

ankieta



2005

instrukcja wypełniania ankiety

Szanowni Państwo,

Przy wypełnianiu ankiety prosimy o zastosowanie się do poniższych uwag:

1. Odpowiadając na pytania należy mieć na uwadze dane dotyczące jednostki podstawowej wraz z podległymi jej komórkami organizacyjnymi (np. filie, kliniki, oddziały zamiejscowe).
2. Należy udzielać odpowiedzi na podstawie dokumentów szpitalnych lub innych możliwych do sprawdzenia. Organizator projektu zapewnia sobie prawo do losowej weryfikacji poprawności podanych informacji. Prosimy więc o wskazanie osoby do ewentualnego wyjaśnienia potencjalnych niejasności w udzielonych odpowiedziach.
3. Właściwą odpowiedź prosimy zakreślić krzyżykiem lub wpisać w wyznaczone miejsca.
4. Wypełniona ankieta powinna być podpisana przez Dyrektora lub upoważnioną osobę.
5. W razie wątpliwości, pracownicy Centrum Monitorowania Jakości w Krakowie odpowiedzą na Państwa pytania. Prosimy o kontakt telefoniczny pod numerem (0 12) 427-81-70 lub pocztą elektroniczną ranking@cmj.org.pl
6. Wypełnioną ankietę prosimy odesłać w załączonej kopercie **do 12 sierpnia 2005** do Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w Krakowie.
7. Zachęcamy do udzielania odpowiedzi na pytania ankiety. Rezygnacja z udziału w badaniu pozbawia Państwa szansy znalezienia się na liście bezpiecznych szpitali w Polsce.
8. Zapewniamy poufność przesłanych informacji. Osoby trzecie nie będą miały wglądu w wypełnione ankiety.

Gospodarstwo Pomocnicze przy Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia
ul. Syrokomli 10, 30-102 Kraków, tel. (0-12) 427-81-70, 427-81-71
e-mail: ranking@cmj.org.pl
www.cmj.org.pl/ranking

podstawowe informacje o szpitalu

1. Pełna nazwa szpitala:

Adres:

Kod:

Miasto:

Województwo:

Strona internetowa:

Numer telefonu: kierunkowy () nr telefonu:

nr faxu:

2. Rodzaj szpitala:

2a.

- 1 kliniczny
 2 wojewódzki
 3 powiatowy
 4 inny

(proszę wpisać, jaki?)

2b.

- 1 monospecjalistyczny
 2 wielospecjalistyczny

2c.

- 1 publiczny
 2 niepubliczny / prywatny

3. Czy szpital posiada oddziały zamiejscowe?

NIE

TAK, jeśli TAK, proszę podać ich nazwę i lokalizację:

4. Czy szpital jest częścią organizacyjną innej jednostki?

NIE

TAK, jeśli TAK, proszę podać jej nazwę i lokalizację:

	2003	2004
5. Liczba stacjonarnych oddziałów szpitalnych		
6. Liczba pacjentów hospitalizowanych		
7. Liczba zatrudnionych ogółem (wyrażona w etatach przeliczeniowych)		
8. Liczba lekarzy zatrudnionych w szpitalu <i>bez względu na formę zatrudnienia</i>		
9. Liczba pielęgniarek i położnych zatrudnionych w szpitalu <i>bez względu na formę zatrudnienia</i>		
10. Liczba łóżek w szpitalu		

11. Czy w szpitalu przeprowadzane są zabiegi operacyjne?

NIE

TAK, jeśli TAK, to w jakiej formie:

operacje w trybie jednego dnia

operacje w trybie opieki krótkoterminowej do 3 dni

operacje w trybie opieki krótkoterminowej do 30 dni

odsetek ogólnej liczby zabiegów

%

%

%

obszar A **budynki, bezpieczeństwo eksploatacji budynków**

A01	Czy wszystkie, wskazane w Rozporządzeniu MZ, pomieszczenia szpitala wyposażone są w wentylację/klimatyzację (§23,50,56,57,66 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 czerwca 2005 r., Dz.U.05.116.985 oraz załącznik nr 1.)?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	A01
A02	Czy we wszystkich budynkach szpitala przeznaczonych dla pacjentów i posiadających więcej niż 1 kondygnację, znajdują się co najmniej 2 dźwigi (w każdym z tych budynków) (§48 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 czerwca 2005 r., Dz.U.05.116.985.)?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	A02
A03	Czy szerokość wszystkich korytarzy używanych do transportu chorych spełnia warunki (§36,37,38 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 czerwca 2005 r., Dz.U.05.116.985.)?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	A03
A04	Czy wszystkie budynki szpitala, w których prowadzony jest proces leczenia pacjentów, wyposażone są w instalację sygnalizacji pożaru, (Rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych z 3.11.1992 par. 18, pkt. 7. oraz pkt. 20, Dz.U. nr 92 poz. 460, ze zmianą w Dz.U. nr 102 z 1995 roku, poz. 507)?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	A04
A05	Czy wszystkie budynki szpitala, w których prowadzony jest proces leczenia pacjentów, wyposażone są w instalację i urządzenia do awaryjnego usuwania dymów i gazów pożarowych, (Rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 16.06.2003, rozdział 4, par. 11.1. pkt. 4. Dz.U. nr 121, poz. 1138, Rozporządzenia Ministra Infrastruktury z 12.04.2002 Dział VI, rozdział 4, par. 245, pkt. 3. Dz.U. nr 75 poz. 690)?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	A05
A06	Czy wszystkie budynki szpitala, w których prowadzony jest proces leczenia pacjentów, wyposażone są w instalację dźwiękowego systemu ostrzegawczego, (Rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 16.06.2003 rozdział 4, par. 11.1. pkt. 6, Dz. U. Nr 121, poz. 1138)?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	A06
A07	Czy wszystkie budynki szpitala, w których prowadzony jest proces leczenia pacjentów, wyposażone są w instalację oświetlenia ewakuacyjnego ciągów komunikacyjnych, (Rozporządzenia Ministra Infrastruktury z 6.02.2003, rozdział 8, par. 180, pkt. 3. podpunkt 2 litera c. Dz.U. nr 47, poz. 401)?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	A07
A08	Czy w ciągu ostatnich 3 lat w szpitalu przeprowadzona została kontrola Straży Pożarnej?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	A08
A09	Czy w szpitalu są obiekty budowlane (w których jest prowadzona działalność kliniczna) dopuszczone warunkowo do eksploatacji przez Straż Pożarną?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	A09
A10	Czy w szpitalu są obiekty budowlane (w których NIE jest prowadzona działalność kliniczna) dopuszczone warunkowo do eksploatacji przez Straż Pożarną?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	A10
A11	Czy w ciągu ostatnich 2 lat w szpitalu przeprowadzona została kontrola Stacji Sanitarно-Epidemiologicznej?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	A11
A12	Czy w szpitalu są obiekty budowlane (w których jest prowadzona działalność kliniczna) dopuszczone warunkowo do eksploatacji przez Stację Sanitarно-Epidemiologiczną?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	A12
A13	Czy w szpitalu są obiekty budowlane (w których NIE jest prowadzona działalność kliniczna) dopuszczone warunkowo do eksploatacji przez Stację Sanitarно-Epidemiologiczną?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	A13
A14	Czy w ciągu ostatnich 3 lat w szpitalu przeprowadzona została kontrola Państwowej Inspekcji Pracy?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	A14
A15	Czy w szpitalu są obiekty budowlane (w których jest prowadzona działalność kliniczna) zakwestionowane przez Państwową Inspekcję Pracy?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	A15
A16	Czy w szpitalu są obiekty budowlane (w których NIE jest prowadzona działalność kliniczna) zakwestionowane przez Państwową Inspekcję Pracy?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	A16

obszar B zarządzanie majątkiem

Jaka była łączna wartość budynków, lokali i obiektów inżynierii lądowej i wodnej?			
B01	Wartość brutto na dzień 31.12.2004 (w tys. zł)	tys. zł	B01
B02	Wartość netto na dzień 31.12.2004 (w tys. zł)	tys. zł	B02
Jaka była łączna wartość urządzeń medycznych ujętych na liście inwentarzowej środków trwałych?			
B03	Wartość brutto na dzień 31.12.2004 (w tys. zł)	tys. zł	B03
B04	Wartość netto na dzień 31.12.2004 (w tys. zł)	tys. zł	B04
Jaka była łączna wartość urządzeń technicznych ujętych na liście inwentarzowej środków trwałych?			
B05	Wartość brutto na dzień 31.12.2004 (w tys. zł)	tys. zł	B05
B06	Wartość netto na dzień 31.12.2004 (w tys. zł)	tys. zł	B06
Jaka kwota została przeznaczona na naprawy, konserwacje, umowy serwisowe (łącznie) urządzeń medycznych ?			
B07	Kwota w roku 2003 (w tys. zł)	tys. zł	B07
B08	Kwota w roku 2004 (w tys. zł)	tys. zł	B08
B09	Jaki procent urządzeń medycznych ma paszport techniczny prowadzony na bieżąco?	%	B09

obszar C zasilanie w media i instalacje

C01	Czy szpital dysponuje podstawowym i rezerwowym źródłem zasilania w wodę (§74 pkt. 1 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 czerwca 2005 r., Dz.U.05.116.985.)?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	C01
C02	Czy szpital dysponuje centralną instalacją tlenu medycznego? (Przyjmuje się, że centralna instalacja tlenu doprowadzona jest przynajmniej do wybranych sal chorych każdego oddziału i wszystkich pomieszczeń zabiegowych).	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	C02
C03	Czy szpital dysponuje centralną instalacją sprężonego powietrza? (Przyjmuje się, że centralna instalacja sprężonego powietrza doprowadzona jest przynajmniej do wybranych sal chorych każdego oddziału i wszystkich pomieszczeń zabiegowych).	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	C03
C04	Czy szpital dysponuje centralną instalacją podciśnienia? (Przyjmuje się, że centralna instalacja podciśnienia doprowadzona jest przynajmniej do wybranych sal chorych każdego oddziału i wszystkich pomieszczeń zabiegowych).	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	C04
C05	Czy szpital dysponuje agregatem (-ami) prądotwórczym(i) pokrywającym(mi) co najmniej 30% mocy szczytowej? (§74 pkt. 3 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 czerwca 2005 r., Dz.U.05.116.985)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	C05
C06	Czy wszystkie agregaty jakimi dysponuje szpital załączane są automatycznie? (§74 pkt. 3 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 czerwca 2005 r., Dz.U.05.116.985)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	C06



obszar D sale operacyjne i blok operacyjny

D01	Czy w obrębie każdego zespołu operacyjnego (bloku operacyjnego) zachowany jest rozdział ruchu czystego i brudnego pacjentów, personelu i materiału? (cz. XIII pkt 3, Załącznik 1 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 czerwca 2005 r., Dz.U.05.116.985.)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	D01
D02	Czy każda sala operacyjna ma minimum 35 m ² ? (cz. XIII pkt 16, Załącznik 1 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 czerwca 2005 r., Dz.U.05.116.985.)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	D02
D03	Czy każda sala operacyjna posiada system zasilania awaryjnego w energię elektryczną?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	D03
D04	a) zasilacz bezprzerwowy (UPS)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	D04
D05	b) akumulatory do zasilenia lampy operacyjnej	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	D05
D06	Czy w obrębie każdego bloku operacyjnego funkcjonuje śluza dla pacjentów? (cz. XIII pkt 3, Załącznik 1 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 czerwca 2005 r., Dz.U.05.116.985.)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	D06
D07	Czy w obrębie każdego bloku operacyjnego funkcjonuje śluza szatniowa dla personelu? (cz. XIII pkt 1, Załącznik 1 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 czerwca 2005 r., Dz.U.05.116.985.)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	D07
D08	Czy w obrębie każdego bloku działa sala pooperacyjna? (XIII pkt 13, Załącznik 1 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 czerwca 2005 r., Dz.U.05.116.985)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	D08
D09	Proszę podać liczbę łóżek na sali pooperacyjnej:		D09
D10	Czy każdy blok operacyjny wyposażony jest w klimatyzację?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	D10
D11	Czy każdy blok operacyjny wyposażony jest w wentylację mechaniczną? (§,66 pkt.2, 3 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 czerwca 2005 r., Dz.U.05.116.985)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	D11
D12	Czy każda wentylacja mechaniczna bloku operacyjnego wyposażona jest w filtry absolutne (bakteryjne)?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	D12
D13	Proszę podać datę ostatniej wymiany filtrów absolutnych:		D13

obszar E system sterylizacji

E01	Czy w szpitalu działa centralna stacja (komora dezynfekcyjna) przygotowania łóżek spełniająca wszystkie wymogi? (cz. XXII, Załącznik 1 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 czerwca 2005 r., Dz.U.05.116.985)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	E01
E02	Czy szpital zleca usługi sterylizacyjne firmie zewnętrznej (outsourcing) spełniającej wszystkie standardy procesu sterylizacji ? (pkt 2 cz. XX, Załącznik 1 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 czerwca 2005 r., Dz.U.05.116.985), [Jeżeli TAK, to proszę przejść do następnego bloku pytań: F]	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	E02
E03	Czy szpital dysponuje centralną sterylizatornią? [Jeżeli NIE, to proszę przejść do następnego bloku pytań: F]	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	E03
E04	Czy w centralnej sterylizatorni w szpitalu wyodrębnione są wszystkie poniższe strefy: brudna, czysta i sterylna?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	E04
E05	Czy centralna sterylizatornia wyposażona jest w urządzenia do mycia narzędzi chirurgicznych (myjnie – dezynfektory)?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	E05
E06	Czy w obrębie centralnej sterylizatorni wykonywana jest sterylizacja niskotemperaturowa?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	E06
E07	Czy sterylizacja niskotemperaturowa odbywa się w osobnym, przeznaczonym do tego celu pomieszczeniu?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	E07
E08	Czy centralna sterylizatornia wyposażona jest w wentylację mechaniczną? (§,66 pkt.2, 3 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 czerwca 2005 r., Dz.U.05.116.985) (Uwaga: przez wentylację mechaniczną rozumie się system wentylacji, a nie pojedynczy wentylator)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	E08
E09	Czy powietrze nawiewane do centralnej sterylizatorni jest filtrowane?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	E09
E10	Proszę podać datę ostatniej wymiany filtrów w systemie wentylacji centralnej sterylizatorni:		E10



obszar F

możliwość leczenia pacjenta w stanie nagłym,
dostęp do diagnostyki

F01	Czy szpital dysponuje oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii? (zgodnie z pkt. 1-5 cz. III, Załącznik 1 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 czerwca 2005 r., Dz.U.05.116.985).	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	F01
F02	Proszę podać liczbę łóżek na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii:		F02
F03	Czy oddział anestezjologii i intensywnej terapii jest w pełni wyposażony w aparaturę i sprzęt medyczny (zgodnie z pkt. 7 cz. III, Załącznik 1 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 czerwca 2005 r., Dz.U.05.116.985)?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	F03
F04	Czy wszystkie stanowiska intensywnej terapii są w pełni wyposażone (zgodnie z pkt. 8 cz. III, Załącznik 1 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 czerwca 2005 r., Dz.U.05.116.985)?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	F04
F05	Czy oddział intensywnej terapii jest zasilany awaryjnie w energię elektryczną z zasilacza bezprzewodowego UPS?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	F05

Czy w szpitalu istnieje możliwość wykonywania na miejscu następujących badań 24 godziny na dobę:

F06	USG 24 godziny na dobę?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	F06
F07	Endoskopii przewodu pokarmowego 24 godziny na dobę?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	F07
F08	RTG 24 godziny na dobę?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	F08
F09	Tomografii komputerowej 24 godziny na dobę?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	F09
F10	Badań laboratoryjnych 24 godziny na dobę?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	F10
F11	Rezonansu magnetycznego 24 godziny na dobę?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	F11

obszar G systemy informatyczne

G01	Czy szpital dysponuje siecią informatyczną?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	G01
-----	---	--	-----

Proszę wymienić oprogramowania funkcjonujące w szpitalu:

G02	Program „Oddział” (oprogramowanie dokumentacji medycznej)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	G02
-----	---	--	-----

G03	Jeżeli szpital ma oprogramowanie „Oddział”, to proszę podać, w ilu oddziałach szpitalnych jest on wdrożony?		G03
-----	---	--	-----

G04	Program „Kosztowy”	<input type="checkbox"/> TAK i jest on zintegrowany z modułem Oddział <input type="checkbox"/> TAK ale nie jest on zintegrowany z modułem Oddział <input type="checkbox"/> NIE	G04
-----	--------------------	--	-----

G05	Program „RTG”	<input type="checkbox"/> TAK i jest on zintegrowany z modułem Oddział <input type="checkbox"/> TAK ale nie jest on zintegrowany z modułem Oddział <input type="checkbox"/> NIE	G05
-----	---------------	--	-----

G06	Program „Laboratorium”	<input type="checkbox"/> TAK i jest on zintegrowany z modułem Oddział <input type="checkbox"/> TAK ale nie jest on zintegrowany z modułem Oddział <input type="checkbox"/> NIE	G06
-----	------------------------	--	-----

G07	Program „Apteka”	<input type="checkbox"/> TAK i jest on zintegrowany z modułem Oddział <input type="checkbox"/> TAK ale nie jest on zintegrowany z modułem Oddział <input type="checkbox"/> NIE	G07
-----	------------------	--	-----

G08	Program „Wpis – wypis”	<input type="checkbox"/> TAK i jest on zintegrowany z modułem Oddział <input type="checkbox"/> TAK ale nie jest on zintegrowany z modułem Oddział <input type="checkbox"/> NIE	G08
-----	------------------------	--	-----

Jeżeli funkcjonujące programy komputerowe tworzą zintegrowany system komputerowy, to czy jest on w stanie wyliczyć: (zgodnie z Rozporządzeniem MZiOS z dnia 22.12.1998 w sprawie szczególnych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, Dz. U. z 1998 r. nr 164, poz. 1194.)

G09	Indywidualny koszt leczenia każdego hospitalizowanego?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	G09
-----	--	--	-----

G10	Indywidualny koszt leczenia pacjenta leczonego ambulatoryjnie?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	G10
-----	--	--	-----

G11	Koszt leczenia jednostek chorobowych?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	G11
-----	---------------------------------------	--	-----

G12	Koszt procedury medycznej?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	G12
-----	----------------------------	--	-----

obszar H zarządzanie

H01	Czy szpital ma plan strategiczny?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	H01
H02	Kiedy został opracowany/uaktualniony ostatni plan strategiczny? <i>(podaj miesiąc/rok)</i>		H02
H03	Czy szpital przygotowuje plany przepływów pieniężnych?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	H03
H04	Czy szpital przygotowuje plany budżetów oddziałów?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	H04
H05	Czy szpital przygotowuje plany budżetów inwestycyjnych?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	H05
H06	Czy jest prowadzona ewidencja wyników finansowych uzyskiwanych przez poszczególne komórki organizacyjne?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	H06
H07	Czy wynagrodzenia (wszystkich) pracowników jednostek organizacyjnych zależą od wyników finansowych uzyskiwanych przez jednostki, w których pracują?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	H07
H08	Czy w szpitalu działa (komitet) komisja terapeutyczna/lekowa?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	H08
H09	Czy w szpitalu działa (komitet) komisja ds. zakażeń szpitalnych?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	H09
H10	Czy w szpitalu działa (komitet) komisja ds. jakości?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	H10
H11	Czy w szpitalu działa (komitet) komisja analizująca skuteczność leczenia?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	H11
H12	Czy w szpitalu działa (komitet) komisja ds. analizy przyczyn zgonów?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	H12
H13	Czy w szpitalu działa (komitet) komisja transfuzjologiczna lub czy w jednostce zatrudniony jest lekarz transfuzjolog?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	H13
H14	Czy w szpitalu działa (komitet) komisja ds. analizy jakości dokumentacji medycznej?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	H14

obszar I polityka lekowa

I01	Czy w szpitalu obowiązuje receptariusz szpitalny?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	I01
I02	Jeżeli w szpitalu obowiązuje receptariusz szpitalny, to kiedy był ostatnio aktualizowany? <i>(proszę podać daty miesiąc/rok)</i>		I02
I03	Czy w obowiązującym receptariuszu szpitalnym wprowadzono podział leków, przepisane których zależy od stanowiska osoby ordynującej lek <i>(np. lekarza, ordynatora, dyrektora ds. lecznictwa i in.)?</i>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	I03
I04	Czy istnieje procedura zamawiania leków spoza receptariusza?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	I04
I05	Czy w szpitalu prowadzony jest rejestr niepożądanego działania leków?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	I05
I06	Czy szpital ustalił listę antybiotyków zarezerwowanych dla profilaktyki okołoperacyjnej?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	I06
I07	Czy apteka szpitalna dystrybuje leki dla indywidualnego pacjenta <i>(tzw. unit-dose)</i> , tzn. czy dystrybucja leków dla każdego pacjenta odbywa się w aptece z pominięciem rozdziału leków na oddziale?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	I07

obszar J jakość usług

J01	Czy w szpitalu prowadzono regularnie <i>(przynajmniej raz do roku)</i> badania satysfakcji pacjentów w ostatnich trzech latach?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	J01
J02	Czy w szpitalu prowadzony jest program rejestracji zakażeń metodą bierną?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	J02
J03	Czy w szpitalu prowadzony jest program rejestracji zakażeń metodą czynną?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	J03
J04	Czy w ostatnich 3 latach zasądzone dla pacjentów odszkodowania?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	J04
J05	Jaka była liczba zasądzonych odszkodowań dla pacjentów w ostatnich 3 zamkniętych latach kalendarzowych?		J05
J06	Czy w szpitalu została wdrożona procedura ustalania listy / kolejek pacjentów oczekujących na przyjęcie?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	J06
J07	Czy w szpitalu wypracowano, opisano i wdrożono algorytmy / standardy/ przewodniki kliniczne?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	J07
J08	Czy szpital posiada system monitorowania medycznych wskaźników jakości? Proszę wymienić pięć najważniejszych monitorowanych wskaźników:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	J08

obszar K certyfikaty jakości

K01	Czy szpital posiada akredytację Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	K01
K02	Czy szpital posiada aktualny certyfikat ISO 9001? (proszę załączyć kopię aktualnego certyfikatu)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	K02
K03	Czy szpital posiada aktualny certyfikat ISO 14001? (proszę załączyć kopię aktualnego certyfikatu)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	K03
K04	Czy szpital posiada aktualny certyfikat PN-N 18001? (proszę załączyć kopię aktualnego certyfikatu)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	K04
K05	Czy pracownia diagnostyki laboratoryjnej posiada certyfikaty jakości w medycznych laboratoriach diagnostycznych?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	K05

obszar L komfort pobytu pacjenta

L01	Czy pacjenci mają w szpitalu dostęp do usług fryzjerskich?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	L01
L02	Czy szpital dysponuje bezpłatnym parkingiem?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	L02
L03	Czy pacjenci mają w szpitalu dostęp do baru lub kawiarni?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	L03
L04	Czy pacjenci mają w szpitalu dostęp do Internetu?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	L04
L05	Czy pacjenci mają w szpitalu możliwość wyboru dań w diecie szpitalnej?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	L05
L06	Czy pacjenci mają w szpitalu możliwość zakupu dodatkowych posiłków?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	L06
L07	Czy pacjenci mają bezpłatny dostęp do telewizorów w oddziałach szpitalnych?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	L07
L08	Czy pacjenci mają w szpitalu dostęp do telefonów (na każdym piętrze)?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	L08
L09	Proszę podać liczbę wszystkich sal chorych:		L09
L10	Proszę podać liczbę sal chorych z węzłem sanitarnym (sala z łazienką i WC) :		L10

obszar M skargi

M01	Czy w szpitalu została opracowana procedura rozpatrywania skarg?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	M01
M02	Czy w ciągu ostatnich trzech zamkniętych lat kalendarzowych złożone zostały skargi pacjentów, które uznano za zasadne?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	M02
M03	Proszę podać liczbę zasadnych skarg pacjentów w ciągu ostatnich 3 lat kalendarzowych		M03
M04	Czy w szpitalu działa rzecznik praw pacjenta?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	M04

obszar N personel i jego kwalifikacje

N01	Czy szpital ma prawo do prowadzenia specjalizacji medycznych?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	N01
N02	Jeżeli szpital ma prawo do prowadzenia specjalizacji medycznych, to proszę podać ilu oddziałów to dotyczy?		N02
N03	Proszę podać liczbę lekarzy, którzy mają drugi stopień specjalizacji (bez względu na formę zatrudnienia – etat, kontrakt, stan na 31.12.2004):	osób	N03
N04	Proszę podać liczbę lekarzy, którzy mają co najmniej tytuł doktora nauk medycznych (bez względu na formę zatrudnienia – etat, kontrakt, stan na 31.12.2004):	osób	N04
N05	Proszę podać liczbę pielęgniarek i położnych, które mają specjalizację (bez względu na formę zatrudnienia – etat, kontrakt, stan na 31.12.2004):	osób	N05
N06	Czy szpital w każdym z ostatnich trzech lat kalendarzowych preliminował w swoim budżecie wydatki na szkolenia?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	N06
N07	Proszę podać jaka kwota została wydana na szkolenia w 2004 r. (w tys. zł):	tys. zł	N07

obszar O Finanse

		2004	
O01	Zyskowność netto (wynik netto / przychody ogółem)		O01
O02	Wskaźnik płynności bieżącej (Aktywa obrotowe / Zobowiązania krótkoterminowe)		O02
O03	Wskaźnik zadłużenia ogółem (Zobowiązania Ogółem / Pasywa ogółem)		O03
O04	Zyskowność aktywów (Wynik finansowy netto / Aktywa)		O04
O05	Zyskowność kapitałów własnych (Wynik finansowy netto / Kapitał własny)		O05
O06	Wskaźnik płynności szybki ([Należności krótkoterminowe + Inwestycje krótkoterminowe] / zobowiązania krótkoterminowe)		O06
O07	Wynik finansowy netto (w tys. zł)	w tys. zł	O07

dane osoby do kontaktu z GP przy Centrum Monitorowania Jakości

W przypadku planowanego urlopu, prosimy o podanie danych dodatkowej osoby do kontaktu.

imię i nazwisko:

(imię i nazwisko)

numer telefonu: kierunkowy ()

nr telefonu:

nr faxu:

e-mai:

dane osoby odpowiedzialnej za podane informacje

imię i nazwisko:

(imię i nazwisko)

stanowisko:

podpis osoby odpowiedzialnej za podane informacje:

data wypełnienia ankiety: . .

(dd. mm. rrrr)

dziękujemy za wypełnienie ankiety!