



WOJEWODA DOLNOŚLĄSKI

Wrocław, dnia 5 stycznia 2022 r.

ZP-ZPSM.9612.8.2021.IS

Pan
Michał Jędrzejek
Członek Zarządu
CENTRUM USŁUG MEDYCZNYCH
FRONTIDA
SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ
ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ
ul. Opolska 188
52-014 Wrocław

Wystąpienie pokontrolne

Na podstawie art. 112 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2021 r., poz. 711 z późn. 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 381 i 382 z dnia 15 września 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 dniu 30 września 2021 r. kontrolę problemową podmiotu leczniczego pn. Centrum Usług Medycznych FRONTIDA Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Opolska 188, 52-014 Wrocław, prowadzącego pod tym samym adresem zakład leczniczy pn. Przychodnia FRONTIDA.

Przedmiotem kontroli było sprawdzenie w:

- Obszarze A – zgodności funkcjonowania zakładu leczniczego pod nazwą Przychodnia FRONTIDA, ul. Opolska 188, 02-014 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 24 czerwca 2021 r. przez Wojewodę Dolnośląskiego planem kontroli na II półroczu 2021 r.

Kontrolą objęto okres od dnia 19 kwietnia 2021 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 Michał Jędrzejek – Członek Zarządu Centrum Usług Medycznych FRONTIDA Sp. z o.o. W związku z przeprowadzoną kontrolą, szczegółowe ustalenia zostały przedstawione w protokole kontroli znak: ZP-ZPSM.9612.8.2021.IS, podpisanym przez Pana Michała Jędrzejek i przesłanym do organu kontrolującego, bez wniesienia 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.

Kontrolowany przedłożył dokumenty potwierdzające sprawność techniczną wykorzystywanego sprzętu medycznego.

Wagi wykorzystywane przez podmiot leczniczy w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych nie posiadały świadectw legalizacyjnych ani nie były opatrzone naklejkami legalizacyjnymi potwierdzającymi dokonanie legalizacji pierwotnej przyrządu.

Stwierdzone nieprawidłowości stanowią 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 (Dz. U. z 2021 r. poz. 1565), zgodnie z którym świadczeniodawca jest obowiązany posiadać dokumentację wykonanych instalacji, napraw, konserwacji, działań serwisowych, aktualizacji oprogramowania, przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń i kontroli bezpieczeństwa wyrobu, który wykorzystuje do udzielania świadczeń zdrowotnych, zawierającą w szczególności daty wykonania tych czynności, termin następných konserwacji, nazwisko lub nazwę (firmę) podmiotu, który wykonał te czynności, ich opis, wyniki i uwagi dotyczące wyrobu.

W toku prowadzonego postępowania kontrolnego Kontrolowany dokonał zakupu dwóch wag – wagi dla niemowląt oraz wagi dla dzieci starszych i dorosłych ze wzrostomierzem, dla których przedstawił certyfikaty legalizacji. Dodatkowo Zarządzający podmiotem leczniczym złożył pisemne oświadczenie z dnia 28 listopada 2021 r. z którego wynika, iż wagi, które podlegały sprawdzeniu w dniu przeprowadzania bezpośrednich czynności kontrolnych zostały wycofane z użytkowania w Centrum Usług Medycznych Sp. z o.o.

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 posiada regulamin organizacyjny, o którym mowa w art. 23 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej. W wyniku przeprowadzonej analizy tego dokumentu stwierdzono, że w dokumencie nie uwzględniono informacji, o których mowa w art. 24 pkt. 9 i 10 ustawy o działalności leczniczej, tj. wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej ustalonej w sposób określony w art. 28 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz organizacji procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat. Struktura organizacyjna podmiotu leczniczego wskazana w ww. dokumencie była niezgodna z zapisami rejestrowymi i stanem faktycznym co stanowi naruszenie art. 24 ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Ponadto w przedmiotowym dokumencie przywołano nieaktualny publikator identyfikujący ustawę z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

W dniu 2 listopada 2021 r. Kontrolowany przedłożył uwierzytelnioną kopię Regulaminu organizacyjnego podmiotu leczniczego podpisanego dnia 28 października 2021 r., który spełnia wymogi ustawy z dnia 15 kwietnia 2021 r. o działalności leczniczej.

6. Udostępnienie przez podmiot w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych informacji o prawach pacjenta określonych w art. 11 ustawy o prawach pacjenta oceniono pozytywnie z nieprawidłowościami.

W miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych podano do wiadomości pacjentów informacje dotyczące praw pacjenta. Ponadto podmiot umożliwia złożenie oświadczenia o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania dokumentacji medycznej zgodnie z wzorem dokumentu przedłożonym kontrolującym. W przedłożonym Wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej nie uwzględniono udostępnienia dokumentacji w formie wydruku lub wyciągu, o czym stanowi art. 27 ust. 1 pkt. 3 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. W toku prowadzonego postępowania kontrolnego, w dniu 2 listopada 2021 r. przedłożono skorygowany w powyższym zakresie Wniosek o udostępnienie dokumentacji medycznej.

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 podstawowej opieki zdrowotnej, Poradni podstawowej opieki zdrowotnej dla dzieci, Gabinetu pielęgniarki Podstawowej Opieki

Zdrowotnej, Gabinetu położnej Podstawowej Opieki Zdrowotnej i Punktu szczepień. Powyższe stanowi naruszenie art. 14 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej.

W dniu 2 listopada 2021 r. Kontrolowany przedłożył fotograficzną dokumentację przedstawiającą poprawne oznakowanie pomieszczeń, w których udzielane są świadczenia zdrowotne.

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.
12. Pozytywnie oceniono spełnianie wymagań z zakresu ochrony przeciwpożarowej.

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 Gabinetu pielęgniarki Podstawowej Opieki Zdrowotnej oceniono negatywnie.

W trakcie oględzin pomieszczeń zakładu leczniczego stwierdzono brak Gabinetu pielęgniarki Podstawowej Opieki Zdrowotnej, co jest niezgodne z wymaganiami określonymi w ust. 3 pkt 1* części IV Załącznika 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2021 r., poz. 540), zwanego dalej „rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych”. Zgodnie z pisemnym wyjaśnieniem Kontrolowanego ww. gabinet znajduje się w pomieszczeniu 2, w którym funkcjonuje Poradnia Podstawowej Opieki Zdrowotnej – Gabinet Lekarski nr 1. Kontrolujący stwierdzili, na podstawie udostępnionych harmonogramów pracy pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej oraz lekarzy udzielających świadczeń w gabinecie lekarskim nr 1, że nie jest zachowana rozdzielność czasowa, co jest niezgodne z ust. 3 pkt 1* części IV Załącznika 2 do ww. rozporządzenia.

W dniu 11 października 2021 r. Kontrolowany przesłał do tut. Urzędu zweryfikowane oznakowanie pomieszczenia 2 oraz harmonogramy pracy personelu medycznego opracowane zgodnie z wyżej wskazanymi wymaganiami.

W wyposażeniu Gabinetu pielęgniarki Podstawowej Opieki Zdrowotnej stwierdzono brak wagi medycznej ze wzrostomierzem, co jest niezgodne z wymogami określonymi w części IV ust. 4, pkt 1 załącznika nr 2 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych.

W toku prowadzonego postępowania kontrolnego Kontrolowany dokonał zakupu wagi medycznej ze wzrostomierzem, dla której przedstawił certyfikat legalizacji oraz fakturę zakupu.

2. Spełnianie warunków i wymagań w zakresie posiadania Gabinetu położnej Podstawowej Opieki Zdrowotnej oceniono negatywnie.

W trakcie oględzin pomieszczeń zakładu leczniczego stwierdzono brak Gabinetu położnej Podstawowej Opieki Zdrowotnej, co jest niezgodne z wymaganiami określonymi w ust. 3 pkt 1* części III Załącznika 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych.

Zgodnie z pisemnym wyjaśnieniem Kontrolowanego ww. gabinet znajduje się w pomieszczeniu 3, w którym funkcjonuje Poradnia Podstawowej Opieki Zdrowotnej – Gabinet Lekarski nr 2 oraz Poradnia Medycyny Pracy. Kontrolujący stwierdzili, na podstawie udostępnionych harmonogramów pracy położnej podstawowej opieki zdrowotnej oraz lekarzy udzielających świadczeń w gabinecie lekarskim nr 2 oraz w Poradni Medycyny Pracy, że nie jest zachowana rozdzielność czasowa, co jest zgodne z wymaganiami określonymi w ust. 3 pkt 1* części III Załącznika 3 do ww. rozporządzenia.

W dniu 11 października 2021 r. Kontrolowany przesłał do tut. Urzędu zweryfikowane oznakowanie pomieszczenia 3 oraz harmonogramy pracy personelu medycznego opracowane zgodnie z wyżej wskazanymi wymaganiami.

W wyposażeniu Gabinetu położnej Podstawowej Opieki Zdrowotnej stwierdzono brak wagi medycznej ze wzrostomierzem, co jest niezgodne z wymogami określonymi w części III ust. 4 pkt 1 Załącznika 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych.

W toku prowadzonego postępowania kontrolnego Kontrolowany dokonał zakupu wagi medycznej ze wzrostomierzem, dla której przedstawił certyfikat legalizacji oraz fakturę zakupu.

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

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, porodu, karmienia piersią i rodzicielstwa w formie indywidualnej zgodnie z opracowanym ramowym programem edukacji przedporodowej. W programie tym nie uwzględniono:

1) w zakresie edukacji przedporodowej dotyczącej okresu prenatalnego (ciąży):

- opieki prenatalnej – dostępnych form opieki medycznej i planu opieki przedporodowej,
- profilaktyki chorób zakaźnych w okresie okołoporodowym, w tym szczepień ochronnych,
- problemów psychicznych i emocjonalnych kobiety i jej rodziny w okresie ciąży, porodu i porodu,
- 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:

- informowania o możliwości deponowania tkanek płodu, w tym krwi pępowinowej, sznura pępowinowego, w celu pozyskania komórek macierzystych;

3) 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. Realizację i dokumentowanie profilaktycznej opieki zdrowotnej wobec położnic przez położną podstawowej opieki zdrowotnej oceniono pozytywnie z nieprawidłowościami.

Stwierdzono, że:

- nie dokonano oceny stanu psychicznego położnicy, w tym ryzyka wystąpienia depresji poporodowej, co jest niezgodne z ust. 2 pkt 6 części XIV rozporządzenia w sprawie

standardu organizacyjnego. Do indywidualnej dokumentacji medycznej nie dołączono ankiety dotyczącej oceny stanu psychicznego (Edynburska Skala Depresji Poporodowej).

6. 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:

- nie odnotowano ustalonej diagnozy i hierarchii podjętych działań, co jest niezgodne z przepisami zawartymi w części II załącznika nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych,
- nie dokonano oceny odruchów noworodka, co jest niezgodne z wymaganiami określonymi w ust. 4 pkt 2 części XIV załącznika do rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego oraz z przepisami zawartymi w części II załącznika nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych.

7. Terminowość realizowanych świadczeń zdrowotnych w zakresie profilaktycznej opieki wobec noworodków / niemowląt do zakończenia 8 tygodnia życia oceniono pozytywnie.

8. Realizację i dokumentowanie profilaktycznej opieki zdrowotnej wobec niemowląt przez pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej oceniono pozytywnie.

9. Terminowość realizowanych świadczeń zdrowotnych w zakresie profilaktycznej opieki wobec niemowląt oceniono pozytywnie.

10. 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 5 roku życia. W okresie objętym kontrolą wykonano testy przesiewowe w poszczególnych grupach wiekowych u dzieci podlegających badaniu, tj.:

- u 100% niemowląt do 6 miesiąca,
- u 67% niemowląt w 9 miesiącu życia,
- u 50% niemowląt w 12 miesiącu życia,
- u 25% dzieci 2-letnich,
- u 43% 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 12 miesiącu życia nie określono współczynnika masy ciała (Body Mass Index – BMI) oraz nie zmierzono ciśnienia tętniczego krwi;
- b) u dzieci 2-letnich nie dokonano pomiaru ciśnienia tętniczego krwi,
- c) u dzieci 5-letnich nie wykonano testu wykrywania zaburzeń rozwoju fizycznego (pomiar: masy i długości ciała), nie oceniono rozwój psychomotoryczny, wykonano orientacyjne badanie wykrywania wad wymowy i zaburzeń statyki ciała, wykonano orientacyjne badanie wykrywania zaburzeń ostrości wzroku i uszkodzeń słuchu, nie określono współczynnika masy ciała (Body Mass Index – BMI) oraz nie dokonano pomiaru ciśnienia tętniczego krwi.

11. Terminowość realizowanych świadczeń zdrowotnych w zakresie profilaktycznej opieki wobec dzieci do 5 roku życia oceniono pozytywnie z nieprawidłowościami.

Ustalono, że testy przesiewowe w 5 roku życia dziecka nie były przeprowadzone, co jest niezgodne z wymaganiami określonymi w części II załącznika nr 2 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych.

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

Ustalono, że zgodnie z wymaganiami określonymi w § 1 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 z późn. zm.), zwanego dalej „rozporządzeniem w sprawie dokumentacji medycznej”, w kontrolowanym podmiocie leczniczym wdrażana jest dokumentacja medyczna w postaci elektronicznej.

Zbiorcza dokumentacja medyczna.

W Księżce ewidencji noworodków i badań profilaktycznych oraz Księżce bilansów stwierdzono brak oznaczenia podmiotu – w części dotyczącej nazwy podmiotu, kodu resortowego stanowiącego część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, nazwy komórki organizacyjnej (Poradnia Podstawowej Opieki Zdrowotnej), w której udzielano świadczeń zdrowotnych oraz jej kodu resortowego stanowiącego część VII systemu kodów identyfikacyjnych.

W kontrolowanym podmiocie nie była prowadzona zbiorcza dokumentacja medyczna w komórkach organizacyjnych: Gabinet położnej Podstawowej Opieki Zdrowotnej,

Gabinet pielęgniarki Podstawowej Opieki Zdrowotnej, dotycząca udzielanych świadczeń zdrowotnych i przeprowadzonych wizyt patronażowych w środowisku domowym lub w ww. gabinetach (kobiety ciężarne, położnice, noworodki, niemowlęta), co jest niezgodne z dyspozycją zawartą w § 11 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej.

Indywidualna dokumentacja medyczna.

Ustalono, że:

- w karcie opieki nad kobietą ciężarną brak było: danych z przeprowadzonego badania fizykalnego, diagnozy położniczej, planu opieki, co jest niezgodne z § 38 ust. 5 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej;
- w karcie wizyt patronażowych u noworodka brak było: diagnozy położniczej, planu opieki, wpisy w dokumentacji były nieczytelne (adnotacje na marginesie tabeli), co jest niezgodne z § 4, § 38 ust. 5 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej.

Dodatkowo indywidualna dokumentacja wizyt profilaktycznych u kobiet ciężarnych oraz wizyt patronażowych u położnic, noworodków i niemowląt nie była opatrzona numeracją stron oraz nie zawierała oznaczenia podmiotu – w części dotyczącej nazwy podmiotu, kodu resortowego stanowiącego część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, nazwy komórki organizacyjnej (Gabinet położnej Podstawowej Opieki Zdrowotnej, Gabinet pielęgniarki Podstawowej Opieki Zdrowotnej), w której udzielano świadczeń zdrowotnych, oraz jej kodu resortowego stanowiącego część VII systemu kodów identyfikacyjnych, co jest niezgodna § 6, § 10 ww. rozporządzenia.

Niezależnie od powyższego w indywidualnej dokumentacji medycznej, w części dotyczącej testów przesiewowych w poszczególnych grupach wiekowych, brak było numeracji stron załączników do Historii wizyt, co jest niezgodne z § 6 rozporządzenia o dokumentacji medycznej.

Ponadto do Historii wizyt nie były dołączone odwzorowania cyfrowe indywidualnej dokumentacji medycznej prowadzonej w wersji papierowej, tj.: Karta opieki nad kobietą ciężarną, Karta wizyty patronażowej u dziecka w 3-4 miesiącu.

Mając na uwadze powyższe ustalenia wydaje się następujące zalecenia pokontrolne.

1. Opracować i dołączać do indywidualnej dokumentacji medycznej kobiet ciężarnych ramowy program edukacji przedporodowej. Do organu kontrolującego przedłożyć uwierzytelnioną kopię ramowego programu edukacji przedporodowej.

2. Realizować i dokumentować profilaktyczne świadczenia zdrowotne, wobec położnic, noworodków i niemowląt do ukończenia 2 miesiąca życia, zgodnie z wymaganiami określonymi w załączniku do rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego oraz załączniku nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych.
3. 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.
4. Po ustabilizowaniu sytuacji epidemicznej, zwiększyć odsetek zrealizowanych wizyt patronażowych oraz testów przesiewowych w poszczególnych grupach wiekowych do 5 roku życia dziecka.
5. Prowadzić zbiorczą i indywidualną dokumentację medyczną zgodnie z wymaganiami określonymi w § 6, § 10, § 11, § 38 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej.

Pan Michał Jędrzejek, 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 2020 r., poz. 224) od wystąpienia pokontrolnego nie przysługują środki odwoławcze.

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

