

**WIELKOPOLSKI  
URZĄD WOJEWÓDZKI  
w Poznaniu**

WYDZIAŁ ZDROWIA

ZD-IV.9612.33.2019.6

**Protokół z kontroli planowej problemowej w podmiocie leczniczym o nazwie:  
CENTRUM REHABILITACJI „TĘCZA” M.WOJCIECHOWSKI, D. SZTUKA –  
ROMANOW S.C., os. Orła Białego 46, 61-251 Poznań**

**I. Informacje i ustalenia ogólne**

**1. Kontrolowany podmiot leczniczy**

Nazwa i adres kontrolowanego zakładu leczniczego: CENTRUM REHABILITACJI „TĘCZA”,  
os. Orła Białego 46, 61-251 Poznań

RPWDL: 000000025885 W-30

Data wpisu do rejestru RPWDL: 10.08.2011 r.

Forma organizacyjno - prawna: 0800 – spółka cywilna

Data rozpoczęcia działalności leczniczej: 10.08.2011 r.

Miejsce udzielania świadczeń: os. Orła Białego 46 w Poznaniu

**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) Bartosz Rykowski – inspektor wojewódzki,

legitymujący się upoważnieniem do przeprowadzenia kontroli, znak: KN-II.0030.248.2019.1,  
z dnia 15.07.2019 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 stanowiącej 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 2019 rok. Czynności kontrolne rozpoczęto w dniu 26 lipca 2019 r. i zakończono w dniu 26 sierpnia 2019 r. W podmiocie leczniczym czynności kontrolne realizowano w dniu 26 lipca 2019 r.

**3. Przedmiot i zakres kontroli**

Przedmiotem kontroli była formalna ocena zgodności wykonywanej działalności z przepisami prawa.

Okres objęty kontrolą: od 1 stycznia 2018 r. do dnia zakończenia kontroli.

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

Kierownikiem podmiotu leczniczego jest XXXX XXXX XXXXXXXXXXXXXXXX. W trakcie kontroli podmiot leczniczy reprezentowała Pani Dorota Sztuka – Romanow współnik spółki cywilnej tworzącej podmiot.

## **5. Czynności wstępne i ustalenia organizacyjne**

W dniu 26 lipca 2019 r., przed przystąpieniem do czynności kontrolnych, Pani Dorocie Sztuka - Romanow 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**

Kierownik podmiotu leczniczego opracował Regulamin organizacyjny, 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 do wiadomości pacjentów informację o rodzaju i zakresie udzielanych świadczeń zdrowotnych, informację o wysokości opłaty za udostępnianie dokumentacji medycznej, oraz cennik opłat za świadczenia zdrowotne które mogą być, zgodnie z przepisami ustawy lub przepisami odrębnymi udzielane za częściową lub całkowitą odpłatnością, co stanowi realizację art. 14 ust.1 i 24 ust. 2 ustawy 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 szczegółowe faktury. Dokonano weryfikacji następujących faktur: 23/19, 24/19, 28/19, 32/19, 34/19, 35/19, 37/19, 39/19, 40/19, 41/19, 42/19, 45/19, 46/19, 47/19. Wysokość opłaty pobranej od pacjentów była zgodna z obowiązującym cennikiem.

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

Na dzień kontroli faktyczna struktura organizacyjna podmiotu była 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 rehabilitacji ambulatoryjnej (33 rehabilitacja medyczna, 105 fizjoterapia).

W podmiocie świadczenia zdrowotne udzielane są w ramach umowy z WOW NFZ oraz komercyjnie od poniedziałku do piątku 8.00 -18.00.

Liczba przyjętych pacjentów w okresie objętym kontrolą:

	<b>2018</b>	<b>2019</b>
<b>Pacjenci zapisani</b>	1460	1319
<b>Liczba kartotek</b>	1208	1122

### **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).

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

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

Przedłożono umowę najmu lokalu użytkowego, zawartą w dniu 05.04.2011 r. pomiędzy Spółdzielnią Mieszkaniową „Osiedle Młodych” w Poznaniu, Os. Piastowskie 16, a XXXXXX

XXXXXXXXXXXX. Przedmiot najmu stanowi lokal użytkowy położony w Poznaniu os. Orła Białego 46o powierzchni użytkowej 103,5 m2 przeznaczony na gabinet rehabilitacji. Umowa zostaje zawarta na czas nieokreślony. Zgodnie z Aneksm nr 2 z dnia 09.02.2012 r. następuje zmiana najemców na XXXXXX XXXXXX – XXXXXXXXXXXX i XXXXXXX XXXXXXXXXXXXXXX.

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

Pomieszczenia podmiotu uzyskały w dniu 12 lutego 2011 r. pozytywną Decyzję Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Poznaniu, znak HK1-423/13/2/9-1/11, zgodnie z którą spełniają wymogi rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie wymagań jakim powinny odpowiadać od względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 31, poz. 158).

W dniu 7 września 2018 r. PPIS w Poznaniu wydał dla kontrolowanego podmiotu Decyzję znak: HK1-423/13/2/9-1920/18, w której nakazuje w terminie do 29 marca 2019 r.:

- Wyposażyć salę kinezyterapii w umywalkę z baterią z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie, dozownik ze środkiem do dezynfekcji rąk, pojemnik z ręcznikami jednorazowego użytku i pojemnik na zużyte ręczniki.

Wizytacja pomieszczeń wykazała, że zalecenia te zostały zrealizowane. Potwierdza to również protokół z kontroli sprawdzającej przeprowadzonej w dniu 15.05.2019 r. – zał. nr 1 do protokołu,

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

Siedziba podmiotu mieści się w Poznaniu, Os. Orła Białego 46 w budynku wielokondygnacyjnym mieszkalnym, na poziomie parteru. Pomieszczenia podmiotu są trwale oddzielone od innych użytkowników budynku. Wejście do podmiotu bez barier architektonicznych.

W skład podmiotu wchodzi następujące pomieszczenia:

- Poczekalnia dla pacjentów z dostępnymi miejscami siedzącymi oraz miejscem na okrycia wierzchnie i centralnie położoną rejestracją. Dostępne miejsce na wózki dziecięce i inwalidzkie.
- Gabinet masażu wyposażony zgodnie z profilem udzielanych świadczeń (umywalka, stół do masażu).
- Gabinet krioterapii - wyposażony zgodnie z profilem udzielanych świadczeń (aparat do krioterapii, umywalka, kozetka).
- Gabinet fizykoterapii podzielony na 3 boksy, każde stanowisko wyposażone w kozetkę i odpowiedni sprzęt do fizykoterapii.
- Sala kinezyterapii wyposażona w UGUL z osprzętem, umywalkę do mycia rąk.
- Szatnia dla pacjentów.
- Węzeł sanitarny dla pacjentów.
- Pomieszczenie socjalne z toaletą dla personelu.

We wszystkich pomieszczeniach podłoga i ściany wykonane z materiałów trwałych i łatwych do utrzymania w czystości.

#### **6. Personel medyczny**

W podmiocie leczniczym świadczeń zdrowotnych udziela 5 fizjoterapeutów w tym jeden specjalista w dziedzinie rehabilitacji ruchowej. Szczegółowe zestawienie kwalifikacji zawodowych i zdrowotnych personelu zawiera załącznik nr 2 do protokołu. 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.

#### **7. Stosowane wyroby medyczne**

Na wyposażeniu podmiotu leczniczego znajduje się:

- Aparat Polaris 2 PM 2 PM 2 410411 , firma: ASTAR ABR, paszport techniczny zawiera wpisy przeglądów technicznych aparatu z częstotliwością co 12 m-cy, ostatni przegląd 28.05.2019 r.

- Aparat MAGNER PLUS, producent ASTAR APBR, paszport techniczny zawiera wpisy przeglądów technicznych aparatu z częstotliwością co 12 m-cy, ostatni przegląd 25.05.2019 r.
- Aparat TENS EV-904 nr 11034086 producent EVERY WAY, paszport techniczny zawiera wpisy przeglądów technicznych aparatu z częstotliwością co 12 m-cy, ostatni przegląd 28.05.2019 r.,
- Krioterapeutyczne urządzenie rehabilitacyjne KRIOSAN N-30 paszport techniczny zawiera wpisy przeglądów technicznych aparatu z częstotliwością co 12 m-cy, ostatni przegląd 28.05.2019 r.,
- Aparat ARIES AM 4 03.04.11 rok produkcji: 2011, producent ASTAR ABR, paszport techniczny zawiera wpisy przeglądów technicznych aparatu z częstotliwością co 12 m-cy, ostatni przegląd 28.05.2019 r.,
- Aparat SONARIS SM4 04.03.11 producent ASTAR ABR, paszport techniczny zawiera wpisy przeglądów technicznych aparatu z częstotliwością co 12 m-cy, ostatni przegląd 28.05.2019 r.,
- Lampa solux LUMINA 4L SI 15.05.11 producent ASTAR ABR, paszport techniczny zawiera wpisy przeglądów technicznych aparatu z częstotliwością co 12 m-cy, ostatni przegląd 28.05.2019 r.

## **8. Umowa ubezpieczenia działalności leczniczej**

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

- Umowa ubezpieczenia nr 1016180450, zawarta na okres od 1.01.2018 r. do 31.12.2018, - zał.nr 3 do protokołu,
- Umowa ubezpieczenia nr 1016180450, zawarta na okres od 1.01.2019 r. do 31.12.2019, - zał.nr 4 do protokołu.

## **II. Podsumowanie kontroli**

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

W zakresie objętym kontrolą nie stwierdzono nieprawidłowości.

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

Protokół sporządzono 26 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.

### **4. Załączniki:**

1. Protokół z kontroli sprawdzającej z dnia 17.04.2019 r.
2. Wykaz personelu medycznego.
3. Polisa ubezpieczenia OC 2018 rok.
4. Polisa ubezpieczenia OC 2019 rok.

### **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:

Anna Kaczmarkiewicz  
Inspektor wojewódzki

Bartosz Rykowski  
Inspektor Wojewódzki

### Potwierdzenie zapoznania się z protokołem:

Dorota Sztuka – Romanow, Maciej Wojciechowski  
*(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

Dorota Sztuka – Romanow, Maciej Wojciechowski  
*(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

Dorota Sztuka – Romanow, Maciej Wojciechowski  
*(imię i nazwisko, podpis i data)*

\*niepotrzebne skreślić

### Potwierdzenie odbioru 1 egz. protokołu:

Jeden egz. protokołu odebrano dnia: 28.08.2019 r. Dorota Sztuka – Romanow,  
Maciej Wojciechowski

Podpisano:  
Damian Marciniak  
Dyrektor Wydziału Zdrowia

Zanonimizowała Anna Kaczmarkiewicz, inspektor wojewódzki, 05.09.2019 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.