

WYDZIAŁ ZDROWIA

**Protokół z kontroli planowanej problemowej w podmiocie leczniczym o nazwie:**  
Centrum Rehabilitacji i Fizykoterapii M. Maleszka Spółka Jawna, ul. Wysocka 13,  
63-400 Ostrów Wielkopolski

## **I. Informacje i ustalenia ogólne**

### **1. Kontrolowany podmiot leczniczy**

Nazwa i adres kontrolowanego zakładu leczniczego: Centrum Rehabilitacji i Fizykoterapii,  
ul. Wysocka 13, 63-400 Ostrów Wielkopolski

RPWDL: 000000026872 W-30

Data wpisu do rejestru: 13.02.2012 r.

Forma organizacyjno-prawna: 0900 – spółka jawna

Data rozpoczęcia działalności leczniczej: 01.02.2012 r.

Miejsce udzielania świadczeń: Ostrów Wielkopolski.

### **2. Dane dotyczące kontroli oraz osób wykonujących czynności kontrolne**

Organem, któremu przysługuje ustawowo prawo do 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 wykonywały:

1. Małgorzata Taborowska – specjalista, przewodnicząca zespołu,
2. Barbara Kurek – starszy specjalista, członek zespołu,

legitymujące się upoważnieniem do przeprowadzenia kontroli, znak KN-II.0030.85.2019.1, z dnia 1 marca 2019 roku, wydanym przez Wojewodę Wielkopolskiego, na podstawie art. 111 ust. 1 i 2 ustawy o działalności leczniczej.

Treść protokołu podlega udostępnieniu zgodnie z ustawą z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (t.j. 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 (t.j. Dz. U. z 2018 r., poz.1000).

Kontrolę planową problemową przeprowadzono zgodnie z planem kontroli na rok 2019. Czynności kontrolne rozpoczęto w dniu 14 marca 2019 roku i zakończono sporządzeniem protokołu w dniu 20 marca 2019 roku. Czynności kontrolne w podmiocie leczniczym realizowano w dniu 14 marca 2018 roku.

### **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 reprezentującej podmiot podczas kontroli**

Kierownikiem podmiotu leczniczego jest Pani Maria Maleszka, mgr rehabilitacji (współwłaściciel spółki), zgodnie z zapisem w Regulaminie Organizacyjnym podmiotu (dział XI pkt 1).

Podmiot podczas kontroli reprezentował Pan Lechosław Maleszka – współwłaściciel.

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

W dniu 14 marca 2019 r., przed przystąpieniem do czynności kontrolnych, przekazano Panu Lechosławowi Maleszka (współwłaścicielowi), upoważnienie do kontroli, znak: KN–II.0030.85.2019.1, z dnia 01.03.2019 r., zawierające pouczenie o prawach i obowiązkach kontrolowanego, umożliwiając zapoznanie się z pouczeniem. Fakt otrzymania upoważnienia ww. potwierdził składając podpis na powyższym dokumencie. Ponadto przedstawiono przedmiot i zakres kontroli, podstawę prawną jej prowadzenia oraz określono organizację kontroli.

## **II. Opis stanu faktycznego i ustalenia**

### **1. Regulamin Organizacyjny podmiotu leczniczego**

Kontrolującym przedłożono Regulamin Organizacyjny podmiotu, z dnia 27.10.2017 r., sporządzony przez kierownika podmiotu, co jest zgodne z art. 23 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej.

Do wiadomości publicznej podano informację przez wywieszenie w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych o rodzaju działalności leczniczej i zakresie udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz podano do wiadomości pacjentów informację o wysokości opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych, co jest zgodne z art. 14 ust 1 i art. 24 ust 2 ustawy o działalności leczniczej.

Podmiot realizuje tylko i wyłącznie świadczenia zdrowotne w ramach kontraktu z NFZ i nie wystawiał w okresie objętym kontrolą rachunków na wniosek pacjenta, w których wyszczególnia się zrealizowane procedury diagnostyczne i terapeutyczne zgodnie z art. 24 ust 2 ustawy o działalności leczniczej.

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

Faktyczna struktura organizacyjna podmiotu jest zgodna z wpisem do RPWDL. Funkcjonuje jednostka organizacyjna o nazwie Centrum rehabilitacji i fizykoterapii (01) oraz jedna komórka organizacyjna o nazwie Dział fizjoterapii (001).

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

Zgodnie ze stanem faktycznym podmiot prowadzi działalność leczniczą polegającą na ambulatoryjnych świadczeniach zdrowotnych z rehabilitacji ambulatoryjnej (HC.2.3) i rehabilitacji w domu pacjenta (HC.2.4), w dziedzinie: fizjoterapia 105.

Na podstawie wykazu sporządzonego w podmiocie (zał. nr 1) ustalono, że w okresie objętym kontrolą, przyjęto XXX pacjentów ambulatoryjnie, przy czym nie udzielono świadczeń zdrowotnych w domu pacjenta. Wykonano XXX świadczeń zdrowotnych, które szczegółowo wykazano w tabeli poniżej.

Rodzaj zabiegu	Liczba wykonań
----------------	----------------

Przyjęcia pacjentów odbywają się od poniedziałku do piątku w godzinach od 8:00 do 18:00 po wcześniejszym umówieniu telefonicznym lub w rejestracji.

### **4. Prawa pacjenta**

W siedzibie podmiotu leczniczego, 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.). Kontrolujące poinformowały o uaktualnieniu ww. informacji.

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

### Tytuł prawny do budynku i lokalu

Pomieszczenia, w których funkcjonuje podmiot leczniczy są wynajmowane. Przedłożono umowę najmu, zawartą XXX. Przedmiotem umowy jest wynajem lokalu użytkowego (budynku) Przychodni Rehabilitacyjnej o powierzchni 128 m<sup>2</sup> z przeznaczeniem na gabinety rehabilitacyjne. Umowę zawarto na czas nieokreślony.

### Dokumenty właściwego terenowo i rzeczowo organu sanitarnego

Kontrolującym przedłożono Decyzję Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Ostrowie Wielkopolskim, znak: ON.HK-423/13-6-1(1)-75/12, z dnia 06.02.2012 roku, w której stwierdza się spełnianie wymagań do udzielania świadczeń leczniczych w zakresie fizjoterapii (zał. nr 2) oraz przedłożono Protokół z kontroli organu sanitarnego, znak: ON-HK.466.5.316.2016, co potwierdza, że pomieszczenia i urządzenia kontrolowanego podmiotu leczniczego spełniają wymogi określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26.06.2012 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012 r. poz. 739).

### Wizytacja pomieszczeń podmiotu leczniczego.

W dniu 14 marca 2019 roku dokonano wizytacji pomieszczeń kontrolowanego podmiotu. Pomieszczenia znajdują się w budynku parterowym. Wejście do budynku bez barier architektonicznych. W skład pomieszczeń wchodzi:

- poczekalnia dla pacjentów z miejscami siedzącymi,
- rejestracja pacjentów z szafkami do przechowywania dokumentacji medycznej (szafki zamykane na klucz),
- sala do kinezyterapii (UGUL),
- gabinet do masażu suchego,
- pomieszczenie do fizykoterapii, w którym wydzielono 5 boksów (laseroterapia, ultradźwięki, sonar, lampa Sollux),
- gabinet do magnetoterapii,
- gabinet wyposażony w wanny do wirówek kończyn górnych i dolnych,
- toaleta dla pacjentów przystosowana dla osób niepełnosprawnych.

W części podziemnej znajdują się pomieszczenia socjalne i szatnia dla pracowników oraz pomieszczenia gospodarcze.

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

W celu potwierdzenia zapewnienia właściwego poziomu i jakości świadczeń zdrowotnych (diagnostyki, leczenia pacjentów i ciągłości postępowania) oraz wymagań sanitarno-higienicznych, przyjęto od Pana Lechosława Maleszka wyjaśnienie w sprawie zaopatrzenia w gaz medyczny, niezbędny do wykonania krioterapii punktowej. Z wyjaśnienia wynika, że kontrolowany podmiot leczniczy zaopatruje się w gaz medyczny w firmie XXX. Wyjaśnienie stanowi zał. nr 3 do protokołu.

## **7. Personel medyczny**

W podmiocie świadczeń zdrowotnych udziela 3 fizjoterapeutów (1 mgr rehabilitacji ruchowej – dr nauk medycznych o kulturze fizycznej, 1 mgr fizykoterapii, 1 licencjat fizjoterapii).

Personel medyczny spełnia wymogi kwalifikacyjne oraz zdrowotne, co szczegółowo przedstawiono w wykazie będącym załącznikiem nr 4 do protokołu.

Powyższe jest zgodne z art. 17 ust. 1 pkt 3 ustawy o działalności leczniczej.

## **8. Stosowane wyroby medyczne**

Na wyposażeniu zakładu leczniczego znajduje się sprzęt i aparatura medyczna, które są zgodne z profilem udzielanych świadczeń zdrowotnych. Sprzęt jest własnością podmiotu i posiada aktualne przeglądy techniczne, co jest zgodne z art. 17 ust. 1 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej.

Sprzęt i aparaturę medyczną opisano szczegółowo w wykazie stanowiącym zał. nr 5 do protokołu.

## **9. Umowa ubezpieczenia**

Podmiot leczniczy przedłożył kontrolującą umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych, za okres od 01.11.2017 roku do 31.10.2017 roku, XXX oraz za okres od 01.11.2018 roku do 31.10.2019 roku, XXX.

Powyższe jest zgodne z art. 17 ust. 1 pkt 4a oraz z art. 25 ust 2 ustawy o działalności leczniczej.

## **III. Podsumowanie kontroli.**

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

W zakresie objętym kontrolą nieprawidłowości nie stwierdzono.

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

Protokół sporządzono w dniu 20 marca 2019 roku w Wydziale Zdrowia Wielkopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Poznaniu, Delegatura Kalisz, ul. Kolegialna 4, 62-800 Kalisz.

### **3. Wpis do książki kontroli**

Przeprowadzenie kontroli potwierdzono wpisem do księgi kontroli pod pozycją nr 10.

### **4. Spis załączników:**

- 1). Wykaz wykonanych świadczeń zdrowotnych.
- 2). Kopia Decyzji PPIS.
- 3). Protokół przyjęcia wyjaśnienia w sprawie zaopatrzenia w gaz medyczny.
- 4). Wykaz kwalifikacji i spełniania wymagań zdrowotnych personelu medycznego.
- 5). Wykaz aparatury i sprzętu medycznego.

### **5. Dane o liczbie egzemplarzy protokołu i ich przeznaczeniu**

Protokół sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach z przeznaczeniem dla:

egz. nr 1 – kontrolowany podmiot leczniczy,

egz. nr 2 – aa

## **6. Podpisy i oświadczenia.**

### **Podpisy osób wykonujących czynności kontrolne:**

Przewodnicząca zespołu:

Członek zespołu:

20.03.2019 r., Małgorzata Taborowska

20.03.2019 r., Barbara Kurek

**Potwierdzenie zapoznania się z protokołem:** 04.04.2019 r., Lechosław Maleszka

### **Oświadczenia:**

1. Oświadczam, że ~~zgłaszam zastrzeżenia/~~ nie zgłaszam zastrzeżeń,\* co do faktów stwierdzonych w trakcie kontroli i opisanych w niniejszym protokole.

04.04.2019 r., Lechosław Maleszka

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.

04.04.2019 r., Lechosław Maleszka

**\*niepotrzebne skreślić**

**Potwierdzenie odbioru 1 egz. Protokołu:**

01.04.2019 r., Lechosław Maleszka

Zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r.,  
poz. 1000), poszczególne treści dokumentu zostały objęte anonimizacją.

Przygotowała: Małgorzata Taborowska, specjalista, 08.04.2019 r.