

**Protokół z kontroli planowej problemowej
w podmiocie leczniczym o nazwie: osoba fizyczna: „RAD-MED” S.C. ANNA JAKUBIAK,
EWA ROGOWICZ, ul. Opolska 58, 61-433 Poznań**

I. Informacje i ustalenia ogólne

1. Kontrolowany podmiot leczniczy

Nazwa i adres kontrolowanego zakładu leczniczego: NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ RENTGENODIAGNOSTYKI „RAD-MED” S.C., z siedzibą pod adresem: ul. Opolska 58, 61- 433 Poznań
RPWDL: 000000016855 W-30
Data wpisu do rejestru: 12.01.2000 r.
Forma organizacyjno-prawna: 0800 – spółka cywilna
Data rozpoczęcia działalności leczniczej: 12.01.2000 r.
Miejsce udzielania świadczeń: Poznań, ul. Opolska 58

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) Aleksandra Jarosz - inspektor wojewódzki,

legitymujące się upoważnieniem do przeprowadzenia kontroli, znak: KN-II.0030.156.2019.1, 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 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 9 maja 2019 r. i zakończono w dniu 29 maja 2019 r. Czynności kontrolne w podmiocie leczniczym realizowano w dniu 9 maja 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 XXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXX. W trakcie kontroli podmiot leczniczy reprezentowały Panie: Anna Jakubiak i Ewa Rogowicz, wspólnicy spółki cywilnej „RAD-MED”.

5. Czynności wstępne i ustalenia organizacyjne

W dniu 9 maja 2019 r., przed przystąpieniem do czynności kontrolnych, Pani Annie Jakubiak 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 7 stycznia 2015 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. Dostępny jest również cennik świadczeń udzielanych odpłatnie, co stanowi realizację art. 14 ust. 1 i 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 podmiocie są udzielane świadczenia odpłatne wyłącznie dla pacjentów kierowanych z innych podmiotów leczniczych, z którymi zawarto umowy o podwykonawstwo. Nie są wystawiane rachunki za wykonywane badania dla pacjentów indywidualnych.

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 badań diagnostycznych: USG i RTG (31 radiologia i diagnostyka obrazowa).

W okresie objętym kontrolą w ramach komórki organizacyjnej: Poradnia Radiologiczna wykonano:

- 7205 zdjęć RTG,
- 52 zdjęcia RTG stomatologiczne,
- 3849 badań USG.

Szczegółowe zestawienie wykonanych badań zawiera zał. nr 1 do protokołu.

Harmonogram udzielania świadczeń zdrowotnych przedstawia się następująco

	poniedziałek	wtorek	środa	czwartek	piątek
Poradnia Radiologiczna	8.30-15.30	8.30 – 17.00	8.30-15.30-	8.30-17.00	8.30 – 15.00-

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 10.04.2003 r. pomiędzy miastem Poznań reprezentowanym przez dyrektora POZ Serwis, a podmiotem kontrolowanym. Przedmiotem najmu jest lokal użytkowy w budynku przy Opolskiej 58, o łącznej powierzchni użytkowej 188,56 m². Umowa została zawarta na czas nieokreślony.

Dokumenty właściwego terenowo i rzeczowo organu sanitarnego

Podmiot wpisał się do rejestru 12.01.2000 r. przedkładając organowi rejestrowemu Opinię Sanitarną z 25.10.1999 r., wydaną przez PPIS w Poznaniu, znak PSSE/NZ/442/753/99. 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 podmiot dysponuje:

- Decyzją nr 159/2018, z dnia 10.04.2018 r., znak: DN-HR.9026.143.2017, w której WPWIS w Poznaniu wyraża zgodę na prowadzenie działalności z narażeniem na promieniowanie jonizujące w celach medycznych;
- Decyzją nr 178/2017 (brak daty wydania), znak: DN-HR.9026.32.2017, w której WPWIS w Poznaniu zezwala na uruchomienie pracowni rentgenowskiej.

W dniu 21 sierpnia 2018r. PPIS w Poznaniu wydał dla kontrolowanego podmiotu Decyzję znak: HK1-423/11/5/9-1(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 sterowni,
- doprowadzić do właściwego stanu sanitarno-higienicznego ściany oraz parapety w gabinecie USG,
- doprowadzić do właściwego stanu sanitarno-higienicznego ściany, ościeżnice oraz drzwi w łączniku pomiędzy ciemnią jasną i ciemną,
- doprowadzić do właściwego stanu sanitarno-higienicznego ściany, ościeżnice oraz drzwi w pomieszczeniu ciemni jasnej,
- Zapewnić podajnik z ręcznikami jednorazowego użytku, podajnik papieru toaletowego oraz doprowadzić do właściwego stanu sanitarno-higienicznego pojemnik na zużyte ręczniki w pomieszczeniu higieniczno-sanitarnym dla pacjentów,
- Doprowadzić do właściwego stanu sanitarno-epidemiologicznego parapety w pomieszczeniu socjalnym.

Wymienione powyżej zalecenia zostały w większości zrealizowane, co potwierdza protokół z kontroli sprawdzającej nr HK-465/1/13-47/19 z dnia 25.04.2019 r. (zał. nr 2 do protokołu). Nie zrealizowano remontu sufitu w poczekalni dla pacjentów.

Wizytacja pomieszczeń kontrolowanych zakładów leczniczych:

Pomieszczenia podmiotu, w których udzielane są świadczenia zdrowotne, są zlokalizowane na I 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:

- pracownia badań RTG, wyposażona w umywalkę, aparat RTG stacjonarny, aparat RTG stomatologiczny punktowy, aparat RTG pantomograficzny, bezpośrednio do pracowni przylegają dwie kabiny dla pacjentów oraz sterownia,
- gabinet do wykonywania badań USG wyposażony w aparat USG, kozetkę lekarską,
- ciemnia jasna i ciemna,
- pomieszczenie socjalne,
- toaleta dla personelu,
- poczekalnia dla pacjentów.

Pozostałe pomieszczenia podmiotu tj., 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 aktualną umowę na odbioru odpadów fotochemicznych, zawartą 2.07.2018 r. ze Spółdzielnią Pracy „AGRO-FILM”, Warszawa, ul. Paca 9/1. Ponadto przedłożono Protokół z pomiarów instalacji wentylacji w pomieszczeniach ciemni z grudnia 2018 r.

7. Personel medyczny

W podmiocie leczniczym świadczeń zdrowotnych udzielają:

- XXXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX lekarz radiolog legitymująca się:
 - dyplomem lekarza nr XXXXX wydanym 08.08.1996 r. przez Akademię Medyczną w Poznaniu,
 - prawem wykonywania zawodu nr XXXXXXX wydanym 26.07.2002 r. przez Okręgową Izbę Lekarską w Poznaniu,
 - dyplomem specjalisty w dziedzinie diagnostyki obrazowej nr XXXXXXXX wydanym 14.04.2006 r. przez Centrum Egzaminów Medycznych w Łodzi,
 - certyfikatem nr XXXXX z dnia 22.09.2018 r. zdania egzaminu w zakresie ochrony radiologicznej pacjenta,
 - orzeczeniem lekarskim ważnym do 05.2019 r., wydanym przez lekarza uprawnionego XXXXX XXXXXXXX.
- XXX XXXXXXXX technik radiolog legitymująca się:
 - dyplomem technika XXX wydanym 22.06.1984 r. przez Medyczne Studium Zawodowe w Poznaniu,
 - certyfikatem nr XXXXXXX z dnia 22.09.2018 r. zdania egzaminu w zakresie ochrony radiologicznej pacjenta,
 - orzeczeniem lekarskim ważnym do 31.10.2019 r., wydanym przez lekarza uprawnionego XXXXXXX XXXXXXXX.
- XXXXXXX XXXXXXXXXXXX technik radiolog legitymująca się:
 - dyplomem technika nr XXX wydanym 20.06.1980 przez Medyczne Studium Zawodowe w Poznaniu,
 - certyfikatem nr XXXXXXX z dnia 22.09.2018 r. zdania egzaminu w zakresie ochrony radiologicznej pacjenta,
 - orzeczeniem lekarskim ważnym do 31.10.2019 r., wydanym przez lekarza uprawnionego XXXXXXX XXXXXXXX.

Inspektorem Ochrony Radiologicznej jest Pan XXXXXXX XXXXX, legitymujący się uprawnieniami wydanymi przez Głównego Inspektora Sanitarnego w dniu 17.06.2015 r. Decyzja nr XXXXXXX. Pismo znak: XXXXXXXXXXXXXXXX oraz certyfikatem nr XXXXXXX z dnia 17.11.2018 r. zdania egzaminu w zakresie ochrony radiologicznej pacjenta.

8. Stosowane wyroby medyczne

Na wyposażeniu podmiotu leczniczego znajduje się:

- Aparat USG HS-40 nr S160M3HJ40059, rok produkcji 2017, firma: SAMSUNG, instalacja: 08.03.2019 r., przegląd techniczny: 08.03.2019 r. ważny do 08.03.2020 r.,

Aparat RTG	Decyzja WPWIS zezwalająca na uruchomienie stosowanie aparatu	Testy specjalistyczne 2018	Testy specjalistyczne 2019
aparat RTG do zdjęć typu: Selector M, nr fabryczny: 6279, producent Hoffman, rok produkcji 2001	Decyzja nr 452/2017 z dnia 25.08.2017 r.	Sprawozdanie z badań nr 154/2018 z dnia 30.05.2018 r.	Sprawozdanie nr 179/2019 z dnia 15.05.2019
aparat RTG do zdjęć wewnątrzustnych typu: Kodak 2200, nr fabryczny YBYC192, producent: Kodak Dental System, rok produkcji 2009	Decyzja nr 450/2017 z dnia 25.08.2017 r.	Sprawozdanie nr 45/2017 z dnia 27.04.2017	Sprawozdanie nr 175/2019 z dnia 13.05.2019
aparat RTG do zdjęć panoramicznych typu Ortophos 3, nr fabryczny 16207, producent Sirona, rok produkcji 2009	Decyzja nr 177/2017 z dnia 27.03.2017 r.	—	Sprawozdanie nr 178/2019 z dnia 15.05.2019

W sprawie wykonania testów specjalistycznych aparatu RTG do zdjęć panoramicznych przyjęto wyjaśnienie, z którego wynika, że w okresie od listopada 2017 r. do maja 2019 r. aparat był wyłączony z użytkowania (awaria mechaniczna) – zał. nr 2 do protokołu.

9. Umowa ubezpieczenia działalności leczniczej

Podmiot dopełnił obowiązku zawarcia umów ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych, co potwierdza przedłożone w trakcie kontroli:

1. Polisa ubezpieczenia OC podmiotów wykonujących działalność leczniczą nr 27917459 00186887, zawarta na okres od 29.05.2017 r. do 28.05.2018 r.,
2. Polisa ubezpieczenia OC podmiotów wykonujących działalność leczniczą nr 44018459001955179, zawarta na okres od 29.05.2018 r. do 28.05.2019 r.,

III. Podsumowanie kontroli

1. Wnioski osób wykonujących czynności kontrolne:

W zakresie objętym kontrolą nieprawidłowości nie stwierdzono.

2. Data i miejsce sporządzenia protokołu

Protokół sporządzono 29 maja 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. Szczegółowe zestawienie wykonanych badań.
2. Protokół z kontroli sprawdzającej.
3. Wyjaśnienie w sprawie testów specjalistycznych.

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:
Aleksandra Jarosz
Inspektor wojewódzki

Potwierdzenie zapoznania się z protokołem:

Ewa Rogowicz, Anna Jakubiak 7.06.2019 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

Ewa Rogowicz, Anna Jakubiak 7.06.2019 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

Ewa Rogowicz, Anna Jakubiak 7.06.2019 r.

(imię i nazwisko, podpis i data)

*niepotrzebne skreślić

Potwierdzenie odbioru 1 egz. protokołu:

Jeden egz. protokołu odebrano dnia 7.06.2019 r. Ewa Rogowicz, Anna Jakubiak

Podpisano:
Wz Dyrektora Agata Goździewińska
Kierownik Oddziału Nadzoru
w Ochronie 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.

