



WOJEWODA OPOLSKI

Opole, 1 grudnia 2025 r.

WZ.I.9612.14.2025
(znak sprawy)

**Pan
Andrzej Prochota
Dyrektor
Zespołu Opieki Zdrowotnej
w Oleśnie
ul. Klonowa 1
46 – 300 Olesno**

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

I. Dane identyfikacyjne kontroli

- 1. Nazwa i adres jednostki kontrolowanej:** Zespół Opieki Zdrowotnej w Oleśnie, 46 – 300 Olesno, ul. Klonowa 1 (zwany dalej ZOZ Olesno).
- 2. Podstawa prawna podjęcia kontroli:** art. 31 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tekst jedn. Dz. U. z 2025 r., poz. 91 ze zm.); zwana dalej ustawą o PRM.
- 3. Zakres kontroli:**
 - a) przedmiot kontroli:**

Kontrola w zakresie funkcjonowania szpitalnego oddziału ratunkowego zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
 - b) okres objęty kontrolą:** 01 stycznia – 31 maja 2025 r.
- 4. Rodzaj kontroli:** planowa/problemowa.
- 5. Tryb kontroli:** zwykły.
- 6. Termin kontroli:** 23.06 – 24.09.2025 r.

7. Skład zespołu kontrolnego:

- a) **Justyna Jaskiernia** – Starszy Inspektor Wojewódzki, Oddział Zdrowia Publicznego, Wydział Zdrowia Opolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Opolu, kierownik zespołu kontrolnego;
- b) **Katarzyna Drązek** – Starszy Inspektor Wojewódzki, Oddział Zdrowia Publicznego, Wydział Zdrowia Opolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Opolu, kontroler.

[dowód: Akta kontroli str. 1 – 6]

8. Kierownik jednostki kontrolowanej: Andrzej Prochota – Dyrektor Zespołu Opieki Zdrowotnej w Oleśnie od dnia 16 stycznia 2002 r.

9. Kontrolę wpisano do książki kontroli prowadzonej w jednostce kontrolowanej, pod poz. nr: 5.

II. Ocena skontrolowanej działalności, ze wskazaniem ustaleń, na których została oparta.

Na podstawie stwierdzonego w trakcie kontroli Zespołu Opieki Zdrowotnej w Oleśnie stanu faktycznego, kontrolujący ocenili **negatywnie** skontrolowaną działalność.

Ustalenia kontroli

1. ZOZ Olesno wpisany jest do Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem 0000001951 (zweryfikowano wg stanu na dzień 11.06.2025 r. - odpisu z Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Opolu, VIII Wydział Gospodarczy KRS nie pobrano).

ZOZ Olesno posiada wpis w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (RPWDL), prowadzonego przez Wojewodę Opolskiego – nr księgi rejestrowej 000000009626 (zweryfikowano wg stanu na dzień 11.06.2025 r. – odpisu z RPWDL prowadzonego przez Wojewodę Opolskiego nie pobrano).

Szpitalny Oddział Ratunkowy (SOR) zlokalizowany przy ul. Klonowej 1, 46 – 300 Olesno, wpisany jest do RPWDL pod l.p. 13.

ZOZ Olesno, zgodnie z wymogami wskazanymi w treści § 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (tekst jedn. Dz.U. z 2024 r. poz. 336 ze zm.), posiada w swojej strukturze niezbędne dla funkcjonowania szpitalnego oddziału ratunkowego komórki organizacyjne, takie jak:

- Oddział Chirurgii Ogólnej (l.p. 2 RPWDL),
- Oddział Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej (l.p.3 RPWDL),

- Oddział Wewnętrzny (l.p. 1 RPWDL),
- Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii (l.p. 7 RPWDL),
- Zakład Radiologii i Diagnostyki Obrazowej (l.p. 18 RPWDL),
- Poradnia Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej (l.p. 44 RPWDL).

Stanowisko Dyrektora Zespołu Opieki Zdrowotnej w Oleśnie zajmuje od dnia 16 stycznia 2002 r. Pan Andrzej Prochota (Umowa o świadczenie usług w zakresie zarządzania z dnia 15 stycznia 2002 r. NR Or. 1151 – 4/02; aktualne zatrudnienie na stanowisku – Uchwała Zarządu Powiatu w Oleśnie Nr 36/95/2019 z dnia 15 listopada 2019 roku w sprawie zatrudnienia Andrzeja Prochoty na stanowisku dyrektora Zespołu Opieki Zdrowotnej w Oleśnie oraz ustalenia wynagrodzenia miesięcznego).

[dowód: Akta kontroli str. 7 – 16]

[dowód: AKTA KONTROLI dok. el. cz. I – Ia i cz. III]

2. SOR ZOZ Olesno umieszczony jest w „Planie Działania Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne dla woj. opolskiego” oraz posiada umowę, na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne, zawartą z Opolskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w Opolu (kod umowy 08R/10051/03/08/PSZ/2025).
3. W dniu 23 czerwca 2025 r. kontrolujący w obecności [REDAKTOWANE] – Pielęgniarki Koordynującej Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, dokonali oględzin SOR pod względem spełniania wymagań, dotyczących lokalizacji oddziału w strukturze podmiotu, warunków technicznych, wyposażenia, organizacji, zasobów kadrowych, kwalifikacji personelu udzielającego świadczeń zdrowotnych oraz prowadzenia segregacji medycznej.

W wyniku oględzin stwierdzono, że SOR ZOZ Olesno 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 (chodnik). Wejście dla pieszych i podjazd dla specjalistycznych środków transportu są zadaszone, podjazd jest zamykany i otwierany automatycznie, przełotowy dla ruchu specj. środków transportu sanitarnego, zorganizowany niezależnie od innych podjazdów do szpitala. Na ścianie wejściowej do SOR znajduje się 1 tablica informacyjna (barwy niebieskiej) oraz napis „Szpitalny Oddział Ratunkowy Izba przyjęć”. **Brak wyraźnego oznakowania wzdłuż**

drogi dojścia i dojazdu – pas pieszy niewydzielony, brak oznakowania na znakach drogowych oznaczających drogę dojazdu do SOR.

Wejście dla pieszych i podjazd dla specj. środków transportu sanitarnego są niezależne od innych wejść i podjazdów – dostosowane również do potrzeb osób niepełnosprawnych (rampa boczna).

Oddział posiada własne, bezkolizyjne trakty komunikacyjne, niezależne od ogólnodostępnych traktów szpitalnych. Oddział zapewnia łatwą komunikację z Oddz. Anestezjologii i Intensywnej Terapii, blokiem operacyjnym, pracownią diagnostyki obrazowej oraz węzłem wewnątrzzpitalnej komunikacji pionowej (1 winda na blok porodowy bezpośrednio przy stanowisku rejestracji oraz 2 windy ogólnodostępne na parterze budynku).

Oddział posiada lądowisko, zlokalizowane w odległości niewymagającej użycia środka transportu sanitarnego.

Zgodnie z § 4 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (tekst jedn. Dz.U. z 2024 r. poz. 336 ze zm.), minimalne wyposażenie oddziału do przyłóżkowego wykonywania badań stanowi: analizator parametrów krytycznych oraz przewoźny ultrasonograf. **Brak na wyposażeniu przyłóżkowego zestawu RTG (wypożyczony na inny oddział).**

Zapewniony jest całodobowy dostęp do badań wskazanych w § 4 ust. 4 w/w rozporządzenia, **za wyjątkiem dostępu do badań endoskopowych (dostęp w godzinach pracy pracowni endoskopowej).**

W lokalizacji oddziału zapewniona jest możliwość krótkotrwałej izolacji pacjenta ze stwierdzoną lub podejrzeniem choroby zakaźnej (2 izolatki).

W SOR zostały wydzielone obszary zgodnie z treścią § 5 ust. 1 w/w rozporządzenia, natomiast nie zostały one prawidłowo oznakowane w przypadku obszaru resuscytacyjno-zabiegowego (oznaczenie jako sala resuscytacyjno-zabiegowa), obszaru obserwacji (oznaczenie jako sala obserwacyjna) oraz zaplecza administracyjno-gospodarczego (brak oznakowania).

Obszar segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć – zlokalizowany bezpośrednio przy wejściu dla pieszych oraz podjeździe dla specjalistycznych środków transportu sanitarnego. Wstępna ocena osób/pacjentów odbywa się przy stanowisku do rejestracji medycznej (2 stanowiska). W obrębie obszaru segregacji medycznej,

rejestracji i przyjęć zapewnione są warunki, o których mowa w treści § 6 ust. 2 (2 stanowiska do rejestracji, 2 sale do oceny stanu pacjenta: „POKÓJ BADAŃ”, „SALA SEGREGACJI MEDYCZNEJ”), zapewniona jest odpowiednia liczba desek ortopedycznych (§ 6 ust. 3 – 1 szt.) – umieszczona w sali opatrunków gipsowych obszaru terapii natychmiastowej, zapewnione są środki łączności (§6 ust. 4 pkt 1 i 2) oraz sprzęt do segregacji medycznej i rejestracji (§ 6 ust. 4 pkt 3 – **za wyjątkiem tabletów medycznych dla osób przeprowadzających segregację medyczną, segregacja dokonywana z wykorzystaniem komputerów stacjonarnych, problemy z łącznością tabletów**). W obszarze brak jest pomieszczenia higieniczno-sanitarnego (§ 6 ust. 4 pkt 4). Pomieszczenie higieniczno-sanitarne wyposażone w natrysk znajduje się przy sali opatrunków gipsowych. W obszarze znajduje się stanowisko dekontaminacji – bezpośrednio przy podjeździe specjal. środków transportu sanitarnego. W sali dekontaminacyjnej znajduje się wózek-wanna (łóżko z płachtą/basenem z odpływem). Sposób postępowania z pacjentem odpowiada wymogom określonym w treści § 6 ust. 6-11 oraz 13 w/w rozporządzenia (w SOR wyznaczono osobę odpowiedzialną za TRIAGE). W trakcie czynności kontrolnych w SOR brak możliwości weryfikacji spełniania wymogu określonego w § 6 ust. 12, 14 i 15 w/w rozporz. – do weryfikacji na podstawie otrzymanej dokumentacji (regulamin organizacyjny, dane z systemu TOPSOR).

Obszar resuscytacyjno-zabiegowy („SALA RESUSCYTACYJNO – ZABIEGOWA”) stanowi 1 sala z 2 stanowiskami (§ 7 ust. 1), wyposażonymi zgodnie z treścią § 7 w/w rozporządzenia, **za wyjątkiem:**

§ 7 ust. 3 pkt 1 – 1 stół zabiegowy zlokalizowany jest w sali zabiegowej obszaru terapii natychmiastowej,

§ 7 ust. 3 pkt 2 – aparat do znieczulenia zlokalizowany jest w sali zabiegowej obszaru terapii natychmiastowej,

§ 7 ust. 3 pkt 8 – aparat do powierzchniowego ogrzewania pacjenta zlokalizowany jest w sali obserwacyjnej,

§ 7 ust. 3 pkt 9 – zestaw do trudnej intubacji – brak,

oraz treścią § 7 ust. 4, **za wyjątkiem pkt 2 – brak respiratora stacjonarnego.**

Obszar wstępnej intensywnej terapii, w skład którego wchodzi 1 stanowisko intensywnej terapii, zapewnia realizację zadań określonych w treści § 8 w/w rozporządzenia, **za wyjątkiem pkt. 3-6.**

Obszar terapii natychmiastowej („SALA ZABIEGOWA”, „SALA OPATRUNKÓW GIPSOWYCH”) wyposażony zgodnie z treścią § 9 w/w rozporządzenia.

Obszar obserwacji, w skład którego wchodzi 4 stanowiska (łóżka szpitalne). **Brak wymaganego wyposażenia** określonego w § 10 ust. 1 w/w rozporządzenia, za wyjątkiem § 10 ust. 1 pkt 4.

Obszar konsultacyjny stanowią 2 gabinety („INTERNISTYCZNO-GINEKOLOGICZNY”, „CHIRURGICZNO-ORTOPEDYCZNO-PEDIATRYCZNY”), wyposażone zgodnie z treścią § 11 w/w rozporządzenia.

Integralną część protokołu oględzin stanowi lista kontrolna ze wskazanymi obszarami/wymogami.

Protokół oględzin oraz upoważnienie Dyrektora ZOZ Olesno do reprezentowania podczas oględzin dla [REDAKTOWANE] dołączono do akt kontroli.

[dowód: Akta kontroli str. 123 – 132]

Świadczenia zdrowotne w zakresie transportu sanitarnego realizowane są przez ZOZ Olesno we własnym zakresie oraz z udziałem podwykonawcy (Umowa nr DOAZ/O-T/37/348/2023 zawarta w dniu 18 grudnia 2023 z Opolskim Centrum Ratownictwa Medycznego, Aneks nr 1 Do umowy nr DOAZ/O-T/37/348/2023 o wykonanie usług transportu sanitarnego w pozycji siedzącej i leżącej, zawarty w dniu 17 grudnia 2024 roku).

[dowód: AKTA KONTROLI dok. el. zapytanie nr 2]

[dowód: AKTA KONTROLI dok. el. cz. VI]

W trakcie prowadzonych oględzin szpitalnego oddziału ratunkowego, kontrolujący potwierdzili/stwierdzili obecność 2 automatów biletowych – 1 dla osób zgłaszających się samodzielnie (§ 6 ust. 6 w/w rozporządzenia) oraz 1 dla osób przetransportowanych przez zespoły, jednostki, podmioty (§ 2 ust. 1 pkt 1 w/w rozporządzenia), za które bilet pobiera członek tego zespołu, jednostki czy podmiotu (§ 6 ust. 13 w/w rozporządzenia).

Wobec stwierdzonych braków i nieprawidłowości, poproszono Dyrektora ZOZ Olesno o złożenie wyjaśnień dotyczących:

- **przyczyn braku właściwego wyposażenia i wykorzystania poszczególnych obszarów SOR np.:**

- przyłóżkowy zestaw RTG – wg otrzymanej informacji został „wypożyczony na inny oddział”,
- aparat do znieczulania, który powinien znajdować się w obszarze resuscytacyjno-zabiegowym, stanowił wyposażenie obszaru terapii natychmiastowej,
- obszar obserwacyjny, w którym znajdują się 4 stanowiska (tylko łóżka szpitalne) – bez wymaganego wyposażenia, który ponadto nie jest w ogóle użytkowany.

[dowód: AKTA KONTROLI dok. el. zapytanie nr 8]

W złożonych wyjaśnieniach, Dyrektor ZOZ Olesno podał, że:

- „(...) 1. Aparat RTG mobilny będący na wyposażeniu SOR w czasie kontroli został wypożyczony na blok operacyjny w celu utrzymania ciągłości wykonywania zabiegów ortopedycznych w związku z awarią aparatu na sali ortopedycznej, która zaistniała 20.06.2025. Badania RTG wykonywane są w SOR sporadycznie, ponadto blok operacyjny zlokalizowany jest w bezpośrednim sąsiedztwie SOR, w każdej chwili istnieje możliwość przetransportowania aparatu do SOR a w przypadku, kiedy aparat byłby używany do zabiegu, ZOZ w Oleśnie posiada do dyspozycji aparat RTG przewoźny w OIOM, który zlokalizowany jest w tym samym poziomie co SOR.
2. SOR w ZOZ w Oleśnie posiada na wyposażeniu na dzień dzisiejszy trzy aparaty do znieczulenia, ich lokalizacja w chwili kontroli była zgodna z praktyką wykonywania ewentualnych znieczuleń, który są przeprowadzane raczej w obszarze terapii natychmiastowej a nie w obszarze resuscytacyjno – zabiegowym. Ponadto w tym obszarze jest stosunkowo duża rotacja pacjentów głównie transportowanych na wózkach i ze względu na rozmiary aparatu do znieczulenia utrudniałby on pracę personelu i narażony byłby na potencjalne uszkodzenia mechaniczne. Ewentualny transport w miarę potrzeb do obszaru resuscytacyjno – zabiegowego nie to około 5 metrów.
3. Obszar obserwacyjny wizytowany w trakcie oględzin zlokalizowany był w stosunkowo dużej odległości od obszaru resuscytacyjno – zabiegowego, który jest głównym terenem działania personelu SOR z tego powodu jest wykorzystywany stosunkowo rzadko. Od czasu pandemii do obserwacji pacjentów częściej wykorzystywane są izolatki i obszar resuscytacyjno – zabiegowy. Na wyposażeniu SOR na chwilę obecną jest jedenaście monitorów, w przypadku konieczności wykorzystania obszaru obserwacyjnego sprzęt jest

dostępny w SOR. W rozpoczętym aktualnie kapitalnym remoncie SOR przewidziana jest zmiana organizacji nadzoru nad pacjentami także w obszarze obserwacyjnym z monitoringiem wszystkich stanowisk obserwacyjnych.”

[dowód: AKTA KONTROLI dok. el. cz. XIV]

Z uwagi na aktualny brak możliwości weryfikacji kontrolujący przyjęli otrzymane wyjaśnienia.

➤ **braku wyraźnego oznakowania wzdłuż drogi dojścia i dojazdu do SOR oraz braku prawidłowego oznakowania obszarów SOR.**

[dowód: AKTA KONTROLI dok. el. zapytanie nr 12]

W złożonych wyjaśnieniach, Dyrektor ZOZ Olesno podał, że:

”(...) Od dnia 4 sierpnia 2025 r. w Zespole Opieki Zdrowotnej w Oleśnie prowadzona jest kompleksowa modernizacja Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, obejmująca szerokie zmiany lokalowe, instalacyjne i organizacyjne, z dostosowaniem do obowiązujących przepisów i standardów dla SOR. Roboty są prowadzone na czynnym oddziale, przy zachowaniu ciągłości udzielania świadczeń, co wpływa na tymczasową organizację ruchu i oznakowanie wewnętrzne oraz zewnętrzne.

Zgodnie z projektem modernizacji po zakończeniu bieżącego etapu prac zostanie rozpoczęta rozbudowa SOR o nowy obszar recepcyjny, strefę triage oraz gabinety Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej, wraz z dostosowaniem układu funkcjonalnego i komunikacyjnego oddziału. Dokumentacja projektowa przewiduje również prace w zakresie zagospodarowania terenu oraz instalacji zewnętrznych, co obejmuje remont i uporządkowanie dróg dojazdowych wraz z niezbędną infrastrukturą towarzyszącą.

Właściwe, docelowe oznakowanie zostanie wykonane i zamontowane po zakończeniu robót budowlanych i drogowych, tak aby odpowiadało stanowi powykonawczemu (układowi funkcjonalnemu i komunikacyjnemu) i było spójne z wymaganiami wynikającymi z przepisów dla jednostek ochrony zdrowia. Do czasu odbiorów końcowych stosowane jest oznakowanie tymczasowe zapewniające bezpieczeństwo ruchu wewnętrznego i dostęp do SOR w warunkach prowadzenia robót, przy czym jego forma i lokalizacja ulega zmianom wraz z postępem prac i etapowaniem inwestycji.”

[dowód: AKTA KONTROLI dok. el. cz. XVI]

Z uwagi na aktualny brak możliwości weryfikacji kontrolujący przyjęli otrzymane wyjaśnienia.

W trakcie prowadzonych oględzin pobrano:

- do wglądu paszporty/karty techniczne aparatury medycznej, znajdującej się na wyposażeniu szpitalnego oddziału ratunkowego, celem weryfikacji posiadania świadectwa dopuszczenia do użytkowania oraz
- dokumenty kadrowe (m.in. listy personelu, kwalifikacje personelu, grafiki), celem ustalenia stanu faktycznego w zakresie spełniania wymogów dot. minimalnych zasobów kadrowych SOR, zgodnie z treścią § 12 w/w rozporządzenia.

[dowód: Akta kontroli str. 138 – 358]

4. Kontrolujący zweryfikowali 73 paszporty/karty techniczne aparatury medycznej znajdującej się na wyposażeniu szpitalnego oddziału ratunkowego.

W zakresie ważności badań technicznych poddano kontroli całość otrzymanej dokumentacji. Szczegółową weryfikacją objęto losowo wybrany sprzęt i aparaturę medyczną (25), zgodnie z poniższym wyszczególnieniem tj.:

L.p	Nazwa/Typ/Rok produkcji/Nr seryjny	Termin następnego przeglądu
1.	DEFIBRYLATOR / LIFEPAK 20E/ Nr 49102959	18.03.2026 r.
2.	DEFIBRYLATOR / M-Series / Nr T09I115217	27.02.2026 r.
3.	DEFIBRYLATOR / BENE HEART D3 / Nr EL-6B029798	13.11.2025 r.
4.	APARAT DO ZNIECZULENIA / SULLA 808V / Nr ARDL 0086	03.12.2025 r.
5.	APARAT DO ZNIECZULENIA / EXEL 210 SE / Nr AMAR05940	03.12.2025 r.
6.	APARAT EKG / FARMY E600 / Nr 2018-02037	10.04.2026 r.
7.	APARAT EKG / ASCARD ORANGE / Nr 2575	04.03.2026 r.
8.	KAPNOMETR EMMA / OP33 / Nr 114787	26.02.2026 r.
9.	KARDIOMONITOR / EDAN X12 / Nr 261594 – M20312090003	27.03.2026 r.
10.	KARDIOMONITOR / BENEVISION N12 / Nr F8 - 04020250	09.10.2025 r.
11.	KARDIOMONITOR / BIOLIGHT Q7 / Nr Q071E012026	04.12.2025 r.
12.	KARDIOMONITOR / BIOLIGHT Q7 / Nr Q071E012603	04.12.2025 r.
13.	KRZESEŁKO KARDIOLOGICZNE / RESCULINE WSXG1 / Nr 88621/03	13.02.2026 r.

14.	POMPA INFUZYJNA STRZYKAWKOWA / PROMED SP5 / Nr SK91005101	27.03.2026 r.
15.	POMPA INFUZYJNA JEDNOSTRZYKAWKOWA / AP14 / Nr 14-08733-2016	25.02.2026 r.
16.	POMPA INFUZYJNA JEDNOSTRZYKAWKOWA / MONO 20/50 / Nr 4549	13.11.2025 r.
17.	LAMPA OPARACYJNA SUFITOWA / TL-01 ONYX / Nr 0465953569	13.11.2025 r.
18.	ŁÓŻKO WIELOFUNKCYJNE ELEKTRYCZNE / HILL-ROM MA8B 253105 / Nr 541061	23.04.2026 r.
19.	ŁÓŻKO WIELOFUNKCYJNE ELEKTRYCZNE / HILL-ROM MA8B 253105 / Nr 9859403K	23.03.2026 r.
20.	RESPIRATOR TRANSPORTOWY / OXYLOG VE300 / Nr ASND-0162	31.10.2026 r.
21.	RESPIRATOR / CARINA / Nr ASFM-0053	12.12.2025 r.
22.	STÓŁ OPERACYJNY PNEUMATYCZNY / FAMED SU-02 / Nr SU-0207-00083	27.03.2026 r.
23.	SSAK ELEKTRYCZNY / NEW ASKIR 30 / Nr 36755	13.11.2025 r.
24.	URZĄDZENIE DO OGRZEWANIA PACJENTA / MISTRAL AIR MA1200 / Nr 200927574/2020	04.12.2025 r.
25.	USG DO BADAŃ OGÓLNYCH / HITACHI ALOKA F 31 / Nr 204L2976	11.11.2025 r.

[dowód: Akta kontroli str. 135 – 136]

Wszystkie przedłożone paszporty techniczne sprzętu/aparatury medycznej posiadają ważne przeglądy techniczne. Listę „Arkusz 1” sprzętu/aparatury medycznej, znajdującej się w szpitalnym oddziale ratunkowym ZOZ Olesno dołączono do akt kontroli.

[dowód: Akta kontroli str. 133 – 134]

5. Na podstawie otrzymanego zaświadczenia, kontrolujący stwierdzili, że:

- 1) funkcję lekarza kierującego SOR, pełni od dnia 01.01.2008 r. [REDAKTOWANE]
[REDAKTOWANE] – lekarz specjalista medycyny ratunkowej,
- 2) funkcję pielęgniarki koordynującej pracę pielęgniarek, ratowników medycznych, rejestratorek medycznych oraz personelu pomocniczego SOR, pełni od dnia 01.11.2021 r. [REDAKTOWANE] – specjalistka pielęgniarstwa ratunkowego.

[dowód: Akta kontroli str. 137]

Według przedłożonych dokumentów pn.: „Wykaz pracowników SOR ZOZ Olesno zatr. na umowę o pracę i umowę zlecenie do dnia 31.05.2025”, „Personel pielęgniarski zatrudniony w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym na umowach cywilnoprawnych kontraktowych”, „WYKAZ PERSONELU LEKARSKIEGO SOR” w SOR ZOZ Olesno

zatrudnionych było 59 osób, w tym 8 na stanowisku lekarza, 28 na stanowisku pielęgniarki, 11 na stanowisku ratownika medycznego, 2 na stanowisku opiekuna medycznego, 4 na stanowisku sekretarki medycznej oraz 6 salowych.

[dowód: Akta kontroli str. 138 – 358]

Przeprowadzona weryfikacja dokumentów, stanowiących listy personelu (j.w.) wykazała rozbieżności z przedłożonymi grafikami czasu pracy w SOR (zestawienia w układzie tabelarycznym) dla poszczególnych miesięcy, objętych postępowaniem kontrolnym. Stwierdzono także częściowy brak dokumentów kwalifikacyjnych dla wykazywanego personelu. Wobec powyższego zwrócono się do Dyrektora ZOZ Olesno o uzupełnienie dokumentacji i złożenie wyjaśnień, jak niżej.

1. W obszarze personelu innego niż lekarski dot.:

- **rozbieżności pomiędzy przedłożonym dokumentem pn. „Wykaz pracowników SOR ZOZ Olesno zatrud. na umowę o pracę i umowę zlecenie do dnia 31.05.2025” oraz „Personel pielęgniarski zatrudniony w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym na umowach cywilnoprawnych kontraktowych”, a grafikami czasu pracy za miesiące styczeń-maj 2025 r. (tabelą wskazującą jako oddział: SOR), tj. brak pełnionych dyżurów w SOR przez osoby wskazane na wykazach np. [REDAKTOWANO], [REDAKTOWANO]:**
 - proszę o przekazanie właściwej listy personelu tj. listy osób, które pełnią dyżury tylko w SOR,
 - w związku z brakiem możliwości jednoznacznego potwierdzenia tożsamości części personelu, względem przedłożonych dokumentów kwalifikacyjnych, proszę o uwzględnienie na ww. liście pozycji dot. poprzednio używanego nazwiska,
 - uzupełnienie informacji dot. tożsamości osoby dla której przyporządkowano nr 21 na grafikach czasu pracy w SOR.
- **przedłożenia grafiku za miesiąc marzec 2024 r. zamiast za marzec 2025 r. – proszę o przekazanie właściwego grafiku.**
- **nieprzedłożenia dokumentów kwalifikacyjnych dla [REDAKTOWANO] – proszę o uzupełnienie braku.**

[dowód: AKTA KONTROLI dok. el. zapytanie nr 4]

W otrzymanych wyjaśnieniach Dyrektor ZOZ Olesno podał:

„(...) 1. Przesyłamy właściwą listę osób świadczących pracę zgodnie z grafikami w okresie od stycznia do maja 2025r.:

- W poprzednim wykazie znajdowały się osoby pracujące w Izbie Przyjęć jak również w Nocnej i Świątecznej Opiece Medycznej (np. [REDACTED]).

- W nowym wykazie osób w celu identyfikacji uwzględniono poprzednio używane nazwiska.

- osobą, która widnieje na grafiku w SOR dla której przyporządkowano nr 21 to [REDACTED].

2. Przedłożony grafik za marzec 2024r. to w istocie grafik za marzec 2025r. Osoba sporządzająca omyłkowo wpisała rok 2024. Na oryginale grafiku zostało to poprawione i podpisane przez Pielęgniarkę Koordynującą SOR [REDACTED]. W załączeniu przesyłamy kopię stosownego dokumentu.

3. Przedkładamy dokumenty kwalifikacyjne pielęgniarki [REDACTED].”

[dowód: AKTA KONTROLI dok. el. cz. VIII]

2. W obszarze personelu lekarskiego dot.:

➤ **liczby lekarzy zabezpieczających funkcjonowanie SOR, względem wymogu określonego w § 12 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (tekst jedn. Dz. U. z 2024 r., poz. 336 ze zm.).**

➤ **przyczyn niespełnienia wymogu w zakresie minimalnych zasobów kadrowych oddziału, tj. brak co najmniej jednego lekarza posiadającego kwalifikacje dla lekarza systemu przebywającego stale w oddziale (§ 12 ust. 1 pkt 3 ww. rozporządzenia), w dniach:**

- styczeń: 04.01.2025 r., 10.01.2025 r. (15:00-08:00), 11.01.2025 r., 18.01.2025 r., 24.01.2025 r. (15:00-08:00), 25.01.2025 r., 29.01.2025 r. (15:00-08:00),
- luty: 07.02.2025 r. (15:00-08:00), 08-09.02.2025 r., 12.02.2025 r. (15:00-08:00), 19.02.2025 r. (15:00-08:00), 22-23.02.2025 r.,
- marzec: 05.03.2025 r. (15:00-08:00), 07.03.2025 r. (15:00-08:00), 15.03.2025 r., 19.03.2025 r. (15:00-08:00), 22-23.03.2025 r., 30.03.2025 r.,
- kwiecień: 02.04.2025 r. (15:00-08:00), 05-06.04.2025 r., 12.04.2025 r., 18.04.2025 r. (15:00-08:00), 19.04.2025 r., 30.04.2025 r. (15:00-08:00),

- maj: 02.05.2025 r. (15:00-08:00), 04.05.2025 r., 14.05.2025 r. (15:00-08:00), 16.05.2025 r. (15:00-08:00), 17-18.05.2025 r., 21.05.2025 r. (15:00-08:00), 24.05.2025 r., 30.05.2025 r. (15:00-08:00).
- **osób wskazanych w przedłożonych grafikach jako pełniących dyżur w SOR, a niewykazanych w przedłożonym dokumencie pn. „WYKAZ PERSONELU LEKARSKIEGO SOR” z 23.06.2025 r. i dla których nie przedłożono dokumentów kwalifikacyjnych (proszę o uzupełnienie braku) tj.: [REDACTED] w dniach: 04 i 07.02.2025 r.**
- **potwierdzenia tożsamości osoby wskazanej w przedłożonych grafikach jako pełniącej dyżur w SOR oraz wykazanej w przedłożonym dokumencie pn. „WYKAZ PERSONELU LEKARSKIEGO SOR” z 23.06.2025 r. tj. [REDACTED].**

[dowód: AKTA KONTROLI dok. el. zapytanie nr 3]

W złożonych wyjaśnieniach, Pan Andrzej Prochota, Dyrektor ZOZ Olesno podał, że:

„(...) Ad. 1 i 2. W wymienionych dniach w miesiącach od stycznia do maja 2025 r., dyżury w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym pełnili: [REDACTED] oraz lek. [REDACTED]. [REDACTED] posiada wieloletnie doświadczenie w pracy w SOR oraz w Zespołach Ratownictwa Medycznego (w załączeniu oświadczenie pracodawcy). [REDACTED] zatrudniony jest w naszej placówce od 25.11.2021 r., od tego też momentu świadczył pracę zarówno w Oddziale Chirurgii Ogólnej jak i w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym. W kontrolowanym okresie, po uprzednim uzyskaniu stażu w naszej jednostce, za zgodą Kierownika SOR, pełnił samodzielnie dyżury medyczne. W załączeniu przesyłamy certyfikat lekarza jak również przebieg pracy zawodowej w Ukrainie.

Ad. 3 Przekazujemy dokumenty kwalifikacyjne personelu pracującego w dniach 04.02.2025r. oraz 07.02.2025r.- lekarze [REDACTED] oraz [REDACTED].

Ad. 4. We wszystkich posiadanych dokumentach osobowych, potwierdzających tożsamość również, niniejszy lekarz nosi imię i nazwisko: [REDACTED].”.

[dowód: AKTA KONTROLI dok. el. cz. VII]

W wyniku przeprowadzonej weryfikacji całości zgromadzonej dokumentacji kadrowej oraz złożonych wyjaśnień, stwierdzono, że:

- 1) podstawowe zasoby kadrowe SOR ZOZ Olesno – wg zaktualizowanej listy personelu – stanowiły 32 osoby, w tym 8 na stanowisku lekarza, 10 na stanowisku pielęgniarki, 8 na stanowisku ratownika medycznego, 2 na stanowisku opiekuna medycznego, 4 na stanowisku sekretarki medycznej,
- 2) dyżury w SOR pełniły również osoby na stałe przypisane do innych komórek organizacyjnych podmiotu (dot. głównie personelu pielęgniarskiego) – § 12 ust. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (tekst jedn. Dz.U. z 2024 r. poz. 336 ze zm.) dopuszcza udział personelu Nocnej i Świątecznej Opieki Medycznej do pracy w SOR,
- 3) personel SOR spełnia wymogi kwalifikacyjne określone w § 12 w/w rozporządzenia, **za wyjątkiem 2 lekarzy** tj.:
 - [REDAKTOWANE] – przytoczona w wyjaśnieniach Dyrektora ZOZ Olesno argumentacja nie wypełnia aktualnie obowiązującej definicji lekarza systemu, gdyż dla utrzymania statusu lekarza systemu, lekarz o którym mowa w art. 57 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 8 września 2006 r. Państwowym Ratownictwie Medycznym (tekst jedn. Dz. U. z 2025 r., poz. 91 ze zm.) był obowiązany rozpocząć szkolenie specjalizacyjne do dnia 01 stycznia 2018 r. czego w przypadku w/w lekarza ZOZ Olesno nie potwierdził, oraz
 - [REDAKTOWANE] – [REDAKTOWANE] jest lekarzem, który uzyskał kwalifikacje poza Unią Europejską a jego prawo wykonywania zawodu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej zostało wydane jedynie na określony zakres czynności zawodowych, co nie jest tożsame z uznaniem tytułu specjalisty w dziedzinie chirurgii ogólnej (w Centralnym Rejestrze Lekarzy brak adnotacji o posiadanych/uznanych specjalizacjach), dlatego też nie jest możliwe uznanie w/w lekarza jako spełniającego wymogi lekarza systemu, co skutkowało brakiem spełnienia wymogu w zakresie minimalnych zasobów kadrowych oddziału, tj. brak co najmniej jednego lekarza posiadającego kwalifikacje dla lekarza systemu przebywającego stale w oddziale w dniach pełnionych przez w/w lekarzy dyżurów,
- 4) w trakcie dyżuru w SOR świadczeń opieki zdrowotnej udzielał głównie 1 lekarz, za wyjątkiem:
 - styczeń-luty 16 dyżurów w godz. 08:00-15:00 pełniło 2 lekarzy,
 - marzec: 13 dyżurów w godz. 08:00-15:00 pełniło 2 lekarzy,

- kwiecień: 3 dyżury 24-godzinne pełniło 2 lekarzy, 3 dyżury w godz. 08:00-15:00 pełniło 3 lekarzy, 8 dyżurów w godz. 08:00-15:00 pełniło 2 lekarzy,
- maj: 1 dyżur 24-godzinny pełniło 2 lekarzy, 2 dyżury w godz. 15:00-08:00 pełniło 2 lekarzy, 2 dyżury w godz. 08:00-15:00 pełniło 3 lekarzy, 10 dyżurów w godz. 08:15:00 pełniło 2 lekarzy,

oraz średnio 3 osoby spośród pielęgniarek i ratowników medycznych.

Pełnienie dyżuru przez tylko 1 lekarza, stanowi naruszenie zapisów § 6 ust. 2 pkt 2 oraz § 12 ust. 1 pkt 3 w/w rozporządzenia, gdyż 1 lekarz nie zabezpieczy prawidłowego funkcjonowania oddziału, w zakresie spełnienia warunków dotyczących jednoczesnego przyjęcia co najmniej 2 osób oraz określonego przepisami prawa czasu oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem w poszczególnych kategoriach pilności.

6. Weryfikacja prowadzenia segregacji medycznej z użyciem systemu zarządzającego Trybami Obsługi Pacjentów w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (TOPSOR), nastąpiła poprzez analizę przyjęć pacjentów.

Kontrolujący wnieśli o przedłożenie zestawień miesięcznych z systemu TOPSOR, obrazujących ruch chorych w oddziale, zawierających informacje o liczbie przyjętych pacjentów w podziale na przyznany priorytet oraz szczegółowych raportów dziennych (za każdy 5 dzień miesiąca objętego kontrolą), uwzględniających dane dot. czasu poszczególnych etapów udzielania świadczeń zdrowotnych w SOR.

02 lipca 2025 r. otrzymano 310 raportów, w tym:

- 5 raportów miesięcznych pn. „Kolejki”, zawierających pola o nazwie: nazwa, całkowity czas pracy, liczba obsłużonych klientów, liczba osób które zrezygnowały z obsługi, liczba osób które czekały krócej niż 5 minut, maksymalny czas obsługi, procent obsłużonych klientów, procent klientów którzy zrezygnowali z obsługi, procent osób które czekały krócej niż 5 minut, średni czas obsługi,
- 305 raportów indywidulanych (w tym dwa błędnie wygenerowane i skorygowane 22.07.2025 r.), obrazujących ścieżkę pacjentów obsługiwanych w 5 i 15 dniu miesiąca objętego postępowaniem kontrolnym, zawierających pola o nazwie: czas, akcja, kolejka, stanowisko, użytkownik.

[dowód: AKTA KONTROLI dok. el. cz. V]

Weryfikacja otrzymanych materiałów wykazała niekompletność i niespójność danych pomiędzy poszczególnymi zestawieniami, wobec czego

kontrolujący ponownie zwrócili się o przygotowanie materiałów z TOPSOR do dalszej analizy.

W dniach 22 – 23 lipca 2024 r. otrzymano 15 zestawień:

- 5 plików w formacie PDF pn. „Dane_zródłowe_(...)”, zawierających pola o nazwie: data, nazwa kolejki, liczba osób obsłużonych w danej kolejce, obsłużony w kolejce, zakończony przez lekarza, zakończony przez skierowanie do NIŚOZ/POZ, liczba osób nieobsłużonych w danej kolejce, usunięcie z kolejki, oddalił się po triażu, oddalił się przed triażem, usunięty przez skierowanie do NIŚOZ/POZ, nie pojawił się po wezwaniu, numer wygenerowany omyłkowo, wypisany w HIS z pominięciem TOPSOR, odmowa przyjęcia wydana przez lekarza dyżurnego SOR, średni czas oczekiwania, średni czas obsługi, średni czas pobytu, ZRM,
- 5 plików w formacie Excel pn. „Zest_mies_(...)”, zawierających pola o nazwie: data, nazwa kolejki, liczba obsłużonych w danej kolejce, obsłużony w kolejce, zakończony przez lekarza, zakończony przez skierowanie do NIŚOZ/POZ, liczba nieobsłużonych w danej kolejce, usunięcie z kolejki, oddalił się po triażu, oddalił się przed triażem, usunięty przez skierowanie do NIŚOZ/POZ, nie pojawił się po wezwaniu, numer wygenerowany omyłkowo, wypisany w HIS z pominięciem TOPSOR, odmowa przyjęcia wydana przez lekarza dyżurnego SOR, średni czas oczekiwania, średni czas obsługi, średni czas pobytu, ZRM,
- 5 plików w formacie Excel, tj.: 012025_XLS, 022025_XLS, 032025_XLS, 042025_XLS, 052025_XLS, zawierających pola o nazwie: data, nazwa kolejki, liczba osób obsłużonych w danej kolejce, obsłużony w kolejce, zakończony przez lekarza, zakończony przez skierowanie do NIŚOZ/POZ, liczba osób nieobsłużonych w danej kolejce, usunięcie z kolejki, oddalił się po triażu, oddalił się przed triażem, usunięty przez skierowanie do NIŚOZ/POZ, nie pojawił się po wezwaniu, numer wygenerowany omyłkowo, wypisany w HIS z pominięciem TOPSOR, odmowa przyjęcia wydana przez lekarza dyżurnego SOR, średni czas oczekiwania, średni czas obsługi, średni czas pobytu, ZRM.

[dowód: AKTA KONYTOLI dok. el. cz. X - XII]

Według danych z raportów indywidualnych za 5 i 15 dzień każdego miesiąca, objętego postępowaniem kontrolnym (styczeń – maj 2025 r.), w SOR ZOZ Olesno

przyjęto łącznie 305 pacjentów. Podział pacjentów wg przyznanej kategorii pilności przedstawia poniższe zestawienie.

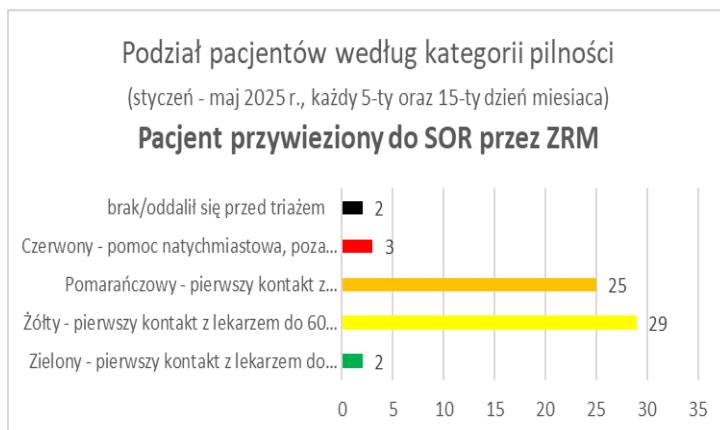
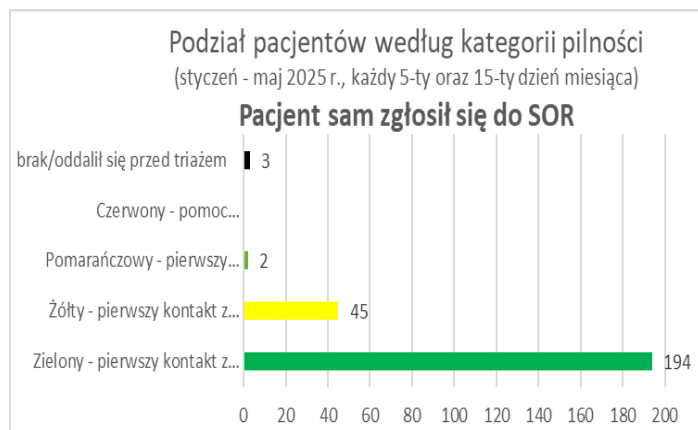
Zestawienie liczby pacjentów wg kategorii pilności.

Sposób przyjęcia	Liczba pacjentów SOR	Kategoria pilności					
		Niebieski pierwszy kontakt z lekarzem do 240 min. lub dłużej	Zielony pierwszy kontakt z lekarzem do 120 min.	Żółty pierwszy kontakt z lekarzem do 60 min.	Pomarańczowy pierwszy kontakt z lekarzem do 10 min.	Czerwony pomoc natychmiastowa, poza kolejnością.	Brak /oddalił się przed triażem
Styczeń - Maj 2025 r. (05-ty oraz 15-ty dzień każdego miesiąca)							
Samodzielnie	244	0	194	45	2	0	3
Przywieziony przez ZRM	61	0	2	29	25	3	2
Łącznie	305	0	196	74	27	3	5
Styczeń (05-ty oraz 15-ty dzień miesiąca)							
Samodzielnie	47	0	38	8	0	0	1
Przywieziony przez ZRM	9	0	0	5	4	0	0
Łącznie	56	0	38	13	4	0	1
Luty (05-ty oraz 15-ty dzień miesiąca)							
Samodzielnie	40	0	28	11	1	0	0
Przywieziony przez ZRM	11	0	0	8	3	0	0
Łącznie	51	0	28	19	4	0	0
Marzec (05-ty oraz 15-ty dzień miesiąca)							
Samodzielnie	43	0	35	6	1	0	1
Przywieziony przez ZRM	14	0	0	4	7	1	2
Łącznie	57	0	35	10	8	1	3
Kwiecień (05-ty oraz 15-ty dzień miesiąca)							
Samodzielnie	58	0	49	9	0	0	0
Przywieziony przez ZRM	16	0	1	7	7	1	0
Łącznie	74	0	50	16	7	1	0
Maj (05-ty oraz 15-ty dzień miesiąca)							
Samodzielnie	56	0	44	11	0	0	1
Przywieziony przez ZRM	11	0	1	5	4	1	0
Łącznie	67	0	45	16	4	1	1

- na podstawie danych z TOPSOR ZOZ Olesno.

Ilościowo przyznana kategoria pilności wykazywała różnice w zależności od trybu przyjęcia pacjenta do SOR, co zobrazowano na poniższych wykresach.

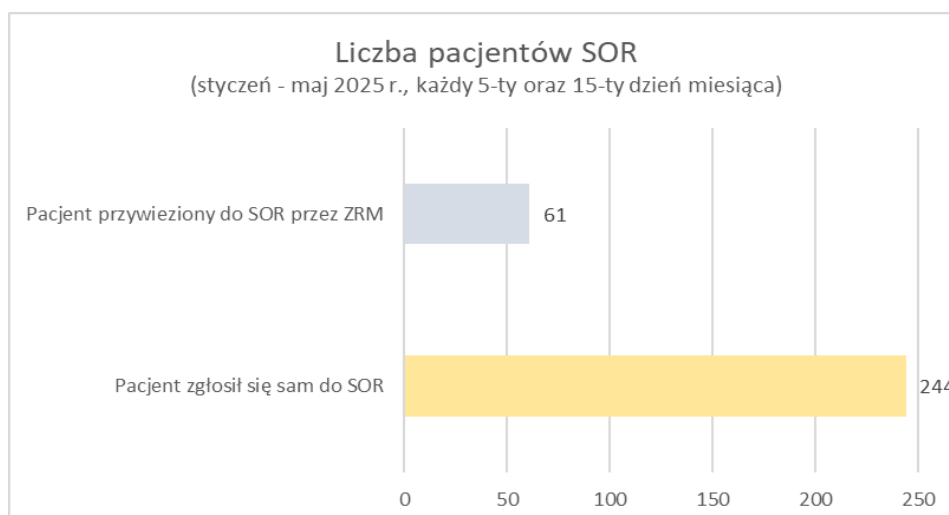
Podział wg kategorii pilności.



- na podstawie danych z TOPSOR ZOZ Olesno.

Wśród przyjętych pacjentów zdecydowaną większość stanowili pacjenci zgłaszający się do SOR samodzielnie.

Liczba pacjentów wg trybu zgłoszenia do SOR.



- na podstawie danych z TOPSOR ZOZ Olesno.

W toku dalszej analizy pozyskanego materiału zespół kontrolny stwierdził nieprawidłowości w postępowaniu z pacjentem, w zakresie przekroczenia dopuszczalnego czasu oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem oraz braku kontaktu z lekarzem – zgodnie z poniższym zestawieniem.

Nieprawidłowości w obsłudze pacjentów.

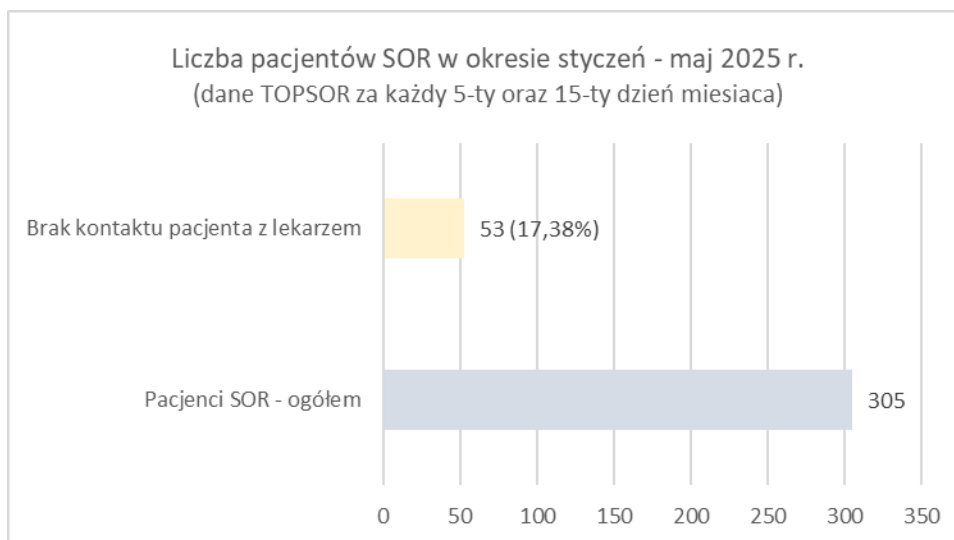
Sposób przyjęcia	Liczba pacjentów SOR	Kategoria pilności					
		Niebieski	Zielony	Żółty	Pomarańczowy	Czerwony	Brak /oddalił się przed triażem
		pierwszy kontakt z lekarzem do 240 min. lub dłużej	pierwszy kontakt z lekarzem do 120 min.	pierwszy kontakt z lekarzem do 60 min.	pierwszy kontakt z lekarzem do 10 min.	pomoc natychmiastowa, poza kolejnością.	
Styczeń (05-ty oraz 15-ty dzień miesiąca)							
Liczba przyjętych - łącznie	56	0	38	13	4	0	1
Przekroczenie dopuszczalnego czasu	4	0	0	1 02:08:33	3 01:40:11 00:25:53 00:19:21	0	0
Brak kontaktu z lekarzem	0	0	0	0	0	0	0
Luty (05-ty oraz 15-ty dzień miesiąca)							
Liczba przyjętych - łącznie	51	0	28	19	4	0	0
Przekroczenie dopuszczalnego czasu	2	0	0	1 01:25:06	1 01:00:20	0	0
Brak kontaktu z lekarzem	27	0	13	12	2	0	0
Marzec (05-ty oraz 15-ty dzień miesiąca)							
Liczba przyjętych - łącznie	57	0	35	10	8	1	3
Przekroczenie dopuszczalnego czasu	8	0	0	2 07:28:25 05:54:15	5 00:10:57 00:10:30 00:18:52 00:17:09 00:52:30	1 00:12:20	0
Brak kontaktu z lekarzem	3	0	2	1	0	0	0
Kwiecień (05-ty oraz 15-ty dzień miesiąca)							
Liczba przyjętych - łącznie	74	0	50	16	7	1	0
Przekroczenie dopuszczalnego czasu	1	0	0	1 04:23:48	0	0	0
Brak kontaktu z lekarzem	1	0	1	0	0	0	0
Maj (05-ty oraz 15-ty dzień miesiąca)							
Liczba przyjętych - łącznie	67	0	45	16	4	1	1

Przekroczenie dopuszczalnego czasu	5	0	0	3 01:35:45 03:11:44 03:20:44	2 00:36:15 00:31:17	0	0
Brak kontaktu z lekarzem	22	0	18	4	0	0	0

- na podstawie danych z TOPSOR ZOZ Olesno.

Zgodnie z danymi zaewidencjonowanymi w systemie TOPSOR spośród ogólnej liczby analizowanych przypadków (305), 53 pacjentów (17,38%) nie było obsługiwanych przez lekarza.

Brak kontaktu z lekarzem - dane liczbowe.



- na podstawie danych z TOPSOR ZOZ Olesno.

[dowód: Akta kontroli str. 359 - 373]

[dowód: AKTA KONTROLI dok. el. cz. V oraz cz. XI - XII]

Wobec powyższego, kontrolujący zwrócili się o złożenie wyjaśnień dot.:

➤ **przyczyn odnotowania w systemie TOP SOR statusu „zakończony przez lekarza” przez personel inny niż lekarski, tj.:**

- 15.01.2025 r. pacjent R981, użytkownik – [REDACTED],
- 05.03.2025 r. pacjent R180, użytkownik – [REDACTED],
- 15.03.2025 r. pacjent Z101, użytkownik – [REDACTED].

[dowód: AKTA KONTROLI dok. el. zapytanie nr 5]

W otrzymanej odpowiedzi, wskazano że:

„(...) **W przypadku :**

- 1) 15.01.2025 pacjent R 981 brak pobranego biletu w dniu 15.01.2025 o tym numerze, w dniu 14.01.2025 pacjent o tym numerze obsługiwany w TOP SOR w załączeniu kopia ścieżki pacjenta.

W przypadkach

2) 5.03.2025 pacjent R180

3) 15.03.2025 pacjent Z101

W czasie wykonywania triagu pracownik omyłkowo nie zakończył czynności co spowodowała brak możliwości wezwania przez lekarza w systemie TOP SOR. Faktycznie pacjenci zostali zarejestrowani w systemie HIS, zaopatrzeni przez lekarza i wypisani w systemie szpitalnym. Dokumentacja w zasobach ZOZ w Oleśnie.”

[dowód: AKTA KOTROLI dok. el. cz. XIII]

- **przyczyn nie przeprowadzenia segregacji medycznej i braku przyznania kategorii pilności pacjentowi Z102 z dnia 15.03.2025 r.**

[dowód: AKTA KONTROLI dok. el. zapytanie nr 6]

W otrzymanej odpowiedzi, wskazano że:

„(...) pacjent Z102 z dnia 15.03.2025 zarejestrowany w systemie TOP SOR i HIS nie zakończono triagu i nie wydrukowano karty, zaopatrzony przez lekarza w HIS, na podstawie posiadanej dokumentacji pacjent przywieziony przez ZRM po wypadku i natychmiast zaopatrywany przez lekarza. Dokumentacja w zasobach ZOZ w Oleśnie.”

[dowód: AKTA KONTROLI dok. el. cz. XIII]

- **braku kontaktu z lekarzem:**

- 25 pacjentów zarejestrowanych w SOR w dniu 05.02.2025 r. (spośród 27 wykazanych ogółem), w tym:
 - 2 pacjentów zakwalifikowanych wg kategorii pilności jako „kolor pomarańczowy” (Z829, Z830),
 - 12 pacjentów zakwalifikowanych wg kategorii pilności jako „kolor żółty” (R487, R488, R489, R491, R492, R493, R494, R497, Z828, Z831, Z832, Z833),
 - 11 pacjentów zakwalifikowanych wg kategorii pilności jako „kolor zielony” (R490, R496, R498, R499, R500, R501, R502, R503, R504, R505, R506),
- 2 pacjentów zarejestrowanych w SOR w dniu 15.02.2025 r. zakwalifikowanych wg kategorii pilności jako „kolor zielony” (R740, R749),
- 1 pacjenta zarejestrowanego w SOR w dniu 05.03.2025 r. zakwalifikowanego wg kategorii pilności jako „kolor zielony” (R192),

- 2 pacjentów zarejestrowanych w SOR w dniu 15.03.2025 r., w tym:
 - 1 zakwalifikowany wg kategorii pilności jako „kolor żółty” (R438),
 - 1 zakwalifikowany wg kategorii pilności jako kolor zielony” (R455),
- 1 pacjenta zarejestrowanego w SOR w dniu 05.04.2025 r. zakwalifikowanego wg kategorii pilności jako „kolor zielony” (R005),
- 15 pacjentów zarejestrowanych w SOR w dniu 05.05.2025 r. (spośród 38 wykazanych ogółem), w tym:
 - 3 zakwalifikowany wg kategorii pilności jako „kolor żółty” (R897, R910, Z466),
 - 12 zakwalifikowany wg kategorii pilności jako kolor zielony” (R888, R893, R894, R895, R898, R900, R901, R907, R911, R915, R921, R923),
- 7 pacjentów zarejestrowanych w SOR w dniu 15.05.2025 r., w tym:
 - 1 zakwalifikowany wg kategorii pilności jako „kolor żółty” (R192),
 - 6 zakwalifikowany wg kategorii pilności jako kolor zielony” (R174, R175, R176, R178, R179, R184).

[dowód: AKTA KONTROLI dok. el. zapytanie nr 7]

W otrzymanej odpowiedzi, wskazano że:

„(...) w przypadku braku kontaktu z lekarzem w systemie TOPSOR w wymienionych przypadkach częściowo spowodowane było awarią systemu- tj. z brakiem połączenia z siecią TOPSOR na tablecie w gabinecie lekarza SOR oraz wynikało z błędu ludzkiego tj. brakiem zalogowania się i obsługi w systemie TOPSOR w wyniku przeoczenia.

Jednocześnie informuję, że lekarz dyżurny został poinformowany przez triażystę o nadanym kodzie pilności strażowanych pacjentów i wszyscy pacjenci zostali przyjęci i zaopatrzeni przez lekarza w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym, czego dowodem jest dokumentacja medyczna.”

[dowód: AKTA KONTROLI dok. el. cz. XV]

➤ **przyczyn nieprawidłowego użytkowania systemu TOP SOR do dokumentowania pobytu pacjentów w oddziale – zapisane dane wskazują na nieprawdopodobnie krótki czas obsługi pacjenta w gabinecie triage oraz nierealny czas obsługi pacjenta w gabinecie lekarskim (dot. ok 70% przypadków z przekazanego materiału), jak np.:**

- pacjent R757 z 05.01.2025 r.:
 - wydrukowanie biletu – godz. 16:55:24,

- rejestracja – godz. 16:56:57 – 16:59:39 (2 min. 42 sek.),
- triage – godz. 17:02:11 – 17:06:13 (4 min. 2 sek.),
- kontakt z lekarzem/badanie – godz. 17:26:43 – 17:26:47 (4 sek.),
- pacjent Z107 z 15.03.2025 r.:
 - wydrukowanie biletu – godz. 17:39:51,
 - rejestracja – godz. 17:40:58 – 17:44:29 (3 min. 31 sek.),
 - triage – godz. 18:08:39 – 18:12:01 (3 min. 22 sek.),
 - kontakt z lekarzem/badanie – godz. 18:19:22 – 18:19:33 (11 sek.),
- pacjent R889 z 05.05.2025 r.:
 - wydrukowanie biletu – godz. 09:45:17,
 - rejestracja – godz. 09:45:22 – 09:47:56 (2 min. 34 sek.),
 - triage – godz. 09:49:55 – 09:52:31 (2 min. 36 sek.),
 - kontakt z lekarzem/badanie – godz. 10:06:09 – 10:06:16 (7 sek.).

[dowód: AKTA KONTROLI dok. el. zapytanie nr 9]

W otrzymanej odpowiedzi, wskazano że:

„(...) triage wykonany u pacjenta:

- R757 z dnia 05.01.2025 trwającym 4 minuty i 2 sekundy
- Z107 z 15.03.2025 r trwającym 3 minuty i 22 sekundy
- R889 z dnia 05.05.2025 r trwającym 2 minuty i 36 sekundy był wystarczającym czasem obsługi pacjenta na etapie triage- pacjenci urazowi, z pełnym wywiadem wg. SAMPLE, oceną świadomości, poziomem bólu oraz pomiarem parametrów życiowych.

Odnosząc się do zbyt krótkich czasów obsługi tychże pacjentów w gabinecie lekarskim przez lekarza w systemie TOPSOR, które są nierealne oraz nieadekwatne do rzeczywistego czasu poświęconego pacjentowi, stwierdzono, iż pacjenci zostali rutynowo „odkliknięci” w TOPSOR co wynikało z nienależytej staranności lekarza dyżurnego.

W związku z tym podjęto rozmowy dyscyplinujące z lekarzami dyżurnymi odnośnie należytej staranności przy obsłudze systemu TOPSOR.”

[dowód: AKTA KONTROLI dok. el. cz. XV]

- **niedochowania czasu oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem, wskazanych w § 6 ust. 9 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia**

27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (tekst jedn. Dz. U. z 2024 r., poz. 336), tj.:

- kolor czerwony oznacza natychmiastowy kontakt z lekarzem – dot. pacjentów:
 - Z105 z 15.03.2025 r. – czas oczekiwania 00:12:20,
- kolor pomarańczowy oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 10 minut – dot. pacjentów:
 - Z624 z 05.01.2025 r. – czas oczekiwania 00:25:53,
 - Z625 z 05.01.2025 r. – czas oczekiwania 00:19:21,
 - Z687 z 15.01.2025 r. – czas oczekiwania 01:40:11,
 - Z897 z 15.02.2025 r. – czas oczekiwania 01:25:06,
 - Z027 z 05.03.2025 r. – czas oczekiwania 00:18:52,
 - Z028 z 05.03.2025 r. – czas oczekiwania 00:17:09,
 - Z029 z 05.03.2025 r. – czas oczekiwania 00:33:09,
 - Z032 z 05.03.2025 r. – czas oczekiwania 00:52:30,
 - Z465 z 05.05.2025 r. – czas oczekiwania 00:36:15,
 - Z522 z 15.05.2025 r. – czas oczekiwania 00:31:17,
- kolor żółty oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 60 minut – dot. pacjentów:
 - Z621 z 05.01.2025 r. – czas oczekiwania 02:08:33,
 - Z026 z 05.03.2025 r. – czas oczekiwania 05:54:15,
 - R437 z 15.03.2025 r. – czas oczekiwania 07:28:25,
 - Z317 z 15.04.2025 r. – czas oczekiwania 04:23:48,
 - R195 z 15.05.2025 r. – czas oczekiwania 01:35:45,
 - Z518 z 15.05.2025 r. – czas oczekiwania 03:11:44,
 - Z519 z 15.05.2025 r. – czas oczekiwania 03:20:44,
- kolor zielony oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 120 minut – dot. pacjentów:
 - R448 z 15.03.2025 r. – czas oczekiwania 02:04:22.

[dowód: AKTA KONTROLI dok. el. zapytanie nr 10]

W otrzymanej odpowiedzi, wskazano że:

„(...) odnośnie niedochowania czasu oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem, informuję, że w sytuacji jednego lekarza dyżurnego w oddziale priorytetem jest zapewnienie opieki pacjentowi w stanie zagrożenia życia, więc w pierwszej

kolejności lekarz zajmuje się pacjentem, następnie obsługuje pacjenta w TOPSOR i wypełnia dokumentację medyczną.

Przeprowadzono rozmowy z lekarzami zwracając uwagę na konieczność prawidłowej obsługi systemu TOPSOR i dochowanie wymaganych czasów oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem, szczególnie u pacjentów priorytetowych jak i mniej pilnych, u których także czasy te była przekroczone.”

[dowód: AKTA KONTROLI dok. el. cz. XV]

- **przyczyn odnotowania w systemie TOP SOR statusu „zakończony przez lekarza” przez personel inny niż lekarski, tj.: 15.01.2025 r. pacjent R987, użytkownik – [REDACTED].**

[dowód: AKTA KONTROLI dok. el. zapytanie nr 11]

W otrzymanej odpowiedzi, wskazano że:

„(...) odnośnie odnotowania w systemie TOPSOR statusu „zakończony przez lekarza” informuję, że prawdopodobnie personel nie przypisał odpowiednio pacjenta do odpowiedniej kolejki.

Z dokumentacji medycznej wynika, że pacjent strażowany na kolor zielony ESI4, czego dowodem jest karta segregacji medycznej dołączona do dokumentacji medycznej.

W dokumentacji indywidualnej wewnętrznej Szpitalnego Oddziału Wewnętrznego dostępne są wszystkie Karty Segregacji Medycznej pacjentów.”

[dowód: AKTA KONTROLI dok. el. cz. XV]

Na podstawie przedłożonych kontrolującym materiałów, złożonych wyjaśnień oraz prowadzonych obserwacji w trakcie oględzin potwierdzono, że pacjent po przybyciu do oddziału jest poddawany rejestracji i segregacji medycznej (TRIAGE), z wykorzystaniem systemu TOPSOR, **natomiast pomimo wymogu określonego w § 6 ust. 15 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (tekst jedn. Dz. U. z 2024 r., poz. 336 ze zm.) system TOPSOR nie jest stosowany właściwie na wszystkich etapach udzielania świadczeń w SOR ZOZ Olesno** - czynności związane z obsługą pacjenta (m in. triage, pierwszy kontakt z lekarzem, czynności diagnostyczno-terapeutyczne, zakończenie dokumentacji) nie są odzwierciedlane w systemie TOPSOR w czasie rzeczywistym. Nieprawidłowe użytkowanie systemu uniemożliwia dokonanie obiektywnej oceny sposobu postępowania z pacjentem określonego w obowiązujących przepisach prawa.

W trakcie czynności kontrolnych zweryfikowano pozytywnie zapisy „Regulaminu Organizacyjnego” ZOZ Olesno, pod kątem spełniania wymagań, określonych w § 6 ust. 12 oraz § 13 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (tekst jedn. Dz. U. z 2024 r., poz. 336 ze zm.) oraz ustalono, że podmiot prawidłowo podał do publicznej wiadomości przez zamieszczenie na swojej stronie internetowej oraz wywieszenie na tablicy ogłoszeń w obszarze segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć SOR informacji, o których mowa w § 6 ust. 12 oraz §13 ust. 1 pkt 1 ww. aktu prawnego.

[dowód: Akta kontroli str. 17 – 122]

7. W okresie objętym kontrolą w Systemie Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego zarejestrowano 13 przypadków odmów przyjęć pacjentów przetransportowanych do SOR ZOZ Olesno przez zespoły ratownictwa medycznego.

[dowód: MATERIAŁ KONTROLNY dok. el. cz. I]

Kontrolujący zwrócili się do kierownika jednostki kontrolowanej o złożenie wyjaśnień w przedmiocie przyczyn i okoliczności tych zdarzeń.

[dowód: AKTA KONTROLI dok. el. zapytanie nr 1]

W złożonych wyjaśnieniach, Pan Andrzej Łucki, Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa ZOZ Olesno, podał że:

„(...) po zapoznaniu się z jego treścią rozpoczęliśmy identyfikację przypadków odmów przyjęć pacjentów do SOR wskazanych w załączonej do pism tabeli. Na podstawie przekazanych danych zidentyfikowaliśmy siedem przypadków, w pozostałych przypadkach nie udało się zidentyfikować pacjentów- w tej sprawie zwróciliśmy się do Państwa o uzupełnienie danych – do chwili obecnej nie uzyskaliśmy odpowiedzi.

Przypadki zidentyfikowane wyjaśniamy zgodnie z pozycjami tabeli:

1. ██████████- pozycja 1. Pacjent po operacji naczyniowej u którego wystąpiły wczesne powikłania pooperacyjne wymagające interwencji chirurgii naczyniowej-krwotok z miejsca operowanego po wstępnym zaopatrzeniu w SOR transportowany do oddziału chirurgii naczyniowej ZRM.
2. ██████████- pozycja 2 Objawy udaru po potwierdzeniu podejrzenia udaru skierowana do oddziału neurologicznego – po wykonaniu diagnostyki w IP neurologicznej nie stwierdzono świeżego ogniska skierowana do oddziału wewnętrznego w Oleśnie jako przewlekłe zmiany neurologiczne.

3. ████████ – pozycja 3 krwotok do pęcherza moczowego po potwierdzeniu rozpoznania skierowany do oddziału urologii w USK w Opolu gdzie został przyjęty do leczenia w trybie doraźnym.
4. ████████ – pozycja 4 pacjentka z zaburzeniami psychicznymi po próbie samobójczej po ocenie stanu ogólnego skierowana do doraźnego leczenia psychiatrycznego. W otrzymanym zestawieniu błędnie wpisano , że została przyjęta w ZOZ w Oleśnie
5. █████ pozycja 8 Objawy udaru po ocenie wstępnej skierowana do leczenia w oddziale neurologii w Opolu – w tym przypadku awaria TK nie była uzasadnieniem odmowy przyjęcia – awaria została zgłoszona 24.04.2025.
6. ████████ - pozycja 9 przy przyjęciu do SOR rozpoznano zator tętnicy ramiennej pacjentka skierowana do leczenia w oddziale chirurgii naczyniowej w Opolu w otrzymanym zestawieniu błędnie wpisano , że została przyjęta do leczenia w ZOZ w Oleśnie.
7. ████████ – pozycja 10 pacjentka z objawami udaru mózgu skierowana do leczenia w oddziale neurologicznym w zestawieniu błędnie wpisano, że przekazana do leczenia w ZOZ Oleśnie.

W pozostałych przypadkach nie udało się zidentyfikować pacjentów , których dotyczyły ewentualne odmowy przyjęcia . W pozycjach 5, 11, 12 ośrodkiem do którego zostali skierowani pacjenci był szpital Św. Jadwigi w Opolu w pozycjach 6,7 13 USK w Opolu. Na tej podstawie możemy domniemywać , że tak jak w wymienionych powyżej przypadkach odmowa przyjęcia do ZOZ w Oleśnie była uzasadniona koniecznością doraźnego leczenia w ośrodku specjalistycznym.

W analizowanej dokumentacji w części przypadków jest wzmianka o ustalaniu dalszego transportu z Koordynatorem Medycznym, we wszystkich analizowanych przypadkach pacjenci wymagali doraźnego leczenia w ośrodkach specjalistycznych z wyjątkiem pkt 4 pacjentka po diagnostyce neurologicznej powróciła do leczenia w oddziale wewnętrznym ZOZ w Oleśnie.

W naszej ocenie postępowanie lekarzy dyżurnych w analizowanych przypadkach nie było sprzeczne z art. 44 i 45 Ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Stan pacjentów został oceniony przez lekarza SOR jako wymagający natychmiastowego leczenia specjalistycznego , którego ZOZ w Oleśnie nie był w stanie zapewnić, a diagnostyka w SOR w Oleśnie i dalszy transport medyczny innym środkiem niż zespół ratownictwa medycznego mógł doprowadzić do pogorszenia stanu zdrowia chorych.”

[dowód: AKTA KONTROLI dok. el. cz. II]

Zespół kontrolny przekazał do ZOZ Olesno uzupełnione o nr PESEL zestawienie odmów przyjęć w SOR.

[dowód: MATERIAŁ KONTROLNY dok. el. cz. II]

W uzupełnieniu złożonych wyjaśnień, Pan Andrzej Prochota, Dyrektor ZOZ Olesno, podał że:

„W uzupełnienia pisma SK/77/2025r po otrzymaniu numerów PESEL uzupełniamy wyjaśnienia dotyczące odmów przyjęć do SOR w Oleśnie.

1. [REDAKTOWANE] pozycja 5 wpis o odmowie w dniu 6.04.2025 o godzinie 17.20 ? Pacjentka leczona w SOR w Oleśnie od 6.04.2025 od godziny 16.43 po wcześniejszej diagnostyce w IP neurologicznej w Opolu. Wg posiadanej dokumentacji pacjentka przewieziona przez ZRM do IP oddziału neurologicznego w Opolu w dniu 6.04.2025 o godzinie 10.08. po wykluczeniu udaru przekazana do SOR w Oleśnie.
2. [REDAKTOWANE] pozycja 6 Dziecko 6 miesięcy po urazie głowy po konsultacji chirurgicznej i pediatrycznej przekierowane do leczenia w Oddziale Chirurgii Dziecięcej USK w Opolu
3. [REDAKTOWANE] pozycja 7 po wypadku z urazem głowy po konsultacji z koordynatorem przekierowany do Centrum Urazowego w Opolu w związku ze zgłoszoną awarią TK w ZOZ w Oleśnie.
4. [REDAKTOWANE] pozycja 11 chora z objawami udaru mózgu skierowana do leczenia w oddziale neurologicznym.
5. [REDAKTOWANE] pozycja 12 chora z objawami udaru mózgu skierowana do leczenia w oddziale neurologicznym
6. [REDAKTOWANE] w dokumentacji ZOZ w Oleśnie nie znaleziono wpisu o wykonywaniu usług medycznych dotyczących tego pacjenta. Zwróciliśmy się do [REDAKTOWANE] figurującego w zestawieniu o wyjaśnienie, czy i z jakiego powodu była odmowa przyjęcia

Podtrzymujemy nasze stanowisko , że w wyjaśnionych przypadkach transport pacjentów przez zespoły ratownictwa medycznego do ośrodków specjalistycznych nie był sprzeczny z art. 44 i 45 Ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Przypadek opisany powyżej w pozycji 1 wynika prawdopodobnie z błędu w sprawozdaniu, przypadek z pozycji 6 będzie przez ZOZ w Oleśnie wyjaśniany.”

[dowód: AKTA KONTROLI dok. el. cz. IV]

Kontrolujący uznali za wystarczające złożone wyjaśnienia, z zastrzeżeniem, iż w odniesieniu do opisanych zdarzeń to podmiot kontrolowany powinien, stosownie do zapisów art. 33 ust. 2 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tekst jedn. Dz. U. z 2025 r., poz. 91 ze zm.), zapewnić niezwłoczny transport sanitarny pacjenta w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego do najbliższego zakładu leczniczego podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej w odpowiednim zakresie.

III. Zakres, przyczyny i skutki stwierdzonych nieprawidłowości oraz osoby odpowiedzialne za nieprawidłowości.

Nieprawidłowości stwierdzone w trakcie przeprowadzonych czynności kontrolnych

1. Brak właściwego oznakowania szpitalnego oddziału ratunkowego (droga dojścia i dojazdu), co stanowi naruszenie zapisów § 3 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (tekst jedn. Dz.U. z 2024 r. poz. 336 ze zm.) oraz przepisów wydanych na podstawie art. 38 ust. 3 pkt 2a ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, tj. część III Oznakowanie szpitalnych oddziałów ratunkowych Załącznika nr 2 Sposób oznakowania jednostek systemu państwowe ratownictwo medyczne do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 stycznia 2023 r. w sprawie oznaczenia systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz wymagań w zakresie umundurowania członków zespołów ratownictwa medycznego (Dz. U. z 2023 r., poz.118).
2. Brak prawidłowo oznakowanych/nazwanych obszarów SOR, co stanowi naruszenie zapisów § 5 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (tekst jedn. Dz.U. z 2024 r. poz. 336 ze zm.)
3. Brak pomieszczenia higieniczno – sanitarnego oraz wózko-wanny w obszarze segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć, co stanowi naruszenie zapisów § 6 ust. 4 pkt 4 w/w rozporządzenia.
4. Brak wyposażenia określonego w/w rozporządzeniem, tj.:
 - przyłóżkowego zestawu RTG (§ 4 ust. 3 pkt 2),
 - 1 stołu zabiegowego w obszarze resuscytacyjno-zabiegowym (§ 7 ust. 3 pkt 1) – zlokalizowany w innym obszarze,
 - aparatu do znieczulenia (§ 7 ust. 3 pkt 2) – zlokalizowany w innym obszarze,

- aparatu do powierzchniowego ogrzewania pacjenta (§ 7 ust. 3 pkt 8) – zlokalizowany w innym obszarze,
 - zestawu do trudnej intubacji (§7 ust. 3 pkt 9),
 - respiratora stacjonarnego (§ 7 ust. 4 pkt 2).
5. Brak wyposażenia obszaru wstępnej intensywnej terapii w materiały umożliwiające wykonanie pełnego zakresu wczesnej diagnostyki i wstępnego leczenia, prowadzenie resuscytacji płynowej, leczenie bólu, wstępne leczenie zatruc, co stanowi naruszenie zapisów § 8 ust. 1 pkt. 3-6 w/w rozporządzenia.
 6. Brak wyposażenia obszaru obserwacji w wyroby medyczne i produkty lecznicze, umożliwiające wykonanie czynności opisanych w pkt 1 a-f oraz w przenośny zestaw resuscytacyjny z niezależnym źródłem tlenu i respiratorem transportowym, defibrylator półautomatyczny lub manualny i elektryczne urządzenie do odsysania (co najmniej jedno na cztery stanowiska), co stanowi naruszenie zapisów § 10 ust. 1 pkt. 1-3 oraz pkt 5 w/w rozporządzenia (obszar wyposażony jedynie w łóżka szpitalne i centralne źródło tlenu, powietrza i próżni z gniazdami poboru).
 7. Brak zabezpieczenia całodobowego dostępu do badań endoskopowych, co stanowi naruszenie zapisów § 4 ust. 4 pkt 4 w/w rozporządzenia.
 8. Brak prawidłowego zabezpieczenia kadrowego, co stanowi naruszenie zapisów § 12 ust. 1 pkt 3 w/w rozporządzenia.
 9. Nie stosowanie systemu TOPSOR w sposób prawidłowy na kolejnych etapach udzielania świadczeń, co stanowi naruszenie zapisów § 6 ust. 15 w/w rozporządzenia.

Stosownie do zapisów § 20 ust. 3 pkt 6 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), **wskazuje się Pana Andrzeja Prochotę – Dyrektora Zespołu Opieki Zdrowotnej w Oleśnie jako odpowiedzialnego za powstanie stwierdzonych nieprawidłowości.**

IV. Informacja o zastrzeżeniach zgłoszonych do projektu wystąpienia pokontrolnego i wyniku ich rozpatrzenia lub o niezgłoszeniu zastrzeżeń.

Kierownik jednostki kontrolowanej – stosownie do treści § 22 ust. 1 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) z zachowaniem terminu 7 dni od dnia otrzymania projektu wystąpienia pokontrolnego (od 24.10.2025 r.) – 31.10.2025 r. **zgłosił zastrzeżenia** do przywołanego dokumentu, które uzupełnił w dniu 06.11.2025 r.

Zastrzeżenia dotyczyły nieprawidłowości wskazanych w pkt. 1, 2, 4, 8 i 9 Części III – pismem z dnia 19.11.2025 r. zostały **oddalone w całości**.

V. Zalecenia lub wnioski dotyczące usunięcia nieprawidłowości lub usprawnienia funkcjonowania jednostki kontrolowanej.

Biorąc pod uwagę wyniki niniejszej kontroli, zalecam jak niżej.

1. Dostosowanie oznakowania szpitalnego oddziału ratunkowego w zakresie drogi dojścia i dojazdu do obowiązujących uregulowań prawnych zawartych w rozporządzeniach Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (§ 3 ust. 2; tekst jedn. Dz.U. z 2024 r. poz. 336) i 3 stycznia 2023 r. w sprawie oznaczenia systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz wymagań w zakresie umundurowania członków zespołów ratownictwa medycznego (część III Załącznika nr 2; Dz. U. z 2023 r., poz.118).
2. Dostosowanie oznakowania obszarów szpitalnego oddziału ratunkowego do obowiązujących uregulowań prawnych zawartych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (§ 5 ust. 1; tekst jedn. Dz.U. z 2024 r. poz. 336).
3. Wyodrębnienie w obszarze segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć pomieszczenia higieniczno-sanitarnego wyposażonego w wózek-wannę, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (§ 6 ust. 4 pkt 4; tekst jedn. Dz.U. z 2024 r. poz. 336).
4. Doposażenie oddziału w sprzęt, wyroby medyczne i materiały lecznicze zgodnie z wymogami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (§ 4 ust. 3 pkt 2; § 7 ust. 3 pkt 1, 2, 8, 9; § 7 ust. 4 pkt 2; § 8 ust. 1 pkt. 3-6; § 10 ust. 1 pkt. 1-3 i 5; tekst jedn. Dz.U. z 2024 r. poz. 336).
5. Zapewnienie całodobowego dostępu do badań endoskopowych stosownie do zapisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (§ 4 ust. 4 pkt 4; tekst jedn. Dz.U. z 2024 r. poz. 336).
6. Zapewnienie prawidłowego zabezpieczenia kadrowego zgodnie z wymogami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (§ 12 ust. 1 pkt 3; tekst jedn. Dz.U. z 2024 r. poz. 336).
7. Prawidłowe wykorzystywanie systemu TOPSOR na wszystkich etapach udzielania świadczeń, zgodnie z zapisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (§ 6 ust. 15; tekst jedn. Dz.U. z 2024 r. poz. 336).

- VI. Ocena wskazująca na niezasadność zajmowania stanowiska lub pełnienia funkcji przez osobę odpowiedzialną za stwierdzone nieprawidłowości: nie dotyczy.**
- VII. Na podstawie § 26 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), proszę o przekazanie pisemnej informacji o sposobie wykonania zaleceń, wykorzystaniu wniosków lub przyczynach ich niewykorzystania, o podjętych działaniach lub przyczynach ich niepodjęcia, albo o innym sposobie usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości, w terminie 30 dni od dnia otrzymania niniejszego dokumentu.**
- VIII. Zgodnie z § 25 ust. 6 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), od wystąpienia pokontrolnego nie przysługują środki odwoławcze.**

Z up. Wojewody Opolskiego

Mirosława Kwatek- Hoffmann

Dyrektor

Wydział Zdrowia

.....
(pieczętka i podpis kierownika jednostki kontrolującej lub osoby upoważnionej)