WOJEWODA DOLNOŚLĄSKI

Wrocław, dnia 3 sierpnia 2017 r.

ZP-ZPSM.9612.39.2017.IS

Pani
Maria Filipowicz
Kierownik
Samodzielnego Publicznego
Zakładu Opieki Zdrowotnej –
Przychodni Rejonowej w Złotoryi

Wystąpienie pokontrolne

Na podstawie art. 111, art. 112 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (j.t. Dz. U. z 2016 r., poz. 1638 ze zm.), zwanej dalej ustawą, w związku z § 14 Zarządzenia Nr 286 Wojewody Dolnośląskiego z dnia 21 października 2016 r. w sprawie kontroli realizowanych przez Wojewodę Dolnośląskiego oraz na podstawie imiennych upoważnień nr 381 i 382 z dnia 13 czerwca 2017 r., zespół kontrolerów w składzie:

- Iwona Stasiak – inspektor wojewódzki w Wydziale Zdrowia i Polityki Społecznej Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego, przewodnicząca zespołu,
- Sylwia Kitajewska – starszy specjalista w Wydziale Zdrowia i Polityki Społecznej Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego, kontroler,

w dniu 30 czerwca 2017 r. przeprowadził bezpośrednie czynności kontrolne w trybie zwykłym w podmiocie leczniczym pn. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej – Przychodnia Rejonowa w Złotoryi prowadzącym zakład leczniczy pn. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej – Przychodnia Rejonowa, ul. Kwiska 1, 59-500 Złotoryja.

Przedmiotem kontroli było spełnianie warunków i wymagań przez podmiot leczniczy realizujący świadczenia zdrowotne w zakresie opieki nad matką i dzieckiem, realizacja i dokumentowanie przez pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej nad niemowlętami,

dziećmi i młodzieżą oraz przez położną podstawowej opieki zdrowotnej profilaktycznej opieki zdrowotnej nad kobietą ciężarną, położnicą i noworodkiem (do ukończenia 2 miesiąca życia).

Kontrolą objęto okres od dnia 1 stycznia 2016 roku do dnia rozpoczęcia kontroli.

Kontrolę przeprowadzono zgodnie z zatwierdzonym w dniu 15 grudnia 2016 r. przez Wicewojewodę Dolnośląskiego planem kontroli na I półrocze 2017 r.

W okresie objętym kontrolą osobą odpowiedzialną za wykonywanie zadań w kontrolowanym zakresie była Pani Maria Filipowicz – kierownik podmiotu leczniczego.

Szczegółowe ustalenia zostały przedstawione w protokole kontroli, sygn. ZP-ZPSM.9612.39.2017.IS, podpisanym przez kontrolowany podmiot w dniu 19 lipca 2017 roku bez wnoszenia zastrzeżeń, przekazuję niniejsze wystąpienie pokontrolne.

Na podstawie wyników przeprowadzonej kontroli działalność kontrolowanego podmiotu leczniczego w obszarze objętym kontrolą oceniono pozytywnie z nieprawidłowościami.

Oceny dokonano z uwzględnieniem kryterium legalności i rzetelności. Powyższą ocenę uzasadniają przedstawione poniżej uwagi:

1. kontrolowany podmiot posiadał regulamin organizacyjny, o którym mowa w art. 23 ust. 1 ustawy. Dokument został opracowany zgodnie z wymaganiami określonymi w art. 24 ust. 1 ustawy.

   W § 13 regulaminu organizacyjnego wskazano zasady naliczenia opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej tj.: „1) za jedną stronę wyciągu lub odpisu dokumentacji medycznej – nie może przekraczać przeciętnego wynagrodzenia w poprzednim kwartale od pierwszego dnia następnego miesiąca po ogłoszeniu przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski" na podstawie art. 20 pkt 2 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych; 2) za jedną stronę kopii dokumentacji medycznej – nie może przekraczać 0,0002 przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w pkt 2". Natomiast w Zarządzeniu nr 2/2012 Kierownika SP ZOZ Przychodni Rejonowej w Złotoryi z dnia 12 grudnia 2012 roku w sprawie stawki za jedną stronę kopii dokumentacji medycznej wprowadzono opłatę za jedną stronę kserokopii dokumentacji medycznej wykonanej dla pacjenta wraz z potwierdzeniem zgodności z oryginałem, w wysokości 0,69 zł oraz za jedną stronę kserokopii dokumentacji medycznej wykonanej dla pacjenta bez potwierdzenia zgodności z oryginałem, w wysokości 0,36 zł. Zasady udostępniania dokumentacji medycznej oraz ustalona maksymalna wysokość tej opłaty

są niezgodne z regułą określoną w art. 27 ust. 1, 3 i art. 28 ust. 4 pkt 1, 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (j.t. Dz. U. z 2016 r., poz. 186 ze zm.), zwanej dalej ustawą o prawach pacjenta.

W dniu 7 lipca 2017 r. kontrolowany podmiot leczniczy przedłożył dokumenty (aneks nr 3/2017 z dnia 30.06.2017 r. w sprawie zmian w regulaminie organizacyjnym oraz Zarządzenie nr 3/2017 Kierownika SP ZOZ Przychodni Rejonowej w Złotoryi z dnia 30.06.2017 r. w sprawie opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej), w których zostały usunięte uchybienia stwierdzone w trakcie prowadzonych bezpośrednich czynności kontrolnych.

2. zakład leczniczy podmiotu leczniczego był oznakowany na zewnątrz i wewnątrz budynku. Na tablicach informacyjnych podano informacje o rodzaju i zakresach udzielanych świadczeń zdrowotnych. W miejscu ogólnodostępnym umieszczono kartę praw pacjenta, cennik usług płatnych oraz informację o zasadach udostępniania dokumentacji medycznej. Treść i forma tych informacji nie nosiła cech reklamy, co stanowi realizację art. 14 ust. 1 ustawy.
3. gabinet pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej oraz gabinet położnej podstawowej opieki zdrowotnej były oznakowane i wyposażone w sprzęt, aparaturę medyczną i produkty lecznicze zgodnie z wymaganiami określonymi w części IV ust. 4 pkt 1 załącznika nr 2 oraz w części III ust. 4 pkt 1 załącznika nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (j.t. Dz. U. z 2016 r., poz. 86), zwane dalej rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych.

   Harmonogramy pracy pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej i położnej podstawowej opieki zdrowotnej w miejscu pracy oraz w środowisku domowym pacjentów były udostępnione dla pacjentów, co jest zgodne z § 11 ust. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (j.t. Dz. U. z 2016 r., poz. 1146).

   Pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej i położna podstawowej opieki zdrowotnej posiadały nesesery do pracy w środowisku wyposażone zgodnie z wymaganiami określonymi w części IV ust. 4 pkt 2 załącznika nr 2 oraz w części III ust. 4 pkt 2 załącznika nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych.

   Świadczeniodawca posiadał dokumentację wykonanych przeglądów technicznych wag medycznych, w której określono terminy następnego badania, co jest zgodne

z wytycznymi zawartymi w art. 90 ust. 6-7 ustawy z dnia 12 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (j.t. Dz. U. z 2017 r., poz. 211 ze zm.).

4. na podstawie dołączonych do dokumentów kadrowych zaświadczeń o ukończeniu kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego dla położnych, kursu kwalifikacyjnego pielęgniarek środowiskowych i kursu uzupełniającego z zakresu pielęgniarstwa środowiskowego / rodzinnego oraz kursu specjalistycznego z zakresu szczepień ochronnych dla pielęgniarek ustalono, że w podmiocie leczniczym świadczenia zdrowotne w zakresie opieki nad matką i dzieckiem realizowały pielęgniarki i położna podstawowej opieki zdrowotnej, posiadające wymagane kwalifikacje, wskazane w części IV ust. 1 załącznika nr 2 oraz części III ust. 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych, określone w art. 5 pkt 25 i 28 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (j.t. Dz. U. z 2016 r., poz. 1793 ze zm.) oraz § 6 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz. U. z 2016 r., poz. 849 ze zm.), zwane dalej rozporządzeniem w sprawie szczepień ochronnych.
5. zbiorcza dokumentacja medyczna w wersji papierowej odnosząca się do ogółu pacjentów lub określonych grup pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych, tj.: książka bilansów, książka grup dyspanseryjnych, książka noworodków, książka szczepień ochronnych, zeszyt odczynów poszczepiennych, książka pracy terenowej, rejestr świadczeń położnej środowiskowo-rodzinnej, prowadzone były zgodnie z wymaganiami określonymi w § 11 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobów jej przetwarzania (Dz. U. z 2015 r., poz. 2069), zwanego dalej rozporządzeniem w sprawie dokumentacji medycznej.
6. położna podstawowej opieki zdrowotnej i pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej prowadziły indywidualną dokumentację medyczną, tj. historię zdrowia i choroby dotyczącą położniczej i pielęgniarskiej opieki środowiskowej, zgodnie z wymaganiami określonymi w § 2 ust. 1 pkt 1, ust. 2 pkt 1, ust. 3 pkt 5, § 4 ust. 1, § 5, § 10 ust. 1 pkt 1, 3, § 41 ust. 5 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej oraz art. 25 pkt 1 lit. a-f ustawy o prawach pacjenta.

   Indywidualna dokumentacja medyczna dotycząca wykonanych przez pielęgniarkę testów przesiewowych u dzieci do 5 roku życia nie zawierała danych identyfikujących osobę realizującą świadczenia (nazwisko i imię, tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje, numer

prawa wykonywania zawodu i podpis), co jest niezgodne z wytycznymi zawartymi w § 10 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej.

7. położna podstawowej opieki zdrowotnej obejmowała opieką kobiety ciężarne, u których realizowała świadczenia zdrowotnej w postaci wizyt profilaktycznych dotyczących praktycznego i teoretycznego przygotowania do porodu, połogu, karmienia piersią i rodzicielstwa w formie indywidualnej zgodnie z wymaganiami określonymi w ust. 1 pkt 4 części I załącznika nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych oraz w części II załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem (j.t. Dz. U. z 2016 r., poz. 1132), zwanego dalej rozporządzeniem w sprawie standardów opieki okołoporodowej.

8. położna podstawowej opieki zdrowotnej obejmowała opieką położnice do zakończenia 6 tygodnia połogu. Wykonała co najmniej 4 wizyty patronażowe u każdej położnicy. Karty opieki nad położnicą poddane kontroli pod kątem realizowania wizyt patronażowych, zawierały wpisy dotyczące wykonanych świadczeń zdrowotnych zgodnie z wymaganiami określonymi w części II załącznika nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych oraz w ust. 2 pkt 1, 2, 6, 7, ust. 10 pkt 4, 6 części XIV załącznika do rozporządzenia w sprawie standardów opieki okołoporodowej.

9. położna podstawowej opieki zdrowotnej obejmowała opieką noworodki do 48 godzin od otrzymania zgłoszenia o porodzie do 7 tygodnia życia dziecka. Wykonała co najmniej 4 wizyty patronażowe u każdego noworodka. Karty opieki nad noworodkiem / niemowlęciem do 42 dnia życia pod kątem realizowania wizyt patronażowych, zawierały wpisy dotyczące wykonanych świadczeń zdrowotnych zgodnie z wymaganiami określonymi w części II załącznika nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych oraz w ust. 4 pkt 4, 7, 10, ust. 6, 8, 12 części XIV załącznika do rozporządzenia w sprawie standardów opieki okołoporodowej. Nie dokonano oceny rozwoju fizycznego, co jest niezgodne z wymaganiami określonymi w części II załącznika nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych oraz w ust. 4 pkt 2 części XIV załącznika do rozporządzenia w sprawie standardów opieki okołoporodowej.

10. pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej realizowały profilaktyczną opiekę nad niemowlętami (wizyty patronażowe) w 3-4 miesiącu życia zgodnie z wymaganiami określonymi w części II załącznika nr 2 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych.

11. pielęgniarki realizowały testy przesiewowe w 6, 9 i 12 miesiącu życia oraz u 2 i 4-letnich 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 przeprowadziły orientacyjnego badania wzroku oraz nie oceniły rozwoju psychomotorycznego,
    b) u niemowląt w 9 miesiącu życia nie przeprowadziły orientacyjnego badania wzroku i słuchu,
    c) u niemowląt w 12 miesiącu życia nie określiły współczynnika masy ciała – Body Mass Index – BMI) i nie przeprowadziły orientacyjnego badania wzroku i słuchu oraz pomiaru ciśnienia tętniczego krwi,
    a) u dzieci 2-letnich nie przeprowadziły orientacyjnego badania wzroku i słuchu, Testu Hirschberga w kierunku wykrywania zeza oraz pomiaru ciśnienia tętniczego krwi oraz nie określiły współczynnika masy ciała – Body Mass Index – BMI),
    d) u dzieci 4-letnich nie przeprowadziły pomiaru ciśnienia tętniczego krwi i nie określiły współczynnika masy ciała – Body Mass Index – BMI) oraz nie wykonały orientacyjnego badania wykrywania zaburzeń statyki ciała.

    Stwierdzono, że u dzieci pięcioletnich w roku 2016 i 2017 testy przesiewowe nie były wykonywane. Testy przesiewowe w grupie pięciolatków były realizowane w gabinecie praktyki lub w gabinecie profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej w szkole.

12. obowiązkowe szczepienia ochronne były realizowane zgodnie z Komunikatem Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 16 października 2015 r. w sprawie Programu Szczepień Ochronnych na 2016 rok, co jest zgodne z dyspozycją zawartą w § 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (Dz. U. z 2016 r., poz. 849 ze zm.).

Mając na uwadze powyższe ustalenia wydaje się następujące zalecenie pokontrolne:

1. potwierdzać w dokumentacji medycznej wykonane testy przesiewowe zgodnie z wymaganiami określonymi w § 10 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej;

2. realizować profilaktyczne świadczenia zdrowotne wobec noworodków i niemowląt do 2 miesiąca życia zgodnie z wymaganiami określonymi w ust. 4 pkt 2 części XIV załącznika do rozporządzenia w sprawie standardów opieki okołoporodowej oraz w załączniku nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych;
3. realizować profilaktyczne świadczenia zdrowotne u dzieci do 5 roku życia zgodnie z wymaganiami określonymi w części II załącznika nr 2 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych.

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

Z up. WOJEWODY DOLNOŚLĄSKIEGO
Danuta Zawiła
ZASTĘPCA DYREKTORA WYDZIAŁU
Zdrowia i Polityki Społecznej