



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Bydgoszczy

LBY.410.13.4.2025

Pan Bartosz Myśliwiec
Dyrektor
Szpitala Wielospecjalistycznego
im. dr Ludwika Błażka
w Inowrocławiu
ul. Poznańska 97
88-100 Inowrocław

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/25/042 System ratownictwa medycznego

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Szpital Wielospecjalistyczny im. Dr. Ludwika Błażka w Inowrocławiu ¹ , ul. Poznańska 97, 88-100 Inowrocław.
Kierownik jednostki kontrolowanej	Bartosz Myśliwiec, Dyrektor Szpitala, od 29 kwietnia 2025 r. W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełnił: Eligiusz Patalas, Dyrektor Szpitala, od 13 marca 2019 r. do 12 marca 2025 r., w okresie od 13 marca do 28 kwietnia 2025 r. p.o. Dyrektora Szpitala.
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 czynności kontrolnych ² , z wykorzystaniem danych sprzed okresu objętego kontrolą.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ³ .
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli, Delegatura w Bydgoszczy
Kontrolerzy	Hanna Loch, specjalista k.p., upoważnienie do kontroli nr LBY/52/2025 z 28 kwietnia 2025 r., Krzysztof Drzewiczak, inspektor k.p., upoważnienie do kontroli nr LBY/53/2025 z 28 kwietnia 2025 r.

(akta kontroli str. 1-16)

II. Ocena ogólna⁴ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Organizacja Szpitalnego Oddziału Ratunkowego⁵ spełniała wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego⁶. Oddział posiadał własne, bezkolizyjne trakty komunikacyjne, niezależne od ogólnodostępnych traktów szpitalnych. Pod Oddział zapewniono bezkolizyjny dojazd specjalistycznych środków transportu sanitarnego, ale trasa ich dojazdu nie była oddzielona od osobnego wejścia do SOR wyznaczonego dla pieszych, co było niezgodne z § 3 ust. 1 rozporządzenia w sprawie SOR.

¹ Dalej: „Szpital”.

² Tj. 6 sierpnia 2025 r.

³ Dz. U. z 2022 r. poz. 623, dalej: „ustawa o NIK”.

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

⁵ Dalej: „SOR” lub „Oddział”.

⁶ Dz. U. z 2024 r., poz. 336 ze zm., dalej: „rozporządzenie w sprawie SOR”.

W prowadzonej w SOR segregacji medycznej pacjentów stosowano pięć kategorii pilności, zgodnie z § 6 ust. 9 rozporządzenia w sprawie SOR. Do prowadzenia segregacji medycznej Szpital wykorzystywał system TOPSOR. Segregacją pacjentów zajmowały się pielęgniarki systemu i ratownicy medyczni, ujawniono jednak przypadki zatwierdzania w systemie TOPSOR kart segregacji pacjentów przez osoby nieuprawnione.

Szpital zapewnił obsadę wykwalifikowanego personelu medycznego na stałe przebywającego na SOR oraz personelu wykonującego badania diagnostyczne. Stwierdzono jednakże nadmierne obciążenie pracą lekarzy i pozostałego personelu. Działaniem nieprawidłowym było również niewpisanie do Systemu Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia części wyrobów medycznych użytkowanych w SOR.

Szpital z wymaganą częstotliwością przekazywał wojewódzkiemu koordynatorowi ratownictwa medycznego raporty o dostępnych wolnych miejscach na oddziałach, tj. trzykrotnie w ciągu doby, jednak z uwagi na przypadki niedotrzymania godzin raportowania, przekazywane w tym zakresie informacje były nierzetelne.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowej⁷ kontrolowanej działalności.

OBSZAR
Opis stanu
faktycznego

1. Warunki udzielania świadczeń zdrowotnych.

Szpital posiadał w swej strukturze Szpitalny Oddział Ratunkowy.

Organizacja SOR była zgodna z wymogami § 5 rozporządzenia w sprawie SOR. Oddział posiadał także własne bezkolizyjne trakty komunikacyjne, niezależne od ogólnodostępnych traktów szpitalnych.

Podjazd dla specjalistycznych środków transportu sanitarnego mieścił się w budynku, w którym znajdował się SOR. Wejście dla pieszych oraz podjazd dla specjalistycznych środków transportu sanitarnego było zadaszone. SOR nie posiadał oddzielnego wejścia dla pieszych oddzielonego od trasy podjazdu specjalistycznych środków transportu sanitarnego, co opisano szerzej w sekcji *stwierdzone nieprawidłowości*.

Pomieszczenia w których udzielane były świadczenia medyczne, mieściły się na parterze budynku wyposażonego w schody i windę.

W skład SOR, zgodnie z § 5 ust 1 rozporządzenia w sprawie SOR, wchodziły:

- obszar segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć - zlokalizowany bezpośrednio przy wejściu dla pieszych i podjeździe dla specjalistycznych

⁷ 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.

- środków transportu, wyposażony w dwa stanowiska segregacji dla dorosłych oraz jedno dla dzieci;
- obszar resuscytacyjno-zabiegowy obejmujący jedną salę wyposażoną w dwa stanowiska;
- obszar wstępnej intensywnej terapii obejmujący jedną salę dwustanowiskową;
- obszar terapii natychmiastowej obejmujący gabinet zabiegowy i gipsownię;
- obszar obserwacyjny składający się z: jednej sali wyposażonej w cztery stanowiska;
- obszar konsultacyjny obejmujący trzy gabinety w części chirurgicznej oraz trzy gabinety w części internistycznej.

Lokalizacja SOR⁸ zapewniała łatwą komunikację z:

- pracownią diagnostyki obrazowej poprzez węzeł wewnątrzszpitalnej komunikacji pionowej;
- oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii oraz blokiem operacyjnym, zlokalizowanych – tak jak SOR – na parterze budynku szpitala.

Klimatyzacja i wentylacja w SOR podlegała okresowym przeglądom, czyszczeniu, dezynfekcji, nie rzadziej niż co 12 miesięcy.

(akta kontroli str. 38-55)

Obszary SOR wyposażone były w urządzenia i sprzęt gwarantujący wstępną diagnostykę oraz podjęcie leczenia w zakresie niezbędnym do stabilizacji funkcji życiowych osób, które znajdowały się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, wyszczególnione w rozporządzeniu w sprawie SOR. Wyroby medyczne⁹ ujęte były w ewidencji środków trwałych oraz podlegały okresowym przeglądom zgodnie z zaleceniami producenta.

Informacje, o których mowa w art. 24 ust. 1 ustawy z 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia¹⁰ nie zostały wpisane do Systemu Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia¹¹ prowadzonego przez ministra właściwego do spraw zdrowia, w terminie określonym w § 4 rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 26 marca 2021 r. w sprawie zakresu informacji gromadzonych w SEZOZ oraz sposobu i terminów przekazywania tych informacji¹², co opisano w sekcji *stwierdzone nieprawidłowości*. Powyższe dotyczyło wyrobów medycznych wskazanych w części I załącznika do ww. rozporządzenia, tj. aparatów RTG, aparatów USG, defibrylatorów i respiratorów.

(akta kontroli str. 49, 56-63, 730-740)

Szpital posiadał całodobowe lądowisko, zlokalizowane w takiej odległości, aby było możliwe przyjęcie osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia

⁸ W budynku Szpitala udzielana była nocna i świąteczna opieka zdrowotna.

⁹ Analizator parametrów krytycznych, przyłóżkowy zestaw RTG, przewoźny ultrasonograf; stół zabiegowy z lampą operacyjną, wózek transportowy z funkcją stołu zabiegowego; aparat do znieczulenia; defibrylator z kardiowersją i opcją elektrostymulacji serca; elektryczne urządzenie do ssania; respirator stacjonarny i transportowy.

¹⁰ Dz. U. z 2025 r., poz. 302, ze zm., dalej: „ustawa o systemie informacji w ochronie zdrowia”.

¹¹ Dalej: „SEZOZ”.

¹² Dz. U. z 2025 r., poz. 496, dalej: „rozporządzenie w sprawie zakresu informacji gromadzonych w SEZOZ”.

zdrowotnego, bez pośrednictwa specjalistycznych środków transportu sanitarnego, stosownie do § 3 ust. 8 rozporządzenia w sprawie SOR.

Lądowisko powstało przed 31 grudnia 2024 r. W dokumentacji nie było wpisu o ograniczeniach użytkowych lądowiska, o których mowa w §16a rozporządzenia w sprawie SOR. Zgodnie z decyzjami Prezesa Urzędu Lotnictwa Cywilnego¹³ lądowisko Inowrocław-Szpital było wpisane do ewidencji lądowisk pod nr 109 jako lądowisko przystosowane do startów i lądowań śmigłowców o dopuszczalnej masie startowej MTOM do 6400 kg.

Lądowisko zlokalizowane było bezpośrednio na ziemi i posiadało znak identyfikacyjny określony w załączniku do rozporządzenia w sprawie SOR. Teren lądowiska zabezpieczony był przed dostępem osób postronnych oraz oznaczony tablicami informacyjnymi.

(akta kontroli str. 34-55)

Kontrola informacji o 16 osobach¹⁴ udzielających świadczeń na SOR, w pierwszym dniu lipca w latach 2023-2024 oraz w pierwszym dniu każdego z miesięcy okresu styczeń - maj 2025 r. wykazała, że osoby te:

- świadczyły pracę w ww. dni, co ustalono na podstawie list obecności;
- spełniały wymagania dla zajmowanych przez nich stanowisk, tj. stosownie do § 12 rozporządzenia w sprawie SOR: lekarz kierujący SOR posiadał tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny ratunkowej oraz specjalizację II stopnia w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, a pielęgniarka oddziałowa była pielęgniarką systemu, posiadała wykształcenie wyższe (magister pielęgniarstwa) oraz co najmniej 5 lat stażu w Oddziale;
- zostały zgłoszone do umowy z NFZ (załącznik nr 2 Harmonogram – zasoby);
- liczba lekarzy na dyżurze w ww. dniach wynosiła od trzech do ośmiu na dobę, w tym co najmniej jeden lekarz przebywający stale w Oddziale był lekarzem systemu;
- liczba pacjentów w ww. dniach wyniosła łącznie 889 osób¹⁵;
- liczba lekarzy na dyżurze była niezbędna do zabezpieczenia prawidłowego funkcjonowania Oddziału, w tym do spełnienia warunków dotyczących czasu oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem w poszczególnych kategoriach pilności, tj. średni czas oczekiwania na kontakt z lekarzem wyniósł w poszczególnych kategoriach pilności odpowiednio: [a] kolor czerwony: średni czas oczekiwania trzech pacjentów¹⁶ wyniósł dziewięć minut, [b] kolor pomarańczowy: średni czas oczekiwania 21 pacjentów¹⁷ wyniósł 14 minut, z tego 13 przypadków otrzymało pierwszy kontakt z lekarzem w czasie do 10 minut, [c] kolor żółty: średni czas oczekiwania 427 pacjentów wyniósł 26 minut, przy wymaganym czasie do 60 minut, [d] kolor

¹³ Decyzja: nr ULC-LTL-1/511-0046/01/12 z 29 lutego 2012 r. i nr LTL-1.61.21.2021.ULC.3 z 20 kwietnia 2021 r.

¹⁴ W tym: siedmiu lekarzy, sześć pielęgniarek i pielęgniarzy oraz trzech ratowników medycznych.

¹⁵ Z tego: trzy przypadki - kolor czerwony, 21 przypadków - kolor pomarańczowy, 427 przypadków - kolor żółty, 382 przypadków - kolor zielony, 56 przypadków - kolor niebieski.

¹⁶ Tj. 15 minut, 9 minut i 3 minuty,

¹⁷ W tym: 7 przypadków z czasami powyżej 10 minut, tj.: 1h i 15 minut, 1 h i 7 minut, 27 minut, 18 minut – 2 przypadki, 17 minut, 14 minut i 13 minut. Pozostałe 13 przypadków w czasie do 10 minut.

zielony: średni czas oczekiwania 382 pacjentów wyniósł 14 minut, przy wymaganym czasie do 120 minut, [e] kolor niebieski: średni czas oczekiwania 56 pacjentów wyniósł 10 minut, przy wymaganym czasie do 240 minut.

Dyrektor wyjaśnił, że użytkowany system informatyczny, nie posiada funkcjonalności umożliwiającej automatyczne rejestrowanie faktycznego momentu rozpoczęcia kontaktu lekarza z pacjentem. Na potrzeby analiz i wykazów świadczeń, jako punkt odniesienia dla pierwszego kontaktu z lekarzem przyjęto czas pierwszego wpisu w systemie dokonanego przez użytkownika z grupy „lekarz”, co może powodować rozbieżności względem rzeczywistego czasu udzielenia świadczenia. Biorąc pod uwagę powyższe, przekroczenia wskazanych limitów czasowych, które miały charakter wyłącznie techniczno-rejestracyjny, a nie kliniczny (wynikały z momentu dokonania wpisu w systemie, a nie z momentu rzeczywistego kontaktu z lekarzem).

Dyrektor podał, że również w sytuacjach, w których konieczne było bezzwłoczne rozpoczęcie czynności diagnostyczno-terapeutycznych, personel medyczny w pierwszej kolejności podejmował działania medyczne, a następnie – po ich zakończeniu – dokonywał odpowiednich wpisów w systemie informatycznym.

(akta kontroli str. 188-189, 703-707, 716-729)

Zgodnie z § 4 ust 4 rozporządzenia w sprawie SOR, Szpital zapewniał całodobowy dostęp do:

- badań diagnostycznych wykonywanych w Centralnym Laboratorium Analitycznym w Szpitalu oraz w Pracowni Serologicznej;
- badań USG i badań tomografii komputerowej (TK) wykonywanych w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej Szpitala;
- badań endoskopowych, w tym:
 - [1] gastrokopii wykonywanej w Pracowniach Endoskopowych Szpitala oraz na Bloku Operacyjnym;
 - [2] rektoskopii wykonywanej w Pracowniach Endoskopowych oraz w Oddziale Chirurgii Ogólnej, Chirurgii Onkologicznej i Chemioterapii;
 - [3] bronchoskopii wykonywanej w Pracowniach Endoskopowych oraz w I Oddziale Chorób Wewnętrznych w ramach profilu medycznego: pulmonologia;
 - [4] laryngoskopii wykonywanej w Oddziale Laryngologicznym.

Personel lekarski udzielający świadczeń w pierwszym tygodniu: lipca 2023 r., lipca 2024 r., stycznia oraz maja 2025 r. w zakresie badań TK, gastrokopii oraz bronchoskopii posiadał kwalifikacje wymagane dla poszczególnych badań, wskazane w załącznikach do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej¹⁸.

W pierwszych tygodniach lipca 2023 r., lipca 2024 r. i stycznia 2025 r. przeprowadzono łącznie 399 badań TK. Średni czas oczekiwania na badanie TK wyniósł 35 minut i 57 sekund. W dwóch przypadkach (kolor czerwony) czas

¹⁸ Dz. U. z 2016 r., poz. 357 ze zm., dalej: „rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych”.

oczekiwania wyniósł: 33 minuty i 51 minut, w trzech przypadkach koloru pomarańczowego wyniósł ponad jedną godzinę i odpowiednio 14, 18 i 35 minut, a w jednym przypadku koloru pomarańczowego dwie godziny i jedna minuta.

Dyrektor podał, że tomografia komputerowa, zwłaszcza u pacjentów w stanie ostrym, wymaga spełnienia szeregu warunków gwarantujących bezpieczeństwo zarówno pacjenta, jak i personelu. Przed każdym badaniem konieczne jest przygotowanie pracowni i aparatu, dezynfekcja stołu po poprzednim pacjencie, sprawdzenie protokołu badania, bezpieczne ułożenie pacjenta, itd. Wszystkie te czynności, choć starannie zsynchronizowane, wyznaczają technicznie minimalny czas, jaki musi upłynąć między wydaniem zlecenia, a rozpoczęciem skanowania.

(akta kontroli str. 33, 100-171, 188-189, 703-715)

Dane przekazane wojewodzie o funkcjonowaniu SOR były zgodne z wykazami chorych Oddziału oraz z głównym wykazem przyjęć.

Sposób kwalifikowania pacjentów jako wymagających pomocy w trybie nagłym odbywał się w SOR zgodnie z przepisami ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym¹⁹ i rozporządzeniem w sprawie SOR. Każdy pacjent przetransportowany lub zgłaszający się do SOR, podlegał rejestracji i segregacji.

Dyrektor Szpitala wskazał, że w obszarze segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć zapewniano przeprowadzenie wstępnej oceny pacjenta i wywiad z zespołami, jednostkami, które przetransportowały pacjenta oraz z pacjentem lub z osobą mu towarzyszącą. Następnie triażysta, tj. pielęgniarka systemu, ratownik medyczny lub lekarz systemu, przeprowadzał segregację medyczną, w wyniku której przydzielano pacjenta do jednej z pięciu²⁰ kategorii pilności. Pacjenci SOR pozostający na terenie SOR znajdowali się pod opieką pielęgniarki systemu, ratownika medycznego lub lekarza systemu, którzy oceniali ich stan kliniczny. W czasie oczekiwania pacjenta na badania lekarskie w obszarze przyjęć, pielęgniarka systemu/ ratownik medyczny/ lekarz systemu odpowiedzialny za triage pełnili nadzór nad stanem zdrowia poszczególnych pacjentów i ewentualnie korygowali stopień pilności wstępnego badania lekarskiego (retriage) nie rzadziej niż co 90 minut. W dowolnym czasie przebywania w SOR każdy z pacjentów, mógł zostać przeniesiony ze wstępnie nadanej kategorii pilności do innej (wyższej lub niższej) w zależności od dynamiki zmiany stanu ogólnego. Zasadą było, że pacjentom SOR w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego zapewniano kontynuację leczenia. Z obszaru segregacji SOR pacjenci byli przekazywani do odpowiednich obszarów zadaniowych SOR (części chirurgicznej, części internistycznej, części pediatrycznej).

(akta kontroli str. 22- 24, 27-30, 172-189)

¹⁹ Dz. U. z 2025 r., poz. 91 ze zm., dalej: „ustawa PRM”.

²⁰ Tj. kolory: czerwony, pomarańczowy, żółty, zielony, niebieski.

Zgodnie z art. 31lc ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych²¹ SOR wyodrębniony został jako ośrodek powstawania kosztów²².

Koszty działalności SOR²³ przypisane zostały do funkcji 503, tj. zgodnie z § 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 października 2020 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców²⁴ oraz kodami funkcji OPK określonymi w załączniku nr 1 ww. rozporządzenia.

Przyjęte w szpitalu zasady przypisywania kosztów pośrednich były zgodne z przepisami ww. rozporządzenia odnoszącymi się do SOR. W SOR wydzielono OPK działalności pomocniczej, na którym ewidencjonowane były koszty związane z rejestracją, przyjęciem i segregacją medyczną.

Koszty pośrednie rozliczane były w SOR w oparciu o rozdzielniki utworzone na podstawie standardowych kluczy podziałowych służących rozliczeniu kosztów działalności pomocniczej. Kluczami podziałowymi kosztów pośrednich SOR były m.in.:

- liczba świadczeniobiorców przyjętych na oddziały i ambulatoryjnych²⁵;
- iloczyn liczby procedur medycznych oraz jednostkowego kosztu normatywnego procedury medycznej²⁶;
- liczba kilometrów²⁷;
- liczba jednostek krwi²⁸;
- powierzchnia m² (m.in. obsługa szpitala, amortyzacja budynku);
- liczba zestawów komputerowych²⁹;
- liczba pakietów do sterylizacji³⁰.

Wynik finansowy³¹ SOR w latach 2022 i 2023 był ujemny i wyniósł odpowiednio: 905,7 tys. zł i 408,9 tys. zł. W 2024 r. i w I kwartale 2025 r. SOR odnotował dodatni wynik finansowy, tj. odpowiednio: 3 036,9 tys. zł i 149,3 tys. zł.

Dyrektor Szpitala wskazał, że największy wpływ, na ujemny wynik finansowy SOR w latach 2022 – 2023 miały przepisy wprowadzone od 1 lipca 2021 r.³² które, wywołały znaczący wzrost kosztów wynagrodzeń osób zatrudnionych na umowach o pracę. Narodowy Fundusz Zdrowia³³ adekwatnie do wzrostu tych kosztów zwiększył finansowanie Szpitala celem skompensowania negatywnych

²¹ Dz. U. z 2024 r., poz. 146 ze zm., dalej: „ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej”.

²² Dalej: „OPK”.

²³ Zgodnie z Zarządzeniem Dyrektora Szpitala nr 4/2024 z 12 lutego 2024 r. w sprawie standardu rachunku kosztów w Szpitalu (DN.021-4/2024) obowiązujące od 1 stycznia 2024 r., wcześniej Zarządzenie Dyrektora Szpitala nr 4/2021 z 17 marca 2021 r. w sprawie standardu rachunku kosztów w Szpitalu (DN.021-4/2021) obowiązujące od 1 stycznia 2021 r., zmienione dziesięcioma aneksami Dyrektora Szpitala z 31 maja 2021 r., 2 lipca 2021 r., 1 września 2021 r., 11 stycznia 2022 r., 29 sierpnia 2022 r., 27 lutego 2023 r., 28 marca 2023 r., 27 kwietnia 2023 r., 16 maja 2023 r., 4 grudnia 2023 r.

²⁴ Dz. U. z 2020 r., poz. 2045, dalej: „rozporządzenie w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów”.

²⁵ SOR, SOR- segregacja, Izba Przyjęć Położniczo-Ginekologiczna.

²⁶ Sale operacyjne/operacyjno-zabiegowe/ zabiegowe, Anestezjologia, Pracownie diagnostyczne, Pracownia Endoskopii Gastroenterologiczna i Pracownia Bronchoskopii.

²⁷ Zespół Transportu Sanitarnego.

²⁸ Bank Krwi.

²⁹ Obsługa-usługi informatyczne.

³⁰ Centralna Sterylizacja.

³¹ Ustalony z wykorzystaniem opisanej wyżej metodyki.

³² Wprowadzone ustawą z dnia 28 maja 2021 r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1104)

³³ Dalej: „NFZ”.

skutków wprowadzonej ustawy. Wartość przychodów w 2022 r. nie była wystarczająca na pokrycie innych kosztów działalności SOR, wśród których najwyższy wzrost dotyczył umów cywilnoprawnych (kontraktów) i wynosił ok. 35% w stosunku do 2021 r. Niedobór kadry medycznej wymusił podniesienie wynagrodzeń personelu, celem zabezpieczenia ciągłości działalności i zapewnienia odpowiedniej opieki medycznej.

W latach 2023 i 2024 wzrost kosztów z tytułu umów cywilnoprawnych był dużo niższy w stosunku rok do roku poprzedniego i wynosił odpowiednio: ok. 14% w 2023 r. i ok. 8% w 2024 r., co skutkowało stopniową poprawą wyniku finansowego.

(akta kontroli str. (188-189, 703-707)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Szpital nie spełnił wymogu określonego w § 3 ust. 1 rozporządzenia w sprawie SOR w zakresie posiadania osobnego wejścia na Oddział dla pieszych, oddzielonego od trasy podjazdu specjalistycznych środków transportu sanitarnego.

(akta kontroli str. 38-55)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że z uwagi na istniejące ograniczenia infrastrukturalne oraz obowiązujące warunki zabudowy i układ przestrzenny kompleksu szpitalnego, obecnie brak jest możliwości wydzielenia innej, niezależnej i spełniającej wymogi rozporządzenia trasy dojścia dla pieszych, całkowicie odseparowanej od drogi przejazdu pojazdów ratunkowych. Szpital posiada opracowaną koncepcję przebudowy, rozbudowy i modernizacji SOR, w ramach którego planowane jest wyodrębnienie odrębnej trasy dojścia dla pacjentów pieszych, niezależnej od trasy przejazdu specjalistycznych środków transportu sanitarnego.

(akta kontroli str. 56-59)

2. Wyroby medyczne użytkowane w SOR wskazane w części I załącznika do rozporządzenia w sprawie zakresu informacji gromadzonych w SEZOZ, tj.:

- aparat RTG – nr inwentarzowe: 802-000858 oraz 802-001973,
- aparat USG – nr inwentarzowe: 802-001616 oraz 802-001931,
- defibrylator – nr inwentarzowe: 802-001944 oraz 802-001947,
- respirator - nr inwentarzowe: 802-000849 oraz 802-001711.

nie zostały wpisane do SEZOZ w terminie określonym w § 4 rozporządzenia w sprawie zakresu informacji gromadzonych w SEZOZ. Powyższe stanowi naruszenie art. 24 ust 1 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, zgodnie z którym, usługodawcy zobowiązani byli do wpisania do systemu teleinformatycznego posiadane wyroby medyczne wskazane w załączniku do ww. rozporządzenia.

W czasie trwania czynności kontrolnych³⁴ Szpital wprowadził do SEZOZ wszystkie ww. wyroby medyczne.

(akta kontroli str. 49, 60-63, 730-735)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że brak wcześniejszych wpisów ww. wyrobów medycznych do SEZOZ wynikał z rozproszenia wielu obowiązków sprawozdawczych pomiędzy komórki organizacyjne Szpitala. Wskazał również,

³⁴ Tj. 17 czerwca 2025 r.

że dane objęte obowiązkiem raportowania do SEZOZ znajdują się również w innych sprawozdaniach, takich jak: MZ-29, sprawozdania do NFZ, w tym SZOI, JASMIN, itd. Poinformował, że podjął działania mające na celu uporządkowanie zakresów odpowiedzialności, wyznaczono osoby odpowiedzialne za bieżące prowadzenie i nadzór nad danymi w SEZOZ oraz wdrożono wewnętrzny mechanizm monitorowania terminowości i kompletności sprawozdań.

(akta kontroli str. 56- 63)

OCENA CZĄSTKOWA

Funkcjonujący w Szpitalu SOR spełniał wymagania określone w rozporządzeniu w sprawie SOR w zakresie jego organizacji. Oddział posiadał własne, bezkolizyjne trakty komunikacyjne, niezależne od ogólnodostępnych traktów szpitalnych. Pod Oddział zapewniono bezkolizyjny dojazd specjalistycznych środków transportu sanitarnego, ale trasa ich dojazdu nie była oddzielona od osobnego wejścia do SOR wyznaczonego dla pieszych, co było niezgodne z § 3 ust. 1 rozporządzenia w sprawie SOR.

Szpital zapewnił obsadę wykwalifikowanego personelu medycznego na stałe przebywającego na SOR oraz personelu wykonującego badania diagnostyczne.

Stwierdzona nieprawidłowość dotyczyła niewpisania do SEZOZ części wyrobów medycznych użytkowanych w SOR.

OBSZAR

2. Udzielenie świadczeń zdrowotnych osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Opis stanu
faktycznego

SOR funkcjonował w trybie ciągłym, przez 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu, zapewniając nieprzerwane udzielanie świadczeń zdrowotnych pacjentom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. W przypadku lekarzy w SOR, w dni powszednie, w godzinach od 7:30 do 15:30, obowiązywała tzw. ordynacja dzienna. Po godzinie 15:30 oraz w weekendy i dni ustawowo wolne od pracy, świadczenia realizowane były w ramach dyżurów medycznych. Dyżury pełnione były:

- w dni powszednie: od godz. 15:30 do 7:30 dnia następnego,
- w soboty, niedziele i święta: od godz. 7:30 do 7:30 dnia następnego.

Dyżury medyczne w Szpitalu pełnione były zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej³⁵ oraz Zarządzeniem Nr 6/2015 Dyrektora Szpitala z dnia 16 lutego 2015 r. w sprawie dyżurów medycznych. Dyżury lekarskie w oddziałach szpitalnych, w tym w SOR i jego poszczególnych częściach, ustalane były w harmonogramie dyżurów lekarskich na dany miesiąc, zatwierdzanym przez Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa – Naczelnego Lekarza Szpitala. Pozostały personel SOR zatrudniony na podstawie umów o pracę wykonywał pracę w systemie równoważnego czasu pracy, który zgodnie z art. 94 udl dopuszczał przedłużenie dobowego wymiaru czasu pracy do 12 godzin. Czas pracy personelu regulował Regulamin pracy pracowników Szpitala. Personel zatrudniony na podstawie umów cywilnoprawnych (kontraktów) realizował świadczenia zdrowotne stosownie do zawartych umów i ustalonych harmonogramów pracy.

W Szpitalu obowiązywał dwumiesięczny okres rozliczeniowy dla osób zatrudnionych na umowę o pracę (1) oraz miesięczny – dla osób świadczących

³⁵ Dz. U. z 2025 r. poz. 450, ze zm., dalej: „udl”.

pracę na podstawie innej niż umowa o pracę (2). W pierwszych okresach rozliczeniowych, objętych szczegółową analizą, jakie przypadły w 2024 r. i w 2025 r., w SOR było zatrudnionych odpowiednio:

- w styczniu 2024 r.: (1) pięciu lekarzy, 27 pielęgniarek, 28 ratowników medycznych; (2) 30 lekarzy, cztery pielęgniarki, dwóch ratowników medycznych;
- w lutym 2024 r.: (1) pięciu lekarzy, 27 pielęgniarek, 28 ratowników medycznych;
- w styczniu 2025 r.: (1) czterech lekarzy, 27 pielęgniarek, 28 ratowników medycznych; (2) 49 lekarzy, trzy pielęgniarki, jeden ratownik medyczny;
- w lutym 2025 r.: (1) pięciu lekarzy, 27 pielęgniarek, 28 ratowników medycznych.

Szczegółowym badaniem NIK objęto czas pracy pięciu lekarzy, pięciu pielęgniarek, pięciu ratowników medycznych zatrudnionych w SOR na umowę o pracę w pierwszym okresie rozliczeniowym przypadającym w 2024 r. i 2025 r. oraz pięciu lekarzy, czterech pielęgniarek, dwóch ratowników medycznych zatrudnionych na podstawie umowy cywilnej w styczniu 2024 r. oraz styczniu 2025 r. Analiza obsady personelu lekarskiego w SOR w okresie dwóch pierwszych okresów rozliczeniowych, jakie przypadły w 2024 r. i w 2025 r. (obejmująca zwykłą ordynację i dyżury) wykazała, że:

- pięciu lekarzy (zatrudnionych na podstawie umowy o pracę) pracowało w Szpitalu, w tym w SOR od 87 godzin 35 minut do 605 godzin 5 minut³⁶;
- czas pracy lekarzy nie przekroczył 7 godzin 35 minut dziennie;
- u jednego lekarza (zatrudnionego na umowę o pracę) w 2024 r. i 2025 r. nie był zachowany co najmniej 11 godzinny okres odpoczynku dobowego, lekarz w ww. okresie maksymalnie świadczył pracę przez 31 godzin 10 minut. Lekarz wyraził zgodę na pracę w wymiarze przekraczającym przeciętnie 48 godzin na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym, o której mowa w art. 96 ust. 1udl;
- czterech z pięciu lekarzy (świadczących pracę na podstawie kontraktu) niejednokrotnie pełniło wielodobowe dyżury w SOR bez przerwy, co opisano w sekcji *stwierdzone nieprawidłowości*. Przykładowo lekarz pełniący dyżur w SOR udzielał świadczeń 5 stycznia 2025 r. od godz. 7:30 do godziny 7:30 dnia następnego i tego samego dnia rozpoczął o godz. 7:30 udzielanie świadczeń w Zespole Specjalistycznym Transportowym, które zakończył o godzinie 7:30 w dniu 7 stycznia 2025 r. Łącznie lekarz udzielał świadczeń 48 godzin bez przerwy. Taka sama sytuacja miała miejsce 18 stycznia 2025 r., kiedy to lekarz rozpoczął udzielanie świadczeń medycznych w Zespole Specjalistycznym Transportowym o godz. 7:30, które zakończył o godz. 7:30 dnia 19 stycznia 2025 r., a następnie kontynuował pracę w SOR do godz. 7:30 do 20 stycznia 2025 r.

Analiza obsady pozostałego personelu SOR w okresie objętym kontrolą wykazała, że:

³⁶ W tym liczba 296 godzin dyżurów medycznych. Lekarz wyraził zgodę na pracę w wymiarze przekraczającym przeciętnie 48 godzin na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym, o której mowa w art. 96 ust. 1udl

- w przypadku osób zatrudnionych na podstawie umowy o pracę: trzech pielęgniarek – w lutym 2025 r. (dwa przypadki), w styczniu i lutym 2025 r. (jeden przypadek) i dwóch ratowników medycznych, po jednym przypadku w styczniu 2024 r. i lutym 2024 r., nie zachowano 35 godzin nieprzerwanego odpoczynku przysługującego w danym tygodniu, co opisano w sekcji *stwierdzone nieprawidłowości*;
- pielęgniarki i ratownicy medyczni świadczyli pracę w ramach umowy o pracę w wymiarze 12 godzin dziennie;
- pielęgniarki i ratownicy medyczni udzielali świadczeń zgodnie z zakresem, o którym mowa w obowiązujących ich umowach o udzielenie zamówienia na świadczenie zdrowotne w wymiarze maksymalnie do 12 godzin na dobę.

(akta kontroli str. 292, 399-407, 428-429, 492-596)

W toku przeprowadzonych oględzin ustalono, że Szpital do prowadzenia segregacji medycznej wykorzystywał system TOPSOR³⁷. System spełniał minimalne wymagania infrastruktury technicznej przewidziane w § 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2021 r. w sprawie systemu zarządzającego trybami obsługi pacjenta w szpitalnym oddziale ratunkowym³⁸ (TOPSOR). System wykorzystywany przez Szpital składał się m.in. z automatu biletowego stojącego z ekranem dotykowym LCD, drukarki do biletów z czytnikiem kodów kreskowych, który był zainstalowany przy wejściu do SOR, zestawu nagłaśniającego, kardiomonitora stacjonarno-transportowego z ekranem LCD, wyświetlacza zbiorczego z ekranem wykonanym w technologii LCD, z jednostką sterującą, który był zainstalowany w obszarze segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć SOR.

(akta kontroli str. 38-55, 293, 364-376, 662)

Zasady segregacji medycznej w SOR uregulowane były w Instrukcji I-210-101³⁹. W czasie kontroli w SOR segregacją pacjentów zajmowały się pielęgniarki systemu i ratownicy medyczni.

Badaniem objęto uprawnienia 15 z 97 osób, które w okresie objętym kontrolą NIK zatwierdzały karty segregacji medycznej⁴⁰ w systemie informatycznym dokumentacji medycznej.

Analiza ujawniła przypadki zatwierdzania kart segregacji medycznej w systemie TOPSOR przez sześć sekretarek medycznych oraz dziewięć położnych, co opisano w sekcji *stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 383, 411, 416-425, 426-491)

Dyrektor Szpitala określił maksymalny czas podjęcia decyzji oraz liczbę łóżek⁴¹ na oddziałach Szpitala na potrzeby osób w stanie nagłego zagrożenia

³⁷ Szpital dokonał odbioru systemu TOPSOR w dniu 26 maja 2021 r. na podstawie umowy nr 69/DN/2020 z 17 marca 2020 r.

³⁸ Dz. U. poz. 1182.

³⁹ Instrukcja I-210-101 „Zasady przyjęć pilnych przypadków pacjentów w SOR”.

⁴⁰ 97 (0,09%) zatwierdzonych kart segregacji medycznej ze 112 075. Do badania wybrano osoby, które w ww. systemie zatwierdziły najmniejszą liczbę kart.

⁴¹ Na podstawie zarządzenia nr 40/2021 Dyrektora Szpitala w sprawie wprowadzenia zmian w Regulaminie organizacyjnym z dnia 8 grudnia 2021 r. Szpital zabezpieczył łóżka na potrzeby osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego skierowanych do jednostek z SOR w liczbie: dwa łóżka w Oddziale Kardiologicznym, cztery łóżka w Oddziale Neurologicznym. Zarządzeniem nr 13/2025 Dyrektora Szpitala z dnia 29 maja 2025 r., na potrzeby osób w stanie nagłego zagrożenia

zdrowotnego skierowanych do tych jednostek z SOR⁴². Dane były ustalane z Koordynatorami poszczególnych oddziałów.

Zgodnie z obowiązującym Regulaminem organizacyjnym Szpitala⁴³:

- lekarz SOR podejmuje decyzję o przyjęciu pacjenta do SOR w czasie nieprzekraczającym jednej godziny od pierwszego kontaktu z lekarzem;
- lekarz dyżurny SOR podejmuje decyzję o skierowaniu pacjenta na leczenie do oddziału, w którym działa SOR, w czasie nieprzekraczającym ośmiu godzin od pierwszego kontaktu z lekarzem;
- lekarz dyżurny SOR podejmuje decyzję o odmowie przyjęcia do SOR osoby niebędącej w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego w czasie nieprzekraczającym 6 godzin od pierwszego kontaktu z lekarzem.

O zmianach Regulaminu organizacyjnego informowani byli pracownicy Szpitala za pośrednictwem Szpitalnego Portalu Informacyjnego. Dodatkowo, o ostatecznej decyzji w przedmiotowej sprawie Dyrektor Szpitala osobiście poinformował Koordynatorów właściwych oddziałów, którzy byli zobowiązani do jej przekazania podległym pracownikom, w tym lekarzowi dyżurnemu SOR. Dane, o których mowa w §13 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia w sprawie SOR, zostały również podane do publicznej wiadomości na stronie internetowej Szpitala.

Regulamin organizacyjny obowiązujący w okresie objętym kontrolą zawierał wszystkie określone w art. 24 udl elementy, m.in. cele i zadania Szpitala (§ 3 oraz § 3A), strukturę organizacyjną (§ 22), przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych (§ 4-19), wysokość opłat (szczegółowo określone w Załączniku nr 1 do Regulaminu organizacyjnego) oraz sposób obserwacji pomieszczeń (§ 119A). Regulamin organizacyjny został umieszczony Biuletynie Informacji Publicznej Szpitala oraz na tablicy ogłoszeń w obszarze segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć.

(akta kontroli str. 293, 297-350, 357-363, 609-654)

W okresie objętym kontrolą Szpital informował wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego⁴⁴ o dostępnych wolnych miejscach na oddziałach. Do obsługi specjalnych aplikacji informujących o liczbie miejsc w oddziałach były upoważnione sekretarki medyczne części chirurgicznej SOR. Do marca 2023 r. w Szpitalu był dostępny system informatyczny INFOMED⁴⁵, który został zastąpiony aplikacją JAŚMIN, nowym systemem raportującym stan wolnych

zdrowotnego skierowanych do tych jednostek z SOR zabezpieczono łóżka w liczbie: dwa łóżka w I Oddziale Chorób Wewnętrznych, dwa łóżka w Oddziale Kardiologicznym, dwa łóżka w Oddziale Chirurgii Urazowej i Ortopedii, jedno łóżko w Oddziale Urologii i Onkologii Urologicznej, jedno łóżko w Oddziale Okulistycznym, jedno łóżko w Oddziale Laryngologicznym, dwa łóżka w Oddziale Neurologicznym, dwa łóżka w Oddziale Dziecięcym, jedno łóżko w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii, jedno łóżko w Oddziale Neonatologicznym, dwa łóżka w Oddziale Chirurgii Ogólnej, Chirurgii Onkologicznej i Chemioterapii, dwa łóżka w Oddziale Położniczo-Ginekologicznym.

⁴² Czasy na podjęcie decyzji, o których mowa w art. § 13 ust. 1 pkt 1 lit. a i b rozporządzenia w sprawie SOR oraz liczba łóżek na potrzeby osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego skierowanych do tych jednostek z SOR określone zostały w Regulaminie organizacyjnym w 2019 r. po wejściu w życie rozporządzenia w sprawie SOR.

⁴³ § 8 ust. 7b i 7c Załącznika do zarządzenia nr 1/2024 Dyrektora Szpitala z 11 stycznia 2024 r., dalej: „Regulamin organizacyjny”.

⁴⁴ Dalej: „wojewódzki koordynator”.

⁴⁵ Narzędzie służące do wymiany informacji pomiędzy wojewódzkim koordynatorem, dyspozytorami medycznymi oraz szpitalami w województwie.

łóżek w podmiotach leczniczych typu szpitalnego⁴⁶.

Szpital zobowiązał się przekazywać raporty w systemie JAŚMIN w ciągu doby trzykrotnie⁴⁷:

- 1) I raport w godz. 7.00-9.00;
- 2) II raport w godz. 14.00-16.00;
- 3) III raport w godz. 19.00-21.00.

Analizą objęto pierwsze dobowe raporty za okres siedmiu dni kalendarzowych⁴⁸. Szpital przekazywał wojewódzkiemu koordynatorowi raporty o dostępnych wolnych miejscach na oddziałach trzykrotnie w ciągu doby. Dane od wojewódzkiego koordynatora były zgodne z danymi źródłowymi Szpitala oraz wpisami w wykazie chorych Oddziału. W Szpitalu wystąpiły odstępstwa od godzin raportowania, przez co nierzetelnie dokonywano raportowania wojewódzkiemu koordynatorowi, co opisano w sekcji *stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 294, 351-356, 412, 666-695)

Kontrola terminowości podejmowania w SOR decyzji o czasach maksymalnych, o których mowa w § 13 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia w sprawie SOR, prowadzona była w sposób ciągły i dwuetapowy. Czas potrzebny na podjęcie decyzji o przyjęciu pacjenta, odmowie przyjęcia bądź przekazaniu do innego oddziału lub podmiotu leczniczego weryfikowany był bezpośrednio w trakcie udzielania świadczeń. W porze dziennej nadzór ten sprawował Koordynator SOR, który na bieżąco przeprowadzał wyrywkową weryfikację upływu czasu od zgłoszenia pacjenta do podjęcia właściwej decyzji. Działania te wynikały z zadań Koordynatora SOR, które zostały określone w Regulaminie organizacyjnym⁴⁹. Po godzinach pracy Koordynatora jego zadania przejmował lekarz dyżurny SOR, wyznaczony na mocy art. 12 ust. 2 rozporządzenia w sprawie SOR, zgodnie z Regulaminem organizacyjnym⁵⁰.

Dyrektor Szpitala wskazał m.in., że dokonanie wpisu w czasie rzeczywistym, mając na uwadze specyfikę SOR, jest niemalże niemożliwe. Ponadto w przygotowanym przez Szpital zestawieniu obejmującym pacjentów przyjętych w SOR w okresie kontroli NIK wskazane były czasy decyzji lekarzy SOR, o których mowa w § 13 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia w sprawie SOR, jednakże nie były to czasy odzwierciedlające rzeczywisty moment podjęcia decyzji, a moment wpisu w dokumentacji medycznej. Zgodnie z § 4 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁵¹, wpisu w dokumentacji dokonuje się niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego.

(akta kontroli str. 385-386)

⁴⁶ Pracownicy obsługujący system raportowania szpitali uzyskiwali dane dotyczące liczby łóżek w szpitalu ze specjalnego raportu w systemie AMMS o nazwie „Liczba łóżek w szpitalu”.

⁴⁷ Pismo Szpitala z 22 maja 2025 r., sygn. DN.091-3/2025, pismo Wojewody Kujawsko-Pomorskiego z 13 marca 2024 r., sygn. WBZK.III.6310.6.7.2024.TM.

⁴⁸ Okres od 26 maja br. do 1 czerwca br.

⁴⁹ § 40 ust. 4 Regulaminu organizacyjnego.

⁵⁰ § 6 ust. 1 pkt 2 lit. b Regulaminu organizacyjnego.

⁵¹ Dz. U. z 2024 r., poz. 798 ze zm.

Liczba przyjęć pacjentów SOR wynosiła 33 573 w 2023 r., 47 221 w 2024 r. oraz 15 830 w okresie od 1 stycznia do 30 kwietnia 2025 r. Pacjenci, którzy zostali przekazani na SOR przez zespoły ratownictwa medycznego stanowili 19,1% (6 414) wszystkich pacjentów SOR w 2023 r., 15% (7 089) w 2024 r. oraz 16,3% (2 586) w 2025 r. (do 30 kwietnia). W ww. okresie lotnicze pogotowie ratunkowe przekazało 16 pacjentów, w tym: 12 w 2023 r., trzech w 2024 r. oraz jednego w 2025 r. (do 30 kwietnia). W latach 2023-2025 (do 30 kwietnia) liczba pacjentów SOR, którzy zostali skierowani do podstawowej opieki zdrowotnej, wyniosła odpowiednio 189, 421 i 128.

W wyniku prowadzonej w SOR segregacji medycznej, pacjenci byli przydzielani do pięciu kategorii pilności oznaczonych kolorami: czerwonym (natychmiastowy kontakt z lekarzem) 191 w 2023 r., 188 w 2024 r., 70 w 2025 r. (do 30 kwietnia), pomarańczowym (czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 10 minut) 1 275 w 2023 r., 1 401 w 2024 r., 556 w 2025 r. (do 30 kwietnia), żółtym (czas oczekiwania do 60 minut) 16 654 w 2023 r., 23 053 w 2024 r., 8 259 w 2025 r. (do 30 kwietnia), zielonym (czas oczekiwania do 120 minut) 14 882 w 2023 r., 20 605 w 2024 r., 6 383 w 2025 r. (do 30 kwietnia) oraz niebieskim (czas oczekiwania do 240 minut) 571 w 2023 r., 1 974 w 2024 r., 562 w 2025 r. (do 30 kwietnia).

(akta kontroli str. 294-296, 661)

Na potrzeby kontroli NIK Szpital wygenerował dane z szpitalnego systemu informatycznego obejmujące informacje o etapach leczenia pacjentów przyjętych w SOR w okresie od 1 stycznia 2023 r. do 30 kwietnia 2025 r.

Analiza przedłożonych danych wskazała, że nie każdy z pacjentów, któremu przydzielono kategorię pilności „czerwony” lub „pomarańczowy” uzyskał kontakt z lekarzem odpowiednio: natychmiastowy lub do 10 minut. Na podstawie przedstawionych danych, ustalono że średni czas oczekiwania na kontakt z lekarzem, pacjentów którym przydzielono kategorię pilności „czerwony”, wynosił 8 minut i 19 sekund, mediana czasu wynosiła 4 minuty, a najdłuższy czas oczekiwania wyniósł 9 godzin i 36 minut. W stosunku do pacjentów, którym przydzielono kategorię pilności „pomarańczowy” średni czas oczekiwania na kontakt z lekarzem wynosił 34 minuty i 34 sekundy, mediana czasu wynosiła 7 minut, a najdłuższy czas oczekiwania wyniósł 1 162 godziny 53 minuty.

Dyrektor wyjaśnił, że użytkowany system informatyczny, nie posiada funkcjonalności umożliwiającej automatyczne rejestrowanie faktycznego momentu rozpoczęcia kontaktu lekarza z pacjentem. Z uwagi na brak wyznacznika określającego dokładny czas oczekiwania na kontakt z lekarzem, do obliczenia przyjęto pierwszy zarejestrowany w systemie AMMS znacznik czasu związany z wpisem dokonany w systemie przez użytkownika z grupy lekarzy w obszarze opieki danego pacjenta, co może powodować rozbieżności względem rzeczywistego czasu udzielenia świadczenia.

Ponadto analiza kategorii pilności wykazała, że:

- średni czas od momentu rejestracji pacjenta do momentu przeprowadzenia triage: 9 minut 11 sekund, mediana 6 minut, a najdłuższy czas oczekiwania 71 godzin 58 minut;
- średni czas od przeprowadzenia triage do przyjęcia pacjenta przez lekarza SOR/IP: 20 minut 41 sekund, mediana 9 minut, a najdłuższy czas oczekiwania 1 162 godziny 53 minuty;

- średni czas od przyjęcia pacjenta przez lekarza SOR/IP⁵² do zlecenia badań obrazowych TK: 57 minut 25 sekund, mediana 32 minuty, a najdłuższy czas oczekiwania 34 godziny 50 minut;
- średni czas od zlecenia do wykonania badań TK: 50 minut 6 sekund, mediana 24 minuty, a najdłuższy czas oczekiwania 4 477 godzin 30 minut;
- średni czas od wykonania badań do otrzymania wyników badań TK przez lekarza SOR/IP: 38 minut 5 sekund, mediana 25 minut, a najdłuższy czas oczekiwania 207 godzin 49 minut;
- średni czas od przyjęcia pacjenta przez lekarza SOR/IP do zlecenia badań laboratoryjnych: 41 minut 6 sekund, mediana 27 minut, a najdłuższy czas oczekiwania 69 godzin 31 minut;
- średni czas od zlecenia do wykonania badań laboratoryjnych: godzina 17 minut i 50 sekund, mediana 55 minut, a najdłuższy czas oczekiwania 11 537 godzin 55 minut;
- średni czas od wykonania badań laboratoryjnych do otrzymania wyników badań przez lekarza SOR/IP: 43 sekundy, mediana 0:00:00, a najdłuższy czas oczekiwania 103 godziny 47 minut;
- średni czas od przyjęcia pacjenta przez lekarza SOR/IP do wypisu z SOR/IP lub przekazania pacjenta na inny oddział: 2 godziny 44 minuty i 37 sekund, mediana 2 godziny 5 minut, a najdłuższy czas oczekiwania 2 220 godziny 43 minuty.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, m.in. że najwyższe odnotowane wartości przedstawionych parametrów wynikały najczęściej z błędnych danych wprowadzonych do systemu, w tym:

- czas oczekiwania na kontakt z lekarzem pacjenta w badanej populacji, którym przydzielono kategorię pilności „pomarańczowy” 1 162 godziny 53 minuty wynikał z błędu systemu. W sporządzonym zestawieniu poz. 30827 oraz 30829 dotyczyły tej samej pacjentki;
- czas od momentu rejestracji pacjenta do momentu przeprowadzenia triage wyniósł 71 godzin 58 minut wynikał z dwóch Kart Segregacji Medycznej wygenerowanych w różnych datach: 20.09.2024 r. – prawidłowa oraz 23.09.2024 r. błędna;
- czas od zlecenia do wykonania badań TK wyniósł 4 477 godzin 30 minuty wynikał z przetwarzania danych prawdopodobnie w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej. Pacjent był hospitalizowany w SOR 02.12.2024 r. 13:41 do 02.12.2024 r. 21:10 w trakcie pobytu wykonano TK głowy. Prawdopodobnie w trakcie transmisji w systemie PIXEL doszło do przełączenia zlecenia badania z dnia 30.05.2024 r.;
- czas od wykonania do otrzymania wyników badań TK przez lekarza SOR/IP 207 godzin 49 minut wynikał z błędnego czasu autoryzacji opisu w systemie;
- czas od zlecenia do wykonania badań laboratoryjnych wyniósł 11 537 godzin 55 minut – wynikał z przetworzenia danych w Centralnym Laboratorium Analitycznym, gdzie podpięto omyłkowo zaplanowane badania kreatyniny + GFR (M37) do hospitalizacji pacjenta w dniu 22.04.2025 r. z hospitalizacji w dniu 28.12.2023 r.;

⁵² Izba Przyjęć.

- czas od przyjęcia pacjenta przez lekarza SOR/IP do wypisu z SOR/IP lub przekazania pacjenta na inny oddział wyniósł 2 220 godziny 43 minuty - dnia 01.09.2024 r. pacjent pobrał bilet i opuścił SOR. Dnia 18.12.2024 r. lekarz dokonał wpisu w systemie „samowolne opuszczenie Izby”.

(akta kontroli str. 385, 387-388, 412-413, 665, 696-702, 705-706)

W okresie objętym kontrolą NIK na rzecz pacjentów SOR zostało wykonanych 17⁵³ badań gastrokopii w godzinach popołudniowych⁵⁴, natomiast w godzinach nocnych Szpital nie wykonywał badań, ponieważ – jak wskazał Dyrektor Szpitala – nie zaistniała taka potrzeba.

Badaniem NIK objęto 10 z 23 badań gastrokopii wykonanych na rzecz pacjentów SOR w latach 2023-2025 (do 30 kwietnia). Czas od momentu przyjęcia pacjenta w SOR do zlecenia wykonania badań wynosił od jednej minuty do 8 godzin i 8 minut. Średni czas oczekiwania na zlecenie wykonania badania gastrokopii wynosił 2 godziny 57 minut. Sześciu z 10 pacjentów zostało przyjętych w SOR w porze nocnej. W tym przypadku czas od momentu przyjęcia pacjenta w SOR do zlecenia wykonania badań wynosił od 2 godzin 37 minut do 8 godzin i 8 minut. Średni czas oczekiwania na zlecenie wykonania badania gastrokopii wynosił 4 godziny 48 minut. W analizowanych przypadkach średni czas oczekiwania pacjentów od momentu zlecenia badania do jego wykonania wyniósł 42 minuty 54 sekundy.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił m.in., że we wszystkich analizowanych przypadkach gastroscopia została zlecona na podstawie jednoznacznych wskazań medycznych i po indywidualnej ocenie stanu każdego pacjenta przez lekarza go zaopatrującego. Pacjenci, którzy trafili do SOR w godzinach dyżuru, nie wykazywali cech świeżego, aktywnego krwawienia z górnego odcinka przewodu pokarmowego, objawów niestabilności hemodynamicznej, czy też innej sytuacji, w której endoscopia musiałaby zostać wykonana natychmiast. Ponadto Dyrektor Szpitala wyjaśnił m.in., że z uwagi na brak przesłanek klinicznych wskazujących na konieczność wykonywania badań gastrokopowych w godzinach nocnych, w okresie objętym kontrolą, badania te nie były przeprowadzane w porze nocnej.

(akta kontroli str. 386, 399, 655-660)

Liczba pacjentów przewiezionych do SOR przez ZRM i hospitalizowanych w innych oddziałach w Szpitalu lub przetransportowanych do innego podmiotu leczniczego celem dalszego leczenia wynosiła 7 636 pacjentów (7,9 % wszystkich pacjentów).

(akta kontroli str. 295)

Analizą NIK objęto trzy przypadki⁵⁵ odmów przyjęcia pacjentów przez Szpital w 2025 r.⁵⁶, których przyczyny znalazły potwierdzenie w toku kontroli. Odmowy te zostały dokonane przez lekarza dyżurnego Oddziału Neurologicznego

⁵³ W 2023 wykonano 10 badań, w 2024 r. wykonano cztery badania, w 2025 r. (do 30 kwietnia) wykonano trzy badania.

⁵⁴ W godzinach od 12:00 do 18:00.

⁵⁵ KZW/25/P/0000349666, KZW/25/P/0000522509, KZW/25/P/0000620153.

⁵⁶ Okres od 1 stycznia 2025 r. do 30 kwietnia 2025 r.

i dotyczyły pacjentów z objawami udaru niedokrwiennego mózgu w tzw. oknie terapeutycznym⁵⁷.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił m.in., że Szpital nie dysponuje oddziałem udarowym, ani nie spełnia wymagań dla takiego oddziału, w związku z czym nie ma uprawnień do przeprowadzania trombolizy dożylniej lub mechanicznej trombektomii⁵⁸. Dyżurny neurolog podjął decyzję o niezwłocznym skierowaniu tych pacjentów do najbliższych podmiotów leczniczych dysponujących oddziałami udarowymi. W każdym z trzech analizowanych przypadków dyżurujący w Szpitalu lekarz neurolog przeprowadził bezpośrednie wywiady medyczne z pacjentami wykazującymi objawy udaru niedokrwiennego mózgu. Dokonał tego na etapie przekazywania pacjenta przez Zespół Ratownictwa Medycznego (ZRM). Neurolog skontaktował się z dyspozytorem medycznym, uzyskał zgodę na przekierowanie pacjenta, poinformował o tym kierownika ZRM, dzięki czemu pacjenci zostali przetransportowani do właściwych podmiotów realizujących leczenie trombolityczne. We wszystkich przypadkach transporty zostały zrealizowane przez ten sam ZRM, co pozwalało na skrócenie czasu dotarcia do właściwej jednostki.

(akta kontroli str. 383-385, 389-396, 597-608)

Na Szpital nie były nakładane kary umowne z tytułu nieprawidłowej realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie funkcjonowania SOR.

(akta kontroli str. 295)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

2. Wszystkie 97 objętych kontrolą kart segregacji medycznej, zostało zatwierdzonych w systemie informatycznym dokumentacji medycznej przez sekretarki⁵⁹ oraz położne⁶⁰, mimo że zgodnie z art. 33a ust. 1 ustawy PRM segregację medyczną przeprowadza pielęgniarka systemu, ratownik medyczny lub lekarz systemu.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił m.in., że nieprawidłowości dotyczące zatwierdzania kart segregacji medycznych przez położne i sekretarki medyczne wystąpiły na etapie wdrażania i poznawania obsługi systemu TOPSOR. Były one skutkiem omyłkowego przyjęcia przez personel, że działania, które podejmują w systemie stanowią zapis danych, podczas gdy w rzeczywistości było to formalne zatwierdzenie kart segregacji medycznych w systemie. Niezwłocznie po stwierdzeniu nieprawidłowości zweryfikowano i uaktualniono uprawnienia

⁵⁷ Okno terapeutyczne to maksymalny, ściśle określony przedział czasu od wystąpienia pierwszych objawów udaru do chwili rozpoczęcia swoistego leczenia (trombolizy dożylniej lub mechanicznej trombektomii). Zgodnie z aktualnymi wytycznymi skuteczną trombolizę dożylną można przeprowadzić do 4 godzin od początku wystąpienia objawów. Po upływie tej granicy ryzyko ciężkich powikłań przewyższa korzyści, dlatego tak kluczowe jest niezwłoczne przekazanie pacjenta do podmiotu leczniczego, realizującego takie leczenie, mieszczącego się w tym „oknie”.

⁵⁸ Wymagania do przeprowadzania tych procedur określone są w załączniku nr 4 pkt 2 i 67 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2023 r. poz. 870, ze zm.).

⁵⁹ 6 sekretarek.

⁶⁰ 9 położnych.

w systemie TOPSOR. Możliwość akceptacji kart segregacji medycznych przez ratowników medycznych, pielęgniarki systemu oraz lekarzy systemu została zweryfikowana.

(akta kontroli str. 383, 411)

2. Działaniem nierzetelnym było przesłanie do wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego dwóch⁶¹ z siedmiu pierwszych dobowych raportów o dostępności wolnych miejsc na oddziałach, po godzinach wskazanych w piśmie Wojewody Kujawsko-Pomorskiego z dnia 13 marca 2024 r., WBZK.III.6310.6.7.2024.TM.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił m.in., że obsługą aplikacji JAŚMIN w SOR zajmują się sekretarki medyczne. W ramach jednej zmiany wykonują one równocześnie szereg zadań związanych z przyjęciem pacjentów do SOR lub przeniesieniem pacjentów do innych oddziałów. W wymienionym okresie nałożenie się tych obowiązków z dużym napływem pacjentów spowodowało odstępstwa od godzin raportowania, choć dane w systemie JAŚMIN były uzupełniane natychmiast po zakończeniu najpilniejszych czynności. Celem zminimalizowania opóźnień, sekretarkom medycznym został przypomniany obowiązek dotyczący przekazywania raportów o dostępnych miejscach na oddziałach w aplikacji JASMIN.

(akta kontroli str. 294, 351-356, 412, 666-695)

2. Okres nieprzerwanego odpoczynku przysługującego w danym tygodniu u trzech pielęgniarek – w lutym 2025 r. (dwa przypadki), w styczniu i lutym 2025 r. (jeden przypadek) i dwóch ratowników medycznych (po jednym przypadku w styczniu 2024 r. i lutym 2024 r.), zatrudnionych na umowę o pracę, wynosił od 24 godzin do 31 godzin, co było niezgodne z art. 97 ust. 3 udl, który stanowi, że pracownikowi przysługuje w każdym tygodniu prawo do co najmniej 35 godzin nieprzerwanego odpoczynku.

(akta kontroli str. 492-596)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił m.in., że m.in., że ustawowy okres odpoczynku pomiędzy kolejnymi okresami świadczenia pracy u osób zatrudnionych na umowę o pracę nie został zachowany z uwagi na konieczność zachowania ciągłości udzielanych świadczeń medycznych pacjentom, tj. zapewnienia nieprzerwanej opieki medycznej pacjentom w sytuacji występujących w Szpitalu niedoborów kadrowych w grupie zawodów medycznych.

(akta kontroli str. 399-400)

3. Pięciu z 10 lekarzy, których harmonogramy pracy były objęte analizą NIK w dwóch pierwszych okresach rozliczeniowych, które przypadły w 2024 r. i w 2025 r. (zatrudnionych na umowę o pracę i na podstawie umów cywilnoprawnych), w łącznie 20 przypadkach, udzielało świadczeń nieprzerwanie przez okres dłuższy niż 24 godziny, tj. od 31 godzin 10 minut do 55 godzin 30 minut. Z 20 przypadków jeden przypadek (5 %) stanowił udzielanie świadczeń nieprzerwanie przez okres dłuższy niż 48 godzin. Takie sytuacje

⁶¹ W dniu 27 maja 2025r. o godzinie 9:22, w dniu 30 maja 2025 r. o godz. 9:44.

świadczą o nierzetelnej organizacji pracy lekarzy udzielających świadczeń zdrowotnych.

Przykładowo, lekarz pracował:

- od 18.01.2025 r. od godz. 7:30 do 19.01.2025 r. do godz. 7:30;
- od 19.01.2025 r. od godz. 7:30 do 20.01.2025 r. do godz. 7:30;
- od 20.01.2025 r. od godz. 7:30 do 20.01.2025 r. do godz. 15:00.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił m.in., że ustawowy okres odpoczynku pomiędzy kolejnymi okresami świadczenia pracy u osób zatrudnionych na umowę o pracę oraz u osób udzielających świadczeń na podstawie innej niż umowa o pracę nie został zachowany z uwagi na konieczność zachowania ciągłości udzielanych świadczeń medycznych pacjentom, tj. zapewnienia nieprzerwanej opieki medycznej pacjentom w sytuacji występujących w Szpitalu niedoborów kadrowych w grupie zawodów medycznych.

(akta kontroli str. 399-407, 492-596)

NIK zwraca uwagę na konieczność wykonywania pracy, bez względu na podstawę jej nawiązania, w sposób zapewniający zarówno bezpieczeństwo pacjentów, jak i osób ją świadczących, a wykonywanie pracy w wymiarze przekraczającym 24 godziny, może powodować wzrost ryzyka braku należytego udzielania świadczeń.

OCENA CZĄSTKOWA

W prowadzonej w SOR segregacji medycznej stosowano pięciostopniową skalę oceny stanu zdrowia pacjenta pod względem pilności udzielania świadczeń. Do prowadzenia segregacji medycznej Szpital wykorzystywał system TOPSOR. Segregacją pacjentów zajmowały się pielęgniarki systemu i ratownicy medyczni, ujawniono jednak przypadki zatwierdzania w systemie TOPSOR kart segregacji pacjentów przez osoby nieuprawnione. Szpital właściwie zorganizował dostęp do wymaganego zakresu badań, w tym diagnostycznych i endoskopowych, a osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego uzyskały pomoc medyczną. Szpital przekazywał wojewódzkiemu koordynatorowi ratownictwa medycznego raporty trzykrotnie w ciągu doby, jednak wystąpiły odstępstwa od godzin raportowania, przez co informacje o dostępnych wolnych miejscach na oddziałach były nierzetelne. Pomimo braków kadrowych, w Szpitalu zapewniono obsadę wykwalifikowanego personelu medycznego na stałe przebywającego w SOR. Stwierdzono jednakże nadmierne obciążenie pracą lekarzy i pozostałego personelu.

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. Podjęcie działań mających na celu oddzielenie wejścia dla pieszych na Oddział od trasy podjazdu specjalistycznych środków transportu sanitarnego.

2. Terminowe wpisywanie do systemu SEZOZ wyrobów medycznych wykorzystywanych do udzielania świadczeń zdrowotnych.
3. Zapewnienie zatwierdzania kart segregacji medycznej w systemie teleinformatycznym dokumentacji medycznej przez osoby do tego uprawnione.
4. Wdrożenie mechanizmów terminowego raportowania wojewódzkiemu koordynatorowi o dostępnych wolnych miejscach na oddziałach Szpitala.
5. Planowanie harmonogramów zakładających świadczenie pracy przez personel medyczny w sposób ciągły w wymiarze nieprzekraczającym 24 godzin.
6. Zapewnienie personelowi medycznemu, zatrudnionemu na podstawie umowy o pracę, odpoczynku w prawidłowym wymiarze.

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 jednostki organizacyjnej NIK. 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.

Kontrolerzy

(-) Hanna Loch

Specjalista k.p.

(-) Krzysztof Drzewiczak

Inspektor k.p.

Dyrektor

Delegatura Najwyższej Izby Kontroli
w Bydgoszczy

z up. (-) Adam Kończak

p.o. Wicedyrektor