



## WOJEWODA ŁÓDZKI

Łódź, 4 stycznia 2023 r.

ZD-II.431.8.2022

### WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

#### Oznaczenie jednostki kontrolowanej:

Szpital Powiatowy w Radomsku, ul. Jagiellońska 36, 97-500 Radomsko, zwany dalej *jednostką kontrolowaną*.

#### Data rozpoczęcia i zakończenia czynności kontrolnych w jednostce kontrolowanej:

3 listopada 2022 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;
- Marzena Wochna – Kierownik Oddziału Ratownictwa Medycznego Wydziału Zdrowia Łódzkiego Urzędu Wojewódzkiego w Łodzi – członek Zespołu kontrolerów;
- Anna Głuszczyk – 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. 14 - 16)*

Przed przystąpieniem do czynności kontrolnych, zespół kontrolerów przekazał upoważnienia do kontroli nr 37/2022, 38/2022 i 39/2022 oraz dokonał wpisu do książki kontroli.

Upoważnienia do przeprowadzenia kontroli zostały udzielone 27 października 2022 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 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2022 r., poz. 1720 ze zm.)*, zwanej dalej *ustawą o PRM*, w związku z art. 122 ust. 1-6 *ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r.*

#### 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.

*o działalności leczniczej (Dz. U. z 2022 r., poz. 633 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. 17 - 19)*

#### **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 2021 r., poz. 2048 ze 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. 20)*

#### **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: 0000051310 (stan na dzień 20 października 2022 roku);
- wydruk częściowy z księgi rejestrowej – nr: 0000000142 (stan na dzień 20 października 2022 roku), zgodnie z którą Szpitalny Oddział Ratunkowy jest komórką organizacyjną o kodzie resortowym – 257.

*(dowód: akta kontroli str. 1 – 13)*

Na podstawie ww. danych Zespół kontrolerów ustalił, że jednostka kontrolowana została wpisana do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego przez Wojewodę Łódzkiego, w dniu 2 kwietnia 1993 roku do księgi rejestrowej – numer: 000000005180.

W czasie kontroli wyjaśnień udzielali:

- Pan Piotr Kagankiewicz – Dyrektor Szpitala Powiatowego w Radomsku,
- Pan Przemysław Drozdek – Kierownik Kancelarii,

- Pani Katarzyna Patek – Pielęgniarka Koordynująca SOR.

Do uczestnictwa w czynnościach kontrolnych SOR, Dyrektor Szpitala Powiatowego w Radomsku wyznaczył Panią Katarzynę Patek oraz Pana Przemysława Drozdek, którzy udzielali niezbędnych wyjaśnień i oprowadzili Zespół kontrolerów po SOR.

(dowód: akta kontroli str. 21)

## **II. Oględziny SOR:**

Zespół kontrolerów przeprowadził oględziny SOR w Szpitalu Powiatowym w Radomsku, przy ul. Jagiellońskiej 36, z których sporządzono Protokół oględzin, stanowiący Załącznik do niniejszego Projektu Wystąpienia Pokontrolnego.

(dowód: akta kontroli str. 22-28)

## **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 jednego specjalistycznego środka 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 nie był dostępny przyłóżkowy zestaw RTG. Zgodnie z wyjaśnieniami udzielonymi podczas oględzin SOR, przyłóżkowy zestaw RTG znajdował się obok SOR – w Pracowni Radiologii.

### **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*.

#### **3a) Obszar segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć**

Lokalizacja oraz wyposażenie Obszaru zgodne z *rozporządzeniem w sprawie SOR*.

W obszarze tym znajdowały się 2 deski ortopedyczne na wymianę, w tym jedna deska ortopedyczna nie posiadała kompletu pasów na wymianę.

#### **3b) Obszar resuscytacyjno-zabiegowy**

Organizacja i wyposażenie Obszaru jest zgodne z *rozporządzeniem w sprawie SOR*, za wyjątkiem stwierdzonego braku:

- zestawu do przetaczania i dawkowania leków i płynów oraz zestawu do szybkiego przetaczania płynów. Zgodnie z wyjaśnieniami udzielonymi podczas oględzin zestaw znajduje się w innym miejscu na terenie szpitala.

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*.

#### **3d) Obszar terapii natychmiastowej**

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

#### **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 (wymaga przeniesienia z innego Obszaru SOR),
- elektryczne urządzenie do odsysania (przeniesione do izolatki SOR)

### **3f) Obszar konsultacyjny**

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

W skład obszaru wchodzi 3 gabinety badań lekarskich.

### **3g) Lądowisko**

SOR posiada lądowisko zgodne z § 3 ust. 10 *rozporządzenia w sprawie SOR*.

## **IV. Analiza obsady personalnej SOR**

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

*(dowód: akta kontroli str. 30-241)*

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 2023 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, 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:

- ordynator SOR,
- pielęgniarka oddziałowa,
- lekarze oraz pielęgniarki w liczbie niezbędnej do zabezpieczenia prawidłowego funkcjonowania oddziału,
- rejestratorki medyczne.

Aktualnie ordynatorem SOR jest lekarz systemu. Od 1 stycznia 2023 r. zaplanowano, iż ordynatorem SOR będzie lekarz z tytułem specjalisty w dziedzinie medycyny ratunkowej.

*(dowód: akta kontroli str. 29)*

## **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, w dniu kontroli, przyłóżkowego zestawu RTG (z informacji uzyskanych podczas oględzin SOR wynikało, że sprzęt znajdował się w innej komórce organizacyjnej Szpitala);
- pozytywnie ocenia się zgodność obszarów SOR z § 5 *rozporządzenia w sprawie SOR*;
- pozytywnie z uchybieniami ocenia się organizację i wyposażenie Obszaru segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć; (jako uchybienie uznaje się brak kompletu pasów na wymianę );
- pozytywnie z uchybieniami ocenia się organizację i wyposażenie Obszaru resuscytacyjno-zabiegowego; jako uchybienie uznaje się brak w Obszarze zestawu do przetaczania i dawkowania leków i płynów oraz zestawu do szybkiego przetaczania płynów;

- pozytywnie ocenia się organizację i wyposażenie Obszaru wstępnej intensywnej terapii;
- pozytywnie ocenia się organizację i wyposażenie Obszaru terapii natychmiastowej;
- pozytywnie z uchybieniami ocenia się organizację i wyposażenie Obszaru obserwacji; jako uchybienie ocenia się brak przenośnego zestawu resuscytacyjnego z niezależnym źródłem tlenu i respiratorem transportowym oraz elektrycznego urządzenia do odsysania (znajdują się w innych Obszarach SOR);
- pozytywnie ocenia się organizację i wyposażenie Obszaru konsultacyjnego;
- pozytywnie ocenia się umiejscowienie lądowiska;
- pozytywnie ocenia się zapewnienie obsady personalnej SOR.

Podstawą do ustaleń zawartych w przedmiotowym projekcie wystąpienia pokontrolnego są dokumenty wymienione w treści niniejszego projektu wystąpienia pokontrolnego wraz z protokołem oględzin SOR oraz dokumenty zweryfikowane w jednostce kontrolowanej dotyczące kwalifikacji zawodowych lekarzy SOR.

#### **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 Piotr Kagankiewicz – Dyrektor Szpitala Powiatowego w Radomsku.

#### **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

wyposażenia Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Szpitalu Powiatowym w Radomsku do wymagań uregulowanych w *rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie SOR*.

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 doręczony 9 grudnia 2022 roku. Do Łódzkiego Urzędu Wojewódzkiego w Łodzi nie zgłoszono zastrzeżeń do projektu wystąpienia pokontrolnego.

W związku z powyższym, na podstawie § 25 ust. 1 i ust. 4 pkt. 1 *rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych*, w przypadku niezgłoszenia zastrzeżeń sporządza się wystąpienie pokontrolne obejmujące treść projektu wystąpienia pokontrolnego uzupełnione o zalecenia lub wnioski dotyczące usunięcia nieprawidłowości lub usprawnienia funkcjonowania jednostki kontrolowanej.

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**

***Kamil Wojtysiak***  
**Zastępca Dyrektora Wydziału Zdrowia**