



Minister Zdrowia

NKK1.0913.10.2023.AP.8

Warszawa, 23 października 2023

Pan
płk dr n. med. Wojciech Tański
Komendant
4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
we Wrocławiu

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

Jednostka kontrolowana: 4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej we Wrocławiu, ul. Weigla 5, 50-981 Wrocław, zwany dalej: „Szpital”.

Komórka organizacyjna zakładu leczniczego: Szpitalny Oddział Ratunkowy z Izbą Przyjęć, zwany dalej: „SOR” lub „Oddział”.

Jednostka kontrolująca/departament: Ministerstwo Zdrowia, Departament Nadzoru i Kontroli, ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa.

Kontrolę przeprowadziły:

- Pani Aleksandra Pawłowska – główny specjalista w Departamencie Nadzoru i Kontroli Ministerstwa Zdrowia, działająca na podstawie upoważnienia nr 145/2023 ważnego do dnia 12 lipca 2023 r.,
- Pani Mirosława Stocka-Mirońska – Naczelnik w Departamencie Bezpieczeństwa Ministerstwa Zdrowia, działająca na podstawie upoważnienia nr 146/2023 ważnego do dnia 12 lipca 2023 r.,
- Pan Robert Bzducha – główny specjalista w Departamencie Bezpieczeństwa Ministerstwa Zdrowia, działający na podstawie upoważnienia nr 147/2023 ważnego do dnia 12 lipca 2023 r.,
- Pani Elżbieta Kotłowska – starszy specjalista w Departamencie Bezpieczeństwa Ministerstwa Zdrowia, działająca na podstawie upoważnienia nr 148/2023 ważnego do dnia 12 lipca 2023 r.

Temat kontroli: Organizacja i funkcjonowanie szpitalnego oddziału ratunkowego.

Okres objęty kontrolą: 1 lipca – 31 grudnia 2022 r., z uwzględnieniem okresów późniejszych, jeżeli miało to wpływ na realizowane zadania.

Czynności kontrolne przeprowadzono w okresie 12 czerwca – 12 lipca 2023 r.¹ w trybie zwykłym, pod względem zgodności z prawem oraz pod względem medycznym, na podstawie art. 118 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej², dalej jako: „ustawa o działalności leczniczej”, w zw. z art. 20 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym³, dalej jako: „ustawa PRM”.

Celem kontroli było dokonanie oceny zgodności organizacji i funkcjonowania szpitalnego oddziału ratunkowego Szpitala z przepisami prawa, w tym spełniania szczegółowych wymagań dotyczących: lokalizacji SOR w strukturze szpitala, warunków technicznych oraz minimalnego wyposażenia i organizacji SOR, spełniania minimalnych zasobów kadrowych, prawidłowości udzielania w szpitalnym oddziale ratunkowym świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzenia dokumentacji medycznej oraz realizowania przez Szpital „Dobrych praktyk postępowania w szpitalnych oddziałach ratunkowych i w izbach przyjęć”.

I. Ocena ogólna kontrolowanej działalności.

Ogólna ocena kontrolowanej działalności Szpitala jest pozytywna z istotnymi zastrzeżeniami i wynika z poniższych ocen cząstkowych poszczególnych obszarów podlegających badaniu.

W zakresie **lokalizacji SOR w strukturze szpitala oraz warunków technicznych** należy stwierdzić że Oddział nie ma powierzchni wystarczającej do prawidłowego funkcjonowania wszystkich jego obszarów. Lokalizacja SOR w strukturze Szpitala utrudnia jego funkcjonowanie. Ograniczona liczba pomieszczeń i ich rozkład powodują utrudnienia w pracy personelu. Tym samym oddział nie spełnia wszystkich wymagań określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego⁴, zwanym dalej: „rozporządzenie w sprawie SOR”.

Oddział zapewnia **minimalne wyposażenie** określone w rozporządzeniu w sprawie SOR. Na powierzchni, którą zajmuje SOR, zorganizowano wszystkie obszary niezbędne do realizowania świadczeń opieki zdrowotnej polegających na wstępnej diagnostyce oraz podjęciu leczenia w zakresie niezbędnym dla stabilizacji funkcji życiowych osób, które

¹ Czynności kontrolne w siedzibie jednostki przeprowadzono w dniach 3-4 lipca 2023 r.

² Dz.U. z 2023 r., poz. 991.

³ Dz. U. z 2023 r., poz. 1541.

⁴ Dz. U. z 2021 r., poz. 2048, z późn. zm.

znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, niemniej jednak ograniczona liczba pomieszczeń i ich rozkład powodują utrudnienia w pracy personelu.

W zakresie **minimalnych zasobów kadrowych** ustalono, że zapewniono obsadę wykwalifikowanego personelu medycznego na stałe przebywającego w SOR, niemniej jednak na podstawie badanej próby można stwierdzić, że niedostateczna liczba personelu w porze wieczornej i nocnej ma znaczny wpływ na czas oczekiwania pacjentów na udzielenie im niezbędnych świadczeń zdrowotnych. Ponadto, w Szpitalu poza grafikami nie funkcjonuje żaden system potwierdzający faktyczną obecność w pracy, za wyjątkiem pracowników zatrudnionych w ramach umowy o pracę, którzy przybycie do zakładu pracy potwierdzają na liście obecności. W przypadku pracowników zatrudnionych w ramach umów kontraktowych oraz umów zlecenia, nie ma takiego obowiązku, a podstawą weryfikacji obecności i czasu pracy są grafiki/ewidencja czasu pracy zatwierdzone przez osoby wskazane w umowie, złożone wraz z fakturą/rachunkiem.

Ocena czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń zdrowotnych w SOR jest negatywna.

Na podstawie próby badawczej, tj. odrębnie dla wybranych 30 pacjentów przetransportowanych do SOR przez zespoły ratownictwa medycznego, dalej jako: „ZRM” oraz 30 pacjentów, którzy zgłosili się do SOR samodzielnie, ustalono, że czasy oczekiwania były znacząco przekroczone i niezgodne z zaleceniami przekazywanymi przez Ministerstwo Zdrowia.

Średni czas oczekiwania w szpitalu przez ZRM na przekazanie pacjenta, wynosił w kontrolowanym okresie 4 godziny 16 minut 30 sekund, jednostkowo czas wahał się od 3 godzin 49 minut do 5 godzin 4 minut 44 sekund. Ponadto, z uwagi, że w systemie TOPSOR nie odnotowywano poszczególnych etapów udzielania świadczeń zdrowotnych, niemożliwe było ustalenie czasu oczekiwania na kontakt z lekarzem po triażu.

Średni czas oczekiwania na rejestrację pacjentów zgłaszających się do SOR samodzielnie, tj. od pobrania w automacie biletowym biletu z oznaczeniem indywidualnego numeru pacjenta, wynosił 1 godzinę 38 minut 32 sekundy, jednostkowo od 19 minut do 2 godzin i 30 minut, przy liczbie osób oczekujących do rejestracji wahającej się od 2 do 20. Ponadto, w toku kontroli ustalono, że w systemie TOPSOR nie odnotowywano wezwania do lekarza, co oznacza, że niemożliwe było określenie czasu oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem pacjentów zakwalifikowanych do poszczególnych kategorii pilności.

Należy zauważyć, że ustawa PRM w art. 33 wskazuje, że szpitalny oddział ratunkowy, centrum urazowe, centrum urazowe dla dzieci oraz jednostka organizacyjna szpitala wyspecjalizowana w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego **niezwłocznie** udzielają niezbędnych świadczeń opieki

zdrowotnej pacjentowi urazowemu, pacjentowi urazowemu dziecięcemu albo osobie w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Ponadto, Szpital nie wywiązywał się z obowiązku określonego w § 5 ust. 2 pkt 15 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2021 r. w sprawie systemu zarządzającego trybami obsługi pacjenta w szpitalnym oddziale ratunkowym⁵, zwanego dalej: „rozporządzeniem w sprawie TOPSOR”, zgodnie z którym podmiot leczniczy, w którego strukturach funkcjonuje SOR, zapewnia sporządzanie miesięcznych raportów z działania systemu TOPSOR i przekazywanie ich administratorowi danych przetwarzanych w TOPSOR.

Prowadzenie dokumentacji medycznej w okresie od dnia 1 lipca do 31 grudnia 2022 r. na podstawie badanej próby należy ocenić pozytywnie. Co do zasady badana dokumentacja była kompletna i spełniała wymagania rozporządzenia Ministra Obrony Narodowej z dnia 6 sierpnia 2021 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu przetwarzania dokumentacji medycznej w podmiotach leczniczych utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej⁶.

SOR realizował zalecenia Ministra Zdrowia dotyczące „**Dobrych praktyk postępowania w szpitalnych oddziałach ratunkowych i w izbach przyjęć**”, niemniej jednak zastrzeżenia budzi fakt, że:

- w ramach procedury segregacji medycznej, rejestracji i triażu pacjentów dokonuje jedna osoba, na jednym stanowisku pracy;
- SOR dysponuje 3 stanowiskami triaż, jednak zlokalizowanymi w różnych miejscach (oddzielnie dla pacjentów samodzielnie przybywających oraz dla pacjentów transportowanych przez ZRM). Z uwagi na fakt, że Szpital obsługuje znaczną populację pacjentów samodzielnie przybywających do SOR, a dysponuje tylko jednym miejscem do segregacji medycznej dedykowanym tym pacjentom, czas ich obsługi na tym stanowisku (służącym do rejestracji i triażu) jest znaczenie wydłużony;
- zapewnienie obsady kadry medycznej podczas dyżurów popołudniowych i nocnych jest mniejsze niż podczas dyżurów dziennych, a niedostateczna liczba personelu może mieć znaczny wpływ na wydłużenie czasu oczekiwania pacjentów na udzielenie im niezbędnych świadczeń zdrowotnych.

II. Ustalenia szczegółowe.

Szpital jest podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą, prowadzonym w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Czynności podmiotu tworzącego

⁵ Dz.U. z 2021 r. poz. 1182.

⁶ Dz. U. z 2021 r., poz. 1825 z późn. zm.

w stosunku do Szpitala oraz nadzór nad jego działalnością wykonuje Minister Obrony Narodowej.

Zgodnie z art. 46 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, odpowiedzialność za zarządzanie podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą ponosi kierownik. Działalnością Szpitala, będącego jednostką wojskową, kieruje Komendant – płk dr n. med. Wojciech Tański.

Szpital jest wpisany do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Dolnośląskiego, numer księgi rejestrowej: 000000018521 oraz do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej pod numerem: 0000016478.

Szpital w okresie objętym kontrolą posiadał umowę odpowiedzialności cywilnej, a tym samym wywiązał się z obowiązku wynikającego z rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą⁷.

Szpital działa na podstawie Statutu nadanego przez Ministra Obrony Narodowej Zarządzeniem nr 51/MON z dnia 14 maja 2021 r. w sprawie nadania statutu 4 Wojskowemu Szpitalowi Klinicznemu z Polikliniką Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej we Wrocławiu.

Szczegółową strukturę organizacyjną podmiotu leczniczego oraz sposób kierowania zakładami leczniczymi, jednostkami i komórkami organizacyjnymi Szpitala określono w Regulaminie organizacyjnym, stanowiącym załącznik nr 1 do Zarządzenia Nr 93 z dnia 28 czerwca 2021 r. Komendanta 4 Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką SPZOZ.

W strukturze organizacyjnej podmiotu leczniczego wyodrębniono komórkę organizacyjną pn. „Szpitalny Oddział Ratunkowy z Izbą Przyjęć”.

1. Ocena spełniania szczegółowych wymagań dotyczących: lokalizacji SOR w strukturze szpitala, warunków technicznych oraz minimalnego wyposażenia i organizacji SOR.

Szczegółowe wymagania dotyczące lokalizacji SOR w strukturze szpitala oraz warunków technicznych oraz minimalne wyposażenie i organizację oddziału określa rozporządzenie w sprawie SOR. Ponadto, prawidłowość funkcjonowania SOR zweryfikowano w oparciu o przepisy ustawy PRM oraz rozporządzenia w sprawie TOPSOR.

Na podstawie wyjaśnień podmiotu kontrolowanego oraz przeprowadzonych oględzin SOR, ustalono jak poniżej.

⁷ Dz. U. z 2019 r., poz.866, z późn.zm.

1.1. Lokalizacja SOR w strukturze szpitala oraz warunki techniczne.

Oddział został zorganizowany w podmiocie leczniczym, spełniającym wymagania określone w § 4 ust. 1 pkt 1 – 4 rozporządzenia w sprawie SOR. W Szpitalu funkcjonują jednostki organizacyjne niezbędne dla ratownictwa medycznego, w tym: oddział chirurgii ogólnej z częścią urazową, oddział chorób wewnętrznych, oddział anestezjologii i intensywnej terapii, pracownia diagnostyki obrazowej.

SOR jest zlokalizowany na poziomie wejścia dla pieszych i podjazdu specjalistycznych środków transportu sanitarnego, z osobnym wejściem dla pieszych oddzielonym od trasy podjazdu specjalistycznych środków transportu sanitarnego. Wejście dla pieszych i podjazd są zadaszone.

Dojazd i wejście do oddziału zorganizowane są niezależnie.

Wejście do oddziału jest wspólne z wejściem głównym do Szpitala i jego innych oddziałów. Wejście do oddziału jest przystosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnościami. Do SOR jest odrębne wejście (oznaczone jako B), niemniej jednak w toku kontroli na miejscu, nie było ono czynne.

Oddział nie posiada własnych bezkolizyjnych traktów komunikacyjnych. SOR współdzieli trakty komunikacyjne z ogólnodostępnymi traktami szpitalnymi, co wynika z warunków technicznych budynku i lokalizacji SOR w strukturze Szpitala.

Lokalizacja SOR zapewnia względnie łatwą komunikację z oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii, medycznym laboratorium diagnostycznym oraz pracownią diagnostyki obrazowej.

SOR dysponuje własnym lądowiskiem przyszpitalnym dla śmigłowca ratunkowego, które znajduje się w pewnej odległości od Oddziału, a transport pacjenta musi odbywać się za pośrednictwem specjalistycznych środków transportu sanitarnego. Szpital zabezpiecza specjalistyczny środek transportu.

Oddział nie ma powierzchni wystarczającej do prawidłowego funkcjonowania wszystkich jego obszarów. Należy podkreślić, że lokalizacja SOR w strukturze Szpitala wymusza dostosowanie jego organizacji do zastanych warunków technicznych i lokalowych.

1.2. Minimalne wyposażenie i organizacja SOR.

W skład oddziału wchodzi następujące obszary: segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć, resuscytacyjno-zabiegowy, wstępnej intensywnej terapii, terapii natychmiastowej, obserwacji, konsultacyjny, zaplecze administracyjno-gospodarcze.

W lokalizacji oddziału zapewnia się możliwość krótkotrwałej izolacji pacjenta, u którego stwierdzono chorobę zakaźną, lub z podejrzeniem zachorowania na chorobę zakaźną.

W lokalizacji SOR zapewniono również stanowisko dekontaminacji.

Szpital zapewnia całodobowy i niezwłoczny dostęp do badań diagnostycznych, USG, tomografu komputerowego, endoskopowych. Możliwość wykonania badania bronchoskopowego w trybie nagłym zabezpiecza Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Chirurgii Klatki Piersiowej, Pulmonologiczno-Alergologiczny, Chorób Wewnętrznych Kliniki Chorób Wewnętrznych.

W toku oględzin stwierdzono, że Oddział spełnia wymagania dotyczące minimalnego wyposażenia oddziału do przyłóżkowego wykonywania badań, na które składa się analizator parametrów krytycznych, przyłóżkowy zestaw RTG, przewoźny ultrasonograf.

Obszar rejestracji i segregacji medycznej został umiejscowiony w trzech lokalizacjach w SOR, tj. jedno stanowisko przy podjeździe dla ZRM dla pacjentów nieurazowych, drugie stanowisko – przy części urazowej dla pacjentów transportowanych przez ZRM, trzecie stanowisko – do obsługi pacjentów samodzielnie zgłaszających się do SOR. We wszystkich trzech lokalizacjach rejestracja i segregacja medyczna pacjentów odbywa się w ramach jednego stanowiska pracy obsługiwanego przez jednego pracownika medycznego, przy czym zauważyć należy, że ZRM obsługiwane są na bieżąco, natomiast czas obsługi pacjentów samodzielnie przybywających do SOR jest znacząco wydłużony.

Obszar segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć – dla pacjentów samodzielnie przybywających do SOR – nie jest zlokalizowany bezpośrednio przy wejściu dla pieszych. W przypadku pacjentów przetransportowanych przez ZRM, obszar segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć znajduje się bezpośrednio przy podjeździe dla specjalistycznych środków transportu oraz w części urazowej.

Co do zasady Szpital zapewnia jednoczesną rejestrację i przyjęcie co najmniej dwóch pacjentów, niemniej jednak warunek ten jest spełniony poprzez zlokalizowanie tych obszarów w odrębnych miejscach. Zauważenia wymaga, że nie zapewniono gabinetów do przeprowadzenia segregacji medycznej w liczbie niezbędnej do prawidłowego funkcjonowania obszaru, bowiem Szpital dysponuje tylko jednym miejscem do segregacji medycznej pacjentów samodzielnie przybywających do SOR. Z uwagi na fakt, że SOR obsługuje znaczną populację pacjentów, powoduje to wydłużony czas oczekiwania pacjentów na dokonanie rejestracji i triażu (obie te czynności wykonywane są przez jedną osobę na jednym stanowisku pracy).

Rejestracja i triaż odbywają się w pomieszczeniu, które zapewnia przeprowadzenie wywiadu medycznego bez udziału osób trzecich, natomiast pozostałe osoby oczekują

na korytarzu. Pacjenci oczekujący do rejestracji nie znajdują się pod bezpośrednim nadzorem personelu medycznego. Na korytarzu zamontowana jest kamera, która swym zakresem obejmuje jedynie część pacjentów, którzy znajdują się przed помещением do rejestracji/segregacji medycznej.

Do prowadzenia segregacji medycznej w SOR wykorzystywano system zarządzający trybami obsługi pacjenta w SOR, co opisano w dalszej części dokumentu.

W wyniku przeprowadzonej segregacji medycznej pacjenci byli przydzielani do jednej z pięciu kategorii zróżnicowanych pod względem stopnia pilności udzielenia jej świadczeń zdrowotnych.

Zasady kierowania osób, którym przydzielono kategorie pilności oznaczone kolorem zielonym lub niebieskim, do miejsc udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej określone zostały w regulaminie organizacyjnym i podane do publicznej wiadomości przez zamieszczenie na stronie internetowej Szpitala i wywieszenie na tablicy ogłoszeń w obszarze segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć.

Obszar segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć wyposażono w sprzęt niezbędny do rejestracji pacjenta i przeprowadzania triażu, w tym: automat biletowy, wyświetlacz zbiorczy i stanowiskowy, terminal stanowiskowy, nabiurkową drukarkę do biletów, zestaw nagłaśniający, kardiomonitor, tablet medyczny dla osób przeprowadzających segregację medyczną oraz komputerem do pracy ciągłej.

W obrębie oddziału zapewniono środki łączności zapewniające kontakt z ZRM, dyspozytorem medycznym, wojewódzkim koordynatorem ratownictwa medycznego, centrum urazowym oraz łączność wewnątrzzpitalną oraz niezależny stały nasłuch na kanale ogólnopolskim.

Dokonano weryfikacji poprawności działania łączności radiowej SOR z dyspozytornią medyczną na kanale ogólnopolskim, która przebiegła pozytywnie.

Obszary resuscytacyjno-zabiegowy, wstępnej intensywnej terapii oraz terapii natychmiastowej i obserwacji wyposażone były w urządzenia, sprzęt medyczny i wyroby medyczne, które gwarantowały wstępną diagnostykę oraz podjęcie leczenia w zakresie niezbędnym dla stabilizacji funkcji życiowych osób, które znajdowały się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Jak ustalono na podstawie księgi rejestrowej podmiotu leczniczego, Oddział dysponuje łącznie 6 łózkami.

W obszarze konsultacyjnym brak było wydzielonych gabinetów lub boksów badań lekarskich. Badania odbywały się w miarę dostępnych miejsc w poszczególnych obszarach

(np. sala obserwacyjna, gabinet zabiegowy). W salach wieloosobowych zapewniono parawany. Pomieszczenia w obszarze konsultacyjnym są wewnętrznie skomunikowane.

W toku kontroli zweryfikowano również zaplecze techniczne SOR, tj. agregat prądotwórczy

[REDAKOWANE] Szpital dokonywał regularnego przeglądu ww. urządzeń, co potwierdza protokół oględzin i badania agregatów. W ramach przeglądu dokonywano: wymiany oleju, filtrów oleju, filtrów paliwa, płynu chłodniczego, sprawdzenia/wymiany filtra powietrza, sprawdzenia połączeń mechanicznych, szczelności układu, połączeń energetycznych, wykonania pomiarów elektrycznych i testów pracy. Szpital posiada, wykorzystywany również w SOR, sprawny system zapewniający zasilanie gwarantowane dla urządzeń technicznych, środków łączności oraz systemów teleinformatycznych, a tym samym zapewnia ciągłość pracy podmiotu.

Mając na uwadze powyższe ustalono, że Oddział zapewnia minimalne wyposażenie określone w rozporządzeniu w sprawie SOR. Na powierzchni, którą zajmuje SOR, zorganizowano wszystkie obszary niezbędne do realizowania świadczeń opieki zdrowotnej polegających na wstępnej diagnostyce oraz podjęciu leczenia w zakresie niezbędnym dla stabilizacji funkcji życiowych osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. W odniesieniu do organizacji Oddziału wskazać należy, że lokalizacja SOR w strukturze Szpitala oraz warunki techniczne budynku, który zajmuje Oddział, wymuszają organizację poszczególnych obszarów. Funkcjonowanie Oddziału zostało dostosowane do istniejących warunków lokalowych, jednakże ograniczona liczba pomieszczeń i ich rozkład powodują utrudnienia w pracy personelu. Tym samym Oddział nie spełnia wszystkich wymagań określonych w rozporządzeniu w sprawie SOR.

2. Ocena spełniania minimalnych zasobów kadrowych.

Minimalne zasoby kadrowe szpitalnego oddziału ratunkowego zostały określone w § 12 ust. 1 rozporządzenia w sprawie SOR. W skład tych zasobów wchodzi:

1) ordynator oddziału (lekarz kierujący oddziałem) będący lekarzem:

- posiadającym tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny ratunkowej albo
- po drugim roku specjalizacji w dziedzinie medycyny ratunkowej, który kontynuuje szkolenie specjalizacyjne i posiada jednocześnie specjalizację lub tytuł specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, ortopedii i traumatologii, pediatrii, neurologii lub kardiologii - wymóg ten obowiązywać będzie

po 30 czerwca 2024 r., do tego czasu ordynatorem oddziału (lekarzem kierującym oddziałem) jest lekarz systemu⁸;

- 2) pielęgniarka oddziałowa będąca pielęgniarką systemu albo ratownik medyczny lub pielęgniarka systemu, posiadający wykształcenie wyższe i co najmniej 5-letni staż pracy w oddziale, koordynujący pracę osób, o których mowa w pkt 4 i 5;
- 3) lekarze w liczbie niezbędnej do zabezpieczenia prawidłowego funkcjonowania oddziału, w tym do spełnienia warunków dotyczących czasu oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem w poszczególnych kategoriach pilności, przy czym co najmniej jeden lekarz przebywający stale w oddziale będący lekarzem systemu;
- 4) pielęgniarki lub ratownicy medyczni w liczbie niezbędnej do zabezpieczenia prawidłowego funkcjonowania oddziału, w tym do zapewnienia realizacji zadań, o których mowa w § 6 ust. 7-11, 14 i 15;
- 5) rejestratorki medyczne oraz personel pomocniczy oddziału w liczbie niezbędnej do zabezpieczenia prawidłowego funkcjonowania oddziału, w tym do spełnienia warunków dotyczących czasu oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem w poszczególnych kategoriach pilności.

Zgodnie z § 12 ust. 2 rozporządzenia w sprawie SOR (w brzmieniu obowiązującym w okresie objętym kontrolą) ordynator oddziału (lekarz kierujący oddziałem) lub wyznaczony przez niego spośród lekarzy systemu, o których mowa w ust. 1 pkt 3, lekarz posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny ratunkowej, zwani dalej „lekarzem dyżurnym oddziału”, koordynują pracę oddziału w systemie całodobowym.

W okresie objętym kontrolą, stanowisko p.o. ordynatora oddziału pełnił pptk Grzegorz Rozumek, posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych. P.o. ordynatora spełniał wymogi określone § 16 pkt 1 rozporządzenia w sprawie SOR⁹ wz. z art. 3 pkt 3 lit. b ustawy PRM.

W kontrolowanym okresie stanowisko pielęgniarki oddziałowej SOR pełniła Pani Ewa Durawa, posiadającą ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego oraz co najmniej 3-letni staż pracy w oddziale. Pielęgniarka oddziałowa

⁸ Zgodnie z art. 3 pkt 3 ustawy o PRM pod pojęciem „lekarza systemu” należy rozumieć:

a) lekarza posiadającego specjalizację lub tytuł specjalisty w dziedzinie: anestezjologii i intensywnej terapii, medycyny ratunkowej lub neurologii albo lekarza po drugim roku specjalizacji w tej dziedzinie, który kontynuuje szkolenie specjalizacyjne, lub
b) lekarza posiadającego specjalizację lub tytuł specjalisty w dziedzinie: chorób wewnętrznych, kardiologii, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, ortopedii i traumatologii lub pediatrii, lub c) lekarza, który w ramach szkolenia specjalizacyjnego ukończył moduł podstawowy w dziedzinie: chorób wewnętrznych, pediatrii lub chirurgii ogólnej i kontynuuje lub zakończył szkolenie specjalizacyjne oraz uzyskał tytuł specjalisty - z zastrzeżeniem art. 57;

⁹ Do dnia 30 czerwca 2024 r. ordynatorem oddziału może być lekarz systemu.

spełniała wymagania § 12 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia w sprawie SOR wz. z art.3 pkt 6 ustawy PRM.

W badanym okresie świadczeń zdrowotnych w SOR udzielało:

- 42 lekarzy, z czego: 4 lekarzy wojskowych (wymiar czasu pracy – etat), 9 zatrudnionych w ramach umowy o pracę (8 na pełny etat, 1 na 0,25 etatu), 29 na umowach kontraktowych;
- 29 pielęgniarek, z czego 1 pielęgniarka wojskowa (etat w SOR), 27 pielęgniarek zatrudnionych w ramach umowy o pracę na pełny etat, 1 pielęgniarka kontraktowa;
- 44 ratowników medycznych, z czego 30 zatrudnionych w ramach umowy o pracę (29 na pełny etat i 1 na 0,5 etatu) oraz 14 w ramach umów kontraktowych/zlecenia;
- 26 osób stanowiących personel pomocniczy, z czego: 20 sanitariuszy, 4 sekretarki medyczne, 1 referent, 1 pomoc medyczna.

Podczas wizytacji w szpitalu weryfikacji poddano również kwalifikacje personelu medycznego udzielającego świadczeń medycznych pacjentom, których wytypowano do próby badawczej. Próba badawcza objęła 77% personelu medycznego udzielającego świadczeń w SOR. Sprawdzono kwalifikacje zawodowe 23 lekarzy, 27 pielęgniarek oraz 38 ratowników medycznych. Personel medyczny, którego dokumentację kadrową poddano weryfikacji posiadał odpowiednie uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych.

W powyższym zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

2.1. Harmonogram pracy i jego realizacja.

Na podstawie harmonogramów czasu pracy oraz wykazów personelu medycznego, zweryfikowano zabezpieczenie kadry medycznej udzielającej świadczeń zdrowotnych w SOR. Do próby kontrolnej w zakresie zapewnienia obsady kadrowej w SOR wybrano 10 dni z okresu objętego kontrolą, w których (w oparciu o dane z systemów TOPSOR i Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego, dalej jako: „SWD PRM”) czas oczekiwania pacjentów na przyjęcie do oddziału był znacznie przekroczony, tj. następujące dni 2022 r.: 15 lipca, 18 sierpnia, 20 sierpnia, 1 września, 8 września, 23 września, 13 października, 14 października, 14 listopada, 30 listopada.

Przedstawione grafiki pracy w SOR zawierały informacje dotyczące zatwierdzonego planu oraz jego wykonania.

Diżury lekarskie w SOR w wybranych dniach kształtowały się następująco:

- 7:30-15:05 – 7 godzin i 35 min. – rano;
- 7:30-19:30 – 12 godzin – dzień;
- 19:30-7:30 – 12 godzin – noc;
- 7:30-7:30 – 24 godziny – doba.

W dniu 14 października 2022 r. jeden dyżur trwał od 15:05 do 7:30 (popołudnie + noc).

Dyżury ratowników medycznych i pielęgniarek, zgodnie z przedstawionym grafikiem, zazwyczaj trwały:

- 7:00 – 14:35 – 7 godzin i 35 min. – rano;
- 11:25 – 19:00 – 7 godzin i 35 min. – popołudnie;
- 7:00 – 19:00 – 12 godzin – dzień;
- 19:00 – 7:00 – 12 godzin – noc;
- 7:00 – 7:00 – 24 godziny – doba.

Pojawiły się również dyżury pojedynczych pracowników, które miały odmienne godziny rozpoczęcia i zakończenia pracy.

Z grafików i list obecności przedstawionych przez Szpital wynika, że personel medyczny zapewniający stałą obsadę dyżurową w ww. dniach przedstawiał się następująco.

Tabela nr 1.

Data	Dyżur	Personel lekarski	Ratownicy medyczni	Pielęgniarki	RAZEM ratownicy medyczni + pielęgniarki
15.07.2022	DZIEŃ - rano	6	9	6	15
15.07.2022	DZIEŃ - po południu	2	8	3	11
15.07.2022	NOC	2	6	4	10
18.08.2022	DZIEŃ - rano	6	5	8	13
18.08.2022	DZIEŃ - po południu	3	5	4	9
18.08.2022	NOC	3	9	2	11
20.08.2022	DZIEŃ - rano	4	8	3	11
20.08.2022	DZIEŃ - po południu	4	8	3	11
20.08.2022	NOC	4	6	4	10
01.09.2022	DZIEŃ - rano	7	7	6	13
01.09.2022	DZIEŃ - po południu	2	7	3	10
01.09.2022	NOC	2	6	4	10
08.09.2022	DZIEŃ - rano	6	7	11	18
08.09.2023	DZIEŃ - po południu	3	6	6	12
08.09.2022	NOC	3	6	5	11
23.09.2022	DZIEŃ - rano	5	8	6	14
23.09.2022	DZIEŃ - po południu	2	7	3	10
23.09.2022	NOC	2	9	3	12
13.10.2022	DZIEŃ - rano	8	6	7	13
13.10.2022	DZIEŃ - po południu	5	7	5	12

13.10.2022	NOC	5	5	5	10
14.10.2022	DZIEŃ - rano	5	9	5	14
14.10.2022	DZIEŃ - po południu	3	9	3	12
14.10.2022	NOC	3	9	4	13
14.11.2022	DZIEŃ - rano	8	7	7	14
14.11.2022	DZIEŃ - po południu	3	8	3	11
14.11.2022	NOC	2	3	7	10
30.11.2022	DZIEŃ - rano	5	9	6	15
30.11.2022	DZIEŃ - po południu	4	8	2	10
30.11.2022	NOC	3	5	4	9

Oznacza to, że w wybranych dniach podczas dyżurów dziennych – porannych (lekarze do godziny 15:05, ratownicy medyczni i pielęgniarki do 14:35) stale obecnych w SOR było **od 4 do 8** lekarzy i **od 11 do 18** ratowników medycznych i pielęgniarek, popołudniami (po zakończeniu porannych zmian) zapewniono **od 2 do 5** lekarzy oraz **od 9 do 12** ratowników medycznych i pielęgniarek, natomiast na dyżurach nocnych było **od 2 do 5** lekarzy i **od 9 do 13** ratowników medycznych i pielęgniarek.

Zgodnie z planem działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne na terenie województwa dolnośląskiego funkcjonuje 16 SOR-ów, z czego 4 na terenie miasta Wrocławia (brak SOR w powiecie wrocławskim), natomiast według danych GUS (stan na dzień 31.12.2022 r.) liczba mieszkańców Wrocławia i powiatu wrocławskiego wynosi 856 857, co oznacza, że na jeden SOR przypadają 214 214 osób.

Mając na uwadze pkt 4 *Dobrych praktyk postępowania w szpitalnych oddziałach ratunkowych i izbach przyjęć*¹⁰ w SOR/IP należy zapewnić odpowiednią liczbę personelu:

- minimum 3-4 lekarzy na stałe przebywających w SOR/IP, obejmującym populację 150 000 – 200 000 mieszkańców;
- minimum 10 ratowników medycznych lub pielęgniarek systemu na stałe przebywających w SOR/IP, obejmującym populację 150 000 – 200 000 mieszkańców;
- personel pomocniczy w SOR;
- minimum 2 stanowiska TRIAGE.

Wobec powyższego zapewnienie obsady medycznej należy ocenić pozytywnie z zastrzeżeniami.

Z wyjaśnień Dyrekcji Szpitala wynika również, że w szpitalu obowiązuje elektroniczny system czasu pracy. System ten umożliwia tworzenie grafików/harmonogramów czasu pracy, które po zaplanowaniu przez kierowników komórek organizacyjnych lub osoby

¹⁰ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/dobre-praktyki-postepowania-w-szpitalnych-oddzialach-ratunkowych-i-w-izbach-przyjec>

do tego wyznaczone są zatwierdzane przez personel Działu Kadr i Naczelną Pielęgniarkę. Po zatwierdzeniu grafiku planowanego, tworzy się w systemie druga pozycja grafiku odzwierciedlająca stan faktyczny, na którym nanoszone są zmiany i korekty zgodnie z faktyczną realizacją czasu pracy w danym okresie, co podlega ponownemu zatwierdzeniu i jest podstawą do naliczeń finansowych.

Poza grafikiem nie funkcjonuje jednak żaden system potwierdzający faktyczną obecność w pracy. Jedyną formą potwierdzania przybycia do zakładu pracy jest lista obecności, która dotyczy tylko pracowników zatrudnionych w ramach umowy o pracę. Podstawą wypłaty wynagrodzenia jest w przypadku umów kontraktowych zatwierdzony i podpisany grafik przez osoby wskazane w umowie, złożony wraz z fakturą. W przypadku umów zlecenia, podstawą wypłaty wynagrodzenia jest złożenie, wraz z rachunkiem, ewidencji czasu pracy, zatwierdzonej przez osoby merytorycznie wskazane w umowie. Opisane postępowanie może prowadzić do nieprawidłowości w kwestii rozliczania czasu pracy. Powyższe należy ocenić negatywnie.

3. Ocena prawidłowości udzielania w szpitalnym oddziale ratunkowym świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzenia dokumentacji medycznej w okresie od dnia 1 lipca do 31 grudnia 2022 r.

W okresie od 1 lipca do 31 grudnia 2022 r. w SOR według danych z systemu TOPSOR na stanowisku triażu obsłużono łącznie 21 206 pacjentów, natomiast 3 841 numerków posiada status „nieobsłużony”, co oznacza, że numerki te zostały pobrane w biletomacie, jednak nie odnotowano dalszych czynności związanych z obsługą tych osób.

Art. 33a ust. 4 ustawy o PRM wskazuje, że do prowadzenia segregacji medycznej wykorzystuje się system zarządzający trybami obsługi pacjenta w szpitalnym oddziale ratunkowym, w którym są przetwarzane dane osobowe, w tym dane dotyczące stanu zdrowia pacjenta oraz dane o liczbie osób i czasie oczekiwania na udzielenie świadczenia zdrowotnego w szpitalnym oddziale ratunkowym.

W myśl § 6 ust. 6 rozporządzenia w sprawie SOR osoby, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 2 (tj. pacjenci przetransportowani przez zespoły ratownictwa medycznego lub inne jednostki oraz osoby samodzielnie zgłaszające się do SOR):

- 1) pobierają w automacie biletowym bilet z oznaczeniem indywidualnego numeru oraz czasu przybycia do oddziału;
- 2) są rejestrowane na stanowisku rejestracji medycznej;
- 3) są niezwłocznie poddawane segregacji medycznej, w przebiegu której ich stan zdrowia jest oceniany pod względem ustalenia priorytetu udzielania im świadczeń zdrowotnych i przypisania do jednej z kategorii, o których mowa w ust. 9;

4) oczekują na pierwszy kontakt z lekarzem i kolejne etapy udzielenia im świadczeń zdrowotnych, o których mowa w § 2 ust. 1.

Jednocześnie § 6 ust. 9 tego rozporządzenia wskazuje, że wyniku przeprowadzonej segregacji medycznej osoba, o której mowa w § 2 ust. 1, jest przydzielana do jednej z pięciu kategorii zróżnicowanych pod względem stopnia pilności udzielenia jej świadczeń zdrowotnych, zwanej dalej „kategorią pilności”, gdzie:

- 1) kolor czerwony oznacza natychmiastowy kontakt z lekarzem;
- 2) kolor pomarańczowy oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 10 minut;
- 3) kolor żółty oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 60 minut;
- 4) kolor zielony oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 120 minut;
- 5) kolor niebieski oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 240 minut.

Natomiast zgodnie z § 4 rozporządzenia w sprawie TOPSOR, w którym określone zostały minimalne wymagania infrastruktury technicznej wykorzystywanej w TOPSOR, w szpitalnym oddziale ratunkowym powinny znajdować się dwa automaty biletowe – jeden zlokalizowany przy wejściu do SOR, drugi przy podjeździe dla specjalistycznych środków transportu sanitarnego. Szpital spełniał powyższy warunek.

Z kontrolowanego okresu poddano próbie badawczej dokumentację medyczną wraz z danymi dotyczącymi czasu oczekiwania na przyjęcie do szpitala wybranych 30 pacjentów przetransportowanych do SOR przez zespoły ratownictwa medycznego oraz 30 pacjentów, którzy zgłosili się do SOR samodzielnie.

W pierwszej grupie badawczej znaleźli się pacjenci wytypowani na podstawie danych z SWD PRM, w którym m.in. odnotowywany jest czas oczekiwania ZRM na przekazanie pacjenta do szpitala. Dane te porównane zostały z danymi z systemu TOPSOR. Analizie poddana została również dokumentacja medyczna tych pacjentów, co opisano w dalszej części dokumentu.

Analiza dotycząca drugiej grupy pacjentów, tj. pacjentów którzy samodzielnie zgłosili się do szpitalnego oddziału ratunkowego, w zakresie czasu oczekiwania na udzielenie im świadczeń zdrowotnych w oddziale oparta była o dane z systemu TOPSOR poprzez wybranie 30 numerków wygenerowanych z biletomatu znajdującego się przy wejściu do SOR. Analizie poddano również dokumentację medyczną tych pacjentów, co opisano w dalszej części dokumentu.

3.1. Czas oczekiwania na udzielenie świadczeń zdrowotnych w SOR pacjentów transportowanych przez ZRM.

Zgodnie z danymi z SWD PRM w kontrolowanym okresie ZRM przetransportowały do Szpitala 4 697 pacjentów. Próba kontrolna stanowiła 30 pacjentów, czyli 0,6 % ogólnej liczby pacjentów przewiezionych do Szpitala przez ZRM w okresie objętym kontrolą. Próba została wytypowana spośród wyjazdów ZRM zakończonych transportem pacjenta do Szpitala, z najdłuższym czasem oczekiwania na przekazanie pacjenta.

Wśród badanych 30 pacjentów w jednym przypadku stwierdzono brak szpitalnej dokumentacji medycznej. W dokumentacji prowadzonej przez ZRM, Kierownik ZRM odnotował, iż z uwagi na długi czas oczekiwania na przekazanie pacjenta w szpitalu, zrezygnował z dalszego oczekiwania i pacjent oddalił się samodzielnie z terenu Szpitala. Czas oczekiwania w tym przypadku wynosił 3 godziny 58 minut 34 sekundy. W dwóch przypadkach w systemie TOPSOR nie odnotowano nadanego priorytetu dla pacjentów. Maksymalny czas oczekiwania ZRM na przekazanie pacjenta wynosił dla tej grupy 4 godziny 52 minuty 18 sekund, natomiast minimalny 4 godziny 1 minuta 8 sekund. Kolejno dla 7 przypadków, którym nadano priorytet niski, maksymalny czas oczekiwania ZRM na przekazanie pacjenta wynosił dla tej grupy 5 godzin 35 minut 12 sekund, a minimalny 3 godziny 39 minut 55 sekund.

Ostatnią grupę stanowili pacjenci z priorytetem średnim w liczbie 20. Maksymalny czas oczekiwania ZRM na przekazanie pacjenta wynosił dla tej grupy 5 godzin 52 minuty 51 sekund, a minimalny 3 godziny 36 minut 24 sekundy.

Opisane przypadki nie uwzględniają czasu oczekiwania pacjenta na kontakt z lekarzem po zakończonym triażu, gdyż czynności wykonywane przez lekarza nie były odnotowywane w systemie TOPSOR.

Opisane czasy zostały zaprezentowane w poniższej tabeli.

Tabela nr 2.

Przydzielony priorytet w ramach systemu TOPSOR	Liczba pacjentów	Maksymalny czas oczekiwania w szpitalu przez ZRM na przekazanie pacjenta	Minimalny z czas oczekiwania w szpitalu przez ZRM na przekazanie pacjenta	Średni czas oczekiwania w szpitalu przez ZRM na przekazanie pacjenta
Brak szpitalnej dokumentacji medycznej pacjenta	1	3:58:34	3:58:34	3:58:34
Brak przydzielonego priorytetu	2	4:52:18	4:01:08	4:26:43

Niski	7	5:35:12	3:39:55	4:26:34
Średni	20	5:52:51	3:36:24	4:14:09
Suma/średnia	30	5:04:44	3:49:00	4:16:30

Powyższe czasy oczekiwania ZRM na przekazanie pacjenta w SOR/IP są niezgodne z zaleceniami przekazywanymi przez Ministerstwo Zdrowia. Jednocześnie postępowanie podmiotu leczniczego stało w sprzeczności z art. 33 ustawy o PRM, który wskazuje, że szpitalny oddział ratunkowy, centrum urazowe, centrum urazowe dla dzieci oraz jednostka organizacyjna szpitala wyspecjalizowana w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego **niezwłocznie** udzielają niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej pacjentowi urazowemu, pacjentowi urazowemu dziecącemu albo osobie w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. W razie konieczności szpital, w którym znajduje się szpitalny oddział ratunkowy, centrum urazowe, centrum urazowe dla dzieci lub jednostka organizacyjna szpitala wyspecjalizowana w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego zapewniają niezwłoczny transport sanitarny pacjenta urazowego, pacjenta urazowego dziecącego albo osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego do najbliższego zakładu leczniczego podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej w odpowiednim zakresie.

Ponadto § 6 ust. 6 pkt 3 rozporządzenia w sprawie SOR nakazuje Oddziałowi poddanie pacjentów **niezwłocznej** segregacji medycznej, w przebiegu której ich stan zdrowia jest oceniany pod względem ustalenia priorytetu udzielania im świadczeń zdrowotnych.

Działania Szpitala w zakresie czasu oczekiwania ZRM na przekazanie pacjenta do SOR należy ocenić negatywnie.

Warto zaznaczyć, że w odniesieniu do 20 pacjentów z badanej grupy oznaczonych następnie priorytetem średnim, co stanowiło 74% badanych, którym przydzielono kategorię pilności, brak danych w systemie TOPSOR uniemożliwia przeprowadzenie dalszej analizy. Podkreślenia wymaga, że pacjenci transportowani przez ZRM powinni być przyjmowani priorytetowo, a opóźnienia w przekazywaniu pacjentów do podmiotu leczniczego znacząco wydłużały czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem SOR.

W ramach badanej grupy porównano sumę czasu odznaczenia przez ZRM statusu w szpitalu (dane z SWD PRM) do rozpoczęcia rejestracji w podmiocie leczniczym (dane z TOPSOR) do sumy czasu oczekiwania ZRM na przekazanie pacjenta, co zostało zaprezentowane w poniższej tabeli.

Tabela nr 3.

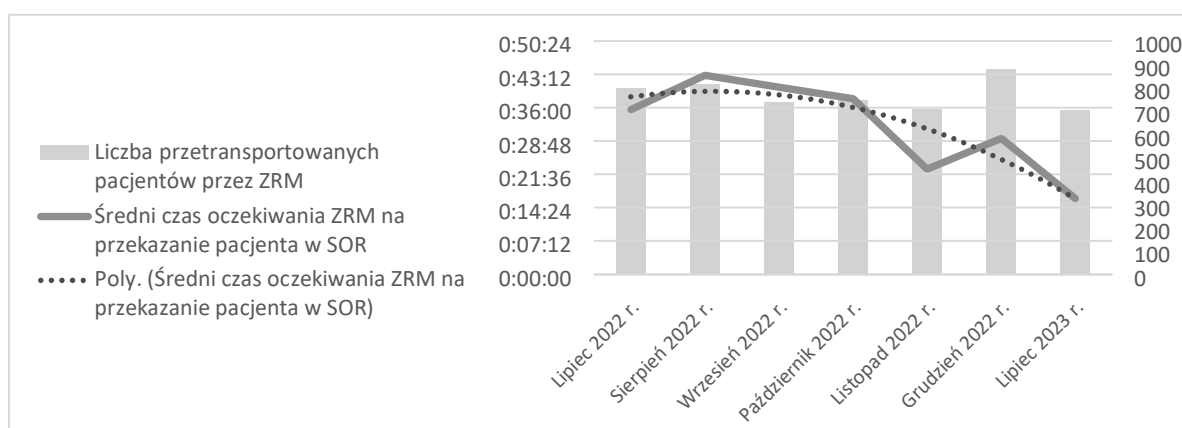
Czas od statusu w szpitalu do rozpoczęcia rejestracji dane z SWD PRM oraz TOPSOR	Czas oczekiwania w szpitalu przez ZRM do przekazania pacjenta dane z SWD PRM	Zbieżność czasów
119:54:31	124:42:22	96%

Powyższe wskazuje na zbieżność danych z SWD PRM oraz TOPSOR o czasach oczekiwania pacjenta na przekazanie z ZRM do podmiotu leczniczego.

W ramach przeprowadzanej kontroli zweryfikowano również średni czas oczekiwania ZRM w poszczególnych miesiącach kontrolowanego okresu, które transportowały pacjentów do podmiotu oraz liczbę przetransportowanych pacjentów.

Tabela nr 4.

Okres czasu	Średni czas oczekiwania ZRM na przekazanie pacjenta w SOR	Liczba przetransportowanych pacjentów przez ZRM
Lipiec 2022 r.	00:35:37	798
Sierpień 2022 r.	00:42:58	817
Wrzesień 2022 r.	00:40:24	739
Październik 2022 r.	00:37:56	749
Listopad 2022 r.	00:22:44	707
Grudzień 2022 r.	00:29:22	879
Lipiec 2023 r.	00:16:20	703



Wykres nr 1.

Powyższe dane wskazują, iż działania naprawcze podejmowane przez jednostkę poprawiły nieznacznie sytuację, pomimo utrzymywania się podobnej liczby pacjentów

w poszczególnych miesiącach. Czasy oczekiwania ZRM ulegały co do zasady skróceniu. Działania naprawcze prowadzone przez podmiot należy ocenić pozytywnie.

W ramach próby badawczej zweryfikowano również odchylenie między czasami przekazania pacjenta przez ZRM (dane z SWD PRM), a czasem rozpoczęcia rejestracji (dane z TOPSOR). 57% przypadków mieściła się w odchyleniu 10 minut, jednocześnie 27% przypadków mieściło się w grupie 10-20 minut, co stanowi 83% badanej grupy i potwierdza korelację danych z SWD PRM z danymi z TOPSOR co do czasu oczekiwania na przekazanie pacjenta w SOR.

Tabela nr 5.

	Brak danych	Różnica do 10 minut	Różnica od 10 do 20 minut	Różnica od 20 minut do godziny	Różnica powyżej godziny
Liczba pacjentów	1	17	8	2	2
Udział % w grupie	-	57%	27%	7%	7%

3.2. Czas oczekiwania na udzielenie świadczeń zdrowotnych w SOR pacjentów zgłaszających się samodzielnie.

Na podstawie danych z systemu TOPSOR określono czas oczekiwania na przyjęcie do oddziału 30 wybranych pacjentów, którzy zgłosili się samodzielnie, a więc bez pośrednictwa ZRM, licząc od pobrania biletu do wezwania do rejestracji. Średni czas oczekiwania na rejestrację wynosił 1 godzinę 38 minut 32 sekundy (jednostkowo od 19 minut do 2 godzin i 30 minut), co oznacza, że czas ten był znacznie wydłużony, przy czym w momencie pobrania biletu przez wskazanych pacjentów do rejestracji oczekiwało od 2 do 20 osób.

Segregacja medyczna pacjentów następowała bezpośrednio po ich zarejestrowaniu. Natomiast w systemie TOPSOR nie odnotowywano wezwania do lekarza, co oznacza, że niemożliwe było określenie czasu oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem pacjentów zakwalifikowanych do poszczególnych kategorii pilności.

Spośród 30 wybranych pacjentów w wyniku przeprowadzonej segregacji medycznej:

- 1 pacjent został zakwalifikowany do kategorii czerwonej (priorytet najwyższy),
- 11 do kategorii pomarańczowej (priorytet wysoki),
- 18 do kategorii żółtej (priorytet średni).

Według danych odnotowanych w systemie TOPSOR pacjent, który zakwalifikowany został do najwyższej kategorii pilności oczekiwał na rejestrację 20 minut, przy czym w momencie

pobrania biletu w kolejce do rejestracji oczekiwały 3 osoby – w wywiadzie pacjent zgłosił się do SOR samodzielnie z powodu bólu głowy i osłabienia prawej kończyny górnej.

Pacjenci w priorytecie wysokim oczekiwali na rejestrację od 19 minut do 2 godzin i 6 minut, przy czym kolejka oczekujących wynosiła wówczas od 2 do 19 osób.

Czas oczekiwania na rejestrację pacjentów ze średniej kategorii wahał się od 1 godziny 38 minut do 2 godzin 30 minut, przy liczbie osób oczekujących do rejestracji wahającej się od 5 do 20.

Dane dotyczące daty i godziny przyjęcia pacjenta odnotowane w dokumentacji medycznej oraz kategoria pilności przydzielona podczas triażu pokrywają się z parametrami czasu i wskazaniem kategorii pilności odnotowanymi w systemie TOPSOR.

Art. 33 ust. 1 ustawy o PRM jasno wskazuje, że szpitalny oddział ratunkowy, centrum urazowe, centrum urazowe dla dzieci oraz jednostka organizacyjna szpitala wyspecjalizowana w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego **niezwłocznie** udzielają niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej pacjentowi urazowemu, pacjentowi urazowemu dziecięcemu albo osobie w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Z powyższego przepisu wynika konieczność odpowiedniego zabezpieczenia osób znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Maksymalny czas oczekiwania pacjentów na pierwszy kontakt z lekarzem dyżurnym SOR określony został w przywołanym powyżej § 6 ust. 9 rozporządzenia w sprawie SOR i jest on uzależniony od kategorii pilności, do której pacjent został zakwalifikowany podczas segregacji medycznej. Jednakże ocena stanu pacjenta dokonywana jest już podczas segregacji medycznej, dlatego też niedopuszczalne jest, aby pacjent tak długo oczekiwał na rejestrację i triaż.

Ponownie należy podkreślić, że przy tak dużej liczbie pacjentów zgłaszających się do SOR powinno być wyodrębnionych więcej stanowisk do rejestracji i triażu, aby czynności te następowały niezwłocznie po sobie i płynnie, gdyż długi czas oczekiwania na triaż przy znacznej liczbie pacjentów może spowodować, że pacjenci wymagający pilnej pomocy medycznej nie zostaną wyłonieni wystarczająco szybko i niezbędne świadczenia zdrowotne zostaną im udzielone ze znacznym opóźnieniem, co może mieć nieodwracalne skutki dla ich zdrowia i życia.

Podczas wizytacji w dniu 3 lipca 2023 r. w godzinach wieczornych obserwacji poddano bilet n [REDAKTOWANE] obrany w biletomacie znajdującym się przy wejściu do oddziału dla pacjentów zgłaszających się do SOR samodzielnie. Bilet pobrany został o godz. 19:41 i wskazywał wówczas 6. pozycję w kolejce do rejestracji. Wezwanie do rejestracji nastąpiło o godzinie 21:20, co oznacza, że czas oczekiwania od pobrania biletu do wezwania do rejestracji

wynosił 1 godzinę i 39 minut (czas zweryfikowany w systemie TOPSOR). Pacjenci wzywani byli średnio w odstępach ok. 20-minutowych (czas potrzebny na rejestrację i triaż jednego pacjenta).

Jednocześnie zauważenia wymaga, że na podstawie § 5 ust. 2 pkt 15 rozporządzenia w sprawie TOPSOR, podmiot leczniczy, w którego strukturach funkcjonuje SOR, zapewnia sporządzanie miesięcznych raportów z działania systemu TOPSOR i przekazywanie ich administratorowi danych przetwarzanych w TOPSOR. Zgodnie z wyjaśnieniami Szpitala, w okresie objętym kontrolą, nie tworzył on i nie przekazywał ww. raportów, co należy ocenić negatywnie.

3.3. Prowadzenie dokumentacji medycznej w okresie od dnia 1 lipca do 31 grudnia 2022 r.

Na podstawie badanej próby pacjentów transportowanych przez ZRM, dokonano weryfikacji kompletu dokumentacji medycznej, obejmującej: karty medycznych czynności ratunkowych, karty segregacji medycznej, historie choroby, karty informacyjne leczenia szpitalnego.

W odniesieniu do dokumentacji medycznej wybranej grupy badawczej pacjentów samodzielnie zgłaszających się do SOR, wskazanych na podstawie danych z TOPSOR, weryfikacji podlegały: historie choroby zakładane podczas przyjęcia pacjenta, karty segregacji medycznej, karty informacyjne z leczenia szpitalnego w SOR wraz z wynikami zleconych badań i konsultacji.

Co do zasady badana dokumentacja była kompletna i spełniała wymagania rozporządzenia Ministra Obrony Narodowej z dnia 6 sierpnia 2021 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu przetwarzania dokumentacji medycznej w podmiotach leczniczych utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej, a jedynie w dwóch przypadkach stwierdzono brak Karty Segregacji Medycznej¹¹.

Z uwagi na fakt, że zidentyfikowane braki dokumentacji medycznej nie miały charakteru powtarzalnego i nie powodowały istotnych następstw dla kontrolowanej działalności, pozytywnie należy ocenić prowadzenie dokumentacji medycznej.

4. Ocena realizowania przez Szpital „Dobrych praktyk postępowania w szpitalnych oddziałach ratunkowych i w izbach przyjęć”.

W SOR powinny być realizowane zalecenia Ministra Zdrowia dotyczące „Dobrych praktyk postępowania w szpitalnych oddziałach ratunkowych i w izbach przyjęć” podpisane przez

¹¹ Dotyczyło to pacjenta przetransportowanego ZRM w dniu 9 sierpnia 2022 r. [redacted] oraz pacjenta samodzielnie przybyłego do SOR w dniu 31 października 2022 r. (bilet oznaczony nr [redacted])

Konsultanta Krajowego w dziedzinie medycyny ratunkowej, niemniej jednak w toku kontroli zaobserwowano odstępstwa od ich realizacji.

Szpital wdrożył procedurę segregacji medycznej. Zastrzeżenia budzi fakt, że rejestracji i triażu pacjentów dokonuje jedna i ta sama osoba, podczas gdy powinny to być: rejestratorka medyczna oraz pracownik medyczny upoważniony do triażu (triażysta) w liczbie niezbędnej do zabezpieczenia prawidłowego funkcjonowania Oddziału, w tym do zapewnienia realizacji zadań, o których mowa w § 6 ust. 7-11, 14 i 15 rozporządzenia w sprawie SOR. W czasie oczekiwania pacjenta na badanie lekarskie, nadzór nad pacjentem realizuje triażysta poprzez kamerę umieszczoną w korytarzu. W przypadku zmiany stanu zdrowia pacjenta, możliwe jest co prawda skorygowanie przydzielonej kategorii pilności, jednak czynności te mogą być ograniczone z uwagi na fakt, że osoba dokonująca triażu, dokonuje również rejestracji pacjentów.

Odnosząc się do wymogu zapewnienia minimum 2 stanowisk triage, Szpital spełnia ten warunek, jednakże poprzez zlokalizowanie tych stanowisk w odrębnych miejscach (oddzielnie dla pacjentów samodzielnie przybywających oraz dla pacjentów transportowanych przez ZRM). W toku kontroli ustalono, że Szpital obsługuje znaczną populację pacjentów samodzielnie przybywających do SOR, a dysponuje tylko jednym miejscem do segregacji medycznej dedykowanym tym pacjentom, co powoduje wydłużony czas ich zaopatrzenia.

Szpital, co do zasady, zapewnia wykwalifikowany personel medyczny, jednakże obsada oddziału, w szczególności w godzinach popołudniowych i wieczornych była niedostosowana do liczby osób zgłaszających się samodzielnie i przywożonych przez ZRM, co z kolei przekładało się na wydłużony czas oczekiwania pacjentów na udzielenie im świadczeń zdrowotnych.

W toku kontroli zaobserwowano, że podczas dyżurów dziennych zapewniono liczną obsadę, spełniającą wymogi Dobrych praktyk, natomiast podczas dyżurów popołudniowych i wieczornych zapewniono mniej kadry lekarskiej, a w następujących dniach 2022 r.: 15 lipca, 1 września, 23 września, 14 listopada i 30 listopada, obsada lekarska nie spełniała wymogów ww. Dobrych praktyk. W odniesieniu do obsady pielęgniarskiej i ratowników medycznych, nie zapewniono wymaganej kadry w dniu 18 sierpnia 2022 r. podczas dyżuru popołudniowego oraz 30 listopada 2022 r. podczas dyżuru nocnego. W pozostałe dni podlegające badaniu, podczas dyżurów dziennych, popołudniowych i nocnych zapewniono obsadę pielęgniarską i ratowników medycznych w liczbie wynikającej z Dobrych praktyk. Niedostateczna liczba personelu ma znaczny wpływ na czas oczekiwania pacjentów na udzielenie im niezbędnych świadczeń zdrowotnych.

Biorąc pod uwagę ww. oceny, uwagi i wnioski, na podstawie § 25 ust. 4 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), zalecam Panu Komendantowi:

- 1) zapewnienie gabinetów do przeprowadzenia segregacji medycznej w liczbie niezbędnej do prawidłowego funkcjonowania obszaru,
- 2) zapewnienie obsady SOR, w szczególności w godzinach popołudniowych i nocnych, w liczbie zabezpieczającej niezwłoczne udzielanie niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej pacjentowi urazowemu, pacjentowi urazowemu dziecięcemu albo osobie w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego;
- 3) rozdzielenie zadań z zakresu rejestracji pacjentów oraz procedury segregacji medycznej pomiędzy odrębne stanowiska pracy;
- 4) skrócenie czasu rejestracji pacjentów samodzielnie przybywających do SOR;
- 5) przestrzeganie właściwego czasu oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem, z uwzględnieniem przydzielonej kategorii pilności udzielania świadczeń zdrowotnych;
- 6) sporządzanie miesięcznych raportów z działania systemu TOPSOR i przekazywanie ich administratorowi danych przetwarzanych w TOPSOR, zgodnie z wymogami § 5 ust. 2 pkt 15 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia z dnia 30 czerwca 2021 r. w sprawie systemu zarządzającego trybami obsługi pacjenta w szpitalnym oddziale ratunkowym;
- 7) rozważenie wprowadzenia zasad potwierdzania obecności w pracy pracowników kontraktowych oraz na zlecenie.

Przedstawiając powyższe zalecenia, oczekuję od Pana Komendanta, w terminie 30 dni od daty otrzymania niniejszego wystąpienia pokontrolnego, informacji o sposobie wykonania zaleceń, wykorzystaniu wniosków, a także o podjętych działaniach w celu ich realizacji lub przyczynach ich niepodjęcia.

Ponadto informuję Pana Komendanta, iż stosownie do § 25 ust. 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych, od wystąpienia pokontrolnego nie przysługują środki odwoławcze.

Z wyrazami szacunku

z upoważnienia Ministra Zdrowia

Krzysztof Krzyżanowski

Dyrektor

/dokument podpisany elektronicznie/