

ODLASKI URZĄD WOJEWÓDZKI

PS-III.9612.43.2013.OS

**PROTOKÓŁ KONTROLI PLANOWEJ
SZPITALA OGÓLNEGO IM.DR WITOLDA GINELA
W GRAJEWIE
19-200 Grajewo ul. Konstytucji 3 Maja 34**

NR KSIĘGI REJESTROWEJ: 000000010739

Grajewo dnia 6 marca 2013 roku

PROTOKÓŁ KONTROLI

I. PODMIOT LECZNICZY:

Szpital Ogólny im .dr Witolda Gineła w Grajewie
ul. Konstytucji 3 Maja 34, 19-200 Grajewo

II. PRZEDSIĘBIORSTWO PODMIOTU LECZNICZEGO:

Przedsiębiorstwo Opieki Szpitalnej
ul. Konstytucji 3 Maja 34, 19-200 Grajewo

III. KOMÓRKI ORGANIZACYJNE:

Oddział pediatryczny

IV. KONTROLUJĄCY:

Olga Szelağ – inspektor wojewódzki w Oddziale Rejestrów i Nadzoru Działalności Leczniczej na podstawie upoważnienia nr 1/2013 znak: PS-III.9612.43.2013.OS wydanego z upoważnienia Wojewody Podlaskiego przez Dyrektora Wydziału Polityki Społecznej Podlaskiego Urzędu Wojewódzkiego oraz legitymacji służbowej nr 42

V. TERMIN KONTROLI:

Data rozpoczęcia kontroli: 6 marca 2013 r.
Termin zakończenia kontroli: 6 marca 2013 r.

VI. PRZEDMIOT KONTROLI:

Ocena podmiotów leczniczych prowadzących przedsiębiorstwo w zakresie zgodności wykonywanej działalności z przepisami określającymi warunki wykonywania działalności leczniczej ze szczególnym uwzględnieniem oceny opieki realizowanej w oddziałach pediatrycznych oraz sposobu jej dokumentowania w zakresie objętym obowiązującymi przepisami prawa.

VII. OKRES OBJĘTY KONTROLĄ:

Od dnia 1 lipca 2011 r. do dnia kontroli tj. do 6 marca 2013 r.
Kontroli dokonano w obecności: Dyrektora podmiotu leczniczego- dr Grzegorza Dembskiego
Przeprowadzenie kontroli planowej odnotowano w książce kontroli prowadzonej w jednostce kontrolowanej pod pozycją nr 1

W aktach rejestrowych kontrolowanego podmiotu znajdują się następujące dokumenty

1. Decyzja Nr 56/D-I/E/2012 z dnia 26.06.2012r. Podlaskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Białymstoku pozytywnie opiniująca „Program dostosowawczy Szpitala Ogólnego w Grajewie oraz Aneks do Programu dostosowawczego Szpitala Ogólnego w Grajewie do wymagań określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 2 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)”.
2. Oświadczenie złożone w dniu 16 08 2012 r. przez: pana Grzegorza Dembskiego – 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).”.
3. kopia polisy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą złożona 01. 08. 2012 r zawarta . na okres od 01.04 2012 r. do 31 .03.2013 r..

VIII. OPIS STANU FAKTYCZNEGO

1 Część ogólna:

W toku postępowania kontrolnego kontrolująca ustaliła, 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) uwzględniające:

- zakres i rodzaj udzielanych świadczeń zdrowotnych, w tym świadczeń profilaktyczny

tak nie

- liczbę pacjentów obejmowanych opieką w danym roku

tak nie

- wyposażenie, w szczególności w sprzęt i aparaturę medyczną, techniczną oraz środki transportu i łączności;

tak nie

- harmonogram czasu pracy;

tak nie

- średni dobowy czas świadczeń pielęgniarских i średni czas dyspozycyjny, o których mowa w § 2;

tak nie

- właściwą kategorię opieki ustaloną dla pacjenta;

tak nie

- liczbę pacjentów zakwalifikowanych do danej kategorii opieki;

tak nie

- stan zatrudnienia i organizacji pracy w jednostkach lub komórkach organizacyjnych nieudzielających świadczeń zdrowotnych

tak nie

Uwagi

Ze względu na art.8 rozporządzenia Ministra Zdrowia a dnia 28 grudnia 2012 r w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami Ustalone normy wg rozporządzenia z dnia 21 grudnia 1999 r 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 nie

- pacjenci szpitala są zaopatrywani w znaki identyfikacyjne,

tak nie

- 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 nie

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

tak nie

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

tak nie

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

tak nie

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

tak nie

- 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 nie

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

tak nie

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

tak nie

Sporządzono protokół z oględzin, który stanowi akta kontroli strona 15-16

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

tak nie

- rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych

tak nie

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

tak nie

- organizację i zadania oddziału pediatrycznego oraz warunki jego współdziałania z innymi jednostkami lub komórkami

tak nie

- sposób kierowania jednostkami lub komórkami organizacyjnymi

...
tak nie

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.) .

tak nie

Informacja umieszczona w ogólnodostępnym miejscu w oddziale pediatrycznym

Ad.2 Opieka pediatryczna w oddziale pediatrycznym :

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

1. 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 dnia 17 lutego.2012 poz.182) jeśli oddziałem pediatrycznym kieruje ordynator
Oddziałem kieruje –kierownik oddziału pediatrycznego
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 i ustawą z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Nr 107, poz. 679 z późn zm).

- kardiomontior w miejscu udzielania świadczeń

tak nie

- aparat EKG 12-odprowadzeniowy / w lokalizacji/

tak nie

– pulsoksymetr,

tak nie

– źródło tlenu

tak nie

– urządzenie ssące

tak nie

– Pompę infuzyjną w miejscu udzielania świadczeń

tak nie

Wykaz sprzętu stanowi akta kontroli strona 17

– 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/

tak nie

Badania laboratoryjne są wykonywane w laboratorium ogólnym szpitala

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

tak nie

Wykaz personelu zatrudnionego w oddziale pediatrycznym stanowi akta kontroli strona 18 dokumenty kompletne

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

tak nie

b) dokumentacja indywidualna wewnętrzna t.j. historie choroby zawierają dane o których mowa 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.

tak nie

Sprawdzono 12 historii chorób, dane dokumentowane są wg rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji oraz sposobu jej przetwarzania.

Wykaz dokumentacji podlegającej kontroli zawiera załącznik nr 1 do protokołu

X. STWIERDZONE NIEPRAWIDŁOWOŚCI:

Na podstawie przedstawionej przez podmiot leczniczy dokumentacji w zakresie kontroli kontrolująca nie stwierdziła nieprawidłowości.

XI. ZAŁĄCZNIKI:

Nr 1 Wykaz dokumentacji medycznej podlegającej kontroli

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
Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła
w Grajewie
/ - /
lek. med. Grzegorz Dembski

.....
Podpis kontrolowanego

Inspektor wojewódzki

/ - /

.....
Olga Szeląg

Jeden egzemplarz protokołu otrzymałem/am:

DYREKTOR
Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła
w Grajewie
/ - /
lek. med. Grzegorz Dembski

.....
Podpis kontrolowanego

Szpital Ogólny im. dr Witolda Gineła w Grajewie
19-200 Grajewo, ul. Konstytucji 3 Maja 34
tel./fax 85-272-20-41, tel. centr. 86-272-32-71 do 8
NIP 719-13-61-728 REGON 450666822
KRS 0000021376 Nr Ks. Rej. 000000010739

Protokół sporządzono i podpisano w Grajewie , dnia 6 marca 2013 r.