



RPW/56149/2017 P
Data wpływu: 2017-05-04

Protokół kontroli problemowej

tu leczniczego przeprowadzonej w dniu 13 marca 2017 r.

Przedmiot kontroli: ocena zgodności wykonywanej działalności z przepisami określającymi warunki wykonywania działalności leczniczej art. 111 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej.

1. Informacje dotyczące podmiotu leczniczego:

WIKTORIA KRÓL Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością

67-410 Radzyń, ul. Słoneczna 51

nr księgi w RPWDL - 000000004119-W-08;

prowadzący zakład leczniczy:

Zakład Rehabilitacji Leczniczej WIKTORIA KRÓL w Radzynie przy ul. Słonecznej 51

2. Adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych:

Zakład Rehabilitacji Leczniczej WIKTORIA KRÓL w Radzynie przy ul. Słonecznej 51

3. Skład zespołu kontrolnego:

- Stanisława Armata – inspektor wojewódzki w Wydziale Zdrowia Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego, posiadająca upoważnienie Wojewody Lubuskiego nr 44-1/2017 z dnia 09.03.2017 r. - przewodnicząca zespołu,
- Lilianna Maciaszek – inspektor wojewódzki w Wydziale Zdrowia Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego, posiadająca upoważnienie Wojewody Lubuskiego nr 44-2/2017 z dnia 09.03.2017 r. - członek zespołu.

4. **Okres objęty kontrolą** – od dnia 01.01.2016 r. do dnia kontroli, tj. 13.03.2017 r.

5. Imię i nazwisko, stanowisko osób udzielających wyjaśnień:

Katarzyna Izabela Król – Prezes Zarządu spółki

6. Opis stwierdzonego stanu faktycznego:

Podmiot leczniczy: WIKTORIA KRÓL Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością 67-410 Radzyń, ul. Słoneczna 51 został wpisany do rejestru zakładów opieki zdrowotnej w dniu 12 września 2001 r., w rejestrze REGON figuruje pod numerem 971293326 - (www.stat.gov.pl) oraz w Krajowym Rejestrze Sądowym pod nr 0000138265 (www.krs.gov.pl).

Podmiot leczniczy nie był dotychczas kontrolowany przez Wojewodę Lubuskiego na podstawie art. 111 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej w zakresie zgodności wykonywanej działalności z przepisami określającymi warunki wykonywania działalności leczniczej.

Według stanu w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonym przez Wojewodę Lubuskiego, podmiot prowadzi działalność leczniczą

w zakładzie leczniczym pn.: Zakład Rehabilitacji Leczniczej WIKTORIA KRÓL w Radzynie przy ul. Słonecznej 51 udzielającym świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji ambulatoryjnej.

1) Kontrolowano zakład leczniczy w miejscu faktycznego wykonywania działalności leczniczej w Radzynie przy ul. Słonecznej 51.

Zakład Rehabilitacji Leczniczej WIKTORIA KRÓL położony jest na terenie leśnym nad brzegiem Jeziora Sławskiego. Pomieszczenia zakładu leczniczego zlokalizowane są na parterze wyremontowanego budynku, przystosowanego dla osób niepełnosprawnych. Usługi zdrowotne świadczone są od poniedziałku do piątku w godz. od 8⁰⁰ do 18⁰⁰ według grafiku uwzględniającego 10-dniowy cykl zabiegowy (w aktach sprawy). Wydzielono organizacyjnie następujące pomieszczenia: gabinet lekarski, sala kinezyterapii, gabinet masażu, kriokomora z pomieszczeniem przygotowawczym, gabinet hydroterapii, gabinety fizjoterapii, pokój socjalny, rejestracja, łazienka z natryskiem, szatnia dla pacjentów z szafkami zamykanymi na klucz, wc dla pacjentów oraz dla personelu, poczekalnia, pomieszczenie porządkowe.

Pacjentom udostępnione są informacje, broszury, ulotki, w tym cenniki usług zdrowotnych (w aktach sprawy) oraz dot. udostępnienia dokumentacji medycznej.

W zakładzie leczniczym wykonywane są usługi medyczne przez lekarzy specjalistów: rehabilitacji medycznej i medycyny manualnej, chorób wewnętrznych i medycyny rodzinnej oraz zabiegi rehabilitacyjne: leczenie zimnem w kriokomorze oraz miejscowe, elektroterapia, laseroterapia, kinezyterapia, hydroterapia, światłolecznictwo, magnetoterapia, masaż leczniczy - przez magistrów fizjoterapii, licencjata fizjoterapii oraz technika fizjoterapii (wykaz w aktach sprawy). Okazano do wglądu dokumenty dot. kwalifikacji personelu medycznego, drogą pocztową uzupełniono w dniu 20 marca 2017 r. dyplom z dnia 29 września 2014 r. ukończenia studiów Wyższej Szkoły Fizjoterapii we Wrocławiu z tytułem magistra fizjoterapii oraz dyplom z dnia 08 lipca 2015 r. ukończenia studiów drugiego stopnia Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu Wydział Fizjoterapii z tytułem magistra fizjoterapii (w aktach sprawy).

Podczas kontroli przedłożono informację dot. liczby wykonanych świadczeń wg komórek organizacyjnych od stycznia 2016 r. do lutego 2017 r. w układzie miesięcznym (w aktach sprawy); wykaz sprzętu medycznego zawierający daty ważności przeglądu technicznego – poz. od 1 do 18: 21.09.2017 r., poz.19: 25.01.2018 r. (w aktach sprawy). Okazano do wglądu paszporty techniczne sprzętu medycznego.

Weryfikacja stanu księgi rejestrowej według wydruku z dnia 10 marca 2016 r. (w aktach sprawy) wykazała zgodność stanu organizacyjnego ze stanem faktycznym. W podmiocie leczniczym funkcjonują komórki organizacyjne: Poradnia rehabilitacyjna (kod 009), Dział (pracownia) krioterapii (kod 011), Dział (pracownia) kinezyterapii (kod 012), Dział (pracownia) fizjoterapii (kod 013), Dział (pracownia) hydroterapii (014), Dział masażu leczniczego (kod 015).

- 2) Oznakowanie zakładu leczniczego na tablicy umieszczonej na zewnątrz budynków oraz oznakowanie pomieszczeń było zgodne ze stanem faktycznym oraz wpisem do rejestru.
- 3) Dane podmiotu leczniczego (Dział I) wpisane do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą były zgodne ze stanem faktycznym;
- 4) Dane zakładu leczniczego wpisane do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą były zgodne ze stanem faktycznym;
- 5) Dane jednostek organizacyjnych (Dział II) wpisane do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą były zgodne ze stanem faktycznym;
- 6) Dane komórek organizacyjnych (Dział III) podmiotu leczniczego wpisane do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą były zgodne ze stanem faktycznym;
- 7) Aktualność dokumentacji w podmiocie wykonującym działalność leczniczą:
 - Umowa spółki z ograniczoną odpowiedzialnością tekst jednolity z dnia 27 września 2007 r. (w aktach sprawy).
 - Pozytywna opinia sanitarna – Postanowienie znak: ONS-HK-4162/392/1/ma/11 z dnia 14 marca 2011 r. Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Nowej Soli (w aktach rejestrowych);
 - Regulamin organizacyjny spełniał wymagania art. 24 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (do wglądu).
 - Polisy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu leczniczego:
 - w księdze rejestrowej figurują odpowiednie informacje o ubezpieczeniu oc obejmujące okres do 15 lipca 2017 r. określony ustawą o działalności leczniczej (w aktach rejestrowych).
- 8) Świadczenia zdrowotne udzielane są przez osoby wykonujące zawód medyczny.

Stwierdzone nieprawidłowości:

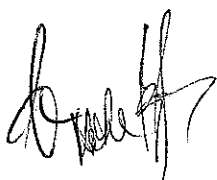
Nie stwierdzono.

Wyjaśnienia wniesione do protokołu.

Podczas czynności kontrolnych sporządzono protokół przyjęcia ustnych wyjaśnień w sprawie wykazów personelu medycznego sporządzonych według cyklu zabiegowego (w aktach sprawy).

Wnioski osób wykonujących czynności kontrolne:

W dniu kontroli podmiot leczniczy prowadził działalność leczniczą zgodnie z wpisem do rejestru prowadzonego przez Wojewodę Lubuskiego a dokumentacja była aktualna. Personel medyczny posiada odpowiednie kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji. Sprzęt medyczny posiada ważne przeglądy techniczne. Odpowiednie informacje o obowiązkowym ubezpieczeniu oc figurują w ujawnionej publicznie księdze



rejestrów na portalu www.rpwdl.csioz.gov.pl obejmujące okres do 15 lipca 2017 r. określony ustawą o działalności leczniczej.

Na tym kontrolę zakończono. O przeprowadzonej kontroli zespół kontrolny dokonał adnotacji w książce kontroli pod poz. 62. Pouczono o obowiązkach podmiotu leczniczego wynikających z ustawy o działalności leczniczej.

Kontrolę przeprowadzono na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015, poz. 618 z późn. zm.; Dz.U. z 2016 r. poz.1638 z późn.zm.) oraz ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2016 poz. 1829), rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. z 2012 poz. 594), rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 września 2011 r. 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 2014 poz. 325), rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. 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:

- jeden egz. otrzymał podmiot leczniczy,
- drugi egz. wraz z dowodami pozostawiono w aktach Wydziału Zdrowia Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego w Gorzowie Wielkopolskim.

Data i miejsce sporządzenia protokołu:

Gorzów Wlkp., dnia 20 kwietnia 2017 r.

Podpisy osób kontrolujących

1.....
INSPEKTOR WOJEWÓDZKI
w Oddziale Nadzoru
i Polityki Zdrowotnej
w Wydziale Zdrowia
Stanisława Armata

2.....
INSPEKTOR WOJEWÓDZKI
w Oddziale Nadzoru
i Polityki Zdrowotnej
w Wydziale Zdrowia
Lilianna Maciaszek

Nie wnoszę zastrzeżeń do treści protokołu

Miejscowość... *18.04.2017 Radzyń* data... *28.04.2017*

Podpis... *Król Katarzyna*
PREZES ZARZĄDU
Katarzyna Król

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

Odmawiam podpisania protokołu z powodu (art.112 ust.1 pkt 9 ustawy o d.l.)

Miejscowość..... data.....

Podpis.....

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

Sporządziła: Stanisława Armata

