

**Protokół z kontroli planowej problemowej  
w podmiocie leczniczym o nazwie: Poradnia Stomatologiczna „CENTRUM STOMATOLOGII  
ESTETYCZNEJ” S.C. Kazimiera Czajka, Agata Czajka-Jakubowska  
ul. Piątkowska 94, 60-649 Poznań**

**I. Informacje i ustalenia ogólne**

**1. Kontrolowany podmiot leczniczy**

Nazwa i adres kontrolowanego zakładu leczniczego: Poradnia Stomatologiczna „CENTRUM STOMATOLOGII ESTETYCZNEJ” z siedzibą jw.

RPWDL: 000000017232 W-30

Data wpisu do rejestru: 20.03.2002 r.

Forma organizacyjno-prawna: 0800 - spółka cywilna

Data rozpoczęcia działalności leczniczej: 1.06.2002 r.

Miejsce udzielania świadczeń: Poznań, ul. Piątkowska 94

**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) Aleksandra Jarosz - inspektor wojewódzki, kierownik zespołu kontrolnego,

2) Anna Kaczmarkiewicz - inspektor wojewódzki,

legitymujące się upoważnieniem do przeprowadzenia kontroli, znak: KN-II.0030.174.2019.1, z dnia 7.05.2019 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 stanowiących 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 rok 2019. Czynności kontrolne rozpoczęto w dniu 12 czerwca 2019 r. i zakończono w dniu 25 czerwca 2019 r. Czynności kontrolne w podmiocie leczniczym realizowano w dniu 12 czerwca 2019 r.

**3. Przedmiot i zakres kontroli**

Przedmiot kontroli obejmował formalną ocenę 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 Agata Czajka-Jakubowska, która reprezentowała podmiot podczas kontroli.

**5. Czynności wstępne i ustalenia organizacyjne**

W dniu 12 czerwca 2019 r., przed przystąpieniem do czynności kontrolnych, Pani Agacie Czajce-Jakubowskiej 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.

Kontroli podlegała tylko jednostka organizacyjna nr 01. Nie kontrolowano jednostki organizacyjnej nr 02 z siedzibą w Międzychodzie, ul. Bolesława Chrobrego 6.

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

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

Przedłożono regulamin organizacyjny, nadany 30.06.2016 r., 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 informację o rodzaju i zakresie udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz informację o wysokości opłaty za udostępnianie dokumentacji medycznej, co stanowi realizację art. 14 i 24 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

W miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych, do wiadomości pacjentów podano także informację o wysokości opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być, zgodnie z przepisami ustawy lub przepisami odrębnymi udzielane za częściową lub całkowitą odpłatnością, co jest zgodne z art. 24 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. 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 (72 chirurgia stomatologiczna, 73 ortodoncja, 75 protetyka stomatologiczna, 76 stomatologia dziecięca, 77 stomatologia zachowawcza z endodoncją, 31 Radiologia i diagnostyka obrazowa). Świadczenia udzielane są komercyjnie.

Liczba przyjętych pacjentów w okresie objętym kontrolą:

Tabela nr 1

| Rok                     | Liczba udzielonych świadczeń  |
|-------------------------|---|
| 2018                    | 2812, z czego:<br>2450 stanowią porady stomatologiczne, 66 ortodontyczne, 296 protetyka stomatologiczna |
| 2019 - do dnia kontroli | 1103  |

### **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.).

Podmiot leczniczy posiada druki do prowadzenia wykazu udostępnianej dokumentacji medycznej, do którego zobowiązuje art. 27 ust. 4 ww. ustawy, ale żaden pacjent nie zwrócił się jeszcze z prośbą o wydanie dokumentacji medycznej.

## 5. Pomieszczenia i urządzenia podmiotu leczniczego

### Tytuł prawny do budynku i lokalu

Przedłożono umowę najmu lokalu użytkowego, zawartą w dniu 1.06.2002 r. z Akademią Rolniczą im. Augustyna Cieszkowskiego w Poznaniu, ul. Wojska Polskiego 28. Przedmiotem najmu jest lokal użytkowy, zlokalizowany w Poznaniu, ul. Piątkowska 94 na I p. w budynku B, o powierzchni użytkowej 120,2 m<sup>2</sup>. Umowę zawarto na czas nieokreślony.

### Dokumenty właściwego terenowo i rzeczowo organu sanitarnego

Podmiot wpisał się do RPWDL przedkładając organowi rejestrowemu Postanowienie wydane przez PPIS w Poznaniu, znak PSSE/NZ/442/0/298/2002. Posiada także Postanowienie PPIS opiniujące pozytywnie Program dostosowawczy, wydane 28.06.2007 r., znak: NS1-72-302/07.

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.

W dniu 19 lutego 2018r. PPIS w Poznaniu wydał dla kontrolowanego podmiotu Decyzję znak: HK1-423/11/1/49-1(1)/18, w której nakazuje w terminie do 15 marca 2018 r. zorganizować prawidłowy ciąg technologiczny w sterylizatorni, zapewniając na każdym etapie technologicznym jednokierunkowy ruch materiałów od punktu przyjęcia materiału skażonego do punktu wydania materiału sterylnego.

Wizytacja pomieszczeń wykazała, że zalecenie zostało zrealizowane, co potwierdza także protokół pokontrolny PPIS w Poznaniu z dnia 23 maja 2018 r., znak: HK-465/1/12-288/18.

### Wizytacja pomieszczeń kontrolowanych zakładów leczniczych:

Pomieszczenia podmiotu, w których udzielane są świadczenia zdrowotne, są zlokalizowane na I piętrze budynku wolnostojącego. 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:

- pokój obsługi pacjenta,
- pokój administracyjno-biurowo-socjalny,
- poczekalnię z miejscami siedzącymi i wieszakami na okrycia wierzchnie,
- 2 jednostanowiskowe gabinety stomatologiczne (w jednym mikroskop stomatologiczny),
- pomieszczenie z aparatem RTG do zdjęć wewnątrzustnych, w którym znajduje się nowy ciąg technologiczny do wykonywania sterylizacji,
- 2 pomieszczenia gospodarcze (w tym jedno na odpady medyczne z chłodziarką),
- osobne toalety dla personelu i pacjentów (w tym 1 dostosowana do potrzeb osób niepełnosprawnych ruchowo).

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

## 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 na:

- wykonanie usług w zakresie odbioru, transportu i przekazywania do utylizacji odpadów medycznych,
- wykonywanie i naprawy protez zębowych.

## 7. Personel medyczny

W podmiocie leczniczym świadczeń zdrowotnych w dziedzinie stomatologii udzielają:

- xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx legitymująca się:
  - dyplomem lekarza dentysty nr xxx wydanym 30.08.1993 r. przez Akademię Medyczną w Poznaniu,
  - prawem wykonywania zawodu nr xxxxx wydanym 01.03.2002 r. przez Okręgową Izbę Lekarską w Poznaniu,
  - dyplomem specjalizacji I stopnia w dziedzinie stomatologii ogólnej nr xxxxx z 08.04.1997 wydanym przez Wydział Zdrowia w Poznaniu,
  - dyplomem specjalisty II stopnia w dziedzinie stomatologii zachowawczej nr xxxxxxx z 15.04.2003 r. wydanym przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie,
  - dyplomem specjalisty w dziedzinie ortodoncji wydanym 10.04.2014 r. przez Międzynarodową Komisję Egzaminacyjną w Budapeszcie
  - certyfikatem nr 75/2018 z dnia 17.11.2018 r. o zdaniu egzaminu w zakresie ochrony radiologicznej pacjenta,
  - orzeczeniem lekarskim ważnym do 30.06.2020 r., wydanym przez lekarza uprawnionego xxxxxxxxx.
- xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx legitymująca się:
  - dyplomem lekarza dentysty nr xxxx wydanym 30.07.2007 r. przez Uniwersytet Medyczny w Poznaniu,
  - prawem wykonywania zawodu nr xxxxxx wydanym 10.10.2008 r. przez Okręgową Izbę Lekarską w Poznaniu,
  - certyfikatem nr xxxx z dnia 26.01.2019 r. o zdaniu egzaminu w zakresie ochrony radiologicznej pacjenta,
  - orzeczeniem lekarskim ważnym do 06.06.2022 r., wydanym przez lekarza uprawnionego xxxxxxxxx.
- xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx legitymująca się:
  - dyplomem nr xxxxxxx potwierdzającym kwalifikacje zawodowe asystentki stomatologicznej, wydanym 29.08.2014 r. przez Okręgową Komisję Egzaminacyjną w Poznaniu,
  - orzeczeniem lekarskim ważnym do 03.06.2019 r., wydanym przez lekarza uprawnionego xxxxxxxxx.

Osoby udzielające świadczeń zdrowotnych w podmiocie spełniają wymogi kwalifikacyjne i zdrowotne co jest zgodne z art. 17 ust. 1 pkt 3 ustawy o działalności leczniczej.

Inspektorem Ochrony Radiologicznej jest Pani xxxxxxxxx legitymująca się uprawnieniami wydanymi przez Głównego Inspektora Sanitarnego w dniu 22.05.2017 r. Decyzja nr xxxxxx. Pismo znak: GIS-HŚ-EX-4350-401/KA/17.

## 8. Stosowane wyroby medyczne

Na wyposażeniu podmiotu leczniczego znajduje się:

- unit stomatologiczny z osprzętem CX- 9000, paszport techniczny zawiera potwierdzenie wykonania przeglądów technicznych od 2017 roku z częstotliwością co 12 m-cy,
- unit stomatologiczny MIDMARK z osprzętem, paszport techniczny zawiera potwierdzenie wykonania przeglądów technicznych od 2017 roku z częstotliwością co 12 m-cy,
- ssak „TURBO SMART” WD 197816 CATTANI, paszport techniczny zawiera potwierdzenie wykonania przeglądów technicznych od 2017 roku z częstotliwością co 12 m-cy,

- mikroskop nr 0596 SEILER TNN INSTRUMENTS, paszport techniczny zawiera potwierdzenie wykonania przeglądów technicznych od 2017 roku z częstotliwością co 12 m-cy,
- autoklaw KRONOS KRB 18D1135 NEWMED Włochy, przeglądy techniczne 18.03.2019 r. i 18.03.2019 r.

Dla aparatu rentgenowskiego stomatologicznego do zdjęć wewnątrzustnych, typ: X-Mind System, nr seryjny: 315509/31550, przedłożono sprawozdanie z wykonania testów specjalistycznych z dnia 27.11.2017 r., a także Decyzję Wielkopolskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Poznaniu nr 01/2003 z 31.01.2003 r., znak: WSSE-R-810/St.M./45/2003, w której ww. zezwala na uruchamianie i stosowanie wspomnianego aparatu rentgenowskiego stomatologicznego.

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

Podmiot dopełnił obowiązku zawarcia umów ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych, co potwierdza Umowa ubezpieczenia PL\_T nr 55065284, zawarta na okres od 1.01.2018 r. do 31.12.2018 r., z kontynuacją pod numerem PL\_T nr 74658512 na okres od 1.01.2019 r. do 31.12.2019 r.

### **III. Podsumowanie kontroli**

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

W zakresie objętym kontrolą nieprawidłowości nie stwierdzono. Zalecenia pokontrolne nie zostaną wydane.

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

Protokół sporządzono 25 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 2.

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

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

#### **5. Podpisy i oświadczenia**

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

Przewodnicząca zespołu:

Inspektor wojewódzki  
/-/ Aleksandra Jarosz

.....  
(imię i nazwisko, podpis)

Członek zespołu:

Inspektor wojewódzki  
/-/ Anna Kaczmarkiewicz

.....  
(imię i nazwisko, podpis)

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

.....13.08.2019 A. Czajka-Jakubowska.....  
(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

.....Agata Czajka-Jakubowska...13.08.2019 .....

(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

.....Agata Czajka-Jakubowska...13.08.2019 .....

.....  
(imię i nazwisko, podpis i data)

\*niepotrzebne skreślić

### **Potwierdzenie odbioru 1 egz. protokołu:**

Jeden egz. protokołu odebrano dnia: **2019-08-13**

... Agata Czajka-Jakubowska ...

(imię i nazwisko, podpis)

wz. Dyrektora  
Kierownik Oddział  
Nadzoru w Ochronie Zdrowia

/-/ Agata Goździewińska