WIELKOPOLSKI
URZĄD WOJEWÓDZKI
w Poznaniu
WYDZIAŁ ZDROWIA

ZD-IV.9612.82.2018.5

Protokół
z kontroli planowej problemowej podmiotu leczniczego:
WSPÓLNOTA WOLONTARIUSZY HOSPICYJNYCH „LUDZKI GEST"
IM. JANA PAWŁA II, ul. Droga Leśna 60, 64-600 Oborniki

I. Informacje i ustalenia ogólne

1. Kontrolowany podmiot leczniczy

Nazwa i adres kontrolowanego zakładu leczniczego: NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ HOSPICJUM „LUDZKI GEST" IM. JANA PAWŁA II, ul. Droga Leśna 60, 64-600 Oborniki
RPWDL: 000000189939 W-30
Data wpisu do RPWDL: 2.02.2017 r.
Forma organizacyjno-prawna: 0502 – fundacja, związek zawodowy, samorząd zawodowy, stowarzyszenie bez celu osiągania zysku
Data rozpoczęcia działalności leczniczej: 6.02.2017 r.
Miejsce udzielania świadczeń: ul. Droga Leśna 60, 64-600 Oborniki, dom pacjenta

2. Dane dotyczące kontroli oraz osób wykonujących czynności kontrolne

Organem, któremu przysługuje ustawowe prawo 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) Aleksandra Jarosz, inspektor wojewódzki w Wydziale Zdrowia Wielkopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Poznaniu, przewodnicząca zespołu kontrolnego
2) Jolanta Bartczak, starszy specjalista w Wydziale Zdrowia Wielkopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Poznaniu,

legitymujące się upoważnieniem do przeprowadzenia kontroli, znak: KN-II.0030.257.2018.1, z dnia 26 czerwca 2018 r., wydanym przez Wojewodę Wielkopolskiego.

Treść protokołu podlega udostępnieniu zgodnie z ustawą z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1764 ze zm.), oprócz informacji stanowiących dane osobowe w rozumieniu ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922 ze zm.), w części: art. 1, art. 23 ust. 1 pkt 2, art. 25 ust. 2 pkt 1, art. 26, art. 27 ust. 2 pkt 2, art. 37 oraz ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000).

Kontrolę planową problemową przeprowadzono zgodnie z planem kontroli na 2018 rok. Czynności kontrolne rozpoczęto w dniu 6 lipca 2018 roku i zakończono w dniu 11 lipca 2018 roku. Czynności kontrolne w podmiocie leczniczym realizowano 6 lipca 2018 r.

3. Przedmiot i zakres kontroli

Przedmiot kontroli obejmował formalną ocenę zgodności wykonywanej działalności z przepisami prawa.
Okres objęty kontrolą: od 6 lutego 2017 roku do dnia zakończenia kontroli

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

Kierownikiem podmiotu leczniczego jest Pani Grażyna Stachowiak - Prezes Zarządu, która reprezentowała podmiot w trakcie kontroli.

5. Czynności wstępne i ustalenia organizacyjne

W dniu 6 lipca 2018 r., przed przystąpieniem do czynności kontrolnych, Pani Grażynie Stachowiak przedłożono upoważnienie do kontroli, zawierające pouczenie o prawach i obowiązkach kontrolowanego, umożliwiając zapoznanie się z pouczeniem. Fakt otrzymania upoważnienia ww. potwierdziła podpisem na dokumencie. Ponadto przedstawiono przedmiot i zakres kontroli, podstawę prawną jej prowadzenia oraz określono organizację kontroli.

Osoby kontrolujące złożyły oświadczenie o braku okoliczności uzasadniającej wyłączenie od udziału w kontroli. Oświadczenia stanowią *zał. nr 1* do niniejszego protokołu.

II. Opis stanu faktycznego i ustalenia

1. Regulamin organizacyjny i Statut podmiotu leczniczego

Podmiot posiada Regulamin organizacyjny, co stanowi realizację art. 23 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 160 ze zm.).

Przed wejściem do zakładu leczniczego podano informację o rodzaju i zakresie udzielanych świadczeń zdrowotnych, co stanowi realizację art. 14 i 24 ust. 2 ww. ustawy. Treść i forma tych informacji nie mają cech reklamy.

W miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych, w domu pacjenta, przekazuje się informację o sposobie udostępnienia dokumentacji medycznej, co stanowi realizację art. 24 ust. 2 ww. ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.

Podmiot nie udziela odpłatnych świadczeń zdrowotnych.

2. Struktura organizacyjna podmiotu leczniczego określona w rejestrze, a stan faktyczny

Struktura organizacyjna jest zgodna z wpisem do RPWDL.

3. Zakres i rodzaj udzielanych świadczeń zdrowotnych

Zgodnie ze stanem faktycznym, podmiot prowadzi działalność leczniczą polegającą na udzielaniu ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w dziedzinie medycyny paliatywnej.

Świadczenia są udzielane 4 chorym, w ramach kontraktu z NFZ, według zasad wynikających z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 marca 2018 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz.U. z 2018 r. poz. 742 ze zm.).

4. Prawa pacjenta

W pomieszczeniach zakładu leczniczego udostępniono informację o prawach pacjenta, co stanowi realizację art. 11 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017 r. poz. 1318 ze zm.). Podmiot udostępnia także prawa pacjenta realizując świadczenia zdrowotne w miejscu pobytu świadczeniobiorcy, do czego zobowiązuje art. 11 ust. 3 ww. ustawy.
Na dzień kontroli żaden pacjent nie złożył wniosku o udostępnienie dokumentacji medycznej.

5. Pomieszczenia i urządzenia podmiotu leczniczego

Tytuł prawny do budynku i lokalu

Przedłożono umowę użyczenia zawartą w Obornikach, 1.02.2017 r. z Parafią Miłosierdzia Bożego, ul. Droga Leśna 60, Oborniki. Umowa obowiązuje przez okres 7 lat i dotyczy lokalu o powierzchni 77 m², będącego częścią ośrodka katechetyczno-administracyjno-mieszkalnego parafii.

Dokumenty właściwego terenowo i rzeczowo organu sanitarnego, wizytacja pomieszczeń zakładu leczniczego

Przedłożono Opinię PPIS w Obornikach, z dnia 16.02.2017 r., znak: ON.HK-423/2-1/17, w której ww. potwierdza, że urządzenia i pomieszczenia kontrolowanego podmiotu

leczniczego spełniają wymagania rozporządzania Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 roku w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012 r. poz. 739).

6. Standardy postępowania i procedury medyczne

W celu potwierdzenia zapewnienia właściwego poziomu i jakości świadczeń zdrowotnych (diagnostyki, leczenia pacjentów i ciągłości postępowania) oraz wymagań sanitarno-higienicznych podmiot zawarł umowy z podwykonawcami dotyczące:

- odbioru i utylizacji odpadów medycznych (PPUH „HYGEA" Czesław Golik - Lubasz);
- badań laboratoryjnych (NZOZ PULS Laboratorium Analityczne Anna Czypek, Oborniki);
- diagnostyka USG i RTG (SPZOZ Oborniki);
- transport sanitarny (Obst, Parkowo).

7. Personel medyczny

W podmiocie leczniczym świadczenia zdrowotne udzielane są przez 2 lekarzy (w tym: 1 z ukończonym kursem „Wybrane zagadnienia z zakresu medycyny paliatywnej" oraz 1 specjalistę II° w zakresie chirurgii ogólnej), 3 pielęgniarki (w tym 1 pielęgniarkę z kursem kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarskiej opieki paliatywnej, aktualnie przebywającą na zwolnieniu lekarskim), 1 licencjata fizjoterapii oraz 1 mgr psychologii. Personel medyczny podmiotu spełnia wymogi kwalifikacyjne oraz zdrowotne, co stanowi realizację art. 17 ust. 1 pkt 3 ustawy o działalności leczniczej. Wykaz personelu udzielającego świadczeń zdrowotnych stanowi *zał. nr 2* do protokołu.

8. Stosowane wyroby medyczne

Na wyposażeniu podmiotu leczniczego znajduje się sprzęt i aparatura medyczna zgodne z profilem udzielanych świadczeń. Wyposażenie stanowią: 15 koncentratorów tlenu, 3 ssaki elektryczne, 3 inhalatory, 1 pompa infuzyjna, 4 glukometry. Na potwierdzenie sprawności technicznej ww. przedłożono paszporty techniczne oraz karty gwarancji, co stanowi realizację art. 17 ust. 1 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej.

Ponadto na wyposażeniu podmiotu leczniczego znajdują się kule, laski, balkoniki, chodziki, wózki inwalidzkie oraz 4 nesesery pielęgniarskie. W dniu 6 lipca 2018 roku sprawdzono jeden neseser pielęgniarski, który spełniał wymogi załącznika nr 2 (część II ust. 3 pkt 8) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej.

9. Umowa ubezpieczenia działalności leczniczej

Podmiot leczniczy dopełnił obowiązku zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych, wynikającego z art. 17 ust. 1 pkt 4a ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Przedłożono polisę nr 1021625681, zawartą na okres 22.07.2017 - 21.07.2018 r. Z uwagi na fakt, że w RPWDL podmiot zadeklarował rozpoczęcie działalności leczniczej z dniem 6.02.2017 r., a umowę OC zawarto od 22.07.2017 r. kierownika podmiotu poproszono o wyjaśnienia. Z treści wyjaśnień, które stanowią *zał. nr 3* do protokołu wynika, że ze względu na przedłużającą się w NFZ procedurę kontraktowania faktyczną działalność rozpoczęto 10 lipca 2017 r.

III. Podsumowanie kontroli

1. Wnioski osób wykonujących czynności kontrolne:

Podmiot spełnia warunki określone w art. 17 ust. 1 pkt 1, 2, 3, 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. W zakresie objętym kontrolą nie stwierdzono nieprawidłowości.

2. Data i miejsce sporządzenia protokołu
Protokół sporządzono w dniu 11 lipca 2018 roku w Oddziale Nadzoru w Ochronie Zdrowia, Wydziału Zdrowia WUW w Poznaniu.

3. Wpis do książki kontroli
Fakt przeprowadzenia kontroli potwierdzono wpisem do księgi kontroli pod poz. nr 1.

4. Załączniki:
1. Oświadczenia kontrolerów o braku okoliczności uzasadniającej wyłączenia od udziału w kontroli.
2. Wykaz personelu.
3. Protokół przyjęcia wyjaśnienia.

5. 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:

Przewodnicząca zespołu:	Członek zespołu:
Inspektor Wojewódzki	St. specjalista
Aleksandra Jarosz	*Jolanta Bartczak*
……..……	……..……
imię i nazwisko, podpis	*imię i nazwisko, podpis*

Potwierdzenie zapoznania się z protokołem 16.07.2018 r. Grażyna Stachowiak Kierownik Hospicjum
(imię i nazwisko, podpis i data)

Oświadczenia

1. Oświadczam, że ~~zgłaszam zastrzeżenia~~/ nie zgłaszam zastrzeżeń* co do faktów stwierdzonych w trakcie kontroli i opisanych w niniejszym protokole

…16.07.2018 r. Grażyna Stachowiak Kierownik Hospicjum..
(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

…16.07.2018 r. Grażyna Stachowiak Kierownik Hospicjum….
(imię i nazwisko, podpis i data)

***niepotrzebne skreślić**

Potwierdzenie odbioru 1 egz. protokołu

Jeden egz. protokołu odebrano dnia: 16.07.2018 r. Grażyna Stachowiak Kierownik Hospicjum..
(imię i nazwisko, podpis)

Dyrektor
Wydziału Zdrowia
Damian Marciniak

w zast. kierownika
Referent prawny
Julia Kujawa

Dokument nie wymagał anonimizacji. Przygotowała: Aleksandra Jarosz - Inspektor Wojewódzki, 17.10.2018 r.