



WOJEWODA ŁÓDZKI

ZD-II.431.9.2024

Łódź, 9 grudnia 2024 r.

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

Oznaczenie jednostki kontrolowanej:

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 1 im. Norberta Barlickiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, ul. Stefana Kopcińskiego 22, 90-153 Łódź, zwany dalej *jednostką kontrolowaną*.

Data rozpoczęcia i zakończenia czynności kontrolnych w jednostce kontrolowanej:

15.10.2024 r.

Osoby kontrolujące:

Kontrola została przeprowadzona przez zespół kontrolerów w składzie:

- Krzysztof Piątkowski - Wojewódzki Koordynator Ratownictwa Medycznego - 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. 45-47)

Przed przystąpieniem do czynności kontrolnych, zespół kontrolerów przekazał upoważnienia do kontroli nr 60/2024, 61/2024 i 62/2024 oraz dokonał wpisu do książki kontroli.

Upoważnienia do przeprowadzenia kontroli zostały udzielone w dniu 11 października 2024 r. przez Zastępcę Dyrektora Wydziału Zdrowia działającego z upoważnienia Wojewody Łódzkiego. Przedmiotowe upoważnienia wydano na podstawie art. 31 ust. 1 pkt 2 i ust. 2

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.

ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2024 r., poz. 652 ze zm.) w związku z art. 122 ust. 1-6 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2024 r., poz. 799) 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. 48-50)

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. 51)

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 13 września 2024 roku);
- wydruk częściowy z księgi rejestrowej nr: 000000018576 (stan na dzień 13 września 2024 roku), zgodnie z którą Szpitalny Oddział Ratunkowy jest komórką organizacyjną o kodzie resortowym - 142.

(dowód: akta kontroli str. 7-44)

Na podstawie ww. danych Zespół kontrolerów ustalił, że jednostka kontrolowana została wpisana do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego przez Wojewodę Łódzkiego, w dniu 24 listopada 1998 roku do księgi rejestrowej numer: 000000018576.

W czasie kontroli wyjaśnień udzielali:

- Monika Domarecka – Dyrektor SP ZOZ USK im. N. Barlickiego UM w Łodzi,
- Elżbieta Cieplucha – Kierownik Szpitalnego Oddziału Ratunkowego,
- Beata Piekarczyk-Kłys — wz. Pielęgniarki Oddziałowej Szpitalnego Oddziału Ratunkowego,
- Anna Dębińska -Zastępca Dyrektora ds. Administracji i Rozwoju Szpitala,
- Beata Smarzyk – Zastępca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa,
- Konrad Walczak – Zastępca Dyrektora ds. Organizacyjno-Medycznych.

W czynnościach kontrolnych SOR uczestniczyli: Zastępca Dyrektora ds. Organizacyjno-Medycznych, Zastępca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa, Zastępca Dyrektora ds. Administracji i Rozwoju oraz Kierownik Szpitalnego Oddziału Ratunkowego i Zastępca Pielęgniarki Oddziałowej SOR, którzy udzielali niezbędnych wyjaśnień i oprowadzili Zespół kontrolerów po SOR.

II. Oględziny SOR:

Zespół kontrolerów przeprowadził oględziny SOR w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym Nr 1 im. N. Barlickiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, ul. Kopcińskiego 22, z których sporządzono Protokół oględzin, stanowiący Załącznik do Projektu Wystąpienia Pokontrolnego.

(dowód: akta kontroli str. 52-61)

III. Organizacja i wyposażenie SOR

1) Lokalizacja SOR

SOR znajduje się w szpitalu spełniającym wymagania określone w § 4 ust. 1 (tj. dot. oddziałów szpitalnych za wyjątkiem § 4.1.1 w zakresie dotyczącym braku części urazowej), § 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 umożliwia jednoczesne przyjęcie 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 analizator parametrów krytycznych oraz przewoźny ultrasonograf znajdował się w SOR, zaś przyłóżkowy zestaw RTG zgodnie w wyjaśnieniach osób uczestniczących w oględzinach znajduje się w Zakładzie Radiologii na parterze budynku Szpitala i w razie potrzeby przewożony jest z Zakładu 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* za wyjątkiem Obszaru terapii natychmiastowej, w którym stwierdzono brak Sali opatrunków gipsowych.

W dniu kontroli obszary w SOR 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 3 deski ortopedyczne z kompletem pasów na wymianę.

W Obszarze znajdują się boksy wydzielone kotarami (brak gabinetów) do przeprowadzenia segregacji medycznej.

W dniu kontroli w SOR automat biletowy był wyłączony.

W obrębie Obszaru zapewnia się środki łączności w tym niezależny stały nasłuch radiowy na kanale ogólnopolskim - który w dniu kontroli nie był włączony. Po jego uruchomieniu, próba nawiązania łączności z Dyspozytornią Medyczną w Łodzi nie powiodła się.

3b) Obszar resuscytacyjno-zabiegowy

Organizacja i wyposażenie Obszaru jest zgodne z *rozporządzeniem w sprawie SOR*, za wyjątkiem, tj. brakiem:

- zestawu do monitorowania czynności życiowych, który podczas oględzin znajdował się w innym obszarze;
- mobilnego elektrycznego urządzenia do ssania (w chwili kontroli urządzenie było w innym obszarze - na terenie SOR);
- respiratora stacjonarnego, który znajdował się w obszarze obserwacyjnym;
- aparatu do ogrzewania płynów infuzyjnych, który znajdował się w obszarze obserwacyjnym.

Obszar resuscytacyjno-zabiegowy składa się z jednej sali resuscytacyjno-zabiegowej z dwoma stanowiskami resuscytacyjnymi. Obszar zabezpieczony w dostęp do próżni i ssaka próżniowego.

3c) Obszar wstępnej intensywnej terapii

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

3d) Obszar terapii natychmiastowej

Zgodnie z § 9 ust. 1 *rozporządzenia w sprawie SOR* Obszar terapii natychmiastowej składa się z Sali Zabiegowej oraz z Sali Opatrunków gipsowych.

W dniu kontroli stwierdzono w Obszarze brak Sali opatrunków gipsowych. Zgodnie z wyjaśnieniami osób uczestniczących w oględzinach, w przypadku przyjęcia pacjenta ortopedycznego – pacjent jest zabezpieczany szyną Kramera i przewożony do SP ZOZ Centralnego Szpitala Klinicznego w Łodzi. Szpital zapewnia transport sanitarny. Pomieszczenie wskazane przez osoby uczestniczące w oględzinach, które mogłoby służyć jako Sala opatrunków gipsowych, zapewnia dostęp do tlenu, powietrza i próżni oraz zapewnia przestrzeń do umieszczenia stanowiska do znieczulania z wyposażeniem.

W dniu kontroli w Sali zabiegowej stwierdzono:

- brak stołu zabiegowego z lampą operacyjną lub wózka transportowego z funkcją stołu zabiegowego;
- brak aparatu do znieczulania z wyposażeniem stanowiska do znieczulania wraz z zestawem monitorującym,

które zgodnie z wyjaśnieniami osób uczestniczących w oględzinach znajdowały się w Obszarze resuscytacyjno-zabiegowym.

3e) Obszar obserwacji

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

3f) Obszar konsultacyjny

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

Obszar znajduje się w pomieszczeniu, w którym wydzielono 5 boksów przedzielonych kotarami do badań lekarskich i 1 izolatka – gabinet.

3g) Lądowisko

SOR nie posiada własnego lądowiska. Korzysta z lądowiska SP ZOZ USK Nr 2 UM w Łodzi, które zlokalizowane jest w odległości ok. 3900 m od SOR, czas dojazdu do SOR ok. 15minut.

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; 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;

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) 31 grudnia 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.

Zgodnie z art. 3 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym

- lekarz systemu - oznacza:

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

- Lekarz Kierujący SOR,*
- Pielęgniarka Oddziałowa SOR,*
- lekarze oraz pielęgniarki i ratownicy medyczni w liczbie niezbędnej do zabezpieczenia prawidłowego funkcjonowania Oddziału,*
- rejestratorki medyczne.*

Aktualnie kierującym SOR jest lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie chorób wewnętrznych oraz kardiologii i będący w trakcie specjalizacji w dziedzinie epidemiologii.

Z przedłożonego Planu dyżurów za wrzesień 2024 r. wynika, że w dniach 5 i 30 września 2024 r. w godz. 08.00-15.00 dyżur pełnił 1 lekarz (oprócz kierownika SOR) a w dniu 12 września 2024 r. w godz. 15.00-20.00 dyżur na SOR był zapewniony przez 1 lekarza, który nie jest lekarzem systemu.

Z Planu dyżurów lekarskich w miesiącu wrześniu wynika, że w dniach: 01, 02, 04, 20, 26, 28 września 2024 r. od godziny 15.00 do godz. 08.00 dnia następnego, dyżur zabezpieczali lekarze bez specjalizacji i nie będący w trakcie specjalizacji wymienionej w ww. rozporządzeniu.

(dowód: akta kontroli str. 62-70)

V. Ocena skontrolowanej działalności

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

- pozytywnie ocenia się lokalizację SOR;
- pozytywnie z nieprawidłowościami ocenia się organizację SOR w podmiocie leczniczym w zakresie komórek organizacyjnych wymienionych w *rozporządzeniu w sprawie SOR* - (jako nieprawidłowość uznaje się brak części urazowej w zakresie oddziału chirurgii ogólnej);
- pozytywnie z nieprawidłowościami ocenia się minimalne wyposażenie SOR do przyłóżkowego wykonywania badań z uwagi na brak w dniu kontroli w Obszarze SOR przyłóżkowego zestawu RTG (z informacji uzyskanych od osób uczestniczących w oględzinach wynikało, że przyłóżkowy zestaw RTG znajduje się na parterze budynku w Zakładzie Radiologii i w razie potrzeby dostarczany jest do SOR). Kierownik jednostki kontrolowanej w piśmie z dnia 29 listopada 2024 r., znak: ODN/2535/2024 przedstawił, że „przyłóżkowy zestaw RTG znajduje się na parterze budynku (poziom-1), ale pomieszczenie to należy organizacyjnie do struktury SOR a nie do Zakładu Radiologii”. W ocenie Zespołu kontrolerów przepisy § 4 ust. 3 *rozporządzenia w sprawie SOR*, nie wskazują na możliwość dyslokacji urządzeń stanowiących minimalne wyposażenie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego do przyłóżkowego wykonywania badań.
- pozytywnie z nieprawidłowościami ocenia się zgodność obszarów SOR z § 5 *rozporządzenia w sprawie SOR* - (jako nieprawidłowość uznaje się brak Sali Opatunków Gipsowych oraz nieprawidłowe oznakowanie Obszarów SOR).

Wyjaśnienia złożone przez Kierownika jednostki kontrolowanej, iż „wszystkie obszary SOR zostały już oznakowane zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego” zostały przyjęte przez Zespół kontrolerów;

- pozytywnie z uchybieniami ocenia się organizację i wyposażenie Obszaru segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć - (jako uchybienie uznaje się wyłączony automat biletowy oraz wyłączony niezależny stały nasłuch radiowy na kanale ogólnopolskim). Kierownik jednostki kontrolowanej w złożonych wyjaśnieniach poinformował, iż „zdiagnozowano przyczynę awarii radia do łączności z Dyspozytornią Medyczną, którą było uszkodzenia anteny zewnętrznej na skutek najprawdopodobniej siły wyższej” – co zostało przyjęte przez Zespół kontrolerów;
- pozytywnie z nieprawidłowościami ocenia się organizację i wyposażenie Obszaru resuscytacyjno-zabiegowego (jako nieprawidłowość uznaje się brak w dniu kontroli w Obszarze: zestawu do monitorowania czynności życiowych, respiratora stacjonarnego, aparatu do ogrzewania infuzyjnych oraz elektrycznego urządzenia do ssania, które w czasie kontroli znajdowały się w innych Obszarach); Zespół kontrolerów przyjął wyjaśnienia przedstawione przez Kierownika jednostki kontrolowanej, z których wynika, iż obecnie „w Sali resuscytacyjno – zabiegowej znajduje się respirator stacjonarny Drager Infinity C500 oraz ciepłarka do ogrzewania płynów. Nieścisłości dotyczące wyposażenia obszarów były konsekwencją ich nieprecyzyjnego oznakowania”. Jednocześnie należy wskazać, iż rozporządzenie w sprawie SOR wyznaczając poszczególne obszary SOR przypisuje każdemu obszarowi SOR minimalne wyposażenie, które ma znajdować się w konkretnym obszarze SOR, co oznacza, że nie powinno być ono przenoszone z jednego obszaru do drugiego obszaru. Gdyby ustawodawca dopuszczał przemieszczanie sprzętu i produktów leczniczych na terenie całego SOR, w ww. rozporządzeniu nie wskazywałby minimalnego wyposażenia poszczególnych obszarów;
- pozytywnie ocenia się organizację i wyposażenie Obszaru wstępnej intensywnej terapii;
- pozytywnie z nieprawidłowościami ocenia się organizację i wyposażenie Obszaru terapii natychmiastowej (jako nieprawidłowość uznaje się brak Sali opatrunków gipsowych a w Sali Zabiegowej brak stołu zabiegowego z lampą operacyjną lub wózka transportowego z funkcją stołu zabiegowego i brak aparatu do znieczulania z wyposażeniem stanowiska do znieczulania wraz z zestawem monitorującym);
- pozytywnie ocenia się organizację i wyposażenie Obszaru obserwacji;

- pozytywnie z nieprawidłowościami ocenia się organizację i wyposażenie Obszaru konsultacyjnego (jako nieprawidłowość uznaje się brak podziału pomieszczenia na wydzielone gabinety lub boksy);
- pozytywnie z uchybieniami ocenia się funkcjonowanie lądowiska (jako uchybienie uznaje się odległość lądowiska od SOR z powodu czasu trwania transportu osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, specjalistycznym środkiem transportu sanitarnego do SOR powyżej 5 minut);
- pozytywnie z nieprawidłowościami ocenia się zapewnienie obsady personalnej SOR (jako uchybienie uznaje się jednoosobowe zabezpieczenie dyżuru przez lekarzy bez specjalizacji i nie będącymi w trakcie specjalizacji).

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

- Pani Monika Domarecka – Dyrektor SP ZOZ Nr 1 im. N. Barlickiego UM w Łodzi.

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 SP ZOZ Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym nr 1 im. N. Barlickiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi do wymagań uregulowanych przepisami *rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie SOR*.

Na podstawie § 22 *rozporządzenia Ministra Zdrowia 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 22 listopada 2024 r., a w dniu 02 grudnia 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.

Wystąpienie pokontrolne sporządzono w wersji elektronicznej. Przedmiotowy dokument został przekazany jednostce kontrolowanej za pośrednictwem platformy ePUAP.

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)