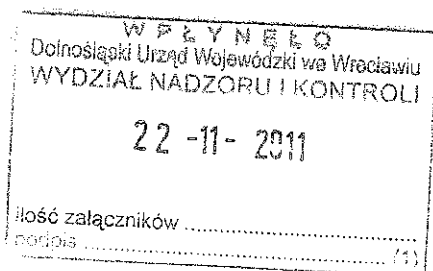




WOJEWODA DOLNOŚLĄSKI

Wrocław, dnia 22 listopada 2011r.

PS-NZP.9612.56.2011-4



Pan  
Grzegorz Gąszczyk  
Prezes  
Centrum Pulmonologii i Alergologii  
ul. Myśliwska 13  
58-540 Karpacz

### WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

W dniu od 7 do 9 września 2011 r. Zespół Kontrolny Wydziału Polityki Społecznej Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego we Wrocławiu – działając na podstawie z art.28., art. 30 oraz 36 ustawy z dnia 23 stycznia 2009 r. o wojewodzie i administracji rządowej w województwie ( Dz. U. z 2009 r., Nr 31, poz. 206 ), art. 111 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112 z 2011 r. poz. 654) i § 7 Zarządzenia Nr 225 Wojewody Dolnośląskiego z dnia 26 lipca 2011 r. w sprawie kontroli zewnętrznych prowadzonych przez Wojewodę Dolnośląskiego oraz upoważnienia numer PS-NZP.0030-316 / 11 z dnia 20 lipca 2011 r. przeprowadził kontrolę problemową dotyczącą realizacji świadczeń zdrowotnych, ze szczególnym uwzględnieniem profilaktycznej opieki nad matką i dzieckiem wynikających z ustawy z dnia z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112 z 2011 r. poz. 654).

Okres objęty kontrolą od 01.01.2010 r. do dnia kontroli.

Wyniki kontroli ujęto w protokole kontroli nr PS-NZP.9612.56.2011-3

## **Część I. Stwierdzono , że :**

### **1. W zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą od 0 do 18 r. ż. realizowanej przez lekarza.**

Profilaktyczną opiekę nad dziećmi i młodzieżą sprawuje:

lekarz pediatra I<sup>o</sup> i specjalista medycyny rodzinnej – Sylwia Skowrońska

Poradnia dla Dzieci Zdrowych czynna jest 2x w tygodniu we wtorki i czwartki, w godzinach: od 10.00 do 12.00.

W tych godzinach lekarz wykonuje okresowe, obowiązkowe badania profilaktyczne u dzieci i młodzieży ( bilanse zdrowia ) oraz badania lekarskie dzieci przed szczepieniami ochronnymi.

Opis czynności lekarskich (badanie przedmiotowe i podmiotowe) znajduje się w historiach zdrowia i choroby pacjentów.

Podczas przeprowadzonej kontroli przeanalizowano wybrane losowo historie zdrowia i choroby dzieci i młodzieży, na tej podstawie stwierdzono że:

1. Badania bilansowe uczniów w wieku 2 i 4 lat wykonywane są przez lekarza pediatrę w przychodni a opis badania lekarskiego wpisywany jest do dokumentacji indywidualnej i zbiorczej. 6, 10, 13, 16 i 18 latki badane są przez lekarza pediatrę w przychodni, wypełnione karty profilaktycznego badania ucznia przekazywane są pielęgniarce pracującej w gabinecie profilaktyki i pomocy przedlekarskiej w szkole. W historia zdrowia i choroby badanych uczniów wpisywane są wyniki przeprowadzonego badania lekarskiego.
2. Wizyty patronażowe wykonywane są przez lekarza pediatrę w domu noworodka a opisy pierwszego badania lekarskiego zawarte są w historiach choroby badanych dzieci zgodnie z obowiązującym Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 października 2010 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, załącznik nr 1 ( Dz. U. Nr 208 z 2010 r. poz. 1376).
  - Niemowlęta po 6, 9 i 12 miesiącu życia dziecka są badane przez pediatrę a ich stan zdrowia, dokładnie opisywany jest w dokumentacji indywidualnej.
  - Książka noworodków prawidłowo prowadzona, w formie papierowej.
  - Książka bilansów i grup dyspenseryjnych prowadzona prawidłowo w formie papierowej.
  - Zeszyt zgłoszonych chorób zakaźnych jest i znajduje się u pielęgniarki epidemiologicznej w administracji Centrum Pulmonologii i Alergologii w Karpaczu.

Na podstawie skontrolowanej indywidualnej i zbiorczej dokumentacji medycznej stwierdzam, że jest ona prowadzona zgodnie z wymogami Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania ( Dz. U. Nr 252 z 2010 r. poz. 1697).

## **2. W zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej realizowanej przez pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej:**

Profilaktyczną opiekę w środowisku rodzinnym realizują: Pani Joanna Czerwińska oraz Pani Anna Przybył – pielęgniarki poz posiadające wymagane kwalifikacje.

Dokumentacja medyczna – zbiorcza oraz indywidualna dokumentacja prowadzona jest w formie papierowej, dokumentacja zbiorcza – książka pracy terenowej prowadzona jest zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2010 r., Nr 252, poz. 1697)

### **Stwierdzone nieprawidłowości:**

1. W przychodni brak jest oznakowania gabinetu pielęgniarki oraz harmonogramu pracy zamieszczonego w widocznym dla pacjentów miejscu gdy zgodnie z Załącznikiem nr 2 Część I. ust. 2 pkt 1) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 października 2010 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2010 r., Nr 208, poz. 1376) świadczeniodawca zapewnia dostępność do świadczeń pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej w miejscu ich udzielania od poniedziałku do piątku, w godzinach pomiędzy 8.00 do 18.00, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy, zgodnie z harmonogramem pracy świadczeniodawcy.

2. Świadczenia gwarantowane ( wizyty patronażowe u niemowląt w 3-4 m-ca życia dziecka) nie są realizowane przez pielęgniarki poz pracujące w środowisku rodzinnym zgodnie z obowiązującym przepisami. Zgodnie z Załącznikiem nr 2 Część II. Lp. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 października 2010 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2010 r., Nr 208, poz. 1376) pielęgniarka poz realizuje u każdego zadeklarowanego niemowlęcia w 3-4 miesiącu życia wizytę patronażową w środowisku rodzinnym

3. Dokumentacja indywidualna nie jest prowadzona jest prawidłowo - brak części dotyczącej opieki środowiskowej zawiera opis środowiska epidemiologicznego, datę rozpoczęcia i zakończenia opieki pielęgniarskiej, rodzaj i zakres czynności pielęgniarki dotyczącej pacjenta i jego środowiska, w szczególności rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych i psychospołecznych, plan opieki pielęgniarskiej lub położniczej oraz adnotacje związane z wykonywaniem czynności, w tym wynikających ze zleceń lekarskich, oznaczenie pielęgniarki, gdy zgodnie z § 42 ust. 5 rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2010 r., Nr 252, poz. 1697) Historia zdrowia i choroby w części dotyczącej opieki środowiskowej zawiera opis środowiska epidemiologicznego, datę rozpoczęcia i zakończenia opieki pielęgniarskiej, rodzaj i zakres czynności pielęgniarki dotyczącej pacjenta i jego środowiska, w szczególności rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych i psychospołecznych, plan opieki pielęgniarskiej lub położniczej oraz adnotacje związane z wykonywaniem czynności, w tym wynikających ze zleceń lekarskich, oznaczenie pielęgniarki;

### **3. W zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej realizowanej przez położną podstawowej opieki zdrowotnej**

Świadczenia położnej podstawowej opieki zdrowotnej realizuje położna posiadająca wymagane kwalifikacje. Położna nie ma ustalonego harmonogramu pracy oraz wydzielonego gabinetu położnej wbrew obowiązкови wynikającemu z Części III rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 października 2010 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2010 r., Nr 208, poz. 1376). Położna nie posiada nesesera wbrew obowiązкови wynikającemu z cytowanego wyżej rozporządzenia Ministra Zdrowia.

Położna realizowała świadczenia w zakresie opieki nad noworodkiem/niemowlęciem do końca 2 miesiąca. W 2010 roku średnio wykonała tylko po 1,2 wizyt profilaktycznych u położnicy i noworodka/niemowlęcia, a w 2011 roku po 2,4, wbrew obowiązкови wynikającemu z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 października 2010 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2010 r., Nr 208, poz. 1376), rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2010 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porożu oraz opieki nad

noworodkiem (Dz. U. z 2010 r., Nr 187, poz. 1259), Zarządzenia Nr 74/2010/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 1 grudnia 2010 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna. Z analizy losowo wybranej dokumentacji medycznej prowadzonej przez położną wynika, że położna w indywidualnej karcie noworodka – Pierwsza wizyta patronażowa u noworodka dokumentuje tylko po 1 wizycie patronażowej, opisuje dane dziecka, wykonane badanie, określa problemy, brak zaleceń, podpisuje się danymi identyfikującymi niezgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2010 r., Nr 252, poz. 1697). Noworodka obejmuje opieką noworodka w ciągu 1 do 5 dób od otrzymania zgłoszenia wbrew obowiązkowi wynikającemu z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 października 2010 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2010 r., Nr 208, poz. 1376), rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2010 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. z 2010 r., Nr 187, poz. 1259). Wykonane wizyty są potwierdzone w dokumentacji indywidualnej podpisem świadczeniobiorcy lub opiekuna. Położna nie dokumentuje wykonanych wizyt patronażowych u położnicy wbrew obowiązkowi wynikającemu z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2010 r., Nr 252, poz. 1697).

Nie jest realizowana profilaktyczna opieka nad kobietą ciężarną w zakresie praktycznego i teoretycznego przygotowania do porodu, położu, karmienia piersią i rodzicielstwa. Obowiązek sprawowania profilaktycznej opieki nad kobietą ciężarną przez położną podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie praktycznego i teoretycznego przygotowania do porodu, położu, karmienia piersią i rodzicielstwa wynika z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 roku w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 214, poz. 1816), rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2010 roku w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. z 2010 r., Nr 187, poz. 1259), Zarządzenia nr 74/2010/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 1

grudnia 2010 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.

## **Część II. Zalecenia pokontrolne**

Na podstawie ustaleń kontroli, w celu dalszej poprawy profilaktycznej opieki nad matką i dzieckiem zalecamy:

### **1. W zakresie profilaktycznej opieki realizowanej przez pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej:**

1. Należy w przychodni oznaczyć gabinet pielęgniarki oraz zamieścić w widocznym dla pacjentów miejscu harmonogram pracy, zgodnie z Załącznikiem nr 2 Część I. ust. 2 pkt 1) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 października 2010 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2010 r., Nr 208, poz. 1376) świadczeniodawca zapewnia dostępność do świadczeń pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej w miejscu ich udzielania od poniedziałku do piątku, w godzinach pomiędzy 8.00 do 18.00, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy, zgodnie z harmonogramem pracy świadczeniodawcy.
2. Pielęgniarki poz powinny realizować u każdego zadeklarowanego niemowlęcia w 3-4 miesiącu życia wizytę patronażową w środowisku rodzinnym
3. Pielęgniarki powinny prowadzić obowiązującą indywidualną wewnętrzną dokumentację medyczną zawierającą zgodnie z § 42 ust. 5 rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2010 r., Nr 252, poz. 1697) Historia zdrowia i choroby w części dotyczącej opieki środowiskowej zawiera opis środowiska epidemiologicznego, datę rozpoczęcia i zakończenia opieki pielęgniarskiej, rodzaj i zakres czynności pielęgniarki dotyczącej pacjenta i jego środowiska, w szczególności rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych i psychospołecznych, plan opieki pielęgniarskiej oraz adnotacje związane z wykonywaniem czynności, w tym wynikających ze zleceń lekarskich, oznaczenie pielęgniarki (imię, nazwisko, tytuł zawodowy oraz numer prawa wykonywania zawodu).

**2. W zakresie profilaktycznej opieki realizowana przez położną podstawowej opieki zdrowotnej:**

- a) Oznaczyć gabinet położnej oraz umieścić w widocznym miejscu harmonogram pracy położnej podstawowej opieki zdrowotnej.
- b) Zakupić i wyposażyć neseser położnej podstawowej opieki zdrowotnej.
- c) Obejmować profilaktyczną opieką noworodka przez położną do 48 godzin od daty wypisu ze szpitala.
- d) Dokumentować wykonane świadczenia zdrowotne zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2010 r., Nr 252, poz. 1697).
- e) Realizować profilaktyczną opiekę nad kobietą ciężarną w zakresie przygotowania do porodu, położu, karmienia piersią i rodzicielstwa w formie grupowej lub indywidualnie.

**Część III. Postanowienia końcowe:**

1. Pan Grzegorz Gąsczyk- Prezes kontrolowanego podmiotu, w terminie 30 dni od daty otrzymania wystąpienia pokontrolnego zobowiązany jest do wykonania wniosków i zaleceń pokontrolnych oraz zawiadomienia zarządzającego kontrolę o ich wykonaniu lub przyczynie ich nie wykonania.
2. Wystąpienie pokontrolne sporządza się w trzech jednobrzmiących egzemplarzach po jednym dla kierownika kontrolowanego podmiotu i dla przeprowadzającego kontrolę oraz dla Wydziału Nadzoru i Kontroli Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego we Wrocławiu.

WOJEWODY DOLNOŚLĄSKIEGO

*Piotr Kulbicki*  
ZASTĘPCY  
Wydziału Polityki Społecznej

SPECJALISTA

*Barbara Szekele*

KIEROWNIK ODDZIAŁU

*Lech Lenkiewicz*