

**Protokół z kontroli planowej problemowej  
podmiotu leczniczego: REHASPORT DIAGNOSTYKA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ  
ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ, ul. Krzysztofa Żegockiego 10, 61-693 Poznań**

**I. Informacje i ustalenia ogólne**

**1. Kontrolowany podmiot wykonujący działalność leczniczą**

Nazwa i adres zakładu leczniczego (wg RPWDL): Rehasport Diagnostyka, ul. Górecka 30, 60-201 Poznań

Numer w RPWDL: 000000184597 W-30

Data wpisu do RPWDL: 17.06.2016 r.

Forma organizacyjno-prawna: 1300 - spółka z ograniczoną odpowiedzialnością

Data rozpoczęcia działalności: 20.06.2016 r.

**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 wykonywały:

- 1) Agnieszka Majchrowska - starszy specjalista, przewodnicząca zespołu,
- 2) Wiesława Ryniec - specjalista,

legitymujące się upoważnieniem do przeprowadzenia kontroli, znak: KN-II.0030.145.2018.1, z dnia 10.04.2018 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 2016 r., poz. 1764 ze zm.), oprócz informacji stanowiących dane osobowe w rozumieniu ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r., poz. 922 ze zm.).

Kontrolę planową problemową przeprowadzono zgodnie z planem kontroli na 2018 rok. Czynności kontrolne w podmiocie rozpoczęto i zakończono w dniu 24 kwietnia 2018 r.

**3. Przedmiot i zakres kontroli**

Przedmiot kontroli obejmował formalną ocenę zgodności wykonywanej działalności z przepisami prawa.

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

Kierownikiem podmiotu leczniczego jest Pan XXXX XXXXX. W trakcie kontroli podmiot reprezentowali: Pani XXXX XXXXX i Pan XXXX XXXXX, upoważnieni przez Zarząd do reprezentowania spółki, podpisywania dokumentów i składania oświadczeń woli (załącznik nr 1 do protokołu).

**5. Czynności wstępne i ustalenia organizacyjne**

W dniu 24 kwietnia 2018 r., przed przystąpieniem do czynności kontrolnych, Panu XXXX XXXXX przedłożono upoważnienie do przeprowadzenia kontroli, zawierające pouczenie o prawach i obowiązkach kontrolowanego, umożliwiając zapoznanie się z pouczeniem. Fakt

otrzymania upoważnienia przedstawiciel podmiotu potwierdził podpisem na dokumencie. Ponadto przedstawiono przedmiot i zakres kontroli, podstawę prawną jej prowadzenia oraz określono organizację kontroli i wyjaśniono powstałe wątpliwości.

Kontrolujące złożyły oświadczenia (załącznik nr 2 do protokołu), że nie istnieją okoliczności uzasadniające wyłączenie ich z udziału w kontroli.

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

### **1. Regulamin organizacyjny podmiotu leczniczego**

Kierownik ustalił i zatwierdził 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. 160 ze zm.).

Do wiadomości pacjentów, w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych, podano informacje o rodzaju i zakresie udzielanych świadczeń zdrowotnych, o wysokości opłat za świadczenia zdrowotne oraz o wysokości opłat za udostępnienie dokumentacji medycznej. Potwierdza to realizację zapisów art. 14 ust. 1 i art. 24 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r., poz. 160 ze zm.).

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

Faktyczna struktura organizacyjna jest zgodna z wpisem do RPWDL, w skład zakładu leczniczego: Rehasport Diagnostyka wchodzi jednostka o tej samej nazwie i komórki organizacyjne: Pracownia rezonansu magnetycznego i Gabinet diagnostyczno - zabiegowy.

Ustalono, że adres siedziby podmiotu leczniczego podany w RPWDL (ul. Krzysztofa Żegockiego 10, 61-693 Poznań) jest nieprawidłowy. W związku z powyższym przedstawiciel podmiotu złożył oświadczenie (załącznik nr 3 do protokołu), w którym zobowiązał się do aktualizacji danych w RPWDL i przesłał w dniu 24 kwietnia 2018 r. wniosek o wpis zmian w rejestrze, podając prawidłowy adres: ul. Górecka 30, 60-201 Poznań.

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

Zgodnie ze stanem faktycznym podmiot prowadzi działalność leczniczą polegającą na udzielaniu ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej (31) w pracowni rezonansu magnetycznego (7250) i gabinecie diagnostyczno - zabiegowym (9450).

Podmiot nie posiada umowy z WOW NFZ, świadczenia zdrowotne udzielane są w ramach prywatnych odpłatności.

Zgodnie z wymogami art. 24a ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r., poz. 160 ze zm.) podmiot za świadczenia zdrowotne udzielone odpłatnie wystawia rachunek, w którym na wniosek pacjenta, wyszczególnia zrealizowane procedury diagnostyczne i terapeutyczne. Na przedłożonych rachunkach nr 150, 274, 22/MR/03/2017, 46, 54/MR/03/2018 wyszczególniono zrealizowaną procedurę diagnostyczną. Wysokość opłaty za udzielone świadczenie zdrowotne była zgodna z cennikiem udostępnionym pacjentom.

Na podstawie zestawienia przygotowanego przez przedstawiciela podmiotu, ustalono, iż w okresie objętym kontrolą wykonano 5692 badań z zakresu rezonansu magnetycznego w tym 935 z podaniem kontrastu.

### **4. Prawa pacjenta**

W podmiocie w miejscu ogólnodostępnym, zgodnie z art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017 r., poz. 1318) udostępniono w formie pisemnej informacje o prawach pacjenta.

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

### Tytuł prawny do budynku i lokalu

Kontrolującym przedłożono umowę podnajmu lokalu, zawartą w dniu 11.05.2016 r. pomiędzy REHASPORT CLINIC Sp. z o.o. z siedzibą w Poznaniu, ul. Górecka 30, a REHASPORT DIAGNOSTYKA Sp. z o.o. , z siedzibą w Poznaniu, ul. Żegockiego 10. Przedmiotem podnajmu jest lokal znajdujący się na parterze i drugim piętrze budynku położonego w Poznaniu przy ul. Góreckiej 30, z przeznaczeniem na działalność w zakresie usług medycznych diagnostycznych. Umowę podnajmu zawarto na czas określony do czerwca 2018 roku.

### Dokumenty właściwego terenowo i rzeczowo organu sanitarnego

Przedłożono decyzję z dnia 24 maja 2016 r., znak: HK1-423/12/4/21-1/16 Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Poznaniu potwierdzające spełnienie przez kontrolowany podmiot leczniczy, wymagań fachowych i sanitarnych pomieszczeń i urządzeń.

### Wizytacja pomieszczeń podmiotu leczniczego

W dniu 24 kwietnia 2018 r. dokonano wizytacji pomieszczeń zakładu leczniczego, zlokalizowanych w Poznaniu przy ul. Góreckiej 30. Działalność medyczna prowadzona jest na poziomie parteru.

W skład pomieszczeń zakładu leczniczego wchodzi:

- poczekalnia dla pacjentów z punktem rejestracji,
- toaleta dla pacjentów, dostosowana dla potrzeb osób niepełnosprawnych,
- pomieszczenie gospodarcze,
- dwie przebieralnie dla pacjentów,
- pomieszczenie socjalne dla pracowników,
- pomieszczenie sterowni z bezpośrednim podglądem na pracownię rezonansu magnetycznego,
- pomieszczenie opisów badań,
- pomieszczenie z wydzielonym miejscem na odpady medyczne,
- toaleta dla personelu,
- gabinet diagnostyczno - zabiegowy (wyposażony w umywalkę, zlew 2 – komorowy, kozetkę, szafy na leki, tacę reanimacyjną),
- pracownia rezonansu magnetycznego 3T.

Podłogi w pomieszczeniach zmywalne, ściany z podłogami połączone w sposób umożliwiający ich mycie i dezynfekcję. Wokół umywalk i zlewów ściany zabezpieczone przed zawilgoceniem.

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

Odbiór i utylizacja odpadów medycznych zostały uregulowane w zapisach przedłożonej umowy podnajmu, zgodnie z którymi wynajmujący zobowiązuje się odbierać i utylizować odpady, w tym odpady medyczne od podnajemcy.

## **7. Personel medyczny**

W podmiocie świadczeń zdrowotnych udzielają lekarze specjaliści w dziedzinie radiologii oraz technicy rtg. Szczegółowy wykaz personelu zawarty jest w załączniku nr 4 do protokołu. Na podstawie dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe ustalono, że personel spełnia wymogi kwalifikacyjne i zdrowotne, wynikające z art. 17 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r., poz. 160 ze zm.).

## **8. Stosowane wyroby medyczne, sprzęt i aparatura**

Na wyposażeniu podmiotu leczniczego znajduje się rezonans magnetyczny XXXX XXXXXX o nr seryjnym XXXXXXXX, co jest zgodne z profilem udzielanych świadczeń zdrowotnych. Sprzęt posiada aktualne przeglądy techniczne, testy specjalistyczne oraz certyfikaty o poddaniu okresowej procedurze i konserwacji. Powyższe stanowi realizację wymogów określonych w art. 17 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r., poz. 160 ze zm.).

## **9. Umowa ubezpieczenia**

W okresie objętym kontrolą podmiot leczniczy zawarł umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych. Przedłożono dwie polisy, zawarte na okres 03.06.2016 r. – 02.06.2017 r., 03.06.2017 r. – 02.06.2018 r.

## **III. Podsumowanie kontroli**

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

W zakresie objętym kontrolą zespół kontrolny nie ujawnił nieprawidłowości, wykonywana działalność jest zgodna z przepisami prawa.

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

Protokół sporządzono w dniu 11 maja 2018 r. w siedzibie Wydziału Zdrowia – Oddział Nadzoru w Ochronie Zdrowia WUW w Poznaniu, al. Niepodległości 16/18.

### **3. Wpis do książki kontroli**

W dniu 24 kwietnia 2018 r., fakt przeprowadzenia kontroli potwierdzono wpisem w książce kontroli pod pozycją nr 1.

### **4. Spis załączników:**

1. Upoważnienia przedstawicieli podmiotu.
2. Oświadczenia kontrolerów o braku okoliczności uzasadniającej wyłączenia od udziału w kontroli.
3. Oświadczenie przedstawiciela w sprawie adresu siedziby podmiotu.
4. Wykaz personelu.

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

Protokół sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach z przeznaczeniem dla:  
egz. nr 1 - podmiot leczniczy  
egz. nr 2 - aa

## **6. Podpisy i oświadczenia**

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

Przewodnicząca zespołu:

Starszy Specjalista  
Agnieszka Majchrowska

.....

(imię i nazwisko, podpis)

Członek zespołu:

Specjalista  
Wiesława Ryniec

.....

(imię i nazwisko, podpis)

### **• Potwierdzenie zapoznania się z protokołem:** Oskar Czarnecki, 15.05.2018 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

Oskar Czarnecki, 15.05.2018 r.

*(imię i nazwisko, podpis i data)*

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

Oskar Czarnecki, 15.05.2018 r.

*(imię i nazwisko, podpis i data)*

\*niepotrzebne skreślić

- **Potwierdzenie odbioru 1 egz. protokołu:**

Oskar Czarnecki  
15.05.2018 r.

*Zgodnie z art. 11 ust. 4 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (t.j. Dz.U. z 2018 r. poz. 419 ze zm.) część treści została ukryta.*

*Dokument zanonimizowała i przygotowała: Agnieszka Majchrowska, 23.11.2018 r.*