

## **Protokół kontroli problemowej**

podmiotu leczniczego przeprowadzonej w dniu 25 września 2012 r.

1. Informacje dotyczące podmiotu leczniczego:

ANDMED Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością ul. Zamkowa 1, 66-200 Świebodzin  
Numer księgi rejestrowej w RPWDL: 0000000026427, oznaczenie organu: W-08.

2. Adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych:

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej AndMed ul. Zamkowa 1, 66-200 Świebodzin

3. Skład zespołu kontrolnego:

- Grzegorz Prygoń - starszy inspektor w Wydziale Polityki Społecznej Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego, posiadający upoważnienie Wojewody Lubuskiego nr 289-1/2012 z dnia 23.08.2012 r. - przewodniczący zespołu,
- Teresa Sepska – inspektor w Wydziale Polityki Społecznej Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego, posiadająca upoważnienie Wojewody Lubuskiego nr 289-2/2012 z dnia 23.08.2012 r. - członek zespołu.

5. Przedmiot kontroli: ocena zgodności stanu organizacyjnego podmiotu leczniczego z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Lubuskiego oraz aktualności dokumentacji w tym zakresie zgodnie z art. 111 ust. 1 ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej.

6. Okres objęty kontrolą – od 03.10.2011 r.(data ostatniego wpisu do rejestru) do dnia kontroli.

7. Imię i nazwisko, stanowisko osoby udzielającej wyjaśnień:

Andrzej Krzysztof Michalski Prezes Zarządu ANDMED Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością.

8. Opis stwierdzonego stanu faktycznego.

ANDMED Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością ul. Zamkowa 1, 66-200 Świebodzin, została wpisana do rejestru Wojewody Lubuskiego w dniu 03.10.2011 r. pod nr księgi rejestrowej 08 – 00690. W Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonym przez Wojewodę Lubuskiego nadany został numer księgi 0000000026427.

Data rozpoczęcia działalności – 01.11.2011 r.

Przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej AndMed prowadzi działalność w budynku Lubuskiego Ośrodka Rehabilitacyjno Ortopedycznego przy ul. Zamkowej 1 w Świebodzinie przystosowanym dla osób niepełnosprawnych. Poradnia okulistyczna znajduje się w pomieszczeniu na parterze budynku wyposażonym w sprzęt i aparaturę niezbędną do prowadzenia powyższej działalności

leczniczej. Do dyspozycji ww. poradni jest znajdująca się obok poczekalnia, toalety dla personelu medycznego oraz toalety dla pacjentów. Poradnia okulistyczna wraz z gabinetem zabiegowym jest czynna we wtorki w godzinach 11<sup>00</sup> - 14<sup>00</sup>.

Podmiot leczniczy nie ma zawartego kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia, w związku z czym wykonuje wyłącznie odpłatne usługi medyczne zgodnie z cennikiem zawartym w regulaminie organizacyjnym podmiotu leczniczego.

Oznakowanie przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego oraz jednostek i komórek organizacyjnych jest zgodne z wpisem do rejestru.

Liczba jednostek organizacyjnych ogółem - 1 jest zgodna z wpisem do rejestru.

Liczba komórek organizacyjnych - 2 jest zgodna z wpisem do rejestru.

Przedsiębiorstwo nie ma nadanego 14 cyfrowego numeru REGON.

#### **Aktualność dokumentacji w podmiocie wykonującym działalność leczniczą :**

1. Akt notarialny, repertorium A nr 5447/2011, sporządzony w dniu 30.05.2011 r. w Kancelarii Notarialnej Paulina Jabłońska, Izabela Podsiadłowska-Skąpska Spółka Cywilna ul. Fredry 1/14 w Poznaniu będący aktem założycielskim spółki z ograniczoną odpowiedzialnością.

Odpis z Krajowego Rejestru Sądowego Rejestru Przedsiębiorców Numer KRS: 00393650.

Akta spr. str. 25-30

2. Regulamin organizacyjny podmiotu leczniczego – jest dostosowany do wymogów Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Akta spr. str. 31-48

3. Poradnia okulistyczna wraz z gabinetem zabiegowym prowadzi działalność w pomieszczeniu znajdującym się w budynku Lubuskiego Ośrodka Rehabilitacyjno Ortopedycznego przy ul. Zamkowej 1 w Świebodzinie na podstawie umowy dzierżawy z dnia (.....) zawartej z ww. Ośrodkiem na okres trzech lat.

Akta spr. str. 65-72

4. Decyzje, postanowienia właściwego inspektora sanitarnego dotyczące wymagań technicznych i sanitarnych dla prowadzonej działalności.

Decyzja Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Świebodzinie z dnia 08.09.2011 r. znak EP.412.121.2.1.11.MN stwierdzająca, że wskazane pomieszczenia Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej AndMed sp. z o. o. przy ul. Zamkowej 1 w Świebodzinie spełniają wymagania higieniczne i zdrowotne określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r.

Akta spr. str. 49-50

5. Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej.

Polisa uniwersalna Seria AA nr (.....) zawarta w dniu (.....) z Towarzystwem Ubezpieczeń INTER Polska S. A. z siedzibą w Warszawie na okres 01.10.2011 r. – 30.09.2012 r. Akta spr. str. 51-58

6. Wykaz personelu medycznego:

- Lekarz specjalista okulistyki – 1 osoba Akta spr. str. 59-60

7. Wykaz sprzętu medycznego i diagnostycznego w poradni okulistycznej znajduje się w aktach sprawy. Akta spr. str. 59-60

8. Wykaz liczby pacjentów oraz wykonanych świadczeń medycznych za rok 2012: Akta spr. str. 59-60

9. Andrzej Michalski złożył oświadczenie, że podmiot leczniczy ANDMED Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością z siedzibą ul. Zamkowa 1 w Świebodzinie zapewnia udzielanie świadczeń zdrowotnych wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny oraz spełniające wymagania zdrowotne określone w odrębnych przepisach.

Akta spr. str. 61-62

10. Andrzej Michalski złożył oświadczenie, że podmiot leczniczy ANDMED Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością z siedzibą ul. Zamkowa 1 w Świebodzinie stosuje wyroby odpowiadające wymaganiom ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Nr 107, poz. 679 oraz Dz. U. z 2011 r. Nr 102, poz. 586).

Akta spr. str. 63-64

**Stwierdzone nieprawidłowości:**

Podmiot leczniczy nie złożył do organu rejestrowego dokumentu ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej wraz z wnioskiem o dokonanie wpisu do rejestru w tym zakresie. Zgodnie z art. 25 ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2011r. Nr 112, poz. 654 z późn. zm.) Kierownik niezwłocznie, nie później niż w terminie 7 dni od zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej przekazuje organowi prowadzącemu rejestr dokumenty ubezpieczenia wraz z wnioskiem o dokonanie wpisu do rejestru w tym zakresie (art. 106, ust. 3, pkt 13 ww. ustawy). W przypadku, gdy umowa była zawarta w 2011 r., wniosek o wpis do rejestru należało złożyć w terminie 7 dni od dnia 1 stycznia 2012 r. (art. 212 ust. 1 ww. ustawy).

**Wnioski osób wykonujących czynności kontrolne:**

W dniu kontroli stan organizacyjny przedsiębiorstwa Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej AndMed był zgodny z wpisem do rejestru prowadzonego przez Wojewodę Lubuskiego. Nie została zgłoszona do rejestru aktualna polisa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.

Poinformowano kierownika zakładu, że w związku z wejściem w życie Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2011 r. Nr 112 poz.654 ze zm.) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 września 2011r. w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreśleń z tego rejestru (Dz. U. z 2011 r. Nr 221, poz.1319) i rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. z dnia 28 maja 2012 r. poz. 594), podmiot wykonujący działalność leczniczą, wpisany do rejestru, zobowiązany jest dostosować działalność i dokumentację rejestrową oraz stan w księdze rejestrowej do wymogów ww. przepisów **w terminie do 31 grudnia 2012 r.**

Na tym kontrolę zakończono. O przeprowadzonej kontroli zespół kontrolny dokonał adnotacji w książce kontroli pod poz. nr 1.

Kontrolę przeprowadzono na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2011r. Nr 112, poz. 654 z późn. zm.), oraz ustawy z dnia 2 lipca 2004r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2010r., Nr 220, poz. 1447 z późn. zm.), rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 lipca 2004r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych dla zakładów opieki zdrowotnej oraz szczegółowych zasad ich nadawania (Dz. U. z 2004r. nr 170, poz.1797 z późn. zm.), rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. z dnia 28 maja 2012 r., poz. 594); rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 września 2011r. w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreśleń z tego rejestru (Dz. U. z 2011r. Nr 221, poz. 1319).

**Pouczenie:** Jeżeli po sporządzeniu protokołu, a przed jego podpisaniem kierownik podmiotu wykonującego działalność leczniczą zgłosi umotywowane zastrzeżenia co do faktów stwierdzonych w trakcie kontroli i opisanych w protokole, osoby wykonujące czynności kontrolne są obowiązane zbadać dodatkowo te fakty i uzupełnić protokół.

Kierownik podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w terminie 7 dni od dnia otrzymania protokołu, ma prawo do wniesienia zastrzeżeń co do sposobu przeprowadzenia czynności kontrolnych oraz ustaleń zawartych w protokole.

**Protokół sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, z których:**

- jeden egz. otrzymał Andrzej Michalski – kierownik przedsiębiorstwa.
- drugi egz. wraz z dowodami pozostawiono w aktach Oddziału Polityki Społecznej w Delegaturze Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego w Zielonej Górze.
- kopie akt (potwierdzone za zgodność z oryginałem) pozostawiono w aktach Wydziału Polityki Społecznej Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego w Gorzowie Wlkp.

Data i miejsce sporządzenia protokołu:

Zielona Góra, dnia 4 października 2012 r.

Podpisy osób kontrolujących:

1.....

2.....

**Nie wnoszę zastrzeżeń do treści protokołu**

Miejscowość.....data.....

Podpis.....

*/Pieczętka podmiotu leczniczego  
oraz podpis właściciela zakładu  
lub osoby upoważnionej /*

**Odmawiam podpisania protokołu z powodu**

.....  
.....

Miejscowość.....data.....

Podpis.....

*/Pieczętka podmiotu leczniczego  
oraz podpis właściciela zakładu  
lub osoby upoważnionej /*

Do akt kontroli dołączono:

- |   |                      |
|---|----------------------|
| – zawiadomienie o kontroli podmiotu tworzącego zakład | - akta spr.str. 1-2  |
| – upoważnienia do kontroli                            | - akta spr.str. 3-6  |
| – oświadczenia do kontroli                            | - akta spr.str. 7-10 |
| – program kontroli                                    | akta spr. str. 11-16 |
| – wydruk z księgi rejestrowej                         | akta spr.str. 17-24  |

*Sporządził:*

*Grzegorz Prygoń*

(...) Wyłączenia dokonał zespół kontrolny na podstawie art. 5 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. Nr 112, Nr 1198 ze zm.)