sterylizatora parowego typ SERIES 2100, nr DK 09017, tj. od dnia 1 stycznia 2020 r. do dnia rozpoczęcia bezpośrednich czynności kontrolnych,

- b) nie przedstawił dokumentu potwierdzającego dysponowanie sprzętem wykazanym w Załączniku nr 2 (analiza przedkontrolna) w pozycjach nr: 1, 3, 4, 6 i 8.

W trakcie trwania postępowania kontrolnego złożono do organu kontrolnego uwierzytelnione dokumenty potwierdzające przeprowadzenie przeglądu technicznego w dniach 12 sierpnia 2020 r. i 9 sierpnia 2021 r. Defibrylatora typ AED PLUS nr X10A436541 i dokumenty nowego zakupionego Sterylizatora parowego typ CLASSIC nr 21070862 z datą rozpoczęcia eksploatacji w dniu 11 sierpnia 2021 r. (poprzedni został wycofany z użycia).

Kontrolowany wprawdzie przedstawił do organu kontrolnego dokument potwierdzający dysponowanie sprzętem wykazanym w Załączniku nr 2 (analiza przedkontrolna) w pozycjach nr: 1, 3, 4, 6 i 8, jednak treść tego dokumentu jest obciążona wadami, co powoduje brak możliwości wykonania postanowień zawartych w tej umowie.

Stwierdzone nieprawidłowości stanowią naruszenie art. 17 ust. 1 pkt. 2 ustawy o działalności leczniczej w powiązaniu z art. 90 ust. 6 i 7 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (j.t. Dz. U. z 2021 r. poz. 1565), zgodnie z którym świadczeniodawca jest obowiązany posiadać dokumentację wykonanych instalacji, napraw, konserwacji, działań serwisowych, aktualizacji oprogramowania, przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń i kontroli bezpieczeństwa wyrobu, który wykorzystuje do udzielania świadczeń zdrowotnych, zawierającą w szczególności daty wykonania tych czynności, termin następnych konserwacji, nazwisko lub nazwę (firmę) podmiotu, który wykonał te czynności, ich opis, wyniki i uwagi dotyczące wyrobu.

4. Spełnienie przez podmiot warunku posiadania dokumentacji potwierdzających zatrudnianie osób dysponujących kwalifikacjami zapewniającymi realizację usług zdrowotnych oceniono pozytywnie.
5. Posiadanie regulaminu organizacyjnego wymaganego art. 23 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej zawierającego informacje określone art. 24 ust. 1 tej ustawy oceniono pozytywnie z nieprawidłowościami.

Kontrolowany podmiot w dniu kontroli posiadał regulamin organizacyjny, o którym mowa w art. 23 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, opracowany wg stanu na dzień 1 lipca 2021 r. W wyniku przeprowadzonej analizy tego dokumentu stwierdzono, że w dokumencie:

- a) struktura organizacyjna zakładu leczniczego jest niezgodna z wpisem do księgi rejestrowej podmiotu leczniczego,

- tj. wskazano komórkę organizacyjną pn. Gabinet elektrokardiografii, która nie figuruje w księdze rejestrowej, a nie uwzględniono komórek organizacyjnych pn. Gabinet pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej oraz Gabinet położnej środowiskowo-rodzinnej (naruszenie art. 24 ust. 1 pkt. 3 ustawy o działalności leczniczej),
- b) nie wskazano, iż opłaty za udostępnianie dokumentacji medycznej nie pobiera się w przypadku udostępnienia dokumentacji medycznej pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu po raz pierwszy w żądanym zakresie i w sposób, o którym mowa w art. 27 ust. 1 pkt 2 i 5 oraz ust. 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (j.t. Dz. U. z 2020 r., poz. 849 ze zm.) zwanej dalej „ustawą o prawach pacjenta”, co jest niezgodne z art. 28 ust. 2a pkt 1 tej ustawy. Ponadto błędnie wskazano przeliczniki za udostępnianie dokumentacji medycznej i nie uwzględniono wszystkich form za udostępnianie dokumentacji medycznej wyszczególnionych w art. 27 ww. ustawy, natomiast wysokość opłaty za dokumentację medyczną w formie kopii określona została niezgodnie z art. 28 ust. 4 ustawy o prawach pacjenta. Powyższe jest niezgodne z art. 24 ust. 1 pkt. 9 ustawy o działalności leczniczej.
- c) nie dokonano zmiany nazewnictwa z „przedsiębiorstwa” na „zakład leczniczy”, co jest niezgodne z art. 35 ust. 1 ustawy z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2016 r., poz. 960), a także przywołano nieobowiązujący publikator identyfikujący ustawę z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
- d) użyto nazwy jednostki organizacyjnej cyt. „Przychodnia”, co jest niezgodne z nazwą w księdze rejestrowej cyt. „Praktyka Lekarza Rodzinnego”.
6. Udostępnienie przez podmiot w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych informacji o prawach pacjenta określonych w art. 11 ustawy o prawach pacjenta oceniono pozytywnie.
7. Spełnienie przez podmiot warunku zawarcia umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej oceniono pozytywnie.
8. Oceniono pozytywnie spełnienie wymogów art. 13 ustawy o działalności leczniczej. W podmiocie leczniczym nie jest prowadzona, w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych, inna działalność gospodarcza mogąca wpływać na przebieg leczenia oraz nie reklamuje się i nie świadczy się usług pogrzebowych.

9. Spełnienie przez podmiot wymogu przekazywania informacji o udzielanych świadczeniach zdrowotnych i ich dostępności oceniono pozytywnie.
10. Zawarcie przez podmiot umowy dotyczącej odbioru i transportu odpadów medycznych oceniono negatywnie.  
Kontrolowany wprawdzie przedstawił do organu kontrolnego dokument na odbiór i transport odpadów medycznych, jednak treść tego dokumentu jest obarczona wadami, co powoduje brak możliwości wykonania postanowień zawartych w tej umowie (naruszenie art. 27 ustawy z dnia 14 grudnia 2012 r. o odpadach (j.t. Dz. U. 2021 r. poz. 779 ze zm.).
11. Zgodność faktycznie udzielanych świadczeń zdrowotnych z zakresem wpisanym do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oceniono pozytywnie.
12. Pozytywnie oceniono spełnianie wymagań z zakresu ochrony przeciwpożarowej.

**Obszar B. Realizacja świadczeń zdrowotnych w zakresie profilaktycznej opieki nad matką i dzieckiem w podstawowej opiece zdrowotnej, zgodnie z przepisami ustawy o działalności leczniczej oraz przepisami określającymi warunki i wymagania jakie musi spełniać podmiot leczniczy.**

1. Spełnianie warunków i wymagań w zakresie posiadania Gabinetu pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej oceniono pozytywnie.
2. Spełnianie warunków i wymagań w zakresie posiadania Gabinetu położnej środowiskowo-rodzinnej oceniono pozytywnie.
3. Dostępność do świadczeń zdrowotnych udzielanych przez pielęgniarkę i położną podstawowej opieki zdrowotnej oceniono pozytywnie.
4. Realizację i dokumentowanie profilaktycznej opieki zdrowotnej wobec kobiet ciężarnych przez położną POZ oceniono negatywnie.

Ustalono, że w okresie objętym kontrolą położna nie realizowała świadczeń zdrowotnych w postaci wizyt profilaktycznych u kobiet ciężarnych dotyczących praktycznego i teoretycznego przygotowania do porodu, położu, karmienia piersią i rodzicielstwa w formie indywidualnej, co jest niezgodne z wymaganiami określonymi w ust. 1 pkt 4 części I załącznika nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2021 r., poz. 540), zwane dalej „rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych” oraz w części II i IV załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej

(Dz.U. z 2018 r., poz. 1756), zwane dalej „rozporządzeniem w sprawie standardu organizacyjnego”.

W trakcie bezpośrednich czynności kontrolnych ustalono, że w podmiocie leczniczym nie była podana informacja do wiadomości pacjentów o zakresie realizacji opieki nad kobietą ciężarną, w tym udzielanych świadczeniach zdrowotnych w postaci wizyt profilaktycznych w gabinecie lub w środowisku domowym kobiet ciężarnych, dotyczących praktycznego i teoretycznego przygotowania do porodu, położu, karmienia piersią i rodzicielstwa.

6. Realizację i dokumentowanie profilaktycznej opieki zdrowotnej wobec położnic przez położną podstawowej opieki zdrowotnej oceniono pozytywnie z nieprawidłowościami.

Stwierdzono, że położna:

- wykonała od 3 do 4 wizyt patronażowych u każdej objętej opieką położnicy, co jest niezgodne z wymaganiami zawartymi w części II załącznika nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych oraz w ust. 8 w części XIV rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego,
- nie dokonała oceny stanu psychicznego położnicy, w tym ryzyka wystąpienia depresji poporodowej, co jest niezgodne z ust. 2 pkt 6 części XIV rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego. Do indywidualnej dokumentacji medycznej nie dołączono ankiety dotyczącej oceny stanu psychicznego (Edynburska Skala Depresji Poporodowej).

Wizyty realizowane były w domu położnicy lub w formie teleporady. Do indywidualnej dokumentacji medycznej nie był dołączony wywiad epidemiologiczny oraz brak było wpisów uzasadniających odroczenie wizyt patronażowych lub zmniejszenie liczby wykonanych wizyt.

Zgodnie z zaleceniami, w stanie epidemii wywołanej wirusem SARS-CoV-2 skutkującego chorobą COVID-19, dla położnych rodzinnych / położnych podstawowej opieki zdrowotnej z dnia 3 czerwca 2020 r. opublikowanymi na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia, wizyta patronażowa powinna być realizowana zgodnie z założeniami standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej. W sytuacji, gdy nie jest możliwa realizacja określonych czynności, fakt ten powinien być bezwzględnie odnotowany w dokumentacji medycznej. Każda wizyta domowa musi być zawsze poprzedzona rozmową telefoniczną, podczas której położna POZ przeprowadza w pierwszej kolejności wywiad epidemiologiczny dotyczący wirusa SARS-CoV-2, w celu oceny ryzyka COVID-19

i podjęcia decyzji o uwarunkowaniach odbycia wizyt w środowisku domowym (zarówno pierwszej, jak i kolejnej). Odroczenie wizyty w środowisku domowym z powodu izolacji pacjentki lub któregośkolwiek z domowników i zrealizowanie wizyty/porady z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności, możliwe jest tylko w sytuacji, gdy czasowe zaniechanie świadczeń wykonywanych osobiście nie zagraża pogorszeniem stanu zdrowia podopiecznych. Jeżeli po zdalnym wywiadzie zachodzi konieczność bezpośredniej opieki nad matką i dzieckiem w środowisku domowym, to taka wizyta patronażowa musi być bezwzględnie zrealizowana, zgodnie z wskazanymi wytycznymi w ww. Zaleceniach.

7. Realizację i dokumentowanie profilaktycznej opieki zdrowotnej wobec noworodków i niemowląt do ukończenia 2 miesiąca życia przez położną podstawowej opieki zdrowotnej oceniono pozytywnie z nieprawidłowościami.

Ustalono, że położna:

- wykonała od 3 do 4 wizyt patronażowych u każdego objętego opieką noworodka, co jest niezgodne z wymaganiami zawartymi w ust. 8 części XIV załącznika do rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego oraz w części II załącznika nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych,
- nie dokonała oceny odruchów noworodka, co jest niezgodne z wymaganiami określonymi w ust. 4 pkt 2 części XIV załącznika do rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego oraz z przepisami zawartymi w części II załącznika nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych.

8. Terminowość realizowanych świadczeń zdrowotnych w zakresie profilaktycznej opieki wobec noworodków / niemowląt do zakończenia 8 tygodnia życia oceniono pozytywnie z nieprawidłowościami.

Ustalono, że położna ostatnią wizytę patronażową u niemowląt realizowała między 5 a 8 tygodniem życia dziecka, co jest niezgodne z wymaganiami określonymi w ust. 12 części XIV załącznika do rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego.

9. Realizację i dokumentowanie profilaktycznej opieki zdrowotnej wobec niemowląt przez pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej oceniono pozytywnie z nieprawidłowościami. W okresie objętym kontrolą tylko u 44% niemowląt pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej zrealizowała wizytę patronażową w 3-4 miesiącu życia dziecka.

10. Terminowość realizowanych świadczeń zdrowotnych w zakresie profilaktycznej opieki wobec niemowląt oceniono pozytywnie z nieprawidłowościami.

Ustalono, że w uzasadnionych przypadkach nie odbyła się lub nie była zaplanowana wizyta patronażowa w 9 miesiącu życia dziecka, co jest niezgodne z wymaganiami określonymi w części II załącznika nr 2 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych.

11. Realizację i dokumentowanie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi do 5 roku życia przez pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej oceniono pozytywnie z nieprawidłowościami.

Ustalono, że w kontrolowanym podmiocie realizowano profilaktyczne świadczenia zdrowotne u dzieci do 5 roku życia. W okresie objętym kontrolą wykonano testy przesiewowe w poszczególnych grupach wiekowych u dzieci podlegających badaniu, tj.:

- u 100% niemowląt do 6 miesiąca,
- u 20% niemowląt w 9 miesiącu życia,
- u 10% niemowląt w 12 miesiącu życia,
- u 50% dzieci 2-letnich,
- u 50% dzieci 4-letnich,
- u 20% dzieci 5-letnich.

Stwierdzono, że realizowano testy przesiewowe u dzieci niezgodnie z wymaganiami określonymi w części II załącznika nr 2 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych, tj.:

- a) u niemowląt do 6 miesiąca życia nie wykonano testu wykrywania zaburzeń rozwoju fizycznego (długości ciała) oraz nie przeprowadzono orientacyjnego badania wzroku;
- b) u niemowląt w 9 miesiącu życia nie wykonano testu wykrywania zaburzeń rozwoju fizycznego (długości ciała) oraz nie przeprowadzono orientacyjnego badania wzroku i słuchu;
- c) u niemowląt w 12 miesiącu życia nie określono współczynnika masy ciała (Body Mass Index – BMI) oraz nie zmierzono ciśnienia tętniczego krwi;
- d) u dzieci 2-letnich nie określono współczynnika masy ciała (Body Mass Index – BMI) oraz nie dokonano pomiaru ciśnienia tętniczego krwi,
- e) u dzieci 4-letnich nie określono współczynnika masy ciała (Body Mass Index – BMI) oraz nie dokonano pomiaru ciśnienia tętniczego krwi,
- f) u dzieci 5-letnich nie określono współczynnika masy ciała (Body Mass Index – BMI) oraz nie dokonano pomiaru ciśnienia tętniczego krwi.



12. Terminowość realizowanych świadczeń zdrowotnych w zakresie profilaktycznej opieki wobec niemowląt oceniono pozytywnie.
13. Prowadzenie dokumentacji medycznej zbiorczej i indywidualnej oceniono pozytywnie z nieprawidłowościami.

Ustalono, że w kontrolowanym zakładzie leczniczym w okresie podlegającym kontroli, prowadzona była zbiorcza i indywidualna dokumentacja medyczna w formie papierowej, co jest niezgodne z § 1 ust. 1 i § 72 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2020 r., poz. 666 ze zm.), zwanego dalej „rozporządzeniem w sprawie dokumentacji medycznej”. Ustawodawca dopuszcza prowadzenie dokumentacji medycznej w postaci papierowej, jeśli przepis rozporządzenia tak stanowi lub warunki organizacyjno-techniczne uniemożliwiają prowadzenie dokumentacji w postaci elektronicznej (§ 1 ust. 2).

#### Zbiorcza dokumentacja medyczna.

W Księżce ewidencji noworodków i badań profilaktycznych dla dzieci stwierdzono brak:

- numeracji stron,
- oznaczenia osoby udzielającej świadczeń – nazwisko i imię, tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu, zgodnie z § 10 pkt 3 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej,

co jest niezgodne z § 6 ust. 1 i § 11 ww. rozporządzenia.

Dodatkowo stwierdzono brak wpisów wykonanych wizyt patronażowych przez położną POZ oraz pielęgniarkę POZ, co jest niezgodne z § 4 ust. 1 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej.

W Księżce bilansów zdrowia stwierdzono brak:

- numeracji stron,
- oznaczenia osoby udzielającej świadczeń – nazwisko i imię, tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu, zgodnie z § 10 pkt 3 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej,

co jest niezgodne z § 6 ust. 1 i § 11 ww. rozporządzenia.

W Książkach pracy terenowej pielęgniarek stwierdzono brak:

- numer PESEL lub datę urodzenia pacjenta,
- numeracji stron,

- oznaczenia osoby udzielającej świadczeń – tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu, zgodnie z § 10 pkt 3 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej,

co jest niezgodne z § 6 ust. 1 i § 11 ww. rozporządzenia.

Dodatkowo stwierdzono, że w przypadku podania leku, nie wpisano dawki i drogi podania.

W książkach pracy terenowej prowadzonych przez pielęgniarki, brak było wpisów wykonanych wizyt patronażowych u niemowląt w 3-4 i 9 miesiącu życia dziecka, co jest niezgodne z § 4 ust. 1 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej.

W Zeszycie zgłoszeń o urodzeniu noworodka oraz Zeszycie pracy położnej stwierdzono brak:

- numeru kolejnego wpisu,
- numeracji stron,
- oznaczenia osoby przyjmującej zgłoszenie – nazwisko i imię, tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu, zgodnie z § 10 pkt 3 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej,

co jest niezgodne z § 6 ust. 1 i § 11 ww. rozporządzenia.

Niezależnie od powyższego prowadzona w kontrolowanym podmiocie zbiorcza dokumentacja medyczna nie zawierała oznaczenia podmiotu – w części dotyczącej nazwy podmiotu, kodu resortowego stanowiącego część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, nazwy komórki organizacyjnej (Poradnia lekarza rodzinnego, Gabinet pielęgniarki POZ, Gabinet położnej POZ), w której udzielano świadczeń zdrowotnych, oraz jej kodu resortowego stanowiącego część VII systemu kodów identyfikacyjnych.

Dodatkowo stwierdzono, że wpisy w zbiorczej dokumentacji medycznej dotyczyły pacjentów zadeklarowanych do trzech podmiotów leczniczych prowadzących działalność leczniczą pod tym samym adresem, tj.: Praktyka Lekarza Rodzinnego Marlina Wiśniewska, Włodzimierz Wiśniewski Praktyka Lekarza Rodzinnego oraz Danuta Lechniak-Ornat Praktyka Lekarza Rodzinnego Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, co jest niezgodne z § 1 ust. 1, § 2, § 11, § 36 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej.

#### Indywidualna dokumentacja medyczna.

Ustalono, że indywidualna dokumentacja medyczna nie była opatrzona numeracją stron, co jest niezgodne z § 6 ust. 1 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej.

W indywidualnej dokumentacji medycznej prowadzonej przez pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej dotyczącej wykonanych:

- wizyt patronażowych u niemowląt, brak było oznaczenia osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych (tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje),
- testów przesiewowych w poszczególnych grupach wiekowych, brak było oznaczenia osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych (nazwisko i imię, tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu),

co jest niezgodne z § 4 ust. 2 i § 10 pkt 3 rozporządzenia o dokumentacji medycznej.

Mając na uwadze powyższe ustalenia wydaje się następujące zalecenia pokontrolne.

1. Opracować i przedłożyć do organu kontrolującego uwierzytelnioną kopię regulaminu organizacyjnego, zgodnie z wymogami art. 24 ustawy o działalności leczniczej, uwzględniającą nieprawidłowości wykazane w punkcie 5 kontrolowanego obszaru A.
2. Przedłożyć do organu kontrolującego uwierzytelnioną kopię dokumentu potwierdzającego prawo do użytkowania sprzętu medycznego wykorzystywanego przez podmiot leczniczy, wykazanego w Załączniku nr 2 (pozycja nr: 1, 3, 4, 6 i 8), pomiędzy właścicielem a podmiotem użytkującym sprzęt – udostępniona organowi kontrolującemu umowa jest wadliwa.
3. Przedłożyć do organu kontrolującego uwierzytelnioną kopię dokumentu potwierdzającego odbiór i transport odpadów medycznych wytwarzanych przez podmiot leczniczy – udostępniona organowi kontrolującemu umowa jest wadliwa.
4. Udostępnić do wiadomości pacjentów informację o realizacji przez położną podstawowej opieki zdrowotnej profilaktycznych świadczeń zdrowotnych m.in. wobec kobiet ciężarnych w zakresie edukacji przedporodowej oraz przedłożyć do organu kontrolującego uwierzytelnione kopie dokumentacji zdjęciowej.
5. Realizować i dokumentować profilaktyczne świadczenia zdrowotne, wobec kobiet ciężarnych, położnic, noworodków i niemowląt do ukończenia 2 miesiąca życia, zgodnie z wymaganiami określonymi załączniku do rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego oraz załączniku nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych.
6. Realizować i dokumentować profilaktyczne świadczenia zdrowotne, wobec dzieci do 5 roku życia, zgodnie z wymaganiami określonymi w części II załącznika nr 2 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych.

7. Po ustabilizowaniu sytuacji epidemicznej, zwiększyć odsetek zrealizowanych wizyt patronażowych oraz testów przesiewowych w poszczególnych grupach wiekowych do 5 roku życia dziecka.
8. Dla wskazanych w pkt. 13 wystąpienia pokontrolnego podmiotów leczniczych prowadzić dla każdego z tych podmiotów zbiorczą dokumentację medyczną dedykowaną tylko dla pacjentów objętych opieką przez ten podmiot.
9. Prowadzić zbiorczą i indywidualną dokumentację medyczną zgodnie z wymaganiami określonymi w § 1, § 2, § 4, § 6, § 10, § 11 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej.

Pani Marlena Wiśniewska, w **terminie 30 dni** od daty otrzymania niniejszego wystąpienia pokontrolnego, zobowiązana jest do zrealizowania zaleceń pokontrolnych oraz do zawiadomienia jednostki kontrolującej o ich wykonaniu lub przyczynie niewykonania.

Wynik kontroli zostanie umieszczony w księdze rejestrowej prowadzonej dla podmiotu leczniczego.

Wystąpienie pokontrolne sporządza się w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla kierownika kontrolowanego podmiotu i dla przeprowadzającego kontrolę.

Niezastosowanie się do zaleceń pokontrolnych skutkować będzie wszczęciem procedury przewidzianej w art. 108 ust. 2 pkt 4 ustawy o działalności leczniczej.

#### POUCZENIE:

Zgodnie z art. 48 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o kontroli w administracji rządowej (j.t. Dz. U. z 2020 r., poz. 224) od wystąpienia pokontrolnego nie przysługują środki odwoławcze.

Z up. WOJEWODY ŚLĄSKIEGO  
*Iwona Drelichowska-Stopa*  
Dyrektor Regionalnego  
Związku i Szkoły Społecznej