



**WOJEWODA MAZOWIECKI**

Warszawa, 26 kwietnia 2024 r.

WK-V.9612.4.3.2024

**Pani**  
**Joanna Czarnecka**  
**Prezes Zarządu**  
**Powiatowe Centrum Medyczne**  
**w Grójcu Sp. z o.o.**  
**ul. Ks. Piotra Skargi 10**  
**05-600 Grójec**

## **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 2023 r. poz. 1541, z późn. zm.) w związku z art. 122 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (dalej ustawa o działalności leczniczej – Dz. U. z 2023 r. poz. 991, z późn. zm.), kontrolerzy: XXXXX XXXXX – główny specjalista w Oddziale Kontroli Podmiotów Leczniczych Wydziału Kontroli Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego w Warszawie (upoważnienie Nr 147/WK/2024 z 27 lutego 2024 r.) oraz XXXXX XXXXX – starszy inspektor wojewódzki w Oddziale Kontroli Podmiotów Leczniczych Wydziału Kontroli Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego w Warszawie (upoważnienie Nr 148/WK/2024 z 27 lutego 2024 r.) przeprowadzili w dniach 11 – 15 marca 2024 r. kontrolę problemową w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (dalej Oddział albo SOR), komórce organizacyjnej 068 Powiatowego Centrum Medycznego w Grójcu Sp. z o.o. (dalej PCM w Grójcu), mieszczącej się przy ul. Ks. Piotra Skargi 10 w Grójcu.

Mazowiecki Urząd Wojewódzki w Warszawie  
00-950 Warszawa, Plac Bankowy 3/5, tel.: (+48) 22 695 69 95 Elektroniczna Skrzynka Podawcza ePUAP: /t6j4ljd68r/skrytka  
[www.gov.pl/web/uw-mazowiecki](http://www.gov.pl/web/uw-mazowiecki)

Administratorem danych osobowych jest Wojewoda Mazowiecki. Dane przetwarzane są w celu realizacji czynności urzędowych. Masz prawo do dostępu, sprostowania, ograniczenia przetwarzania danych. Więcej informacji znajdziesz na stronie [www.gov.pl/web/uw-mazowiecki](http://www.gov.pl/web/uw-mazowiecki) w zakładce ochrona danych osobowych.

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

Kontrolą objęto badanie stanu faktycznego w okresie od 1 lutego 2024 r. do dnia zakończenia kontroli.

W związku z przeprowadzoną kontrolą przekazuję Pani wystąpienie pokontrolne.

W wyniku kontroli ustalono, że PCM w Grójcu zawarło umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, zgodnie z obowiązkiem ustalonym w art. 25 ust. 1 pkt 1 i ust. 2 ustawy o działalności leczniczej (polisa numer XXXXX wystawiona 4 stycznia 2024 r. przez XXXXXXXX XXXX XXXXXXXX zs. XXXXXXXXXXXX przy XXXXXXXX, obejmująca okres od 1 stycznia 2024 r. do 31 grudnia 2024 r., której suma gwarancyjna odnosząca się do wszystkich zdarzeń wynosiła 500 tys. euro, a do jednego zdarzenia 100 tys. euro).

Na podstawie przeprowadzonych oględzin pomieszczeń<sup>1</sup>, stwierdzono, że lokalizacja SOR w strukturze szpitala oraz minimalne wyposażenie spełniały wymagania szczegółowe określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (dalej rozporządzenie w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego – Dz. U. z 2024 r. poz. 336). W SOR zorganizowane zostały wszystkie obszary niezbędne do realizowania zadań wskazanych w ww. rozporządzeniu. SOR dysponował łącznie dwunastoma łózkami, w tym dwoma łózkami intensywnej opieki medycznej i jednym intensywnego nadzoru kardiologicznego – jak ustalono w księdze rejestrowej podmiotu leczniczego. 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, pracownia diagnostyki obrazowej oraz miejsce udzielania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Zapewniono również całodobowy i niezwłoczny dostęp do badań diagnostycznych wykonywanych w medycznym laboratorium diagnostycznym, badania USG, komputerowego badania tomograficznego oraz badań endoskopowych, w tym: gastrokopii, rektoskopii, bronchoskopii i laryngoskopii.

Podczas prowadzenia czynności kontrolnych zweryfikowano zabezpieczenie kadry medycznej udzielającej świadczeń zdrowotnych w Oddziale w oparciu o przekazane przez

---

<sup>1</sup> Protokół z oględzin SOR przeprowadzonych 12 i 15 marca 2024 r., znak WK-V.9612.4.3.2024.

podmiot leczniczy wyjaśnienia<sup>2</sup>, harmonogramy czasu pracy<sup>3</sup> oraz wykazy personelu medycznego<sup>4</sup>. W wyniku kontroli ustalono, że w SOR w lutym 2024 r. świadczeń udzielało czternastu lekarzy, czternaście<sup>5</sup> pielęgniarek i pielęgniarzy oraz osiemnastu ratowników medycznych. Ponadto, jak wynika z udostępnionych wykazów personelu, pracę Oddziału zabezpieczało siedem rejestratorek medycznych (statystycy) oraz sześciu sanitariuszy. Lekarz sprawujący obowiązki Ordynatora Oddziału posiadał tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny ratunkowej. Z przedstawionych w trakcie kontroli harmonogramów czasu pracy personelu medycznego z lutego 2024 r. wynikało, iż obsada lekarska w SOR w ciągu całej doby składała się zazwyczaj z dwóch<sup>6</sup> lub trzech<sup>7</sup> lekarzy (po jednym w części ratunkowej, internistycznej i chirurgicznej). Podstawowy system pracy lekarzy obejmował zmiany pełnione we wszystkie dni tygodnia od godziny 8<sup>00</sup> do godziny 20<sup>00</sup> (dyżur dzienny) i od godziny 20<sup>00</sup> do godziny 8<sup>00</sup> (dyżur nocny) oraz dodatkowo dyżury dwudziestoczegodzinne od godziny 8<sup>00</sup> rano do godziny 8<sup>00</sup> rano dnia następnego. Obsada dyżurowa pielęgniarek i ratowników medycznych w analizowanym okresie składała się zazwyczaj<sup>8</sup> w przypadku dyżuru dziennego z sześciu osób oraz dyżuru nocnego z pięciu osób. Zmiany dyżurowe pełnione były w systemie dwunastogodzinnym od godziny 8<sup>00</sup> do godziny 20<sup>00</sup> (dyżur dzienny) i od godziny 20<sup>00</sup> do godziny 8<sup>00</sup> (dyżur nocny), jak również w systemie dwudziestoczegodzinnym. Rejestratorki medyczne zabezpieczały funkcjonowanie Oddziału w systemie dwunastogodzinnych zmian dyżurowych (od godziny 8<sup>00</sup> do godziny 20<sup>00</sup> i od godziny 20<sup>00</sup> do godziny 8<sup>00</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. 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 komórki organizacyjnej).

---

<sup>2</sup> Wyjaśnienia podmiotu leczniczego z 14 marca 2024 r.

<sup>3</sup> Dane za luty 2024 r.

<sup>4</sup> Dane za luty 2024 r.

<sup>5</sup> Jedna pielęgniarka spośród wszystkich czternastu pielęgniarek udzielających świadczeń w SOR w lutym 2024 r. posiadała również uprawnienia w zawodzie ratownika medycznego.

<sup>6</sup> W dziesięciu przypadkach.

<sup>7</sup> W dziewiętnastu przypadkach.

<sup>8</sup> Minimalny skład osobowy (pielęgniarki i ratownicy medyczni) w analizowanym okresie wynosił w czasie dyżuru dziennego – pięć osób i nocnego – cztery osoby.

Kontrolowany podmiot leczniczy dysponował dokumentacją potwierdzającą sprawność techniczną aparatury i sprzętu medycznego<sup>9</sup>, wykorzystywanego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w SOR, do której posiadania i okazania organowi kontroli jest zobowiązany na podstawie art. 63 ust. 3, 4 i 6 ustawy z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 974, z późn. zm.). Ponadto w trakcie kontroli okazano decyzję nr XX XXXXXXXXX z 15 grudnia 2021 r., znak XXXXXXXXX, zezwalającą na uruchomienie i stosowanie aparatu rentgenowskiego stacjonarnego model XXXXXXXXX o numerze fabrycznym XXXXXXXXX firmy XXXXXXXXX, decyzję nr XX XXXXXXXXX z 30 grudnia 2020 r., znak XXXXXXXXXXXX, zezwalającą na uruchomienie i stosowanie aparatu rentgenowskiego niestacjonarnego model XX o nr fabrycznym XXXXXXXXXXXX firmy XXXX, decyzję nr XX XXXXXXXXX z 4 sierpnia 2021 r., znak XXXXXXXXXXXX, zezwalającą na stosowanie tomografu komputerowego model XXXXXXXXXXXX o numerze fabrycznym XXXXXXXXXXXX firmy XXXXXXXXXXXX oraz decyzje: nr XX XXXXXXXXX z 4 sierpnia 2021 r., znak XXXXXXXXXXXX i nr XX XXXXXXXXX z 15 grudnia 2021 r., znak XXXXXXXXXXXX, zezwalające na uruchomienie pracowni rentgenowskiej<sup>10</sup>, które zostały wydane przez Mazowieckiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Warszawie.

Przedstawiono również dokument potwierdzający dokonanie okresowej kontroli stanu technicznego klimatyzacji i wentylacji mechanicznej zainstalowanej w pomieszczeniach SOR, z odnotowaną datą jej wykonania (11, 17, 23 i 26 stycznia 2024 r.) oraz terminami następnej kontroli (10, 16, 22 i 25 stycznia 2025 r.), przeprowadzonej przez firmę zewnętrzną oraz adnotacjami potwierdzającymi sprawność ww. urządzeń. Dla potrzeb kontrolowanego Oddziału zapewniono 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 trakcie kontroli ustalono, na podstawie wyjaśnień podmiotu leczniczego<sup>11</sup>

---

<sup>9</sup> Wykaz aparatury i sprzętu medycznego z 13 marca 2024 r. znajdującego się w wyposażeniu SOR PCM w Grójcu.

<sup>10</sup> Aparaty rentgenowskie oraz tomograf komputerowy wykorzystywane przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w SOR w PCM w Grójcu.

<sup>11</sup> Wyjaśnienia podmiotu leczniczego z 14 marca 2024 r.

oraz analizy dokumentacji medycznej<sup>12</sup>, iż w Oddziale prowadzona była segregacja medyczna wszystkich pacjentów, w wyniku której byli oni przydzielani do jednej z pięciu kategorii zróżnicowanych pod względem stopnia pilności udzielania świadczeń zdrowotnych („kategorii pilności”). Do prowadzenia segregacji medycznej w SOR wykorzystywano system zarządzający trybami obsługi pacjenta w SOR (TOPSOR). W oparciu o analizę dokumentacji medycznej stwierdzono, że czasy oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem osób zakwalifikowanych do poszczególnych „kategorii pilności” nie przekraczały wartości określonych w § 6 ust. 9 rozporządzenia w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego<sup>13</sup>. Oddział dysponował sprzętem niezbędnym do prowadzenia segregacji medycznej i rejestracji osób, w tym: automatem biletowym, wyświetlaczem zbiorczym, terminalem stanowiskowym, wyświetlaczem stanowiskowym, nabiurkową drukarką do biletów, kardiomonitorem i tabletami medycznymi dla osób przeprowadzających segregację medyczną.

Podczas czynności kontrolnych stwierdzono, że PCM w Grójcu podało do publicznej wiadomości przez zamieszczenie na stronie internetowej, wywieszenie na tablicy ogłoszeń w obszarze segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć oraz uwzględniło w regulaminie organizacyjnym dane określające maksymalny czas na podjęcie przez „lekarza dyżurnego Oddziału” decyzji o skierowaniu pacjenta na leczenie do oddziałów szpitala, w którym działa SOR, odmowie przyjęcia pacjenta do Oddziału osoby niebędącej w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego oraz decyzji lekarza Oddziału o przyjęciu pacjenta na Oddział, jak również informacje obejmujące zasady kierowania osób, którym przydzielono „kategorie pilności” oznaczone kolorem zielonym lub niebieskim, do miejsc udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. W ten sposób został wypełniony obowiązek określony w § 6 ust. 12 i § 13 ust. 1 pkt 1 i ust. 2 rozporządzenia w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego.

Z przeprowadzonych oględzin SOR, analizy aktualnie obowiązującego regulaminu organizacyjnego podmiotu leczniczego, dokumentacji medycznej<sup>14</sup> oraz wyjaśnień podmiotu leczniczego<sup>15</sup> wynikało, że w SOR nie odbywały się przyjęcia osób skierowanych na leczenie szpitalne w trybie planowym. Pacjenci na hospitalizację planową zgłaszali się do wydzielonych

---

<sup>12</sup> Wybrana losowo indywidualna dokumentacja medyczna dotycząca dwudziestu pacjentów, którym udzielono świadczeń zdrowotnych w SOR w lutym 2024 r.

<sup>13</sup> Kolor czerwony oznacza natychmiastowy kontakt z lekarzem, kolor pomarańczowy oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 10 minut, kolor żółty – do 60 minut, kolor zielony – do 120 minut, kolor niebieski – do 240 minut.

<sup>14</sup> Wybrana losowo indywidualna dokumentacja medyczna dotycząca dwudziestu pacjentów, którym udzielono świadczeń zdrowotnych w SOR w lutym 2024 r.

<sup>15</sup> Wyjaśnienia podmiotu leczniczego z 14 marca 2024 r.

punktów przyjęć planowych przy Oddziale pediatrycznym i ginekologiczno-położniczym, a w przypadku pozostałych oddziałów szpitalnych – we wspólnym punkcie przyjęć planowych podmiotu leczniczego zlokalizowanym na parterze w bliskiej odległości SOR.

PCM w Grójcu ustaliło, po zasięgnięciu opinii ordynatorów/lekarzy kierujących oddziałami szpitalnymi, a następnie wprowadziło decyzją kierownika podmiotu leczniczego<sup>16</sup> – liczbę łóżek w poszczególnych jednostkach organizacyjnych szpitala wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, w którym znajduje się SOR, zabezpieczanych na potrzeby osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego skierowanych do tych jednostek z SOR.

Na podstawie informacji zawartych w pisemnych wyjaśnieniach PCM w Grójcu<sup>17</sup>, analizy dokumentacji oraz oględzin pomieszczeń ustalono, że w SOR realizowane były wybrane działania w ramach „Dobrych praktyk postępowania w szpitalnych oddziałach ratunkowych i w izbach przyjęć” z 4 kwietnia 2017 r. opracowane przez konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny ratunkowej i rekomendowane przez Ministerstwo Zdrowia (dalej „Dobre praktyki postępowania w SOR”). Z informacji uzyskanych podczas kontroli wynikało, że SOR obejmował obszarem działania populację poniżej 100 tys. mieszkańców<sup>18</sup>. W dokumentacji medycznej SOR odnotowywano wykonanie wstępnej oceny stanu pacjenta obejmującej: pomiar temperatury ciała, ciśnienia tętniczego, tętna, saturacji, glikemii, ocenę stopnia nasilenia bólu i wykonanie zapisu EKG. Zgodnie z ww. wytycznymi osoby przywiezione przez zespoły ratownictwa medycznego rejestrowane były priorytetowo. Osoba dokonująca segregacji medycznej sprawowała kompleksową opiekę nad pacjentem oraz informowała o przydzielonej „kategorii pilności”, czasie oczekiwania na badanie lekarskie, jak również przekazywała lekarzowi SOR informację o pacjencie i ustalonej „kategorii pilności”. Czas obsługi pacjenta w Oddziale był monitorowany na bieżąco przez personel SOR w systemie monitorującym obsługę pacjentów. Osoby pozostające pod opieką Oddziału w razie potrzeby poddawane były ocenie ich stanu klinicznego, która dokonywana była nie rzadziej niż co 90 minut, licząc od chwili pobrania biletu. Personel SOR informował również pacjentów ustnie oraz pisemnie, poprzez wywieszenie informacji na tablicy ogłoszeń, o tym, że szpitalny oddział ratunkowy jest jednostką udzielającą świadczeń opieki zdrowotnej

---

<sup>16</sup> Uchwała nr 3b/2024 r. Prezesa Zarządu PCM w Grójcu Sp. z o.o. z dnia 5 marca 2024 r. dotycząca zabezpieczenia wolnych łóżek na oddziałach w celu przyjęć pacjentów w trybie nagłym z SOR oraz wyjaśnienia podmiotu leczniczego z 15 marca 2024 r.

<sup>17</sup> Wyjaśnienia podmiotu leczniczego z 14 marca 2024 r.

<sup>18</sup> Zgodnie z wyjaśnieniami podmiotu leczniczego otrzymanymi 13 marca 2024 r. SOR PCM w Grójcu obejmuje swoim działaniem przede wszystkim populację powiatu grójeckiego – 97 728 osób.

polegających na wstępnej diagnostyce oraz podjęciu leczenia w zakresie niezbędnym do stabilizacji funkcji życiowych osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Zgodnie z informacjami przekazywanymi pacjentom w SOR nie uzyskuje się recepty, zwolnienia lekarskiego, porady lekarskiej w sytuacjach, które mogą być realizowane w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. W podmiocie leczniczym obowiązywała zasada priorytetowego wykonywania – zlecanych przez SOR – badań laboratoryjnych i obrazowych oraz przeprowadzania konsultacji lekarskich. PCM w Grójcu zapewniało transporty międzyszpitalne po wcześniejszym każdorazowym uzgodnieniu telefonicznym z lekarzem podmiotu leczniczego, do którego kierowany był pacjent.

W czasie kontroli zweryfikowano sposób prowadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej w SOR. 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 (dalej ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – Dz. U. z 2024 r. poz. 581) oraz w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 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 2022 r. poz. 1304, z późn. zm.) wybrano losowo indywidualną dokumentację medyczną dotyczącą 20 pacjentów, którym udzielono świadczeń zdrowotnych w SOR w lutym 2024 r. Do indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów dołączano: zapisy badania EKG, opisy konsultacji, kopie zewnętrznej dokumentacji medycznej pacjenta, indywidualne karty zleceń lekarskich, karty segregacji medycznej, karty medycznych czynności ratunkowych w przypadku, gdy pacjent został przywieziony do SOR przez zespół ratownictwa medycznego, karty informacyjne z pobytu w SOR, karty zgonu, zlecenia na transport sanitarny. Przeanalizowana indywidualna dokumentacja medyczna pacjentów prowadzona była zgodnie z przepisami ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej. Poddana badaniu dokumentacja medyczna przechowywana była prawidłowo – zabezpieczona przed zniszczeniem, uszkodzeniem lub utratą i dostępem osób nieupoważnionych.

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

1. Niespełnienie wymogu w zakresie minimalnych zasobów kadrowych Oddziału, określonego w § 12 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego, dotyczącego zapewnienia koordynacji pracy pielęgniarek, ratowników

medycznych, rejestratorek medycznych i personelu pomocniczego przez pielęgniarkę oddziałową będącą pielęgniarką systemu albo ratownika medycznego lub pielęgniarkę systemu, posiadających wykształcenie wyższe i co najmniej 5-letni staż pracy w SOR. Z przedstawionych wykazów personelu pielęgniarskiego oraz uzyskanych wyjaśnień podmiotu leczniczego wynikało, że pracę pielęgniarek, ratowników medycznych, rejestratorek medycznych i personelu pomocniczego koordynowała pielęgniarka systemu (Kierownik ds. Pielęgniarstwa) posiadająca wykształcenie wyższe, specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego oraz rok i dziesięć miesięcy stażu pracy w SOR, zamiast wymaganych minimum 5 lat.

2. Niezapewnienie koordynacji pracy Oddziału w systemie całodobowym przez „lekarza dyżurnego Oddziału”, co stanowi naruszenie wymogu określonego w § 12 ust. 2 rozporządzenia w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego. Jak ustalono na podstawie złożonych podczas kontroli wyjaśnień, harmonogramu udzielania świadczeń lekarskich w SOR za luty 2024 r. w czasie nieobecności lekarza pełniącego obowiązki Ordynatora SOR pracą Oddziału koordynował lekarz dyżurujący w danym dniu w SOR, który w pięciu przypadkach<sup>19</sup> nie był lekarzem systemu.
3. Niespełnienie wymagań w zakresie minimalnych zasobów kadry lekarskiej SOR. Z okazanego w trakcie kontroli grafiku rzeczywistych dyżurów lekarskich wynikało, że w lutym 2024 r., w pięciu przypadkach<sup>20</sup> świadczeń zdrowotnych udzielali lekarze, z których żaden nie był lekarzem systemu. Takimi działaniami naruszono wymóg ustalony w § 12 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego.

Zgodnie ze stanowiskiem Ministerstwa Zdrowia z 12 grudnia 2019 r. (znak ROR.450.4.62.2019.TM) w SOR świadczenia zdrowotne powinny być udzielane przez co najmniej dwóch lekarzy, w tym co najmniej jeden lekarz przebywający stale w Oddziale powinien spełniać wymagania właściwe dla lekarza systemu, co oznacza, że w SOR jednocześnie powinno dyżurować co najmniej dwóch lekarzy, przy czym jeden z nich (lekarz systemu) powinien być obecny w oddziale ratunkowym na stałe. Tym samym spełnienie ww. wymagania będzie możliwe w przypadku obecności w Oddziale lekarza dyżurnego oddziału oraz innego lekarza.

---

<sup>19</sup> W czterech przypadkach w godzinach 20<sup>00</sup> do 8<sup>00</sup> (dyżur nocny) i w jednym przypadku w godzinach 8<sup>00</sup> do 20<sup>00</sup> (dyżur dzienny).

<sup>20</sup> W czterech przypadkach w godzinach 20<sup>00</sup> do 8<sup>00</sup> (dyżur nocny) i w jednym przypadku w godzinach 8<sup>00</sup> do 20<sup>00</sup> (dyżur dzienny).



4. Prowadzenie segregacji medycznej pacjentów, w jednym przypadku (jak ustalono na podstawie analizy indywidualnej dokumentacji medycznej dotyczącej dwudziestu pacjentów, którym udzielono świadczeń w lutym 2024 r.), przez pielęgniarkę, który nie był pielęgniarką systemu, co jest niezgodne z wymogiem określonym w art. 33a ust. 1 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz § 6 ust. 7 rozporządzenia w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego.
5. Niezamieszczanie w *Wykazie głównym przyjęć i wypisów* rozpoznania przy wypisie oraz w *Wykazie chorych oddziału* – rozpoznania przy wypisie albo adnotacji o wystawieniu karty zgonu oraz imienia i nazwiska lekarza wypisującego, co jest niezgodne odpowiednio z § 23 pkt 6 oraz § 25 ust. 1 pkt 8 i 13 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej.

**W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami zobowiązuję Panią do:**

1. Zapewnienia koordynacji pracy pielęgniarek, ratowników medycznych, rejestratorek medycznych i personelu pomocniczego SOR przez pielęgniarkę oddziałową będącą pielęgniarką systemu lub ratownika medycznego lub pielęgniarkę systemu, posiadających wykształcenie wyższe i co najmniej 5-letni staż pracy w Oddziale, zgodnie z § 12 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego.
2. Zapewnienia koordynacji pracy Oddziału w systemie całodobowym przez ordynatora Oddziału (lekarza kierującego oddziałem) lub wyznaczonego przez niego, spośród lekarzy systemu, lekarza – „lekarza dyżurnego oddziału”, zgodnie z wymogiem ustalonym w § 12 ust. 2 rozporządzenia w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego.
3. Dostosowania SOR w zakresie minimalnych zasobów kadry lekarskiej do wymogów określonych w rozporządzeniu w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego, obejmujących usunięcie niezgodności wymienionej w punkcie 3. wystąpienia pokontrolnego.
4. Prowadzenia procesu segregacji medycznej pacjentów w Oddziale przez osoby wskazane w art. 33a ust. 1 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz § 6 ust. 7 rozporządzenia w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego tj. pielęgniarkę systemu, ratownika medycznego lub lekarza systemu.
5. Prowadzenia zbiorczej dokumentacji medycznej w SOR zgodnie z normami ustalonymi w rozporządzeniu w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej, w szczególności *Wykazy: główny przyjęć i wypisów* oraz *chorych oddziału* powinny zawierać informacje wymienione w punkcie 5. wystąpienia pokontrolnego.

Zalecenie określone w punkcie 1. należy zrealizować w terminie 6 miesięcy od daty otrzymania wystąpienia pokontrolnego.

Zalecenia określone w punktach 2. i 3. należy zrealizować w terminie 30 dni od daty otrzymania wystąpienia pokontrolnego.

Zalecenia określone w punktach 4. i 5. należy zrealizować w terminie 14 dni od daty otrzymania wystąpienia pokontrolnego.

Ponadto, w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w SOR przez lekarza cudzoziemca, niebędącego obywatelem państwa członkowskiego Unii Europejskiej, posiadającego warunkowe prawo wykonywania zawodu lekarza na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej w podmiocie leczniczym przeznaczonym do udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom chorym na Covid-19, pragnę zwrócić uwagę Pani, iż z uwagi na brak wyodrębnienia podmiotów leczniczych przeznaczonych do udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom chorym na Covid-19 – od dnia 1 kwietnia 2022 r. – ww. lekarz może pracować w dowolnym podmiocie leczniczym pod warunkiem wypełnienia obowiązku, wynikającego z art. 7 ust. 16b ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2023 r. poz. 1516, z późn. zm.), polegającego na zgłoszeniu Ministrowi Zdrowia<sup>21</sup> przez lekarza w ciągu 7 dni od dnia rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych w podmiocie innym niż przeznaczonym do udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom chorym na Covid-19, faktu podjęcia ww. zatrudnienia ze wskazaniem okresu tego zatrudnienia. Natomiast w przypadku lekarza obcokrajowca udzielającego świadczeń zdrowotnych w Oddziale, dysponującego warunkowym prawem wykonywania zawodu uprawniającym do wykonywania zawodu lekarza pod nadzorem lekarza posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty, przypominam Pani o obowiązku zapewnienia ww. nadzoru poprzez wyznaczenie przez kierownika podmiotu leczniczego opiekuna będącego lekarzem posiadającym specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty. Zgodnie ze stanowiskiem Ministerstwa Zdrowia<sup>22</sup> cyt. *„Sposób sprawowania nadzoru powinien mieć charakter indywidualny tj. powinien uwzględniać kwalifikacje, wiedzę i umiejętności lekarza, a także możliwości organizacyjne podmiotu leczniczego. (...) Istotne jest, aby lekarz nadzorujący na bieżąco weryfikował umiejętności lekarza nadzorowanego poprzez obserwację i kontrolę sposobu udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarza nadzorowanego oraz reagował*

---

<sup>21</sup> Komunikat dla osób posiadających zgodę Ministra Zdrowia na wykonywanie zawodu lekarza lub lekarza dentystry w podmiocie przeznaczonym do udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom chorym na COVID-19 wydany przez Ministerstwo Zdrowia 13 czerwca 2022 r. (znak RKL.U.861.1148.2022.EA).

<sup>22</sup> Pismo Ministerstwa Zdrowia z 7 grudnia 2021 r. (znak RKL.U.861.1222.2021.EA).

w sytuacjach awaryjnych i niezwłocznie podejmował działania minimalizujące ewentualne zagrożenia. W kontekście powyższego należy stwierdzić, że lekarz nadzorujący powinien znajdować się w otoczeniu lekarza nadzorowanego, tak aby lekarz nadzorowany miał możliwość ewentualnej konsultacji i uzyskania pomocy ze strony lekarza nadzorującego”. Wobec powyższego ze względu na specyfikę udzielanych świadczeń zdrowotnych w SOR szczególnie istotne jest organizowanie dyżurów lekarskich w taki sposób, aby zapewnić w Oddziale realny nadzór lekarza posiadającego II stopień specjalizacji lub lekarza specjalistę (lekarza nadzorującego) nad wykonywaniem zawodu lekarza przez lekarza obcokrajowca posiadającego warunkowe prawo wykonywania zawodu (lekarza nadzorowanego), zgodnie z wytycznymi Ministra Zdrowia.

Jednocześnie zobowiązuję Panią do poinformowania Wojewody Mazowieckiego, z powołaniem znaku pisma WK-V.9612.4.3.2024, o sposobie realizacji zaleceń i wykorzystania wniosku pokontrolnego.

Informuję również Panią, iż stosownie do § 25 ust. 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych (Dz. U. z 2015 r. poz. 1331), od wystąpienia pokontrolnego nie przysługują środki odwoławcze.

z up. WOJEWODY MAZOWIECKIEGO

*Artur Subda*

*Dyrektor Wydziału Kontroli*