



WOJEWODA MAZOWIECKI

WK-II.9612.1.154.2017

Warszawa, 30 listopada 2017 r.

**Pan
Jerzy Sadowski
Dyrektor
Samodzielnego Publicznego
Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej
w Przasnyszu
ul. Sadowa 9
06-300 Przasnysz**

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

Na podstawie art. 31 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2016 r. poz. 1868, z późn. zm.) oraz art. 111 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (dalej ustawa o działalności leczniczej – Dz. U. z 2016 r. poz. 1638, z późn. zm.) przeprowadzona została kontrola problemowa w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (dalej Oddział albo SOR), komórce organizacyjnej 067 Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Przasnyszu (dalej SPZZOZ w Przasnyszu), mieszczącej się przy ul. Sadowej 9 w Przasnyszu.

Tematyka kontroli obejmowała realizację zadań przez Szpitalny oddział ratunkowy, w tym 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 kontrolą, której szczegółowe wyniki przedstawione zostały w protokole kontroli, podpisanym bez zastrzeżeń w dniu 27 października 2017 r., przekazuję Panu Dyrektorowi niniejsze wystąpienie pokontrolne.

W wyniku kontroli ustalono, że przyjęty sposób organizacji pracy w Szpitalnym oddziale ratunkowym zapewniał niezwłoczne udzielanie pomocy medycznej osobom, które znajdowały się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Obsada dyżurowa kadry medycznej Oddziału wypełniała normy w zakresie minimalnych zasobów kadrowych określonych dla SOR. W dokumentacji podmiotu leczniczego zgromadzono dokumenty potwierdzające prawo wykonywania zawodu aktualnie zatrudnionej kadry lekarskiej i pielęgniarskiej oraz zaświadczenia o przygotowaniu zawodowym ratowników medycznych. Podmiot leczniczy posiadał umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, zgodnie z obowiązkiem ustalonym w art. 25 ust. 1 pkt 1 i ust. 2 ustawy o działalności leczniczej. 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). Podmiot dysponował dokumentacją potwierdzającą sprawność techniczną aparatury i sprzętu medycznego 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.). Pacjenci SOR zostali zaopatrzeni w znaki identyfikacyjne, zawierające informacje zapisane w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta przez osoby nieuprawnione, zgodnie z wymogiem określonym w art. 36 ustawy o działalności leczniczej oraz rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie warunków, sposobu i trybu zaopatrywania pacjentów szpitala w znaki identyfikacyjne oraz sposobu postępowania w razie stwierdzenia ich braku (Dz. U. z 2012 r. poz. 1098). Opracowane i wdrożone w SPZZOZ w Przasnyszu minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych 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). Dokumentacja medyczna przechowywana była zgodnie z normami ustalonymi w 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).

W wyniku kontroli stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. SOR nie posiadał własnych bezkolizyjnych traktów komunikacyjnych, niezależnych od ogólnodostępnych traktów szpitalnych, co jest niezgodne z § 3 ust. 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (dalej rozporządzenie w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego – Dz. U. z 2015 r. poz. 178, z późn. zm.).
2. Niewyposażenie brudownika w umywalkę oraz w wentylację mechaniczną wyciągową, co jest niezgodne z normą ustaloną w pkt 5 części II załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (dalej rozporządzenie w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą – Dz. U. z 2012 r. poz. 739) w związku z § 14 rozporządzenia w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego.
3. Nieprawidłowe prowadzenie zbiorczej dokumentacji medycznej – *Księga Przyjęć Szpitalnego oddziału ratunkowego* nie zawierała rozpoznania wstępnego, co stanowi naruszenie § 29 pkt 8 rozporządzenia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej.

Przedstawiając powyższe ustalenia zobowiązuję Pana Dyrektora do podjęcia działań w celu wyeliminowania stwierdzonych w trakcie kontroli nieprawidłowości, a w szczególności do:

1. Dostosowania szpitalnego oddziału ratunkowego do wymogów określonych w rozporządzeniu w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego, w zakresie niezgodności wymienionej w punkcie 1. wystąpienia.
2. Wyposażenia brudownika znajdującego się w SOR w umywalkę oraz w wentylację mechaniczną wyciągową, zgodnie z wymogiem określonym w pkt. 5. części II załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą w związku z § 14 rozporządzenia w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego.
3. 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 6 miesięcy od daty otrzymania wystąpienia pokontrolnego.

Zalecenie określone w punkcie 3. należy zrealizować w terminie 14 dni od daty otrzymania wystąpienia pokontrolnego.

Ponadto pragnę zwrócić uwagę Pana Dyrektora na fakt, że w SOR nie został wydzielony odrębny obszar wstępnej intensywnej terapii. Z ustaleń kontroli wynika, że stanowisko intensywnej terapii zlokalizowane zostało w sali, w której znajduje się również stanowisko obszaru obserwacji. W związku z tym, mając na uwadze specyfikę wykonywanych zadań w obszarze wstępnej intensywnej terapii, należy dążyć do zlokalizowania w przyszłości tego obszaru w odrębnym pomieszczeniu.

Jednocześnie zobowiązuję Pana Dyrektora do poinformowania Wojewody Mazowieckiego, z powołaniem znaku pisma WK-II.9612.1.154.2017, o sposobie realizacji zaleceń i wykorzystania wniosku pokontrolnego.

z up. WOJEWODY MAZOWICKIEGO
Bogusław Krupa
Zastępca Dyrektora
Wydziału Kontroli

Do wiadomości:
Starostwo Powiatowe w Przasnyszu
ul. Św. St. Kostki 5
06-300 Przasnysz