

**WIELKOPOLSKI  
URZĄD WOJEWÓDZKI  
w Poznaniu**

WYDZIAŁ ZDROWIA

ZD-IV.9612.16.2019.6

**Protokół z kontroli planowej problemowej w podmiocie leczniczym o nazwie:  
ALINA ZALEJSKA ul. Opolska 58/303, 61-433 Poznań**

**I. Informacje i ustalenia ogólne**

**1. Kontrolowany podmiot leczniczy**

Nazwa i adres kontrolowanego zakładu leczniczego: NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI STOMATOLOGICZNEJ, ul. Opolska 58/303 i 307, 61-433 Poznań

RPWDL: 000000019397 W-30

Data wpisu do rejestru RPWDL: 08.12.2004 r.

Forma organizacyjno - prawna: 0700 – działalność gospodarcza prowadzona przez osobę fizyczną

Data rozpoczęcia działalności leczniczej: 13.12.2004 r.

Miejsce udzielania świadczeń: ul. Opolska 58/303 i 307 w Poznaniu

**2. Dane dotyczące kontroli oraz osób wykonujących czynności kontrolne**

Organem, któremu przysługuje ustawowe prawo kontroli podmiotów leczniczych, wpisanych do rejestru, których siedziba albo miejsce zamieszkania znajduje się na terenie województwa wielkopolskiego, jest Wojewoda Wielkopolski, w imieniu którego czynności kontrolne wykonywali:

1) Anna Kaczmarkiewicz – inspektor wojewódzki, kierownik zespołu kontrolnego,

2) Bartosz Rykowski – inspektor wojewódzki,

legitymujący się upoważnieniem do przeprowadzenia kontroli, znak: KN-II.0030.155.2019.1, z dnia 18.04.2019 r., wydanym przez Wojewodę Wielkopolskiego.

Treść protokołu podlega udostępnieniu zgodnie z ustawą z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2018 r. poz. 1330 ze zm.), oprócz informacji stanowiącej dane osobowe w rozumieniu ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000 ze zm.).

Kontrolę planową problemową przeprowadzono zgodnie z planem kontroli na 2019 rok. Czynności kontrolne rozpoczęto w dniu 24 maja 2019 r. i zakończono w dniu 12 czerwca 2019 r. W podmiocie leczniczym czynności kontrolne realizowano w dniu 24 maja 2019 r.

**3. Przedmiot i zakres kontroli**

Przedmiotem kontroli była formalna ocena zgodności wykonywanej działalności z przepisami prawa.

Okres objęty kontrolą: od 1 stycznia 2018 r. do dnia zakończenia kontroli.

**4. Kierownik podmiotu leczniczego, dane osoby reprezentującej podmiot podczas kontroli**

Kierownikiem podmiotu leczniczego jest Pani Alina Zalejska, która reprezentowała podmiot w trakcie kontroli.

**5. Czynności wstępne i ustalenia organizacyjne**

W dniu 24 maja 2019 r., przed przystąpieniem do czynności kontrolnych, Pani Alinie Zalejskiej przekazano upoważnienie do przeprowadzenia kontroli, zawierające pouczenie o prawach i obowiązkach kontrolowanego, umożliwiając zapoznanie się z pouczeniem. Fakt otrzymania

upoważnienia ww. potwierdziła podpisem na dokumencie. Ponadto przedstawiono przedmiot i zakres kontroli, podstawę prawną jej prowadzenia oraz określono organizację kontroli.

Osoby kontrolujące złożyły oświadczenie o braku okoliczności uzasadniającej wyłączenie od udziału w kontroli.

## **II. Opis stanu faktycznego i ustalenia**

### **1. Regulamin organizacyjny podmiotu leczniczego**

Kierownik podmiotu leczniczego opracował Regulamin organizacyjny, co stanowi realizację art. 23 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 ze zm.).

W miejscu udzielania świadczeń podano do wiadomości pacjentów informację o rodzaju i zakresie udzielanych świadczeń zdrowotnych, informację o wysokości opłaty za udostępnianie dokumentacji medycznej, oraz cennik opłat za świadczenia zdrowotne które mogą być, zgodnie z przepisami ustawy lub przepisami odrębnymi udzielane za częściową lub całkowitą odpłatnością, co stanowi realizację art. 14 ust.1 i 24 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej.

Zgodnie z art. 24a ww. ustawy, za świadczenia zdrowotne udzielone odpłatnie, w sytuacjach, w których ustawa oraz przepisy odrębne dopuszczają taką odpłatność, podmiot wykonujący działalność leczniczą jest zobowiązany do wystawienia rachunku, w którym na wniosek pacjenta, wyszczególnia zrealizowane procedury diagnostyczne i terapeutyczne. W okresie objętym kontrolą, w podmiocie udzielano świadczeń odpłatnych, za które wystawiono pacjentom paragony fiskalne.

### **2. Struktura organizacyjna podmiotu leczniczego określona w rejestrze, a stan faktyczny**

Na dzień kontroli faktyczna struktura organizacyjna jest zgodna z wpisem do RPWDL.

### **3. Zakres i rodzaj udzielanych świadczeń zdrowotnych**

Zgodnie ze stanem faktycznym podmiot prowadzi działalność leczniczą polegającą na udzielaniu ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia stomatologicznego (77 stomatologia zachowawcza z endodoncją).

W podmiocie świadczenia zdrowotne udzielane są w ramach umowy z WOW NFZ oraz komercyjnie. Harmonogram udzielania świadczeń przedstawia się następująco:

Tabela nr 1

Lekarz/godziny przyjęć	poniedziałek	wtorek	środa	czwartek	piątek	sobota
XXXXX XXXXXXXX	12.00-18.00	—	—	12.00-18.00	8.00-12.00-	7.00-13.00

Liczba przyjętych pacjentów w okresie objętym kontrolą:

Tabela nr 2

Rok	2018	2019
Osoby po 65 roku życia	601	214
Dzieci i młodzież	155	17
Kobiety	815	350
Ogółem	1571	581

### **4. Prawa pacjenta**

W zakładzie leczniczym, w miejscu ogólnodostępnym, udostępniono w formie pisemnej informację o prawach pacjenta, co jest zgodne z art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017 r. poz. 1318 ze zm.).

### **5. Pomieszczenia i urządzenia podmiotu leczniczego**

#### **Tytuł prawny do budynku i lokalu**

Przedłożono umowę najmu lokalu użytkowego, zawartą w dniu 12.02.2001 r. pomiędzy miastem Poznań reprezentowanym przez dyrektora POZ Serwis, a XX XXXXXXXX, XX XXXXXXX S.C. Umowa zostaje zawarta na czas nieokreślony. Aneks nr 2 do umowy z dnia 31.12.2004 r., w którym

następuje zmiana najemcy na XXXXX XXXXXXXX. Zgodnie z aneksem nr 11 z dnia 01.01.2005 r. aktualna powierzchnia najmu jest następująca: pomieszczenia nr 407, 408, 412 i 413 oraz powierzchnia wspólna o metrażu 67,76 m<sup>2</sup>.

### **Dokumenty właściwego terenowo i rzeczowo organu sanitarnego**

Podmiot wpisał się do rejestru przedkładając organowi rejestrowemu Opinię Sanitarną z 01.10.1999 r., wydaną przez PPSE w Poznaniu, znak PSSE/NZ/442/X/697/99. Dokument był wystawiony na podstawie obowiązującego w tym czasie rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 21 września 1992 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej.

W związku z wejściem w życie 15 lipca 2016 r. ustawy z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2016 r. poz. 960), podmioty lecznicze zostały zwolnione m.in. z obowiązku przedkładania organowi prowadzącemu rejestr opinii sanitarnej wydawanej w formie decyzji administracyjnej przez właściwy organ Państwowej Inspekcji Sanitarnej (zarówno przy wpisie podmiotu do rejestru jak i wpisie zmian w rejestrze). Podmiot składa organowi prowadzącemu rejestr wyłącznie oświadczenie o spełnieniu warunków wykonywania działalności leczniczej, o którym mowa w art. 100 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej.

Ustawodawca wprowadzając powyższą regulację nie zwolnił podmiotów leczniczych z obowiązku udzielania świadczeń zdrowotnych wyłącznie w pomieszczeniach odpowiadających wymaganiom określonym w art. 22 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Ponadto przedłożono Decyzję nr 250/2017 r z dnia 12.04.2017 r. Wielkopolskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Poznaniu, zgodnie z którą zezwala na uruchomienie i stosowanie aparatu RTG do zdjęć wewnątrzustnych – zał. nr. 1 do protokołu

W dniu 28 sierpnia 2018 r. PPIS w Poznaniu wydał dla kontrolowanego podmiotu Decyzję znak: HK1-423/11/5/2-1(3)/18, w której nakazuje w terminie do 30 listopada 2018 r.:

- doprowadzić do właściwego stanu sanitarno-technicznego sufit w poczekalni dla pacjentów;
- doprowadzić do właściwego stanu sanitarno-higienicznego ściany w pomieszczeniu higieniczno-sanitarnym dla personelu.

Wizytacja pomieszczeń wykazała, że zalecenia te zostały częściowo zrealizowane. Potwierdza to również protokół z kontroli sprawdzającej przeprowadzonej w dniu 15.05.2019 r. – zał. nr 2 do protokołu, w którym potwierdzono realizację zalecenia dot. pomieszczenia higieniczno – sanitarnego dla personelu. Odnośnie sufitu najemcy lokali w budynku wystosowali pismo do ZKZL właściciela budynku o przeprowadzenie remontu – zał. nr 3 do protokołu.

### **Wizytacja pomieszczeń kontrolowanych zakładów leczniczych:**

Pomieszczenia podmiotu, w których udzielane są świadczenia zdrowotne, są zlokalizowane na III piętrze budynku wolnostojącego usługowego, położonego w Poznaniu przy ul. Opolskiej 58. W budynku działalność prowadzą także inne podmioty lecznicze. Przed wejściem do budynku znajduje się podjazd, wewnątrz budynku jest zainstalowana winda. W obrębie pomieszczeń podmiotu wydzielono:

- gabinet stomatologiczny (diagnostyczno-zabiegowy) - pomieszczenie nr 303, wyposażony w umywalkę, meble, unit stomatologiczny, aparat RTG stomatologiczny wewnątrzustny, gabinet jest bezpośrednio połączony z pomieszczeniem przygotowawczym, w którym odbywa się sterylizacja wyposażonym w ciąg technologiczny zlew dwukomorowy, autoklaw, zgrzewarkę
- pomieszczenie pomocnicze - gabinet diagnostyczny
- pomieszczenie gospodarcze, wyposażone w chłodziarkę do przechowywania odpadów medycznych.

Podłogi w pomieszczeniach zmywalne, ściany z podłogami połączone w sposób umożliwiający mycie i dezynfekcję (bezszczelinowo). Wokół umywalk i zlewów ściany zabezpieczone przed zawilgoceniem.

Pozostałe pomieszczenia podmiotu, t.j. poczekalnia, toalety dla personelu, toalety dla pacjentów w tym jedna dostosowana dla osób niepełnosprawnych ruchowo są użytkowane wspólnie z innymi podmiotami leczniczymi działającymi w budynku.

## **6. Standardy postępowania i procedury**

W celu potwierdzenia zapewnienia właściwego poziomu i jakości świadczeń zdrowotnych (diagnostyki, leczenia pacjentów i ciągłości postępowania) oraz wymagań sanitarno-higienicznych, przedłożono aktualne umowy z podwykonawcami :

- na wykonanie usług w zakresie odbioru, transportu i przekazywania do utylizacji odpadów medycznych i niebezpiecznych zawarta z firmą XXXXXXXX XXXXXXXX w Suchym Lesie;
- na wykonywanie i naprawy protez zębowych zawarta z Laboratorium Techniki Dentystycznej XXXXXXXX XXXXXX XXXXXXXX w Poznaniu, ul. Opolska 58,
- na pełnienie funkcji inspektora ochrony radiologicznej z firmą XXXXXXXXXXXX XXXXXXXX XXXXXXXX w Poznaniu.

## **7. Personel medyczny**

W podmiocie leczniczym świadczeń zdrowotnych w zakresie stomatologii udziela:

➤ XXXXXX XXXXXXXX legitymująca się:

- dyplomem lekarza stomatologa nr XXXXXX wydanym 17.09.1982 r. przez Akademię Medyczną w Poznaniu,
- prawem wykonywania zawodu nr XXXXXXXX wydanym przez Okręgową Izbę Lekarską w Poznaniu,
- certyfikatem nr XXXXXXXX z dnia 22.04.2017 r. o zdaniu egzaminu w zakresie ochrony radiologicznej pacjenta ważnym 5 lat,
- orzeczeniem lekarskim ważnym do 14.05.2022 r., wydanym przez lekarza uprawnionego XXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX.

Osoba udzielająca świadczeń zdrowotnych w podmiocie spełnia wymogi kwalifikacyjne i zdrowotne co jest zgodne z art. 17 ust. 1 pkt 3 ustawy o działalności leczniczej.

Inspektorem Ochrony Radiologicznej jest Pan XXXXXXXX XXXXXXXX, legitymujący się uprawnieniami wydanymi przez Głównego Inspektora Sanitarnego w dniu 19.11.2015 r. Decyzja nr XXXXXXXX.

## **8. Stosowane wyroby medyczne**

Na wyposażeniu podmiotu leczniczego znajduje się:

- unit stomatologiczny z osprzętem ADEC DIPLOMAT, nr fab. F 868329, rok produkcji 1996, zakup 2006, firma: ADEC USA, udokumentowane przeglądy techniczne co 12 miesięcy w okresie objętym kontrolą,
- autoklaw MILENIUM, nr IOBMo297, firma MOCOM Włochy, rok produkcji 2013, udokumentowane przeglądy techniczne co 12 mcy. w okresie objętym kontrolą,
- aparat RTG stomatologiczny wewnątrzustny typu CS 2100 nr EKYU059, firma CARESTREAM, rok produkcji 2016 r. udokumentowane przeglądy techniczne co 12 miesięcy w okresie objętym kontrolą,

Ponadto dla aparatu rentgenowskiego stomatologicznego do zdjęć wewnątrzustnych, przedłożono dokumenty potwierdzające wykonanie testów podstawowych z częstotliwością:

- powtarzalność zaciernienia obrazu co miesiąc,
- rozdzielczość wysoko, niskokontrastowa co 6 miesięcy,
- prostopadłość osi wiązki promieniowania co miesiąc,
- powtarzalność dawki co miesiąc.

Przedłożono również sprawozdanie z wykonania w dniu 25.04.2019 r. testów specjalistycznych przez firmę Laboratorium Badawcze ATS Analizy testy szkolenia w Kępnie.

### **9. Umowa ubezpieczenia działalności leczniczej**

Podmiot dopełnił obowiązku zawarcia umów ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych, co potwierdzają:

- Umowa ubezpieczenia PL\_T nr 54783906, zawarta na okres od 1.01.2018 r. do 31.12.2018, - zał.nr 4 do protokołu,
- Umowa ubezpieczenia PL\_T nr 74908195, zawarta na okres od 1.01.2019 r. do 31.12.2019, - zał.nr 5 do protokołu.

## **II. Podsumowanie kontroli**

### **1. Wnioski osób wykonujących czynności kontrolne:**

W zakresie objętym kontrolą nie stwierdzono nieprawidłowości w funkcjonowaniu podmiotu.

### **2. Data i miejsce sporządzenia protokołu**

Protokół sporządzono 12 czerwca 2019 roku, w Oddziale Nadzoru w Ochronie Zdrowia Wydziału Zdrowia WUW w Poznaniu

### **3. Wpis do książki kontroli**

Przeprowadzenie kontroli w podmiocie odnotowano w Księdze kontroli pod pozycją nr 9.

### **4. Załączniki:**

1. Decyzja nr 250/2017.
2. Protokół z kontroli sprawdzającej z dnia 15.05.2019 r.
3. Pismo do ZKZL w Poznaniu
4. Polisa ubezpieczenia OC 2018 rok.
5. Polisa ubezpieczenia OC 2019 rok.

### **5. Protokół sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach z przeznaczeniem dla:**

- egz. nr 1 – kontrolowany podmiot
- egz. nr 2 – aa

### **6. Podpisy i oświadczenia**

#### **Podpisy osób wykonujących czynności kontrolne:**

Kierownik zespołu:  
Anna Kaczmarkiewicz  
Inspektor wojewódzki

Członek zespołu:  
Bartosz Rykowski  
Inspektor wojewódzki

#### **Potwierdzenie zapoznania się z protokołem:**

Alina Zalejska 24.06.2019 r.  
*(imię i nazwisko, podpis i data)*

#### **Oświadczenia:**

1. Oświadczam, że ~~zgłaszam~~ ~~zastrzeżenia~~/nie zgłaszam zastrzeżeń\* co do faktów stwierdzonych w trakcie kontroli i opisanych w niniejszym protokole

Alina Zalejska 24.06.2019 r.  
*(imię i nazwisko, podpis i data)*

**\*niepotrzebne skreślić**

2. Oświadczam, że ~~zamierzam wnieść zastrzeżenia w terminie ustawowym~~/nie zamierzam wnieść zastrzeżeń\* co do sposobu przeprowadzania czynności kontrolnych oraz ustaleń zawartych w niniejszym protokole

Alina Zalejska 24.06.2019 r.

*(imię i nazwisko, podpis i data)*

**\*niepotrzebne skreślić**

**Potwierdzenie odbioru 1 egz. protokołu:**

Jeden egz. protokołu odebrano dnia: 24.06.2019 r. Alina Zalejska

Podpisano:

Damian Marciniak

Dyrektor Wydziału Zdrowia

Zanonimizowała Anna Kaczmarkiewicz, inspektor wojewódzki 11.07.2019 r.

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