

WYDZIAŁ ZDROWIA

**Protokół z kontroli planowanej problemowej w podmiocie leczniczym o nazwie:**

Rehabilitacja Agnieszka Stefaniak,  
ul. Lipowa 18/22, 62-800 Kalisz

**I. Informacje i ustalenia ogólne**

**1. Kontrolowany podmiot leczniczy**

Nazwa i adres kontrolowanego zakładu leczniczego: Rehabilitacja, ul. Lipowa 18-22, 62-800 Kalisz

RPWDL: 000000191221 W-30

Data wpisu do rejestru: 29.03.2017 r.

Forma organizacyjno-prawna: 0700 – działalność gospodarcza prowadzona przez osobę fizyczną

Data rozpoczęcia działalności leczniczej: 03.04.2017 r.

Miejsce udzielania świadczeń: Kalisz.

**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. Agata Goździewińska – kierownik Oddziału Nadzoru w Ochronie Zdrowia,

legitymujące się upoważnieniem do przeprowadzenia kontroli, znak KN-II.0030.446.2018.1, z dnia 13 listopada 2018 roku, wydanym przez Wojewodę Wielkopolskiego, na podstawie art. 111 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r., poz. 2219).

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 2018. Czynności kontrolne rozpoczęto w dniu 13 grudnia 2018 roku i zakończono sporządzeniem protokołu w dniu 27 grudnia 2018 roku. Czynności kontrolne w podmiocie leczniczym realizowano w dniu 13 grudnia 2018 roku.

**3. Przedmiot i zakres kontroli**

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

Okres objęty kontrolą: od 1 lipca 2017 r. do dnia zakończenia kontroli.

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

Kierownikiem podmiotu leczniczego jest Pani Agnieszka Stefaniak, fizjoterapeutka, właścicielka, która reprezentowała podmiot podczas kontroli.

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

W dniu 13 grudnia 2018 r., przed przystąpieniem do czynności kontrolnych, przekazano Pani Agnieszce Stefaniak, upoważnienie do kontroli, znak: KN–II.0030.446.2018.1, z dnia 13.11.2018 r., zawierające pouczenie o prawach i obowiązkach kontrolowanego, umożliwiając zapoznanie się z pouczeniem. Fakt otrzymania upoważnienia ww. potwierdziła składając podpis na powyższym dokumencie. Ponadto przedstawiono przedmiot i zakres kontroli, podstawę prawną jej prowadzenia oraz określono organizację kontroli. Osoby kontrolujące złożyły oświadczenie o braku okoliczności uzasadniającej wyłączenie ich od udziału w kontroli (zał. nr 1 do protokołu).

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

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

Kontrolującym przedłożono Regulamin Organizacyjny podmiotu, z dnia 03.04.2017 r., sporządzony przez panią Agnieszkę Stefaniak, co jest zgodne z art. 23 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej.

W miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych, w siedzibie zakładu leczniczego, do wiadomości pacjentów podano informację o wysokości opłat za świadczenia zdrowotne, które mogą być zgodnie z przepisami ustawy lub przepisami odrębnymi, udzielane za częściową lub całkowitą odpłatnością oraz podano informację o wysokości opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej, co jest zgodne z art. 14 ust 1 i art. 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 roku 2017 XXX rachunków w podmiocie, a w roku 2018 – XXX.

### **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 Rehabilitacja Agnieszka Stefaniak (01) i jedna komórka organizacyjna o nazwie Pracownia Fizjoterapii (001).

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

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

W podmiocie leczniczym świadczenia zdrowotne wykonywane są komercyjnie.

Na podstawie wyjaśnienia kontrolowanego (zał. nr 2 do protokołu) ustalono, że w okresie objętym kontrolą, przyjęto XXX pacjentów.

Rehabilitacja w domu pacjenta polegała na ćwiczeniach indywidualnych z pacjentem, a w gabinecie wykonywano także masaż pacjentom i inne zabiegi rehabilitacyjne. W roku 2017 wykonano następujące zabiegi rehabilitacyjne w gabinecie:

- ćwiczenia indywidualne xxx osobom,
- masaż suchy xxx osobom,
- inne zabiegi xxx osobom.

W roku 2018:

- ćwiczenia indywidualne xxx osobom,
- masaż suchy xxx osobom,
- inne zabiegi xxx osobom.

Pacjenci przyjmowani są od poniedziałku do piątku w godzinach: od 8:00 do 13:00 w gabinecie, a wizyty domowe odbywają się także po południu. Przyjęcia ustalane są indywidualnie z pacjentem lub telefonicznie.

#### **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.).

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

##### Tytuł prawny do budynku i lokalu

Pomieszczenia, w których funkcjonuje podmiot leczniczy są wynajmowane. Przedłożono umowę najmu lokalu użytkowego, z xxx. Umowę zawarto na czas nieoznaczony.

##### Dokumenty właściwego terenowo i rzeczowo organu sanitarnego

Przedłożono Opinię Sanitarną Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Kaliszu, z dnia 03 grudnia 2018 roku, nr ON.NS.71.206.2018, w której ww. organ sanitarny nie sprzeciwia się dopuszczeniu do użytkowania pod względem wymagań higienicznych i zdrowotnych pomieszczenia przeznaczonego na gabinet rehabilitacji w Kaliszu przy ulicy Lipowej 18-22. Pomieszczenia użytkowe spełniają wymagania określone w art. 22 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej oraz określone w § 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r., w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012 r., poz. 739), a także spełniają wymagania zgodnie z rozporządzeniem Ministra Infrastruktury, z dnia 12 kwietnia 2002 r., w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie (Dz. U. z 2015 r., poz. 1422).

Kopia opinii stanowi zał. nr 3 do protokołu.

##### Wizytacja pomieszczeń podmiotu leczniczego.

W dniu 13 grudnia 2018 r. dokonano wizytacji pomieszczeń kontrolowanego podmiotu. Pomieszczenia te zlokalizowane są w budynku wielokondygnacyjnym na parterze. Wejście do budynku bez barier architektonicznych. W skład pomieszczeń wchodzi:

- 1 gabinet rehabilitacji z częścią administracyjną, wyposażony w kozetkę do masażu;
- poczekalnia, pomieszczenia socjalne i sanitarne personelu oraz pomieszczenia sanitarne pacjentów, stanowią część wspólną lokalu użytkowego z innymi podmiotami leczniczymi

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

W podmiocie świadczeń zdrowotnych udzielał 1 fizjoterapeuta, który 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.

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

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

## **8. Umowa ubezpieczenia**

Podmiot leczniczy przedłożył kontrolującemu umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych, za okres:

- od 18.01.2017 roku do 17.01.2018 roku, nr polisy 4361745700217209, z dnia 17.01.2017 roku;
- od 18.01.2018 roku do 17.01.2019 roku, nr polisy 4361845700245931, z dnia 17.01.2018 roku.

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 27 grudnia 2018 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 1.

### **4. Spis załączników:**

- 1). Oświadczenia kontrolujących.
- 2). Protokół przyjęcia wyjaśnienia w sprawie wykonanych świadczeń zdrowotnych .
- 3). Kopia Opinii PPIS.
- 4). Wykaz kwalifikacji i spełniania wymagań zdrowotnych personelu 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:

Małgorzata Taborowska, 27.12.2018

.....  
(imię i nazwisko, data podpis)

Członek zespołu:

Agata Goździewińska, 27.12.2018

.....  
(imię i nazwisko, data, podpis)

#### **Potwierdzenie zapoznania się z protokołem:**

Agnieszka Stefaniak, 14.01.2019

(imię i nazwisko, podpis i data)

## **Oświadczenia:**

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

Agnieszka Stefaniak, 14.01.2019

.....  
(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.

Agnieszka Stefaniak, 14.01.2019

.....  
(imię i nazwisko, podpis i data)

**\*niepotrzebne skreślić**

**Potwierdzenie odbioru 1 egz. Protokołu:**

Jeden egzemplarz protokołu odebrano dnia: 14.01.2019 roku

Agnieszka Stefaniak, 14.01.2019

(imię i nazwisko, podpis i data)

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, 15.01.2019 r.