

PROTOKÓŁ KONTROLI PLANOWEJ

I. IMIE I NAZWISKO ORAZ ADRES MIEJSCA ZAMIESZKANIA ALBO FIRMA ALBO NAZWA ORAZ ADRES SIEDZIBY::

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bielsku Podlaskim ul. Kleszczelowska 1 17-100 Bielsk Podlaski

Nr księgi rejestrowej w RPWDL -00000010653

II. ADRES MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Lecznictwo szpitalne - Oddział dziecięcy ul. Kleszczelowska 1 17-100 Bielsk Podlaski

III. KONTROLUJĄCY:

Olga Szelaąg – inspektor wojewódzki w Oddziale Rejestrów i Nadzoru Działalności Leczniczej na podstawie upoważnienia Nr 1/2014 znak: PS-III.9612.115.2014.OS
wydanego z upoważnienia Wojewody Podlaskiego przez Dyrektora Wydziału Polityki Społecznej Podlaskiego Urzędu Wojewódzkiego oraz legitymacji służbowej nr 7/2014.

IV. TERMIN KONTROLI:

Data rozpoczęcia czynności kontrolnych: 9 lipca 2014 r.

Data zakończenia czynności kontrolnych: 9 lipca 2014 r.

V. PRZEDMIOT KONTROLI:

Ocena opieki realizowanej w oddziałach pediatrycznych .

VI. OKRES OBJĘTY KONTROLĄ:

Od dnia 1 lipca 2011r. do dnia kontroli tj. do 9 lipca 2014 r.

Kontroli dokonano przy udziale: ..Bożeny Grotowicz –dyrektora SP ZOZ

Przeprowadzenie kontroli planowej odnotowano w książce kontroli pod pozycją 13

W aktach rejestrowych kontrolowanego podmiotu znajdują się następujące dokumenty

- Pismo Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Białymstoku E.4140-26/2007 z dnia 22 czerwca 2007 r. pozytywnie opiniujące program dostosowania SPZOZ w Bielsku Podlaskim ul. Kleszczelowska 1 do przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 10 listopada 2006 r. w sprawie wymagań jaki powinny odpowiadać po względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakłady opieki zdrowotnej (Dz. U. z 20006 r.,nr.213, poz. 1568)
- wpis w księdze rejestrowej zawierający potwierdzenie zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmującej szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych na okres od 01 .03.2014 r. do 28 .02.2015 r.
- oświadczenie złożone w dniu 27 marca 2013 r. – przez Aarsalana Azzadina z-cę dyrektora ds. leczenia SP ZOZ o treści określonej w art.100 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej

VII. OPIS STANU FAKTYCZNEGO

Ad.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 profilaktycznych

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 ☐

2. stosuje się do zapisów art. 36 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn. 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 ☐

.Kontrolującą przedstawiono aktualizowaną procedurę z 20.01 2013. Wszyscy sprawdzeni pacjenci oddziału dziecięcego zaopatrzeni byli w opaski ze znakami identyfikacyjnymi.

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

– 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 ☐

..Regulamin organizacyjny wszedł w życie z dn.01.01 2012 r.

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 ze zm.) .

tak ☒ nie ☐

...Informacja o prawach pacjenta umieszczona w ogólnodostępnym miejscu .

5. Dane objęte wpisem wskazane w prowadzonej dla podmiotu księdze rejestrowej stanowiącej załącznik nr.1 do niniejszego programu są zgodne ze stanem faktycznym

tak ☒ nie ☐

..Przyjęto protokół ustnych wyjaśnień akta kontroli str.12

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 ordynator z przeprowadzonego postępowania konkursowego w dn.26.XI.2009 r. zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 6.II. 2012r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu (Dz.U. z 2012r poz 182).

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).

– kardiomonitor 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 z podmiotami serwisującymi- akta kontroli str.13-15

Przyjęto 2 protokoły wyjaśnień ustnych str. 16 i str.17

3. 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 biochemiczne i hematologiczne wykonywane są w Medycznym Laboratorium Diagnostycznym szpitala. Badania rtg i usg –Zakład Diagnostyki Obrazowej

zapewnia udzielanie świadczeń zdrowotnych wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny oraz spełniające wymagania zdrowotne określone w odrębnych przepisach..

tak ☒ nie ☐

Wykaz personelu med. –akta kontroli str. 18, dokumenty kwalifikacyjne 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 (tekst jedn. Dz .U. z 2014 r. poz.177).
- 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 ☐

5. Dokumentacja zbiorcza -sprawdzono książkę raportów ,pielęgniarskich, lekarskich prowadzone zgodnie z rozporządzeniem Min. Zdrowia z dn.21.XII. 2010r w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania .

...

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 ☐

- b) Sprawdzono 20 historii chorób. Dokumentacja indywidualna 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

Wykaz dokumentacji podlegającej kontroli zawiera załącznik nr 1 do protokołu

VIII. STWIERDZONE NIEPRAWIDŁOWOŚCI:

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

IX . ZAŁĄCZNIKI:

.Nr 1 Wykaz dokumentacji medycznej podlegającej kontroli

X. WNIOSKI OSÓB WYKONUJĄCYCH CZYNNOŚCI KONTROLNE

Działalność podmiotu leczniczego w zakresie przedmiotu kontroli jest prowadzona

Zgodnie z :

Ustawą z dn. 15.IV 2011 r. o działalności leczniczej

Ustawą z dn.20 V.2010r. o wyrobach medycznych. .

Rozporządzeniem Min. Zdrowia z 21.XII.2010r.o dokumentacji medycznej

Rozporządzeniem Min. Zdrowia z 28.XII. 2012 w sprawie minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych.

Rozporządzeniem Min. Zdrowia z 6 II. 2012 w sprawie konkursu

Rozporządzeniem Min. Zdrowia z 20.IX. 2012 r. w sprawie znaków identyfikacyjnych

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

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 kontrolowany podmiot leczniczy, a drugi Podlaski Urząd Wojewódzki Wydział Polityki Społecznej Oddział Rejestrów i Nadzoru Działalności Leczniczej

Protokół sporządzono w Bielsku Podlaskim dn. 9 lipca 2014 r.

DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego Zakładu
Opieki Zdrowotnej
w Bielsku Podlaskim
/ – / 09.07.2014
Bożena Grotowicz

inspektor wojewódzki
/ – /
Olga Szelaąg

Data i podpis kontrolowanego

SAMODZIELNY PUBLICZNY
ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
17-100 Bielsk Podlaski, ul. Kleszczelowska 1
tel. 85/833-27-60, fax 85/833-43-05
www.spzoz-bielsk.pl sekretariat@spzoz-bielsk.pl
NIP 542-17-54-901, Regon 050584924

Nie wnoszę zastrzeżeń do treści protokołu

Bielsk Podlaski 09.07.2014

miejsce, data

Bożena Grotowicz

pieczęć podmiotu leczniczego oraz
podpis właściciela podmiotu leczniczego lub
osoby upoważnionej

Odmawiam podpisania protokołu z powodu

.....
.....

pieczęć podmiotu leczniczego oraz
podpis właściciela podmiotu leczniczego lub
osoby upoważnionej

Jeden egzemplarz protokołu otrzymałam/łem

09.07.2014 Bożena Grotowicz

Data otrzymania protokołu i podpis kontrolowanego