



ZP-ZPSM.9612.2.2021.IS

Pani
Zuzanna Wolak-Listwan
ul. Komuny Paryskiej 73A
50-452 Wrocław

Wystąpienie pokontrolne

Na podstawie art. 112 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (j.t. Dz. U. z 2021 r., poz. 711 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 72 i 73 z dnia 10 lutego 2021 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,

przeprowadził w dniach: 25 lutego 2021 r. oraz od 3 do 8 marca 2021 r., kontrolę problemową podmiotu leczniczego pn. Zuzanna Wolak-Listwan, ul. Komuny Paryskiej 73A, 50-452 Wrocław, prowadzącego pod tym samym adresem zakład leczniczy pn. Praktyka Lekarza Rodzinnego Zuzanna Wolak-Listwan.

Przedmiotem kontroli było sprawdzenie w:

- Obszarze A – zgodności funkcjonowania zakładu leczniczego pn. Praktyka Lekarza Rodzinnego Zuzanna Wolak-Listwa, ul. Komuny Paryskiej 73A, 50-452 Wrocław, z przepisami ustawy o działalności leczniczej oraz przepisami określającymi warunki wykonywania działalności leczniczej;
- Obszarze B – realizacji świadczeń zdrowotnych w zakresie profilaktycznej opieki nad matką i dzieckiem w podstawowej opiece zdrowotnej, zgodnie z przepisami ustawy o działalności leczniczej oraz przepisami określającymi warunki i wymagania jakie musi spełniać podmiot leczniczy.

Kontrolę przeprowadzono zgodnie z zatwierdzonym w dniu 21 grudnia 2020 r. przez Wojewodę Dolnośląskiego planem kontroli na I półrocze 2021 r.

Kontrolą objęto okres od dnia 1 stycznia 2020 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 była Pani Zuzanna Wolak-Listwan – Właściciel kontrolowanego podmiotu. W związku z przeprowadzoną kontrolą, szczegółowe ustalenia zostały przedstawione w protokole kontroli znak: ZP-ZPSM.9612.2.2021.IS, podpisanym przez Panią Zuzannę Wolak-Listwan w dniu 22 kwietnia 2021 r., do którego w ustawowym terminie wniesiono 10 zastrzeżeń. W piśmie z dnia 10 maja 2021 r., przesłanym do Pani Zuzanny Wolak-Listwan, uzasadniono nieuwzględnienie wniesionych zastrzeżeń.

W związku z przedmiotową kontrolą 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 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.

Dla aparatu zegarowego, typ GAMMA, nr SW 300035063 kontrolowany podmiot leczniczy nie wykonywał przeglądów technicznych w całym okresie objętym kontrolą. Zauważyć należy, że wszystkie wyroby medyczne podlegają przeglądom określonym przez ich producenta, który wskazuje zarówno częstotliwość wymaganych przeglądów, jak i podmioty uprawnione do ich wykonywania. Ustalenie, czy w odniesieniu do danego

urządzenia wytwórcą, importer lub dystrybutor wymaga wykonywania okresowych przeglądów i na jakich warunkach, możliwe jest na podstawie treści dokumentów dostarczonych odbiorcy wraz z urządzeniem. Brak zachowania ciągłości przeglądów technicznych 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 2020 r. poz. 186 ze zm.). Na obecnym etapie nie jest możliwe usunięcie stwierdzonej nieprawidłowości.

4. Spełnienie przez podmiot warunku posiadania dokumentacji potwierdzających zatrudnianie osób dysponujących kwalifikacjami zapewniającymi realizację usług zdrowotnych oceniono pozytywnie.
5. Posiadanie regulaminu organizacyjnego wymaganego art. 23 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej zawierającego informacje określone art. 24 ust. 1 tej ustawy oceniono pozytywnie z nieprawidłowościami.

Kontrolowany podmiot w dniu kontroli posiadał regulamin organizacyjny zgodnie z dyspozycją art. 23 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, opracowany wg stanu na dzień 10 lipca 2020 r. W wyniku przeprowadzonej analizy tego dokumentu stwierdzono, że w dokumencie nie uwzględniono informacji, o których mowa w art. 24 ust. 1 pkt. 7 ustawy o działalności leczniczej, tj. organizacji i zadań poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego oraz warunków współdziałania tych jednostek lub komórek dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania podmiotu pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno-gospodarczym.

Dodatkowo w przedłożonym dokumencie posłużono się nieaktualnym publikatorem przywołanego aktu prawnego regulującego działalność podmiotu leczniczego, tj. ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. (Dz. U. Nr 112, poz. 654).

W Załączniku nr 1 do regulaminu organizacyjnego, tj. Cennik usług za udostępnianie dokumentacji medycznej oraz za świadczenia zdrowotne udzielane odpłatnie uwidocznił zapis dotyczący realizowania przez podmiot leczniczy świadczeń zdrowotnych z zakresu naświetlania leczniczego lampą Bioptron. Ustalenia kontroli wykazały, iż kontrolowany podmiot leczniczy nie dysponuje specjalistycznym sprzętem medycznym niezbędnym do realizacji wskazanego badania.

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 (j.t. Dz. U. z 2020 r., poz. 849 ze zm.), zwana dalej „ustawą o prawach pacjenta”, oceniono pozytywnie.

7. Spełnienie przez podmiot warunku zawarcia umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej oceniono pozytywnie.
8. Oceniono pozytywnie spełnienie wymogów art. 13 ustawy o działalności leczniczej.
W podmiocie leczniczym nie jest prowadzona, w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych, inna działalność gospodarcza mogąca wpływać na przebieg leczenia oraz nie reklamuje się i nie świadczy się usług pogrzebowych.
9. Spełnienie przez podmiot wymogu przekazywania informacji o udzielanych świadczeniach zdrowotnych i ich dostępności oceniono pozytywnie z nieprawidłowościami. Do wiadomości publicznej w zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego podano informacje o rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez zakład leczniczy podmiotu leczniczego. W trakcie wizytacji pomieszczeń stwierdzono brak oznakowania pomieszczeń dla Poradni pielęgniarki POZ i Poradni położnej POZ. Powyższe stanowi naruszenie art. 14 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej.
10. Zawarcie przez podmiot umowy dotyczącej odbioru i transportu odpadów medycznych oceniono pozytywnie.
11. Zgodność faktycznie udzielanych świadczeń zdrowotnych z zakresem wpisanym do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oceniono pozytywnie z nieprawidłowościami.

W trakcie kontroli stan organizacyjny podmiotu leczniczego był niezgodny z wpisem do rejestru prowadzonego przez Wojewodę Dolnośląskiego w zakresie Działu I – informacja o akredytacji w zakresie uprawnienia do prowadzenia kształcenia podyplomowego oraz informacja o akredytacji lub certyfikacji w zakresie jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych. Z informacji umieszczonych na tablicy informacyjnej w zakładzie leczniczym wynika, iż podmiot prowadzi szkolenie lekarzy oraz posiada akredytację Ministra Zdrowia z dnia 16.07.2019 r., certyfikat MZ 2019/9/75. Powyższe stanowi naruszenie art. 107 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, zgodnie z którym 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.

12. Spełnienie przez podmiot wymogu posiadania dokumentów potwierdzających, że pomieszczenia, w których wykonywana jest działalność lecznicza spełniają wymagania z zakresu ochrony przeciwpożarowej oceniono pozytywnie.

Obszar B. Realizacja świadczeń zdrowotnych w zakresie profilaktycznej opieki nad matką i dzieckiem w podstawowej opiece zdrowotnej, zgodnie z przepisami ustawy o działalności leczniczej oraz przepisami określającymi warunki i wymagania jakie musi spełniać podmiot leczniczy.

1. Spełnianie warunków i wymagań w zakresie posiadania Poradni (gabinetu) pielęgniarki POZ oceniono negatywnie.

W trakcie oględzin pomieszczeń zakładu leczniczego stwierdzono brak Poradni (gabinetu) pielęgniarki POZ. Kontrolowany wyjaśnił, że Poradnia (gabinet) pielęgniarki POZ znajduje się w Gabinetecie zabiegowym.

Zgodnie z wymaganiami określonymi w ust. 3 pkt 1* części IV Załącznika 2 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych, do realizacji świadczeń pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej wymagane jest posiadanie gabinetu pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej. W przypadku świadczeniodawców spełniających określone w odrębnych przepisach wymogi, realizujących, pod tym samym adresem, świadczenia w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, uprawnionych do przyjmowania deklaracji wyboru lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej lub położnej podstawowej opieki zdrowotnej, nie są wymagane odrębne gabinety pod warunkiem zastosowania rozdzielności czasowej pracy ww. gabinetów.

Zgodnie z powyższym ustawodawca nie dopuszcza funkcjonowania w rozdzielności czasowej Gabinetu pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej w Gabinetecie zabiegowym.

2. Spełnianie warunków i wymagań w zakresie posiadania Poradni (gabinetu) położnej POZ oceniono pozytywnie z nieprawidłowościami.

W trakcie oględzin pomieszczeń zakładu leczniczego stwierdzono brak Poradni (gabinetu) położnej POZ. Kontrolowany wyjaśnił, że znajduje się w Gabinetecie lekarskim nr 3, z którego korzysta również Praktyka Lekarza Rodzinnego Beata Stecka oraz zorganizowany jest Punkt szczepień przeciwko COVID-19.

3. Dostępność do świadczeń zdrowotnych udzielanych przez pielęgniarkę i położną podstawowej opieki zdrowotnej oceniono pozytywnie z nieprawidłowościami.

Ustalono, że kontrolowanym podmiocie była ograniczona dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez lekarzy, pielęgniarki i położną POZ.

W gabinecie nr 2 i gabinecie nr 3 świadczeń opieki zdrowotnej udzielały w tym samym czasie 3 osoby, tj. dwóch lekarzy i położna. Dodatkowo nie można było ustalić w jakich dniach i godzinach udzielały świadczeń zdrowotnych pielęgniarki zatrudnione w Poradni pielęgniarki POZ.

Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny we Wrocławiu dopuścił udzielanie świadczeń zdrowotnych pacjentom w formie teleporady w pokoju socjalnym dla personelu, pełniącym również funkcję szatni i archiwum, wyposażonym w komputer i drukarkę. Zgodnie z § 3 pkt 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 sierpnia 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r., poz. 1395 ze zm.), zwanego dalej „rozporządzeniem w sprawie standardu organizacyjnego teleporady”, teleporada udzielana w ramach POZ obejmuje przeprowadzenie teleporady w warunkach gwarantujących poufność, w tym zapewnienie braku dostępu osób nieuprawnionych do informacji przekazywanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności w związku z udzieleniem teleporady.

W piśmie z dnia 22 kwietnia 2021 r. przedstawiono harmonogram pracy pielęgniarek zatrudnionych w Poradni pielęgniarki POZ, zgłoszony do Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z którym w miejscu pracują dwie pielęgniarki 2 razy w tygodniu, jedna 4 razy w tygodniu, a dwie 5 razy w tygodniu.

4. Realizację i dokumentowanie profilaktycznej opieki zdrowotnej wobec kobiet ciężarnych przez położną POZ oceniono pozytywnie z nieprawidłowościami.

Ustalono, że położna realizowała świadczenia zdrowotne w postaci wizyt profilaktycznych u kobiet ciężarnych dotyczących praktycznego i teoretycznego przygotowania do porodu, położu, karmienia piersią i rodzicielstwa w formie grupowej zgodnie z opracowanym ramowym programem edukacji przedporodowej. W programie tym nie uwzględniono:

- 1) w zakresie edukacji przedporodowej dotyczącej okresu prenatalnego (ciąży):
 - zagadnień prawnych dotyczących przepisów, standardu, praw pacjenta, opieki medycznej w okresie okołoporodowym, ustawodawstwa rodzinnego, ochrony prawnej ciężarnych i matek;
- 2) w zakresie edukacji przedporodowej dotyczący porodu:

- kontaktu matki z dzieckiem „skóra do skóry”, w tym inicjacji karmienia piersią,
 - cięcia cesarskiego – korzyści i zagrożeń dla matki i dziecka, powikłań wczesnych i późnych 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 (połogu) porodu:
- opieki w okresie połogu – przebiegu połogu, powrotu płodności po porodzie oraz psychologicznych aspektów połogu;
- 4) w zakresie edukacji przedporodowej dotyczącej 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”.

5. Terminowość realizowanych świadczeń zdrowotnych w zakresie profilaktycznej opieki wobec kobiety ciężarnej oceniono pozytywnie.
6. Realizację i dokumentowanie profilaktycznej opieki zdrowotnej wobec położnic przez położną podstawowej opieki zdrowotnej oceniono negatywnie.

Ustalono, że aż 90% kobiet zadeklarowanych do położnej podstawowej opieki zdrowotnej w okresie objętym kontrolą, nie było objętych opieką przez położną w okresie połogu. W trakcie postępowania wyjaśniającego Kontrolowana wyjaśniła na piśmie, że położna prowadziła indywidualną dokumentację medyczną tylko dla położnic, które objęła opieką w okresie ciąży. W toku postępowania kontrolnego nie uzyskano dowodu potwierdzającego realizację świadczenia – kopii zbiorczej dokumentacji medycznej.

Niezależnie od powyższego, że zgodnie z § 2 ust. 1 pkt 1, 2 oraz § 4 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2020 r., poz. 666 ze zm.), zwanego dalej „rozporządzeniem w sprawie dokumentacji medycznej”, dokumentacja indywidualna dotyczy poszczególnych pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych, a dokumentacja zbiorcza ogółu pacjentów lub określonych grup pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych, wpisów w dokumentacji

zbiorczej i indywidualnej dokonuje się niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego, w sposób czytelny i w porządku chronologicznym.

Na podstawie udostępnionej indywidualnej dokumentacji medycznej prowadzonej w wersji papierowej, stwierdzono, że:

- wykonano od 2 do 4 wizyt patronażowych u każdej objętej opieką położnicy, co jest niezgodne z wymaganiami zawartymi w części II załącznika nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych oraz w ust. 8 w części XIV załącznika do rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego,
- nie dokonano oceny ryzyka wystąpienia depresji poporodowej, co jest niezgodne z ust. 2 pkt 6 części XIV załącznika do rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego.

7. Realizację i dokumentowanie profilaktycznej opieki zdrowotnej wobec noworodków i niemowląt do ukończenia 2 miesiąca życia przez położną podstawowej opieki zdrowotnej oceniono pozytywnie z nieprawidłowościami.

Ustalono, że położna w okresie objętym kontrolą realizowała świadczenia zdrowotne w postaci wizyt patronażowych u noworodków/niemowląt. Stwierdzono, że nie dokonano oceny odruchów noworodka, co jest niezgodne z wymaganiami określonymi w ust. 4 pkt 2 części XIV załącznika nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych oraz ust. 4 pkt 2 części XIV załącznika do rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego.

8. Terminowość realizowanych świadczeń zdrowotnych w zakresie profilaktycznej opieki wobec kobiety ciężarnej oceniono pozytywnie z nieprawidłowościami.

Ustalono, że położna zakończyła opiekę nad noworodkiem / niemowlęciem między 5 a 7 tygodniem życia dziecka, co jest niezgodne z wymaganiami określonymi w ust. 12 części XIV załącznika do ww. rozporządzenia.

9. Realizację i dokumentowanie profilaktycznej opieki zdrowotnej wobec niemowląt przez pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej oceniono pozytywnie z nieprawidłowościami.

Ustalono, że w sytuacji rozpoznania problemów zdrowotnych lub społecznych rodziny nie były zaplanowane i przeprowadzane wizyty patronażowe w 9 miesiącu życia dziecka, co jest niezgodne z wymaganiami określonymi w części II załącznika nr 2 rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych.

10. Terminowość realizowanych świadczeń zdrowotnych w zakresie profilaktycznej opieki wobec niemowląt oceniono pozytywnie z nieprawidłowościami.

Ustalono, że w uzasadnionych przypadkach nie odbyła się wizyta patronażowa w 9 miesiącu życia dziecka, co jest niezgodne z wymaganiami określonymi w części II załącznika nr 2 do ww. rozporządzenia.

11. Realizację i dokumentowanie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi do 5 roku życia przez pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej oceniono pozytywnie z nieprawidłowościami.

Ustalono, że w kontrolowanym podmiocie realizowano profilaktyczne świadczenia zdrowotne u dzieci do 4 roku życia. W okresie objętym kontrolą wykonano testy przesiewowe w poszczególnych grupach wiekowych u dzieci podlegających badaniu, tj.:

- u 94% niemowląt do 6 miesiąca,
- u 11% niemowląt w 9 miesiącu życia,
- u 54% niemowląt w 12 miesiącu życia,
- u 40% dzieci 2-letnich,
- u 18% dzieci 4-letnich,
- u 0% dzieci 5-letnich.

Stwierdzono, że realizowano testy przesiewowe u dzieci niezgodnie z wymaganiami określonymi w części II załącznika nr 2 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych, tj.:

- a) u niemowląt w 9 miesiącu życia nie oceniono rozwoju psychomotorycznego oraz nie przeprowadzono orientacyjnego badania wzroku i słuchu;
- b) u niemowląt w 12 miesiącu życia nie określono współczynnika masy ciała (Body Mass Index – BMI), nie zmierzono ciśnienia tętniczego krwi;
- c) u dzieci 2-letnich nie określono współczynnika masy ciała (Body Mass Index – BMI), nie dokonano pomiaru ciśnienia tętniczego krwi,
- d) u dzieci 4-letnich nie wykonano testu wykrywania zaburzeń rozwoju fizycznego (pomiar: masy i długości ciała), nie określono współczynnika masy ciała (Body Mass Index – BMI), nie oceniono rozwoju psychomotorycznego, nie dokonano pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, nie wykonano orientacyjnego badania wykrywania wad wymowy i zaburzeń statyki ciała oraz nie wykonano orientacyjnego badania wykrywania zaburzeń ostrości wzroku i uszkodzeń słuchu;

e) u dzieci 5-letnich nie wykonano testu wykrywania zaburzeń rozwoju fizycznego (pomiar: masy i długości ciała), nie określono współczynnika masy ciała (Body Mass Index – BMI), nie oceniono rozwoju psychomotorycznego oraz nie zmierzono ciśnienia tętniczego krwi.

12. Terminowość realizowanych świadczeń zdrowotnych w zakresie profilaktycznej opieki wobec niemowląt oceniono pozytywnie z nieprawidłowościami.

Ustalono, że nie zostały wykonane testy przesiewowe u dzieci 4 i 5-letnich, co jest niezgodne z wymaganiami określonymi w części II załącznika nr 2 do ww. rozporządzenia.

13. Prowadzenie dokumentacji medycznej zbiorczej i indywidualnej oceniono pozytywnie z nieprawidłowościami.

Ustalono, że w kontrolowanym zakładzie leczniczym w okresie podlegającym kontroli, prowadzona była zbiorcza i indywidualna dokumentacja medyczna w formie papierowej, co jest niezgodne z § 1 ust. 1 i § 72 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej. Ustawodawca dopuszcza prowadzenie dokumentacji medycznej w postaci papierowej, jeśli przepis rozporządzenia tak stanowi lub warunki organizacyjno-techniczne uniemożliwiają prowadzenie dokumentacji w postaci elektronicznej (§ 1 ust. 2).

Zbiorcza dokumentacja medyczna.

W Książce noworodków stwierdzono dokonanie poprawek przez wymazanie korektorem imienia i nazwiska oraz adresu zamieszkania dziecka, a następnie wpisanie poprawionych danych, co jest niezgodne z § 4 ust. 6 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej.

W Książce bilansów zdrowia prowadzonej w formie wydruku sporządzonej listy dzieci podlegających badaniu bilansowemu brak było:

- numeracji stron,
- numeru kolejnego wpisu,
- oznaczenia osoby udzielającej świadczeń (nazwisko i imię, tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu, zgodnie z § 10 pkt 3 ww. rozporządzenia),

co jest niezgodne z § 6 ust. 1 i § 11 ww. rozporządzenia.

W Raporcie z zabiegów prowadzonym w formie wydruku wizyt pielęgniarskich, stwierdzono brak numeracji stron dla wszystkich kolejnych wydruków w danym roku

kalendaryzowym oraz numeru kolejnego wpisu, co jest niezgodne z § 6 ust. 1 i § 11 ww. rozporządzenia.

W Rejestrze usług prowadzonym był w formie wydruku udzielonych świadczeń przez lekarza i położną podstawowej opieki zdrowotnej, stwierdzono brak numeracji stron dla wszystkich kolejnych wydruków w danym roku kalendarzowym, co jest niezgodne z § 6 ust. 1 ww. rozporządzenia.

Indywidualna dokumentacja medyczna.

Ustalono, że prowadzona w kontrolowanym podmiocie leczniczym indywidualna dokumentacja medyczna nie była opatrzona numeracją stron oraz w indywidualnej dokumentacji medycznej prowadzonej przez położną oraz przez pielęgniarkę w dokumentacji dot. wykonanych testów przesiewowych, brak było oznaczenia osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych (nazwisko i imię, tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu), co jest niezgodne z § 6 i § 10 pkt 3 rozporządzenia o dokumentacji medycznej.

Mając na uwadze powyższe ustalenia wydaje się następujące zalecenia pokontrolne.

1. Opracować i przedłożyć do organu kontrolującego uwierzytelnioną kopię regulaminu organizacyjnego, zgodnie z wymogami art. 24 ustawy o działalności leczniczej, uwzględniającą nieprawidłowości wykazane w punkcie 5 kontrolowanego obszaru A.
2. Złożyć do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą wniosek w zakresie aktualizacji wpisów w księdze rejestrowej podmiotu wykonującego działalność leczniczą prowadzonej przez Wojewodę Dolnośląskiego w zakresie wskazanym w pkt. 11 kontrolowanego obszaru A.
3. Prawidłowo oznaczyć pomieszczenia zakładu leczniczego w części dotyczącej Gabinetu pielęgniarki POZ i Gabinetu położnej POZ oraz przedłożyć do organu kontrolującego uwierzytelnione kopie dokumentacji zdjęciowej.
4. 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.
5. Wyznaczyć pomieszczenie dla Poradni (gabinetu) pielęgniarki POZ w Gabinetcie nr 2 lub Gabinetcie nr 3.
6. Prawidłowo opracować i przedłożyć do organu kontrolującego uwierzytelnione kopie harmonogramów pracy pracowników medycznych zatrudnionych w poszczególnych

komórkach organizacyjnych, z uwzględnieniem zapewnienia rozdzielności czasowej w poszczególnych gabinetach.

7. Realizować teleporady zgodnie z wymaganiami określonymi w rozporządzeniu w sprawie standardu organizacyjnego teleporady. W sytuacji udzielania w pokoju socjalnym świadczenia opieki zdrowotnej w formie teleporady, wyłączyć w tym czasie z wykorzystywania pomieszczenia na inne cele. Przedłożyć do organu kontrolującego uwierzytelnione kopie harmonogramu udzielania teleporad w pokoju socjalnym.
8. Opracować i przedłożyć do organu kontrolującego uwierzytelnioną kopię ramowego programu edukacji przedporodowej, zgodnie z wymaganiami określonymi w części IV załącznika do rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego.
9. Obejmować opieką poporodową wszystkie, zadeklarowane do położnej podstawowej opieki zdrowotnej położnice oraz prowadzić zbiorczą i indywidualną dokumentację medyczną zgodnie z wymaganiami określonymi w rozporządzeniu w sprawie dokumentacji medycznej.
10. Realizować i dokumentować profilaktyczne świadczenia zdrowotne, wobec położnic, noworodków i niemowląt do ukończenia 2 miesiąca życia, zgodnie z wymaganiami określonymi załączniku do rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego i załączniku nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych.
11. Realizować i dokumentować profilaktyczne świadczenia zdrowotne, wobec niemowląt, zgodnie z wymaganiami określonymi w części II załącznika nr 2 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych.
12. Realizować i dokumentować profilaktyczne świadczenia zdrowotne, wobec dzieci do 5 roku życia, zgodnie z wymaganiami określonymi w części II załącznika nr 2 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych.
13. Po ustabilizowaniu sytuacji epidemicznej, zwiększyć odsetek zrealizowanych testów przesiewowych w poszczególnych grupach wiekowych.
14. Prowadzić zbiorczą i indywidualną dokumentację medyczną zgodnie z wymaganiami określonymi w § 4, § 6, § 10, § 11, § 37, § 38 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej.

Pani Zuzanna Wolak-Listwan, 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 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 (j.t. Dz. U. z 2020 r., poz. 224) od wystąpienia pokontrolnego nie przysługują środki odwoławcze.

Z up. WOJEWODY DOLNOŚLĄSKIEGO
Iwona Drelichowska-Stopa
Dyrektor Wydziału
Zdrowia i Polityki Społecznej

