



ZP-ZPSM.9612.4.2022.IS

Pani  
**Maria Szewczyk**  
Kierownik  
„Centrum Medycznego”  
M. Szewczyk i S-ka spółki jawnej  
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 250 i 251 z dnia 27 czerwca 2022 r., zespół kontrolerów w składzie:

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

przeprowadził w dniu 29 czerwca 2022 r. kontrolę problemową podmiotu leczniczego pn. „Centrum Medyczne” M. Szewczyk i S-ka, sp.j., ul. Fryderyka Pautscha 5/7, 51-651 Wrocław, prowadzącego pod tym samym adresem zakład leczniczy pn. NZOZ „Centrum Medyczne” M. Szewczyk i S-ka, sp.j.

Przedmiotem kontroli było sprawdzenie w:

- Obszarze A – zgodności funkcjonowania zakładu leczniczego pod nazwą NZOZ „Centrum Medyczne” M. Szewczyk i S-ka, sp.j., ul. Fryderyka Pautscha 5/7, 51-651 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 Maria Szewczyk – Kierownik podmiotu leczniczego. W związku z przeprowadzoną kontrolą, szczegółowe ustalenia zostały przedstawione w protokole kontroli z dnia 12 sierpnia 2022 r., znak: ZP-ZPSM.9612.4.2022.IS, przekazanym kontrolowanemu w dniu 18 sierpnia 2022 r. Kontrolowany podpisał protokół kontroli problemowej w dniu 6 września 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.

Ustalono, że dokumentacja techniczna nie zawierała wpisów o przeprowadzeniu

przeглядów technicznych, wzorcowań lub legalizacji, w przypadku:

- aparatu EKG typ ASPEL GREY, nr 1676/E, rok produkcji 2012 – od dnia 1 stycznia 2021 r. do dnia 27 marca 2022 r.,
- aparatu USG typ logiq 3 pro, nr 43739 WS2CISPET11/EN5511, rok produkcji 2007 – od dnia 1 stycznia 2021 r. do dnia 20 marca 2022 r.

Natomiast dla wskazanych poniżej wag nie udostępniono dokumentacji technicznej o przeprowadzeniu przeглядów technicznych, wzorcowań lub legalizacji w całym okresie objętym kontrolą:

- waga osobowo-lekarska, typ WB-150, rok produkcji 2001,
- waga pediatryczna Baby Scale, nr fabryczny 850301, rok prod. 2005,
- waga nr WPT 150, numer fabryczny 15001105 T 6496.

Powyższe nieprawidłowości stanowią naruszenie art. 17 ust. 1 pkt. 2 ustawy o działalności leczniczej, w powiązaniu z art. 63 ust. 3 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2022 r., poz. 974), zgodnie z którym świadczeniodawca jest obowiązany posiadać dokumentację wykonanych instalacji, napraw, konserwacji, działań serwisowych, aktualizacji oprogramowania, przeглядów, 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.

W dniu 7 lipca 2022 r. do organu kontrolującego wpłynęły uwierzytelnione kopie dokumentów potwierdzające przeprowadzenie legalizacji ponownej wagi osobowo-lekarskiej, typ WB-150 i wagi nr WPT 150.

Ponadto w dniu 3 sierpnia 2022 r. do organu kontrolującego wpłynęło pismo Pani Marii Szewczyk informujące o wycofaniu z użytkowania wagi pediatrycznej Baby Scalen nr fabryczny 850301 oraz dokonaniu zakupu wagi pediatrycznej RADWAG C315 10/20 W1/W2.

W dniu 2 września 2022 r. przedłożono dokumentację fotograficzną potwierdzającą posiadanie legalizacji zakupionej wagi pediatrycznej.

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

W dniu przeprowadzenia bezpośrednich czynności kontrolnych Kontrolowany nie udostępnił:

- dyplomu ukończenia szkoły dla 1 osoby,
- prawa wykonywania zawodu i dyplomu/zaświadczenia potwierdzającego uzyskanie kwalifikacji odpowiednich do rodzaju realizowanych świadczeń zdrowotnych dla 2 osób,
- dyplomu ukończenia szkoły wyższej, prawa wykonywania zawodu i dyplomu/zaświadczenia potwierdzającego uzyskanie kwalifikacji odpowiednich do rodzaju realizowanych świadczeń zdrowotnych dla 2 osób.

W dniu 7 lipca 2022 r. i w dniu 22 sierpnia 2022 r. do organu kontrolującego wpłynęły, kompletne dokumenty kadrowe potwierdzające posiadanie kwalifikacji do wykonywania zawodu dla wyżej wskazanych osób.

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.

W treści dokumentu stwierdzono brak w:

- § 8 warunków współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych;
- § 9 wysokości 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 (Dz. U. z 2022 r., poz. 1876);
- § 10 organizacji procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat;
- § 12 wysokości opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być, zgodnie z przepisami ustawy lub przepisami odrębnymi, udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością.

Ponadto ustalono, iż wskazana:

- nazwa podmiotu leczniczego, tj. NZOZ” Centrum Zdrowia ”M. Szewczyk i S-ka., sp. jawna jest niezgodna z nazwą wskazaną w księdze rejestrowej,
- struktura organizacyjna zakładu leczniczego, tj. podstawowa opieka zdrowotna, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, punkt szczepień i ekg, gabinet diagnostyczno-

zabiegowy i gabinet USG jest niezgodna ze strukturą organizacyjną wskazaną w księdze rejestrowej.

Dodatkowo w ww. dokumencie nie dokonano, zgodnie z art. 35 ust. 1 ustawy z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2016 r. poz. 960), zmiany nazewnictwa z „przedsiębiorstwa” na „zakład leczniczy” oraz przytoczono nieobowiązujący publikator identyfikujący ustawę o działalności leczniczej.

W dniu 22 września 2022 r. wpłynął do tut. Urzędu niewiarygodny dokument, w którym podano rozbieżne informacje o formach udostępniania dokumentacji medycznej, za które nie jest pobierana opłata.

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.
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 z nieprawidłowościami.

Stwierdzono, że w zakładzie leczniczym kontrolowanego podmiotu nie funkcjonują komórki organizacyjne pn.: Punkt pobrań materiałów do badań, Poradnia diabetologiczna, Poradnia medycyny pracy, Poradnia neurologiczna, Poradnia reumatologiczna, Poradnia urologiczna, Poradnia promocji zdrowia psychicznego, Poradnia chorób płuc, Poradnia endokrynologiczna i Poradnia alergologiczna.

Ustalono, że w kontrolowanym podmiocie leczniczym udzielane są świadczenia zdrowotne z zakresu badań ultrasonografii w ramach poradni położniczo-ginekologicznej i poradni kardiologicznej, które nie zostały ujawnione jako część IX systemu resortowych kodów identyfikacyjnych księgi rejestrowej podmiotu prowadzonej przez Wojewodę Dolnośląskiego.

Ustalono, że wskazana w księdze rejestrowej nazwa podmiotu leczniczego jest niezgodna z wpisem w bazie KRS i bazie REGON.

Wskazana w księdze rejestrowej nazwa zakładu leczniczego jest niezgodna z wpisem w bazie REGON.

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

W dniu przeprowadzenia bezpośrednich czynności kontrolnych Kontrolowany udostępnił gaśnicę bez ważnego przeglądu i legalizacji w okresie objętym kontrolą.

W dniu 30 czerwca 2022 r. do organu kontrolującego przedłożono dokumentację fotograficzną potwierdzającą posiadanie gaśnicy spełniającej powyższe.

**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 negatywnie.

Ustalono, w okresie objętym kontrolą 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, co jest niezgodne z wymaganiami określonymi w ust. 1 pkt 4

części I załącznika nr 3 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 z późn. zm), zwanego dalej „rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych” oraz w części II i 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 z późn. zm.), zwanego dalej „rozporządzeniem w sprawie standardu organizacyjnego”.

Kontrolowana złożyła pisemne wyjaśnienie, że w okresie objętym kontrolą z powodu obostrzeń pandemicznych oraz z obawy o stan zdrowia nie zgłosiła się żadna kobieta ciężarna.

W podmiocie leczniczym nie była podana 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.

Nie został opracowany ramowy program edukacji przedporodowej, na podstawie którego wymiar godzin może być dostosowany do potrzeb kobiety ciężarnej, co jest niezgodne z wymaganiami określonymi w części IV załącznika do rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego.

5. Realizację i dokumentowanie profilaktycznej opieki zdrowotnej wobec położnic przez położną podstawowej opieki zdrowotnej oceniono negatywnie.

Ustalono, że w okresie objętym kontrolą położna nie realizowała wizyt patronażowych u położnic, 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 rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego.

Kontrolowana złożyła pisemne wyjaśnienie, że w okresie objętym kontrolą z powodu obostrzeń pandemicznych oraz z obawy o stan zdrowia nie zgłosiła się do położnej żadna położnica.

6. Realizację i dokumentowanie oraz terminowość realizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej wobec noworodków i niemowląt do ukończenia 2 miesiąca życia przez położną podstawowej opieki zdrowotnej oceniono negatywnie.

Ustalono, że w okresie objętym kontrolą zgłoszono 5 noworodków. Położna objęła opieką 4 noworodki, ale nie zrealizowała u nich żadnej wizyty patronażowej, 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 rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego.

Kontrolowana złożyła pisemne wyjaśnienie, że w okresie objętym kontrolą z powodu obostrzeń pandemicznych oraz z obawy o stan zdrowia, nie zgłoszono żadnego noworodka do położnej.

Zgodnie z udostępnioną zbiorczą dokumentacją medyczną pn. „Książka ewidencji noworodków i badań profilaktycznych dzieci” prowadzoną w Poradni ginekologicznej NZOZ „Centrum Zdrowia” M. Szewczyk i S-ka, sp. jawna, dotyczącą zrealizowanych świadczeń zdrowotnych w okresie objętym kontrolą, położna objęła opieką 5 noworodków, u jednego wykonała 1 wizytę patronażową. Nie udostępniono kontrolującą indywidualnej dokumentacji medycznej zrealizowanej w dniu 14 maja 2021 r. wizyty patronażowej u noworodka urodzonego w dniu 10 maja 2021 r.

Zgodnie z zaleceniami, w stanie epidemii wywołanej wirusem SARS-CoV-2 skutkującego chorobą COVID-19, dla położnych rodzinnych / położnych podstawowej opieki zdrowotnej z dnia 3 czerwca 2020 r. opublikowanymi na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia, wizyta patronażowa powinna być realizowana zgodnie z założeniami standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej. **W sytuacji, gdy nie jest możliwa realizacja określonych czynności, fakt ten powinien być bezwzględnie odnotowany w dokumentacji medycznej.** Każda wizyta domowa musi być zawsze poprzedzona rozmową telefoniczną, podczas której położna POZ przeprowadza w pierwszej kolejności wywiad epidemiologiczny dotyczący wirusa SARS-CoV-2, w celu oceny ryzyka COVID-19 i podjęcia decyzji o uwarunkowaniach odbycia wizyt w środowisku domowym (zarówno pierwszej, jak i kolejnej). Odroczenie wizyty w środowisku domowym z powodu izolacji pacjentki lub któregośkolwiek z domowników i zrealizowanie wizyty/porady z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności, możliwe jest tylko w sytuacji, gdy czasowe zaniechanie świadczeń wykonywanych osobiście nie zagraża pogorszeniem stanu zdrowia podopiecznych. Jeżeli po zdalnym wywiadzie zachodzi konieczność bezpośredniej opieki nad matką i dzieckiem w środowisku domowym, to taka wizyta patronażowa musi być bezwzględnie zrealizowana, zgodnie z wskazanymi wytycznymi w ww. Zaleceniach.



Po odwołaniu od dnia 16 maja 2022 r. stanu epidemii wywołanej wirusem SARS-CoV-2 i wprowadzeniu stanu zagrożenia epidemicznego, ww. Zalecenia obowiązują w niezmienionej wersji.

Nie udostępniono kontrolującym indywidualnej dokumentacji medycznej noworodka / niemowlęcia, wobec powyższego nie dokonano kontroli pod kątem terminowego realizowania świadczeń zdrowotnych przez położną podstawowej opieki zdrowotnej.

7. Realizację, dokumentowanie oraz terminowość realizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej wobec niemowląt przez pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej oceniono negatywnie.

Ustalono na podstawie przekazanych zestawień zrealizowanych świadczeń zdrowotnych – wizyt patronażowych u niemowląt przez pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej, że w okresie objętym kontrolą pielęgniarka realizowała u niemowląt wizyty w 3-4 miesiącu życia dziecka.

Na podstawie udostępnionej indywidualnej dokumentacji medycznej pn. „Historia zdrowia i choroby w części dotyczącej porad ambulatoryjnych lub wizyt domowych” z dołączonym załącznikiem pn. „IX.2. Wizyta profilaktyczna w ramach podstawowej opieki zdrowotnej – 3-4 miesiąc życia (w terminie odpowiadającym szczepieniom ochronnym”, stwierdzono że nie został przeprowadzony instruktaż w zakresie pielęgnacji niemowlęcia, w tym karmienia piersią i pielęgnacji jamy ustnej oraz nie rozpoznano problemów zdrowotnych i społecznych rodziny, co jest niezgodne z dyspozycją zawartą w części II załącznika nr 2 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych.

Z analizy udostępnionej indywidualnej dokumentacji medycznej brak potwierdzenia, że pielęgniarka zrealizowała wizytę patronażową w środowisku domowym dziecka.

Zgodnie z wytycznymi do stosowania przez pielęgniarki POZ w czasie epidemii wirusa SARS-CoV-2 z dnia 2 lipca 2020 r. opublikowanymi na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia, realizacja wizyt domowych pozostających w kompetencji pielęgniarki POZ powinna być poprzedzona wcześniejszym wywiadem telefonicznym z pacjentem lub jego rodziną. Pacjent, który wymaga wizyty pielęgniarki POZ, uzasadnionej jego stanem zdrowia, nie może pozostać bez opieki. W uzasadnionych przypadkach wizyta może odbyć się w gabinecie pielęgniarki POZ lub w formie teleporady. Udzielone świadczenie w domu pacjenta, w gabinecie pielęgniarki POZ lub w formie teleporady oraz przeprowadzony telefonicznie wywiad epidemiologiczny

i uzasadnienie wybranej formy zrealizowania wizyty należy opisać w indywidualnej dokumentacji pacjenta.

Po odwołaniu od dnia 16 maja 2022 r. stanu epidemii wywołanej wirusem SARS-CoV-2 i wprowadzeniu stanu zagrożenia epidemicznego, ww. Zalecenia obowiązują w niezmienionej wersji.

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

W okresie objętym kontrolą nie objęto profilaktyczną opieką wszystkich dzieci podlegających badaniu przesiewowemu w poszczególnych grupach wiekowych.

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 do 6 miesiąca życia nie wykonano testu wykrywania zaburzeń rozwoju fizycznego (pomiary długości ciała),
- b) u niemowląt w 9 miesiącu życia nie wykonano testu wykrywania zaburzeń rozwoju fizycznego (pomiary: długości ciała, obwodu głowy i klatki piersiowej),
- c) u niemowląt w 12 miesiącu życia nie wykonano testu wykrywania zaburzeń rozwoju fizycznego (pomiary: długości ciała, obwodu głowy i klatki piersiowej), nie określono współczynnika masy ciała (Body Mass Index – BMI);
- d) u dzieci 4-letnich nie wykonano testu wykrywania zaburzeń rozwoju fizycznego (pomiary: masy i długości ciała), nie oceniono rozwoju psychomotorycznego, nie określono współczynnika masy ciała (Body Mass Index – BMI) oraz nie dokonano pomiaru ciśnienia tętniczego krwi;

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

Ustalono, że nie były przeprowadzone testy przesiewowe dzieci w 5 roku życia, co jest niezgodne z wymaganiami określonymi w części II załącznika nr 2 ww. rozporządzenia.

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

#### Zbiorcza dokumentacja medyczna.

Stwierdzono, że w dokumentacji medycznej pn.: „Książka ewidencji noworodków i badań profilaktycznych dzieci” brak było:

- numeru PESEL noworodka, jeżeli nie został nadany numeru PESEL matki,
- oznaczenia osoby udzielającej świadczeń – nazwisko i imię, tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu, zgodnie z § 10 pkt 3 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”,

co jest niezgodne z § 11 ww. rozporządzenia.

Dodatkowo 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 (Gabinet położnej podstawowej opieki zdrowotnej), w której udzielano świadczeń zdrowotnych, oraz jej kodu resortowego stanowiącego część VII systemu kodów identyfikacyjnych, co jest niezgodne z § 10 pkt. 1 ww. rozporządzenia.

W kontrolowanym podmiocie nie była prowadzona zbiorcza dokumentacja medyczna w komórkach organizacyjnych: Poradnia lekarza POZ, Gabinet pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, dotycząca udzielanych świadczeń zdrowotnych i przeprowadzonych wizyt patronażowych w środowisku domowym lub w ww. gabinetach, co jest niezgodne z dyspozycją zawartą w § 11 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej.

#### Indywidualna dokumentacja medyczna.

W kontrolowanym podmiocie prowadzona była w formie elektronicznej indywidualna dokumentacja medyczna pn. „Historia zdrowia i choroby w części dotyczącej porad ambulatoryjnych lub wizyt domowych”. W części indywidualnej dokumentacji medycznej dotyczącej testów przesiewowych w poszczególnych grupach wiekowych, brak było oznaczenia pielęgniarki realizującej świadczenie zdrowotne (nazwisko i imię, tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu), co jest niezgodne z § 10 pkt 3 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. 63 ust. 3 ustawy o wyrobach medycznych.
2. Przechowywać w aktach kadrowych kopie dokumentów personelu medycznego umożliwiające zweryfikowanie posiadania przez zatrudnionych pracowników medycznych kwalifikacji zapewniających realizację świadczeń zdrowotnych.
3. Przedłożyć do jednostki kontrolującej uwierzytelnioną kopię regulaminu organizacyjnego podmiotu leczniczego opracowanego zgodnie z wymogami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
4. Złożyć wniosek do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą o wpis zmian dotyczący:
  - oznaczenia komórek organizacyjnych pn. Poradnia położniczo-ginekologiczna i Poradnia kardiologiczna kodem resortowym funkcji ochrony zdrowia z zakresu badań ultrasonografii,
  - wprowadzenia dat zakończenia działalności leczniczej nie działających komórek organizacyjnych,
  - dokonania ujednoczenia nazw podmiotu leczniczego i zakładu leczniczego, zgodnego z wpisem w bazie KRS, bazie REGON i księdze rejestrowej.
5. Wykonywać niezbędnych przeglądów, konserwacji, a także remontów gaśnic zgodnie ze wskazanym terminem.
6. Realizować profilaktyczne świadczenia zdrowotnej wobec kobiet ciężarnych, położnic oraz noworodków / niemowląt do ukończenia 2 miesiąca życia dziecka zgodnie z wymaganiami określonymi w rozporządzeniu w sprawie standardu organizacyjnego oraz rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych.
7. Realizować profilaktyczne świadczenia zdrowotne (wizyty patronażowe) wobec niemowląt w 3-4 i 9 miesiącu życia dziecka zgodnie z wymaganiami określonymi w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych.
8. Zwiększyć odsetek zrealizowanych wizyt patronażowych oraz testów przesiewowych w poszczególnych grupach wiekowych do 5 roku życia dziecka.

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

Pani Maria Szewczyk, 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  
*Dr hab. D. Ziwiła*  
ZASTĘPCA WICEMARSZA WYDZIAŁU  
Zdrowia i Polityki Społecznej

