



ZP-ZPSM.9612.26.2019.IS

Praktyka Lekarska
Krzysztof Duda Spółka partnerska
ul. Artyleryjska 28/1
59-220 Legnica

Wystąpienie pokontrolne

Na podstawie art. 112 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (j.t. Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 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 462, 463 i 464 z dnia 15 lipca 2019 r., zespół kontrolerów w składzie:

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

przeprowadził w dniu 26 lipca 2019 r. kontrolę problemową podmiotu leczniczego pod nazwą Praktyka Lekarza Rodzinnego Krzysztof Duda Spółka partnerska, ul. Artyleryjska 28/1, 59-220 Legnica, prowadzącego zakład leczniczy pod nazwą Praktyka Lekarza Rodzinnego Krzysztof Duda Sp.p., ul. Chojnowska 112, 59-220 Legnica.

Przedmiotem kontroli było sprawdzenie:

- w Obszarze A – zgodności działalności leczniczej z ustawą o działalnością leczniczą i aktami wykonawczymi wydanymi na jej podstawie;
- w Obszarze B – realizacji przez podmiot leczniczy ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki nad matką i dzieckiem.

Kontrolę przeprowadzono zgodnie z zatwierdzonym w dniu 12 czerwca 2019 r. przez Wojewodę Dolnośląskiego planem kontroli na II półrocze 2019 r.

Kontrolą objęto okres od dnia 1 stycznia 2018 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 był Pan Krzysztof Duda – właściciel podmiotu leczniczego. W związku z przeprowadzoną kontrolą, której szczegółowe ustalenia zostały przedstawione w protokole kontroli znak: ZP-ZPSM.9612.26.2019.IS, podpisanym i przesłanym do organu kontrolującego, bez wniesienia zastrzeżeń, 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 z 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 pozytywnie z nieprawidłowościami.

Z przedłożonych dokumentów, tj. paszporty techniczne i świadectwo wzorcowania wagi elektronicznej wynika, iż kontrolowany nie wykonywał, w całym okresie objętym kontrolą, przeglądów technicznych użytkowanego sprzętu. W chwili obecnej nie jest możliwe usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości. Powyższe stanowi 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 2019 r., poz. 175 ze zm.).

4. spełnienie przez podmiot warunku posiadania dokumentacji potwierdzających zatrudnianie osób dysponujących kwalifikacjami zapewniającymi realizację usług zdrowotnych oceniono pozytywnie.

5. spełnienie przez podmiot warunku posiadania dokumentacji potwierdzających udzielanie świadczeń zdrowotnych wyłącznie przez osoby spełniające wymagania zdrowotne oceniono pozytywnie,
6. posiadanie regulaminu organizacyjnego wymaganego art. 23 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej zawierającego informacje określone art. 24 ust. 1 oceniono pozytywnie z nieprawidłowościami,
Ustalenia kontroli wykazały, że w regulaminie organizacyjnym kontrolowany posługuje się niewłaściwą nomenklaturą „przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego”. Przepisy ustawy z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2016 r. poz. 960) w miejsce określenia „przedsiębiorstwo” wprowadziły określenie „zakład leczniczy”.
W regulaminie organizacyjnym nie uwzględniono udostępnienia dokumentacji medycznej w formie wydruku, za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej oraz na informatycznym nośniku danych, co jest niezgodne z art. 27 ust. 1 pkt 2, 4 i 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (j.t. Dz. U. z 2019r. poz. 1127 ze zm.), zwanej dalej „ustawą o prawach pacjenta”.
7. udostępnienie przez podmiot w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych informacji o prawach pacjenta określonych w art. 11 ustawy o prawach pacjenta oceniono pozytywnie.
8. spełnienie przez podmiot warunku zawarcia umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej oceniono pozytywnie.
9. spełnienie wymogów art. 13 ustawy o działalności leczniczej w zakresie prowadzenia, w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych innej działalności gospodarczej mogącej wpływać na przebieg leczenia oraz zakazu świadczenia usług pogrzebowych oceniono pozytywnie.
10. spełnienie przez podmiot wymogu przekazywania informacji o udzielanych świadczeniach zdrowotnych i ich dostępności oceniono pozytywnie.
11. zgodność faktycznie udzielanych świadczeń zdrowotnych z zakresem wpisanym do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oceniono pozytywnie z nieprawidłowościami.

Kontrolowany podmiot złożył pisemne oświadczenie, iż działalność leczniczą prowadzi od dnia 1 lutego 2018 r., natomiast w księdze rejestrowej odnotowano dzień 1 stycznia

2018 r. - opóźnienie w rozpoczęciu działalności leczniczej wynikało z problemów w uzyskaniu cesji kontraktu w Narodowym Funduszu Zdrowia. Powyższe stanowi naruszenie art. 107 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej. Ustalony stan faktyczny narusza przepis art. 107 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej.

12. zawarcie przez podmiot umowy dotyczącej odbioru i transportu odpadów medycznych oceniono pozytywnie

Obszar B. Realizacja przez podmiot leczniczy ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych, ze szczególnym uwzględnieniem profilaktycznej opieki nad matką i dzieckiem.

1. Spełnianie warunków i wymagań przez podmiot leczniczy realizujący świadczenia zdrowotne w zakresie opieki nad matką i dzieckiem oceniono pozytywnie.
2. Realizację profilaktycznych świadczeń zdrowotnych wobec kobiet ciężarnych, położnic, noworodków i niemowląt do ukończenia 2 miesiąca życia przez położną podstawowej opieki zdrowotnej oceniono pozytywnie z nieprawidłowościami.

Ustalono, że indywidualne wizyty profilaktyczne w zakresie edukacji przedporodowej kobiet ciężarnych dotyczące praktycznego i teoretycznego przygotowania do porodu, porożu, karmienia piersią i rodzicielstwa odbywały się zgodnie z opracowanym ramowym programem edukacji przedporodowej. W 2019 roku w programie tym nie uwzględniono:

- 1) w zakresie edukacji przedporodowej dotyczącej okresu prenatalnego (ciąży):
 - opieki prenatalnej - dostępnych formy opieki medycznej i planu opieki przedporodowej,
 - profilaktyki chorób zakaźnych w okresie okołoporodowym, w tym szczepień ochronnych,
 - problemów psychologicznych i emocjonalnych kobiety i jej rodziny w okresie ciąży, porożu i porożu,
 - zagadnień prawnych dotyczących przepisów, standardu, praw pacjenta, opieki medycznej w okresie okołoporodowym, ustawodawstwa rodzinnego, ochrony prawnej ciężarnych, matek;
- 2) w zakresie edukacji przedporodowej dotyczący porożu:
 - przygotowanie plan porożu, w tym preferencje i oczekiwania rodzącej,
 - fizjologii porożu, porożu aktywnego, porożu rodzinnego,
 - pozycji wykorzystywanych w I i II okresie porożu (pozycje wertykalne) i sprzętu pomocnego w trakcie porożu,

- kontaktu matki z dzieckiem "skóra do skóry", w tym inicjacji karmienia piersią,
- cięcia cesarskiego - korzyści i zagrożenia dla matki i dziecka, powikłania wczesne i późne po cięciu cesarskim,
- informowania o możliwości deponowania tkanek płodu, w tym krwi pępowinowej, sznura pępowinowego, w celu pozyskania komórek macierzystych;

3) w zakresie edukacji przedporodowej dotyczący okresu poporodowego (połóg):

- opieki w okresie połogu - przebiegu połogu, powrotu płodności po porodzie oraz psychologicznych aspektów połogu,
- opieki nad noworodkiem a następnie nad niemowlęciem, w tym postępowania z noworodkiem po urodzeniu, działań profilaktycznych wykonywanych u noworodka oraz niemowlęcia, pielęgnacji dziecka, informacji i zaleceń dla rodziców odnośnie postępowania z dzieckiem w domu oraz zapewnienie dziecku bezpieczeństwa w środowisku domowym;

4) w zakresie edukacji przedporodowej dotyczący wsparcia społecznego w okresie okołoporodowym:

- informacji dotyczących wsparcia emocjonalnego, informacyjnego, instrumentalnego, rzeczowego (materialnego),

co jest niezgodne z wymaganiami określonymi w ust. 4 części 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), zwanego dalej „rozporządzeniem w sprawie standardu organizacyjnego”.

W trakcie prowadzonych bezpośrednich czynności kontrolnych stwierdzono, że w trakcie przeprowadzanej przez położną rodzinną wizyty patronażowej u położnicy, nie dokonano oceny ryzyka wystąpienia depresji poporodowej, co jest niezgodne z wymaganiami określonymi w ust. 4 części IV załącznika do rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego.

Stwierdzono również, że zakończano opiekę nad noworodkiem / niemowlęciem między 21 a 43 dniem życia dziecka, co jest niezgodne z wymaganiami określonymi w ust. 12 części XIV rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego.

Dokumentacja medyczna prowadzona w wersji papierowej nie zawierała oznaczenia podmiotu – w części dotyczącej nazwy podmiotu, kodu resortowego stanowiącego część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, nazwy komórki organizacyjnej (Poradnia położnej podstawowej opieki zdrowotnej), w której udzielano świadczeń zdrowotnych,

oraz jej kodu resortowego stanowiącego część VII systemu kodów identyfikacyjnych, co jest niezgodne z § 10 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2015 r., poz. 2069 ze zm.), zwanego dalej „rozporządzeniem w sprawie dokumentacji medycznej”.

Indywidualna dokumentacja medyczna noworodków / niemowląt nie była opatrzona numeracją stron, co jest niezgodne z § 5 ww. rozporządzenia.

3. Realizację profilaktycznych świadczeń zdrowotnych wobec niemowląt, dzieci do 5 roku życia oceniono pozytywnie z nieprawidłowościami.

Ustalono, że w roku 2018 pielęgniarki wykonały testy przesiewowe w poszczególnych grupach wiekowych u dzieci podlegających badaniu, tj.:

- u 100% niemowląt do 6 miesiąca,
- u 29% niemowląt w 9 miesiącu życia,
- u 60% niemowląt w 12 miesiącu życia,
- u 33% dzieci 2-letnich,
- u 19% dzieci 4-letnich,
- u 0% dzieci 5-letnich.

Stwierdzono, że pielęgniarki realizowały testy przesiewowe u dzieci niezgodnie z wymaganiami określonymi w części II załącznika nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 marca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (j.t. Dz. U. z 2019 r., poz. 736), zwanego dalej „rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych”, tj.:

- a) u niemowląt do 6 miesiąca życia nie przeprowadziły orientacyjnego badania wzroku, nie wykonały testu wykrywania zaburzeń rozwoju fizycznego (pomiar: masy i długości ciała, obwodu głowy i klatki piersiowej) i nie oceniły rozwoju psychomotorycznego;
- b) u dzieci 5-letnich, w okresie objętym kontrolą, nie były wykonane testy przesiewowe. Kontrolowany wyjaśnił, że w 2018 roku nie były wykonane w tej grupie wiekowej testy przesiewowe, aktualnie umówione są dzieci na wykonanie testów 5-latków.

Dokumentacja medyczna prowadzona w wersji papierowej nie zawierała oznaczenia podmiotu – w części dotyczącej nazwy podmiotu, kodu resortowego, stanowiącego część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, nazwy komórki organizacyjnej (Poradnia

pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej), w której udzielano świadczeń zdrowotnych, oraz jej kodu resortowego stanowiącego część VII systemu kodów identyfikacyjnych, co jest niezgodne z dyspozycją zawartą w § 10 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej.

Indywidualna dokumentacja medyczna nie była opatrzona numeracją stron, co jest niezgodne z § 5 rozporządzenia o dokumentacji medycznej.

Mając na uwadze powyższe ustalenia wydaje się następujące zalecenia pokontrolne.

1. Przeprowadzać przeglądy techniczne oraz kalibracje i legalizacje aparatury i sprzętu medycznego zgodnie z wymaganiami określonymi w art. 90 ust. 6-7 ustawy o wyrobach medycznych.
2. Przedłożyć uwierzytelnioną kopię regulaminu organizacyjnego opracowanego zgodnie z wymaganiami ustawy o działalności leczniczej
3. Realizować i dokumentować profilaktyczne świadczenia zdrowotne, wobec kobiet ciężarnych, położnic, noworodków i niemowląt do ukończenia 2 miesiąca życia, zgodnie z wymaganiami określonymi w części IV i XIV załącznika do rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego.
4. Zwiększyć odsetek wykonanych testów przesiewowych w grupach wiekowych u dzieci podlegających badaniu, tj.: w 9 i 12 miesiącu życia oraz u dzieci 2, 4 i 5-letnich.
5. Realizować i dokumentować 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.
6. Prowadzić dokumentację medyczną zgodnie z wymaganiami określonymi w § 5, § 10 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej.

Kierownik kontrolowanego podmiotu 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 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 (Dz. U. z 2011 r. Nr 185, poz. 1092) od wystąpienia pokontrolnego nie przysługują środki odwoławcze.

Iwona Dzielichowska-Siopa
Dyrektor Wydziału
Zdrowia Publicznego