



ZP-ZPSM.9612.2.2022.IS

Pani
Małgorzata Waligóra
Kierownik
WETO-MED. Małgorzata Waligóra
i Maria Stanek-Piotrowska
spółka jawna
we Wrocławiu

Wystąpienie pokontrolne

Na podstawie art. 112 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2022 r., poz. 633 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 39 i 40 z dnia 14 stycznia 2022 r., zespół kontrolerów w składzie:

- Iwona Stasiak – inspektor wojewódzki w Wydziale Zdrowia i Polityki Społecznej Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego, przewodnicząca zespołu kontrolerów,
- Bogusława Pawlica – starszy specjalista w Wydziale Zdrowia i Polityki Społecznej Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego, kontroler,

przeprowadził w dniu 8 lutego 2022 r. kontrolę problemową podmiotu leczniczego pn. WETO-MED. Małgorzata Waligóra i Maria Stanek-Piotrowska spółka jawna, ul. Krynicka 20-22, 50-555 Wrocław, prowadzącego pod tym samym adresem zakład leczniczy pn. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Krynica.

Przedmiotem kontroli było sprawdzenie w:

- Obszarze A – zgodności funkcjonowania zakładu leczniczego pod nazwą Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Krynica, ul. Krynicka 20-22, 50-555 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 23 grudnia 2021 r. przez Wojewodę Dolnośląskiego planem kontroli na I półrocze 2022 r.

Kontrolą objęto okres od dnia 1 stycznia 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 była Pani Małgorzata Waligóra – Kierownik podmiotu leczniczego. W związku z przeprowadzoną kontrolą, szczegółowe ustalenia zostały przedstawione w protokole kontroli znak: ZP-ZPSM.9612.2.2022.IS, podpisanym i przekazanym do organu kontrolującego w dniu 4 maja 2022 r. 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.

Udostępniona kontrolującą dokumentacja techniczna nie zawierała wpisów o przeprowadzeniu przeglądów technicznych, wzorcowań lub legalizacji w całym okresie objętym kontrolą.

Powyższe stwierdzono w odniesieniu do:

- wagi ze wzrostomierzem dla dorosłych RADWAG, typ WPT60/150 OW, numer seryjny 293957/10, rok produkcji 2010,
- wagi medycznej dla niemowląt CHARDER, numer seryjny C18003205, rok produkcji 2018,
- Aparatu do pomiaru ciśnienia TECHMED, rok produkcji 2017, numer seryjny 091704213,
- Pulsoksymetru JUMPER, nr seryjny 8528500A035122.

W przypadku:

- Elektrokardiografu ASCARD ORANGE ASPEL, nr fabryczny 1357, rok produkcji 2021, kontrolującym nie udostępniono żadnej dokumentacji zawierającej wpisy o przeprowadzeniu przeglądów technicznych w okresie objętym kontrolą.
- Glukometru GENOXO IXELL pro system monitorujący stężenie glukozy we krwi, nr 4235221240022276, rok produkcji 2021 r. przedłożono wyłącznie kopię karty gwarancyjnej. Zgodnie z zaleceniem producenta w celu weryfikacji wiarygodności wyników należy przeprowadzać badania kontrolne przy pomocy płynu kontrolnego i pasków testowych co najmniej raz na tydzień.

Powyższe 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 z późn. zm.), 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, nazwisko lub nazwę (firmę) podmiotu, który wykonał te czynności, ich opis, wyniki i uwagi dotyczące wyrobu.

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 obowiązujący od dnia 20 maja 2021 r., który nie spełniał wymagań określonych w art. 24 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej.

Analiza dokumentu wykazała brak opisu organizacji i zadań poszczególnych komórek organizacyjnych zakładu leczniczego oraz warunków współdziałania tych komórek dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania podmiotu pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno-gospodarczym. Powyższa nieprawidłowość stanowi naruszenie art. 24 ust. 1 pkt. 7 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Struktura organizacyjna, wykazana w § 6 nie uwzględniała dwóch komórek organizacyjnych, tj. Pracowni EKG oraz Punktu pobrania materiałów do badań.

Zgodnie z zapisem punktu 3 § 12 w kontrolowanym podmiocie dokumentacja medyczna udostępniana jest poprzez sporządzenie jej wyciągów, odpisów, kopii lub wydruków. W dalszej treści dokumentu określającej szczegółowy sposób udostępniania dokumentacji medycznej w punktach 4, 5, 6 i 7 oraz w załączniku nr 1 – cennik usług, wykazano jedynie kopię dokumentacji medycznej, co jest niezgodne z art. 27 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2020 r. poz. 849 z późn. zm), zwanej dalej „ustawą o prawach pacjenta”.

Ponadto w trakcie dalszych czynności kontrolnych stwierdzono, że procedura udostępniania dokumentacji medycznej opracowana w § 12 regulaminu organizacyjnego jest niezgodna z obowiązującymi aktualnie zapisami art. 26 ww. ustawy.

Udostępnienie dokumentacji medycznej jest swego rodzaju usługą, którą pacjent otrzymuje od podmiotu leczniczego, polegającą na konkretnej czynności technicznej. Wybór sposobu w jaki dokumentacja ma być udostępniona, należy do pacjenta. Wysokość opłaty za udostępnianie dokumentacji medycznej ustala podmiot świadczący usługi medyczne w regulaminie organizacyjnym, jednakże z uwzględnieniem maksymalnych stawek określonych przez ustawę.

W załączniku nr 1 stanowiącym integralną część Regulaminu organizacyjnego wskazano, iż za wydanie kopii dokumentacji medycznej na informatycznym nośniku danych (CD) pobiera się opłatę w wysokości 2,50 zł. Opłata pobierana za udostępnianie dokumentacji medycznej w tej wysokości przekracza maksymalny poziom opłaty dla tej formy udostępniania dokumentacji medycznej. Wskazać należy, iż wprowadzenie odpłatności udostępniania dokumentacji medycznej w sposób określony w art. 27 ust. 1 pkt 2 i 5 oraz

w ust. 3 ustawy o prawach pacjenta ma charakter fakultatywny. Od podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych zależy, czy będzie je pobierał. W przypadku pobierania opłat podmiot winien określić ich wysokości, które muszą plasować się w granicach określonych w art. 28 cyt. ustawy. Ponadto w regulaminie organizacyjnym przywołano nieaktualne publikatory aktów prawnych.

W dniu 14 marca 2022 r. kontroli Kontrolowany przesłał do tut. Organu regulamin organizacyjny, który spełnia w całości wymagania określone w art. 24 ust. 1 ustawy 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.

7. Spełnienie przez podmiot warunku zawarcia umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej oceniono pozytywnie z nieprawidłowościami.

Kontrolującym, w dniu przeprowadzania bezpośrednich czynności kontrolnych, przedłożono dokumenty potwierdzające zawarcie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu leczniczego wystawione przez ubezpieczyciela odpowiednio z okresem ubezpieczenia od dnia 7 lipca 2020 r. do dnia 6 lipca 2021 r. oraz z okresem ubezpieczenia od dnia 11 lipca 2021 r. do dnia 10 lipca 2022 r. Z powyższego wynika, iż w okresie od dnia 7 lipca 2021 r. do dnia 10 lipca 2021 r. podmiot nie posiadał obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.

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.

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. 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 Gabinetu pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnej oceniono pozytywnie.
2. Spełnianie warunków i wymagań w zakresie posiadania Gabinetu położnej środowiskowo-rodzinnej oceniono pozytywnie.
3. Dostępność do świadczeń zdrowotnych oceniono pozytywnie.
4. Realizację i dokumentowanie profilaktycznej opieki zdrowotnej wobec kobiet ciężarnych przez położną POZ oceniono pozytywnie z nieprawidłowościami.

Ustalono, że w okresie objętym kontrolą nie zgłosiła się do położnej żadna kobieta ciężarna i w związku z tym nie były realizowane świadczenia zdrowotne w postaci wizyt profilaktycznych u kobiet ciężarnych dotyczących praktycznego i teoretycznego przygotowania do porodu, położu, karmienia piersią i rodzicielstwa w formie indywidualnej. Stwierdzono w trakcie bezpośrednich czynności kontrolnych, że w podmiocie leczniczym podana była informacja do wiadomości pacjentów o zakresie realizacji opieki nad kobietą ciężarną, w tym udzielanych świadczeniach zdrowotnych w postaci wizyt profilaktycznych w gabinecie lub w środowisku domowym kobiet ciężarnych, dotyczących praktycznego i teoretycznego przygotowania do porodu, położu, karmienia piersią i rodzicielstwa.

Niezależnie od powyższego stwierdzono, że opracowanym ramowym programie edukacji przedporodowej, na podstawie którego wymiar godzin może być dostosowany do potrzeb kobiety ciężarnej, nie uwzględniono zagadnień w zakresach:

- 1) edukacji przedporodowej dotyczącej okresu prenatalnego (ciąży):
 - opieki prenatalnej – dostępne formy opieki medycznej i plan opieki przedporodowej,
 - przebiegu profilaktyki chorób zakaźnych w okresie okołoporodowym, w tym szczepień ochronnych,

- problemów psychicznych i emocjonalnych kobiety i jej rodziny w okresie ciąży, porodu i porożu;
- 2) edukacji przedporodowej dotyczący porodu:
- kontaktu matki z dzieckiem „skóra do skóry”, w tym inicjacji karmienia piersią,
 - informowania o możliwości deponowania tkanek płodu, w tym krwi pępowinowej, sznura pępowinowego, w celu pozyskania komórek macierzystych,
- 3) edukacji przedporodowej dotyczącej okresu poporodowego (porożu) porodu:
- opieki w okresie porożu – przebieg porożu, powrót płodności po porodzie oraz psychologiczne aspekty porożu;
- 4) edukacji przedporodowej dotyczącej wsparcia społecznego w okresie okołoporodowym:
- informacji dotyczących wsparcia emocjonalnego, informacyjnego, instrumentalnego, rzeczowego (materialnego)

co jest niezgodne z wymaganiami określony w części IV załącznika do rozporządzenia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz. U. z 2018 r., poz. 1756), zwanego dalej „rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego”.

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

Stwierdzono, że w trakcie wizyty patronażowej nie dokonano oceny 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 dokonano oceny odruchów noworodka, co jest niezgodne z wymaganiami określonymi w ust. 4 pkt 3-6, 8 części XIV załącznika do rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego oraz w części II załącznika nr 3 do rozporządzenia 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”,

- nie oceniono i nie ustalono sposobu oraz techniki karmienia, co jest niezgodne z wymaganiami określonymi w ust. 4 pkt 4 części XIV załącznika do rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego oraz 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 negatywnie.

Ustalono, że:

- pierwsza wizyta patronażowa u noworodka została wykonana po 4-6 dniach od zgłoszenia o urodzeniu dziecka, a nawet po 18 dniach po wypisie noworodka ze szpitala, co jest niezgodne z wymaganiami określonymi w ust. 8 części XIV załącznika do rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego,
- zakończano opiekę nad noworodkiem / niemowlęciem w 6 tygodniu życia dziecka, co jest niezgodne z wymaganiami określonymi w ust. 12 części XIV rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego.

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 2% niemowląt do 6 miesiąca,
- u 42% niemowląt w 9 miesiącu życia,
- u 29% niemowląt w 12 miesiącu życia,
- u 35% dzieci 2-letnich,
- u 19% 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 dokonano pomiaru ciśnienia tętniczego krwi;
- b) u dzieci 2-letnich nie określono współczynnika masy ciała (Body Mass Index – BMI) oraz nie dokonano pomiaru ciśnienia tętniczego krwi;
- c) u dzieci 4-letnich nie określono współczynnika masy ciała (Body Mass Index – BMI);
- d) u dzieci 6-letnich nie określono współczynnika masy ciała (Body Mass Index – BMI).

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 były przeprowadzone w 6 roku życia dziecka, co jest niezgodnie z wymaganiami określonymi w części II załącznika nr 2 ww. rozporządzenia

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

Ustalono, że w kontrolowanym podmiocie leczniczym dokumentacja medyczna prowadzona jest w postaci papierowej i elektronicznej, co jest niezgodnie 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”.

Zbiorcza dokumentacja medyczna.

Stwierdzono, że prowadzona w kontrolowanym podmiocie zbiorcza dokumentacja medyczna nie zawierała oznaczenia podmiotu – w części dotyczącej nazwy podmiotu, kodu resortowego stanowiącego część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, nazwy komórki organizacyjnej (Poradnia lekarza POZ, Gabinet pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej, Gabinet położnej środowiskowo-rodzinnej), w której udzielano świadczeń zdrowotnych, oraz jej kodu resortowego stanowiącego część VII systemu kodów identyfikacyjnych, co jest niezgodne z § 10 pkt. 1 ww. rozporządzenia.

Ponadto 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.

Indywidualna dokumentacja medyczna.

Ustalono, że w:

- Karcie opieki nad położnicą, Karcie opieki nad noworodkiem/niemowlęciem do końca drugiego miesiąca życia, brak było: diagnozy położniczej oraz numeracji stron, co jest niezgodne z § 6, § 38 ust. 5 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej;
- Karcie wizyty patronażowej u dziecka 3-4 miesiąc, Karcie wizyty patronażowej dziecka 9-miesiąc, Karcie wizyty patronażowej u dziecka rocznego, Karcie badania przesiewowego dziecka 2-letniego, Karcie badania przesiewowego dziecka 4-letniego, Karcie badania przesiewowego dziecka 6-letniego, brak było numeracji stron oraz identyfikacji pielęgniarki (imię i nazwisko, tytuł zawodowy, specjalizacja, numer prawa wykonywania zawodu), co jest niezgodne z § 6, § 10 ww. rozporządzenia.

Dodatkowo indywidualna dokumentacja wizyt patronażowych u położnic, noworodków i niemowląt oraz dzieci do 6 roku życia, nie zawierała oznaczenia podmiotu – w części dotyczącej nazwy podmiotu, kodu resortowego stanowiącego część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, nazwy komórki organizacyjnej (Gabinet pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej, Gabinet położnej środowiskowo-rodzinnej), w której udzielano świadczeń zdrowotnych, oraz jej kodu resortowego stanowiącego część VII systemu kodów identyfikacyjnych, co jest niezgodna § 10 ww. rozporządzenia.

Mając na uwadze powyższe ustalenia wydaje się następujące zalecenia pokontrolne.

1. Zawierać umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmującej szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych, a także zachowania ciągłości ochrony ubezpieczeniowej w terminach umożliwiających zapewnienie okresu ciągłości ubezpieczenia, zgodnie z wymaganiami określonymi w art. 17 ust. 1 pkt 4 i art. 25 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej w zakresie zawarcia ww. umowy.

2. 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 oraz przedłożyć do organu kontrolującego uwierzytelnione kopie dokumentów potwierdzających sprawność techniczną aparatury i sprzętu medycznego wykorzystywanych w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych, tj.:Elektrokardiografu ASCARD ORANGE ASPEL, nr fabryczny 1357, rok produkcji 2021, a także przeprowadzać badania kontrolne przy pomocy płynu kontrolnego i pasków testowych – zgodnie z zalecaniami producenta w odniesieniu do Glukometru GENOXO IXELL pro system monitorujący stężenie glukozy we krwi, nr 4235221240022276, rok produkcji 2021 r.

3. Opracować zgodnie z wymaganiami określony w załączniku do rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego i dołączać do indywidualnej dokumentacji medycznej kobiet ciężarnych ramowy program edukacji przedporodowej.

Do organu kontrolującego przedłożyć uwierzytelnioną kopię ramowego programu edukacji przedporodowej (plan edukacji przedporodowej).

4. Realizować i dokumentować profilaktyczne świadczenia zdrowotne, wobec położnic i noworodków, zgodnie z wymaganiami określonymi w załączniku do rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego oraz załączniku nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych.
5. Zwiększyć odsetek zrealizowanych wizyt patronażowych oraz testów przesiewowych w poszczególnych grupach wiekowych do 5 roku życia dziecka.
6. Realizować profilaktyczne świadczenia zdrowotne wobec noworodków/niemowląt do 8 tygodnia życia zgodnie z określonymi terminami realizacji w Załączniku do rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego.

7. Realizować profilaktyczne świadczenia zdrowotne wobec dzieci 5-letnich, zgodnie z określonymi terminami realizacji w Załączniku nr 2 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych.
8. Prowadzić zbiorczą i indywidualną dokumentację medyczną zgodnie z wymaganiami określonymi w § 1, § 6, § 10, § 11 § 38, rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej.

Pani Małgorzata Waligóra, 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 (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