



**NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI
ZDROWOTNEJ „KLINIKA PRO-
BONO” ANNA KATARZYNA
HORNOWSKA-BANACH**
ul. Świerkowa 5
61- 472 Poznań

Na podstawie art. 111 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 1638 ze zm.), działając z upoważnienia Wojewody Wielkopolskiego, zespół kontrolny Wielkopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Poznaniu, Wydziału Polityki Społecznej i Zdrowia, Oddziału Kontroli w Podmiotach Leczniczych przeprowadził w okresie od 9 do 17 maja 2017 r., kontrolę planową problemową.

Przedmiotem kontroli było stwierdzenie spełniania wymagań określonych w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 1638 ze zm.) i aktach wykonawczych do ustawy oraz innych aktach normatywnych wskazanych w ustawie, a także realizacja opieki nad matką i dzieckiem.

Szczegółowe ustalenia z kontroli zawarto w protokole, który został podpisany 2.06.2017 r. bez zastrzeżeń.

Zalecenia pokontrolne

1. Zgłosić do organu rejestrowego zmiany dotyczące struktury organizacyjnej podmiotu leczniczego, ponieważ nie funkcjonuje komórka organizacyjna: ponieważ: Specjalistyczny gabinet ginekologiczny nie funkcjonuje. Niezgłoszenie powyższych zmian narusza art. 107 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 1638, ze zm.).
2. Dostosować nazwę zakładu leczniczego do wymogów prawa. W kontrolowanym podmiocie w nazwie zakładu leczniczego stosuje się oznaczenia „KLINIKA PRO-BONO”. Zgodnie z art. 89 ust. 6 „oznaczenia „klinika” albo „kliniczny”.... mogą używać wyłącznie udostępniający oraz jednostki organizacyjne udostępnione w trybie ust. 2 i 3” ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 1638, z późn. zm.), tj., (...) podmioty wykonujące działalność leczniczą inne niż określone w ust. 1 mogą udostępniać jednostki organizacyjne do prowadzenia działalności, o której mowa w ust. 1”. Udostępnienie, o którym mowa w ust. 2 i 3, następuje na podstawie umowy cywilnoprawnej zawartej pomiędzy uczelnią medyczną a podmiotem wykonującym działalność leczniczą, zwanym dalej „udostępniającym”. Nie zawarto ww. umowy z uczelnią medyczną, w związku z tym określenie „klinika” nie może być stosowane. Powyższe narusza art. 89 ust. 6 ww. ustawy.
3. Do wiadomości pacjentów, w miejscu udzielania świadczeń podać informację o rodzaju i zakresie udzielanych świadczeniach zdrowotnych oraz informacji o wysokości opłaty za udostępnianie dokumentacji medycznej. Brak powyższych informacji narusza

art. 14 i 24 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 1638, ze zm.).

4. Dokonywać przeglądów klimatyzacji na bloku operacyjnym z częstotliwością wymaganą przepisami prawa (nie rzadziej niż 12 m-cy). Brak przeglądów klimatyzacji, narusza § 39 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. z 2012 r. poz.739).
5. Dokumentację medyczną prowadzić zgodnie z wymogami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 roku w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2015 r., poz. 2069 ze zm.). Prowadzona w podmiocie dokumentacja medyczna nie spełnia wymogów określonych przepisami prawa, ponieważ:

dokumentacja zbiorcza (w części ambulatoryjnej):

Księgi przyjęć (postać papierowa, oddzielne dla każdej komórki organizacyjnej):

- Księgi przyjęć zwane w podmiocie: Księga porad ambulatoryjnych Internistycznych, Księga ambulatoryjnych porad położniczych, Księga porad ambulatoryjnych ortopedycznych, prowadzone w postaci papierowej, nie zawierały:
 - pełnego oznaczenia podmiotu (nazwy podmiotu; kodu resortowego, stanowiącego część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych; nazwy zakładu leczniczego; kodu resortowego jednostki organizacyjnej, stanowiącego część V systemu resortowych kodów identyfikacyjnych; nazwy komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych), co narusza § 43 pkt 1 ww. rozporządzenia,
 - imienia i nazwiska osoby dokonującej wpisu, co narusza § 43 pkt 7 ww. rozporządzenia.

dokumentacja zbiorcza (w części zabiegowej):

- Księga główna przyjęć i wypisów nie zawierała pełnego oznaczenia podmiotu (nazwy podmiotu; kodu resortowego, stanowiącego część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych; nazwy zakładu leczniczego; kodu resortowego jednostki organizacyjnej, stanowiącego część V systemu resortowych kodów identyfikacyjnych; nazwy komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych), co narusza § 27 pkt 1 ww. rozporządzenia.
- Księga raportów pielęgniarskich nie zawierała:
 - pełnego oznaczenia podmiotu (nazwy podmiotu; kodu resortowego, stanowiącego część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych; nazwy zakładu leczniczego; kodu resortowego jednostki organizacyjnej, stanowiącego część V systemu resortowych kodów identyfikacyjnych; nazwy komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych), co narusza § 31 pkt 1 ww. rozporządzenia,
 - pełnego oznaczenia osoby dokonującej wpisu (imienia, nr prawa wykonywania zawodu, tytułu zawodowego, uzyskane specjalizacje), co narusza § 31 pkt 6 ww. rozporządzenia.
- Księga raportów lekarskich nie zawierała: pełnego oznaczenia podmiotu (nazwy podmiotu; kodu resortowego, stanowiącego część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych; nazwy zakładu leczniczego; kodu resortowego jednostki organizacyjnej, stanowiącego część V systemu resortowych kodów identyfikacyjnych; nazwy komórki organizacyjnej, w której udzielono świadczeń zdrowotnych), co narusza § 30 pkt 1 ww. rozporządzenia.
- Księga operacyjna. Sprawdzono 2 księgi: 1) prowadzona w okresie od 02.11.2016 r. do 28.12.2016, 2) od 11.01.2017 r. do 26.04.2017 r. Sposób prowadzenia dokumentacji jest niezgodny z wymogami rozporządzenia, ponieważ brakowało: oznaczenia podmiotu, oznaczenia lekarza kierującego na zabieg, oznaczenie lekarza operującego (w większości przypadków był podpis, a brakowało pieczętki) oraz oznaczenia zespołu operacyjnego

i anestezyjologicznego - w większości były podane nazwiska tych osób za wyjątkiem pielęgniarki anestezyjologicznej, brakowało natomiast oznaczenia tych osób czyli podpisu i pieczętki. Na podstawie przedłożonych ksiąg nie można ustalić, kto był pielęgniarką anestezyjologiczną podczas wykonywanych zabiegów. Ponadto jako pielęgniarka instrumentariuszka w Księgach jest wpisana – XXXXXXXX XXXXXXXX. Zgodnie z przedłożonymi kwalifikacjami – nie posiada ona uprawnień do asystowania przy zabiegach operacyjnych. Jedynie w 9 zabiegach jako asysta jest wskazana XXXXXXXX XXXXXXXX, posiadająca odpowiednie kwalifikacje. Braki w sposobie prowadzenia Ksiąg naruszają wymogi § 33 pkt 1, 6 i 13 ww. rozporządzenia.

Odstąpiono od wydania zalecenia dotyczącego braku dokumentu potwierdzającego posiadanie odpowiednich kwalifikacji i uprawnień do asystowania przy zabiegach operacyjnych dla XXX –XXXXXXX XXXXXXXX (wraz z odesłanym protokołem przesłano ww. dokumenty).

- Nie jest prowadzona Księga chorych oddziału, co narusza § 12 pkt 23 lit. d ww. rozporządzenia.

dokumentacja indywidualna (w części zabiegowej):

W Karcie znieczulenia stwierdzono uchybienia dotyczące oznaczenia pielęgniarki anestezyjologicznej (brak podpisu i pieczętki, w pojedynczych przypadkach brakowało pełnego oznaczenia lekarza anestezyjologa (tylko pieczętka bez podpisu lekarza). Stanowi to naruszenie § 10 ust. 1 pkt 3 ww. rozporządzenia.

Protokoły operacyjne, w części „opis przebiegu zabiegu lub operacji” – nie zawierały pełnego oznaczenia operatora i asysty oraz w większości kontrolowanych przypadków nie zawierały adnotacji odnośnie rodzaju znieczulenia i jego szczegółowego opisu co narusza § 10 ust. 1 pkt 3 i 5 ww. rozporządzenia.

6. Do dokumentacji medycznej indywidualnej pacjenta dołącza się jedno oświadczenia pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz do uzyskiwania dokumentacji medycznej, a powinny być dwa oddzielne oświadczenia, jedno oświadczenia pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych i drugie oświadczenia pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania dokumentacji medycznej, do czego zobowiązuje § 8 ust. 1 i 2 ww. rozporządzenia.

7. W Regulaminie organizacyjnym podmiotu określić, kto pełni funkcję koordynatora karty znieczulenia. Brak określenia ww. osoby w regulaminie organizacyjnym § 17 ust. 6 ww. rozporządzenia.

Wobec powyższego wnoszę o przekazanie informacji o wykonaniu zaleceń oraz podjętych działaniach, w celu wyeliminowania w przyszłości stwierdzonych nieprawidłowości lub przyczynach ich niepodjęcia.

Informację proszę przekazać pisemnie w terminie 30 dni od daty otrzymania niniejszego pisma, informując Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu, Wydział Polityki Społecznej i Zdrowia, al. Niepodległości 16/18, 61-713 Poznań.

Podpisano:
Z up. Wojewody Wielkopolskiego
Dyrektor Wydziału Polityki Społecznej i Zdrowia

Łukasz Krysztofiak

Zanonimizowała: Anna Kaczmarkiewicz – inspektor wojewódzki, 26.11.2018 r.

Zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r., poz. 1000), poszczególne treści dokumentu zostały objęte anonimizacją.