



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Bydgoszczy

LBY.410.13.3.2025

Płk dr n. med. Sławomir Wawrzyniak
Komendant Szpitala Klinicznego
10 Wojskowy Szpital Kliniczny
z Polikliniką SPZOZ
ul. Powstańców Warszawy 5
85-681 Bydgoszcz

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/25/042 – System ratownictwa medycznego

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Bydgoszczy
ul. Wały Jagiellońskie 12, 85-131 Bydgoszcz
tel. 48525675800, lby@nik.gov.pl

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	10 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SPZOZ, ul. Powstańców Warszawy 5, 85-681 Bydgoszcz ¹ .
Kierownik jednostki kontrolowanej	Płk dr n. med. Sławomir Wawrzyniak, Komendant Szpitala Klinicznego ² od 24 stycznia 2024 r. W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki pełnił poprzednio płk Robert Szyca.
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Warunki udzielania świadczeń zdrowotnych 2. Udzielenie świadczeń zdrowotnych osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego
Okres objęty kontrolą	Od 1 stycznia 2023 r. do dnia zakończenia kontroli ³ , z wykorzystaniem danych sprzed okresu objętego kontrolą
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ⁴
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Bydgoszczy
Kontroler	Sylwia Woźniak-Waszak, doradca ekonomiczny, upoważnienie do kontroli nr LBY/68/2024 z 12 maja 2025 r.

(akta kontroli str. 1-11)

¹ Dalej: Szpital.

² Dalej: Komendant.

³ Tj. do 14 sierpnia 2025 r.

⁴ Dz. U. z 2022 r. poz. 623, dalej: ustawa o NIK.

II. Ocena ogólna⁵ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Kliniczny Szpitalny Oddział Ratunkowy⁶ spełniał warunki udzielania świadczeń zdrowotnych oraz udzielał pomocy medycznej osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, pomimo stwierdzonych nieprawidłowości.

KSOR spełniał wymagania określone w rozporządzeniach Ministra Zdrowia: z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą⁷ oraz z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego⁸, zarówno w zakresie lokalizacji i pomieszczeń, jak również organizacji i minimalnego wyposażenia.

Szpital zapewnił obsadę wykwalifikowanego personelu medycznego udzielającego świadczeń w KSOR oraz personelu wykonującego badania diagnostyczne. W badanej próbie mediana czasu kontaktu z lekarzem pacjentów zakwalifikowanych jako wymagających pomocy natychmiastowej wynosiła 6 min., a w przypadku konieczności przeprowadzenia badania diagnostycznego wynosiła 5 min. Zlecone badania diagnostyczne (tomografia komputerowa, RTG, USG, gastroskopia) były przeprowadzane całodobowo. Prawdłowo wdrożono zalecenia standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców.

Stwierdzono jednak nieprawidłowości mogące mieć wpływ na jakość udzielania świadczeń zdrowotnych osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego z uwagi na nierzetelny sposób organizacji pracy osób udzielających świadczeń zdrowotnych w Szpitalu, zakładający pracę w sposób ciągły przez ponad 24 godziny, bez zachowania okresów odpoczynku.

Jako nieprawidłowe oceniono również przypadki:

- nieterminowego przeglądu technicznego urządzeń medycznych wykorzystywanych w KSOR;
- nieterminowego wpisywania tych urządzeń do Systemu Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia⁹;
- nieaktualizowania warunków umowy z NFZ w zakresie posiadanych zasobów sprzętowych jak i potencjału wykonawczego;
- przekazywania nierzetelnych danych za 2024 r. dotyczących liczby pacjentów przyjętych do SOR służących do opracowania „Planu działania Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne dla Województwa Kujawsko-Pomorskiego”;
- niekorzystania w pełni z funkcjonalności systemu Trybów Obsługi Pacjenta w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym¹⁰, w tym braki zapisów w ww. systemie oraz w szpitalnym systemie informatycznym KS-MEDIS, co uniemożliwiało dokonanie wiarygodnej analizy danych z tych systemów;

⁵ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

⁶ Dalej: KSOR.

⁷ Dz. U. z 2022 r. poz. 402, dalej: rozporządzenie w sprawie szczegółowych wymagań.

⁸ Dz. U. z 2024 r. poz. 336, ze zm. dalej: rozporządzenie w sprawie SOR.

⁹ Dalej: SEZOZ.

¹⁰ Dalej: TOPSOR.

- nieterminowego i nierzetelnego raportowania Wojewódzkiemu Koordynatorowi Ratownictwa Medycznego¹¹ stanu wolnych łóżek na oddziałach szpitalnych;
- niezasięgania opinii lekarzy kierujących oddziałami w sprawie liczby łóżek zabezpieczanych na potrzeby osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego skierowanych do tych oddziałów z KSOR oraz nieudokumentowania przekazania kierownikom oddziałów informacji w ww. zakresie;
- niedokonania wpisów w „Księżce odmów przyjęć w KSOR” oraz nieudokumentowania przyczyn odmowy przyjęcia pacjentów w KSOR.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny częściowej kontrolowanej działalności

OBSZAR
Opis stanu
faktycznego

1. Warunki udzielania świadczeń zdrowotnych

1.1. KSOR był zlokalizowany w zespole budynków Szpitala, z osobnym wejściem dla pieszych oraz podjazdem dla specjalistycznych środków transportu sanitarnego, niezależnym od innych wejść i podjazdów do Szpitala. Bezpośrednie wejście i podjazd były zadaszone, a przelotowy podjazd zamykany i otwierany automatycznie. Zapewniono bezkolizyjny dojazd specjalistycznych środków transportu sanitarnego pod KSOR.

(akta kontroli str. 210-244)

W toku przeprowadzonych oględzin¹³, Ordynator KSOR zwrócił uwagę, że funkcjonujący układ architektoniczno-budowlany podjazdu pod KSOR utrudnia manewrowanie nowym typem ambulansu, tj. ambulansem kontenerowym (ze względu na jego większe wymiary). Brak jest możliwości przebudowy podjazdu.

(akta kontroli str. 210)

Dyrektor Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Bydgoszczy¹⁴ poinformował, że *WSPR posiada aktualnie 20 ambulansów, z czego cztery ambulanse w zabudowie kontenerowej. (...) WSPR planuje sukcesywne zakupy ambulansów w zabudowie kontenerowej, aby docelowo tabor składał się tylko z pojazdów tego typu. Jedyńm szpitalem na terenie Bydgoszczy, który nie jest przystosowany do przyjęcia nowoczesnych ambulansów na bazie kontenera jest 10. Wojskowy Szpital Kliniczny. Podjazd SOR posiada infrastrukturę z 1985 r., kiedy samochody stosowane w ratownictwie medycznym były dużo mniejsze (...) Ambulanse kontenerowe podjeżdżają bezpośrednio do bramy wjazdowej na SOR przodem lub tyłem w zależności od stanu pacjenta. Nie wjeżdżają do środka na miejsce parkingowe SOR. Zaznaczamy, że nie wydłuża to czasu przekazania pacjenta w szpitalu i co najważniejsze nie ma wpływu na jego stan. (...) WSPR ma świadomość problemu, ale nie może zatrzymać się w rozwoju i obniżać jakości świadczonych*

¹¹ Dalej: Wojewódzki Koordynator.

¹² Oceny częściowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena częściowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

¹³ Przeprowadzonych 6 czerwca 2025 r.

¹⁴ Dalej: WSPR.

usług z powodu błędu i braku przewidywania w projekcie podjazdu na SOR w jedynym szpitalu na terenie Bydgoszczy.

(akta kontroli str. 255-257)

Poddane oględzinom pomieszczenia KSOR spełniały wymagania określone w rozporządzeniu w sprawie szczegółowych wymagań, tj. m.in.:

- pomieszczenia KSOR (i pokoje chorych w Szpitalu) znajdowały się powyżej poziomu terenu urządzonego przy zespole budynków;
- kształt i powierzchnia pomieszczeń umożliwiały prawidłowe rozmieszczenie, zainstalowanie i użytkowanie urządzeń, aparatury i sprzętu medycznego;
- szerokość drzwi w pomieszczeniach, przez które odbywał się ruch pacjentów na łózkach, umożliwiała ten ruch;
- pomieszczenia, w których były wykonywane badania lub zabiegi wyposażone były w umywalkę z ciepłą i zimną wodą, dozowniki z mydłem i środkiem dezynfekującym, ręczniki jednorazowego użycia oraz pojemnik na zużyte ręczniki;
- materiał, z którego wykonano podłogi oraz połączenie podłóg ze ścianami umożliwiało ich mycie i dezynfekcję;
- instalacje wentylacji i klimatyzacji były poddawane okresowym przeglądom i serwisom.

(akta kontroli str. 210-244, 245-254)

Lokalizacja KSOR zapewniała odpowiednią komunikację z oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii, zintegrowanym blokiem operacyjnym, pracownią tomografii komputerowej oraz węzłem wewnątrzzpitalnej komunikacji pionowej (tj. windą przywoływaną wyłącznie przez pracowników Szpitala za pomocą chipa, niedostępną dla innych osób).

(akta kontroli str. 210-244)

W Szpitalu funkcjonowały m.in.: klinika chorób wewnętrznych wraz z oddziałem klinicznym chorób wewnętrznych; klinika anestezjologii i intensywnej terapii dla dorosłych; klinika chirurgiczna wraz z oddziałem klinicznym chirurgii ogólnej i onkologicznej; kliniczny zakład radiologii lekarskiej z pracowniami m.in. tomografii komputerowej, badań ultrasonograficznych i rezonansu magnetycznego. Spełniono tym samym wymogi zawarte w § 4 ust. 1 pkt 1-4 rozporządzenia w sprawie SOR.

(akta kontroli, str. 12, 15-125)

W Szpitalu nie funkcjonowało miejsce udzielania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (NŚPOZ)¹⁵.

Komendant Szpitala wskazał, że „(...) celem wywiązania się z zapisów wynikających z § 4 ust. 1 pkt 5 rozporządzenia w sprawie SOR, Szpital wyznaczył miejsce dedykowane realizacji udzielania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w lokalizacji KSOR. Miejszem tym miał być budynek tzw. „starej Polikliniki” znajdujący się na terenie placówki, z dogodnym dostępem dla pacjentów. Po przeanalizowaniu ew. kosztów, które wynikałyby z organizacji NŚPOZ (w tym kosztów osobowych zatrudnionego personelu), podjęliśmy

¹⁵ Zgodnie z § 15 pkt 4a rozporządzenia w sprawie SOR wymóg ten ma być spełniony do 31 grudnia 2026 r.

rozmowy z potencjalnym podwykonawcą powyższego zakresu (...) – aktualnym realizatorem NŚPOZ na terenie miasta Bydgoszczy, który wyraził wolę podjęcia współpracy. (...) Z uwagi na przesunięty termin dostosowania i utworzenia miejsca udzielania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej na 31.12.2026 r. dalsza organizacja NŚPOZ w chwili obecnej została wstrzymana. Informuję także, że jesteśmy w kontakcie z ww. podwykonawcą”. „(...) Na chwilę obecną, do czasu wprowadzenia obowiązku świadczenia ww. opieki, pacjenci są przekierowywani do punktów świadczących nocną i świąteczną opiekę na terenie Bydgoszczy (...)”.

(akta kontroli str. 361, 365-366)

Na Stanowisku Segregacji Medycznej, Rejestracji i Przyjęć KSOR zamieszczona była informacja o miejscach udzielania nocnej i świątecznej pomocy lekarza POZ (dla dorosłych i dzieci).

(akta kontroli, str. 221, 238)

W skład KSOR wchodziły obszary: segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć; resuscytacyjno-zabiegowy; wstępnej intensywnej terapii; terapii natychmiastowej; obserwacji; konsultacyjny oraz zaplecze administracyjno-gospodarcze, spełniono tym samym wymogi określone w § 5 rozporządzenia w sprawie SOR. Zapewniono również stanowisko dekontaminacji oraz pomieszczenie do izolacji pacjenta z podejrzeniem lub stwierdzeniem choroby zakaźnej. W toku przeprowadzanych oględzin NIK, Ordynator KSOR zwrócił uwagę na występującą czasowo niewystarczającą liczbę miejsc siedzących dla pacjentów z niskim priorytetem oczekujących na dalsze badania, ze względu na nieadekwatną powierzchnię poczekalni i fakt, że niektórym pacjentom towarzyszą (liczni) członkowie rodziny.

(akta kontroli str. 210-244)

KSOR był wyposażony¹⁶ w wymagane wyroby medyczne wskazane w rozporządzeniu w sprawie SOR (m.in. analizator parametrów krytycznych, aparat rentgenowski, aparat do znieczulania, defibrylatory, kardiomonitor, respiratory (transportowe i stacjonarne), USG, EKG, łóżko intensywnej terapii).

Analiza dokumentacji wybranych¹⁷ łącznie 20 wyrobów medycznych¹⁸ wykazała, że:

- w 13 przypadkach wyroby medyczne posiadały aktualny przegląd techniczny¹⁹;
- w dwóch przypadkach wyroby medyczne (kardiomonitor, pompa infuzyjna) nie posiadały aktualnego przeglądu medycznego²⁰, a od planowanej daty przeglądu minęło odpowiednio 11 miesięcy i 2 miesiące;

¹⁶ Na dzień przeprowadzenia oględzin, tj. 6 czerwca 2025 r.

¹⁷ Wytypowanych: [1] na podstawie przeprowadzonych oględzin; [2] zadeklarowanych w umowie zawartej z NFZ.

¹⁸ Tj. analizator parametrów krytycznych, aparat rentgenowski (RTG), ultrasonograf (USG), łóżko intensywnej opieki medycznej, aparaty do znieczulenia (3 szt.), defibrylatory (2 szt.), respiratory (2 szt.), elektrokardiografy (EKG – 2 szt.), kardiomonitor (2 szt.), ssak operacyjny (1 szt.), pompa infuzyjna (1 szt.), bronchofiberoskop (1 szt.), wózek transportowo-zabiegowy (1 szt.), wózek inwalidzki (1 szt.).

¹⁹ Wg stanu na 30 czerwca 2025 r.

²⁰ Por. sekcja: Stwierdzone nieprawidłowości.

- w jednym przypadku (bronchofiberoskop) przegląd techniczny w 2023 r. został dokonany z ponad miesięcznym opóźnieniem²¹;
- w czterech przypadkach, zadeklarowane w umowie zawartej z NFZ na 2023 r.²² (wraz z aneksami na 2024 i 2025 r.) w zakresie - świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym, sprzęty zostały w latach wcześniejszych zlikwidowane (elektrokardiograf w 2015 r., kardiomonitor w 2022 r.) bądź błędnie oznaczone w umowie z NFZ i nie były użytkowane w KSOR (dwa aparaty do znieczulenia)²³.

(akta kontroli, str. 154-155, 165-166, 179-181, 319-360, 603-606)

Analiza wykazu sprzętu ujętego w załączniku nr 2 „Harmonogram – zasoby” do umowy z NFZ na 2023 r. w zakresie - świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym wykazała, że w ww. umowie w wykazie sprzętu nie zadeklarowano ultrasonografu²⁴, tj. minimalnego wyposażenia oddziału do przyłożkowego wykonywania badań wymaganego § 4 ust. 3 pkt 3 rozporządzenia w sprawie SOR.

(akta kontroli, str. 168-181, 319, 337)

1.2. Wyroby medyczne użytkowane w KSOR (m.in. aparaty RTG, aparat USG, defibrylatory i respiratory), tj. wyroby wskazane w części I załącznika rozporządzenia Ministra Zdrowia z 26 marca 2021 r. w sprawie zakresu informacji gromadzonych w Systemie Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia oraz sposobu i terminów przekazywania tych informacji²⁵, nie zostały terminowo wpisane do ww. systemu²⁶.

(akta kontroli str. 961, 962)

1.3. Szpital posiadał lądowisko wpisane do ewidencji prowadzonej przez Prezesa Urzędu Lotnictwa Cywilnego oraz „Rejestru lotnisk i lądowisk wojskowych”, które było przystosowane do startów i lądowań 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 Szpitala (w którym także znajdował się KSOR); transport z lądowiska odbywał się specjalistycznym transportem sanitarnym. Dla lądowiska została sporządzona Instrukcja operacyjna oraz Plan ratowniczy. Lądowisko spełniało wymagania określone w § 3 ust. 9 i 10 rozporządzenia w sprawie SOR.

(akta kontroli, str. 214-215, 258-309)

Rzeczywisty czas transportu specjalistycznym środkiem transportu pacjentów przekazanych przez lotniczy Zespół Ratownictwa Medycznego (ZRM)²⁷ zweryfikowano na przykładzie wybranych 11 przypadków z okresu od 3 marca

²¹ Por. sekcja: Stwierdzone nieprawidłowości.

²² Umowa nr 020000810230001/2023/B0009/PSZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie PSZ, dalej: umowa z NFZ.

²³ Por. sekcja: Stwierdzone nieprawidłowości.

²⁴ Por. sekcja: Stwierdzone nieprawidłowości.

²⁵ Dz. U. z 2025 r. poz. 496, dalej: rozporządzenie w sprawie SEZOZ.

²⁶ Por. sekcja: Stwierdzone nieprawidłowości.

²⁷ Na podstawie danych uzyskanych od Lotniczego Pogotowia Ratunkowego, dalej: LPR.

do 1 maja 2025 r. Ustalono, że czas transportu pacjenta z lądowiska do KSOR²⁸ trwał:

- w pięciu przypadkach do 5 minut;
- w dwóch przypadkach powyżej 5 minut (tj. 9 i 11 minut);
- w czterech przypadkach nie można było zweryfikować rzeczywistego czasu transportu, ponieważ według danych ze szpitalnego systemu informatycznego pobrano bilet TOPSOR i zarejestrowano pacjenta, a w jednym przypadku także dokonano triażu, w czasie przed przekazaniem pacjenta przez lotniczy ZRM.

(akta kontroli str. 948, 950-951)

Komendant Szpitala podał, że po przeanalizowaniu podanych przypadków przetransportowania pacjentów z lądowiska do SOR, w których to przypadkach wystąpiły niezgodności w czasach przekazania w dokumentacji LPR a czasem założenia dokumentacji w SOR, niezgodność ta wynika z różnego czasu zakończenia dokumentacji przez LPR. Każdorazowo przy przyjęciu pacjenta od zespołu LPR uczestniczy lekarz oddziału ratunkowego, następnie w czasie kilku minut pacjent jest przetransportowany karetką do SOR i zakładana jest dokumentacja medyczna szpitalna. Przypadki wcześniejszego założenia dokumentacji medycznej niż udokumentowana przez zespół LPR godzina przekazania pacjenta, wynikają z zakończenia dokumentacji przez zespół LPR już po fakcie przekazania, a nie w czasie rzeczywistym. Pacjent już w tym czasie przebywa w obszarze SOR z założoną dokumentacją.

(akta kontroli, str. 948, 953)

Zapisy w kartach informacyjnych pacjentów przekazanych przez lotniczy ZRM potwierdziły wcześniejszy pobyt pacjentów na SOR niż czas przekazania pacjenta zaewidencjonowany przez lotniczy ZRM.

(akta kontroli, str. 955-959)

1.4. Na 31 maja 2025 r. w KSOR zatrudnionych było:

- a) na umowę o pracę: sześciu lekarzy (w tym czterech, którzy posiadali również inne umowy niż umowa o pracę); 26 pielęgniarek / pielęgniarzy; 22 ratowników medycznych; 10 rejestratorek / sekretarek medycznych; dwie osoby personelu pomocniczego;
- b) na umowach innych niż o pracę: 19 lekarzy; dwie pielęgniarki / pielęgniarze.

(akta kontroli, str. 790)

Weryfikacja informacji o 27 osobach²⁹ udzielających świadczeń w KSOR w wybranych dniach³⁰ wykazała, że:

²⁸ Liczony jako czas pomiędzy przekazaniem pacjenta przez lotniczy ZRM a czasem pobrania biletu TOPSOR lub czasem rejestracji – w zależności, która z czynności została zarejestrowana jako wcześniejsza.

²⁹ W tym: sześciu lekarzy, osiem pielęgniarek, 13 ratowników medycznych, z czego czterech posiadało również wykształcenie pielęgniarckie.

³⁰ Tj. w pierwszym dniu: lipca 2023 r., lipca 2024 r. oraz w pierwszym dniu każdego z miesięcy okresu styczeń – maj 2025 r.

- osoby te świadczyły pracę w ww. dniach³¹;
- spełniały wymagania dla zajmowanych przez nich stanowisk określone w § 12 rozporządzenia w sprawie SOR, tj.: ordynator KSOR posiadał tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny ratunkowej, a pielęgniarka oddziałowa była pielęgniarką systemu, posiadała wykształcenie wyższe (magister pielęgniarstwa, dr nauk o zdrowiu) oraz co najmniej 5 lat stażu w SOR;
- na dyżurach w ww. dniach było po trzech lekarzy³², w tym co najmniej jeden przebywający stale w KSOR był lekarzem systemu;
- na dyżurach w ww. dniach było od 8 do 11 ratowników medycznych i od 7 do 9 pielęgniarek, w tym od 5 do 8 pielęgniarek systemu;
- sześć z ww. osób (ratownicy medyczni) nie zostało zgłoszonych do umowy z NFZ (załącznik nr 2 „Harmonogram – zasoby”) jako potencjał wykonawczy³³, a w jednym przypadku (pielęgniarka M.Ż.) nie wskazano właściwie posiadanych kwalifikacji.

(akta kontroli, str. 605, 670-697, 698-746, 782-789, 793, 779)

W analizowanych dniach łączna liczba pacjentów wynosiła 518³⁴, w tym m.in. siedmiu pacjentów o kategorii pilności – „pomoc natychmiastowa” oraz 26 o kategorii – „pomoc bardzo pilna 15 minut”. Średni czas na pierwszy kontakt z lekarzem³⁵:

- w kategorii „pomoc natychmiastowa” wyniósł 8 minut (w tym wystąpiły dwa przypadki odpowiednio 20 i 23 minuty);
- w kategorii „pomoc bardzo pilna 15 minut” wyniósł 16 minut (w tym 14 przypadków powyżej 10 minut, z tego sześć przypadków powyżej 30 minut, max. 54 minuty).

(akta kontroli str. 948, 950-951)

Zastępca Komendanta Szpitala wskazał, że lekarz w SOR przebywa na stałe w obszarze SOR, badanie i ocena stanu zdrowia odbywa się na bieżąco, natychmiast po przybyciu pacjenta do SOR. Udokumentowanie tego w systemie szpitalnym (tym samym w dokumentacji) odbywa się z opóźnieniem, po wykonaniu badania i czynności ratujących życie. Przyjęta w systemie kategoria „pomoc bardzo pilna 15 min” jest wynikiem błędu na etapie wdrożenia systemu, wystąpiono do zespołu informatyków o zmianę kategorii pilności na „czas oczekiwania na lekarza do 10 min.”.

(akta kontroli str. 948, 953)

1.5. W Szpitalu (w tym dla KSOR) zapewniono całodobowy dostęp do:

³¹ Ustalono na podstawie wykonanego rozkładu pracy w danym okresie sporządzonego na podstawie danych ze zrealizowanych oraz zatwierdzonych grafików.

³² Odnosząc do wytycznych zawartych w pkt 4 „Dobrych praktyk postępowania w szpitalnych oddziałach ratunkowych i w izbach przyjęć” opracowanych przez Ministerstwo Zdrowia, liczba personelu była wystarczająca (przyjmując liczebność powiatu bydgoskiego i m. Bydgoszczy ogółem 450,0 tys. osób i działające na terenie m. Bydgoszczy trzy szpitalne oddziały ratunkowe).

³³ Por. sekcja: Stwierdzone nieprawidłowości.

³⁴ Analizy dokonano na podstawie danych dotyczących przebiegu leczenia pacjentów wygenerowanych przez Szpital z systemu informatycznego KS-MEDIS.

³⁵ Liczony jako czas pomiędzy godziną przeprowadzenia triażu a odpowiednio godziną badania lekarskiego lub przeprowadzenia badania diagnostycznego, w zależności które było wcześniejsze.

- badań laboratoryjnych wykonywanych we własnym Zakładzie Analityki Lekarskiej; wyniki były dostępne on-line w systemie informatycznym KS-MEDIS;
- badań diagnostyki obrazowej oraz badań endoskopowych poprzez:
 - całodobowy dyżur lekarza oddziału otolaryngologii;
 - całodobowy dyżur lekarza radiologa (diagnostyka USG, RTG, tomografia komputerowa);
 - całodobowy dyżur lekarza oddziału gastrologii oraz wzywany przez lekarza dyżurnego zespół endoskopowy (dyżur pod telefonem) do pilnego badania gastrokopii; wynik badania (opis) wykonywany bezpośrednio po wykonaniu badania;
 - całodobowy dyżur lekarza Kliniki Pulmonologii oraz wzywany przez lekarza dyżurnego zespół endoskopowy (dyżur pod telefonem) do pilnego badania bronchoskopii; wynik badania (opis) wykonywany bezpośrednio po wykonaniu badania.

Analiza danych pobranych z systemu informatycznego KS-MEDIS za okres od 1 stycznia 2023 r. do 31 maja 2025 r. oraz zestawienia badań gastrokopii wykonanych na rzecz pacjentów KSOR w miesiącach styczeń - kwiecień 2025 r. potwierdziła, że zlecone badania diagnostyczne (m.in. RTG, USG, TK, gastroscopia) były wykonywane całodobowo.

Weryfikacja kwalifikacji wymaganych do prowadzenia badań tomografii komputerowej, gastrokopii oraz bronchoskopii wykazała, że lekarze realizujący świadczenia w wybranych okresach³⁶ posiadali odpowiednie kwalifikacje (tj. m.in. lekarze specjaliści chorób płuc, gastroenterologii, radiologii i diagnostyki obrazowej lub w trakcie specjalizacji z radiologii i diagnostyki obrazowej).

Spośród 18 lekarzy dyżurujących w pracowni tomografii komputerowej, osiem osób nie zostało wykazanych w załączniku nr 2 „Harmonogram – zasoby” do umowy z NFZ na 2023 r. oraz aneksach na 2024 i 2025 r. jako personel medyczny udzielający świadczeń w Szpitalu³⁷.

(akta kontroli, str. 367-368, 514, 515-602, 747-776, 963)

1.6. Dane przekazane przez Szpital do „Planu działania Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne dla Województwa Kujawsko-Pomorskiego” [tabela nr 9 - Liczba przyjęć pacjentów w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym]:

- za 2023 r. były zgodne z danymi źródłowymi Szpitala;
- za 2024 r. były niezgodne z danymi źródłowymi Szpitala, tj. liczba pacjentów przyjętych na SOR różniła się o 8 [sumując poszczególne pozycje tabeli nr 9]. Ponadto w tabeli w poz. 7b [Liczba pacjentów przekazanych przez zespoły ratownictwa medycznego] wykazano wartość - 38, tj. wskazano liczbę tożsamą z poz. 6a [Liczba zgonów w szpitalnym oddziale ratunkowym]³⁸.

Komendant Szpitala podał, że tabele (w tym nr 9) od Wojewody, puste do wypełnienia, Szpital otrzymuje drogą e-mail na początku każdego roku. Dane

³⁶ Tj. w pierwszym tygodniu: lipca 2023 r., lipca 2024 r., stycznia oraz maja 2025 r. Łącznie 26 lekarzy, z tego trzech dyżurujących w zakresie badań bronchoskopii, pięciu w zakresie gastrologii i 18 w zakresie tomografii komputerowej.

³⁷ Por. sekcja: Stwierdzone nieprawidłowości.

³⁸ Por. sekcja: Stwierdzone nieprawidłowości.

statystyczne pobierane są z systemu szpitalnego KS-MEDIS. Na ich podstawie tabela jest uzupełniana przez KSOR, następnie przesyłane z oficjalnego adresu e-mail Szpitala do Urzędu Wojewódzkiego. (...) 10.WSzKzP SPZOZ nie posiada punktu nocnej i świątecznej pomocy medycznej, w związku z powyższym przyjęto zasadę, że nie odsyłamy bez zbadania i TRIAGE do placówek w lokalizacji poza Szpitalem. W zakresie kryteriów kwalifikowania pacjentów, zgodnie z wprowadzonym systemem TOP SOR każdy pacjent przechodzi TRIAGE w Oddziale Ratunkowym, niezwłocznie po rejestracji. Jest to wywiad medyczny, badanie przedmiotowe, które kwalifikują pacjenta do określonej kategorii; pismo z urzędu wojewódzkiego nie definiuje „stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego”. Zgodnie z obowiązującymi zasadami, SOR udziela świadczeń osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

(akta kontroli str. 954, 964-969, 978-979, 995-999)

1.7. Koszty działalności Szpitala były ewidencjonowane na koncie 503 (kod 4902) oraz rozliczane w oparciu o przyjęte klucze rozliczeniowe dotyczące ośrodków powstawania kosztów (OPK) działalności podstawowej, działalności pomocniczej medycznej i niemedykowej oraz kosztów zarządu. Przyjęte klucze rozliczeniowe były zgodne z rozdzielnikami kosztów wskazanymi w załączniku nr 6 i 7 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 października 2020 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców³⁹.

Wynik finansowy działalności KSOR, ustalony według metodyki standardu rachunku kosztów, wyniósł odpowiednio:

- 1 135,9 tys. zł w 2022 r. (przychody 13 503,4 tys. zł, koszty 12 367,5 tys. zł);
- 1 646,6 tys. zł w 2023 r. (przychody 18 530,3 tys. zł, koszty 16 883,7 tys. zł);
- 5 401,0 tys. zł w 2024 r. (przychody 23 101,8 tys. zł, koszty 17 700,8 tys. zł);
- 842,3 tys. zł w I kwartale 2025 r. (przychody 6 023,4 tys. zł, koszty 5 181,1 tys. zł).

(akta kontroli str. 205-209)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W dwóch przypadkach (z 20 analizowanych) użytkowane wyroby medyczne (kardiomonitor⁴⁰, pompa infuzyjna⁴¹) nie posiadały aktualnego przeglądu technicznego, a od planowanej daty przeglądu minęło odpowiednio 11 miesięcy (kardiomonitor) i dwa miesiące (pompa infuzyjna). Ponadto w jednym przypadku (bronchofiberoskop⁴²) przegląd techniczny w 2023 r. został dokonany z ponad miesięcznym opóźnieniem.

Zgodnie z art. 63 ust. 1 i 3 ustawy z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych⁴³ wyrób powinien być (...) utrzymywany oraz używany zgodnie z przewidzianym zastosowaniem, a użytkownik wyrobu jest obowiązany do przestrzegania instrukcji używania wyrobu. (...) Podmiot wykonujący działalność

³⁹ Dz. U. poz. 2045

⁴⁰ Nr seryjny 6590581.

⁴¹ Nr seryjny 28874.

⁴² Nr seryjny G111069.

⁴³ Dz. U. z 2024 r. poz. 1620, ze zm.

leczniczą oraz użytkownicy wyrobów wykorzystujący wyroby do działalności gospodarczej lub zawodowej są obowiązani posiadać dokumentację wykonanych instalacji, napraw, konserwacji, działań serwisowych, aktualizacji oprogramowania, przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń i kontroli bezpieczeństwa wyrobu, wynikających z instrukcji używania wyrobu, który wykorzystują do udzielania świadczeń zdrowotnych lub usług (...).

Komendant Szpitala wyjaśnił, że (...) bronchofiberoskop był serwisowany z miesięcznym opóźnieniem z uwagi na nierozstrzygnięte postępowania przetargowe. W celu uzyskania ciągłości wsparcia technicznego wykonaliśmy przeglądy po wyłonieniu serwisu w postępowaniu. (...) Kardiomonitor (monitor funkcji życiowych) – podczas kompletowania sprzętów do przeglądów na SOR ww. sprzęt był niedostępny. Firma, z którą mamy umowę serwisową została poinformowana o dostępności sprzętu i rozpoczęliśmy procedurę serwisową. Pompa infuzyjna – w związku z wygaśnięciem umowy serwisowej niemożliwe było wykonanie przeglądu w terminie. Obecnie trwa procedura przetargowa.

(akta kontroli, str. 154-155, 165-166, 179-181, 319-360, 603-606)

2. W okresie objętym kontrolą w umowach z NFZ (w załącznikach: „Harmonogram – zasoby”) Szpital wykazywał wyroby medyczne jako użytkowane w KSOR, które:

- zostały wycofane z ewidencji księgowej środków trwałych i zlikwidowane w latach wcześniejszych (elektrokardiograf⁴⁴ w 2015 r., kardiomonitor⁴⁵ w 2022 r.);
- były błędnie oznaczone w umowie z NFZ i nie były użytkowane w KSOR (dwa aparaty do znieczulenia⁴⁶).

Zgodnie z § 9 pkt 1 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁴⁷, świadczeniodawca zobowiązany był do udzielania świadczeń przez cały okres obowiązywania umowy, zgodnie z określonym w umowie harmonogramem oraz planem rzeczowo-finansowym.

Komendant Szpitala nie odniósł się szczegółowo do przyczyn nieprawidłowości i wyjaśnił, że kardiomonitor został wybrakowany w 2022 r., elektrokardiograf został wybrakowany w 2015 r. W wykazie (...) są uwzględnione dwa aparaty do znieczulenia z błędnie podanymi numerami seryjnymi i ich ilością. Obecnie na stanie SOR znajduje się jeden aparat (...).

(akta kontroli str. 319, 320, 322-323, 338-339, 603-606)

3. W załączniku nr 2 „Harmonogram – zasoby” do umowy z NFZ na 2023 r. w zakresie - świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym, nie zadeklarowano ultrasonografu (w miejscu) do realizacji świadczeń w ww. oddziale.

Zgodnie z § 4 ust. 3 pkt 3 rozporządzenia w sprawie SOR, ultrasonograf jest elementem minimalnego wyposażenia oddziału do przyłóżkowego wykonywania badań.

⁴⁴ Nr seryjny 44/08.

⁴⁵ Nr seryjny 5175313.

⁴⁶ Nr seryjne: 0203-5002 i 0090-5002.

⁴⁷ Dz.U. z 2025 r. poz. 400 ze zm., dalej: rozporządzenie w sprawie OWU.

Komendant Szpitala wyjaśnił, że brak sprzętu w wykazie zasoby do umowy z NFZ był niedopatrzeniem pracownika. Błąd został po jego wskazaniu skorygowany.

(akta kontroli str. 168-181, 319, 337, 603-606)

4. Wyroby medyczne użytkowane w KSOR (m.in. aparaty RTG, aparat USG, defibrylatory i respiratory), tj. wyroby wskazane w części I załącznika rozporządzenia w sprawie SEZOZ, nie zostały terminowo wpisane do Systemu Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia.

Zgodnie z § 4 pkt 1 rozporządzenia w sprawie SEZOZ informacje, o których mowa w art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia⁴⁸, usługodawca będący podmiotem leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne w szpitalu przekazuje co miesiąc do 7 dnia każdego miesiąca.

Zastępca Komendanta Szpitala wyjaśnił, że SEZOZ o wyrobach medycznych został stworzony głównie na potrzeby pandemii COVID-19. Raportowano w nim dostępne łóżka dla pacjentów z zakażeniem SARS-CoV2 oraz środki ochrony osobistej. Brak aktualnych wpisów w systemie powstał w wyniku błędnego przekonania, że zakończenie pandemii COVID-19 anulowało jednocześnie raportowanie wyrobów medycznych do SEZOZ. Błąd ten jest w trakcie korekty.

(akta kontroli, str. 961, 962)

5. Spośród 18 lekarzy dyżurujących⁴⁹ w pracowni tomografii komputerowej, osiem osób nie zostało wykazanych w załączniku nr 2 „Harmonogram – zasoby” do umowy z NFZ na 2023 r. (oraz aneksach na 2024 i 2025 r.) jako personel medyczny udzielający świadczeń w Szpitalu.

Zgodnie z § 6 ust. 2 załącznika do rozporządzenia w sprawie OWU, świadczeniodawca zobowiązany jest do zgłoszenia Prezesowi NFZ lub dyrektorowi oddziału wojewódzkiego NFZ, z którym zawarł umowę, zmian w potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy, najpóźniej w dniu poprzedzającym ich powstanie albo – w przypadkach losowych – niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia.

Komendant Szpitala wyjaśnił, że brak wpisu do umowy z NFZ wymienionych osób wynikał z przeoczenia pracownika. Błąd jest w trakcie korekty, za wyjątkiem lek. A.B., która w 2023 r. rozwiązała umowę ze Szpitalem.

(akta kontroli, str. 749-751)

6. Spośród 27 osób udzielających świadczeń w KSOR w wybranych dniach, sześć osób (ratowników medycznych⁵⁰) nie zostało zgłoszonych do umowy z NFZ na 2023 r. wraz z aneksami na 2024 i 2025 r.⁵¹, (tj. w załączniku nr 2 „Harmonogram – zasoby”) jako potencjał wykonawczy. Ponadto w jednym przypadku – pielęgniarki M.Ż. w ww. umowie wskazano, że nie ma specjalizacji, pomimo że od 2012 r. posiadała specjalizację pielęgniarstwo ratunkowe.

⁴⁸ Dz.U. z 2025 r. poz. 302 ze zm.

⁴⁹ W wybranych okresach, tj. w pierwszym tygodniu: lipca 2023 r., lipca 2024 r., stycznia oraz maja 2025 r.

⁵⁰ B.L., A.Z., B.Ż., A.O., M.G., S.K.

⁵¹ Pięć osób, tj. B.Ż. został ujęty w potencjale wykonawczym zadeklarowanym przez Szpital na 2025 r.

Zgodnie z § 6 ust. 2 załącznika do rozporządzenia w sprawie OWU, świadczeniodawca zobowiązany jest do zgłoszenia Prezesowi NFZ lub dyrektorowi oddziału wojewódzkiego NFZ, z którym zawarł umowę, zmian w potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy, najpóźniej w dniu poprzedzającym ich powstanie albo – w przypadkach losowych – niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia.

Komendant Szpitala wyjaśnił, że brak zmian w potencjale do umowy z NFZ (...) jest wynikiem niedopatrzenia pracownika. Braki są w trakcie korekty.

(akta kontroli, str. 779, 782-789, 793)

7. Dane przekazane przez Szpital do „Planu działania Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne dla Województwa Kujawsko-Pomorskiego”⁵² [tabela nr 9 - Liczba przyjęć pacjentów w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym] za 2024 r. były niezgodne z danymi źródłowymi Szpitala, tj. liczba pacjentów przyjętych na SOR różniła się o 8 [sumując poszczególne pozycje tabeli nr 9]. Ponadto w tabeli w poz. 7b [Liczba pacjentów przekazanych przez zespoły ratownictwa medycznego] wykazano wartość - 38, tj. wskazano liczbę tożsamą z poz. 6a [Liczba zgonów w szpitalnym oddziale ratunkowym].

(akta kontroli, str. 965, 968, 979, 995-996, 998)

Komendant Szpitala wyjaśnił, że po dokładnym zweryfikowaniu danych (...) występuje niezgodność wynikająca z różnych okresów raportowania wymaganych danych. Różnica w liczbie pacjentów to 8 osób. Różnica ta nie wpływa na końcowe dane statystyczne z całego roku i jest akceptowalna. W tabeli nr 7b wystąpiła niezgodność - liczba pacjentów przekazanych przez ZRM jest równa liczbie pacjentów, których hospitalizacja zakończyła się zgonem. Niezgodne dane wynikają z błędu pisarskiego.

(akta kontroli, str. 1005, 1006)

OCENA CZĄSTKOWA

Kliniczny Szpitalny Oddział Ratunkowy spełniał wymagania określone w rozporządzeniu w sprawie szczegółowych wymagań oraz w rozporządzeniu w sprawie SOR zarówno w zakresie lokalizacji i pomieszczeń, jak również organizacji i minimalnego wyposażenia.

Komórki organizacyjne Szpitala realizujące badania (USG, laboratorium diagnostyczne, pracownia tomografii komputerowej, pracownie endoskopowe) były dostępne na potrzeby KSOR całodobowo.

Szpital zapewnił obsadę wykwalifikowanego personelu medycznego udzielającego świadczeń w KSOR oraz personelu wykonującego badania diagnostyczne. Prawidłowo wdrożono zalecenia standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców.

Stwierdzono jednak przypadki nieterminowego przeglądu technicznego urządzeń medycznych, nieterminowego wpisywania tych urządzeń do SEZOZ, przekazania do Planu działania systemu PRM dla WK-P niezetelnych danych dotyczących liczby pacjentów przyjętych do KSOR oraz brak aktualizacji warunków umowy z NFZ w zakresie posiadanych zasobów sprzętowych, jak i potencjału wykonawczego.

⁵² Dalej: Plan działania systemu PRM dla WK-P.

Większość stwierdzonych nieprawidłowości miała jednak charakter formalny i tym samym nie miała znaczącego wpływu na funkcjonowanie KSOR.

OBSZAR	2. Udzielenie świadczeń zdrowotnych osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego
Opis stanu faktycznego	1.8. Czas pracy personelu Szpitala był uregulowany w Zakładowym Układzie Zbiorowym Pracy oraz Regulaminie pracy Szpitala (wraz z aneksami). Personel zatrudniony na podstawie innej niż umowa o pracę realizował świadczenia zdrowotne stosownie do zawartych umów i ustalonych harmonogramów pracy. W Szpitalu obowiązywał trzymiesięczny okres rozliczeniowy. W odpowiedzi na pytanie czy w latach 2023-2025 (I półrocze) w KSOR występowały braki kadrowe, Komendant Szpitala wskazał, że braki kadrowe w ww. latach kompensowane były nadgodzinami w przypadku ratowników medycznych i pielęgniarek oraz dodatkowymi umowami w przypadku lekarzy. W objętych szczegółową analizą pierwszych okresach rozliczeniowych jakie przypadały w 2024 r. i w 2025 r. w KSOR zatrudnionych było odpowiednio: – w I kwartale 2024 r. [1] na umowę o pracę: czterech lekarzy, 23 pielęgniarki / pielęgniarzy, 23 ratowników medycznych; [2] na innych umowach niż o pracę: 21 lekarzy i trzy pielęgniarki / pielęgniarze. – w I kwartale 2025 r. [1] na umowę o pracę: sześciu lekarzy, 27 pielęgniarki / pielęgniarzy, 23 ratowników medycznych; [2] na innych umowach niż o pracę: 20 lekarzy i trzy pielęgniarki / pielęgniarze. (akta kontroli, str. 608-612, 619, 622-669, 791-792) Badaniem objęto przestrzeganie norm czasu pracy: a) zatrudnionych na umowę o pracę: sześciu lekarzy (w tym czterech, którzy mieli dodatkowo zawarte umowy cywilnoprawne); pięciu pielęgniarek i pięciu ratowników medycznych; b) zatrudnionych na umowach cywilnoprawnych dziewięciu lekarzy i trzech pielęgniarek / pielęgniarzy. Ustalono, że: – w odniesieniu do zatrudnionych na podstawie umowy o pracę pielęgniarek i ratowników medycznych w przypadku dziewięciu osób w I kwartale 2025 r. wystąpiło przekroczenie norm czasu pracy, które wynosiło od 1 godz. i 40 min. do 65 godz. i 45 min. i spowodowane było nadgodzinami; zostały zachowane okresy nieprzerwanego odpoczynku pomiędzy kolejnymi okresami świadczenia pracy; – w przypadku zatrudnionych na podstawie umowy o pracę sześciu lekarzy zostały zachowane normy czasu pracy, jednakże w przypadku trzech z tych osób, które miały zawarte również umowy cywilnoprawne, wystąpiły przypadki udzielania świadczeń w Szpitalu nieprzerwanie przez okres dłuższy niż 24 godziny, bez zachowania okresów odpoczynku pomiędzy kolejnymi okresami świadczenia pracy; – w przypadku zatrudnionych na umowach cywilnoprawnych trzech pielęgniarek i pielęgniarzy zostały zachowane okresy nieprzerwanego odpoczynku pomiędzy okresami udzielania świadczenia;

- W przypadku dziewięciu lekarzy zatrudnionych na umowach cywilnoprawnych wystąpiły przypadki udzielania świadczeń w Szpitalu nieprzerwanie przez okres dłuższy niż 24 godziny przez pięciu lekarzy i niezachowania okresów nieprzerwanego odpoczynku pomiędzy okresami udzielania świadczenia przez czterech lekarzy.

Szczegółowa analiza rozkładu czasu pracy 14 lekarzy w I kwartale 2025 r. (zatrudnionych na umowę o pracę lub umowach cywilnoprawnych) wykazała, że ośmiu lekarzy w łącznie 120 przypadkach udzielało świadczeń w Szpitalu nieprzerwanie przez okres dłuższy niż 24 godziny, tj. od 31 godz. i 10 min. do maksymalnie 107 godz. (i dodatkowo po tym czasie 13 godz. dyżuru telefonicznego). Z ww. 120 przypadków 42 przypadki (35%) stanowiły udzielanie świadczeń nieprzerwanie przez okres dłuższy niż 48 godziny⁵³.

(akta kontroli str. 603, 605, 608-612, 807-923, 924-932)

1.9. Na podstawie umowy zawartej z LPR w marcu 2021 r. zostały przekazane Szpitalowi: urządzenia systemów kolejkowych, oprogramowanie wraz z licencją oraz kardiomonitor w ramach „Trybu Obsługi Pacjenta w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym” (TOPSOR).

Przeprowadzone oględziny NIK wykazały, że w Szpitalu zapewniono odpowiednią infrastrukturę techniczną oraz wykorzystywano system TOPSOR do prowadzenia segregacji medycznej.

W systemie TOPSOR nie uzupełniano informacji w zakresie „czasu obsługi lekarskiej” oraz wystąpiły braki zapisów w pozycjach „czas triażu”, „kategoria pilności”.⁵⁴

(akta kontroli, str. 221-222, 368, 370-438, 948, 954)

1.10. Od 1 stycznia 2023 r. do 30 kwietnia 2025 r. 68 osób (21 lekarzy, 25 pielęgniarek / pielęgniarzy, 22 ratowników medycznych)⁵⁵ dokonywało czynności segregacji medycznej.

Weryfikacja kwalifikacji 15 osób⁵⁶ wykazała, że segregacji medycznej dokonywały osoby do tego uprawnione.

(akta kontroli str. 617-618, 781)

1.11. W Regulaminie organizacyjnym Szpitala określono maksymalny czas na podjęcie decyzji o przyjęciu pacjenta do Szpitala przez lekarza KSOR lub lekarza dyżurnego oddziału, tj. 24 godziny (z zastrzeżeniem stanów wyjątkowych określonych przez lekarza SOR). Powyższa informacja była upubliczniona również w obszarze segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć KSOR oraz na stronie internetowej Szpitala.

Liczba łóżek w poszczególnych jednostkach organizacyjnych Szpitala zabezpieczanych na potrzeby osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego

⁵³ Por. sekcja: Stwierdzone nieprawidłowości.

⁵⁴ Por. sekcja: Stwierdzone nieprawidłowości.

⁵⁵ Na podstawie sporządzonego przez Szpital zestawienia osób zatwierdzających karty segregacyjne TOPSOR.

⁵⁶ Pięciu lekarzy, pięciu pielęgniarek / pielęgniarzy, pięciu ratowników medycznych

skierowanych do tych jednostek z KSOR nie była uzgadniana z kierownikami oddziałów, a informacja w tym zakresie nie była przekazana w formie pisemnej⁵⁷.

Komendant Szpitala wskazał, że pacjenci KSOR przyjmowani w trybie pilnym w stanie nagłego zagrożenia życia, przekazywani są do poszczególnych oddziałów szpitala o profilu zgodnym z rozpoznaną jednostką chorobową. Z uwagi na duże obłożenie szpitala i KSOR, pacjenci KSOR są często przyjmowani kosztem odwołania planowych przyjęć.

(akta kontroli str. 34, 220-221, 367, 960, 962)

1.12. W okresie objętym kontrolą Szpital informował, za pośrednictwem aplikacji JAŚMIN⁵⁸, Wojewódzkiego Koordynatora o dostępnych wolnych miejscach na poszczególnych oddziałach. Weryfikacja poprawności i terminowości przekazywania ww. informacji⁵⁹ w okresie od 26 maja do 1 czerwca 2025 r. wykazała, że Szpital nie raportował zgodnie z otrzymanymi wytycznymi, tj. trzy razy dziennie, raportował z naruszeniem ustalonych godzin oraz w dwóch przypadkach nierzetelnie⁶⁰, co może wskazywać, że przyjęty w Szpitalu system pozyskiwania i gromadzenia danych o wolnych miejscach na oddziałach był obciążony ryzykiem popełnienia błędów.

Kontrolującemu nie przedłożono raportów Szpitala z: 26, 27 i 28 maja 2025 r., ponieważ, jak wskazał Komendant Szpitala, zaginęły.

(akta kontroli str. 361, 367, 439-444, 606, 947)

1.13. i 2.7. Proces obsługi pacjenta w KSOR w Szpitalu był ewidencjonowany w systemie TOPSOR oraz w szpitalnym systemie informatycznym KS-MEDIS. Pobrane z ww. systemów dane za okres objęty kontrolą (w przypadku TOPSOR 66994 rekordów, KS-MEDIS 142529 rekordów, w tym powtarzające się numery Pesel) wykazały niekompletność zapisów⁶¹, tj. wystąpiły pojedyncze braki w niektórych pozycjach wpisów m.in. w kategoriach: „pobranie biletów”, „czas triażu”, „kategorii pilności”.

W okresie objętym kontrolą (do 31 maja 2025 r.), według powyższych danych, w KSOR odnotowano:

- 624 przypadki tzw. pomocy natychmiastowej (kolor czerwony);
- 2 980 przypadków tzw. pomocy bardzo pilnej do 10 min. (kolor pomarańczowy);
- 39 518 przypadków tzw. pomocy pilnej do 60 min. (kolor żółty);
- 21 411 przypadków tzw. pomocy odroczonej do 120 min. (kolor zielony);
- 640 przypadków tzw. wyczekujący do 240 min. (kolor niebieski);
- 1 971 przypadków bez przypisanej/uzupełnionej kategorii.

Analiza zapisów za okres od 1 stycznia do 31 maja 2025 r., ze szczególnym uwzględnieniem procesu obsługi pacjentów w kategorii „pomoc natychmiastowa” wykazała, że w ww. okresie w systemie KS-MEDIS odnotowano wg kategorii pilności:

⁵⁷ Por. sekcja: Stwierdzone nieprawidłowości.

⁵⁸ Od marca 2023 r.

⁵⁹ Na podstawie informacji otrzymanych od Wojewódzkiego Koordynatora.

⁶⁰ Por. sekcja: Stwierdzone nieprawidłowości.

⁶¹ Por. sekcja: Stwierdzone nieprawidłowości.

- 148 przypadków tzw. pomocy natychmiastowej (kolor czerwony);
- 521 przypadków tzw. pomocy bardzo pilnej do 10 min. (kolor pomarańczowy);
- 7 114 przypadków tzw. pomocy pilnej do 60 min. (kolor żółty);
- 4 051 przypadków tzw. pomocy odroczonej do 120 min. (kolor zielony);
- 99 przypadków tzw. wyczekujący do 240 min. (kolor niebieski).

Maksymalny czas podjęcia decyzji o przyjęciu na oddział Szpitala (tj. czas pomiędzy badaniem lekarskim a podjęciem decyzji) wynosił 23 godz. i 44 min., z tego w przypadku pacjenta w kategorii kolor czerwony 9 godz. i 32 min.

W ww. okresie nastąpiły łącznie 54 zgony (na KSOR lub po przeniesieniu pacjenta na inny oddział szpitalny).

Średni czas pomiędzy rejestracją pacjenta w kategorii kolor czerwony a przeprowadzeniem segregacji medycznej wynosił 9 min. i 28 sek., mediana 8 min. i 35 sek.; stwierdzono pięć przypadków, w których czas od rejestracji do triażu wynosił ponad 20 min. (max. 28 min. i 53 sek.), w tym w jednym przypadku badanie lekarskie było wcześniejsze niż triaż (czas od rejestracji do badania 8 min. 43 sek.).

Średni czas od triażu do kontaktu pacjentów w kategorii kolor czerwony z lekarzem (tj. badania lekarskiego lub badania diagnostycznego – w zależności, które zostało odnotowane w systemie jako wcześniejsze) wynosił 8 min. i 38 sek., mediana 6 min. i 5 sek.; max. 29 min. 14 sek.

W 113 przypadkach „pomocy natychmiastowej” było zlecone badanie diagnostyczne (tomografia komputerowa, RTG, USG). Badania były przeprowadzane całodobowo (np. godz. 0:25, 0:53, 4:40, 5:44).

Średni czas pomiędzy przeprowadzeniem triażu lub badaniem lekarskim (w zależności, które miało w systemie późniejszą godzinę) a przeprowadzeniem badania diagnostycznego pacjentów wymagających „pomocy natychmiastowej” wynosił 14 min. i 20 sek., mediana 5 min. i 4 sek., max. 7 godz. i 45 min.

Od stycznia do kwietnia 2025 r. w Szpitalu wykonano 60 badań gastrokopii pacjentom KSOR. Badania były wykonywane całodobowo, a opis badania sporządzany bezpośrednio po wykonaniu badania.

(akta kontroli str. 514, 970-977, 985-986)

Komendant Szpitala wskazał, że po przeanalizowaniu przedstawionych przypadków (...) każdorazowo lekarz KSOR przebywał na miejscu w oddziale i zajmował się natychmiast pacjentem. Czasy rejestrowane określają czas wpisania konsultacji lekarskiej do systemu informatycznego, rzeczywisty czas badania lekarskiego, czynności ratujących życie był czasem wcześniejszym, odbywało się to natychmiast po przybyciu pacjenta do KSOR. Przypadek dotyczący wpisu konsultacji przed TRIAGE medycznym dotyczy sytuacji przyjęcia pacjenta z ostrym zespołem wieńcowym, transportowanego bezpośrednio do pracowni hemodynamicznej Kliniki kardiologii. Działania te odbywają się w trybie pilnym na ratunek życia. Pacjent zostaje przetransportowany do pracowni hemodynamicznej szybciej niż trwa procedura uzupełnienia danych medycznych w systemie TOPSOR. Każdorazowo wykonywanie procedur

ratujących życie jest wykonywane w pierwszej kolejności, uzupełnienie dokumentacji medycznej odbywa się w kolejnym kroku.

(akta kontroli, str. 997, 998-999)

1.8. W KSOR przyjęto:

- w 2023 r. ogółem 26 911 pacjentów, z tego 7 007 przekazanych przez ZRM, w tym 1 583 przyjęto na oddziały Szpitala;
- w 2024 r. ogółem 28 398 pacjentów, z tego 7 416 przekazanych przez ZRM, w tym w tym 1 752 przyjęto na oddziały Szpitala.

(akta kontroli str. 985-986)

1.9. W okresie objętym kontrolą odmówiono przyjęcia do KSOR siedmiu pacjentów przywiezionych przez ZRM. Przyczynami odmów były: w trzech przypadkach brak zasilania w Szpitalu i brak możliwości wykonania badań, w dwóch przypadkach brak wolnych miejsc (w Izbie Przyjęć i na ortopedii), w jednym przypadku brak w Szpitalu oddziału adekwatnego do schorzenia pacjenta, w jednym przypadku lekarz był w trakcie przyjęcia innego, ciężkiego przypadku.

W pięciu przypadkach przyczyny znalazły potwierdzenie w toku kontroli, w dwóch przypadkach nie udokumentowano przyczyn odmowy, z tego łącznie w pięciu przypadkach nie dokonano wpisu w „Księżce odmów przyjęć w KSOR”, a w jednym przypadku w ww. Księżce nie uzupełniono pozycji „rozpoznanie” u pacjentki, której odmówiono przyjęcia⁶².

(akta kontroli str. 507-513, 801-802, 961, 963)

1.10. W okresie objętym kontrolą⁶³ na Szpital nie były nakładane kary umowne z tytułu nieprawidłowej realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie funkcjonowania KSOR.

(akta kontroli str. 204)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Działaniem nierzetelnym było zaplanowanie świadczenia pracy przez personel medyczny udzielający świadczeń zdrowotnych m.in. w KSOR w sposób ciągły w wymiarze przekraczającym 24 godziny.

Ośmiu lekarzy (zatrudnionych na umowę o pracę lub umowach cywilnoprawnych) w I kwartale 2025 r. w łącznie 120 przypadkach udzielało świadczeń nieprzerwanie przez okres dłuższy niż 24 godziny, tj. od 31 godz. i 10 min. do 107 godz. (i dodatkowo po tym czasie 13 godz. dyżuru telefonicznego, a następnie kolejne, nieprzerwane okresy udzielania świadczeń). W 42 spośród ww. 120 przypadków (35%) udzielanie świadczeń miało miejsce nieprzerwanie przez okres dłuższy niż 48 godzin.

Przykładowo, lekarz specjalista kardiologii⁶⁴ pracował:

- od 7.02.2025 r. od godz. 7:00 do 8.02.2025 r. do godz. 7:00 (kontrakt I);
- od 8.02.2025 r. od godz. 7:00 do 9.02.2025 r. do godz. 7:00 (kontrakt II);

⁶² Por. sekcja: Stwierdzone nieprawidłowości.

⁶³ Wg stanu na 3 czerwca 2025 r.

⁶⁴ Udzielający świadczeń m.in. w KSOR i Klinice Kardiologii i Kardiochirurgii.

- od 9.02.2025 r. od godz. 7:00 do 10.02.2025 r. do godz. 7:00 (kontrakt III);
- od 10.02.2025 r. od godz. 7:00 do 10.02.2025 r. do godz. 15:00 (kontrakt I);
- od 10.02.2025 r. od godz. 15:00 do 11.02.2025 r. do godz. 7:00 (kontrakt II);
- od 11.02.2025 r. od godz. 7:00 do 11.02.2025 r. do godz. 15:00 (kontrakt IV);
- od 11.02.2025 r. od godz. 15:00 do 11.02.2025 r. do godz. 18:00 (kontrakt V);
- od 11.02.2025 r. od godz. 18:00 do 12.02.2025 r. do godz. 7:00 pełnienie dyżuru pod telefonem (kontrakt VI);
- od 12.02.2025 r. od godz. 7:00 do 12.02.2025 r. do godz. 15:00 (kontrakt IV);
- od 12.02.2025 r. od godz. 15:00 do 12.02.2025 r. do godz. 17:45 (kontrakt V);
- od 12.02.2025 r. od godz. 17:45 do 13.02.2025 r. do godz. 7:00 pełnienie dyżuru pod telefonem (kontrakt VI).

Komendant Szpitala wyjaśnił, że wpisanie do harmonogramów lekarzy udzielających świadczeń nieprzerwanie ponad 24 godziny wynika z tego, że wykonują oni zadania na podstawie różnych umów w kilku komórkach organizacyjnych, które widzą przy planowaniu tylko swój harmonogram oraz z niedoborów kadrowych. Lekarz w trakcie dyżuru ma prawo do odpoczynku, pozostając w gotowości na wezwanie.

(akta kontroli, str. 980-983, 992)

NIK zauważa, że co prawda osób zatrudnionych na podstawie umowy cywilnoprawnej (kontrakcie) nie obowiązują ograniczenia określone w art. 93-97 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁶⁵, dotyczące osób zatrudnionych na umowie o pracę, jednakże sytuacja, w której lekarze bez odpoczynku zajmują się pacjentami nieprzerwanie przez długi czas, w skrajnym przypadku ponad 107 godzin, stanowi zagrożenie dla jakości udzielanych świadczeń, a przez to dla zdrowia i życia pacjentów, jak również i samych lekarzy.

(akta kontroli, str. 876-879, 881-887, 915-923, 924-931)

2. Szpital nie przekazywał Wojewódzkiemu Koordynatorowi informacji o wolnych łózkach na oddziałach zgodnie z otrzymanymi wytycznymi.

Stosownie do pisma Wojewody Kujawsko-Pomorskiego z 13 marca 2024 r. (WBZK.III.6310.6.7.2004.TM) raportowanie o wolnych łózkach w systemie JAŚMIN powinno następować trzykrotnie w ciągu doby, tj. Raport I (godz. 7.00 – 9.00), Raport II (godz. 14.00-16.00), Raport III (godz. 19.00-21.00).

Weryfikacja poprawności i terminowości przekazywania ww. informacji w okresie od 26 maja 2025 r. do 1 czerwca 2025 r. wykazała, że Szpital raportował:

- 26 maja o godz. 16:48 (jeden raport dobowy, po ustalonych godzinach);
- 27 maja o godz. 9:36 (jeden raport dobowy);
- 28 maja o godz. 2:24 i godz. 19:12 (dwa raporty dobowe, w tym jeden po ustalonych godzinach);
- 29 maja o godz. 12:00 (jeden raport dobowy, po ustalonych godzinach);

⁶⁵ Dz.U. z 2025 r. poz. 450.

- 30 maja o godz. 4:48 i godz. 21:36 (dwa raporty dobowe, oba po ustalonych godzinach);
- 31 maja o godz. 14:24 (jeden raport dobowy);
- 1 czerwca o godz. 7:12 (jeden raport dobowy).

Ponadto Szpital zaraportował w dniu 31 maja (o godz. 14:24) stan wolnych łóżek na Oddziale Klinicznym Urologii i Onkologii Urologicznej – sześć oraz na Oddziale Klinicznym Otolaryngologicznym – dwa, pomimo, że w raporcie Szpitala o stanie łóżek (o godz. 14.00) zapisano, że na Oddziale Urologicznym nie było wolnych łóżek (0), natomiast na Oddziale Otolaryngologicznym było wolnych pięć łóżek.

Powyższe ustalenia mogą wskazywać, że przyjęty w Szpitalu system pozyskiwania i gromadzenia danych o wolnych miejscach na oddziałach był obarczony ryzykiem popełnienia błędu.

Kontrolującemu nie przedłożono raportów Szpitala z: 26, 27 i 28 maja 2025 r., ponieważ zaginęły.

(akta kontroli, str. 361, 367, 439-444, 606, 947, 953)

Komendant Szpitala wyjaśnił, że wolne łóżka w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych na poszczególnych oddziałach raportowane są w systemie JAŚMIN-TEL DAT (...) na podstawie aktualnych informacji z klinik i oddziałów szpitalnych. (...) Dane są raportowane telefonicznie do KSOR przez personel poszczególnych klinik i oddziałów. (...) Dane są zapisywane na roboczym, papierowym arkuszu. Nie jest to dokument rejestrowany. Niestety arkusze ze wskazanych dni zaginęły.

Zastępca Komendanta Szpitala wyjaśnił, że powodem braku raportowania w systemie JAŚMIN w przedstawianych dniach jest niedopatrzenie personelu w rejestracji. Personel w rejestracji został kolejny raz poinformowany o zasadach i obowiązkach raportowania danych do systemu JAŚMIN. Wprowadzono zeszyt dokumentujący wysłanie raportu medycznego przez personel w rejestracji (data, godzina, podpis pracownika).

(akta kontroli, str. 361, 367, 606, 947, 953)

3. Wbrew obowiązkowi wynikającemu z § 13 ust. 3 rozporządzenia w sprawie SOR, Komendant Szpitala nie zasięgał opinii ordynatorów oddziałów (lekarzy kierujących oddziałami) w sprawie liczby łóżek w poszczególnych jednostkach organizacyjnych Szpitala zabezpieczanych na potrzeby osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego skierowanych do tych jednostek z KSOR. Nie udokumentowano również przekazania kierownikom oddziałów informacji w ww. zakresie.

Zastępca Komendanta Szpitala wyjaśnił, że liczba łóżek wskazanych w Planie działania systemu PRM dla WK-P nie była uzgadniana z kierownikami oddziałów. Nie podjęto również decyzji o przekazaniu pisemnym tych wielkości do oddziałów. Zostało to przekazane ustnie podczas jednej z odpraw. Liczbę łóżek do „Planu działania ...” oszacowano na podstawie procentowej średniej statystycznej przyjęć pilnych do poszczególnych oddziałów w latach ubiegłych. Niezależnie od liczby podanej do planu, pacjent jest przyjmowany na hospitalizację jeżeli wymaga tego jego stan zdrowia. W przypadku braku możliwości hospitalizacji pacjenta w 10 WszKzP SPZOZ lekarz dyżurny uzgadnia przekazanie do innej placówki. Zdarza się, że liczba pacjentów pilnych

przekracza średnią i skutkuje to przesunięciami przyjęć planowanych na późniejszy termin.

(akta kontroli, str. 960, 962)

4. W okresie objętym kontrolą w systemie TOPSOR oraz systemie KS-MEDIS, służącym do ewidencji obsługi pacjenta SOR, nie były uzupełniane wymagane wpisy, tj. m.in.:

- w systemie TOPSOR nie wprowadzano informacji w zakresie „czasu obsługi lekarskiej” oraz wystąpiły braki zapisów w pozycjach „czas triażu”, „kategoria pilności” lub występowała kategoria pilności „0” lub podwójne kategorie pilności np. „Priorytet najniższy, priorytet wysoki”;
- w systemie KS-MEDIS brakowało zapisów m.in. w kategoriach: „pobranie biletów”, „czas triażu”, „kategoria pilności”.

Na podstawie danych wprowadzanych przez KSOR do systemu TOPSOR nie można było również zidentyfikować osoby odpowiedzialnej za zatwierdzanie karty segregacji medycznej.

(akta kontroli, str. 948, 954)

Zgodnie z § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2021 r. w sprawie systemu zarządzającego trybami obsługi pacjenta w szpitalnym oddziale ratunkowym⁶⁶, minimalne wymagania funkcjonalne dla TOPSOR użytkowanego w szpitalnym oddziale ratunkowym, obejmują m.in.: (...). całościowy i częściowe pomiary czasu pobytu pacjenta w SOR, w podziale na etap rejestracji i poszczególne etapy udzielania świadczeń zdrowotnych; pomiar średniego czasu oczekiwania pacjenta w SOR na pierwszy kontakt z lekarzem, z uwzględnieniem kategorii (...), pomiar indywidualnego czasu oczekiwania pacjenta w SOR na pierwszy kontakt z lekarzem; przechowywanie wszystkich danych przetwarzanych w TOPSOR, w tym danych osobowych i statystycznych (...).

Ponadto zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia na zakup i wdrożenie systemu TOPSOR⁶⁷ minimalny zakres danych zawartych w karcie segregacji medycznej obejmuje m.in. dane umożliwiające identyfikację osoby dokonującej wpisu w karcie segregacji medycznej, tj. m.in.: imię i nazwisko, tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu.

(akta kontroli str. 221-222, 368, 370-438)

Komendant Szpitala wyjaśnił, że w systemie TOPSOR stworzone są loginy (LDAP: TOPSOR-KIEROWNIK, LDAP: TOPSOR-LEKARZ, LDAP: TOPSOR-REJESTRACJA, LDAP: TOPSOR-TRIAZ, Lekarz1, Rej1, Triage1), które uniemożliwiają zidentyfikowanie osoby odpowiedzialnej za zatwierdzenie Karty Segregacji Medycznej. (...) Na etapie wdrożenia systemu TOPSOR postanowiono o utworzeniu ogólnych loginów dla pełnionych funkcji / stanowisk. W chwili obecnej wdrażane jest nadawanie indywidualnego loginu i hasła dla personelu pracującego w systemie TOPSOR. (...) Ponadto wyjaśnił, że brak kompletności danych w systemie TOPSOR w zakresie informacji „czas obsługi lekarskiej” wynikał z niezłączenia tej funkcji dla personelu dokonującego obsługi pacjenta.

⁶⁶ Dz.U. z 2021 r. poz. 1182.

⁶⁷ Stanowiącym załącznik nr 4 do umowy nr 201/DN/2021 zawartej pomiędzy LPR a Szpitalem.

Błąd ten został już skorygowany, a funkcja została włączona. Zmiany „kategorii pilności” w trakcie pobytu pacjenta wynikają ze zmiany jego stanu w trakcie pobytu w KSOR. Zdarza się, że pacjent przyjeżdża do KSOR z lekką kontuzją, np. skręceniem, a w trakcie pobytu dochodzi u niego do nagłego pogorszenia zdrowia z powodu np. udaru mózgu czy zawału mięśnia sercowego. System TOPSOR jest połączony na chwilę obecną z systemem KS-MEDIS w punktach rejestracji i TRIAGE. Pozostałe elementy, takie jak „gabinet” są w trakcie wdrażania. Całkowite połączenie systemów jest czasochłonne, stąd rozłożenie procesu na etapy. Warunki określone we wskazanym § 2 rozporządzenia w sprawie TOPSOR zostaną spełnione po pełnym zintegrowaniu systemu TOPSOR z KS-MEDIS.

(akta kontroli, str. 362, 368, 607, 992)

Zastępca Komendanta Szpitala wyjaśnił, że w systemie informatycznym w podanym okresie czasowym nie były wprowadzane wszystkie zapisy w zakresie pobrania biletów, triage, kategorii pilności – braki wynikają z prowadzonego w tym okresie protestu ratowników medycznych, którzy prowadzili spór zbiorowy z Komendantem Szpitala. Komendant informowany był na bieżąco przez Kierownika SOR o powyższej sytuacji.

(akta kontroli, str. 954)

5. W dwóch przypadkach nie udokumentowano przyczyn odmowy przyjęcia pacjenta w KSOR. Ponadto w pięciu przypadkach, w których odmówiono przyjęcia pacjenta, nie dokonano wpisu w „Księżce odmów przyjęć w KSOR”, a w jednym przypadku w ww. Księżce nie uzupełniono pozycji „rozpoznanie” u pacjentki, której odmówiono przyjęcia.

Zgodnie z § 24 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁶⁸ (...) wykaz odmów przyjęć w szpitalnym oddziale ratunkowym zawiera m.in. rozpoznanie choroby, problemu zdrowotnego lub urazu, (...) datę odmowy przyjęcia pacjenta do szpitala (...), wskazanie powodu odmowy przyjęcia do szpitala.

Zastępca Komendanta Szpitala wyjaśnił, że od 1 stycznia 2024 r. do chwili obecnej było sześć odmów przyjęcia pacjenta do KSOR, których nie odnotowano w księżce odmów. W związku z tym, że były to zdarzenia incydentalne doszło do zapomnienia o konieczności odnotowania, a tym samym pominięcia odnotowania ww. zdarzeń. Odbyło w tym zakresie rozmowę z lekarskim personelem KSOR i pouczono o konieczności dopełnienia należytej staranności w zakresie wypełniania wszystkich elementów dokumentacji, w tym księgi odmów.

(akta kontroli, str. 507-513, 801-802, 961, 963)

OCENA CZĄSTKOWA

NIK ocenia negatywnie sposób organizacji pracy osób udzielających świadczeń zdrowotnych w Szpitalu, zakładający pracę w sposób ciągły przez ponad 24 godziny, bez zachowania okresów odpoczynku. Takie sytuacje mogą mieć negatywny wpływ zarówno na bezpieczeństwo pacjentów w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, jak i osób udzielających im świadczeń zdrowotnych.

⁶⁸ Dz.U. z 2024 r. poz. 798 ze zm.

Szpital nie sprawozdawał części wymaganych informacji w TOPSOR, ponadto zapisy w ww. systemie oraz w systemie KS-MEDIS były niekompletne, co uniemożliwiało dokonanie wiarygodnej analizy danych pochodzących z tych systemów.

Stwierdzono przypadki nieterminowego i nierzetelnego raportowania Wojewódzkiemu Koordynatorowi stanu wolnych łóżek na oddziałach szpitalnych. Ponadto nie zasięgano opinii lekarzy kierujących oddziałami w sprawie liczby łóżek zabezpieczanych na potrzeby osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego skierowanych do tych jednostek z KSOR. Nie udokumentowano również przekazania kierownikom oddziałów informacji w ww. zakresie.

Działaniem nieprawidłowym było także nieudokumentowanie przyczyn odmowy przyjęcia dwóch pacjentów w KSOR oraz niedokonanie wpisu pięciu odmów przyjęcia pacjenta w „Księżce odmów przyjęć w KSOR”.

Weryfikacja kwalifikacji wybranego personelu medycznego wykazała, że osoby te były kompetentne do przeprowadzania segregacji medycznej. W badanej próbie mediana czasu kontaktu z lekarzem pacjentów zakwalifikowanych jako wymagających pomocy natychmiastowej wynosiła 6 min., a w przypadku konieczności przeprowadzenia badania diagnostycznego wynosiła 5 min. Złecone badania diagnostyczne (tomografia komputerowa, RTG, USG, gastroskopia) były przeprowadzane całodobowo.

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. Terminowe przeprowadzanie przeglądów technicznych wyrobów medycznych. 2. Terminowe wprowadzanie i aktualizowanie informacji o posiadanych wyrobach medycznych w SEZOZ. 3. Bieżące aktualizowane warunków umowy z NFZ w zakresie posiadanych zasobów sprzętowych i potencjału wykonawczego. 4. Przekazywanie rzetelnych danych służących do opracowania „Planu działania systemu PRM dla WK-P. 5. Ustalanie harmonogramów pracy lekarzy z uwzględnieniem zachowania okresów odpoczynku pomiędzy kolejnymi okresami świadczenia pracy. 6. Terminowe i rzetelne raportowanie Wojewódzkiemu Koordynatorowi o liczbie wolnych łóżek na poszczególnych oddziałach Szpitala. 7. Zapewnienie wprowadzania do systemów TOPSOR i KS-MEDIS rzetelnych i kompletnych danych oraz kontynuację działań w kierunku pełnej integracji ww. systemów. 8. Zasięganie opinii lekarzy kierujących poszczególnymi oddziałami w sprawie liczby łóżek zabezpieczanych na potrzeby osób w stanie nagłego zagrożenia

zdrowotnego oraz dokumentowanie przekazywania informacji w ww. zakresie.

9. Dokumentowanie przyczyn oraz odnotowywanie przypadków odmowy przyjęcia pacjenta w KSOR.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Wystąpienie pokontrolne sporządzono i opatrzone podpisem własnoręcznym w dwóch jednobrzmiących 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
wykonania
wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie 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, 14 sierpnia 2025 r.

Kontroler

(-) Sylwia Woźniak-Waszak
doradca ekonomiczny

Dyrektor

Delegatura Najwyższej Izby Kontroli
w Bydgoszczy
z up. (-) Adam Kończak
p.o. Wicedyrektor