

WYDZIAŁ ZDROWIA

**Protokół z kontroli planowej problemowej w podmiocie leczniczym o nazwie:**  
JAKUB KUCHARCZYK ul. Śródmiejska 34; 62-800 Kalisz prowadzącym zakład leczniczy  
NZOZ „CHIRANTJUS” STOMATOLOGIA z siedzibą pod tym samym adresem.

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

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

Nazwa i adres kontrolowanego zakładu leczniczego:

NZOZ „CHIRANTJUS” STOMATOLOGIA ul. Śródmiejska 34 ; 62-800 Kalisz.

RPWDL: 000000130549 W-30

Data wpisu do rejestru: 14.05.2012 r.

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

Data rozpoczęcia działalności leczniczej: 14.05.2012 r.

Miejsce udzielania świadczeń: Kalisz ul. Śródmiejska 34 .

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

legitymujące się upoważnieniem do przeprowadzenia kontroli, znak KN-II.0030.246.2019.1, z dnia 12 lipca 2019 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. 2190).

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 13 września 2019 roku i zakończono sporządzeniem protokołu w dniu 17 września 2019 roku. Czynności kontrolne w podmiocie leczniczym realizowano w dniu 13 września 2019 roku.

### **3. Przedmiot i zakres kontroli**

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

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

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

Kierownikiem podmiotu leczniczego jest Pan Jakub Kucharczyk, lekarz dentysta, który był obecny podczas kontroli.

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

W dniu 13 września 2019 r., przed przystąpieniem do czynności kontrolnych, przekazano Panu Jakubowi Kucharczykowi, upoważnienie do kontroli, znak: KN-II.0030.299.2019.1, z dnia 10.09.2019 r., zawierające pouczenie o prawach i obowiązkach kontrolowanego, umożliwiając zapoznanie się z pouczeniem. Fakt otrzymania upoważnienia ww. potwierdziły 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 14.05.2012 r., sporządzony przez kierownika podmiotu, co jest zgodne z art. 23 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej.

Do wiadomości publicznej, przez wywieszenie w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych, podano informacje o:

- rodzaju działalności leczniczej i zakresie udzielanych świadczeń zdrowotnych
- wysokości opłat za udostępnianie dokumentacji medycznej,

co jest zgodne z art. 14 ust 1 i art. 24 ust 2 ustawy o działalności leczniczej.

Podmiot realizuje wyłącznie świadczenia zdrowotne komercyjnie i wystawił w okresie objętym kontrolą 6 rachunków na wnioski 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.

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

Zgodnie ze stanem faktycznym podmiot prowadzi działalność leczniczą polegającą na ambulatoryjnych świadczeniach zdrowotnych: leczeniu stomatologicznym (HC.1.3.2) w dziedzinach: stomatologia zachowawcza z endodoncją 77, periodontologia 74, chirurgia stomatologiczna 72, protetyka stomatologiczna 75 i w dziedzinie stomatologii dziecięcej 76, co jest zgodne z art. 103 i 107 ust.1 ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 roku (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 ze zm.)

Na podstawie wyjaśnienia kierownika kontrolowanego podmiotu (zał. nr 1 do protokołu) ustalono, że w okresie objętym kontrolą, od lipca 2018 r. do dnia kontroli wykonano łącznie XXX następujące świadczenia stomatologiczne.

- zachowawcze - XXX
- chirurgiczne - XXX
- protetyczne - X
- zachowawcze udzielone dzieciom i młodzieży do 18 r. ż. - 185

Pacjenci przyjmowani są od poniedziałku do piątku w godzinach: 8-14.00 i 15-18.00 poniedziałek, wtorek, czwartek oraz 12-18 środa i piątek.

### **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 2019 r., poz. 1128, ze zm.).

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

### Tytuł prawny do budynku i lokalu

Pomieszczenia, w których funkcjonuje podmiot leczniczy są wynajmowane. Przedłożono umowę dzierżawy nieruchomości i ruchomości /aparatury i sprzętu Nr IX/6/01 z dnia 06.02.2001r. zawartą z Miejskim Zarządem Obiektów Służby Zdrowia w Kaliszu ul. Śródmiejska 34, przekształconej w Umowę Najmu aneksem Nr 7/14 z dnia 11.08.2014 r. ważną do końca 2020 r.

### Dokumenty właściwego terenowo i rzeczowo organu sanitarnego

Kontrolowany podmiot posiada Decyzję Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Kaliszu, z dnia 27 kwietnia 2012 roku, nr ON.NS.71.94.2012 w której ww. organ sanitarny potwierdza spełnienie warunków ogólnoprzestrzennych, sanitarnych i instalacyjnych do prowadzenia działalności leczniczej w zakresie udzielanych świadczeń zdrowotnych w NZOZ „CHIRANTJUS” STOMATOLOGIA, określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. Nr 31 poz. 158).

Powyższe jest zgodne z art. 22 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej. Kopia ww. dokumentów stanowią zał. nr 2 do protokołu.

### Wizytacja pomieszczeń podmiotu leczniczego.

W dniu 13 września 2019 roku dokonano wizytacji pomieszczeń kontrolowanego podmiotu. Pomieszczenia te zlokalizowane są w budynku na parterze. Wejście do budynku bez barier architektonicznych. W skład pomieszczeń wchodzi:

- pomieszczenie rejestracji z szafkami na dokumentację medyczną zamykanymi na klucz;
- 1 gabinet stomatologiczny /obejmujący dwa pomieszczenia;
- pomieszczenie sterylizacji sprzętu stomatologicznego;
- poczekalnia z miejscami siedzącymi;
- pomieszczenie socjalne dla personelu z WC;
- pomieszczenie porządkowe i gospodarcze.

W budynku funkcjonują inne podmioty prowadzące działalność leczniczą z którym kontrolowany podmiot wspólnie korzysta z pomieszczeń sanitarnych dla pacjentów spełniające wymagania dla osób niepełnosprawnych oraz poczekalni /hall/ dla pacjentów i pomieszczenia z lodówką na odpady medyczne.

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

W celu potwierdzenia spełniania wymagań sanitarno-higienicznych, przedłożono aktualną umowę nr 306 z dnia 02.06.2012 roku na wykonanie usług w zakresie odbioru, transportu i przekazywania do utylizacji odpadów medycznych i niebezpiecznych z firmą EKOMED Piotr Wojciechowski ul. H. Sawickiej 1a; 62-800 Kalisz zawartą na czas nieokreślony.

W celu zapewnienia ciągłości udzielanych świadczeń podmiot posiada:

Umowę z dnia 25 maja 2012 r. z Pracownią Protetyczną XXX 62-800 Kalisz ul. Dobrzecka 96 na protetykę stomatologiczną zawarta od dnia 01.06.2012 r. na czas nieokreślony.

## **7. Personel medyczny**

W podmiocie świadczeń zdrowotnych udziela 1 lekarz dentyista i 1 pielęgniarka, którzy spełniają wymogi kwalifikacyjne oraz zdrowotne, co szczegółowo przedstawiono w wykazie będącym załącznikiem nr 3 do protokołu.

Funkcje inspektora ochrony radiologicznej typu R pełni Pani XXX - decyzja Głównego Inspektora Sanitarnego nr 131 R/2015 GIS –HS-EX-4350-430/KA15 Warszawa z dnia 8.04.2015 r. - uprawnienie ważne do 08.04.2020 roku.

Wykaz sporządzono na podstawie dokumentów przedłożonych kontrolującym. Powyższe jest zgodne z art. 17 ust. 1 pkt 3 ustawy o działalności leczniczej.

### **8. Stosowane wyroby medyczne**

Na wyposażeniu zakładu leczniczego znajduje się niezbędny 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 w wykazie stanowiącym zał. nr 4 do protokołu.

### **9. Umowa ubezpieczenia**

Podmiot leczniczy przedłożył kontrolującym umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych zawartą z firmą Inter Polska S.A. Ubezpieczenia podmiotów leczniczych, nr polisy PL\_86347040 i wznowienie polisy nr PL\_T65469995 od dnia 01.07.2019 do 30.06.2020 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 18 września 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 7.

### **4. Spis załączników:**

- 1). Protokół przyjęcia wyjaśnienia w sprawie wykonanych świadczeń zdrowotnych .
- 2). Kopia dokumentu z organu sanitarnego.
- 3). Wykaz kwalifikacji i spełniania wymagań zdrowotnych personelu medycznego.
- 4). Wykaz sprzętu i aparatury medycznej.

### **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:**

Kierownik zespołu:

Członek zespołu:

Barbara Kurek 18.09.2019 r.

*(imię i nazwisko, data podpis)*

Małgorzata Taborowska 18.09.2019 r.

*(imię i nazwisko, data, podpis)*

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

Jakub Kucharczyk 03.10.2019 r.

*(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.

03.10.2019 r. Jakub Kucharczyk  
*(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.

03.10.2019 r. Jakub Kucharczyk  
*(imię i nazwisko, podpis i data)*

\*niepotrzebne skreślić

**Potwierdzenie odbioru 1 egz. Protokołu:**

Jeden egzemplarz protokołu odebrano dnia: 03.10.2019 r. Jakub Kucharczyk

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.

Podpisano:  
Damian Marciniak  
Dyrektor Wydziału Zdrowia

Przygotowała: Barbara Kurek, starszy specjalista, 08.10.2019 r.