

**Protokół z kontroli planowej problemowej  
w podmiocie leczniczym o nazwie: LOG-MED. S.C. ZGOLAK ANNA SYPNIEWSKA ANITA  
ul. Pustachowska 1, 62-200 Gniezno**

**I. Informacje i ustalenia ogólne**

**1. Kontrolowany podmiot leczniczy**

Nazwa i adres kontrolowanego zakładu leczniczego: LOG-MED, z siedzibą pod adresem: jw.

RPWDL: 000000198516 W-30

Data wpisu do rejestru: 2.02.2018 r.

Forma organizacyjno-prawna: 0800 - spółka cywilna

Data rozpoczęcia działalności leczniczej: 1.02.2018 r.

Miejsca udzielania świadczeń: ul. Pustachowska 1, 62-200 Gniezno

**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) Julia Kujawa - referent prawny,

legitymujący się upoważnieniem do przeprowadzenia kontroli, znak: KN-II.0030.229.2019.1, z dnia 27.06.2019 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 14 sierpnia 2019 r. i zakończono w dniu 22 sierpnia 2019 r. Czynności kontrolne w podmiocie leczniczym realizowano 14 sierpnia 2019 r.

**3. Przedmiot i zakres kontroli**

Przedmiot kontroli obejmował formalną ocenę zgodności wykonywanej działalności z przepisami prawa.

Okres objęty kontrolą: od 2 lutego 2018 r. do dnia zakończenia kontroli.

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

Kierownikiem podmiotu leczniczego, rozumianym zgodnie z art. 2 ust. 2, pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 ze zm.) są wspólnicy spółki cywilnej. W trakcie kontroli podmiot reprezentowała Pani Anna Zgolak.

**5. Czynności wstępne i ustalenia organizacyjne**

W dniu 14 sierpnia 2019 r., przed przystąpieniem do czynności kontrolnych, Pani Annie Zgolak 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**

Przedłożono regulamin organizacyjny, nadany 1.02.2018 r. przez wspólników spółki cywilnej, 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,
- o wysokości opłaty za udostępnianie dokumentacji medycznej,

co stanowi realizację art. 14 ust. 1 i 24 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Art. 24 ust. 2 ww. ustawy nakłada na podmiot obowiązek podawania do wiadomości w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych aktualnych informacji, o których mowa w ust. 1 pkt 9 i 12 - dotyczy wysokości opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej ustalonej w sposób określony w art. 28 ust. 4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017 r., poz. 1318 ze zm.) oraz wysokości opłaty za udzielane świadczenia zdrowotne, które mogą być zgodnie z przepisami ustawy lub przepisami odrębnymi, udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością. W dniu kontroli podmiot nie posiadał i nie udostępniał cennika świadczeń udzielanych odpłatnie, co naruszało ww. przepisy prawa.

Ze złożonego w tej sprawie wyjaśnienia wynika, że cena za usługę świadczoną komercyjnie (opieka długoterminowa nad 1 pacjentem) ustalona była indywidualnie z pacjentem i jego rodziną. W związku z brakiem większego zainteresowania nie był przygotowany cennik usług do wiadomości publicznej. Wyjaśnienie stanowi zał. nr 1.

Cennik świadczeń przesłano do siedziby WUW drogą elektroniczną, po zakończeniu czynności kontrolnych w siedzibie podmiotu, co potwierdza zał. nr 2.

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

Na dzień kontroli faktyczna struktura organizacyjna nie jest zgodna z wpisem do RPWDL. Nie funkcjonują:

- jednostka organizacyjna nr 02: LOG-MED z siedzibą w Gnieźnie, ul. Graniczna 1B oraz wchodząca w jej skład Poradnia logopedyczna (001),
- Poradnia Logopedyczna (003) z siedzibą w Gnieźnie, ul. Pustachowska 1.

Zmian nie zgłoszono w terminie ustawowym w organie rejestrowym, czym naruszono art. 107 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Ze złożonych w tej sprawie wyjaśnień wynika, że świadczenia w ww. komórkach organizacyjnych nie są realizowane, ponieważ komórki zostały wpisane do rejestru w związku z planowanymi konkursami z AOS. Do dnia dzisiejszego WOW NFZ Poznań nie ogłosił konkursu w zakresie świadczeń logopedycznych. Obowiązujące umowy AOS są obecnie przedłużone do końca 2019 roku. Wyjaśnienie stanowi zał. nr 3.

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

Zgodnie ze stanem faktycznym podmiot prowadzi działalność leczniczą polegającą na udzielaniu ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w zakresie: 94 Pielęgniarstwo opieki długoterminowej. Jak wynika z wyjaśnienia nr 1 opieką objęto jednego pacjenta. Świadczenia udzielane są komercyjnie.

#### **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 2019 r. poz. 1127 ze zm.). Realizując świadczenia zdrowotne w miejscu pobytu pacjenta, osoby udzielające ww. świadczeń nie umożliwiają zapoznania się z prawami pacjenta w pomieszczeniu, w którym przebywa pacjent, do czego zobowiązuje art. 11 ust. 3 ww. ustawy. Pani Anna Zgolak zobowiązała się wyposażyć personel pielęgniarski w prawa pacjenta umożliwiające ich przeczytanie w domu pacjenta.

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

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

Przedłożono umowę najmu, zawartą w Gnieźnie z NZOZ ZPS LOG-MED Anna Zgolak, Gniezno, ul. Graniczna 1B. Wynajmujący jest właścicielem budynku przy ul. Pustachowskiej 1. Przedmiot umowy obejmuje pomieszczenie nr 9. Umowa obowiązuje bezterminowo od 8.03.2016 r.

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

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.

Wizytacja pomieszczeń wykazała, że wynajmowane pomieszczenie spełnia wymogi określone w przepisach prawa.

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

Pomieszczenie podmiotu jest zlokalizowane na II piętrze budynku wolnostojącego. W budynku działalność prowadzą także inne podmioty lecznicze. Wejście do budynku bez barier architektonicznych, wewnątrz budynku jest zainstalowana winda. W obrębie pomieszczeń podmiotu wydzielono:

- gabinet konsultacyjny,
- rejestrację,

Podłogi w pomieszczeniach zmywalne, ściany z podłogami połączone w sposób umożliwiający mycie i dezynfekcję (bezszczelinowo). Wokół umywalek i zlewów ściany zabezpieczone przed zawilgoceniem. Pozostałe pomieszczenia podmiotu tj.: pomieszczenie na odpady medyczne, poczekalnia, toalety dla pacjentów są użytkowane wspólnie z innymi podmiotami działającymi w budynku.

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

W celu potwierdzenia zapewnienia wymagań sanitarno-higienicznych przedłożono aktualną umowę nr 110/2016, z dnia 21.04.2016, na odbiór, transport i przekazywania do utylizacji odpadów medycznych (PPUH „HYGEA” Czesław Golik, Lubasz).

#### **7. Personel medyczny**

W podmiocie świadczeń zdrowotnych udziela 5 pielęgniarek spełniających wymagania kwalifikacyjne i zdrowotne, co stanowi realizację art. 17 ust. 1 pkt 3 ustawy o działalności leczniczej. Wykaz personelu stanowi zał. nr 4 do protokołu.

## **8. Stosowane wyroby medyczne**

Na wyposażeniu podmiotu leczniczego znajduje się sprzęt i aparatura medyczna, zgodny z profilem udzielanych świadczeń zdrowotnych (koncentrator tlenu, nebulizator, ssak medyczny). Na podstawie analizy Paszportów technicznych stwierdzono, że sprzęt i aparatura medyczna posiadają aktualne przeglądy techniczne, co stanowi realizację art. 17 ust. 1 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej oraz art. 90 ust. 6-9 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 175 ze zm.).

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

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

- PL\_T nr 61960287, zawarta 23.04.2018 r. na okres 24.04.2018 r. - 23.04.2019 r.
- PL\_T nr 88730283, zawarta 13.08.2019 r. na okres od 14.08.2019 r. do 13.08.2020 r.

Ze złożonych wyjaśnień w sprawie braku ciągłości ubezpieczenia OC (zał. nr 1) wynika, że w związku z opieką tylko nad jednym pacjentem w określonym czasie (brak ciągłości) nie zawierano polis OC w całym okresie. Pacjent w tym czasie przebywał u rodziny i nie były świadczone usługi.

## **III. Podsumowanie kontroli**

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

W zakresie objętym kontrolą stwierdzono nieprawidłowości, które zostały usunięte w czasie trwania kontroli. Zalecenia pokontrolne nie zostaną wydane.

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

Protokół sporządzono 22 sierpnia 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 1.

### **4. Załączniki:**

1. Protokół przyjęcia wyjaśnienia
2. Wyjaśnienia w sprawie struktury organizacyjnej.
3. potwierdzenie przesłania dokumentów drogą elektroniczną.
4. Wykaz personelu medycznego

### **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:**

Przewodnicząca zespołu:

Inspektor Wojewódzki  
/-/ Aleksandra Jarosz

.....  
(imię i nazwisko, podpis)

Członek zespołu:

Referent prawny  
/-/ Julia Kujawa

.....  
(imię i nazwisko, podpis)

Dyrektor  
Wydziału Zdrowia  
(-) Damian Marciniak

### Potwierdzenie zapoznania się z protokołem:

.../-/ Anna Zgolak 2.09.19.....  
(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

...../-/ Anna Zgolak 2.09.19.....  
(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

..... /-/ Anna Zgolak 2.09.19.....  
(imię i nazwisko, podpis i data)

\*niepotrzebne skreślić

### Potwierdzenie odbioru 1 egz. protokołu:

Jeden egz. protokołu odebrano dnia: .....29.08.2019.....

...../-/ Anna Zgolak .....  
(imię i nazwisko, podpis)

*Dokument nie wymaga anonimizacji. Przygotowała Aleksandra Jarosz - Inspektor Wojewódzki, 13.09.2019 r.*