



**WOJEWODA MAZOWIECKI**

Warszawa, 27. 12. 2018 r.

WZ-VI.9612.1.151.2018

**Pan  
Mariusz Martyniak  
Dyrektor  
Samodzielnego Publicznego  
Zespołu Opieki Zdrowotnej  
w Mińsku Mazowieckim  
ul. Szpitalna 37  
05-300 Mińsk Mazowiecki**

#### **WYSTĄPIENIE POKONTROLNE**

Na podstawie art. 31 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (dalej ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym – Dz. U. z 2017 r. poz. 2195, z późn. zm.) w związku z art. 118 i art. 122 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (dalej ustawa o działalności leczniczej – Dz. U. z 2018 r. poz. 2190, z późn. zm.), kontrolerzy: Krzysztof Jakubczyk, Helena Poławska oraz Anna Pietrzykowska – inspektorzy wojewódzcy w Oddziale Kontroli Podmiotów Leczniczych Wydziału Zdrowia Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego w Warszawie (upoważnienia z 18 września 2018 r. oznaczone numerami 254/WZ/2018, 255/WZ/2018 i 256/WZ/2018) przeprowadzili w dniach 24 – 28 września 2018 r. kontrolę problemową w Szpitalnym oddziale ratunkowym (dalej Oddział albo SOR), komórce organizacyjnej 006 Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Mińsku Mazowieckim (dalej SPZOZ w Mińsku Mazowieckim), mieszczącej się przy ul. Szpitalnej 37 w Mińsku Mazowieckim.

Zakres kontroli obejmował realizację zadań przez szpitalny oddział ratunkowy – spełnianie wymagań dotyczących lokalizacji w strukturze szpitala, warunków technicznych, organizacji, minimalnego wyposażenia oraz minimalnych zasobów kadrowych.

Kontrolą objęto badanie stanu faktycznego w dniach prowadzenia kontroli.

W związku z przeprowadzoną kontrolą przekazuję Panu Dyrektorowi wystąpienie pokontrolne.

W trakcie kontroli ustalono, że SPZOZ w Mińsku Mazowieckim posiadał zawartą umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, zgodnie z obowiązkiem ustalonym w art. 25 ust. 1 pkt 1 i ust. 2 ustawy o działalności leczniczej (polisa numer \_\_\_\_\_ wystawiona przez Powszechny Zakład Ubezpieczeń S. A. z/s w Warszawie przy al. Jana Pawła II 24, obejmująca okres od 12 marca 2018 r. do 11 marca 2019 r., której suma gwarancyjna odnosząca się do wszystkich zdarzeń wynosiła 500 tys. euro, a do jednego zdarzenia 100 tys. euro).

Na podstawie przeprowadzonych oględzin (protokół z dnia 28 września 2018 r., znak WZ-VI.9612.1.151.2018), stwierdzono, że lokalizacja SOR w strukturze szpitala spełniała wymagania szczegółowe określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (dalej rozporządzenie w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego – Dz. U. z 2018 r. poz. 979). Podmiot leczniczy dysponował decyzją numer \_\_\_\_\_ z dnia \_\_\_\_\_ znak \_\_\_\_\_ wydaną przez Powiatowego Inspektora Nadzoru Budowlanego w Mińsku Mazowieckim, w której udzielono pozwolenia na użytkowanie oddziału ratownictwa medycznego, znajdującego się na działce oznaczonej numerem ewidencyjnym \_\_\_\_\_ położonej w Mińsku Mazowieckim przy ul. Szpitalnej, a także postanowieniem z dnia \_\_\_\_\_ znak \_\_\_\_\_ wydanym przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Mińsku Mazowieckim, zawierającym pozytywną opinię o spełnianiu warunków fachowych i sanitarnych, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej umożliwiające udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie Szpitalnego Oddziału Ratownictwa Medycznego funkcjonującego w strukturach SPZOZ w Mińsku Mazowieckim. W zakładzie leczniczym kontrolowanego podmiotu znajdowały się pracownie i oddziały wymagane w szpitalu, w którym działa SOR, tj. oddział chirurgii ogólnej z częścią urazową, oddział chorób wewnętrznych, oddział anestezjologii i intensywnej terapii oraz pracownia diagnostyki obrazowej. Zapewniono również całodobowy dostęp do badań diagnostycznych wykonywanych w medycznym laboratorium diagnostycznym, komputerowego badania tomograficznego oraz badań endoskopowych, w tym: gastrokopii, rektoskopii, bronchoskopii, laryngoskopii. W SOR zorganizowane zostały wszystkie obszary niezbędne do realizowania zadań określonych w rozporządzeniu w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego.

Podczas prowadzenia czynności kontrolnych zweryfikowano zabezpieczenie kadry medycznej udzielającej świadczeń zdrowotnych w Oddziale. W oparciu o przekazane przez Dyrektora SPZOZ w Mińsku Mazowieckim wykazy personelu medycznego (załączniki nr 3 – 5) ustalono, że w SOR zatrudnionych było szesnastu lekarzy, osiemnaście pielęgniarek i dwudziestu sześciu ratowników

medycznych. Kierownikiem Oddziału był posiadający specjalizację drugiego stopnia w dziedzinie chirurgii ogólnej. Zgodnie z wymogiem rozporządzenia w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego funkcję pielęgniarki oddziałowej pełniła pielęgniarka systemu –

posiadająca ukończone kursy kwalifikacyjne w dziedzinach pielęgniarstwa ratunkowego, chirurgicznego oraz geriatrycznego, a także dziesięcioletni staż pracy w SOR. Z przedstawionego w trakcie kontroli grafiku pracy pielęgniarek i ratowników medycznych za miesiąc sierpień 2018 r. (załącznik nr 7), wynika, że podstawowy system ich pracy obejmował 12-godzinne zmiany (od godziny 8<sup>00</sup> do godziny 20<sup>00</sup> – zmiana dzienna i od godziny 20<sup>00</sup> do godziny 8<sup>00</sup> – zmiana nocna), a minimalna obsada dyżurowa składała się z trzech osób. Pielęgniarka oddziałowa pracowała od poniedziałku do piątku w godzinach 7<sup>30</sup> – 15<sup>05</sup>.

Podmiot leczniczy zgromadził dokumenty potwierdzające prawo wykonywania zawodu aktualnie zatrudnionej kadry lekarskiej i pielęgniarskiej oraz zaświadczenia o przygotowaniu zawodowym ratowników medycznych, a także dokumentację potwierdzającą posiadanie dodatkowych kwalifikacji zawodowych personelu medycznego SOR. SPZOZ w Mińsku Mazowieckim opracował i wdrożył również minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych, które uwzględniały specyfikę SOR i zostały określone zgodnie z zasadami ustalonymi w rozporządzeniu 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 2012 r. poz. 1545). Przyjęta minimalna norma zatrudnienia pielęgniarek w SOR wynosiła 23,5 etatu (podmiot ustalił, że zabezpieczenie ww. liczby etatów może być realizowane zarówno przez personel pielęgniarski jak i ratowników medycznych). Z uzyskanych informacji, wykazów personelu oraz grafiku pracy za miesiąc sierpień 2018 r. wynikało, że stan zatrudnienia pielęgniarek i ratowników medycznych był wyższy od przyjętej dla kontrolowanego Oddziału minimalnej normy (w SOR pracowało na pełnym etacie siedemnaście pielęgniarek, a także jedna, której wymiar czasu pracy wynosił 0,5 etatu oraz dwudziestu sześciu ratowników medycznych, z których dziewiętnastu zatrudnionych było na pełny etat, jeden w wymiarze 0,5 etatu i sześciu w ramach umowy cywilnoprawnej). W dokumentacji dotyczącej opracowywania minimalnych norm znajdowały się opinie przedstawicieli organów samorządu pielęgniarek oraz związków zawodowych pielęgniarek i położnych działających na terenie podmiotu leczniczego, a także Kierownika SOR. Minimalne normy ustalone zostały na okres 3 lat (obowiązują od 1 kwietnia 2017 r. do 31 marca 2020 r.). Osoby zatrudnione w SOR nosiły w widocznym miejscu identyfikator zawierający imię i nazwisko

oraz pełnioną funkcję (dodatkowo na identyfikatorze zapisana była również nazwa podmiotu leczniczego i Oddziału).

Kontrolowany podmiot leczniczy dysponował dokumentacją potwierdzającą sprawność techniczną aparatury i sprzętu medycznego (wykaz aparatury i sprzętu medycznego zawarty został w załączniku nr 8), wykorzystywanego przy udzielaniu świadczeń medycznych w SOR do której posiadania i okazania organowi kontroli jest zobowiązany na podstawie art. 90 ust. 6, 7 i 9 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 211, z późn. zm.). Ponadto w trakcie kontroli okazano decyzję nr \_\_\_\_\_ z dnia \_\_\_\_\_ znak \_\_\_\_\_ zezwalającą na uruchomienie i stosowanie aparatu rentgenowskiego typu TX-20 HFB firmy Radiologia o numerze fabrycznym G-28758/661 oraz decyzję nr \_\_\_\_\_ z dnia \_\_\_\_\_ zezwalającą na uruchomienie i stosowanie tomografu komputerowego model Somatom Scope Power 16 firmy Siemens o numerze fabrycznym 92980, które zostały wydane przez Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Warszawie. Przedstawiono również protokół z wykonania prac serwisu urządzeń wentylacyjnych zlokalizowanych w SOR, potwierdzający przeprowadzenie przez firmę \_\_\_\_\_ z siedzibą \_\_\_\_\_ w dniu 6 września 2018 r. sprawdzenia czystości chłodnicy, czyszczenia, wymiany pompy glikolu oraz uruchomienia układu.

Pomieszczenia przeznaczone na funkcjonowanie SOR odpowiadały wymaganiom określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012 r. poz. 739). Dla potrzeb kontrolowanego Oddziału zapewniono także pomieszczenie specjalnie przeznaczone na przechowywanie zwłok osoby zmarłej w okresie pomiędzy stwierdzeniem zgonu a przewiezieniem ich do chłodni, zapewniające godność należną zmarłemu, zgodnie z § 3 ust. 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 kwietnia 2012 r. w sprawie sposobu postępowania podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne ze zwłokami pacjenta w przypadku śmierci pacjenta (Dz. U. z 2012 r. poz. 420).

W czasie kontroli zweryfikowano również sposób prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej w Oddziale. W celu dokonania sprawdzenia poprawności sporządzania dokumentacji medycznej pacjentów, zgodnie z zasadami ustalonymi w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017 r. poz. 1318 z późn. zm.)

oraz rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (dalej rozporządzenie w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej - Dz. U. z 2015 r., poz. 2069) dokonano doboru próby, poprzez badanie dokumentacji pacjentów SOR z zakończoną hospitalizacją opatrzoną numerami z Księgi głównej przyjęć i wypisów od wybranego losowo numeru, aż do uzyskania łącznej liczby poddanej badaniu dokumentacji dotyczącej 50 pacjentów. Przeanalizowano dokumentację indywidualną pacjentów o następujących numerach z Księgi głównej przyjęć i wypisów: GL/16933/2018, GL16935/2018, GL/16937/2018, GL/16938/2018, GL/16939/2018, GL/16940/2018, GL/16941/2018, GL/16942/2018, GL/16949/2018, GL/17019/2018, GL/17053/2018, GL/17054/2018, GL/17055/2018, GL/17056/2018, GL/17057/2018, GL/17058/2018, GL/17060/2018, GL/17061/2018, GL/17062/2018, GL/17063/2018, GL/17064/2018, GL/17066/2018, GL/17067/2018, GL/17068/2018, GL/17070/2018, GL/17071/2018, GL/17072/2018, GL/17073/2018, GL/17074/2018, GL/17075/2018, GL/17076/2018, GL/17078/2018, GL/17079/2018, GL/17080/2018, GL/17081/2018, GL/17082/2018, GL/17083/2018, GL/17084/2018, GL/17085/2018, GL/17086/2018, GL/17087/2018, GL/17091/2018, GL/17092/2018, GL/17093/2018, GL/17094/2018, GL/17095/2018, GL/17096/2018, GL/17098/2018, GL/17099/2018, GL/17100/2018. Dokumentacja indywidualna prowadzona była w postaci papierowej z wykorzystaniem systemu informatycznego (wydruki). W ramach dokumentacji indywidualnej pacjentów SOR prowadzona była Karta chorego, do której dołączona była: Karta segregacji medycznej SOR, Oświadczenie pacjenta o upoważnieniu do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą oraz oświadczenie pacjenta o upoważnieniu do uzyskiwania dokumentacji, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej lub adnotacja w dokumentacji medycznej indywidualnej – w przypadku gdy pacjent nie złożył ww. oświadczeń, Karta zleceń lekarskich, wyniki badań laboratoryjnych, radiologicznych, Karta medycznych czynności ratunkowych w przypadku, gdy pacjent został przywieziony do SOR przez Zespół Ratownictwa Medycznego oraz Karta informacyjna SOR. Przeanalizowana dokumentacja medyczna indywidualna pacjentów prowadzona i przechowywana była prawidłowo. Badaniu poddano także prowadzenie dokumentacji zbiorczej. Przeanalizowano wydruk Księgi chorych oddziału z 21 września 2018 r., wydruk Księgi zabiegów z 21 września 2018 r., bieżącą

Księgę raportów lekarskich i bieżącą Księgę raportów pielęgniarskich. Dokumentacja medyczna zbiorcza przechowywana była prawidłowo.

Przedstawiając powyższe ustalenia informuję, że w wyniku kontroli stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Stanowisko zapewniające łączność z zespołami ratownictwa medycznego, dyspozytorem medycznym, lekarzem koordynatorem ratownictwa medycznego, centrum urazowym, jednostkami organizacyjnymi szpitala wyspecjalizowanymi w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego oraz w kompleksową łączność wewnątrzszpitalną – nie zostało wyposażone w niezależny stały nasłuch na kanale ogólnopolskim, a także w system bezprzewodowego przywoływania osób, co jest niezgodne z wymogiem ustalonym w § 6 ust. 2 pkt 1 lit. a i b rozporządzenia w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego.
2. Niespełnienie wymagań w zakresie minimalnych zasobów kadry lekarskiej SOR. Z przekazanego w trakcie kontroli wykazu dyżurów lekarskich za miesiąc sierpień 2018 r. (załącznik nr 6), wynikało, że w dniu 18 sierpnia 2018 r. żaden z dyżurujących w Oddziale lekarzy nie posiadał kwalifikacji odpowiednich dla lekarza systemu. Takie działanie stanowi naruszenie § 13 pkt 3 rozporządzenia w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego.

Ponadto w trakcie czynności kontrolnych nie została przedstawiona dokumentacja potwierdzająca kontynuowanie albo zakończenie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie medycyny ratunkowej przez lekarza dyżurującego w SOR 6 i 27 sierpnia 2018 r. z lekarzem, który nie spełniał warunków określonych w ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym dla lekarza systemu.

3. Nieprawidłowe prowadzenie zbiorczej dokumentacji medycznej – *Księga raportów lekarskich* nie zawierała w treści raportu imienia i nazwiska pacjenta, a w razie potrzeby innej informacji pozwalającej na zidentyfikowanie pacjenta, opisu zdarzenia, jego okoliczności i podjętych działań, co stanowi naruszenie § 30 pkt 4 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej.

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami zobowiązuję Pana Dyrektora do:

1. Dostosowania szpitalnego oddziału ratunkowego do wymogów określonych w rozporządzeniu w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego, w zakresie niezgodności wymienionych w punktach 1. i 2. wystąpienia.

2. Prowadzenia zbiorczej dokumentacji medycznej w szczególności ustalonej w rozporządzeniu w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej.

Zalecenia określone w punktach 1. i 2. należy zrealizować w terminie 14 dni od daty otrzymania wystąpienia pokontrolnego.

Jednocześnie zobowiązuję Pana Dyrektora do poinformowania Wojewody Mazowieckiego, z powołaniem znaku pisma WZ-VI.9612.1.151.2018, o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych.



z up. WOJEWODY MAZOWIECKIEGO

Jarosław Chmielewski  
Dyrektor Wydziału Zdrowia

