

PODLASKI URZĄD WOJEWÓDZKI

PS-III.9612.2.2013.OS

**PROTOKÓŁ KONTROLI PLANOWEJ
SZPITALA OGÓLNEGO W WYSOKIEM MAZOWIECKIEM
18-200 Wysokie Mazowieckie ul. Szpitalna 5**

NIP: 450666236

REGON: 7221334542

NR KSIĘGI REJESTROWEJ: 000000010747

Wysokie Mazowieckie , dnia 17 stycznia 2013 roku

PROTOKÓŁ KONTROLI

I. PODMIOT LECZNICZY:

Szpital Ogólny w Wysokim Mazowieckiem
ul. Szpitalna 5, 18-200 Wysokie Mazowieckie

II. PRZEDSIĘBIORSTWO PODMIOTU LECZNICZEGO:

1. Stacjonarne i całodobowe świadczenia szpitalne
ul. Szpitalna 5, 18-200 Wysokie Mazowieckie
2. Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne, ul. Szpitalna 5 18-200 Wysokie Mazowieckie

III. KOMÓRKI ORGANIZACYJNE:

Oddział pediatryczny, Oddział położniczo-ginekologiczny, Poradnia ginekologiczno-położnicza, Gabinet diagnostyczno-zabiegowy o specjalności położnictwo i ginekologia z siedzibą w Wysokim Mazowieckiem, ul. Szpitalna 5 oraz Poradnia położniczo-ginekologiczna z siedzibą 18-230 Ciechanowiec, Pl. Ks. Kluka 4.:
18-200 Wysokie Mazowieckie ul. Szpitalna 5

IV. KONTROLUJĄCY:

Olga Szelaż – inspektor wojewódzki w Oddziale Rejestrów i Nadzoru Działalności Leczniczej na podstawie upoważnienia nr 1/2013 znak: PS-III.9612.2.2013.OS wydanego z upoważnienia Wojewody Podlaskiego przez Dyrektora Wydziału Polityki Społecznej Podlaskiego Urzędu Wojewódzkiego oraz legitymacji służbowej nr 42 – przewodnicząca zespołu kontrolnego
Marek Drożdżewicz – inspektor wojewódzki w Oddziale Rejestrów i Nadzoru Działalności Leczniczej na podstawie upoważnienia nr 2/2013 znak: PS-III.9612.2.2012.OS wydanego z upoważnienia Wojewody Podlaskiego przez Dyrektora Wydziału Polityki Społecznej Podlaskiego Urzędu Wojewódzkiego oraz legitymacji służbowej nr 82/09

V. TERMIN KONTROLI:

Data rozpoczęcia kontroli: 17 stycznia 2013 r.
Termin zakończenia kontroli: 17 stycznia 2013 r.

VI. PRZEDMIOT KONTROLI:

Ocena opieki położniczo-ginekologicznej i opieki realizowanej w oddziałach pediatrycznych

VII. OKRES OBJEKTU KONTROLA:

Od dnia 1 stycznia 2012 r. do dnia kontroli tj. do 17 stycznia 2013 r.
Kontroli dokonano w obecności: Dyrektora- Stanisława Bielskiego

zastępcy ordynatora Oddziału położniczo-ginekologicznego –Bogumiły Miłkowskiej-Plotczyk
oraz kierownika oddziału pediatrycznego –Lidii Truskolaskiej...

Przeprowadzenie kontroli planowej odnotowano w książce kontroli prowadzonej w jednostce kontrolowanej pod pozycją nr 97

W aktach rejestrowych kontrolowanego podmiotu znajdują się następujące dokumenty:

- Postanowienie Nr.1/98 znak E-4433-1(1)98 z dnia 24.08.1998 r. Państwowego Terenowego Inspektora Sanitarnego w Wysokim Mazowieckiem,
- Decyzja Nr 26/D-I/E/2012 z dnia 26.04.2012 r. Podlaskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Białymstoku pozytywnie opiniująca „Program dostosowania Szpitala Ogólnego w Wysokim Mazowieckiem do wymagań określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 02 lutego 2011 r. w sprawie wymagań jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz.U.

Nr.31,poz.158)”. Wskazany powyżej program dostosowania w części dotyczącej kontrolowanych przedsiębiorstw stanowi Załącznik Nr 2 niniejszego programu

- Oświadczenie złożone w dniu 18.12.2012 r. przez: pana Stanisława Bielskiego – Dyrektora podmiotu leczniczego o następującej treści:
 - 1) „dane zawarte we wniosku o wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą są kompletne i zgodne z prawdą;
 - 2) znane mi są i spełniam warunki wykonywania działalności leczniczej w zakresie objętym składanym wnioskiem określone w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654).”
- kopia polisy obowiązkowego ubezpieczenia na Rzecz Pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych złożona w dniu 25.01. 2012 r. zawarta na okres od 01. 01. 2012 do 31. 12. 2012 r.
- kopia polisy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą złożona 13 marca 2012 r. zawarta . na okres od 18.03. 2012 r. do 17.03.2013 r.

VIII. OPIS STANU FAKTYCZNEGO

1 Część wspólna:

W toku postępowania kontrolnego kontrolujący ustalili, iż podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne:

1. ustalił minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. z dnia 28 grudnia 2012 r. poz. 1545)

Ustalił minimalne normy zatrudnienia na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z 1999 r – kopia zarządzenia Dyrektora Szpitala Ogólnego stanowi akta kontroli str.48

uwzględniające:

- zakres i rodzaj udzielanych świadczeń zdrowotnych, w tym świadczeń profilaktycznych
tak.....
.....
- liczbę pacjentów objętych opieką w danym roku
tak.....
.....
- wyposażenie, w szczególności w sprzęt i aparaturę medyczną, techniczną oraz środki transportu i łączności;
- tak.....
.....
- harmonogram czasu pracy;
.....
- średni dobowy czas świadczeń pielęgniarstwa i średni czas dyspozycyjny, o których mowa w § 2;
tak.....
.....
- właściwą kategorię opieki ustaloną dla pacjenta;
tak.....
.....
- liczbę pacjentów zakwalifikowanych do danej kategorii opieki;
tak.....
- stan zatrudnienia i organizacji pracy w jednostkach lub komórkach organizacyjnych nieudzielających świadczeń zdrowotnych
tak.....

Uwagi

Ze względu na art.8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. ustalone powyżej minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorstwami mogą być stosowane do 31 marca 2014 r

.....
2. stosuje się do zapisów art. 36 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654 z późn zm.) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie warunków, sposobu i trybu zaopatrywania pacjentów szpitala w znaki identyfikacyjne oraz sposobu postępowania w razie stwierdzenia ich braku (Dz. U. z 2012 r. poz. 1098) tj:

– osoby zatrudnione w szpitalu oraz pozostające w stosunku cywilnoprawnym z podmiotem leczniczym, którego przedsiębiorstwem jest szpital, noszą w widocznym miejscu identyfikator zawierający imię i nazwisko oraz funkcję tej osoby,

...zgodnie z art.36 ustawy o działalności leczniczej

tak

– pacjenci szpitala są zaopatrywani w znaki identyfikacyjne,

tak.....

– pacjenci, których tożsamości nie można ustalić przy przyjęciu do szpitala zaopatrywani są w znaki identyfikacyjne zawierające oznaczenie „NN” oraz dodatkowe oznaczenie numeryczne, umożliwiające identyfikację pacjenta do czasu ustalenia jego tożsamości,

tak.....

.....

– w przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia pacjenta kierownik podjął decyzję o odstąpieniu od zaopatrywania takiego pacjenta w znaki identyfikacyjne,

tak.....

– w przypadkach odstąpienia od założenia znaków identyfikacyjnych zamieszcza się odpowiednie informacje w dokumentacji medycznej pacjenta,

tak.....

– znaki identyfikacyjne są umieszczane na opasce oraz zakładane na nadgarstek lub w uzasadnionych przypadkach na nogę pacjenta,

tak.....

– opaska zapinana jest w sposób zapewniający jej utrzymanie się na nadgarstku lub kostce pacjenta w trakcie jego pobytu w szpitalu,

tak.....

– przy wypisywaniu pacjenta ze szpitala, po sprawdzeniu zgodności znaku identyfikacyjnego umieszczonego na opasce ze znakiem identyfikacyjnym umieszczonym w indywidualnej dokumentacji medycznej, opaskę wydaje się pacjentowi lub jego opiekunowi prawnemu,

tak.....

– w przypadku stwierdzenia braku lub zniszczenia opaski, potwierdza się niezwłocznie tożsamość pacjenta i zakłada się pacjentowi nową opaskę,

tak.....

– czy wszystkie czynności związane z identyfikacją pacjenta są odnotowywane w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta

tak.....

Do identyfikacji pacjentów została opracowana procedura zgodna z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r- kopia procedury stanowi akta kontroli str.49-52

.....

3. określił w Regulaminie organizacyjnym odnoszącym się do zakresu kontroli:

- rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych
...został określony

- określił przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń,
został określony

- organizację i zadania oddziału pediatrycznego i położniczo-ginekologicznego oraz warunki jego współdziałania z innymi jednostkami lub komórkami
została określona

- sposób kierowania jednostkami lub komórkami organizacyjnymi
został określony...

4. udostępnia informację o prawach pacjenta w formie pisemnej poprzez umieszczenie jej w swoim lokalu, w miejscu ogólnodostępnym, zgodnie z ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r. poz. 159 z późn. zm.)

W oddziałach pediatrycznym, położniczo ginekologicznym oraz w poradni położniczo-ginekologicznej w Wysokiem Mazowieckiem i w Ciechanowcu...informacje o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta zostały umieszczone w ogólnodostępnych miejscach

Ad.2 Opieka pediatryczna w oddziale pediatrycznym :

W toku postępowania kontrolnego kontrolujący ustalili, iż sprawdzone czy podmiot leczniczy:

1. Nie przeprowadził postępowania konkursowego zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą (Dz.U z dnia 17 lutego.2012 poz.182) jeśli oddziałem pediatrycznym kieruje ordynator
Oddziałem kieruje kierownik oddziału pediatrycznego zgodnie z zapisem w regulaminie organizacyjnym.....
2. posiada wyposażenie z aktualnymi świadectwami przeglądów technicznych i zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego(Dz.U.z 2009 r. nr 140 poz.1143 z późn.zm/t,j
 - kardiomontior w miejscu udzielania świadczeń ...+.....
 - aparat EKG 12-odprowadzeniowy / w lokalizacji/...+.....
 - pulsoksymetr, ...+.....
 - źródło tlenu , ...+.....
 - urządzenie ssące, ...+.....
 - Pompę infuzyjną w miejscu udzielania świadczeń +
 - Kontrolującym okazano wykaz aparatury medycznej z aktualnymi datami przeglądów technicznych co stanowi akta kontroli str.53.....
 - zapewnia realizację badań laboratoryjnych (badania biochemiczne, gazometria, badania hematologiczne w tym układ krzepnięcia krwi i możliwość wykonania próby krzyżowej oraz badania płynu mózgowo-rdzeniowego / w lokalizacji/
 - wyżej wymienione badania wykonywane są w Laboratorium Szpitala Ogólnego.
3. zapewnia udzielanie świadczeń zdrowotnych wynikających z zakresu kontroli wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny oraz spełniające wymagania zdrowotne określone w odrębnych przepisach..

Kontrolującym okazano wykaz zatrudnionego personelu medycznego w oddziale pediatrycznym zawierający numery dyplomów, praw wykonywania zawodu, specjalizacje co stanowi akta kontroli str.54-55

-
4. prowadzi dokumentację zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz .U. z 21 . grudnia 2010 r. Nr. 252 poz.1697 z późn. zm).
- a) dokumentacja zbiorcza wewnętrzna t. j: księga chorych oddziału, księga raportów lekarskich,-
prowadzona jest w oddziale pediatrycznym zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r.w sprawie zakresów i rodzajów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania
- b) dokumentacja indywidualna wewnętrzna t.j. historia choroby.
Prowadzona jest prawidłowo, zawiera wszystkie dane zawarte w § 17 ust.1, 8, i 18 ust.1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r.w sprawie zakresów i rodzajów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

Ad.3 - Opieka położniczo-ginekologiczna z uwzględnieniem świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki położniczo-ginekologicznej:

W toku postępowania kontrolnego zostanie sprawdzone czy podmiot leczniczy:

1. przeprowadził/nie przeprowadził postępowanie konkursowe zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą (Dz.U. z 2012 r., poz.182) jeśli oddziałem położniczo-ginekologicznym kieruje ordynator.. Oddziałem kieruje ordynator po przeprowadzonym postępowaniu konkursowym
-
2. posiada wyposażenie z aktualnymi świadectwami przeglądów technicznych i zgodne z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2009 r. Nr 140 poz.1143 z późn. zm.) /t.j:
- kardiomonitor (w miejscu udzielania świadczeń),tak
 - aparat KTG (w miejscu udzielania świadczeń),...tak.....
 - kolposkop (w miejscu udzielania świadczeń),tak.
-

oraz czy zapewnia realizację badań:tak

w miejscu udzielania świadczeń - ciągle badanie KTG przed i w trakcie porodu – tak

Kontrolującym przedstawiono wykaz aparatury z aktualnymi badaniami technicznymi co stanowi akta kontroli 56-57

3. zapewnia udzielanie świadczeń zdrowotnych wynikających z zakresu kontroli wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny oraz spełniające wymagania zdrowotne określone w odrębnych przepisach.....

Kontrolującym okazano wykaz personelu zatrudnionego w oddziale zawierający nr. dyplomów, nr. prawa wykonywania zawodu, specjalizacje co stanowi akta kontroli str. 58-61

..

4. prowadzi dokumentację zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz .U. Nr. 252 poz.1697 z późn. zm).

- a) dokumentacja zbiorcza wewnętrzna t. j: księga chorych oddziału, księga raportów lekarskich, prowadzona jest zgodnie z rozporządzeniem ,jest całkowicie czytelna.....
- b) dokumentacja indywidualna wewnętrzna t.j. historia choroby
. prowadzona jest zgodnie z rozporządzeniem, jest całkowicie czytelna

5. Realizuje świadczenia zdrowotne z zakresu ambulatoryjnej opieki położniczo-ginekologicznej wskazane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. Nr 139, poz. 1142) w Poradni ginekologiczno-położniczej i Gabinetie diagnostyczno-zabiegowym o specjalności położnictwo i ginekologia z siedzibą w Wysokiem Mazowieckiem ul. Szpitalna 5

- czy spełnione są wymagania dotyczące kwalifikacji personelu – lekarz specjalista położnictwa i ginekologii lub ginekologii onkologicznej lub lekarz w trakcie specjalizacji z położnictwa i ginekologii lub ginekologii onkologicznej lub lekarz ze specjalizacją I stopnia w zakresie położnictwa i ginekologii,.

Kontrolującym okazano wykaz personelu zatrudnionego w poradni ,co stanowi akta kontroli str.62.....

- czy jest odpowiednie wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną w miejscu udzielania świadczeń lub w lokalizacji:
 - a) zestaw do pobrania materiału do badań cytologicznych (w tym wziernik jednorazowy i jednorazowa szczoteczka umożliwiająca pobranie rozmazu jednocześnie z tarczy części pochwowej oraz z kanału szyjki macicy-tak
 - b) detektor tętna płodu, ..tak.....

- czy zapewniony jest dostęp lub wykonanie w lokalizacji badań lub procedur terapeutycznych:

- a) laboratoryjnych,..tak.....
- b) mikrobiologicznych,..tak.....
- c) oceny cytologicznej preparatów przez osobę, która posiada odpowiednie doświadczenie w ocenie badań cytologicznych ginekologicznych, ..tak.....
- d) pobranie materiału do badań cytologicznych, w tym badań przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy wykonywanych zgodnie z obowiązującym schematem, .tak.
- e) USG z głowicą przezpochwową, .tak.....
- f) RTG,tak.....
- g) mammografii,..tak.....
- h) kolposkopii,..tak.....
- i) krioterapii.....tak.....

Kontrolującym okazano wykaz aparatury medycznej co stanowi akta kontroli str.63

6. Realizuje świadczenia zdrowotne z zakresu ambulatoryjnej opieki położniczo-ginekologicznej wskazane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. Nr 139, poz. 1142) w Poradni położniczo –ginekologicznej z siedzibą w Ciechanowcu Pl. Ks. Kluka 4

- czy spełnione są wymagania dotyczące kwalifikacji personelu – lekarz specjalista położnictwa i ginekologii lub ginekologii onkologicznej lub lekarz w trakcie specjalizacji z położnictwa i ginekologii lub ginekologii onkologicznej lub lekarz ze specjalizacją I stopnia w zakresie położnictwa i ginekologii,.

- Kontrolującym okazano wykaz personelu zatrudnionego w poradni co stanowi akta kontroli str.64 ...

- czy jest odpowiednie wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną w miejscu udzielania świadczeń lub w lokalizacji:

- a) zestaw do pobrania materiału do badań cytologicznych (w tym wziernik jednorazowy i jednorazowa szczoteczka umożliwiająca pobranie rozmazu jednocześnie z tarczy części pochwowej oraz z kanału szyjki macicy),. tak.....

- b) detektor tętna płodu,..tak.....

- czy zapewniony jest dostęp lub wykonanie w lokalizacji badań lub procedur terapeutycznych:
- j) laboratoryjnych, tak.....
- k) mikrobiologicznych, ...tak.....
- l) oceny cytologicznej preparatów przez osobę, która posiada odpowiednie doświadczenie w ocenie badań cytologicznych ginekologicznych, tak.....
- m) pobranie materiału do badań cytologicznych, w tym badań przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy wykonywanych zgodnie z obowiązującym schematem, ..tak.....
- n) USG z głowicą przezpochwową, ..tak...
- o) RTG,tak.....
- p) mammografii, ...tak.....
- q) kolposkopii,.....tak.....
- r) krioterapii.....tak.....

X. STWIERDZONE NIEPRAWIDŁOWOŚCI:

Na podstawie przedstawionej przez podmiot leczniczy dokumentacji w zakresie kontroli kontrolujący stwierdzili nieprawidłowości.

Kontrolujący nie..stwierdzili nieprawidłowości.

XI. ZAŁĄCZNIKI:

.brak

XII. WNIOSKI OSÓB WYKONUJĄCYCH CZYNNOŚCI KONTROLNE:

Wobec faktów stwierdzonych powyżej kontrola została oceniona pozytywnie....

.....

Po sporządzeniu protokołu, a przed jego podpisaniem podmiot leczniczy. nie. zgłosił* zastrzeżeń co do faktów stwierdzonych w trakcie kontroli i opisanych w protokole.

Podmiot leczniczy został poinformowany o prawie wniesienia zastrzeżeń w terminie 7 dni od dnia otrzymania niniejszego protokołu, co do sposobu przeprowadzania czynności kontrolnych oraz ustaleń zawartych w protokole. Zastrzeżenia powinny być zgłoszone na piśmie.

Protokół sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, z czego jeden otrzymuje kierownik podmiotu wykonującego działalność leczniczą, drugi Podlaski Urząd Wojewódzki Wydział Polityki Społecznej Oddział Rejestrów i Nadzoru Działalności Leczniczej.

DYREKTOR
/ - /
mgr inż. Stanisław Bielski

.....
Podpis kontrolowanego

Inspektor wojewódzki

Olga Szelağ

.....
Olga Szelağ

SZPITAL OGÓLNY
w Wysokiem Mazowieckiem
ul. Szpitalna 5
18-200 Wysokie Mazowieckie
Tel. 86-4775501, fax 86-2752047
NIP 722-13-34-542, REGON 450666236

Inspektor wojewódzki

Marek Drożdżewicz

.....
Marek Drożdżewicz

Jeden egzemplarz protokołu otrzymałem/am:

DYREKTOR
/ - /
mgr inż. Stanisław Bielski

.....
Podpis kontrolowanego

Protokół sporządzono i podpisano w Wysokiem Mazowieckiem, dnia 17 stycznia 2013 r.