



WOJEWODA ŁÓDZKI

ZD-II.431.3.2024

Łódź, 23 lipca 2024 r.

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

Oznaczenie jednostki kontrolowanej:

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Skłodowskiej Curie w Zgierzu ul. Parzęczewska 35, 95-100 Zgierz, zwany dalej *jednostką kontrolowaną*.

Data rozpoczęcia i zakończenia czynności kontrolnych w jednostce kontrolowanej:

14.06.2024 r.

Osoby kontrolujące:

Kontrola została przeprowadzona przez zespół kontrolerów w składzie:

- dr hab. n. med. prof. UM Dariusz Timler - Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Medycyny Ratunkowej - członek Zespołu kontrolerów;
- Arkadiusz Makoski – p.o. zastępcy kierownika Oddziału Ratownictwa Medycznego Wydziału Zdrowia Łódzkiego Urzędu Wojewódzkiego w Łodzi - członek Zespołu kontrolerów;
- Anna Głuszcak – starszy inspektor wojewódzki w Oddziale Ratownictwa Medycznego Wydziału Zdrowia Łódzkiego Urzędu Wojewódzkiego w Łodzi – kierownik Zespołu kontrolerów.

Kontrolerzy, zgodnie z § 5 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)*, przed rozpoczęciem czynności kontrolnych złożyli pisemne oświadczenia o braku okoliczności uzasadniających wyłączenie z udziału w kontroli.

(dowód: akta kontroli str. 30-32)

Przed przystąpieniem do czynności kontrolnych, zespół kontrolerów przekazał upoważnienia do kontroli nr 23/2024, 24/2024 i 25/2025 oraz dokonał wpisu do książki kontroli.

Upoważnienia do przeprowadzenia kontroli zostały udzielone w dniu 29 maja 2024 roku przez Dyrektora Wydziału Zdrowia działającą z upoważnienia Wojewody Łódzkiego.

Przedmiotowe upoważnienia wydano na podstawie art. 31 ust. 1 pkt 2 i ust. 2 *ustawy z dnia*

ŁÓDZKI URZĄD WOJEWÓDZKI W ŁÓDZI

90-926 Łódź, ul. Piotrkowska 104, tel.: (+48) 42 664 10 00, fax: (+48) 42 664 10 40 Elektroniczna Skrzynka Podawcza ePUAP: /lodzuw/SkrytkaESP
<https://www.gov.pl/web/uw-lodzki>

Administratorem danych osobowych jest Wojewoda Łódzki. Dane przetwarzane są w celu realizacji czynności urzędowych. Masz prawo do dostępu, sprostowania, ograniczenia przetwarzania danych. Więcej informacji znajdziesz na stronie <https://www.gov.pl/web/uw-lodzki> w zakładce ochrona danych osobowych.

8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (t.j. Dz. U. z 2024 r., poz. 652) w związku z art. 122 ust. 1-6 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2023 r., poz. 991 ze zm.) oraz § 6 ust. 3 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).

(dowód: akta kontroli str. 33-35)

Zakres kontroli:

Funkcjonowanie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (SOR) w oparciu o przepisy ustawy o PRM, rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. z 2024 r., poz. 336 zez zm.) zwanego dalej rozporządzeniem w sprawie SOR oraz Plan Działania Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne dla Województwa Łódzkiego, zwany dalej *Planem*.

Na podstawie § 7 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych, ze względu na dobro kontroli, tj. ustalenie stanu faktycznego w SOR w dniu kontroli, odstąpiono od zawiadomienia jednostki kontrolowanej o zakresie kontroli oraz przewidywanym czasie trwania czynności kontrolnych.

(dowód: akta kontroli str. 36)

Ocena skontrolowanej działalności ze wskazaniem ustaleń, na których została oparta oraz przyczyny, zakres i skutki stwierdzonych nieprawidłowości:

I. Informacje o jednostce kontrolowanej:

- wydruk z Krajowego Rejestru Sądowego numer: : 0000020006 (stan na dzień 20 maja 2024 roku);
- wydruk częściowy z księgi rejestrowej nr: 000000004416 (stan na dzień 10 maja 2024 roku), zgodnie z którą Szpitalny Oddział Ratunkowy jest komórką organizacyjną o kodzie resortowym - 016.

(dowód: akta kontroli str. 1-29)

Na podstawie ww. danych Zespół kontrolerów ustalił, że jednostka kontrolowana została wpisana do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego przez Wojewodę Łódzkiego, w dniu 28 października 1994 roku do księgi rejestrowej numer: 000000004416.

W czasie kontroli wyjaśnień udzielali:

- Pan Krzysztof Strąk - Zastępca Dyrektora ds. Opieki Zdrowotnej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. M. Skłodowskiej Curie w Zgierzu,
- Pan Paweł Goździk – Lekarz kierujący Szpitalnym Oddziałem Ratunkowym
- Pani Katarzyna Bęckowska - p.o. Pielęgniarki Oddziałowej Szpitalnego Oddziału Ratunkowego.

W czynnościach kontrolnych SOR uczestniczyli: Zastępca Dyrektora ds. Opieki Zdrowotnej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. M. Skłodowskiej Curie w Zgierzu, a także Lekarz kierujący i p.o. Pielęgniarki Oddziałowej SOR, którzy udzielali niezbędnych wyjaśnień i oprowadzili Zespół kontrolerów po SOR.

II. Oględziny SOR:

Zespół kontrolerów przeprowadził oględziny SOR w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. M. Skłodowskiej Curie w Zgierzu ul. Parzęczewska 35, z których sporządzono Protokół oględzin, stanowiący Załącznik do Projektu Wystąpienia Pokontrolnego.

(dowód: akta kontroli str. 37-48)

III. Organizacja i wyposażenie SOR

1) Lokalizacja SOR

SOR znajduje się w szpitalu spełniającym wymagania określone w § 4 ust. 1 (w zakresie oddziałów szpitalnych), § 4 ust. 2 (w zakresie powierzchni do prawidłowego funkcjonowania obszarów) i w § 4 ust. 4 (w zakresie dostępności do całodobowych badań) *rozporządzenia w sprawie SOR*.

SOR zlokalizowany jest na poziomie wejścia dla pieszych i podjazdu specjalistycznych środków transportu sanitarnego, z osobnym wejściem dla pieszych oddzielnym od trasy podjazdu specjalistycznych środków transportu sanitarnego, spełniając wymagania określone w § 3 ust. 1 *rozporządzenia w sprawie SOR*.

Wejście dla pieszych i podjazd dla specjalistycznych środków transportu sanitarnego spełniają wymagania określone w § 3 ust. 2 *rozporządzenia w sprawie SOR* (przelotowy wjazd jest dla dwóch specjalistycznych środków transportu sanitarnego).

2) Minimalne wyposażenie SOR do przyłóżkowego wykonywania badań

Zgodnie z § 4 ust. 3 *rozporządzenia w sprawie SOR*, na minimalne wyposażenie SOR

do przyłóżkowego wykonywania badań składa się:

- a) analizator parametrów krytycznych,
- b) przyłóżkowy zestaw RTG,
- c) przewoźny ultrasonograf.

W dniu kontroli w SOR znajdował przewoźny ultrasonograf.

W dniu kontroli analizator parametrów krytycznych znajdował się w naprawie (chwilowo wykorzystywany jest z Oddziału Intensywnej Terapii), zaś przyłóżkowy zestaw RTG znajdował się w Zakładzie Radiologii na parterze budynku szpitala.

3) Obszary SOR i ich wyposażenie

W skład SOR wchodzi następujące obszary:

- a) segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć,
- b) resuscytacyjno-zabiegowy,
- c) wstępnej intensywnej terapii,
- d) terapii natychmiastowej,
- e) obserwacji,
- f) konsultacyjny,
- g) zaplecze administracyjno-gospodarcze.

Ww. obszary SOR zgodne z *rozporządzeniem w sprawie SOR*.

W dniu kontroli w SOR obszary te nie były oznakowane zgodnie z *rozporządzeniem w sprawie SOR*.

3a) Obszar segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć

Lokalizacja oraz wyposażenie w sprzęt obszaru zgodne z *rozporządzeniem w sprawie SOR*.

W obszarze znajdowały się 2 deski ortopedyczne z kompletem pasów na wymianę.

W obszarze znajduje się 1 gabinet do przeprowadzenia segregacji medycznej.

W dniu kontroli w SOR wyświetlacz zbiorczy systemu Trybu Obsługi Pacjenta w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (TOP SOR), nie odzwierciedlał rzeczywistej, aktualnej sytuacji w SOR w zakresie liczby oczekujących pacjentów na przyjęcie do SOR.

3b) Obszar resuscytacyjno-zabiegowy

Organizacja i wyposażenie Obszaru jest zgodne z *rozporządzeniem w sprawie SOR*, za wyjątkiem aparatu do znieczulania, który podczas oględzin znajdował się w Obszarze Terapii Natychmiastowej oraz respiratora stacjonarnego, który zgodnie w wyjaśnieniach osób uczestniczących w oględzinach, znajdował się w naprawie.

Obszar resuscytacyjno-zabiegowy składa się z jednej sali resuscytacyjno-zabiegowej z dwoma stanowiskami resuscytacyjnymi.

3c) Obszar wstępnej intensywnej terapii

Organizacja i wyposażenie Obszaru zgodne z *rozporządzeniem w sprawie SOR*.

Środki przeciwbólowe przechowywane w sejfie.

W Obszarze znajdują się 2 stanowiska intensywnej terapii.

3d) Obszar terapii natychmiastowej

Organizacja i wyposażenie Obszaru zgodne z *rozporządzeniem w sprawie SOR*.

W obszarze znajduje się Sala Zabiegowa oraz Sala Opatrunków Gipsowych.

3e) Obszar obserwacji

Organizacja i wyposażenie Obszaru zgodne z *rozporządzeniem w sprawie SOR*, za wyjątkiem stwierdzonych braków:

- przenośnego zestawu resuscytacyjnego z niezależnym źródłem tlenu i respiratorem transportowym (brak w Obszarze, przeniesiony do innego obszaru SOR),
- defibrylatora półautomatycznego lub manualnego, który znajduje się w serwisie.

3f) Obszar konsultacyjny

Organizacja i wyposażenie Obszaru zgodne z *rozporządzeniem w sprawie SOR*.

W obszarze znajduje się 1 gabinet badań lekarskich.

3g) Lądowisko

SOR posiada własne lądowisko w odległości ok. 200 m od SOR, czas dojazdu do SOR ok. 1 minuty .

SOR zabezpieczają 2 specjalistyczne środki transportu sanitarnego oraz 2 ambulanse.

. IV. Analiza obsady personalnej SOR

Obsada personalna SOR zgodna z *rozporządzeniem w sprawie SOR*.

Zgodnie z § 12 ust. 1 *rozporządzenia w sprawie SOR*, minimalne zasoby kadrowe SOR stanowią:

- 1) *ordynator oddziału (lekarz kierujący oddziałem) będący lekarzem posiadającym tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny ratunkowej;*
- 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 pielęgniarek lub ratowników medycznych oraz rejestratorek medycznych i personelu pomocniczego;

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;

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 § 16 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia w sprawie SOR - do dnia

- 1) 30 czerwca 2024 r. ordynatorem oddziału (lekarzem kierującym oddziałem),*
- 2) 31 grudnia 2026 r. wyznaczonym lekarzem, o którym mowa w § 12 ust. 2 (Ordynator oddziału (lekarz kierujący oddziałem) lub wyznaczony przez niego spośród lekarzy systemu, lekarz posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny ratunkowej albo lekarz 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, zwani dalej „lekarzem dyżurnym oddziału”, koordynują pracę oddziału w systemie całodobowym - jest lekarz systemu.*

Z przedstawionych dokumentów oraz złożonych wyjaśnień wynika, iż obsadę personalną SOR stanowią:

- Lekarz Kierujący SOR,
- p.o. Pielęgniarki Oddziałowej SOR,
- lekarze oraz pielęgniarki w liczbie niezbędnej do zabezpieczenia prawidłowego funkcjonowania oddziału,
- rejestratorki medyczne.

Aktualnie kierujący SOR jest lekarz po zakończonym szkoleniu specjalistycznym w zakresie

medycyny ratunkowej i przed egzaminem specjalizacyjnym.

W przedłożonym grafiku dyżurów lekarskich w dniu:

- 07 maja 2024r. od godziny 08.00 do godziny 19.00;
- 18 maja 2024r. od godziny 18.00 do godziny 22.00

stwierdzono w obsadzie lekarskiej brak lekarza dyżurnego Oddziału o specjalizacji wymienionej w ww. rozporządzeniu.

(dowód: akta kontroli str. 49-54)

Zgodnie z pouczeniem zawartym w projekcie wystąpienia pokontrolnego, na podstawie § 22 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 roku w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych kierownik jednostki kontrolowanej miał prawo w terminie 7 dni od dnia otrzymania projektu wystąpienia pokontrolnego, do zgłoszenia umotywowanych pisemnych zastrzeżeń do ustaleń i ocen zawartych w projekcie wystąpienia pokontrolnego. Termin ten uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem pismo zostało nadane w polskiej placówce pocztowej.

Jak wynika z pocztowego potwierdzenia odbioru, projekt wystąpienia pokontrolnego został odebrany w dniu 15 lipca 2024 r., a w dniu 18 lipca 2024 r. do Łódzkiego Urzędu Wojewódzkiego w Łodzi wpłynęły wyjaśnienia Kierownika jednostki kontrolowanej do ustaleń kontroli zawartych w projekcie wystąpienia pokontrolnego, natomiast nie zgłoszono zastrzeżeń do projektu wystąpienia pokontrolnego. Z przedłożonych wyjaśnień i dokumentów wynika, iż wydruki grafików pracy lekarzy są przygotowywane w systemie arkuszy google, który przy wydruku w formie papierowej, nie obejmuje wszystkich danych, co zaistniało w opisanym przypadku:

- w dniu 07 maja 2024 r. od godziny 08.00 do godziny 19.00 dyżur pełnił lekarz posiadający specjalizację z dziedziny chirurgii ogólnej (załącznik do faktury zawierający rozliczenie przepracowanych godzin w maju br.);
- w dniu 18 maja 2024 r. od godziny 18.00 do godziny 22.00 dyżur pełnił lekarz będący w trakcie specjalizacji z anestezyjologii i intensywnej terapii (załącznik do faktury zawierający rozliczenie przepracowanych godzin w maju br.).

V. Ocena skontrolowanej działalności

Na podstawie powyższych ustaleń Zespół kontrolerów dokonuje następujących ocen funkcjonowania szpitalnego oddziału ratunkowego:

- pozytywnie ocenia się lokalizację SOR;

- pozytywnie ocenia się organizację SOR w podmiocie leczniczym w zakresie komórek organizacyjnych wymienionych w *rozporządzeniu w sprawie SOR*;
- pozytywnie z nieprawidłowościami ocenia się minimalne wyposażenie SOR do przyłóżkowego wykonywania badań z uwagi na brak w Obszarze SOR analizatora parametrów krytycznych (z informacji uzyskanych podczas oględzin SOR wynikało, że sprzęt znajdował się w naprawie) oraz przyłóżkowego zestawu RTG (z uzyskanych informacji wynikało, że sprzęt znajdował się w Zakładzie Radiologii);
- pozytywnie z uchybieniami ocenia się zgodność obszarów SOR z § 5 *rozporządzenia w sprawie SOR* - (jako uchybienie uznaje się nieprawidłowe oznakowanie Obszarów SOR);
- pozytywnie z uchybieniami ocenia się organizację i wyposażenie Obszaru segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć; (jako uchybienie uznaje się niezgodność rzeczywistej liczby pacjentów oczekujących na przyjęcie do SOR w stosunku do liczby osób zamieszczonych na wyświetlaczu systemu TOP SOR);
- pozytywnie z nieprawidłowościami ocenia się organizację i wyposażenie Obszaru resuscytacyjno-zabiegowego (jako nieprawidłowość uznaje się brak w Obszarze aparatu do znieczulania, który znajdował się w Obszarze Terapii Natychmiastowej) oraz respiratora stacjonarnego (z informacji uzyskanych podczas oględzin SOR wynikało, że sprzęt znajdował się w naprawie);
- pozytywnie ocenia się organizację i wyposażenie Obszaru wstępnej intensywnej terapii;
- pozytywnie ocenia się organizację i wyposażenie Obszaru terapii natychmiastowej;
- pozytywnie z nieprawidłowościami ocenia się organizację i wyposażenie Obszaru obserwacji; (jako nieprawidłowość ocenia się brak w Obszarze przenośnego zestawu resuscytacyjnego z niezależnym źródłem tlenu i respiratorem transportowym (który został przeniesiony do innego Obszaru SOR) oraz brak defibrylatora półautomatycznego lub manualnego (z informacji uzyskanych podczas oględzin SOR wynikało, że sprzęt znajdował się w naprawie);
- pozytywnie ocenia się organizację i wyposażenie obszaru konsultacyjnego;
- pozytywnie ocenia się funkcjonowanie lądowiska;
- pozytywnie ocenia się zapewnienie obsady personalnej SOR.

Podstawą do ustaleń zawartych w przedmiotowym wystąpieniu pokontrolnym są dokumenty wymienione w treści projektu wystąpienia pokontrolnego wraz z protokołem oględzin SOR

oraz dokumenty zweryfikowane w jednostce kontrolowanej dotyczące kwalifikacji zawodowych lekarzy SOR, a także wyjaśnienia Kierownika jednostki kontrolowanej złożone pismem z dnia 17 lipca 2024 r., znak:DOK.066.6.2.24 (data wpływu do ŁUW w Łodzi: 18 lipca 2024 r.).

VI. Przyczyny, zakres i skutki stwierdzonych nieprawidłowości

Zgodnie z art. 3 pkt 9 *ustawy o PRM* oraz § 2 *rozporządzenia w sprawie SOR*, SOR jako jednostka systemu udziela 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. SOR musi spełniać wymagania określone w rozporządzeniu w sprawie SOR, zarówno w zakresie organizacji, wyposażenia, jak i zasobów kadrowych.

Na podstawie analizy zgromadzonych w toku czynności kontrolnych dokumentów, złożonych wyjaśnień oraz ustaleń poczynionych przez Zespół kontrolerów na miejscu kontroli, dokonano opisaną powyżej oceny funkcjonowania SOR w oparciu o przepisy *ustawy o PRM*, *rozporządzenia w sprawie SOR* oraz *Plan*.

VII. Wskazanie imienia i nazwiska osób odpowiedzialnych za stwierdzone nieprawidłowości

- Pan Miłosz Dobrogowski – Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. M. Skłodowskiej Curie w Zgierzu.

VIII. Zalecenia, wnioski dotyczące usunięcia nieprawidłowości

Przedstawiając powyższe ustalenia zobowiązuję do podjęcia działań w celu wyeliminowania stwierdzonych w trakcie kontroli ww. nieprawidłowości oraz uchybień i zalecam dostosowanie organizacji oraz wyposażenia Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. M. Skłodowskiej Curie w Zgierzu do wymagań uregulowanych w *rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie SOR*.

Wystąpienie pokontrolne sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, z których jeden przekazuje się jednostce kontrolowanej.

Pouczenie

W terminie 14 dni od daty otrzymania niniejszego wystąpienia pokontrolnego proszę o przekazanie informacji o sposobie i terminie wykonania zaleceń, wykorzystaniu wniosków lub przyczynach ich niewykorzystania albo o innym sposobie usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości.

Zgodnie z § 25 ust. 6 *rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych* od wystąpienia pokontrolnego nie przysługują środki odwoławcze

Z up. WOJEWODY ŁÓDZKIEGO

Marzena Wochna
Dyrektor Wydziału Zdrowia
(podpisano elektronicznie)