

**Protokół kontroli problemowej**  
**podmiotu leczniczego**  
**z dnia 7 maja 2013r.**

**1. Imię i nazwisko oraz adres miejsca zamieszkania albo firma oraz adres siedziby:**

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „PULS” S.C.

*ul. Stanisława Wyspiańskiego 23, 65-001 Zielona Góra*

Nr księgi w RPWDL 000000004033-W-08

**2. Adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych:**

*Przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego: Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „PULS” Spółka Cywilna ul. Stanisława Wyspiańskiego 23 w Zielonej Górze*

*Miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych:*

- 1. Gabinet medycyny szkolnej przy SP nr 21 ul. Osiedle Pomorskie 13 w Zielonej Górze*
- 2. Gabinet medycyny szkolnej przy SP nr 17 ul. Staffa 10 w Zielonej Górze*
- 3. Gabinet medycyny szkolnej przy SP nr 15 ul. Lisia 37 w Zielonej Górze*
- 4. Gabinet medycyny szkolnej przy SP nr 11 ul. Spawaczy 3D w Zielonej Górze*
- 5. Gabinet medycyny szkolnej przy PSP ul. Szkolna 1 w Drzonkowie*
- 6. Gabinet medycyny szkolnej przy ZSA ul. Kisielińska 18 w Zielonej Górze*
- 7. Gabinet medycyny szkolnej przy ZSE ul. Długa 5 w Zielonej Górze*
- 8. Gabinet medycyny szkolnej przy Gimnazjum nr 6 ul. Chopina 18 w Zielonej Górze*
- 9. Gabinet medycyny szkolnej przy ZSZ ul. Botaniczna 66 w Zielonej Górze*
- 10. Gabinet medycyny szkolnej przy ZSO i Sportowych ul. Stanisława Wyspiańskiego 23 w Zielonej Górze*
- 11. Gabinet medycyny szkolnej przy SP nr 8 ul. Kąpielowa 7 w Zielonej Górze*
- 12. Gabinet medycyny szkolnej przy ZSZ PBO Sp. z o.o. ul. Botaniczna 75 w Zielonej Górze*

**3. Data rozpoczęcia czynności kontrolnych - 7 maja 2013r.**

**Data zakończenia czynności kontrolnych - 7 maja 2013r.**

**4. Zespół kontrolny w składzie:**

a) **Eliza Kowal** – starszy inspektor w Wydziale Polityki Społecznej Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego, Przewodnicząca Zespołu, posiadająca upoważnienie Wojewody Lubuskiego Nr 157-1/2013 z dnia 30 kwietnia 2013r.

b) **Grzegorz Prygoń** – starszy inspektor w Wydziale Polityki Społecznej Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego, Członek Zespołu, posiadający upoważnienie Wojewody Lubuskiego Nr 157-2/2013 z dnia 30 kwietnia 2013r.

- **Przedmiot kontroli:** Ocena zgodności stanu organizacyjnego podmiotu leczniczego, przedsiębiorstw, jednostek i komórek organizacyjnych z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Lubuskiego oraz aktualności dokumentacji w tym zakresie zgodnie z ustawą o działalności leczniczej.

- **Okres objęty kontrolą** - od 1.07.2011r. do dnia kontroli.
- **Imię i nazwisko, stanowisko osoby udzielającej wyjaśnień:**

Maria Jaroni – współniczka Spółki

- **Opis stwierdzonego stanu faktycznego**

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „PULS” S.C. w Zielonej Górze przy ul. Stanisława Wyspiańskiego 23 został wpisany do rejestru zakładów opieki zdrowotnej decyzją Wojewody Lubuskiego z dnia 10 września 1999r.

W Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą nadany został numer księgi rejestrowej : 000000004033-W-08.

Od dnia wprowadzenia przepisów ustawy o działalności leczniczej podmiot leczniczy nie był kontrolowany przez Wojewodę Lubuskiego w zakresie wpisu do księgi rejestrowej.

Data rozpoczęcia działalności – 01.01.2000r.

Data zmiany wpisu do rejestru – 29.01.2013r.

Siedziba przedsiębiorstwa: Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „PULS” S.C. przy ul. Wyspiańskiego 23 w Zielonej Górze czynny jest:

Poniedziałek, wtorek czwartek 8<sup>00</sup> - 14<sup>00</sup>

Środa 13<sup>00</sup> - 15<sup>00</sup>

Piątek 8<sup>00</sup> - 15<sup>00</sup>

świadczenia zdrowotne, w poszczególnych komórkach organizacyjnych, udzielane są zgodnie z harmonogramem.

**Zgodność danych podmiotu leczniczego, przedsiębiorstw, jednostek i komórek organizacyjnych podmiotu leczniczego z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Lubuskiego:**

- Pomieszczenia przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego są oznakowane.
- Liczba jednostek organizacyjnych ogółem - **1** zgodna w tym :
  - jednostki org. **nie wpisane** do rejestru: nie dotyczy.
  - jednostki org., które **nie prowadzą** działalności : nie dotyczy
- Liczba komórek organizacyjnych - **12** zgodna w tym:
  - komórki org. **nie wpisane** do rejestru: nie dotyczy
  - komórki org., **które nie prowadzą** działalności : nie dotyczy

**Inne ustalenia kontroli :**

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „PULS” S.C. mieści się w budynku przy ul. Wyspiańskiego 23 w Zielonej Górze. W przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego znajduje się gabinet pielęgniarstwa.

#### Podmiot leczniczy

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

W przedsiębiorstwie: Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „PULS” S.C. świadczy usługi: pięć pielęgniarek, 2 położne i 1 higienistka. Wszyscy pracownicy mają ukończony kurs kwalifikacyjny dla pielęgniarek w środowisku nauczania i wychowania.

Sprawdzono dokumenty specjalizacyjne i prawo wykonywania zawodu 2 pielęgniarek.

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

- Regulamin organizacyjny podmiotu leczniczego – dostosowany do ustawy o działalności leczniczej. - akta spr. str. 21-28

Brak w regulaminie cennika usług co narusza – art. 24 ust. 1 pkt 12 ustawy o działalności leczniczej w brzmieniu „w regulaminie organizacyjnym podmiotu wykonującego działalność leczniczą określa się w szczególności wysokość opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być, zgodnie z przepisami ustawy lub przepisami odrębnymi, udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością.”

Informacja o nie pobieraniu opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej zawarta w § 9 regulaminu organizacyjnego nie została podana do wiadomości pacjentów w sposób zwyczajowo przyjęty.

- Postanowienie PPiS w Zielonej Górze z 12 lipca 2007r. nr NS-EP-4130/20/07 wydające pozytywną opinię sanitarną dotyczącą 10 gabinetów profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej - akta spr. str. 29-30
- Postanowienie PPiS w Zielonej Górze z 21 sierpnia 2008r. nr NS-EP-4130/20/08 wydające pozytywną opinię sanitarną dotyczącą gabinetu profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej mieszczącego się na parterze budynku bursy szkolnej w Zielonej Górze przy ul. Botanicznej 75 - akta spr. str. 31-32
- Postanowienie PPiS w Zielonej Górze z 28 września 2007r. nr NS-EP-4130/27/07 wydające pozytywną opinię sanitarną dotyczącą gabinetu profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej mieszczącego się w Szkole Podstawowej Nr 18 przy ul. Kąpielowej 7 w Zielonej Górze - akta spr. str. 33-34
- Polisa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zawarta 17.12.2012r. na okres od 1.01.2013r. do 31.12.2013r. została zawarta na kwotę zgodną z rozporządzeniem Ministra Finansów z 22.12.2011r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności

cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. Nr 293 poz. 1729). Zachowana została ciągłość ubezpieczenia.

- akta spr. str. 35-44

#### **Dokumentacja uzupełniająca pobrana na miejscu:**

- Wykaz personelu, sprzętu medycznego i wykonanych świadczeń

- akta spr. str. 45-48

#### **Stwierdzone nieprawidłowości:**

1. Brak w regulaminie cennika usług, co narusza – art. 24 ust. 1 pkt 12 ustawy o działalności leczniczej
2. Informacja o nie pobieraniu opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej zawarta w § 9 regulaminu organizacyjnego nie została podana do wiadomości pacjentów w sposób zwyczajowo przyjęty, co narusza art. 24 ust 2 ww. ustawy.

#### **Wyjaśnienia wniesione do protokołu**

Polisa OC została wysłana do organu rejestrowego 21 grudnia 2012r.

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

W dniu kontroli stan organizacyjny był zgodny z wpisem do rejestru prowadzonego przez Wojewodę Lubuskiego.

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 (t.j. Dz. U. z 2013r., poz. 217) oraz ustawy z dnia 2 lipca 2004r. o swobodzie działalności gospodarczej (tj. z 2010r. Dz. U. Nr 220, poz. 1447 z późn. zm.), a także rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. z 2012r. 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 ze zm.) oraz rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. Nr 293, poz. 1729).

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:**

- 1 egz. przekazano podmiotowi leczniczemu
- 2 egz. wraz z dowodami pozostawiono w aktach Delegatury 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 8 maja 2013r.

Podpisy osób kontrolujących:

1. Eliza Kowal

2. Grzegorz Prygoń

**Nie wnoszę zastrzeżeń do treści protokołu**

Miejscowość Zielona Góra

data 19.06.2013r.

Podpis

Maria Jaroni

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

**Odmawiam podpisania protokołu z powodu.....**

.....

Miejscowość.....data.....

Podpis.....

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

Do akt kontroli dołączono:

- |                                  |                        |
|----------------------------------|------------------------|
| - upoważnienia do kontroli       | - akta spr. str. 1-4   |
| - oświadczenia do kontroli       | - akta spr. str. 5-8   |
| - program kontroli               | - akta spr. str. 9-18  |
| - powiadomienie przedsiębiorstwa | - akta spr. str. 19-20 |

Sporządziła: Eliza Kowal