



WOJEWODA DOLNOŚLĄSKI

Wrocław, dnia 7 stycznia 2020 r.

ZP-ZPSM.9610.40.2019.BP

Pan
Mirosław Frunze
OŚRODEK ZDROWIA JELMED
MIROSŁAW FRUNZE
ul. Kasztanowa 7
55-231 Jelcz Laskowice

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 700 i 701 z dnia 31 października 2019 r.; zespół kontrolerów w składzie: Bogusława Pawlica - starszy specjalista w Wydziale Zdrowia i Polityki Społecznej Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego, przewodnicząca zespołu kontrolerów, Elżbieta Czernielewska - starszy specjalista w Wydziale Zdrowia i Polityki Społecznej Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego, kontroler, przeprowadził w dniu 25 listopada 2019 r. kontrolę problemową podmiotu leczniczego pod nazwą: OŚRODEK ZDROWIA JELMED MIROSŁAW FRUNZE, 55-231 Jelcz Laskowice, ul. Kasztanowa 7, prowadzącego zakład leczniczy pod nazwą: OŚRODEK ZDROWIA JELMED, 55-231 Jelcz Laskowice, ul. Kasztanowa 7.

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 2019 r.

Kontrolą objęto okres od dnia 1 stycznia 2018 r. do dnia rozpoczęcia bezpośrednich czynności kontrolnych. W zakładzie leczniczym udzielane są świadczenia w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.

Kierownikiem podmiotu leczniczego rozumianego zgodnie z art. 2 ust. 2 pkt 1 ww. ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej jest Pan Mirosław Frunze - właściciel.

W związku z przeprowadzoną kontrolą, której szczegółowe ustalenia zostały przedstawione w protokole kontroli znak: ZP-ZPSM.9612.40.2019.BP, doręczonym Kontrolowanemu w dniu 16 grudnia 2019 r. i przesłanym do tut. organu w dniu 24 grudnia 2019 r., do którego nie wniesiono zastrzeżeń, przekazuję niniejsze wystąpienie pokontrolne.

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

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

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. W trakcie bezpośrednich czynności kontrolnych stwierdzono, że udostępniona kontrolującą dokumentacja techniczna nie zawierała wpisów o przeprowadzonych przeglądach technicznych, wzorcowań lub legalizacji w całym okresie objętym kontrolą. Powyższe stwierdzono w odniesieniu do Elektrokardiografu ASPEL MR RED numer seryjny 202, rok produkcji 2008, dla którego Kontrolowany przedłożył jedynie protokół przeglądu technicznego wystawiony w dniu 15 listopada 2019 r. przez Zakład Techniki Medycznej MED.-SERWIS s.c. Z. Michalak & S. Witkowski, 55-200 Oława, ul. 3 Maja 30, zawierający orzeczenie techniczne ważne do listopada 2020 r. Jednocześnie Kontrolowany nie posiadał dokumentacji zawierającej informacje określone w art. 90 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (j. t. U. z 2019 r. poz. 175 ze zm.), w okresie od dnia 1 stycznia 2018 r. do dnia 14 listopada 2019 r. W odniesieniu do użytkowanej w kontrolowanym podmiocie wagi elektronicznej medycznej WPT 150.O, nr seryjny 94277, rok produkcji 2003 Kontrolujący ustalili ważność legalizacji wagi na podstawie zapisów w karcie eksploatacji wagi oraz naklejki legalizacyjnej

umieszczonej bezpośrednio na wadze. Ostatnia legalizacja wagi została wykonana w dniu 20 września 2019 r. i jej ważność upływa z dniem 30 września 2021 r. Niezależnie od powyższego kontrolujący stwierdzili brak zachowania ciągłości legalizacji w okresie od dnia 1 sierpnia 2019 r. do dnia 19 września 2019 r. W przypadku wagi niemowlęcej CHARDER MS 4200, rok produkcji 2016 Kontrolowany przedłożył kartę eksploatacji wagi, w której pod datą 20 września 2019 r. znajdowały się zapisy o dokonanym przeglądzie i legalizacji wagi. Zgodnie z przedmiotowym zapisem ważność legalizacji wagi upływa z dniem 30 września 2021 r. Jednocześnie na naklejce legalizacyjnej umieszczonej bezpośrednio na wadze wskazano 31 października 2021 r. jako termin ważności legalizacji. Z uwagi na stwierdzone rozbieżności brak jest możliwości jednoznacznego ustalenia ważności legalizacji wagi.

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.

4. spełnienie przez podmiot warunku posiadania dokumentacji potwierdzających zatrudnianie osób dysponujących kwalifikacjami zapewniającymi realizację usług zdrowotnych oceniono pozytywnie z nieprawidłowościami. Kontrolowany nie przedłożył kontrolującemu dyplomu ukończenia wyższej uczelni medycznej dla osoby wykazanej pod poz. 6 sporządzonego wykazu o inicjałach E.G. oraz prawa wykonywania zawodu dla osoby wykazanej pod poz. 9 sporządzonego wykazu o inicjałach E.J.

W dniu 29 listopada 2019 r., do tut. Urzędu wpłynęły uwierzytelnione kopie dyplomu ukończenia uczelni medycznej oraz prawa wykonywania zawodu, o których mowa powyżej. W ocenie organu kontrolującego zatrudniony personel medyczny spełnia wymagania ustawowe w tym zakresie.

5. posiadanie regulaminu organizacyjnego wymaganego art. 23 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej zawierającego informacje określone art. 24 ust. 1 oceniono pozytywnie z nieprawidłowościami. Kontrolowany podmiot w dniu kontroli posiadał regulamin organizacyjny, który nie spełniał wymagań określonych w art. 24 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej. W treści analizowanego dokumentu nie uwzględniono zapisu o niepobieraniu opłaty za udostępnianie dokumentacji medycznej w przypadku jej udostępniania pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu po raz pierwszy w żądanym zakresie, zgodnie z art. 28 ust. 2a ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (j. t. Dz. U. z 2019 r. poz. 1127 ze zm.). Ponadto w pomieszczeniach kontrolowanego podmiotu, w miejscu ogólnodostępnym, umieszczono informację dotyczącą m. in. opłaty za cyt.: „Sporządzenie kserokopii

dokumentacji lekarskiej z potwierdzeniem przez lekarza za zgodność z oryginałem (jedna strona A4). 40 zł +50 gr. za każdą następną stronę”. Wskazana powyżej kwota określona została niezgodnie z art. 28 ust. 4 tej ustawy.

W dniu 29 listopada 2019 r., do tut. Urzędu wpłynęła uwierzytelniona kopia regulaminu organizacyjnego, podpisanego przez Pana Mirosława Frunze. W przesłanym dokumencie w części zatytułowanej: IX Wysokość opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej, w punkcie 6 dodano zapis cyt. „Pierwsze ksero dokumentacji wykonujemy bezpłatnie”. Powyższy zapis jest nie zgodny z zapisem z art. 28 ust. 2a ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. W przypadku udostępniania dokumentacji medycznej pacjentowi albo jego przedstawicielowi ustawowemu po raz pierwszy w żądanym zakresie, dokonywane jest to w sposób określony w art. 27 ust. 1 pkt 2 i 5 oraz ust 3 cytowanej powyżej ustawy.

Wybór sposobu w jaki dokumentacja ma być udostępniona, należy do pacjenta, bowiem udostępnienie dokumentacji medycznej jest swego rodzaju usługą, którą pacjent otrzymuje od podmiotu leczniczego, polegającą na konkretnej czynności technicznej.

6. udostępnienie przez podmiot w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych informacji o prawach pacjenta określonych w art. 11 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oceniono pozytywnie.
7. spełnienie przez podmiot warunku zawarcia umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej oceniono pozytywnie.
8. spełnienie wymogów art. 13 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. 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.
9. spełnienie przez podmiot wymogu przekazywania informacji o udzielanych świadczeniach zdrowotnych i ich dostępności oceniono pozytywnie z uchybieniami. Kontrolujący stwierdzili brak oznaczenia pomieszczeń poradni dla dzieci zdrowych (drzwi opatrzone nr 3) Powyższe stanowi naruszenie art. 14 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej.
10. zgodność faktycznie udzielanych świadczeń zdrowotnych z zakresem wpisanym do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oceniono pozytywnie z uchybieniami. Kontrolujący zwrócili uwagę na konieczność zmiany nazwy komórki organizacyjnej wpisanej w księdze rejestrowej podmiotu pod liczbą porządkową 2 – Poradnia pediatryczna (dla dzieci chorych i zdrowych), określonej cz. VIII kodu

resortowego 0011 – Poradnia (gabinet) lekarza podstawowej opieki zdrowotnej dla dzieci. Zgodnie z pisemnym oświadczeniem złożonym przez Pana Mirosława Frunze w podmiocie nie udziela się świadczeń z zakresu poradni pediatrycznej. Organ kontrolny zobowiązał Kontrolowanego do dostosowania nazwy komórki organizacyjnej zgodnie z faktycznym zakresem udzielanych świadczeń. Ponadto z uwagi na stwierdzenie braku w rubryce 6 księgi rejestrowej prowadzonej dla kontrolowanego podmiotu adresu poczty elektronicznej podmiotu leczniczego, w celu zapewnienia sprawnej współpracy zobowiązano Kontrolowanego do aktualizacji tych danych. Ponadto należy dokonać aktualizacji nazwy komórki organizacyjnej w regulaminie organizacyjnym podmiotu.

W dniu 5 grudnia 2019 r. Kontrolowany złożył i przesłał w aplikacji RPWDL wniosek nr 012322745, skorygowany i skutecznie przesłany w dniu 9 grudnia 2019 r. w zakresie zmiany danych objętych rejestrem polegających na wpisaniu aktualnego adresu mail podmiotu leczniczego oraz dostosowaniu nazwy komórki organizacyjnej, o której mowa powyżej. Organ rejestrowy zrealizował wniosek w dniu 10 grudnia 2019 r. i wydał zaświadczenie nr 651.

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

Mając na uwadze powyższe ustalenia wydaje się następujące zalecenia pokontrolne:

1. Przedłożyć uwierzytelnioną kopię regulaminu organizacyjnego podmiotu leczniczego opracowanego zgodnie z wymogami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
2. Przechowywać w aktach kadrowych kopie dokumentów personelu medycznego umożliwiające zweryfikowanie posiadania przez zatrudnionych pracowników medycznych kwalifikacji zapewniających realizację świadczeń zdrowotnych.
3. 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. Powstałe w wyniku ww. czynności zapisy w dokumentacji winny zawierać w szczególności:
 - daty rozpoczynające okres eksploatacji oraz okres gwarancyjny sprzętu lub aparatury medycznej,
 - daty wykonania czynności serwisowych, nazwisko lub nazwę (firmę) podmiotu, który wykonał te czynności, ich opis, wyniki i uwagi dotyczące wyrobu oraz daty następných przeglądów.

4. Dostarczyć do jednostki kontrolującej dokument wskazujący prawidłowy termin ważności legalizacji wagi. wagi niemowlęcej CHARDER MS 4200, rok produkcji 2016.
5. Poinformować jednostkę kontrolującą o prawidłowym oznaczeniu poradni dla dzieci zdrowych

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.

Z up. WOJEWÓDZKI BIURO WYKONAWCZY
Iwona Drellichowska-Słupka
Dyrektor Wydziału
Zdrowia i Polityki Leczniczej