



WICEPREZES
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI
Ewa Polkowska

KPB.410.005.01.2016

P/16/037

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/16/037 - Organizacja i przygotowanie do działań ratowniczych na autostradach i drogach ekspresowych
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Departament Porządku i Bezpieczeństwa Wewnętrznego
Kontrolerzy	Kontrolę przeprowadzili, na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy o Najwyższej Izbie Kontroli ¹ : - Janusz Sękowski, doradca techniczny, upoważnienie do kontroli nr KPB/22/2016 z 1 września 2016 r., - Zbigniew Włodarczyk, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr KPB/20/2016 z 1 września 2016 r., - Adam Czugajewicz, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr KPB/29/2016 z 1 września 2016 r. (akta kontroli str. 1-2, 111-114)
Jednostka kontrolowana	Ministerstwo Zdrowia (MZ), ul. Miodowa 15, 00-923 Warszawa.
Kierownik jednostki kontrolowanej	Ministrem Zdrowia od 16 listopada 2015 r. jest Konstanty Radziwiłł. W okresie od 16 czerwca do 15 listopada 2015 r. funkcję tę pełnił Marian Zembala, a od 18 listopada 2011 r. do 15 czerwca 2015 r. – Bartosz Arłukowicz.
Okres objęty kontrolą	Kontrolą objęto okres od 1 stycznia 2015 r. do 30 czerwca 2016 r. oraz działania podejmowane przed i po ww. okresie, jeśli miały bezpośredni związek z przedmiotem kontroli.

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

NIK pozytywnie ocenia² działania Ministra Zdrowia w zakresie nadzoru nad systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne (PRM). Ocenę tę uzasadnia m. in. prawidłowe prowadzenie procesu zatwierdzania aktualizacji wojewódzkich planów działania systemu PRM oraz przeprowadzanie kontroli działania systemu PRM.

Ze względu na niski stan wdrażania Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego³ (SWD PRM), NIK odstępuje od oceny jego funkcjonowania. Wbrew ustawowemu obowiązkowi, SWD PRM nie został wdrożony na terenie całego kraju z dniem 1 stycznia 2015 r.⁴ i obecnie funkcjonuje jedynie w dwóch dyspozytoriach medycznych - wdrożenie tego systemu leżało jednakże w gestii ministra właściwego do spraw administracji.

NIK pozytywnie ocenia podejmowane przez Ministra Zdrowia działania legislacyjne

¹ Ustawa z 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz. U. z 2015 r., poz. 1096 ze zm.)

² Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna: pozytywna, mimo stwierdzonych nieprawidłowości; negatywna. W przypadku, jeżeli sformułowanie oceny ogólnej według ww. skali, nie dawałoby prawdziwego obrazu funkcjonowania kontrolowanej jednostki w zakresie objętym kontrolą, stosuje się ocenę opisową. W niniejszym wystąpieniu pokontrolnym ocenę opisową zastosowano w przypadku ocen cząstkowych.

³ System Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego - system teleinformatyczny umożliwiający przyjęcie z centrum powiadamiania ratunkowego, o którym mowa w ustawie z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego (Dz. U. poz. 1635), zgłoszeń alarmowych, dysponowanie zespołami ratownictwa medycznego, rejestrowanie zdarzeń medycznych, prezentację miejsca geograficznego zdarzenia alarmowego oraz pozycjonowanie zespołów ratownictwa medycznego.

⁴ Obowiązek ten wynika z art. 36, w związku z art. 27 pkt 1, 3 i pkt 4 lit. b, ww. ustawy o systemie powiadamiania ratunkowego.

mające na celu powierzenie mu uprawnień do określenia zakresu danych, zawartych w wojewódzkich planach działania systemu PRM, podlegających upublicznieniu. Jest to istotne z punktu widzenia ograniczenia możliwości spowodowania zagrożenia bezpieczeństwa powszechnego.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

*Opis stanu
faktycznego*

1. Nadzór nad systemem Państwowego Ratownictwa Medycznego (PRM)

Zgodnie z art. 19 ust. 1 ustawy o PRM⁵ Minister sprawuje nadzór nad systemem PRM oraz w ramach tego nadzoru, zgodnie z art. 20 tej ustawy zatwierdza wojewódzkie plany działania systemu i ich aktualizacje.

W okresie objętym kontrolą Minister zatwierdził łącznie 58 aktualizacji wojewódzkich planów działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne. Wszystkie aktualizacje zostały zatwierdzone w terminach określonych w art. 21 ust. 10-12 ustawy o PRM. Zmiany w planach dotyczyły najczęściej aktualizacji danych statystycznych i tabelarycznych, planowanego uruchomienia szpitalnych oddziałów ratunkowych lub centrów urazowych, zmiany liczby dyspozytorni medycznych i rejonów operacyjnych zespołów ratownictwa medycznego (ZRM). Do 12 planów Minister zgłosił uwagi, które zostały uwzględnione.

(akta kontroli str. 5-16, 35-42)

Wynikiem analiz działania systemu PRM było sporządzenie, na podstawie wojewódzkich planów działania systemu PRM i ich aktualizacji, zestawienia danych dotyczących wyjazdów ZRM w poszczególnych województwach w 2015 r. Dane te były wykorzystywane do oceny prawidłowości rozmieszczenia jednostek systemu PRM, w tym do oceny zasadności zmian w tym zakresie oraz do szacowania nakładów na działalność ZRM w roku następnym. Mediana⁶ czasu dotarcia ZRM do pacjenta⁷ w skali kraju w 2015 r. wynosiła 6 min 55 sek. w miastach powyżej 10 tys. mieszkańców i 13 min 15 sek. na pozostałym obszarze. W miastach powyżej 10 tys. mieszkańców mediana czasu dotarcia była najniższa w województwie świętokrzyskim (5 min 00 sek.), a najwyższa w województwach: mazowieckim i warmińsko-mazurskim (8 min 00 sek.). Na pozostałym obszarze mediana czasu dotarcia była najniższa w województwie kujawsko-pomorskim (10 min. 40 sek.), a najwyższa w województwie świętokrzyskim (15 min. 00 sek.).

Przedstawione czasy dotarcia spełniały wymóg art. 24 ust 1 pkt. 1 ustawy o PRM.

Od 1 stycznia 2016 roku dokonano łącznie 34 aktualizacji wojewódzkich planów działania systemu, obejmujących w zakresie leczenia szpitalnego, m.in. planowane uruchomienia SOR-ów i Centrów Urazowych dla Dzieci. W roku 2016 utworzono łącznie pięć nowych ZRM typu „P” (podstawowe) oraz przekwalifikowano 22 ZRM typu „S” (specjalistyczne) na ZRM „P”.

Minister poinformował, że planowane są nowelizacje ustawy o PRM (tzw. „duża”

⁵ Ustawa z 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2013 r. poz. 757 ze zm.).

⁶ Mediana, zwana również wartością środkową zbioru, dzieli uszeregowany zbiór danych (wyników) na dwie równe co do liczby dane - wyniki niższe niż mediana i wyniki wyższe niż mediana. Inaczej mówiąc wartość mediany wskazuje, że połowa danych ma wartość poniżej wartości mediany, a druga połowa ma wartość powyżej wartości mediany.

⁷ Zgodnie z art. 24 ust 1 pkt. 1 ustawy o PRM, wojewoda podejmuje działania organizacyjne zmierzające do zapewnienia takiego czasu dotarcia na miejsce zdarzenia dla zespołu ratownictwa medycznego od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego, aby mediana czasu dotarcia - w skali każdego miesiąca - była nie większa niż 8 minut w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców i 15 minut poza miastem powyżej 10 tysięcy mieszkańców.

i „mała”). Duża nowelizacja przewiduje faktyczne upaństwowienie systemu PRM i rezygnację ze specjalistycznych ZRM na rzecz zespołów podstawowych w co najmniej trzyosobowym składzie. Mała nowelizacja przewiduje przeniesienie zadania utrzymania SWD PRM (w tym bieżącego utrzymania, rozwoju i obsługi technicznej), dotychczas realizowanego przez ministra właściwego ds. administracji publicznej, na Ministra Zdrowia.

(akta kontroli str. 5-16, 72-86)

Zgodnie z art. 21 ust. 16 ustawy o PRM, wojewódzkie plany działania PRM podlegają w całości publikacji w Biuletynie Informacji Publicznej. Zgodnie z art. 21 ust. 3 i 4 tej ustawy plany te zawierają m. in.: informacje o rozmieszczeniu jednostek PRM, centrów urazowych i szpitali wyspecjalizowanych w udzielaniu świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, zespołów ratownictwa medycznego, centrów powiadamiania ratunkowego i stanowisk dyspozytorów medycznych; opis struktury systemu powiadamiania o stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego oraz struktury i organizacji systemów teleinformatycznych i rodzajów łączności radiowej wykorzystywanych na stanowiskach dyspozytorów medycznych, ze wskazaniem rodzajów wykorzystywanych urządzeń oraz oprogramowania; informacje o organizacji i procedur koordynacji działań jednostek systemu.

Na podstawie art. 21 ust. 17 ustawy o PRM, Minister Zdrowia wydał rozporządzenie w sprawie wojewódzkiego planu działania systemu PRM oraz kryteriów kalkulacji kosztów działalności ZRM⁸, w których określił wzór planu i stopień szczegółowości prezentowania danych wymienionych w art. 21 ust. 3 i 4 tej ustawy⁹.

W kwestii wpływu upublicznienia tak szczegółowych danych na bezpieczeństwo funkcjonowania PRM, Minister wyjaśnił, że duża szczegółowość wojewódzkich planów działania systemu PRM wynika wprost z regulacji ustawowych i z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2014 r. w sprawie wojewódzkiego planu działania systemu PRM oraz kryteriów kalkulacji kosztów działalności ZRM. W ocenie Ministra, publikacja służy przede wszystkim podmiotom

⁸ Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2014 r. w sprawie wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz kryteriów kalkulacji kosztów działalności zespołów ratownictwa medycznego (Dz. U. poz. 1902).

⁹ Plan działania systemu PRM obejmuje m. in. dane dotyczące: liczby, rodzaju i rozmieszczenia w poszczególnych rejonach operacyjnych zespołów ratownictwa medycznego, liczby, rodzaju i miejsc stacjonowania specjalistycznych środków transportu wykorzystywanych przez lotnicze zespoły ratownictwa medycznego wraz z ich zasięgiem działania, maksymalnego czasu osiągnięcia pełnej gotowości do współpracy z jednostkami systemu PRM (czas od momentu przyjęcia zgłoszenia do momentu wyjazdu tej jednostki z miejsca stacjonowania), środków łączności i środków transportu; opis struktury systemu powiadamiania o stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego oraz informacje o lokalizacji centrów powiadamiania ratunkowego i stanowisk dyspozytorów medycznych na obszarze województwa, w szczególności dane dotyczące: adresu, pod którym są zlokalizowane stanowiska dyspozytorów medycznych, terenu działania stanowisk dyspozytorów medycznych danej lokalizacji, liczby stanowisk dyspozytorów medycznych oraz liczby dyspozytorów medycznych, organizacji i procedur koordynacji działań jednostek systemu, ze wskazaniem kompetencji i trybu podejmowanych działań, liczby, natężenia i czasu obsługi zgłoszeń przyjmowanych na stanowiskach dyspozytorów medycznych, struktury i organizacji systemów teleinformatycznych oraz rodzajów łączności radiowej wykorzystywanych na stanowiskach dyspozytorów medycznych, ze wskazaniem rodzajów wykorzystywanych urządzeń oraz oprogramowania; sposób współpracy wojewody i dysponentów jednostek systemu PRM z organami administracji publicznej i jednostkami systemu z innych województw, w szczególności informacje o: procedurach współpracy, kompetencjach i trybie podejmowanych działań, obiegu i wymianie informacji, liczbie i rozmieszczeniu jednostek systemu wzdłuż wojewódzkich granic administracyjnych, ze wskazaniem danych kontaktowych stanowisk dyspozytorów medycznych i stanowisk lekarzy koordynatorów ratownictwa medycznego; sposób współpracy jednostek systemu z jednostkami współpracującymi z systemem PRM (w tym jednostki krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego) na obszarze województwa, w szczególności informacje o: procedurach współpracy, organizacji wspólnych ćwiczeń i analizie działań ratowniczych oraz procedurach powiadamiania, dysponowania i koordynowania działań ratowniczych w przypadku zdarzeń pojedynczych i zdarzeń powodujących stan nagłego zagrożenia zdrowotnego znacznej liczby osób, kompetencjach i trybie podejmowanych działań, obiegu i wymianie informacji.

odpowiedzialnym za zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego poprzez właściwe koordynowanie służb ratowniczych, a z planów korzystają m. in.: Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia, Wojewodowie, samorządy terytorialne, służby i organizacje odpowiedzialne za bezpieczeństwo publiczne, Państwowa Straż Pożarna, dysponenci ZRM, podmioty lecznicze. W ocenie Ministra, plany zawierają informacje istotne w zabezpieczeniu zdarzeń mnogich i masowych oraz przy przeprowadzaniu ćwiczeń z udziałem jednostek współpracujących z systemem PRM. Informacje w nich zawarte powinny być dostępne bez zbędnej zwłoki, a dostęp do nich jednocześnie poprawia bezpieczeństwo funkcjonowania systemu. Minister poinformował również, że obecnie trwają prace nad nowelizacją ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, w wyniku których w gestii Ministra Zdrowia znalazłoby się uprawnienie do określania zakresu danych podlegających upublicznieniu w BIP.

(akta kontroli str. 5-16, 72-86)

Uwagi W ocenie NIK, ze względu na konieczność uniknięcia ryzyka wykorzystania informacji zawartych w planach działania systemu PRM w celu spowodowania zagrożenia dla bezpieczeństwa powszechnego, zasadne jest powierzenie Ministrowi Zdrowia uprawnień do określenia zakresu danych z wojewódzkich planów działania systemu PRM, podlegających upublicznieniu.

Ocena częściowa NIK pozytywnie ocenia działania Ministra Zdrowia w zakresie nadzoru nad systemem PRM.

2. Funkcjonowanie Systemu Wspomagania Dowodzenia PRM.

Opis stanu faktycznego Zgodnie z art. 27 pkt 3, w zw. z art. 36, ustawy z 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego wprowadzono do ustawy o PRM art. 24a-24d, nakładające na ministra właściwego ds. administracji publicznej obowiązek zapewnienia utrzymania i obsługi technicznej Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego (SWD PRM) od 1 stycznia 2015 r.

Do 30 czerwca 2016 r. SWD PRM został wdrożony tylko w dwóch dyspozytoriach medycznych: w Słupsku i Gorzowie Wielkopolskim.

Minister nie monitorował zawierania przez wojewodów porozumień z ministrem właściwym ds. administracji publicznej w sprawie dostaw sprzętu na potrzeby SWD PRM. Do czasu zakończenia kontroli Minister nie uzyskał od ministra właściwego ds. administracji publicznej informacji o terminach wdrażania SWD PRM w kolejnych dyspozytoriach. Ministerstwo Zdrowia prowadziło korespondencję z MSWiA, wojewodami i Centrum Cyfrowej Administracji w sprawie wdrażania SWD oraz było jedną ze stron porozumienia z 29 kwietnia 2016 r. w sprawie współpracy w modyfikacji oprogramowania SWD PRM, zawartego z Ministrem Spraw Wewnętrznych i Administracji, Ministrem Cyfryzacji i Centrum Cyfrowej Administracji.

Jako przyczyny nieuruchomienia SWD PRM w ustawowym terminie, Minister wskazał m. in.: trudności natury logistycznej i finansowej w realizacji projektu, jakie wystąpiły po stronie Centrum Projektów Informatycznych (CPI); konieczność zachowania bezpieczeństwa w obsłudze zgłoszeń alarmowych przy przejściu z dotychczas stosowanych rozwiązań w systemie PRM na SWD PRM; potrzebę dostosowania stanowisk dyspozytorów medycznych, miejsc stacjonowania zespołów ratownictwa medycznego oraz ambulansów wykorzystywanych w systemie PRM do nowych rozwiązań teleinformatycznych. W związku z powyższymi trudnościami CPI wystąpiło z propozycją przesunięcia terminu wdrożenia SWD PRM na 30 czerwca 2015 r., co umożliwiłoby CPI aneksowanie umowy z wykonawcami projektu.

Przesunięcie tego terminu nastąpiło z powodu złożenia przez oferentów odwołań w przetargu na zakup urządzeń na potrzeby SWD.

Minister Zdrowia nie posiadał informacji o aktualnym harmonogramie wdrażania SWD PRM, ani o sposobie realizacji zadania przez administratora systemu. Minister wyjaśnił, że znaczną części informacji obejmujących działania związane z wdrożeniem SWD PRM otrzymuje w ramach kontaktów roboczych z przedstawicielami urzędów wojewódzkich.

Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji, zapytany w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK o wdrażanie SWD PRM wyjaśnił m. in., że uruchomienie systemu na terenie całego kraju jest uzależnione od zakończenia procesu koncentracji dyspozytorni medycznych, za który – zgodnie z ustawą o PRM – organami odpowiedzialnymi są Minister Zdrowia oraz Wojewodowie. W ocenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji, SWD PRM może być wdrażany w województwach, w których reorganizacja systemu PRM została zakończona.

W ocenie Ministra Zdrowia uruchomienie SWD PRM na terenie całego kraju nie jest uzależnione od zakończenia procesu koncentracji dyspozytorni, o czym świadczy m. in. fakt, że w 10 na 16 województw proces koncentracji dyspozytorni medycznych został już zakończony, a mimo to nie został w nich w pełni wdrożony SWD PRM. Minister wyjaśnił, że *Wdrożenie SWD PRM wiąże się w pierwszej kolejności z wyposażeniem stanowisk dyspozytorskich oraz wszystkich zespołów ratownictwa medycznego (ZRM) realizujących zadania z zakresu ratownictwa medycznego w niezbędny sprzęt (terminale mobilne, drukarki, urządzenia GPS), a następnie z uruchomieniem aplikacji do obsługi zgłoszeń alarmowych. Dopiero po przekazaniu sprzętu dysponentom oraz po instalacji systemu teleinformatycznego możliwe jest bezpieczne zakończenie koncentracji dyspozytorni medycznych w poszczególnych województwach i prawidłowe wykonywanie zadań z użyciem SWD PRM. Zauważyć trzeba, że wielu dysponentów ZRM posiada lokalne systemy informatyczne umożliwiające przyjęcie przez dyspozytora medycznego zgłoszenia i dysponowanie zespołów ratownictwa medycznego. Jednakże systemy te nie umożliwiają właściwej obsługi zgłoszenia alarmowego w przypadku przejęcia przez skoncentrowaną dyspozytornię medyczną obszaru działania innych, mniejszych dyspozytorni medycznych z danego województwa. Zmiana obszarów działania dyspozytorni medycznych skutkuje bowiem zarządzaniem większą niż do tej pory liczbą zespołów ratownictwa medycznego, pozostających często w strukturach różnych dysponentów ZRM. Posiadane obecnie przez tych dysponentów systemy spełniają swoją lokalną funkcję i wykorzystywane są na bieżące potrzeby danego dysponenta, ale w przypadku przyłączenia kolejnego rejonu z dodatkowymi ZRM nie będą wydolne. Koncentracja dyspozytorni medycznych przed uruchomieniem ogólnopolskiego SWD PRM uniemożliwiłaby wykonywanie zadań przez dyspozytorów medycznych, co wynika z ograniczeń i zróżnicowania lokalnych systemów informatycznych. Trzeba podkreślić, że te województwa, które posiadają zaawansowane systemy informatyczne z rozbudowanymi funkcjonalnościami, zakończyły koncentrację dyspozytorni medycznych jako pierwsze. W związku z powyższym niemożliwe jest bezpieczne zakończenie procesu koncentracji dyspozytorni medycznych bez wcześniejszego wdrożenia SWD PRM. Jednocześnie podkreślić należy, że priorytetem Ministerstwa Zdrowia podczas wdrożenia SWD PRM jest uruchomienie systemu w tych lokalizacjach, które wciąż nie posiadają skoncentrowanych dyspozytorni medycznych lub lokalnych systemów wspomagania dowodzenia. Zakłada się prowadzenie koncentracji dyspozytorni medycznych w oparciu o SWD PRM. Kolejnym etapem będzie uruchomienie systemu w lokalizacjach już skoncentrowanych i działających w oparciu o lokalne systemy wspomagania dowodzenia.*

(akta kontroli str. 17-26, 51-54, 72-110, 115-148)

Ocena cząstkowa

System Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego (SWD PRM), wbrew ustawowemu ubowiązowi, nie został wdrożony na terenie całego kraju z dniem 1 stycznia 2015 r. i obecnie funkcjonuje jedynie w dwóch dyspozytorniach medycznych, jednakże wdrożenie tego systemu leżało w gestii ministra właściwego do spraw administracji. Minister Zdrowia, pomimo braku instrumentów prawnych, które wprost pozwalałyby mu na wpływanie na proces wdrażania SWD PRM, podejmował działania w celu uzyskania informacji o harmonogramie jego wdrażania i współpracował z podmiotami odpowiedzialnymi za wdrożenie.

3. Nadzór nad prawidłowym wyposażeniem jednostek PRM, w tym LPR, oraz wymaganymi kwalifikacjami personelu udzielającego medycznych czynności ratunkowych.

Opis stanu faktycznego

Zgodnie z art. 20 ustawy o PRM w ramach nadzoru nad PRM Minister może żądać od wojewodów wszelkich informacji dotyczących funkcjonowania systemu na terenie województwa i przeprowadzać kontrole dysponentów jednostek na zasadach określonych w przepisach o działalności leczniczej.

W sierpniu 2016 r. Minister przeprowadził kontrolę w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Lotnicze Pogotowie Ratunkowe¹⁰ w zakresie prawidłowości wydatkowania środków publicznych przyznanych w ramach dotacji celowej na finansowanie działalności lotniczych zespołów ratownictwa medycznego i transportu sanitarnego w latach 2014-2015. W wyniku kontroli nie stwierdzono nieprawidłowości i nie sformułowano wniosków ani zaleceń pokontrolnych.

W okresie objętym kontrolą, w ramach nadzoru, Minister zwrócił się do wojewodów o przeprowadzenie 14 kontroli w trybie art. 31 ustawy o PRM, dotyczących prawidłowości działania kontrolowanych jednostek w konkretnych przypadkach, mogących wskazywać na nieprawidłowości w działaniu PRM, dotyczące głównie dysponowania karetek i czasu oczekiwania na przyjęcie przez szpitalne oddziały ratunkowe. Przypadki te nie dotyczyły działań ratowniczych na autostradach lub drogach ekspresowych. W 2014 r. przeprowadzono kontrolę w trzech jednostkach PRM w związku z akcją ratunkową na drodze ekspresowej S8 w Kowiesach¹¹. Kontrolą objęto m.in. prawidłowość składu osobowego i kwalifikacje członków ZRM biorących udział w akcji. Sformułowano zalecenia dotyczące m. in.:

- przestrzegania art. 24 ust. 1 pkt 3¹², art. 27 ust. 1 pkt 6¹³ i art. 41 ust. 1¹⁴ ustawy o PRM,

¹⁰ W okresie od 3 marca 2000 r. do 23 listopada 2016 r. - Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Lotnicze Pogotowie Ratunkowe. Od 24 listopada 2016 r. - Lotnicze Pogotowie Ratunkowe, na podstawie zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2016 r. (Dz. Urz. MZ poz. 121).

¹¹ W sobotę 3 maja 2014 r., przed północą, na trasie S8 pod Rawą Mazowiecką, na wysokości miejscowości Kowiesy, zderzyło się 11 samochodów. W wypadku zginęły 3 osoby. Ponad 30 zostało rannych.

¹² Art. 27 ust. 1 pkt 6 stanowi, że wojewoda podejmuje działania organizacyjne zmierzające do zapewnienia następujących parametrów czasu dotarcia na miejsce zdarzenia dla zespołu ratownictwa medycznego od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego: maksymalny czas dotarcia nie może być dłuższy niż 15 minut w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców i 20 minut poza miastem powyżej 10 tysięcy mieszkańców.

¹³ Art. 27 ust. 1 pkt 6 stanowi, że do zadań dyspozytorów medycznych należy w szczególności powiadamianie o zdarzeniu szpitalnych oddziałów ratunkowych lub, jeżeli wymaga tego sytuacja na miejscu zdarzenia, centrów urazowych lub jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego.

¹⁴ Art. 41 ust. 1 ustawy o PRM stanowi, że akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych kieruje wyznaczony przez dyspozytora medycznego kierujący.

- przekazywania przez dyspozytora medycznego dyspozytorom z innych rejonów, informacji kto dowodzi akcją ratowniczą,
- bieżącego przekazywania informacji Lekarzowi Koordynatorowi Ratownictwa Medycznego,
- wykorzystywania kanałów 169 MHz i B112 w przypadku zdarzeń wymagających koordynacji kilku ZRM,
- podejmowania działań w celu podnoszenia kwalifikacji członków ZRM,
- rzetelnego wypełniania kart medycznych czynności ratunkowych i kart zlecenia wyjazdu,
- przeszkolenia dyspozytorów w kwestii niewykorzystywania linii alarmowej do rozmów pozasłużbowych.

Na podstawie art. 119 ust. 1 pkt. 1 i 2 ustawy o działalności leczniczej¹⁵ Minister zlecił wojewodom i konsultantom krajowym przeprowadzenie 11 kontroli dotyczących prawidłowości działania w konkretnych przypadkach, które nie dotyczyły działań ratowniczych na autostradach lub drogach ekspresowych.

Ponadto, działając na podstawie art. 119 ust. 1 pkt. 2 ustawy o działalności leczniczej, Minister Zdrowia zlecił konsultantowi krajowemu w dziedzinie medycyny ratunkowej kontrolę w SP ZOZ Szpital Wolski w Warszawie w zakresie funkcjonowania szpitalnego oddziału ratunkowego. W wyniku kontroli nie stwierdzono nieprawidłowości w zakresie struktury funkcjonalnej i organizacji pracy SOR ani w zakresie kwalifikacji personelu. Zastrzeżenia wzbudziła niewystarczająca w stosunku do potrzeb liczba łóżek dla pacjentów internistycznych, który to problem rozwiązano za pomocą tzw. dostawek.

(akta kontroli str. 17-26, 43-50)

Zgodnie z art. 36 ust. 2 ustawy o PRM specjalistyczny środek transportu sanitarnego musi spełniać wymagania techniczne i jakościowe określone w Polskich Normach przenoszących europejskie normy zharmonizowane. Minister wyjaśnił, że w zakresie transportu sanitarnego obowiązuje norma PN-EN 1789 oraz normy ją zastępujące. Wymagania powyższej normy zostały ujęte w załączniku nr 3 do zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne¹⁶, wydanego na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 146 ust. 1 pkt 1 i 3, w zw. z art. 161a, ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁷. Zgodnie z art. 37 ust. 2 ustawy o PRM, specjalistyczny środek transportu sanitarnego lotniczego zespołu ratownictwa medycznego musi spełniać wymagania techniczne i jakościowe określone w Polskich Normach przenoszących europejskie normy zharmonizowane oraz wymogi określone w ustawie z dnia 3 lipca 2002 r. – Prawo lotnicze¹⁸. Minister wyjaśnił, że w tym zakresie obowiązuje norma EN 13718-1 i EN 13718-2 oraz normy je zastępujące.

W kwestii, czy obowiązywać powinna norma PN-EN 1789+A1:2011 (według informacji Polskiego Komitetu Normalizacyjnego – wycofana), czy też nieprzetłumaczona z języka angielskiego na język polski norma PN-EN 1789+A2:2015-01, Minister wyjaśnił: *Zgodnie z art. 36 ust. 2 ustawy o PRM zespół ratownictwa medycznego powinien być wyposażony w specjalistyczny środek transportu sanitarnego, spełniający cechy*

¹⁵ Ustawa z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2011 r., nr 112 poz. 654 ze zm.)

¹⁶ W okresie objętym kontrolą obowiązywało Zarządzenie Nr 65/2012/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 października 2012 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne (NFZ 2012, poz. 65 ze zm.). Z dniem 1 lipca 2016 r. zostało ono zastąpione zarządzeniem Nr 64/2016/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ratownictwo medyczne (NFZ 2016 poz. 64).

¹⁷ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r., poz. 1793 ze zm.).

¹⁸ Ustawa z 3 lipca 2002 r. Prawo Lotnicze (Dz. U. z 2016 r., poz. 605 ze zm.)

techniczne i jakościowe określone w Polskich Normach przenoszących europejskie normy zharmonizowane. Z kolei Zarządzenie nr 64/2016/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z 30 czerwca 2016 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ratownictwo medyczne w załączniku nr 3 określa, iż zespół ratownictwa medycznego powinien spełniać cechy techniczne i jakościowe określone w obowiązującej Polskiej Normie PN-EN 1789 dla środka transportu drogowego typu B lub typu C, czyli ambulansu przystosowanego do leczenia i monitorowania pacjenta. Podkreślenia wymaga również, iż na podstawie art. 13 ust. 3 ustawy z dnia 30 sierpnia 2002 r. o systemie oceny zgodności (Dz. U. z 2016 r. poz. 655) oraz zgodnie z art. 6 ust. 4 ustawy z dnia 12 grudnia 2003 r. o ogólnym bezpieczeństwie produktów (Dz. U. z 2015 r. poz. 322 oraz z 2016 r. poz. 542) Prezes Polskiego Komitetu Normalizacyjnego ogłasza w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej w formie obwieszczenia wykaz opublikowanych i obowiązujących polskich norm. Obwieszczenie Prezesa Polskiego Komitetu Normalizacyjnego z dnia 14 lipca 2016 r. w sprawie wykazu norm zharmonizowanych (M.P. 2016 r. poz. 786) w załączniku numer 24 Dyrektywa 93/42/EWG Urządzenia medyczne określa normę PN-EN 7989+A1:2011 »Pojazdy medyczne i ich wyposażenie – Ambulanse drogowe« jako normę obowiązującą.

W kwestii, czy jednoczesne stosowanie normy PN i norm ją zastępujących nie stanowi przeszkody dla jednolitości wyposażenia ambulansów ZRM i ich zastępowalności, Minister wyjaśnił: Zgodnie z zarządzeniem Prezesa NFZ nr 64/2016/DSM w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ratownictwo medyczne dysponent zespołów ratownictwa medycznego (ZRM), z którym zostanie podpisana umowa na realizację zadań ZRM w rejonie operacyjnym zobowiązany jest do spełnienia warunków określonych w zarządzeniu, w tym gotowości rozumianej jako warunki organizacyjno-techniczne pozwalające na wykorzystanie zasobów kadrowych oraz niezbędnego sprzętu i wyposażenia pozostających do dyspozycji do udzielania świadczeń w ciągu doby, zgodnie z planem działania systemu. W przypadku awarii dysponent zobowiązany jest zapewnić zastępowalność środków transportu – ambulansów oraz sprzętu medycznego zgodnie z warunkami umowy oraz warunkami technicznymi określonymi w ustawie o PRM oraz zarządzeniu Prezesa NFZ. Ponadto należy wskazać, iż w systemie Państwowego Ratownictwa Medycznego wyposażenie ambulansów w sprzęt i materiały medyczne opiera się przede wszystkim na podstawie procedur aktualnie stosowanych w dziedzinie ratownictwa medycznego. Spełnienie określonej normy sprzętu ma za zadanie ustandaryzowanie i zapewnienie jak najwyższej jakości świadczeń udzielanych przez wszystkich dysponentów ZRM na rzecz pacjentów w stanie zagrożenia życia. Potwierdzenie spełnienia normy przez sprzęt medyczny identycznego przeznaczenia różnych producentów nie oznacza jego pełnej kompatybilności i zastępowalności ze względu na różne wymiary lub zespoły mocowań.

(akta kontroli str. 17-26, 72-86)

W dniu 11 czerwca 2015 r. Minister Zdrowia zatwierdził „Zalecenia Konsultanta Krajowego w dziedzinie medycyny ratunkowej dotyczące procedur postępowania na wypadek wystąpienia zdarzenia mnogiego/masowego” (dalej: Zalecenia), opracowane przez zespół ekspertów w zakresie ratownictwa medycznego i medycyny ratunkowej, rekomendowany do stosowania przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie medycyny ratunkowej i przekazał je wojewodom, w celu rozpropagowania i stosowania przez podmioty lecznicze. Przed zatwierdzeniem tekst Zaleceń otrzymały do zaopiniowania: Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej, Polskie Towarzystwo Medycyny Stanów Nagłych i Katastrof, Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Polskie Towarzystwo Pielęgniarstwa Ratunkowego, Polska Rada Ratowników Medycznych, Społeczny Komitet Ratowników Medycznych. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zgłosiła poprawkę redakcyjną. W przesłanej do Ministerstwa opinii sformułowanej po ćwiczeniach ratowniczych, dyrektor Wojewódzkiego Pogotowia Ratunkowego w Katowicach pozytywnie ocenił Zalecenia, zwracając jednak uwagę m. in. na dużą liczbę dokumentów do wypełnienia przez

koordynatora medycznego oraz brak określenia sposobu segregacji medycznej i wzoru kart segregacji. W przesłanej do Ministra opinii Wojewoda Małopolski zwrócił uwagę na rozbudowaną część sprawozdawczą oraz obsadę dyspozytorni niewystarczającą do sprawnego stosowania przewidzianych procedur. Wojewoda Małopolski zaproponował zwiększenie progu stosowania Zaleceń do co najmniej pięciu poszkodowanych, zamiast dotychczasowych dwóch oraz uproszczenie przewidzianego algorytmu postępowania. Powyższe uwagi nie zyskały akceptacji przewodniczącego zespołu, który opracował Zalecenia.

Uwagi W opinii NIK, z uwagi na stan wdrażania Zaleceń, zasadna byłaby ponowna analiza treści i formy Zaleceń pod kątem, zgłaszanych przez ich adresatów, trudności z ich wdrażaniem i stosowaniem.

Ocena częściowa NIK pozytywnie ocenia nadzór Ministra Zdrowia nad prawidłowym wyposażeniem jednostek PRM oraz wymaganymi kwalifikacjami personelu udzielającego medycznych czynności ratunkowych.

IV. Wnioski

Wnioski pokontrolne Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli odstępuje od sformułowania wniosków pokontrolnych.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Wystąpienie pokontrolne zostało sporządzone w dwóch egzemplarzach: jeden dla kierownika jednostki kontrolowanej, drugi do akt kontroli.

Prawo zgłoszenia zastrzeżeń Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK, kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do Prezesa Najwyższej Izby Kontroli.

Obowiązek poinformowania NIK o sposobie wykorzystania uwag Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK proszę o poinformowanie Najwyższej Izby Kontroli, w terminie 14 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag.

W przypadku wniesienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.

Warszawa, 28 grudnia 2016 r.

Wiceprezes
Najwyższej Izby Kontroli

Ewa Polkowska



Podpis