

PROTOKÓŁ KONTROLI

przeprowadzonej przez Konsultanta Wojewódzkiego
w dziedzinie psychologii klinicznej

w S.P. szpital kliniczny nr 2 PUM
z siedzibą w Szczecinie, ul. P. Wielkopolskich 72
zwanym dalej „jednostką kontrolowaną”

kierowanym w okresie objętym kontrolą przez (imię nazwisko, data objęcia stanowiska
służbowego): Dyrektor B. Turkiewicz

Rodzaj Kontroli:

- Kompleksowa (obejmuje całą działalność podmiotu kontrolowanego)
- Problemowa (obejmująca wybrane zagadnienia z działalności podmiotu kontrolowanego)
- Sprawdzająca (obejmująca badanie sposobu wykorzystania uwag i wykonania wniosków z wcześniejszych kontroli)
- Doraźna (wynikająca z konieczności pilnego zbadania nagłych i nieprzewidzianych zdarzeń)
- Koordynowana (obejmuje te same zagadnienia w kilku podmiotach kontrolowanych)
(zaznaczyć odpowiednio)

Data rozpoczęcia kontroli..... 27.02.15
Data zakończenia kontroli..... 27.02.15

Kontrolujący – nr i data wystawienia upoważnienia do kontroli

Ryszard Kamiński
nr upoważnienia 3/15, 26.02.15

Podstawa prawna podjęcia kontroli (ustawa, rozporządzenie): art. 111 ust. 5 pkt 1 ustawy
z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654 z późn. zm.),
ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. Nr 52, poz. 419
z późn. zm.)

Przedmiot kontroli:

Celem kontroli jest sprawdzenie:

dotyczy sposobu opieki nad pacjentami i ich
rodzaj możliwości wykorzystania
z pomocą psychologiczną

*) niepotrzebne skreślić

..... i tym samym ocena zadowolona z psychicznego 6 p. 2

Okres objęty kontrolą:.....

Przed rozpoczęciem czynności kontrolnych kontrolujący zawiadomił kierownika jednostki kontrolowanej o przedmiocie kontroli, okazał pisemne imienne upoważnienie wystawione przez zarządzającego kontrolę i dowód osobisty oraz dokonał adnotacji w księdze ewidencji kontroli prowadzonej przez jednostkę pod numerem.....

Wyjaśnień udzielał(a) kierownik jednostki kontrolowanej/osoba upoważniona pan/pani*

..... Dyż. Turkiewicz, dr Romanowski

Kontrolowana jednostka wpisana została do rejestru zakładów opieki zdrowotnej pod numerem księgi rejestrowej 0000000/8603, którą prowadzi Wojewoda Zachodniopomorski.

Jednostka kontrolowana zawarła/nie zawarła*) umowę(y) o udzielanie świadczeń zdrowotnych z **Narodowym Funduszem Zdrowia**.

Dane dot. zawartej umowy/zawartych umów*):

Lp.	Oznaczenie umowy	Miejsce zawarcia	Data zawarcia	Okres obowiązywania	Przedmiot	Uwagi
						Kontrolującemu okazano/ nie okazano*) do wglądu oryginał/kopię*) umowy.

Jednostka kontrolowana ma zawarte umowy/nie ma zawartych umów*) z **innymi podmiotami ochrony zdrowia**.

Dane dot. zawartych umów:

Lp.	Oznaczenie umowy	Data zawarcia	Okres obowiązywania	Strony umowy	Przedmiot	Uwagi

*) niepotrzebne skreślić

2

Parafy kontrolującego oraz kierownika jednostki kontrolowanej/pracownika upoważnionego

..... 

Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach jednostki kontrolowanej:

Lp.	Miejscowość	Ulica	Nr lokalu	dni/godziny udzielania świadczeń	całodobowo	uwagi
	520-2000	ul. P. nr 1200-1200		Poniedziałek		
				Wtorek		
				Środa		
				Czwartek		
				Piątek		
				Sobota		
				Niedziela		

Jednostka kontrolowana udziela/nie udziela *) świadczeń zdrowotnych w domu pacjenta

(brak uwag/uwagi *):

.....).

Kontrola sanitarna:

Lp	Oznaczenie lokalu/adres	Termin przeprowadzenia ostatniej kontroli sanitarnej	Oznaczenie jednostki kontrolującej	Zakres kontroli	Ustalenia	Uwagi

*) niepotrzebne skreślić

Regulamin organizacyjnym jednostki kontrolowanej [zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tj. Dz. U. z 2011 r. Nr 112, poz. 654 z późn. zm.)]:

określa/nie określa *)	firmę podmiotu
określa/nie określa *)	cele i zadania podmiotu
określa/nie określa *)	strukturę organizacyjną przedsiębiorstwa podmiotu,
określa/nie określa *)	rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych
określa/nie określa *)	miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych
określa/nie określa *)	przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w jednostkach lub komórkach organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu
określa/nie określa *)	organizację i zadania poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu oraz warunki współdziałania tych jednostek lub komórek dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania podmiotu pod względem diagnostyczno – leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno - gospodarczym
określa/nie określa *)	warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych
określa/nie określa *)	wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej ustalonej w sposób określony w art. 28 ust.4 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
określa/nie określa *)	organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat
określa/nie określa *)	wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych do przechowania zwłok na podstawie ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 200 r. Nr 23 poz. 295 z późn. zm.) oraz od podmiotów, na zlecenie których przechowuje się zwłoki w związku z toczącym się postępowaniem karnym
określa/nie określa *)	wysokość opłat za udzielane świadczenia zdrowotne inne niż finansowane ze środków publicznych
określa/nie określa *)	sposób kierowania jednostkami lub komórkami organizacyjnymi przedsiębiorstwa podmiotu

*) niepotrzebne skreślić

4

Parafy kontrolującego oraz kierownika jednostki kontrolowanej/pracownika upoważnionego



Etat tak nie

Praca zmianowa tak nie

Inne.....

Formy doskonalenia zawodowego:

Udział w zjazdach, konferencjach (krajowe, zagraniczne) – kto był adresatem

- aktywny.....
- bierny.....

szkolenia (terminy, tematyka, kto był adresatem)

.....

Organizacja jednostki (oddziału) :

Liczba łóżek zarejestrowanych.....

Liczba łóżek rzeczywistych w dniu

Liczba sal chorych.....

Liczba hospitalizacji:

- w roku minionym:

- w roku bieżącym do dnia kontroli.....

- liczba pacjentów w dniu kontroli.....

% obłożenia łóżek.....

Czas oczekiwania na przyjęcie planowe

Czas oczekiwania na przyjęcia w przypadkach nagłych.....

Przyczyny oczekiwania na przyjęcie na oddział (medyczne, pozamedyczne)

.....

Średni czas hospitalizacji pacjentów (za okres objęty kontrolą)

Wyposażenie jednostki kontrolowanej (zakładu, oddziału, poradni, pracowni itd.)

Główny sprzęt medyczny

.....

Wykorzystanie sprzętu medycznego

- rzadko używany

.....

- rutynowo używany

.....

*) niepotrzebne skreślić

6

Załączniki do protokołu :

- 1.
- 2.
- 3.

Na tym kontrolę zakończono.

Protokół doręczono kierownikowi jednostki kontrolowanej w dniu.....

Kierownikowi jednostki kontrolowanej, po zapoznaniu się z treścią protokołu kontroli, przysługuje prawo zgłoszenia – przed podpisaniem protokołu – umotywowanych zastrzeżeń dotyczących ustaleń zawartych w protokole. Zastrzeżenia zgłasza się na piśmie w terminie 7 dni od dnia otrzymania protokołu.

Kierownik kontrolowanej jednostki, po zapoznaniu się z treścią protokołu kontroli, może odmówić jego podpisania, składając w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania wyjaśnienie przyczyn tej odmowy. Odmowa podpisania protokołu kontroli przez kierownika jednostki kontrolowanej nie stanowi przeszkody do sporządzenia wystąpienia pokontrolnego.

Protokół sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, z których jeden pozostawia się kierownikowi jednostki kontrolowanej.

Szczecin....., dnia 27.02..... 20... 15

(miejsowość, data sporządzenia protokołu)

Kierownik jednostki kontrolowanej

(albo upoważniony pracownik)

Z-CA DYREKTORA

ds. Lecznictwa

Samodzielnego Publicznego

Szpitala Klinicznego Nr 2 PUM w Szczecinie

dr n. med. Maciej Romanowski

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2

PUM w Szczecinie

70-111/Szczecin, al. Powstańców Wielkopolskich 72

tel. 91/ 466 10 10, fax 91/ 466 10 15

NIP: 955-19-08-958, REGON: 000288900

Konsultant Wojewódzki

KONSULTANT WOJEWÓDZKI
PSYCHOLOGII KLINICZNEJ
W SZCZECINIE

Szczecin....., dnia 27.02.15
dr n. med. Ryszard Kamiński

(Miejscowość, data podpisania protokołu, podpis)

*) niepotrzebne skreślić