WOJEWODA DOLNOŚLĄSKI

Wrocław, dnia 21 sierpnia 2017 r.

ZP-ZPSM.9612.43.2017.BP

Pan
Rafał Dyjur
Kierownik
Zespołu Profilaktyki i Rehabilitacji
w Janowicach Wielkich – S.P.Z.O.Z.
ul. Karola Świerczewskiego 12
58-520 Janowice Wielkie

Wystąpienie pokontrolne

Na podstawie art. 112 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (j.t. Dz. U. z 2016 r. poz. 1638 ze zm.), § 14 Zarządzenia nr 286 Wojewody Dolnośląskiego z dnia 21 października 2016 r. w sprawie kontroli realizowanych przez Wojewodę Dolnośląskiego oraz upoważnień nr 377 i 378 z dnia 13 czerwca 2017 r., zespół kontrolerów w składzie: Bogusława Pawlica – starszy specjalista w Wydziale Zdrowia i Polityki Społecznej Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego, przewodnicząca zespołu kontrolerów oraz Ewa Andrzejczyk-Sobolewska – starszy specjalista w Wydziale Zdrowia i Polityki Społecznej Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego, kontroler, przeprowadził w dniu 17 lipca 2017 r. kontrolę problemową podmiotu leczniczego pod nazwą: Zespół Profilaktyki i Rehabilitacji w Janowicach Wielkich - S.P.Z.O.Z., 58-520 Janowice Wielkie, ul. Karola Świerczewskiego 12, prowadzącego zakłady lecznicze pod nazwą: Zespół Profilaktyki i Rehabilitacji w Janowicach Wielkich, 58-520 Janowice Wielkie, ul. Karola Świerczewskiego 12 oraz Poradnia Rehabilitacyjna Zespołu Profilaktyki i Rehabilitacji w Janowicach Wielkich, 58-520 Janowice Wielkie, ul. Karola Świerczewskiego 12. Przedmiotem kontroli było sprawdzenie zgodności funkcjonowania podmiotu z obowiązującymi przepisami prawa w zakresie objętym kontrolą. Kontrola była kontrolą planowaną, ujętą w planie okresowych kontroli zewnętrznych w jednostkach

podporządkowanych Wojewodzie Dolnośląskiemu oraz samorządu terytorialnego, realizowanych przez Wydziały Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego w II półroczu 2017 r. Kontrolą objęto okres od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia rozpoczęcia kontroli. Osobą odpowiedzialną za nadzór nad realizacją zadań w kontrolowanym zakresie był Pan Rafał Dyjur.

W związku z przeprowadzoną kontrolą, której szczegółowe ustalenia zostały przedstawione w protokole kontroli znak: ZP-ZPSM.9612.43.2017.BP, podpisanym i przesłanym do organu kontrolującego przez kierownika zakładu leczniczego, bez wniesienia zastrzeżeń, przekazuję niniejsze wystąpienie pokontrolne.

Funkcjonowanie podmiotu leczniczego w zakresie prowadzenia działalności leczniczej oceniono pozytywnie z nieprawidłowościami.

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

1. posiadanie tytułu prawnego do budynku, w którym realizowane są świadczenia zdrowotne oceniono pozytywnie,
2. posiadanie opinii, w formie postanowienia, wydanej przez właściwy organ inspekcji sanitarnej o spełnieniu wymagań fachowych i sanitarnych pomieszczeń i urządzeń podmiotu leczniczego oceniono pozytywnie,
3. spełnienie przez podmiot wymogu posiadania dokumentów potwierdzających sprawność techniczną sprzętu medycznego wykorzystywanego przez podmiot leczniczy w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych oceniono pozytywnie,
4. spełnienie przez podmiot warunku posiadania dokumentacji potwierdzających zatrudnianie osób dysponujących kwalifikacjami zapewniającymi realizację usług zdrowotnych oceniono pozytywnie z nieprawidłowościami.

   Analizując stan zatrudnienia personelu oraz jego kwalifikacje stwierdzono, nieprawidłowości w zabezpieczeniu całodobowego dostępu do badań w zakresie diagnostyki laboratoryjnej w oparciu o aktualnie obowiązujące przepisy. W Pracowni diagnostyki laboratoryjnej brak jest nadzoru diagnosty laboratoryjnego nad czynnościami diagnostyki laboratoryjnej, wykonywanymi w laboratorium przez technika analityki medycznej oraz brak prawidłowego autoryzowania wykonywanych badań.

   W przedłożonym w dniu 26 czerwca 2017 r. do jednostki kontrolującej wykazie personelu nie wykazano osoby zatrudnionej na stanowisku diagnosty laboratoryjnego. Dodatkowo Pan Rafał Dyjur złożył oświadczenie potwierdzające, że kontrolowany podmiot nie

zatrudnia diagnosty laboratoryjnego. Jest to niezgodne z zapisami art. 6 i 6a ustawy z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej (j.t. Dz. U. z 2016 r. poz. 2245),

5. posiadanie regulaminu organizacyjnego wymaganego art. 23 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, zawierającego informacje określone w art. 24 ust. 1 ustawy oceniono pozytywnie z nieprawidłowościami.

   Po przeanalizowaniu treści regulaminu kontrolujący stwierdzili, że:

   – zakres wykonywanych świadczeń zdrowotnych oraz nazwy komórek organizacyjnych wymienionych w §14 regulaminu są niezgodne z zapisami w księdze rejestrowej podmiotu leczniczego,

   – na stronach 7 i 8 regulaminu wykazano powtórnie komórki organizacyjne podmiotu,

   – nie określono wysokości opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej ustalonych w sposób określony w art. 28 ust. 4 ustawy o prawach pacjenta, zgodnie ze wskazaniem art. 24 ust. 1 pkt. 9 ustawy o działalności leczniczej,

   – nie określono wysokości opłat z przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny,

   – nie określono wysokości opłat za zaświadczenia zdrowotne, które mogą być, zgodnie z przepisami ustawy lub przepisami odrębnymi, udzielane za częściową lub całkowitą odpłatnością.

   Ponadto w treści regulaminu zastosowano nieaktualne publikatory aktów prawnych.

6. pozytywnie oceniono ustalenie przez podmiot leczniczy, w oparciu o treść art. 28 ust. 4 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.) maksymalnej wysokości opłaty za udostępnianie dokumentacji medycznej,

7. spełnienie przez podmiot warunku zawarcia umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej oceniono pozytywnie,

8. spełnienie przez podmiot wymogu przekazywania informacji o udzielanych świadczeniach zdrowotnych i ich dostępności oceniono pozytywnie z nieprawidłowościami.

   W trakcie czynności kontrolnych stwierdzono brak oznaczeń pomieszczeń Oddziału rehabilitacyjnego ogólnoustrojowego zlokalizowanych na poziomie 0, oraz na piętrach I, II i III, Oddziału rehabilitacji neurologicznej zlokalizowanych na II piętrze budynku, Oddziału rehabilitacji kardiologicznej zlokalizowanego na II piętrze, oraz Oddziału

rehabilitacyjnego dla dzieci, Poradni rehabilitacyjnej, Pracowni kardiologicznej i Działu farmacji,

9. zgodność faktycznie udzielanych świadczeń zdrowotnych z zakresem wpisanym do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oceniono pozytywnie z nieprawidłowościami.

W wyniku przeprowadzonych czynności kontrolnych stwierdzono, że w zakładzie leczniczym pod nazwą Zespół Profilaktyki i Rehabilitacji w Janowicach Wielkich świadczenia zdrowotne udzielane są niezgodnie z zapisami w księdze rejestrowej. W zakładzie nie funkcjonuje od kwietnia 2010 r. pracownia USG. Ponadto stwierdzono rozbieżności pomiędzy liczbą łóżek zgłoszoną do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, a liczbą łóżek stwierdzoną w dniu bezpośrednich czynności kontrolnych, tj.:

– Oddział rehabilitacyjny ogólnoustrojowy

liczba łóżek w księdze rejestrowej ogółem: 70

stwierdzona liczba łóżek ogółem: 68

– Oddział rehabilitacji neurologicznej

liczba łóżek w księdze rejestrowej ogółem: 53

stwierdzona liczba łóżek ogółem: 48

– Oddział rehabilitacji kardiologicznej:

liczba łóżek w księdze rejestrowej ogółem: 20

stwierdzona liczba łóżek ogółem: 11

liczba łóżek intensywnego nadzoru kardiologicznego w księdze rejestrowej: 2

stwierdzona liczba łóżek intensywnego nadzoru kardiologicznego: 1

Ustalony stan faktyczny narusza przepis art. 107 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej. Ustawodawca wskazał, że podmiot wykonujący działalność leczniczą, wpisany do rejestru jest obowiązany zgłaszać organowi prowadzącemu rejestr wszelkie zmiany danych objętych rejestrem w terminie 14 dni od dnia ich powstania.

Zgodnie z art. 112 ust. 7 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej, na podstawie ustaleń zawartych w protokole, organ prowadzący rejestr wydaje zalecenia pokontrolne mające na celu usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości i określa termin ich wykonania.

Mając na uwadze powyższe ustalenia wydaje się następujące zalecenie pokontrolne:

1. dostarczyć do jednostki kontrolującej potwierdzone za zgodność z oryginałem dokumenty potwierdzające zatrudnienie personelu uprawnionego do nadzorowania czynności diagnostyki laboratoryjnej oraz autoryzowania wyników badań,
2. opracować i wdrożyć regulamin organizacyjny zgodny ze stanem faktycznym, formalno-prawnym oraz spełniający w pełni warunki określone w art. 24 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej. Kopię potwierdzoną za zgodność z oryginałem należy przekazać do organu kontrolującego,
3. poinformować jednostkę kontrolującą o oznakowaniu pomieszczeń komórek organizacyjnych wskazanych w protokole, zgodnie z rodzajem i zakresem udzielanych świadczeń zdrowotnych,
4. złożyć wniosek o wpis zmian do organu rejestrowego celem uaktualnienia danych objętych rejestrem.

Pan Rafał Dyjur, w terminie 30 dni od daty otrzymania niniejszego wystąpienia pokontrolnego, zobowiązany 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 skutkowało będzie wszczęciem procedury przewidzianej w art. 108 ust. 2 pkt. 3 ustawy o działalności leczniczej.

Z up. WOJEWODY DOLNOŚLĄSKIEGO

ZASTĘPCA DYREKTORA WYDZIAŁU
Zdrowia i Polityki Społecznej