



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Bydgoszczy

LBY.410.024.03.2019

Pułkownik dr n. med. Robert Szycza
Komendant
10 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką
ul. Powstańców Warszawy 5
85-681 Bydgoszcz

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/19/105 Funkcjonowanie systemu ratownictwa medycznego

I.

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	10 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką, 85-681 Bydgoszcz ul. Powstańców Warszawy 5 ¹
Kierownik jednostki kontrolowanej	Płk dr n. med. Robert Szyca, Komendant Szpitala Klinicznego ² od 28 maja 2019 r. W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełnił: Płk dr n. med. Jarosław Marciniak, Komendant Szpitala Klinicznego, w okresie od 23 kwietnia 2015 r. do 28 maja 2019 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	Przygotowanie i realizacja zadań Państwowego Ratownictwa Medycznego przez szpitalę prowadzące szpitalny oddział ratunkowy.
Okres objęty kontrolą	Od 1 stycznia 2018 r. – do czasu zakończenia kontroli, z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ³
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Bydgoszczy
Kontrolerzy	1. Artur Nierebiński, główny specjalista k.p., upoważnienie do kontroli nr LBY/165/2019 z 25 listopada 2019 r. oraz nr LBY/26/2020 z 17 stycznia 2020 r. 2. Marcin Mościcki, specjalista k.p., upoważnienie do kontroli nr LBY/164/2019 z 25 listopada 2019 r.

(akta kontroli str.1-7,456)

¹ Dalej: „Szpital”.

² Dalej: „Komendant”.

³ Dz. U. z 2019 r. poz. 489, ze zm., dalej: „ustawa o NIK”.

II. Ocena ogólna⁴ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Funkcjonujący w Szpitalu Klinicznym Szpitalny Oddział Ratunkowy⁵ spełniał wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego⁶, dotyczące zarówno organizacji, lokalizacji, wyposażenia jak i ilości oraz kwalifikacji zatrudnionego tam personelu medycznego. Pacjentom leczonym w KSOR zapewniono dostęp do badań diagnostycznych oraz do lekarzy specjalistów. Personel medyczny, zarówno zatrudniony w Oddziale, jak i pełniący tam dyżury, był zgłaszany na bieżąco do Narodowego Funduszu Zdrowia⁷. W KSOR już w 2016 r. wdrożono procedury segregacji pacjentów. NIK pozytywnie ocenia pozyskanie przez Komendanta w latach 2018 i 2019 dofinansowania pochodzącego z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Ministerstwa Zdrowia oraz Ministerstwa Obrony Narodowej na zakup wyposażenia dla KSOR. Przeprowadzona przez Izbę kontrola nie ujawniła występowania w latach 2018-2019 przypadków: pogarszających się efektów pracy Oddziału poprzez wydłużenie kolejek i czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń lub niewłaściwego traktowania chorych, skutkującego wzrostem liczby skarg i interwencji Rzecznika Praw Pacjenta.

Stwierdzone podczas kontroli nieprawidłowości dotyczyły nieudzielenia niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej dwóm pacjentom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, w związku z odmową ich przyjęcia na KSOR oraz niedokonywania segregacji medycznej 18,7% spośród zbadanych przypadków, czym naruszono odpowiednio art. 33 oraz art. 33a ust. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym⁸.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowej⁹ kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Przygotowanie i realizacja zadań Państwowego Ratownictwa Medycznego przez szpitale prowadzące szpitalny oddział ratunkowy

Opis stanu faktycznego

1. Szpital posiadał Certyfikat Akredytacyjny¹⁰ wydany przez Ministra Zdrowia 2 listopada 2016 r., potwierdzający spełnienie standardów akredytacyjnych dla lecznictwa szpitalnego. Komendant 28 sierpnia 2018 r. wystąpił do Ministra Zdrowia o odnowienie certyfikatu jeszcze przed upływem jego ważności (1 listopada 2019 r.). Przeprowadzony przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w październiku 2019 r. przegląd akredytacyjny potwierdził spełnienie standardów przez Szpital na poziomie 82%¹¹. W następstwie tego 29 listopada 2019 r. Szpital otrzymał nowy certyfikat¹².

(akta kontroli str. 8-32)

⁴ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

⁵ Dalej: „KSOR” lub „Oddział”.

⁶ Dz. U. poz. 1213, dalej: „Rozporządzenie SOR”.

⁷ Dalej: „NFZ”.

⁸ Dz.U. z 2019 r. poz. 993, ze zm.- dalej: „ustawa PRM”.

⁹ Oceny cząstkowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena cząstkowa może być sformułowana, jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

¹⁰ Nr 2016/46.

¹¹ Do uzyskania akredytacji niezbędne jest uzyskanie co najmniej 75% możliwej do uzyskania liczby punktów.

¹² Nr 2019/69, ważny do 28 listopada 2022 r.

2. W Szpitalu w ramach nadzoru opracowywano „Program działań dla poprawy jakości – bezpieczeństwo pacjenta – środowisko opieki” osobno na rok 2019 oraz na lata 2017-2018, gdzie określono cele (m.in. zwiększenie świadomości personelu w zakresie ryzyka zdarzeń niepożądanych, doskonalenie umiejętności medycznych w sytuacji zdarzeń masowych i katastrof), zadania, wskaźniki, osoby odpowiedzialne oraz terminy realizacji. Ponadto w ramach nadzoru nad bezpieczeństwem pacjenta w KSOR w latach 2018-2019 prowadzono następujące analizy:

- przyczyn odmów hospitalizacji (na bieżąco po odmowie),
- powrotów pacjentów na KSOR po wcześniejszej odmowie hospitalizacji (raz na miesiąc),
- zgonów pacjentów KSOR nie będących w terminalnym stadium choroby (zgony nieprzewidziane - każdorazowo po zdarzeniu oraz zbiorczo, co sześć miesięcy),
- zdarzeń niepożądanych i incydentów medycznych (každorazowo po wystąpieniu oraz zbiorczo, co kwartał),
- skuteczności podjętych działań reanimacyjnych (natychmiast po zakończeniu oraz zbiorczo, co pół roku),
- niepożądanych działań stosowanych preparatów krwiopochodnych (natychmiast po stwierdzeniu oraz zbiorczo, co pół roku),
- skarg i uwag zgłaszanych przez pacjentów (na bieżąco).

Najczęściej występującym zjawiskiem niepożądanym na KSOR w latach 2018–2019 (I półrocze) było samowolne oddalenie się pacjentów przed dokonaniem segregacji lub przed ukończeniem diagnostyki¹³.

W wyniku przeprowadzanych analiz zalecano informowanie pacjentów w KSOR podczas rejestracji o obowiązującym systemie TRIAGE¹⁴ i ewentualnym wydłużeniu się czasu oczekiwania na wykonanie świadczenia zdrowotnego.

Badanie satysfakcji pacjenta w KSOR przeprowadzono na przełomie maja i czerwca 2019 r.¹⁵, na próbie 21 osób (rozdysponowano 50 ankiet zawierających 17 pytań). Respondenci wskazywali m.in., że czas oczekiwania na przyjęcie w dużej mierze wynosił powyżej 30 minut, a czas oczekiwania na konsultację lekarza specjalisty powyżej godziny. Większość ankietowanych było zadowolonych z ilości poświęconego im czasu (52%) i uważali, że otrzymali wyczerpujące odpowiedzi na zadawane personelowi lekarskiemu pytania (67%). Wskazywali także, że lekarze starali się natychmiast udzielić im pomocy na zgłaszane potrzeby (67%), a personel zachowywał się względem nich z szacunkiem i poszanowaniem godności (85%). 47% respondentów uznała liczbę personelu za wystarczającą. Po otrzymaniu wyników ankiety Ordynator KSOR, odnosząc się do kwestii czasu oczekiwania na konsultację lekarską, poinformował Komendanta, że Oddział funkcjonuje w oparciu o system segregacji pacjentów i czas oczekiwania na pierwsze badanie może być różny w zależności od stanu zdrowia oraz, że sprawa oczekiwania na konsultację była wielokrotnie poruszana na odprawach.

Ponadto 26 marca 2019 r. w KSOR zorganizowano ćwiczenie w temacie zdarzeń masowych w warunkach polowych, w ramach którego przyjęto i zaopatrzono na KSOR 14 poszkodowanych żołnierzy w wypadku komunikacyjnym.

(akta kontroli str. 33-144)

3. KSOR został ujęty w rejestrze Państwowego Ratownictwa Medycznego (numer wpisu 00002/04/2019), jako jednostka systemu ratunkowego nieposiadająca w swojej strukturze zespołów ratownictwa medycznego. Dane znajdujące się

¹³ Stwierdzono na podstawie raportów z podsumowania systemu nadzorowania bezpieczeństwa pacjenta.

¹⁴ Ocena stanu pacjenta i określenia stopnia pilności badania lekarskiego.

¹⁵ Zgodnie z procedurą P01 - Badanie satysfakcji pacjenta w SOR przeprowadza się co dwa lata, natomiast w przypadku pozostałych oddziałów Szpitala (poza oddziałem Anestezjologii i Intensywnej terapii - wyłączonymi z badania) badania przeprowadzane były sześć razy do roku.

w powyższej ewidencji były aktualne w zakresie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej według stanu na dzień 13 grudnia 2019 r.

(akta kontroli str. 145-146)

4. W Szpitalu funkcjonowały m.in.: klinika chorób wewnętrznych wraz z oddziałem klinicznym chorób wewnętrznych i diabetologii oraz pracownią badań endoskopii przewodu pokarmowego; klinika chirurgiczna wraz z oddziałem klinicznym chirurgii ogólnej i onkologicznej; oddział anestezjologii i intensywnej terapii dla dorosłych, a także kliniczny zakład radiologii lekarskiej z pracownikami: radiologii naczyniowej i interwencyjnej, tomografii komputerowej, radiologii konwencjonalnej, angiografii, badań ultrasonograficznych, rezonansu magnetycznego, mammografii, ultrasonografii mammograficznej, a także radiologiczną. Spełniono tym samym wymogi zawarte w § 4 ust. 1 Rozporządzenia SOR. W badanym okresie Szpital nie odnotował braków kadrowych na stanowiskach lekarzy tych oddziałów. Zabiegi operacyjne planowe na wymienionych powyżej oddziałach przeprowadzano w trybie dziennym. Szpital w swojej strukturze organizacyjnej nie posiadał miejsca do świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Jak wyjaśnił Komendant: Szpital, który podpisał umowę TOPSOR¹⁶ ma czas wypełnić ten obowiązek do 30 czerwca 2020 r., zgodnie z §15 ust. 3 Rozporządzenia SOR. Dodał także, że w infrastrukturze Szpitala było już takie miejsce wyznaczone.

(akta kontroli str. 147-240, 391-392, 418-455)

5. W skład KSOR¹⁷ wchodziły obszary: segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć; resuscytacyjno-zabiegowy; wstępnej intensywnej terapii; terapii natychmiastowej; obserwacji; konsultacyjny oraz zaplecza administracyjno-gospodarczego, spełniono tym samym wymogi określone w § 5 Rozporządzenia SOR.

(akta kontroli str. 241-248)

6. Szpital zapewnił całodobowy dostęp do badań laboratoryjnych dla wszystkich komórek organizacyjnych pracujących w trybie ciągłym poprzez podpisanie umowy z podmiotem zewnętrznym, który zlokalizował swoje pracownie na terenie Szpitala. Zabezpieczenie dostępu do badań endoskopowych z zakresu gastroscopii, rektoskopii i bronchoskopii zapewniono na podstawie zawartych umów cywilnoprawnych przez wykwalifikowany personel w formie dyżurów telefonicznych¹⁸.

Komendant wyjaśnił, że w stanach zagrożenia życia (w tym m.in. aktywnego krwawienia z przewodu pokarmowego) zaopatrywane są przez zespół medyczny dyżurujący stacjonarnie w ramach poszczególnych komórek organizacyjnych¹⁹, a pacjenci przyjmowani są bez zbędnej zwłoki w stan hospitalizowanych odpowiedniego oddziału szpitalnego.

Laryngoskopie wykonywano na Klinicznym Oddziale Otolaryngologii przez lekarzy dyżurnych. Natomiast pozostałe badania diagnostyczne (jak np. USG, RTG, tomograf komputerowy) wykonywano w Zakładzie Radiologii, gdzie również zapewniono całodobowe dyżury lekarskie.

(akta kontroli str. 249-283, 412-417, 482-494)

¹⁶ „Tryby Obsługi Pacjenta w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym” Umowa nr 232/DN/2019 z 12 lipca 2019 r.

¹⁷ Według stanu na dzień 4 grudnia 2019 r., co zostało potwierdzone podczas przeprowadzonych oględzin.

¹⁸ Zarówno pielęgniarka jak i lekarz specjalista. W umowach wskazano, że lekarz jak i pielęgniarka winni się stawić do miejsca wezwania w czasie nie dłuższym niż 30 minut od momentu odebrania wezwania, a każdorazowe nieodbieranie telefonu lub opóźnienie w przyjeździe było okluzulowane karą umownymi. W roku 2018 odnotowano 196 interwencji zespołów endoskopowych, a w 2019 r. 187, co stanowiło odpowiednio 0,6% oraz 0,7% ogólnej liczby pacjentów zaopatrzonych przez KSOR we wskazanych latach.

¹⁹ Przez lekarzy dyżurnych pulmonologii i gastroenterologii na oddziałach klinicznych Szpitala.

Ordynator KSOR wyjaśnił, że w latach 2018-2019 nie zgłaszał do Komendy Szpitala uwag dotyczących całodobowego dostępu do badań specjalistycznych, gdyż wszystkie zlecenie wykonywane były w trybie pilnym.

(akta kontroli str.391-392)

7. W KSOR wdrożono²⁰ procedurę „Przyjęcie pacjenta do SOR w trybie pilnym”, w której wskazano m.in., że obowiązuje system kwalifikacji przyjęć pacjentów w oparciu o model Manchester Triage System, gdzie określono pięć kategorii, które determinowały maksymalny czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem od pilnego do 240 minut.

Wcześniej przed wprowadzeniem formalnym tej procedury w KSOR stosowano trzy kategorie określające kolejność ratowania pacjentów. Przeprowadzone 9 grudnia 2019 r. oględziny potwierdziły m.in., że w SOR:

- dokonywano oceny stanu pacjenta i określano stan pilności badania lekarskiego (TRIAGE)²¹,
- wprowadzono priorytetową rejestrację pacjentów przekazywanych przez Zespoły Ratownictwa Medycznego²²,
- wdrożono system ewidencjonujący czas obsługi pacjenta w SOR²³,
- wprowadzono priorytet badań zleczanych przez SOR, które wykonywane były w trybie CITO.

(akta kontroli str. 284-340, 376-381)

8. W regulaminie organizacyjnym Szpitala²⁴ określono, że maksymalny czas na podjęcie decyzji o przyjęciu pacjenta do Szpitala przez lekarza KSOR lub lekarza dyżurnego oddziału wynosi 24 godziny. Zawarto także zapis, że podejmowanie ostatecznej decyzji o przyjęciu pacjenta do Szpitala, w przypadku spornych rozstrzygnięć po zakończeniu diagnostyki i konsultacji specjalistycznej, jest podstawowym zadaniem Lekarza Dyżurnego Szpitala. Informacje w tym zakresie były zamieszczone na stronie internetowej Szpitala i wywieszone na tablicy ogłoszeń w obszarze segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć.

Komendant rozkazem nr 189/19 z 27 września 2019 r. polecił kierownikom klinik oraz ordynatorom oddziałów Szpitala, żeby podczas opracowywania harmonogramów przyjęć do oddziałów, wydzielili 20% łóżek w celu zabezpieczenia pacjentów, którzy wymagają hospitalizacji po diagnostyce i wstępnym zabezpieczeniu w KSOR.

Jak wyjaśnił Ordynator KSOR obecnie pacjenci nie byli kierowani przez personel KSOR do ośrodków nocnej i świątecznej pomocy zdrowotnej. W celach informacyjnych w obszarze segregacji znajdowały się informacje i adresy punktów takiej pomocy na terenie Bydgoszczy. Niektórzy pacjenci widząc dużą liczbę oczekujących na pomoc w Oddziale samodzielnie podejmowali decyzję o skorzystaniu z tej formy pomocy. Ponadto dodał, że decyzję o przyjęciu do hospitalizacji stacjonarnej osób w stanie zagrożenia życia podejmował lekarz dyżurny SOR lub lekarze konsultanci z poszczególnych oddziałów. W przypadku braku miejsc w innych komórkach organizacyjnych lekarz dyżurny KSOR (posiadający takie uprawnienia nadane przez Komendanta) podejmował decyzję o przyjęciu na inny oddział o pokrewnym profilu, przyjęciu na dostawki łóżek na

²⁰ Od 27 listopada 2019 r.

²¹ Zgodnie z § 6 ust. 7-10 Rozporządzenia SOR z wyłączeniem zapisów dotyczących systemu TOPSOR, którego wdrożenie zostało przesunięte.

²² Dalej: „ZRM”.

²³ System ten ewidencjonował m.in. czasy: rejestracji, segregacji, zlecenia oraz wykonania: badań, konsultacji oraz porad lekarskich.

²⁴ Wprowadzonym zarządzeniem Komendanta Szpitala nr 54/16 z 18 listopada 2016 r. i aktualizowanego rozkazem nr 187/19 z 25 września 2019 r.

korytarz lub ustalał przekazanie do oddziału w innym szpitalu (o ile ten posiadał wolne miejsca).

(akta kontroli str. 147-232,418-425)

9. KSOR został wyposażony²⁵ w urządzenia i sprzęt gwarantujący wstępną diagnostykę oraz podjęcie leczenia w zakresie niezbędnym dla stabilizacji funkcji życiowych osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, zgodnie z wymogami określonymi w § 3-11 Rozporządzenia SOR.

Ponadto KSOR już na dzień 4 grudnia 2019 r., spełniał inne wymogi określone w tym rozporządzeniu jak:

- możliwość krótkotrwałej izolacji pacjenta, u którego stwierdzono chorobę zakaźną, lub z podejrzeniem zachorowania na chorobę zakaźną (wymagane od 1 stycznia 2021 r.),
- warunki niezbędne do przeprowadzenia wywiadu z zespołami RM, która znajduje się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego lub z osobą jej towarzyszącą (wymagane od 30 czerwca 2020 r.),
- odpowiednią liczbą desek ortopedycznych z kompletem pasów, na wymianę z zespołami ratownictwa medycznego (wymagane do 31 grudnia 2019 r.).

(akta kontroli str. 241-248)

10. Na koniec 2017 roku na KSOR zatrudnionych było: czterech lekarzy, 20 pielęgniarek oraz 14 ratowników medycznych, natomiast na koniec 2018 roku wzrosła liczba lekarzy do pięciu oraz ratowników medycznych do 16, przy niezmienionej liczbie pielęgniarek.

Według stanu na 30 września 2019 r. na KSOR zatrudnionych było: sześciu lekarzy, 21 pielęgniarek oraz 22 ratowników medycznych.

Spośród zatrudnionego personelu wszyscy lekarze byli lekarzami Systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego²⁶ natomiast spośród zatrudnionych pielęgniarek 15 było pielęgniarkami Systemu PRM.

Pielęgniarka oddziałowa posiadała tytuły doktora nauk medycznych oraz magistra pielęgniarstwa, a także ukończyła specjalizację z zakresu pielęgniarstwa chirurgicznego.

Ordynator KSOR ukończył specjalizację w 2006 r. w zakresie chorób wewnętrznych, ukończył także szkolenie specjalizacyjne²⁷ z zakresu medycyny ratunkowej, a obecnie oczekiwał na przystąpienie do egzaminu (wymóg posiadania specjalizacji z tego dziedziny przez ordynatora należy spełnić po 31 grudnia 2020 r.).

Ponadto poza wyżej wymienionymi w KSOR przez cały okres objęty kontrolą zatrudnionych było siedem rejestratorek medycznych, jeden sanitariusz oraz jeden pracownik gospodarczy, przy czym dwie rejestratorki zapewniały obsługę izby przyjęć, a pozostałe pięć pracowało w systemie zmianowym 12-sto godzinnym (7:00-19:00 i 19:00-7:00) tak, aby na każdej zmianie pracowała jedna osoba.

Lekarze na KSOR pracowali w dwóch trybach:

- tryb podstawowy: w dni powszednie w godzinach 7:00-15:00 obsadę stanowili etatowi lekarze oddziału (czyli sześciu lekarzy w 2019 r. wraz kierownikiem oddziału),
- tryb dyżuru: w dni powszednie w godzinach 15:00-7:00 oraz w dni wolne od pracy i święta w godzinach 7:00-7:00 obsadę stanowili: lekarz dyżurny szpitala zabezpieczający część zachowawczą i lekarz ortopeda zabezpieczający część urazową. W okresie od 1 lipca 2019 r. do czasu zakończenia czynności kontrolnych dyżury pełniło 19 lekarzy. Lekarze pełniący dyżur na KSOR nie

²⁵ Co zostało potwierdzone podczas przeprowadzonych oględzin 4 grudnia 2019 r.

²⁶ Dalej: „System PRM”.

²⁷ 5 maja 2018 r.

pełnili jednocześnie dyżuru na innych oddziałach. Jednocześnie w Szpitalu dla zabezpieczenia KSOR dyżury pełniło (niezależnie od zabezpieczenia obsady oddziałów klinicznych): jeden anestezjolog, jeden kardiolog, jeden chirurg i jeden internista.

Pielęgniarki i ratownicy medyczni pracowali na dwie zmiany (7:00-19:00 i 19:00-7:00), przy czym grafiki ustalano w ten sposób, żeby na każdej zmianie znajdowało się sześć osób.

Dane personelu medycznego pracującego i dyżurującego w KSOR oraz poziom specjalizacji lekarzy były zgodne z danymi wskazanymi w umowie z Narodowym Funduszem Zdrowia²⁸

(akta kontroli str. 249-278, 341-371)

11. Badaniem objęto dokumentację medyczną 64²⁹ pacjentów, którym udzielono świadczeń w KSOR. Dokumentacja w KSOR prowadzona była głównie z wykorzystaniem systemu informatycznego, dodatkowo prowadzona była także dokumentacja w formie papierowej.

Dla badanej próby przeciętny czas od przeprowadzenia segregacji³⁰ do udzielania pierwszej konsultacji lekarskiej wynosił 35 minut w 2018 r. oraz 29 minut w 2019 r. Przeciętnie na jednego pacjenta przypadało 1,52 badania laboratoryjnego lub obrazkowego, a średni czas oczekiwania od zlecenia takiego badania do otrzymania jego wyniku wynosił 1 godz. 6 min. w 2018 r. i 1 godz. 10 min. w 2019 r. Przeciętnie na jednego pacjenta przypadało 0,95 konsultacji lekarza specjalisty z innego niż KSOR oddziału szpitalnego. W wypadku 14 pacjentów po diagnozie na KSOR podjęto decyzję o ich skierowaniu na inny oddział Szpitala. Średnio od podjęcia decyzji o skierowaniu pacjenta na oddział do wypisania pacjenta z KSOR (przyjęcia pacjenta przez oddział) mijało 27 min. w 2018 r. i 18 min. w 2019 r. Przeciętny całkowity czas przebywania pacjentów na KSOR³¹ wyniósł 3 godz. 55 min. w 2018 r. oraz 3 godz. i 50 min. w 2019 r.

Wszyscy lekarze udzielający, w badanej próbie, świadczeń medycznych zostali zgłoszeni do Narodowego Funduszu Zdrowia³².

Z wyjątkiem jednego przypadku³³, w dokumentacji wszystkich objętych próbą pacjentów znajdowała się kopia Karty informacyjnej leczenia w KSOR albo Karta konsultacji specjalistycznej.

Ordynator KSOR wyjaśnił m.in., że prawdopodobna przyczyna braku Karty Informacyjnej z leczenia w KSOR we wskazanym przypadku wynikała z pomyłkowego wydania pacjentowi obu egzemplarzy tej karty. W trakcie kontroli sporządzono duplikat tego dokumentu i dołączono do dokumentacji KSOR.

Szpital 12 lipca 2019 r. zawarł umowę nr 232/DN/2019 z Lotniczym Pogotowiem Ratunkowym o partnerstwie w realizacji projektu TOPSOR.

(akta kontroli str. 372-381, 426-455)

12. W okresie objętym kontrolą nie wystąpiły przypadki czasowego zawieszenia działalności leczniczej KSOR.

(akta kontroli str. 418-425)

13. W 2019 r. (III kwartały) wystąpiły dwa przypadki odmowy przyjęcia pacjenta na KSOR, których przyczyną był brak wolnych stanowisk monitorowanych dla pacjentów z podejrzeniami schorzeń kardiologicznych w Oddziale.

²⁸ Według stanu na dzień 23 grudnia 2019 r.

²⁹ Po 16 losowo wybranych (w ramach przyznanych kategorii podczas segregacji) pacjentów z września i października 2018 i 2019 r.

³⁰ W przypadku braku przeprowadzenia segregacji czas wyliczono od momentu rejestracji pacjenta w systemie informatycznym KSOR.

³¹ Od momentu rejestracji do wypisu z KSOR.

³² Dalej: „NFZ”.

³³ Nr kartoteki w księdze głównej 20218/19.

Pozostałe wykazywane przez Szpital w okresie objętym kontrolą, odmowy przyjęcia pacjentów i przekazania ich do innych jednostek nie dotyczyły KSOR, a izby przyjęć. W udostępnionej podczas kontroli dokumentacji wykazano:

- cztery przypadki przekazania pacjenta do innego SOR lub innego podmiotu leczniczego (wszystkie w 2018 r.), po uprzednim zaopatrzeniu na tutejszym KSOR, do dalszego leczenia na oddziały szpitalne zlokalizowane w innych jednostkach. Powodem przekazania pacjentów był brak wolnych miejsc na oddziałach Szpitala. Przekazanie pacjentów każdorazowo uzgadniano z podmiotem docelowym, a ich transport zapewniono karetką będącą na wyposażeniu Szpitala do Szpitali Uniwersyteckich nr 1 i nr 2 w Bydgoszczy.
- jedną odmowę z 2018 r., która dotyczyła przekazania pacjenta ze Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 w Bydgoszczy (również posiadającego SOR) na tutejszy Oddział Ortopedii, a jako jej uzasadnienie wskazano brak miejsc na tym oddziale, a także brak uzgodnień między placówkami w tym zakresie.

(akta kontroli str. 382-389)

14. W 2017 roku KSOR przyjął 30 404 pacjentów, z czego 5 968 pacjentów przekazano przez ZRM. Natomiast w 2018 r. przyjęto 30 883 pacjentów, a w trzech kwartałach 2019 r. 26 998, z czego odpowiednio 6 376 i 4 879 przekazanych przez zespoły ZRM. W sprawozdaniach przekazywanych przez Szpital do Kujawsko-Pomorskiego Urzędu Wojewódzkiego określono, że wszyscy pacjenci KSOR znajdowali się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego³⁴. We wskazanym okresie nie kierowano pacjentów, którzy zgłosili się do KSOR, do POZ ze względu na brak zagrożenia zdrowia i życia. W latach 2017–2019 (III kwartały) liczba zgonów zarejestrowanych na KSOR wynosiła odpowiednio: 18, 17 i 25.

Ordynator KSOR wyjaśnił m.in., że Szpital nie otrzymał wytycznych lub instrukcji odnoszących się do sporządzania sprawozdań o „Liczbie pacjentów w szpitalnym oddziale ratunkowym”, zwłaszcza jakie kryterium przyjąć do oceny stanu zdrowia obsługiwanych pacjentów, jeżeli chodzi o wypełnianie kolumny „inne”. Przy wypełnianiu tabel przyjęto więc zasadę, że zgodnie z aktami prawnymi do oddziału ratunkowego winny się zgłaszać i trafiać tylko osoby w stanie zagrożenia życia lub nagłego pogorszenia się zdrowia i w ten sposób te tabele uzupełniano.

Ordynator KSOR dodał także, że konstrukcja płatności (w formie ryczałtu dobowego) powoduje, że praktycznie założono, iż SOR posiada nieograniczone możliwości hospitalizacji chorych (wszystkie inne podmioty medyczne funkcjonują w systemie limitowania świadczeń), co powoduje, że zgłaszają się tutaj pacjenci niekoniecznie w stanach zagrożenia życia, ale osoby, które z uwagi na długi czas oczekiwania, nie uzyskują porad w trybie ambulatoryjnym. Nagminne jest kierowanie do SOR pacjentów na tzw. wykonanie badań lub przypadków problematycznych (np. bezdomnych oraz osób do niedawna kierowanych do izb wytrzeźwień), a także trudnych, czyli kosztochłonnych, jako do ośrodka o wyższej referencyjności. Zgłaszają się także pacjenci zniecierpliwieni wielomiesięcznym oczekiwaniem na konsultację w poradni specjalistycznej. Ordynator wskazał, że zgodnie z obowiązującymi uwarunkowaniami prawnymi SOR musi przyjąć każdy kolejny zespół ZRM i każdego kolejnego zgłaszającego się pacjenta, ponieważ ustawodawca nie założył braku miejsc w SOR ani ograniczenia wydolności jego personelu.

(akta kontroli str. 390-392, 408-411)

15. Szpital posiadał lądowisko wpisane do ewidencji prowadzonej przez Prezesa Urzędu Lotnictwa Cywilnego, które było przystosowane do startów i lądowań

³⁴ Nie wykazywano pacjentów innych niż pacjenci w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

w dzień i w nocy śmigłowców ratownictwa medycznego o całkowitej długości śmigłowca do 20 m i dopuszczalnej masie startowej do 6500 kg. Lądowisko usytuowano 29 m od budynku głównego Szpitala³⁵, transport z lądowiska odbywał się specjalistycznym transportem sanitarnym, a jego czas nie przekraczał 5 minut.

(akta kontroli str.241-248, 393-405)

16. Komendant nie występował do Wojewody Kujawsko-Pomorskiego z wnioskiem o objęcie KSOR harmonogramem dyżurów funkcjonowania.

Komendant wyjaśnił, że wielokrotnie monitowano do płatnika świadczeń o nieprawidłowościach w przekazywaniu i odsyłaniu pacjentów z innych jednostek posiadających SOR oraz komórki organizacyjne wyspecjalizowane do przyjmowania szczególnych przypadków zdrowotnych (np. odsyłanie ze Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 w Bydgoszczy oraz przekazywanie przez Wojewódzką Stację Pogotowia Ratunkowego pacjentów, którzy winni trafić z urazami wielonarządowymi do funkcjonującego na terenie miasta Centrum Urazowego).

(akta kontroli str. 418-425)

17. W latach 2017-2019 (III kwartały) Szpital otrzymał następujące środki finansowe związane z funkcjonowaniem KSOR 24 306,9 tys. zł z Narodowego Funduszu Zdrowia na finansowanie bieżącej działalności SOR (ryczałt dobowy, zwrot kosztów rzeczywistych pacjentów z krajów Unii Europejskiej oraz dodatek z tytułu wzrostu wynagrodzeń), z czego: 8 091,6 tys. zł w 2017 r., 8 791,7 tys. zł w 2018 r. oraz 7 423,6 tys. zł w 2019 r.

Wydatki inwestycyjne dotyczące zakupu sprzętu i aparatury medycznej stanowiącej wyposażenie KSOR wynosiły 1 580,3 tys. zł. Środki te Szpital otrzymał w ramach realizacji projektu współfinansowanego z UE³⁶ oraz z dotacji celowej na dofinansowanie zakupu aparatury i sprzętu medycznego³⁷.

W latach 2017 -2019 Szpital nie realizował inwestycji budowlanych dotyczących KSOR.

Jak wyjaśniła główny księgowy Szpitala oficjalnie nie występowano do NFZ o zwiększenie stawki ryczału, natomiast wielokrotnie monitowano do płatnika świadczeń o nieprawidłowościach w przekazywaniu i odsyłaniu pacjentów z innych jednostek posiadających SOR oraz komórki organizacyjne wyspecjalizowane do przyjmowania szczególnych przypadków zdrowotnych. Asygnowane przez NFZ środki na bieżące funkcjonowanie były wystarczające na pokrycie kosztów bezpośrednich, jednak w każdym roku, po dokonaniu narzutu kosztów pośrednich KSOR notował stratę. Wyjaśniająca wskazała na problemy związane z roszczeniami płacowymi personelu, który żąda zwiększenia stawek godzinowych nawet o 100%. Po 9 miesiącach bieżącego roku wynik finansowy Szpitala jak i KSOR kształtuje się w wartościach ujemnych.

(akta kontroli str.406-417)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Podczas kontroli stwierdzono przypadki nieudzielenia niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej dwóm osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego

³⁵ W którym także znajdował się KSOR.

³⁶ POIS.09.01.00-00-0150/17-00/10/2017/1421 łącznie 1 541,4 tys. zł w 2018 r., z czego: 1 244,7 tys. zł z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, 219,6 tys. zł z Ministerstwa Zdrowia oraz 77,1 tys. zł stanowił wkład własny.

³⁷ Umowa nr 3300014173/114/25PMT/2019 zawarta z Ministrem Obrony Narodowej, w ramach, której KSOR zakupił wyposażenie o wartości 38,9 tys. zł (38 tys. zł stanowiło dofinansowanie MON, a 0,9 tys. zł wkład własny).

w związku z odmową ich przyjęcia na KSOR³⁸, co stanowi naruszenie art. 33 ustawy PRM.

Komendant wyjaśnił, że powodem odmowy przyjęcia tych pacjentów był brak możliwości monitorowania chorych, czego wymagał stan zdrowia opisywany przez zespoły karetek.

Kujawsko-Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ prowadził w tym zakresie postępowanie wyjaśniające, które skutkowało pouczeniem Komendanta, że odmowa udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej pacjentowi przywiezionemu przez ZRM w stanie zagrożenia życia lub zdrowia stanowi naruszenie zapisów ustawy o PRM. Wskazano również, że niedopuszczalne jest odstępianie od wykonania osobistego badania i oceny stanu zdrowia przez lekarza, co miało miejsce w tych przypadkach³⁹. W piśmie skierowanym do Komendanta przypomniano o braku możliwości prawnych odmowy udzielenia pomocy pacjentowi znajdującemu się w stanie zagrożenia życia lub zdrowia, który zgłasza się lub jest przywieziony przez ZRM SOR.

(akta kontroli str. 382-389, 457-481, 492-493)

Najwyższa Izba Kontroli podziela zdanie NFZ w tym przypadku, wskazując jednocześnie, że podniesione przez Pana Komendanta okoliczności mogłyby stanowić uzasadnienie do przekazania pacjentów do innego podmiotu leczniczego jednakże dopiero po udzieleniu im na KSOR niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej

2. W przypadku sześciu pacjentów⁴⁰, spośród 32 badanych (tj. 18,7%)⁴¹ przypadków nie przeprowadzono segregacji medycznej, czym naruszono art. 33a ust. 1 ustawy PRM.

(akta kontroli str. 376-377)

Ordynator KSOR wyjaśnił m.in., że w dwóch przypadkach były to osoby kierowane na oddział okulistyczny, a w jednym przypadku na oddział laryngologiczny (pacjenci nie mieli innych problemów zdrowotnych), gdzie po udzieleniu im pomocy i po konsultacji przez tamtejszych lekarzy zostali wypisani do domu. W pozostałych trzech przypadkach nie udokumentowano procedury przeprowadzenia segregacji ze względu na duży napływ pacjentów w danym momencie. Sytuacje takie, choć miały charakter incydentalny, nie powinny mieć miejsca. W związku z czym przeprowadzono dla personelu szkolenie przypominające zasad triage medycznego. Sytuacje takie zostaną całkowicie wyeliminowane po utworzeniu gabinetów segregacji medycznej⁴².

(akta kontroli str. 378-381)

Jedną z przyczyn powstania tej nieprawidłowości, zdaniem NIK, było formalne wprowadzenie obowiązującego systemu kwalifikacji przyjęć pacjentów (5-cio stopniowego) dopiero 25 listopada 2019 r. na podstawie procedury „Przyjęcia pacjenta do SOR w trybie pilnym”. Brak sformalizowanego działania w tym zakresie sprzyjał powstaniu nieprawidłowości opisanej powyżej.

(akta kontroli str. 284-338)

³⁸ Odpowiednio 4 i 5 maja 2019 r.

³⁹ Lekarz pełniący dyżur podejmując decyzje o odmowie przyjęcia pacjentów nie zbadał tych osób, a bazował jedynie na wynikach badań EKG i rozmów z zespołami ZRM³⁹. W postępowaniu wewnętrznym Lekarz ten za swoje postępowanie został przez Komendanta upomniany i zobowiązany do przestrzegania zasad prawidłowego postępowania z pacjentami przewożonymi przez ZRM.

⁴⁰ Nr księgi głównej: 20630/19, 20996/19, 21181/19, 21948/19, 22404/19 oraz 23375/19.

⁴¹ Nieprawidłowość odnosi się do badania przypadków z miesięcy wrzesień oraz październik 2019 r., gdyż w tym czasie należało bezwzględnie przeprowadzać segregację medyczną (obowiązek od 1 lipca 2019 r.). W pozostałych 32 badanych przypadkach (z okresu wrzesień i październik 2018 r.) nie było wymogu segregacji.

⁴² Wymóg, który należy spełnić do 30 czerwca 2020 r.

Ordynator KSOR wyjaśnił, m.in., że segregacja medyczna pacjentów KSOR prowadzona była zgodnie z obowiązującymi przepisami, jednakże zmiany wprowadzające segregację medyczną 5-cio stopniową zostały formalnie wprowadzone do wyżej wymienionej procedury dopiero 27 listopada 2019 r. ze względu na przeoczenie. Wcześniej obowiązek segregacji był wskazany w Instrukcji organizacyjnej SOR w warunkach katastrofy.

(akta kontroli str. 378-381)

IV. Uwagi i Wnioski

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, przedstawia następujące uwagi i wnioski:

Uwagi Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag.

- Wnioski
1. Udzielanie niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej osobom znajdującym się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, które zostały przywiezione przez ZRM;
 2. Przeprowadzanie segregacji medycznej wszystkich pacjentów leczonych w KSOR.

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 dyrektora Delegatury NIK w Bydgoszczy. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

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.

Bydgoszcz, lutego 2020 r.

Kontrolerzy
Artur Nierebiński
główny specjalista k.p.

.....
podpis

Marcin Mościcki
specjalista k.p.

.....
podpis

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Bydgoszczy
p.o. Dyrektor
Tomasz Sobecki

.....
podpis