



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Lublinie

LLU.410.021.04.2019

**Pani
Kamila Ćwik
Dyrektor
Samodzielnego Publicznego
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego
w Chełmie**
ul. Ceramiczna 1
22-100 Chełm

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

Kontrola nr P/19/105 *Funkcjonowanie systemu ratownictwa medycznego*

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Chełmie, ul. Ceramiczna 1, 22-100 Chełm (dalej: Szpital)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Kamila Ćwik, Dyrektor od 18 kwietnia 2019 r. Poprzednio funkcję pełnili: Mariusz Kowalczyk od 3 do 17 kwietnia 2019 r. Michał Jedliński od 7 lutego 2018 r. do 2 kwietnia 2019 r. Jacek Buczek od 11 grudnia 2014 r. do 6 lutego 2018 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	Przygotowanie i realizacja zadań Państwowego Ratownictwa Medycznego przez szpitale prowadzące szpitalny oddział ratunkowy
Okres objęty kontrolą	Lata 2018–2019, z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ¹
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Lublinie
Kontroler	Edyta Kolano, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LLU/164/2019 z 22 października 2019 r.

(akta kontroli str. 1)

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

W ocenie NIK, Szpital prawidłowo realizował zadania Państwowego Ratownictwa Medycznego w zakresie prowadzenia szpitalnego oddziału ratunkowego (dalej: SOR lub Oddział). Stosownie do przepisów ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym³ został on ujęty w ewidencji jednostek systemu, prowadzonej przez Wojewodę Lubelskiego.

SOR spełniał wymagania określone w obowiązującym do 1 lipca 2019 r. rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego⁴ w zakresie lokalizacji i organizacji oddziału, zatrudnienia kadry medycznej. Wydzielone obszary w Oddziale były zlokalizowane i zorganizowane w sposób pozwalający na wykonywanie zadań polegających na wstępnej diagnostyce oraz podjęciu leczenia w zakresie niezbędnym dla stabilizacji funkcji życiowych osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Kierownik, pielęgniarka oddziałowa oraz pozostała kadra medyczna zabezpieczała właściwe funkcjonowanie Oddziału.

W SOR wdrożono wytyczne Ministra Zdrowia w sprawie poprawy funkcjonowania oddziałów ratunkowych. W Oddziale wprowadzono segregację medyczną pacjentów. Szpital posiadał całonocowe lądowisko, które zostało zarejestrowane w Urzędzie Lotnictwa Cywilnego.

¹ Dz. U. z 2019 r. poz. 489, ze zm.; dalej: ustawa o NIK.

² Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

³ Art. 23a ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2019 r. poz. 993, ze zm.); dalej: ustawa PRM.

⁴ Dz. U. z 2019 r. poz. 1213; dalej: rozporządzenie SOR.

W kontrolowanym okresie, wzrosła liczba przyjętych pacjentów w SOR: w 2017 r. przyjęto 21 744 pacjentów, w 2018 r. – 25 907, do końca września 2019 r. – 19 007 pacjentów.

W Pracowni Endoskopowej wykonywano pacjentom badania w ustalonych w tygodniu godzinach pracy, jak również poza tymi godzinami.

W trakcie kontroli NIK, Szpital podjął działania w kierunku aktualizacji Regulaminu Organizacyjnego, polegające na określeniu maksymalnego czasu na podjęcie przez lekarza dyżurnego SOR decyzji o skierowaniu pacjenta do oddziału szpitala lub odmowie przyjęcia do oddziału osoby niebędącej w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Wszystkim pacjentom po przeprowadzonej segregacji i wywiadzie lekarskim wykonano wstępną diagnostykę, zaś pacjentom, którzy nie zostali przyjęci, w związku ze specyfiką schorzenia, Szpital zapewnił transport do jednostek medycznych o wyższym poziomie referencji.

Stwierdzono jednak, że prowadzona w Oddziale dokumentacja medyczna nie zawierała wszystkich wymaganych informacji i oznaczeń osób dokonujących wpisów. W zakresie wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną podczas oględzin przeprowadzonych w Oddziale brakowało przewoźnego ultrasonografu oraz aparatu do znieczulania, które stanowią minimalne wyposażenie Oddziału do przyłóżkowego wykonywania badań i minimalne wyposażenie sali zabiegowej. Ponadto, stwierdzono przypadki wypożyczania na inne oddziały szpitalne sprzętu, stanowiącego wyposażenie SOR.

Po uzyskaniu informacji o naruszeniu bezpieczeństwa informacji, nie podjęto działań przewidzianych obowiązującymi przepisami prawa.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

OBSZAR

Przygotowanie i realizacja zadań Państwowego Ratownictwa Medycznego przez szpitale prowadzące szpitalny oddział ratunkowy

Opis stanu faktycznego

1. W dniach 21-23 sierpnia 2019 r. w Szpitalu przeprowadzony został przegląd akredytacyjny, po którym przyznany został Certyfikat akredytacyjny⁵ dla lecznictwa szpitalnego, o którym mowa w art. 3 ust. 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia⁶. Poprzedni Certyfikat⁷ potwierdzający spełnienie standardów akredytacyjnych utracił ważność 23 czerwca 2019 r., tj. po upływie trzech lat od jego wydania.

(akta kontroli str. 68-82)

2. W okresie objętym kontrolą, w Szpitalu prowadzono *Analizy działań niepożądanych związanych z opieką nad pacjentem*. Najwięcej zgłoszonych zdarzeń niepożądanych w SOR dotyczyło m.in. samowolnego oddalenia się pacjenta. Zgłoszono także przypadki braku lekarza zmiany dziennej w części zabiegowej SOR i zbyt małej liczby sanitariuszy w Oddziale.

Pełniący obowiązki kierownika SOR (dalej: p.o. kierownika SOR) złożył wyjaśnienia, że zostało zaplanowane zabezpieczenie dyżurowe lekarza, jednak z powodu choroby dostępność lekarza w części zabiegowej SOR była ograniczona, o czym powiadomiono Dyrektora Szpitala. Pielęgniarka Oddziałowa wyjaśniła, że zbyt mała liczba sanitariuszy w grudniu 2018 r. wynikała z absencji chorobowej pracownika.

(akta kontroli str. 291-329, 390, 412-421)

⁵ Nr 2019/64 z 8 listopada 2019 r.

⁶ Dz. U. z 2016 r. poz. 2135.

⁷ Nr 2016/23 z 24 czerwca 2016 r.

W *Analizie przyczyn odmów hospitalizacji za I półrocze 2018 r.* wskazano brak miejsca w oddziałach szpitalnych dla siedmiu pacjentów SOR. Dyrektor wyjaśniła, że po ponownej analizie wskazanych siedmiu przypadków ustalono, że w systemie informatycznym dla sześciu – błędnie wybrano przyczynę odmowy hospitalizacji. Wśród tych pacjentów: trzech po wykonanych badaniach zostało skierowanych do leczenia ambulatoryjnego, po jednym – skierowano na Oddział Dziecięcy, leczenia w podstawowej opiece zdrowotnej oraz ambulatoryjnego badania endoskopowego. Natomiast jeden pacjent, z powodu braku miejsca w Oddziale Dermatologicznym, po konsultacji internistycznej został przyjęty na Oddział Wewnętrzny.

(akta kontroli str. 291-329, 412-421)

We wnioskach do trzech kolejnych *Analiz przyczyn odmów hospitalizacji* (I i II półrocze 2018 r. oraz I półrocze 2019 r.) wymieniano m.in.: podjęcie działań zmierzających do skrócenia czasu oczekiwania pacjenta w SOR na konsultacje lekarzy specjalistów.

Dyrektor wskazała, że w celu skrócenia czasu oczekiwania na konsultacje specjalistyczne uaktualniono i wdrożono procedurę *Konsultowanie pacjentów w trybie nagłym i planowym*⁸. W sytuacji braku możliwości zgłoszenia konsultacji specjalistycznej kierownikowi oddziału lub lekarzowi przez niego upoważnionemu, konsultacje powinny zostać zgłoszone do sekretariatu oddziału. Sekretarka powinna poinformować odpowiednią osobę o zgłaszanej konsultacji. Zgodnie ze wskazaną procedurą, konsultacje w SOR należy traktować jako bardzo pilne, a czas ich realizacji nie powinien przekroczyć pięciu minut.

Ponadto, Dyrektor wymieniła, że powtarzającą się sytuacją jest kierowanie pacjentów na SOR przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej bez wykonanych badań podstawowych. W opinii Dyrektor, taki sposób kierowania pacjentów zapewnia szybszy dostęp do diagnostyki laboratoryjnej.

(akta kontroli str. 291-329, 412-421)

Przeprowadzone *Badanie satysfakcji pacjentów w 2018 r.* wykazało, że 11% pacjentów (51 osób) źle oceniło czas oczekiwania na przyjęcie w SOR, w 2019 r. – nie osiągnięto oczekiwanego minimalnego poziomu 70% satysfakcji w obszarze respektowania praw pacjenta w zakresie czasu oczekiwania w SOR oraz życzliwości personelu.

Dyrektor wyjaśniła, że w związku z wynikami badań satysfakcji pacjentów oraz w kontekście projektowanych zmian w funkcjonowaniu SOR zatrudniono dwie osoby oraz wyznaczono jedną osobę do obszaru segregacji medycznej. Ponadto zmodernizowano i zaadoptowano dodatkowe pomieszczenie na przeprowadzenie segregacji medycznej. Zaplanowano także i przeprowadzono szkolenie z zakresu komunikacji interpersonalnej (grudzień 2019 r.).

(akta kontroli str. 357-359, 412-421, 493)

Jednym z celów szczegółowych *Programu poprawy jakości na lata 2018–2019* było doskonalenie standardów i procedur postępowania z zakresu SOR i zapewnienia ciągłości opieki pacjentom. Opracowano i wdrożono aktualizacje procedur dotyczących m.in. przyjęcia pacjenta w trybie planowym i nieplanowym oraz w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, określenia kolejności przyjmowania pacjentów w SOR, postępowania w przypadku urazu wielonarządowego, czy w ostrym udarze niedokrwiennym mózgu. Na lata 2019–2020 zaplanowano m.in. doskonalenie metodyki dokumentowania odmowy przyjęć pacjentów w SOR oraz dostosowanie do wymagań prawnych procedury przyjmowania pacjentów w zakresie segregacji medycznej w SOR.

(akta kontroli str. 360-384)

⁸ Obowiązuje od 12 grudnia 2019 r.

3. SOR został zarejestrowany w ewidencji szpitalnych oddziałów ratunkowych, centrów urazowych, centrów urazowych dla dzieci i jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego na terenie województwa prowadzonej przez wojewodę, o której mówi art. 23a ustawy PRM.

Szpital nie posiadał w swojej strukturze zespołów ratownictwa medycznego.

(akta kontroli str. 12-67, 385)

4. Zgodnie z § 4 ust. 1 rozporządzenia SOR, w Szpitalu funkcjonowały⁹ niezbędne do utworzenia SOR oddziały: chirurgii ogólnej i urazowo-ortopedyczny z chirurgią kręgosłupa, chorób wewnętrznych, anestezjologii i intensywnej terapii oraz pracownie diagnostyki obrazowej (m.in. rentgenodiagnostyki, tomografii, USG, rezonansu magnetycznego). Szpital udzielał także świadczeń w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

(akta kontroli str. 12-67, 83-115)

Według Dyrektora, w Szpitalu istnieje potrzeba zatrudnienia lekarzy specjalistów w zakresie chirurgii ogólnej, chorób wewnętrznych oraz anestezjologii i intensywnej terapii. Aktualnie nie występuje zagrożenie ciągłości udzielania świadczeń, jednak struktura wiekowa lekarzy może zmienić tę sytuację. W Oddziale Chirurgicznym pracuje obecnie 10 lekarzy, w tym pięciu emerytów (średni wiek lekarzy wynosi 53,5 lat), w Oddziałach Wewnętrznych – dwóch emerytów (średni wiek lekarzy – 50,7 lat), w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii – jeden emeryt (średni wiek lekarzy – 45,7 lat).

(akta kontroli str. 392-396)

5. Oględziny przeprowadzone w SOR wykazały, że stosownie do § 5 ust. 1 pkt 1-6 rozporządzenia SOR w Oddziale wyodrębniono:

- obszar segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć – zlokalizowany bezpośrednio przy wejściu dla pieszych i podjeździe dla specjalistycznych środków transportu sanitarnego, zapewniono w nim segregację medyczną, rejestrację i przyjęcie co najmniej dwóch osób oraz w oddzielnym pomieszczeniu – stanowisko dekontaminacji. W SOR przy wykorzystaniu konsoli Motorola Intercom zapewniono łączność z zespołami ratownictwa medycznego, dyspozytorem medycznym, wojewódzkim koordynatorem ratownictwa medycznego, centrum urazowym, centrum urazowym dla dzieci oraz z jednostkami organizacyjnymi szpitala wyspecjalizowanymi w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, a także kompleksową łączność wewnątrzzpitalną oraz niezależny stały nasłuch na kanale ogólnopolskim. Segregacja medyczna pacjentów odbywała się w pokoju segregacji. Informacja na temat maksymalnego czasu na podjęcie przez lekarza dyżurnego oddziału, decyzji o skierowaniu pacjenta na leczenie do oddziałów szpitala, odmowie przyjęcia do oddziału osoby niebędącej w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, lekarza oddziału decyzji o przyjęcia pacjenta na oddział była wywieszona przy rejestracji. W Oddziale nie zapewniono systemu bezprzewodowego przywoływania osób stanowiących minimalne zasoby kadrowe.

Odnośnie bezprzewodowego przywoływania osób, p.o. kierownika SOR wskazał, że Oddział dysponuje systemem intercom, telefonami komórkowymi i telefonami z przenośną słuchawką, które wykorzystuje do przywoływania pracowników SOR

⁹ Księga rejestrowa nr 000000002955 (stan na 24 października 2019 r.), udostępniona na stronie internetowej Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia (www.rp.wdł.csioz.gov.pl).

w obszarze segregacji. System powiadamiania personelu za pomocą pagerów i ich zakupu został zgłoszony do Dyrekcji Szpitala.

(akta kontroli str. 258-271, 400-402)

- obszar resuscytacyjno-zabiegowy – w jednej sali umieszczono dwa stanowiska resuscytacyjne. Wyposażenie i urządzenie tego obszaru zapewniało: podtrzymywanie funkcji życiowych, prowadzenie resuscytacji krążeniowo-oddechowo-mózgowej, prowadzenie resuscytacji okołourazowej oraz wykonywanie podstawowego zakresu wczesnej diagnostyki i wstępnego leczenia urazów. Stanowisko resuscytacyjne było wyposażone w stół zabiegowy z lampą operacyjną, zestaw do monitorowania czynności życiowych (rytmu serca, ciśnienia tętniczego i żylnego, wysycenia tlenowego hemoglobiny, końcowo-wydechowego stężenia dwutlenku węgla, temperatury powierzchniowej i głębokiej ciała), defibrylator z kardiowersją i opcją elektrostymulacji, zestawy do przetaczania i dawkowania leków, zestawy do szybkiego przetaczania płynów, elektryczne urządzenie do ssania, aparat do powierzchniowego ogrzewania pacjenta, zestaw do trudnej intubacji oraz mobilny aparat do znieczulenia z wyposażeniem stanowiska do znieczulania. Przy każdym stanowisku znajdowały się po dwa gniazda tlenu, próżni oraz po jednym gnieździe powietrza,
- obszar wstępnej intensywnej terapii – jedno stanowisko intensywnej terapii umożliwiające monitorowanie i podtrzymywanie funkcji życiowych, prowadzenie resuscytacji krążeniowo-oddechowej, wykonywanie pełnego zakresu wczesnej diagnostyki i wstępnego leczenia, prowadzenie resuscytacji płynowej, leczenie bólu oraz wstępne leczenie zatruc,
- obszar terapii natychmiastowej – sala zabiegowa wyposażona w wyroby medyczne i produkty lecznicze umożliwiające wykonanie drobnych zabiegów chirurgicznych u osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego oraz sala opatrunków gipsowych wyposażona w wyroby medyczne i produkty lecznicze umożliwiające zakładanie opatrunków gipsowych oraz przestrzeń do umieszczenia stanowiska do znieczulania z wyposażeniem. Wyposażenie sali zabiegowej stanowił m.in. stół z lampą operacyjną, dwa gniazda poboru tlenu próżni oraz jedno powietrza, 10 gniazd poboru energii elektrycznej i niezbędne narzędzia chirurgiczne,
- obszar obserwacji – wyposażony w osiem łóżek oddzielonych zasłonami, wyroby medyczne i produkty lecznicze umożliwiające: monitorowanie rytmu serca i ddechu, nieinwazyjne monitorowanie ciśnienia tętniczego krwi, monitorowanie wysycenia tlenowego hemoglobiny, monitorowanie temperatury powierzchniowej, stosowanie biernej tlenoterapii, prowadzenie infuzji dożylnych,
- obszar konsultacyjny – cztery gabinety badań lekarskich wyposażone w wyroby medyczne i produkty lecznicze umożliwiające badania lekarskie i konsultacje specjalistyczne, połączone traktem komunikacyjnym.

Powierzchnia SOR była wystarczająca dla prawidłowego funkcjonowania wszystkich jego obszarów.

(akta kontroli str. 258-271)

6. Szpital, zgodnie z § 4 ust. 4 rozporządzenia SOR, zapewnił całodobowy dostęp do badań diagnostycznych wykonywanych w medycznym laboratorium diagnostycznym, badania USG, komputerowego badania tomograficznego. Badania: gastrokopii, bronchoskopii, rektoskopii, laryngoskopii wykonywano od poniedziałku do piątku w godzinach 7.00 - 14.35 w Pracowni Endoskopowej.

Zgodnie z *Procedurą współpracy SOR z innymi komórkami szpitala oraz przenoszenia pacjentów między oddziałami szpitalnymi lub szpitalami*¹⁰, badania z zakresu diagnostyki laboratoryjnej oraz radiologii i diagnostyki obrazowej dla pacjentów SOR taktowano w trybie cito, poza kolejnością.

Według informacji Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa, Szpital zapewnia całodobowy i niezwłoczny dostęp do badań endoskopowych. W sytuacji konieczności wykonania badania endoskopowego w godzinach poza harmonogramem pracy Pracowni Endoskopowej, lekarz zlecający badanie miał prawo wezwania lekarza wykonującego badanie oraz pielęgniarki endoskopowej. Funkcjonowanie takiego systemu sprawdziło się, nieliczne przypadki wezwań obsłużone zostały bez zbędnej zwłoki. Sytuacja jest na bieżąco monitorowana, w przypadku potrzeby zmian w organizacji funkcjonowania Pracowni Endoskopowej zostaną one wprowadzone po przeprowadzeniu konsultacji i przeanalizowaniu sytuacji.

Na podstawie dokumentów przedłożonych przez Kierownika Działu Spraw Pracowniczych i Organizacyjnych ustalono, że w analizowanym okresie wystąpiły cztery przypadki przeprowadzania badań w Pracowni Endoskopowej poza jej godzinami pracy.

(akta kontroli str. 12-67, 83-115, 232-235, 491)

7. Stosownie do art. 33a ust. 1 ustawy PRM w Oddziale prowadzono segregację medyczną pacjentów. W Szpitalu opracowano procedurę *Określenie kolejności przyjmowania pacjentów w SOR*¹¹, zgodnie z którą wstępna ocena stanu zdrowia pacjenta przeprowadzana była przez pielęgniarkę lub ratownika medycznego i obejmowała m.in.: pomiar temperatury ciała, ciśnienia tętniczego, saturacji, ocenę świadomości według skali AVPU, ocenę stopnia nasilenia bólu. Pacjenci przywożeni przez zespoły ratownictwa medycznego (dalej: ZRM) byli przekazywani lekarzowi dyżurnemu, wstępna ocena stanu jego zdrowia była przeprowadzana w ZRM. Po dokonaniu oceny stanu zdrowia, pacjent oznaczany był opaską w odpowiednim kolorze¹², tj. czerwonym (pomoc natychmiastowa, pacjenci wymagający natychmiastowej stabilizacji podstawowych czynności życiowych, przyjmowani poza kolejnością), żółtym (pomoc pilna, czas oczekiwania do 60 minut, pacjenci, których stan wymagał rozszerzonej diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej oraz stosowania złożonej farmakoterapii), zielonym (pomoc odroczone, czas oczekiwania do czterech godzin, pacjenci z lekkimi obrażeniami ciała oraz z ranami nie stanowiącymi stanu zagrożenia życia) lub niebieskim (pacjenci wyczekujący, czas oczekiwania do sześciu godzin, pacjenci nie wymagający leczenia w SOR, którzy nie skorzystali z pomocy lekarza podstawowej opieki zdrowotnej).

(akta kontroli str. 280-281, 337-345)

W objętej szczegółowym badaniem indywidualnej dokumentacji medycznej SOR w 14 przypadkach (43,8% analizowanej dokumentacji z 2019 r.) dokonano wstępnej oceny stanu zdrowia pacjenta i dołączono kartę segregacji medycznej. Największą grupę stanowili pacjenci oznaczeni opaską koloru zielonego (pomoc odroczone) – osiem osób, żółtego (pomoc pilna) – cztery oraz jedna koloru niebieskiego (pacjent wyczekujący). Wskazani pacjenci, przebywali w Oddziale od 21 minut do 16 godzin i 37 minut – obydwa przypadki oznaczone kolorem żółtym. Podczas przebywania w Oddziale, pacjenci mieli wykonywane badania laboratoryjne, diagnostyczne oraz konsultacje specjalistyczne.

(akta kontroli str. 210-211)

¹⁰ Obowiązuje od 1 stycznia 2016 r.

¹¹ Obowiązuje od 3 czerwca 2019 r.

¹² System TRIAGE.

8. W Regulaminie Organizacyjnym Szpitala¹³ nie określono maksymalnego czasu na podjęcie przez lekarza dyżurnego SOR decyzji o skierowaniu pacjenta na leczenie do oddziałów szpitala lub odmowie przyjęcia do oddziału osoby niebędącej w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego oraz maksymalnego czasu na podjęcie przez lekarza oddziału decyzji o przyjęciu pacjenta na oddział.

(akta kontroli str. 12-67)

Dyrektor nie ustaliła liczby łóżek w poszczególnych jednostkach organizacyjnych Szpitala wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, zabezpieczanych na potrzeby osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, skierowanych na leczenie z SOR-u.

(akta kontroli str. 403-406)

Zdaniem lekarza p.o. kierownika SOR, pacjenci przebywają w Oddziale tak długo, jak wynika to z procesu diagnostyki i leczenia. Czas pobytu pacjenta w SOR nie był wydłużony z powodu braku miejsca w innych oddziałach szpitalnych.

(akta kontroli str. 400-402)

9. W każdym z obszarów Oddziału znajdowała się sprawna aparatura medyczno–diagnostyczna oraz produkty lecznicze wskazane w § 6 - § 11 rozporządzenia SOR. Dla przykładu: w obszarze resuscytacyjno–zabiegowym znajdowały się defibrylatory, kardiomonitor, pompy infuzyjne (dwustrzykawkowe), pompy żywieniowe, respiratory, ssaki elektryczne, zestaw do intubacji, aparaty do ogrzewania pacjenta, aparat do szybkiego przetaczania płynów, aparaty do ogrzewania płynów infuzyjnych; w obszarze wstępnej intensywnej terapii – defibrylatory, aparaty EKG, kardiomonitor, pompy infuzyjne, pompa żywieniowa, respiratory, ssak elektryczny, sprzęt do szybkich przetoczeń, zestaw do intubacji, urządzenie do ogrzewania pacjenta, analizator parametrów krytycznych, analizator parametrów kardiologicznych, aparat do ogrzewania płynów infuzyjnych; w obszarze terapii natychmiastowej – pompy infuzyjne, pompa żywieniowa, pulsoksymetr, zestaw narzędzi chirurgicznych; w obszarze obserwacji – aparaty EKG, kardiomonitor, pompa infuzyjna, ssak elektryczny.

Podczas przeprowadzonych oględzin w Oddziale brakowało aparatu do znieczulania oraz przewoźnego ultrasonografu, które były wypożyczone na potrzeby Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz Pracowni RTG.

(akta kontroli str. 258-279)

W potencjale wykonawczym Szpitala przeznaczonym do realizacji umowy zawartej z Lubelskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej: LOW NFZ) w SOR wskazano sprzęt i aparaturę medyczną, która była pożyczona i wykorzystywana na innych oddziałach szpitalnych¹⁴.

Według Kierownika Działu Świadczeń Medycznych z uwagi na fakt, że SOR był wyposażony w kolejny sprzęt prawdopodobnie nie był on w pełni wykorzystywany. Decyzją kierownika SOR został pożyczony na inne oddziały. Jeżeli kierownik SOR podejmie decyzję o jego przeniesieniu, zmiana zasobów zostanie wprowadzona do Systemu Zarządzania Obiegiem Informacji.

(akta kontroli str. 272-274, 407-409)

Na podstawie przedłożonych paszportów technicznych ustalono, że sprzęt i aparatura medyczna stanowiące wyposażenie Oddziału, posiadały aktualne przeglądy

¹³ Tekst jednolity wprowadzony Zarządzeniem Nr 73/2019 z 25 czerwca 2019 r.

¹⁴ Pompa infuzyjna DUET 20/50 dwustrzykawkowa (nr 13472), rok prod. 2004, pompa infuzyjna DUET 20/50 (nr 13471), rok prod. 2004, pompa infuzyjna DUET 20/50 dwustrzykawkowa (nr 13463), rok prod. 2004, pompa infuzyjna DUET 20/50 dwustrzykawkowa (nr 13466), rok prod. 2004, pompa infuzyjna strzykawkowa MEDIMA nr 300010815, rok prod. 2019, pompa infuzyjna strzykawkowa MEDIMA nr 300010817, rok prod. 2019, defibrylator LIFEPAK 12 (32344034), rok prod. 2005, defibrylator LIFEPAK 12 (32344035), rok prod. 2004, respirator nr 8952, rok prod. 2004, pulsoksymetr PM-60, nr CR- 94202326, rok prod. 2019, pulsoksymetr PM-60, nr CR- 94202327, rok prod. 2019, aparat do znieczulania Fabius GS Premium.

techniczne, o których mowa w § 7 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej¹⁵. Cztery respiratory PARAPAC PLUS, które zostały uruchomione 13 września 2017 r., według Kart Technicznych miały zalecony przegląd techniczny przynajmniej raz w roku ze wskazaniem następnego przeglądu na wrzesień 2018 r. Przegląd został wykonany 25 lutego 2019 r.

(akta kontroli str. 275-279, 282-289)

Pielęgniarka Oddziałowa SOR wyjaśniła, że przedmiotowe respiratory zostały wycofane z użytkowania. Na okres wyłączenia z użytkowania w SOR zabezpieczono inny dostępny w Szpitalu sprzęt. Na podstawie umowy zakupu, w okresie gwarancji wymagany był m.in. jeden bezpłatny przegląd serwisowy w roku, potwierdzony raportem lub kartą pracy. W związku z brakiem reakcji na telefoniczne wezwania do wykonania przeglądu, Szpital wystosował pismo do jego wykonania.

(akta kontroli str. 425-426)

10. Według stanu na 30 września 2019 r. zasoby kadrowe Oddziału stanowili:

- lekarz pełniący obowiązki kierownika,
- pielęgniarka oddziałowa będąca pielęgniarką systemu,
- 12 lekarzy systemu, 26 pielęgniarek oraz 13 ratowników medycznych,
- 12 sanitariuszy, dwie salowe oraz jedna rejestratorka medyczna i jeden kierowca-noszący.

Lekarz pełniący obowiązki kierownika Oddziału nie spełniał wszystkich wymogów formalnych do zajmowania swojej funkcji wskazanych w § 12 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia SOR (obowiązującego od 1 lipca 2019 r.), tj. zakończył szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie chorób wewnętrznych 28 lutego 2009 r. i rozpoczął szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny ratunkowej 16 kwietnia 2018 r.

Dyrektor wyjaśniła, że pełnienie obowiązków kierownika SOR powierzono lekarzowi 9 stycznia 2019 r. Wówczas obowiązujące przepisy, tj. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. z 2018 r. poz. 979 ze zm.) nie wskazywały, że lekarz kierujący oddziałem musiał być lekarzem systemu. Jest to lekarz posiadający wieloletnie doświadczenie, sprawdzający się w sytuacjach stresowych i chcący pełnić funkcję lekarza kierującego SOR. Obecna sytuacja na rynku pracy, gdzie permanentnie brakuje lekarzy specjalistów w dziedzinie medycyny ratunkowej, a funkcjonujący specjaliści są zatrudniani w kilku miejscach równocześnie nie sprzyja prawidłowej realizacji założeń ustawodawcy. Szpital jest gotowy zatrudnić w każdej chwili i w każdej formie lekarza specjalistę medycyny ratunkowej oraz lekarza systemu, a także powierzyć funkcje kierownika SOR lekarzowi systemu. Z uwagi na braki kadrowe na rynku pracy jest to obecnie niemożliwe do spełnienia.

(akta kontroli str. 125-151, 402-421)

W godzinach od 7:25 do 15:00 dyżury w SOR pełniło dwóch lub trzech lekarzy, w pozostałych godzinach doby – dwóch. Ponadto w Oddziale Chirurgii Ogólnej oraz Oddziale Urazowo Ortopedycznym z Chirurgią Kręgosłupa dyżurował lekarz przeprowadzający konsultacje w SOR.

Przeprowadzona analiza wykonanych dyżurów¹⁶ we wszystkich oddziałach szpitalnych w okresie od 1 lipca do 31 października 2019 r. wykazała, że nie wystąpiły przypadki dyżurowania w SOR lekarzy pełniących jednocześnie dyżur na oddziałach szpitala. Stosownie do § 12 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia SOR w Oddziale stale przebywał co najmniej jeden lekarz systemu.

¹⁵ Dz. U. z 2016 r. poz. 1146, ze zm.

¹⁶ W dni powszednie od godziny 15:00 do 7:25, w dni świąteczne od 7:25 do 7:25.

Dwoje lekarzy pełniących dyżury w SOR nie zostało zgłoszonych do potencjału wykonawczego Szpitala przeznaczonym do realizacji umowy z LOW NFZ.

(akta kontroli str. 116-124, 152-153, 155-157)

11. Badaniem objęto dokumentację medyczną indywidualną 64 pacjentów Oddziału, prowadzoną w formie kart informacyjnych z udzielonej pomocy ambulatoryjnej oraz Indywidualnych Kart Doraźnych Zleceń Lekarskich.

Wskazana dokumentacja zawierała, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1, 4 i 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania¹⁷, oznaczenie podmiotu, datę dokonania wpisu, informacje dotyczące stanu zdrowia i choroby oraz procesu diagnostycznego i leczniczego, w tym opis udzielonych świadczeń zdrowotnych. Oznaczenie pacjenta zawierało: nazwisko i imię, adres miejsca zamieszkania i numer PESEL.

(akta kontroli str. 205-207, 427-487)

Analiza badanej indywidualnej dokumentacji medycznej wykazała, przypadki braku:

- kompletnego oznaczenia pacjenta,
- oświadczenia pacjenta o upoważnieniu do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia, udzielonych świadczeniach zdrowotnych i do uzyskania lub wglądu do dokumentacji medycznej,
- podpisu osoby kierującej na badanie diagnostyczne, konsultacje lub leczenie,
- karty segregacji medycznej,
- karty indywidualnej opieki pielęgniarskiej.

(akta kontroli str. 206-207)

Spośród 64 pacjentów:

- po udzielonej poradzie lekarskiej, wykonanych badaniach laboratoryjnych i diagnostycznych, przeprowadzonych konsultacjach specjalistycznych oraz podanych lekach: 21 (32,8%) skierowano do dalszego leczenia w oddziale szpitalnym, 31 (48,5%) – zostało odesłanych do domu, dziewięciu (14%) na inną Izbę Przyjęć lub inną jednostkę, trzy (4,7%) – zgony,
- 50 (78,1%) pacjentom zlecono wykonanie badań laboratoryjnych,
- 41 (64%) pacjentom zlecono wykonanie badań diagnostycznych (np. CT, RTG, USG),
- 27 (42,2%) pacjentom przeprowadzono konsultacje specjalistyczne.

(akta kontroli str. 206-207, 210-211)

Przeprowadzone badanie na próbie indywidualnej dokumentacji medycznej wykazało, że pacjenci w SOR, od momentu rejestracji do uzyskania wypisu, przebywali w Oddziale od 12 minut (zgon) do 21 godzin i 50 minut (pacjent przeniesiony na oddział szpitalny).

Odnotowany w systemie czas oczekiwania od:

- momentu rejestracji w systemie do przeprowadzenia wywiadu przez lekarza wyniósł od trzech minut do 4 godzin i 44 minut,
- zleceń badań laboratoryjnych lub obrazkowych do otrzymania wyników przez lekarza SOR – od siedmiu minut do 3 godzin 26 minut,
- podjęcia przez lekarza decyzji o skierowaniu na oddział do faktycznego jego przekazania – wyniósł od zera do 47 minut.

Zdaniem Pielęgniarki Oddziałowej SOR wypisanie pacjenta z Oddziału, czyli zamknięcie dokumentacji w systemie KS-Medis nie jest tożsame z zakończeniem procesu postępowania z pacjentem w SOR. Po technicznym odznaczeniu zamknięcia dokumentacji i skierowaniem pacjenta na oddział, drukowana jest dokumentacja

¹⁷ Dz. U. poz. 2069, dalej: rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej.

pacjenta (Historia Choroby). W wersji papierowej dokumentacji, pacjent potwierdza wymagane zgody związane z przyjęciem do szpitala. Pacjent wypisany z SOR, przed transportem przebiera się w bieliznę, rzeczy osobiste są spisywane i umieszczane w szatni. Niejednokrotnie pacjent czeka na rodzinę, która odbiera jego rzeczy osobiste. Niektórzy pacjenci przed transportem do właściwego oddziału wymagają wykonania zabiegów higienicznych. Każdorazowo pacjent z SOR trafia na oddział docelowy w jak najkrótszym możliwym czasie.

P.o. kierownika SOR wyjaśnił, że rozbieżności dotyczące czasu zarejestrowania pacjenta w systemie, a czasem przeprowadzenia wywiadu lekarskiego zależą m.in. od liczby pacjentów przebywających w danej chwili w Oddziale, ich stanu zdrowia oraz podejmowanych działań ratunkowych.

(akta kontroli str. 208-211, 425-426, 492)

Zbiorcza dokumentacja medyczna była prowadzona w systemie elektronicznym KS-Medis.

(akta kontroli str. 489-490)

12. W okresie objętym kontrolą nie wystąpiły przypadki czasowego zaprzestania działalności SOR, o którym mówi art. 34 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej¹⁸. Jedna ze złożonych skarg dotyczyła wydania karty informacyjnej zawierającej dane o stanie zdrowia innego pacjenta. W Szpitalu nie podjęto działań przewidzianych w przypadku naruszenia zasad ochrony danych osobowych.

(akta kontroli str. 212-217, 392-396)

13. Na podstawie danych zawartych w rocznym sprawozdaniu MZ-29 ustalono, że:

- w 2018 r.: wystąpiło 1 115 odmów przyjęć pacjentów do Szpitala, w tym z powodu braku miejsc – 1 023 (w tym: 499 pacjentów zostało przewiezionych do innego szpitala),
- w 2019 r. (do końca września): 219 pacjentom odmówiono przyjęcia do Szpitala, w tym 12 z powodu braku miejsc (wszystkich przewieziono do innego szpitala).

Kierownik Działu Świadczeń Medycznych wyjaśniła, że dane w sprawozdaniu MZ-29 za 2018 r. dotyczące odmów przyjęcia pacjentów do szpitala nie zostały wygenerowane z systemu informatycznego KS-Medis z powodu braku takiej funkcji, lecz wyliczone na podstawie danych z historii chorób pacjentów. Dane dotyczące odmowy z powodu braku miejsc oraz przewiezionych pacjentów do innego szpitala obejmują także osoby, które zostały skierowane do szpitali o wyższym poziomie referencyjnym celem uzyskania kompleksowego świadczenia. Najczęściej byli to pacjenci z rozpoznaniem Ostrego Zespołu Wieńcowego – przewiezieni do szpitala w Zamościu, dzieci z urazami oraz ostrymi schorzeniami chirurgicznymi, które przewieziono do szpitala w Lublinie, jak również osoby z zaburzeniami psychicznymi wymagające leczenia w zakładzie o zaostrzonym rygorze. Pacjenci byli przewożeni transportem szpitalnym.

(akta kontroli str. 236-254)

14. W latach 2017–2018 wzrosła liczba przyjętych pacjentów w SOR: w 2017 r. przyjęto 21 744 pacjentów (w tym 20 410, tj. 93,9% w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego¹⁹), w 2018 r. – 25 907 (10 315, tj. 39,8%). Do końca września 2019 r. w SOR przyjęto 19 007 pacjentów (8 225, tj. 43,3%). W 2018 r. Zespoły Ratownictwa Medycznego (dalej: ZRM) przekazały 11 823 pacjentów (45,6% pacjentów), w 2019 r. (do końca września) – 6 185 pacjentów (32,5%).

¹⁸ Dz. U. z 2018 r. poz. 2190, ze zm.

¹⁹ Kwalifikacja zależała od interpretacji lekarza przyjmującego.

W 2017 r. w SOR odnotowano 29 zgonów, w 2018 r. – 39, do końca września 2019 r. – 18.

Ze względu na brak funkcji w systemie informatycznym KS-Medis, nie można wykazać liczby pacjentów, którzy sami zgłosili się do SOR i po badaniu zostali skierowani do podstawowej opieki zdrowotnej z uwagi na brak zagrożenia zdrowia i życia oraz liczby pacjentów przekazanych przez ZRM w 2017 r.

(akta kontroli str. 290)

15. Zgodnie z § 3 ust. 7 rozporządzenia SOR, Oddział posiadał całodobowe lądowisko zlokalizowane w odległości zapewniającej przyjęcie osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego bez pośrednictwa specjalistycznego środka transportu sanitarnego. W 2018 r. zostało ono dwukrotnie wykorzystane do transportu lotniczego, w 2019 r.²⁰ – czterokrotnie.

(akta kontroli str. 34, 218-219, 258-271)

16. Świadczenia zdrowotne udzielane przez SOR w latach 2017-2019 finansowane były na podstawie umów zawartych z LOW NFZ. Ustalono ryczałt dobowy na działalność Oddziału wynoszący od 15,1 tys. zł do 22,3 tys. zł (we wrześniu 2019 r.). W okresie tym, wartość zakontraktowanych świadczeń w SOR wyniosła 18 702,9 tys. zł: w 2017 r. – 5 561,6 tys. zł, w 2018 r. – 7 437,3 tys. zł, a w 2019 r. – 5 704,0 tys. zł.

Łączny koszt²¹ SOR w 2017 r. wyniósł 6 419,8 tys. zł i przewyższał o 858,2 tys. zł przychody uzyskane z LOW NFZ, w 2018 r. – 8 020,7 tys. zł i przewyższał o 583,4 tys. zł przychody z LOW NFZ, w 2019 r. (do końca września) – 6 729 tys. zł i przewyższał o 1 025 tys. zł przychody z LOW NFZ.

(akta kontroli str. 158-171)

Kierownik Działu Świadczeń Medycznych wyjaśniła, że kwota ryczałtu dobowego na świadczenia w SOR nie była negocjowana z LOW NFZ. Szpital otrzymał aneks do umowy z wyliczoną kwotą w oparciu o wzór wskazany w Zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie: świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym.

(akta kontroli str. 488)

W ramach działania POIS.09.01.00 Infrastruktura ratownictwa medycznego²², Szpital otrzymał dofinansowanie z tytułu realizacji dwóch projektów o łącznej wartości 2 485,0 tys. zł²³. Zrealizowane zadania z tego tytułu obejmowały m.in.: roboty budowlane i wyposażenie SOR w niezbędne wyposażenie medyczne, zakup urządzeń niezbędnych do odbioru danych medycznych pacjenta transmitowanych ze środków transportu sanitarnego.

Ponadto, na podstawie umowy zawartej 2 października 2019 r.²⁴ Szpital otrzymał 256,1 tys. zł. na zakup wyrobów medycznych, urządzeń i wyposażenia służących do udzielania pomocy medycznej osobom pokrzywdzonym przestępstwami – przede wszystkim ofiarom wypadków drogowych i rozbojów. Z powyższej kwoty, na potrzeby SOR zakupiono łóżka elektryczne i hydrauliczne o wartości 42,3 tys. zł.

²⁰ Do 14 listopada.

²¹ Liczony dla Oddziału.

²² Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko 2014-2020.

²³ Projekty: „Poprawa świadczonych usług medycznych poprzez inwestycję w infrastrukturę SOR Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Chelmie” o wartości 2 304,5 tys. zł (umowa zawarta 17 listopada 2016 r.) oraz „Dofinansowanie zakupu sprzętu medycznego dla Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Samodzielnym Publicznym Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Chelmie” o wartości 180,5 tys. zł (umowa zawarta 26 października 2018 r.).

²⁴ Na powierzenie realizacji zadań z Funduszu Pomocy Pokrzywdzonym oraz Pomocy Postpenitencjarnej – Funduszu Sprawiedliwości z zakresu wsparcia i rozwoju systemu instytucjonalnego pomocy osobom pokrzywdzonym przestępstwem i świadkom oraz realizacji przez jednostki sektora finansów publicznych zadań ustawowych związanych z ochroną interesów osób pokrzywdzonych przestępstwem i świadków oraz likwidacją skutków pokrzywdzenia przestępstwem.

Szpital 10 czerwca 2019 r. zawarł umowę o partnerstwie w realizacji projektu „Tryb obsługi Pacjenta w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (TOPSOR)” z Lotniczym Pogotowiem Ratunkowym²⁵ (dalej: LPR).

(akta kontroli str. 154, 172-204)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. W Regulaminie Organizacyjnym Szpitala nie określono maksymalnego czasu na podjęcie przez lekarza dyżurnego SOR decyzji o skierowaniu pacjenta do oddziału szpitala lub odmowie przyjęcia do oddziału osoby niebędącej w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, tj. elementów określonych w § 13 ust. 1 obowiązującego od 1 lipca 2019 r. rozporządzenia SOR. Dyrektor nie ustaliła także liczby łóżek w poszczególnych jednostkach organizacyjnych Szpitala wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, zabezpieczanych na potrzeby osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, skierowanych na leczenie z SOR-u, co było niezgodne z § 13 ust. 3 rozporządzenia SOR.

(akta kontroli str. 12-67)

Dyrektor wyjaśniła, że w związku z wejściem od 1 lipca 2019 r. przepisów wystąpiła trudność w wypracowaniu algorytmu oraz formy funkcjonowania tych łóżek. Wątpliwości budził sposób w jaki ma zostać określona liczba łóżek, czy jako procent łóżek na poszczególnych oddziałach, czy dokonanie podziału liczby łóżek na oddziałach zabiegowych i zachowawczych stanowiących zabezpieczenia na potrzeby osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Wszyscy pacjenci, którzy trafiają do SOR w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego mają zapewnioną kontynuację leczenia zgodnie z profilem poszczególnych oddziałów, bez względu na aktualne obłożenie łóżek. Ponadto, Rada Społeczna Szpitala otrzymała 22 listopada 2019 r. do zaopiniowania Regulamin organizacyjny uwzględniający również zmianę wynikającą z § 13 ust. 1 rozporządzenia SOR.

(akta kontroli str. 392-396, 412-421)

2. W dniu 10 kwietnia 2019 r. ujawniono informacje dotyczące stanu zdrowia pacjenta SOR innemu pacjentowi, co było niezgodne z art. 33 ust. 1 w zw. z art. 4 pkt 12 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE²⁶ i nie zgłoszono Inspektorowi Ochrony Danych (dalej: IOD) incydentu naruszenia bezpieczeństwa informacji.

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśnił, że obowiązek przekazania informacji nie został spełniony na skutek rozproszenia odpowiedzialności. Każda osoba mająca styczność ze zdarzeniem uważała, że zostało ono zgłoszone przez drugą osobę. W rezultacie informacja nie dotarła do IOD. Celem wyjaśnienia zdarzenia lekarz wypisujący pacjenta oraz pielęgniarka koordynująca SOR złożyli pisemne wyjaśnienia. Aby w przyszłości uniknąć podobnych sytuacji przeprowadzono rozmowę dyscyplinującą z lekarzem oraz pielęgniarką koordynującą na temat prawidłowego i wnikliwego postępowania wobec pacjentów zgłaszających się na SOR. W związku z zaistniałą sytuacją 18 listopada 2019 r. odbyło się szkolenie przeprowadzone przez IOD dla kierowników działów i pielęgniarek oddziałowych.

(akta kontroli str. 212-217, 397-399)

²⁵ 30 października 2019 r. LPR unieważniło postępowanie przetargowe dotyczące „Zakupu Trybu Obsługi Pacjenta w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (TOPSOR)”.

²⁶ Dz. U. UE L 119 z dnia 4 maja 2016 r.

3. Indywidualna dokumentacja medyczna pacjentów nie zawierała:

- prawidłowego oznaczenia pacjenta, co było niezgodne z obowiązującymi w Szpitalu Wytycznymi określającymi zawartość dokumentacji szpitalnej, gdzie wskazano, że oznaczenie pacjenta składa się m.in. z daty urodzenia, pci,
- w 16 przypadkach – oświadczenia pacjenta o upoważnieniu do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz do uzyskania lub wglądu do dokumentacji medycznej, co było niezgodne z § 8 ust. 1 i 3 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej,
- w 14 Indywidualnych Kartach Doraźnych Zleceń Lekarskich – podpisu osoby kierującej na badanie diagnostyczne, konsultacje lub leczenie, co było niezgodne z pkt. 5.1.4 procedury P/FA/4/01 Szpitala,
- w pięciu przypadkach – karty segregacji medycznej,
- w pojedynczych przypadkach: karty indywidualnej opieki pielęgniarskiej oraz podpisu i pieczętki lekarza.

(akta kontroli str. 206-207, 210-211, 427-487, 531-536)

P.o. kierownika SOR wyjaśnił, że z powodu dużego obciążenia pracą w Oddziale wystąpiły uchybienie dotyczące braku autoryzacji pieczęcią i podpisem Indywidualnych Kart Zleceń Lekarskich czy Karty informacyjnej z udzielonej pomocy ambulatoryjnej oraz braku Karty indywidualnej opieki pielęgniarskiej. W kwestii kompletnego oznaczenia pacjenta została zlecona modyfikacja dokumentacji medycznej celem wprowadzenia brakujących elementów. Poinformował także, że może się zdarzyć, że pacjent nie chce wskazać osoby upoważnionej do otrzymania informacji o stanie jego zdrowia i uzyskania wglądu do dokumentacji medycznej, gdyż jest to jego uprawnienie a nie obowiązek.

(akta kontroli str. 422-424)

NIK zwraca uwagę na konieczność zamieszczania lub dołączania do dokumentacji medycznej oświadczeń pacjenta o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia pacjenta oraz dokumentacji, a w przypadku braku złożenia ww. oświadczeń zamieszczenia o tym adnotacji w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej, stosownie do § 8 ust. 1 i 3 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej.

4. Na wyposażeniu Oddziału w dniu 19 listopada 2019 r. tj. podczas oględzin przeprowadzonych przez kontrolera NIK nie było przenośnego ultrasonografu, który zgodnie z § 4 ust. 3 pkt 2 rozporządzenia SOR stanowi minimalne wyposażenie oddziału do przyłóżkowego wykonywania badań oraz aparatu do znieczulania, który według § 9 ust. 3 pkt 2 rozporządzenia SOR składa się na minimalne wyposażenie sali zabiegowej.

(akta kontroli str. 258-281)

P.o. kierownika SOR wyjaśnił, że brak aparatu do znieczulenia podczas przeprowadzonych oględzin był spowodowany tym, że został on wypożyczony do oddziału anestezjologii w celu przetestowania w związku z zamiarem zakupu takiego sprzętu na potrzeby oddziału. Przenośny ultrasonograf w sytuacjach szczególnych, wymagających dokładnej oceny lekarza radiologa jest przenoszony do Pracowni RTG, znajdującej się w bezpośrednim sąsiedztwie Oddziału. Podczas oględzin taka sytuacja miała miejsce, ale po badaniu został on przetransportowany do SOR.

(akta kontroli str. 400-402)

W trakcie kontroli NIK, wskazane aparaty powróciły do Oddziału.

(akta kontroli str. 391)

5. W obszarze resuscytacyjno–zabiegowym SOR przy każdym stanowisku resuscytacyjnym oraz w obszarze terapii natychmiastowej umieszczono po jednym gnieździe powietrza, co było niezgodne z § 7 ust. 3 pkt 7 rozporządzenia SOR, według którego minimalne wyposażenie jednego stanowiska stanowią m.in. nie mniej niż dwa gniazda powietrza oraz z § 9 ust. 3 pkt 3 ww. rozporządzenia, według którego w obszarze terapii natychmiastowej na minimalne wyposażenie sali zabiegowej składają się m.in. nie mniej niż po dwa gniazda powietrza.

Zastępca Dyrektora ds. administracyjnych wyjaśnił, że budynek, w którym znajduje się SOR został zaprojektowany i wybudowany w latach 2002-2003 i prawdopodobnie błąd powstał już na etapie projektu i nie został zakwestionowany ani podczas etapu odbioru dokumentacji, jak również wykonania robót i ich odbioru. Zaznaczył także, że podjęto działania zmierzające do przystosowania instalacji gazów medycznych SOR do aktualnie obowiązujących przepisów.

(akta kontroli str. 258-271, 410-411)

W trakcie kontroli NIK, w obszarze resuscytacyjno–zabiegowym zainstalowano dodatkowe gniazda powietrza, tj. zapewniono dwa gniazda powietrza przy każdym stanowisku resuscytacyjnym.

(akta kontroli str. 391)

6. Dwoje lekarzy, którzy od 1 lipca do 31 grudnia 2019 r. wykonali łącznie 19 dyżurów w SOR, nie zostało wykazanych w potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy, co było niezgodne z § 2 ust. 9 umowy z LOW NFZ, według którego świadczeniodawca obowiązany jest do bieżącego aktualizowania danych o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy, w szczególności osoby udzielające tych świadczeń.

Kierownik Działu Świadczeń Medycznych wyjaśniła, że z powodu nieuwagi nie były zaktualizowane dane o osobach udzielających świadczeń medycznych w SOR.

(akta kontroli str. 116-124, 407-409)

W trakcie kontroli NIK, zaktualizowano dane o potencjale wykonawczym SOR.

(akta kontroli str. 152-153)

IV. Wnioski

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, przedstawia następujące wnioski:

Wnioski

1. Ustalenie liczby łóżek w poszczególnych jednostkach organizacyjnych Szpitala wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, zabezpieczanych na potrzeby osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, skierowanych na leczenie ze Szpitalnego Oddziału Ratunkowego.
2. Niezwłoczne podejmowanie działań przewidzianych w przypadku naruszenia ochrony danych osobowych.
3. Zapewnienie w SOR sprzętu stanowiącego jego minimalne wyposażenie.
4. Rzetelne prowadzenie dokumentacji medycznej.
5. Umieszczenie dwóch gniazd powietrza w obszarze terapii natychmiastowej.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Wystąpienie pokontrolne zostało sporządzone w dwóch egzemplarzach; jeden dla kierownika jednostki kontrolowanej, drugi do akt kontroli.

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Delegatury NIK w Lublinie. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

W przypadku wniesienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.

Lublin, 14 stycznia 2020 r.

Kontroler
Edyta Kolano
główny specjalista kontroli państwowej

Dyrektor
Delegatury Najwyższej Izby Kontroli
w Lublinie
Edward Lis

.....
Podpis

.....
Podpis