



WOJEWODA MAZOWIECKI

WK-II.9612.1.174.2017

Warszawa, 30 listopada 2017 r.

**Pan
Marek Pacyna
Dyrektor
Radomskiego Szpitala Specjalistycznego
im. dr Tytusa Chałubińskiego
ul. Lekarska 4
26-610 Radom**

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 sprawdzająca w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym z Izbą Przyjęć (dalej Oddział albo SOR), komórce organizacyjnej 106 Radomskiego Szpitala Specjalistycznego im. dr Tytusa Chałubińskiego (dalej Szpital w Radomiu), mieszczącej się przy ul. Adolfa Tochtermana 1 w Radomiu.

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 10 listopada 2017 r., przekazuję Panu Dyrektorowi niniejsze wystąpienie pokontrolne.

W wyniku kontroli ustalono, że podmiot leczniczy posiadał zawartą umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, zgodnie z obowiązkiem ustalonym w art. 25 ust. 1 pkt 1 i ust. 2 ustawy o działalności leczniczej. 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. 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 w 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 (dalej rozporządzenie w sprawie zaopatrywania pacjentów szpitala w znaki identyfikacyjne – Dz. U. z 2012 r., poz. 1098). Opracowane i wdrożone w Szpitalu w Radomiu 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 prowadzona i 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 (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. W SOR nie został wydzielony obszar wstępnej intensywnej terapii, co jest niezgodne z § 5 pkt 3 rozporządzenia w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego.
 3. Stanowisko zapewniające łączność z dyspozytorem medycznym, lekarzem koordynatorem ratownictwa medycznego, centrum urazowym, jednostkami organizacyjnymi szpitala wyspecjalizowanymi w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego – nie zostało wyposażone w środki łączności z zespołami ratownictwa medycznego oraz w niezależny stały nasłuch na kanale ogólnopolskim, co jest niezgodne z wymogiem ustalonym w § 6 ust. 2 pkt 1 lit. a rozporządzenia w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego.
 4. Obszar resuscytacyjno-zabiegowy nie został wyposażony w mobilny aparat do znieczulania z wyposażeniem stanowiska do znieczulania oraz w aparat do ogrzewania płynów infuzyjnych, a ponadto stanowiska resuscytacyjne znajdujące się w tym obszarze nie zostały wyposażone w aparaty do powierzchniowego ogrzewania pacjenta, co jest niezgodne z § 7 ust. 3 pkt 2 i 8 oraz ust. 4 pkt 3 rozporządzenia w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego.
 5. Sala zabiegowa znajdująca się w obszarze terapii natychmiastowej nie została wyposażona w aparat do znieczulania z wyposażeniem stanowiska do znieczulania wraz z zestawem monitorującym, co stanowi naruszenie § 9 ust. 3 pkt 2 rozporządzenia w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego.
 6. W obszarze obserwacji nie zapewniono przenośnego zestawu resuscytacyjnego z niezależnym źródłem tlenu i respiratorem transportowym, co stanowi naruszenie § 10 pkt 2 rozporządzenia w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego.
 7. Niedokonywanie przy wypisywaniu pacjentów ze szpitala adnotacji o sprawdzeniu zgodności znaku identyfikacyjnego umieszczonego na opasce pacjenta ze znakiem identyfikacyjnym umieszczonym w dokumentacji medycznej oraz o wydaniu pacjentowi albo jego opiekunowi prawnemu opaski identyfikacyjnej, co stanowi naruszenie § 7 ust. 3 rozporządzenia w sprawie zaopatrywania pacjentów szpitala w znaki identyfikacyjne.

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 wymienionych w punktach od 1. do 6. wystąpienia.

2. Dokonywania przy wypisywaniu pacjentów ze szpitala adnotacji w indywidualnej dokumentacji medycznej o sprawdzeniu zgodności znaku identyfikacyjnego umieszczonego na opasce pacjenta ze znakiem identyfikacyjnym umieszczonym w dokumentacji medycznej oraz o wydaniu pacjentowi albo jego opiekunowi prawnemu opaski identyfikacyjnej, zgodnie z obowiązkiem ustalonym w § 7 ust. 3 rozporządzenia w sprawie zaopatrywania pacjentów szpitala w znaki identyfikacyjne.

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

Zalecenie określone w punkcie 2. należy zrealizować w terminie 14 dni od daty otrzymania wystąpienia pokontrolnego.

Jednocześnie zobowiązuję Pana Dyrektora do poinformowania Wojewody Mazowieckiego, z powołaniem znaku pisma WK-II.9612.1.174.2017, o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych.

z up. WOJEWODY MAZOWICKIEGO
Bogusław Krupa
Zastępcą Dyrektora
Wydziału Kontroli

Do wiadomości:
Urząd Miasta Radomia
ul. Kilińskiego 30
26-600 Radom