**Protokół z kontroli planowej problemowej**

**w jednostce współpracującej z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne (PRM):**

1. **Informacje i ustalenia ogólne**
2. **Kontrolowana jednostka współpracująca z systemem PRM**

Nazwa kontrolowanej jednostki i adres: Sekcja Ratownictwa Medycznego Ochotniczej Straży Pożarnej w Sulisławicach, ul. Sulisławicka 106, 62-800 Kalisz

Forma organizacyjno - prawna: stowarzyszenie

Numer KRS 0000007263

NIP 6181904753

REGON 25098797500000

Data wpisu do Rejestru jednostek współpracujących z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne: 6 luty 2007 r.

1. **Dane dotyczące kontroli oraz osób wykonujących czynności kontrolne**

Na podstawie art. 31 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2017 r., poz. 2195, ze zm.) organem, któremu przysługuje ustawowe prawo nadzoru i kontroli jednostek współpracujących z systemem na terenie województwa wielkopolskiego jest Wojewoda Wielkopolski, w imieniu którego czynności kontrolne wykonywały:

1. Agata Nowicka - starszy inspektor wojewódzki, przewodnicząca zespołu kontrolnego,
2. Małgorzata Taborowska - specjalista,

legitymujące się upoważnieniem do przeprowadzenia kontroli, znak: KN-II.0030.46.2018.1,  
z dnia 3 kwietnia 2018 r., wydanym przez Wojewodę Wielkopolskiego.

Kontrolujące złożyły oświadczenia (załącznik nr 1 do niniejszego protokołu), że nie istnieją okoliczności uzasadniające wyłączenie ich od udziału w kontroli.

Treść protokołu podlega udostępnieniu zgodnie z ustawą z dnia 6 września 2001 r. o dostępie  
do informacji publicznej (Dz. U. z 2016 r., poz. 1764, ze zm.) oprócz informacji stanowiącej dane osobowe w rozumieniu ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych   
(Dz. U. z 2016 r., poz. 922, ze zm.).

Kontrolę planową problemową przeprowadzono zgodnie z planem kontroli na 2018 r. Kontrola prowadzona była w dniach od 5 do 12 kwietnia 2018 r. Czynności kontrolne w siedzibie podmiotu realizowano w dniu 5 kwietnia 2018 r.

1. **Przedmiot i zakres kontroli**

Przedmiotem kontroli było stwierdzenie spełniania wymagań określonych w ustawie z dnia  
8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. 2017 r., poz. 2195,  
ze zm.) oraz w aktach wykonawczych do ustawy i innych aktach normatywnych wskazanych  
w ustawie.

Okres objęty kontrolą: od 1 stycznia 2017 r. do dnia zakończenia kontroli.

1. **Kierownik kontrolowanej jednostki, dane osoby reprezentującej podmiot podczas kontroli**

Jednostkę podczas kontroli reprezentował Pan XXX – Zastępca Naczelnika Ochotniczej Straży Pożarnej w Sulisławicach.

1. **Czynności wstępne i ustalenia organizacyjne**

W dniu 5 kwietnia 2018 r., przed przystąpieniem do czynności kontrolnych, Panu XXX przekazano upoważnienie do kontroli, znak: KN-II.0030.120.2018.1, z dnia 3 kwietnia 2018 r. zawierające pouczenie o prawach i obowiązkach kontrolowanego, umożliwiając zapoznanie się z pouczeniem. Fakt otrzymania upoważnienia ww. potwierdził podpisem na powyższym dokumencie. Ponadto, przedstawiono przedmiot i zakres kontroli, podstawę prawną jej prowadzenia oraz określono organizację kontroli.

1. **Opis stanu faktycznego i ustalenia**
   1. **Nazwa jednostki i statut**

Zgodnie z zapisami KRS celem działania stowarzyszenia Ochotnicza Straż Pożarna w Sulisławicach jest:

1. prowadzenie działalności mającej na celu zapobieganie pożarom oraz współdziałanie  
   w tym zakresie z instytucjami i organizacjami społecznymi,
2. branie udziału w akcjach ratowniczych przeprowadzanych w czasie pożarów i innych klęsk,
3. uświadamianie ludności o konieczności i sposobach ochrony przed pożarami oraz przygotowywanie jej do udziału w ochronie przeciwpożarowej,
4. branie udziału w obronie cywilnej,
5. rozwijanie wśród członków osp zainteresowań w dziedzinie kultury, oświaty i sportu,
6. wykonywanie innych zadań wynikających z przepisów o ochronie przeciwpożarowej.

Powyższe potwierdza, iż zadnia statutowe jednostki stanowią realizację zapisu  
art. 15 ust. 2 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym  
(Dz. U. 2017 r., poz. 2195, ze zm.).

* 1. **Zapewnienie gotowości operacyjnej określonej w Rejestrze jednostek współpracujących z systemem PRM, a stan faktyczny.**

Kontrolujący na potrzeby czynności kontrolnych ocenili gotowość operacyjną jednostki  
za pomocą 3 kryteriów, tj.: obszaru działania jednostki, maksymalnego czasu dotarcia na miejsce zdarzenia oraz dysponowania odpowiednim wyposażeniem.

Przedstawiciel kontrolowanej jednostki potwierdził gotowość działania na terenie Miasta Kalisz oraz maksymalny czas dotarcia na miejsce zdarzenia, tj. 30 minut, co jest zgodne z zapisami  
w rejestrze.

Na wyposażeniu jednostki znajduje się: ambulans z wyposażeniem: wózkonosze na lawecie, deska ortopedyczna (niezatapialna) z uniwersalnym stabilizatorem głowy dla dorosłych i dzieci, instalacja tlenowa (2 butle) z dozownikiem tlenu i nawilżaczem, torba opatrunkowa OSP1, zestaw do udrażniania dróg oddechowych, ssak próżniowy, komplet kołnierzy ortopedycznych, szyny Kramera oraz płyny i leki. Powyższe potwierdza informacje zawarte w rejestrze.

* 1. **Dysponowanie liczbą ratowników podaną w rejestrze, posiadającymi ważne zaświadczenia o ukończeniu kursu kwalifikowanej pierwszej pomocy i uzyskaniu tytułu ratownika, a stan faktyczny. Spełnianie przez ratowników wymogów w zakresie posiadania pełni zdolności do czynności prawnych, członkostwa w jednostce i stanu zdrowia pozwalającego na udzielanie kwalifikowanej pierwszej pomocy.**

W trakcie czynności kontrolnych przedstawiono dokumenty 2 osób posiadających ważne zaświadczenia o ukończeniu kursu kwalifikowanej pierwszej pomocy i uzyskaniu tytułu ratownika oraz 6 ratowników medycznych, co stanowi realizację art. 17 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. 2017 r., poz. 2195, ze zm.).

Ponadto, w dniu 5 kwietnia 2018 r., reprezentujący jednostkę Pan Paweł Wicher złożył kontrolującym oświadczenie (załącznik nr 2 do protokołu), w którym zawarł informację, iż „*wszyscy członkowie Sekcji ratownictwa Medycznego posiadają zdolność do czynności prawnych* oraz *stan zdrowia pozwalający na udzielanie kwalifikowanej pierwszej pomocy*”.

* 1. **Dysponowanie środkami łączności niezbędnymi do zapewnienia gotowości operacyjnej.**

Powiadamianie o zdarzeniu kierowane jest na podany w rejestrze numer, tj. 602 330 341 oraz  
do poszczególnych ratowników poprzez sms oraz telefon alarmowy. Powyższe stanowi realizację zapisu art. 17 ust. 2 pkt 3 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. 2017 r., poz. 2195, ze zm.).

1. **Podsumowanie kontroli**
2. **Wnioski osób wykonujących czynności kontrolne:**

Sekcja Ratownictwa Medycznego Ochotniczej Straży Pożarnej w Sulisławicach spełnia wymogi określone w art. 17 ust. 2 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. 2017 r., poz. 2195, ze zm.).

1. **Data i miejsce sporządzenia protokołu**

Protokół sporządzono w dniu 12 kwietnia 2018 r. w Oddziale Kontroli w Podmiotach Leczniczych, Wydziału Zdrowia WUW w Poznaniu, al. Niepodległości 16/18.

1. **Załączniki:**
2. Oświadczenia kontrolujących.
3. Protokół przyjęcia oświadczenia.
4. **Protokół sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach z przeznaczeniem dla:**

* egz. nr 1 – kontrolowana jednostka
* egz. nr 2 – aa

1. **Podpisy i oświadczenia**

**Podpisy osób wykonujących czynności kontrolne**:

|  |  |
| --- | --- |
| Przewodnicząca zespołu:  Agata Nowicka | Członek zespołu:  Małgorzata Taborowska |
| …………………………………………..…. | ……………………………………………… |
| *imię i nazwisko, podpis* | *imię i nazwisko, podpis* |

XXX

**Potwierdzenie zapoznania się z protokołem** …………………………………………………  
 *(imię i nazwisko, podpis i data)*

**Oświadczenia**

1. Oświadczam, że zgłaszam zastrzeżenia / ~~nie zgłaszam zastrzeżeń~~\* co do faktów stwierdzonych w trakcie kontroli i opisanych w niniejszym protokole

XXX

…………………………………………………..

*(imię i nazwisko, podpis i data)*

**\*niepotrzebne skreślić**

1. Oświadczam, że zamierzam wnieść zastrzeżenia w terminie ustawowym  
   / ~~nie zamierzam wnieść zastrzeżeń~~\* co do sposobu przeprowadzania czynności kontrolnych oraz ustaleń zawartych w niniejszym protokole

XXX

…………………………………………………..

*(imię i nazwisko, podpis i data)*

**\*niepotrzebne skreślić**

**Potwierdzenie odbioru 1 egz. protokołu**

XXX

Jeden egz. protokołu odebrano dnia: 17.04.2018 r. …….………………………………………

*(imię i nazwisko, podpis i data)*

*Zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000), poszczególne treści dokumentu zostały objęte anonimizacją.*

*Dokument zanonimizowała: Agata Nowicka - starszy inspektor wojewódzki, 06.06.2018 r.*

Dyrektor

Wydziału Zdrowia

Damian Marciniak