



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Krakowie

LKR- 4101-002-02/2014

P/14/085

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

(tekst jednolity)

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/14/085 – Zapewnienie medycznych działań ratowniczych w województwie małopolskim
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Krakowie
Kontrolerzy	1. Małgorzata Korusiewicz, gł. specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 88031 z 17 stycznia 2014 r. 2. Paweł Lipowski, st. inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 88032 z 17 stycznia 2014 r. <p style="text-align: right;">(dowód: akta kontroli str.1-4)</p>
Jednostka kontrolowana	Małopolski Urząd Wojewódzki, ul. Basztowa 22, 31-156 Kraków (MUW)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Jerzy Miller, Wojewoda Małopolski (Wojewoda)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena¹

System Państwowego Ratownictwa Medycznego² w Małopolsce, w okresie objętym kontrolą obejmującym lata 2011-2014 (do dnia 30 maja), działał efektywnie i skutecznie, zapewniając niesienie pomocy osobom w stanie zagrożenia życia i zdrowia.

NIK ocenia pozytywnie działania Wojewody Małopolskiego, dzięki którym zapewnione zostały warunki udzielania pomocy mieszkańcom Województwa przez wykwalifikowany personel medyczny, w możliwie jak najkrótszym czasie.

Podstawą funkcjonowania systemu PRM był *Wojewódzki plan działania systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego dla Województwa Małopolskiego (Plan)*, który spełniał wszystkie warunki określone w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym³. Plan został opracowany przez Wojewodę po uzyskaniu opinii i niezbędnych konsultacjach oraz zatwierdzony przez Ministra Zdrowia. Zauważyć przy tym należy, że część danych statystycznych nie była aktualizowana w kolejnych wersjach Planu, wprowadzonych w latach 2011-2014, nie były to jednak dane istotne dla bieżącego funkcjonowania systemu PRM i nie miały wpływu na ustalenie rejonów operacyjnych i rozmieszczenia Zespołów Ratownictwa Medycznego⁴.

Pozytywnie należy ocenić utworzenie dwóch skoncentrowanych dyspozytoriów medycznych, co pozwoliło na centralizację zarządzania rozumianą jako dysponowanie zespołami będącymi najbliżej miejsca zdarzenia. Takie rozwiązanie znacznie ułatwiało szybkie udzielenie pomocy i sprawną koordynację działań ratunkowych w przypadku zdarzeń masowych, a także sprzyjało pełnemu wykorzystaniu zasobów systemu. Na

¹ Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna. Jeżeli sformułowanie oceny ogólnej według proponowanej skali byłoby nadmiernie utrudnione, albo taka ocena nie dawałaby prawdziwego obrazu funkcjonowania kontrolowanej jednostki w zakresie objętym kontrolą, stosuje się ocenę opisową, bądź uzupełnia ocenę ogólną o dodatkowe objaśnienie.

² Dalej: *system PRM*.

³ Dz. U. z 2013 r. poz. 757 ze zm., dalej: *ustawa o PRM*.

⁴ Jednostka systemu PRM podejmująca czynności ratunkowe w warunkach pozaszpitalnych spełniająca wymagania określone w ustawie o PRM tj. m.in. w skład której wchodzi osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych mające do dyspozycji specjalistyczny środek transportu sanitarnego (ambulans); dalej: *ZRM*.

uwagę zasługuje ponadto, że skoncentrowanie stanowisk dyspozytorskich w dwóch dyspozytorniach (w Krakowie i w Tarnowie), pozwoliło na wykorzystanie zaoszczędzonych środków na zakontraktowanie dodatkowych siedmiu ambulansów. Utworzenie jednej dyspozytorni medycznej, umożliwiające dalszą poprawę jakości i efektywności funkcjonowania systemu PRM, nie doszło do skutku przede wszystkim ze względu na odmienne stanowisko przedstawicieli jednostek samorządu terytorialnego Małopolski.

Jako podmiot organizujący i koordynujący działanie tego systemu w Małopolsce, Wojewoda kierował wnioski, do Ministra Zdrowia, w sprawie zwiększenia środków na zabezpieczenie funkcjonowania systemu PRM, w tym na zakontraktowanie dodatkowych ZRM na podległym mu terenie. Wobec braku pozytywnych decyzji działania Wojewody koncentrowały się na optymalnym rozmieszczeniu posiadanych ZRM. Rozlokowanie miejsc stacjonowania zespołów było poprzedzone szczegółowymi analizami oraz konsultowane z właściwymi podmiotami.

Dzięki wprowadzonym rozwiązaniom informatycznym możliwy był bieżący dostęp do informacji o wszystkich ZRM, w tym o każdym przekroczeniu ustawowego czasu dojazdu na miejsce zdarzenia oraz ujednoczenie standardów współpracy dyspozytorni z zespołami.

NIK ocenia, że w kontrolowanym okresie Wojewoda prawidłowo wywiązywał się z obowiązków nadzoru i kontroli świadczeniodawców działających w systemie PRM na terenie Małopolski. Prowadzone były kontrole wykorzystania środków publicznych, a także spełniania warunków udzielania świadczeń, w wyniku których kierowano zalecenia dotyczące usunięcia ujawnionych nieprawidłowości. Ponadto podejmowane były postępowania wyjaśniające w związku ze zgłaszanymi skargami dotyczącymi problemów z funkcjonowaniem systemu PRM.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Działania dotyczące organizacji ratownictwa medycznego

Opis stanu
faktycznego

W latach 2011-2014 (do 30 maja) zadania Wojewody w zakresie organizacji ratownictwa medycznego należały do właściwości: Wydziału Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego (z Wojewódzkim Centrum Zarządzania Kryzysowego), Wydziału Polityki Społecznej oraz Biura Informatyki (w ramach, którego działało Wojewódzkie Centrum Powiadamiania Ratunkowego)⁵.

1.1. Sporządzanie Wojewódzkiego Planu Działania Systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego

System PRM na terenie Małopolski działał na podstawie sporządzonego przez Wojewodę Małopolskiego *Wojewódzkiego planu działania systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego dla Województwa Małopolskiego (Planu)*, który zawierał charakterystykę potencjalnych zagrożeń dla zdrowia i życia oraz informacje o liczbie i rozmieszczeniu jednostek systemu PRM oraz jednostek współpracujących z tym systemem.

Plan został zatwierdzony przez Ministra Zdrowia z mocą obowiązującą od 1 lipca 2011 r.⁶. W kolejnych latach dokonywano jego aktualizacji w drodze aneksów.

W stosunku do wcześniejszych regulacji, opracowany w 2011 r. Plan zakładał przesunięcia dotychczasowych miejsc stacjonowania ZRM i zmiany ich statusów (ze specjalistycznych⁷ na podstawowe⁸). Przesunięcia dotyczyły czterech ZRM P i jednego

⁵ Zarządzenie Nr 255/10 Wojewody Małopolskiego z dnia 29 czerwca 2010 r. ze zm.

⁶ Plan na okres wcześniejszy, tj. lata 2009-2011 Minister Zdrowia zatwierdził 25 czerwca 2008 r.

⁷ Dalej: ZRM S.

⁸ Dalej: ZRM P.

ZRM S, a zmiany statusów – po jednym przypadku: z ZRM S na ZRM P, ZRM S na 1,5 ZRM P i ZRM S na dwa ZRM P. Przewidziano także utworzenie dwóch skoncentrowanych dyspozytorni medycznych⁹ (przy zachowaniu dotychczasowej liczby 20 rejonów operacyjnych¹⁰).

(dowód: akta kontroli str.196, 402-449)

Przedkładając Ministrowi Zdrowia aneksy do Planu, Wojewoda wskazywał m.in. na:

- niezachowanie mediany czasu dotarcia na miejsce zdarzenia w miastach powyżej 10 tysięcy mieszkańców, jak i poza takimi miastami;
- przekraczanie maksymalnego czasu dotarcia w miastach powyżej 10 tysięcy mieszkańców, jak i poza takimi miastami;
- przekraczanie trzeciego kwartyla czasu dotarcia w miastach powyżej 10 tysięcy mieszkańców i poza takimi miastami;
- średnią liczbę interwencji w miesiącu w obszarze działania, w którym proponowane było uruchomienie dodatkowego ZRM.

(dowód: akta kontroli str. 196)

W Aneksie Nr 4 (z 20 listopada 2013 r.) wskazano m.in., że istotnym elementem poprawy działania systemu PRM w Małopolsce byłoby zwiększenie ilości funkcjonujących ZRM. Według Wojewody prowadzone analizy wskazywały, iż zmiany miejsc stacjonowania, czy zmiany obszarów działania ZRM, nie będą mogły zlikwidować wszystkich problemów w efektywnej i bezpiecznej realizacji przez nie usług medycznych. Wojewoda wskazał także na długotrwałe oczekiwanie na przekazanie pacjenta do szpitalnego oddziału ratunkowego¹¹, co prowadziło do czasowego ograniczenia funkcjonowania danego ZRM. W konsekwencji powodowało to konieczność dysponowania ZRM z sąsiednich rejonów operacyjnych, zwiększając bezpieczeństwo i jednocześnie elastyczność systemu, a przy tym wpływając na pogorszenie statystyk w zakresie parametrów czasu dotarcia na miejsce zdarzenia.

(dowód: akta kontroli str. 196, 211)

Zdaniem Ministra Zdrowia¹² analiza liczby interwencji nie potwierdziła potrzeby uruchamiania kolejnych ZRM. Ponadto konieczne musiało być spełnienie warunku, aby koszt funkcjonowania dodatkowych ZRM pokryty został ze środków przekazanych na działalność wszystkich ZRM (w Województwie). Dodatkowo, w korespondencji Minister powoływał się na definiowane przez niego wskaźniki, jak:

- liczba wszystkich wyjazdów przypadających na jeden ZRM na dobę (średnia krajowa wynosiła w 2011 r. 5,66, a w 2013 r. 5,49 i była mniejsza w powiatach: wielickim i myślenickim, a wyższa w powiatach: krakowskim, nowosądeckim i tarnowskim);
- liczbę wyjazdów do stanów nagłego zagrożenia zdrowotnego przypadających na jeden ZRM na dobę w miejscu stacjonowania (średnia krajowa wynosiła – odpowiednio: 4,54 w 2011 r., a 4,43 w 2013 r. i była mniejsza w powiatach: krakowskim, wielickim i myślenickim, a wyższa w powiatach: nowosądeckim i tarnowskim).

Minister Zdrowia wskazywał również na nierównomierne obciążenie pracą funkcjonujących zespołów (tzn. ilość godzin interwencji ZRM na dobę: od 1,4 w powiecie olkuskim do 5,84 w powiecie tarnowskim).

W odpowiedzi Wojewoda Małopolski zwrócił uwagę, że ZRM funkcjonują w ramach rejonów operacyjnych, w skład których wchodzi obszary działania określone w sposób zapewniający realizację ustawowych parametrów czasu dotarcia na miejsce zdarzenia. Dane obrazujące liczbę wszystkich wyjazdów przypadających na jeden ZRM przedstawione w piśmie Ministra prezentowały natomiast liczbę tych wyjazdów według powiatów, co powodowało znaczne uproszczenie tej analizy. Rejony operacyjne w Małopolsce zostały skonstruowane w ten sposób, aby parametry czasu dotarcia ze

⁹ Dalej: *SDM* lub *Dyspozytornia*.

¹⁰ Zgodnie z Planem m.in. od 1 lipca 2011 r. nastąpiło połączenie dwóch rejonów operacyjnych na terenie Miasta Krakowa (obsługiwanych wcześniej odrębnie przez: Krakowskie Pogotowie Ratunkowe oraz Szpital Specjalistyczny im. S. Żeromskiego).

¹¹ Dalej: *SOR*.

¹² Pismo z 5 lipca 2013 r.

wszystkich miejsc w województwie, były jak najkorzystniejsze i najbliższe tym wskazanym w przepisach prawa. Ponadto liczba interwencji w danym powiecie składa się z liczby wyjazdów do stanów nagłego zagrożenia zdrowotnego oraz liczby wyjazdów do stanów niezwiązanych ze stanem takiego zagrożenia, co w sumie daje pełny obraz liczby interwencji zrealizowanych przez dany ZRM.

(dowód: akta kontroli str. 196, 213-225)

Pismem z 5 grudnia 2013 r. Wojewoda Małopolski, po przedłożeniu Aneksu Nr 5 poinformował, że środki na uruchomienie dodatkowych (czterech) ZRM pochodzą z oszczędności wynikających z utworzenia dwóch Dyspozytorni.

(dowód: akta kontroli str. 196)

W 2014 r. (do dnia zakończenia kontroli) wprowadzono dwa aneksy do Planu (Nr 6 i Nr 7)¹³. Aneks Nr 6 dotyczył zmian wprowadzanych od 1 kwietnia 2014 r. odnoszących się do sposobu działania ZRM w 16 powiatach Małopolski (w tym w Krakowie)¹⁴. Zakładał on m.in.:

- przekwalifikowanie ZRM S na ZRM P (sześć zespołów, w tym pięć na terenie Krakowa) oraz dodatkowo ZRM S na 0,5 ZRM P i 0,5 ZRM S (w Mszanie Dolnej);
- zmiany miejsc stacjonowania ZRM P (także czasowych: 0,5 i 0,12) i ZRM S – w siedmiu przypadkach;
- uruchomienie dodatkowego ZRM P, dodatkowych 0,5 ZRM P (ogółem jedenaście przypadków) i jednego 0,5 ZRM S;
- likwidację ZRM P (dwa przypadki) oraz 0,5 ZRM P (trzy przypadki), a także 0,5 ZRM S (w Andrychowie);
- zmiany obszarów działania i rejonów operacyjnych ZRM: ZRM P i ZRM S w Skawinie, ZRM S w Rabce Zdroju, ZRM-ów P: w Pcimiu i Dobczycach.

Zmiany w organizacji systemu PRM na terenie Województwa dotyczyły 15 rejonów operacyjnych ZRM. Zaplanowano również utworzenie na terenie województwa dwóch rejonów operacyjnych: krakowskiego i karpackiego.

Minister Zdrowia akceptując te zmiany zastrzegł, że:

- koszt dodatkowych zespołów ma być pokryty ze środków budżetu państwa na 2014 r.;
- zmiana miejsc stacjonowania i rejonów operacyjnych nie może powodować konieczności uruchomienia w województwie w 2015 r. dodatkowych ZRM.

(dowód: akta kontroli str. 68, 181-193, 196, 212-225)

Dyrektor Wydziału Polityki Społecznej Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego¹⁵ wyjaśniła, że potrzeby przekształceń w działaniu systemu PRM, znajdujące wyraz w zmianach Planów, wynikały z przeprowadzonej diagnozy problemów, zgłaszanych przez samorządy terytorialne lub uwidocznionych na podstawie własnych analiz danych statystycznych.

Uzasadnieniem zmian wprowadzonych w 2012 r. było m.in. zwiększone zapotrzebowanie na świadczenia medyczne przedszpitalne w sezonie turystycznym na terenie powiatu tatrzańskiego, okresowo zwiększona liczba interwencji ZRM oraz „UEFA EURO 2012”. W 2013 r. zmiany takie powodowane były m.in. zwiększoną liczbą interwencji ZRM (w całym roku lub okresowo), a w 2014 r. rozmieszczeniem ZRM. Zmiany miały spowodować zwiększenie elastyczności w zarządzaniu interwencjami, wzmocnienie i zwiększenie efektywności zabezpieczenia danego obszaru, ograniczeniem lub wyeliminowaniem wyjazdów przekraczających maksymalny czas dotarcia (mediana czasu dotarcia, trzeci kwartyl czasu dotarcia, maksymalny czas dotarcia), także realizowanych poza własny obszar działania.

(dowód: akta kontroli str. 68-100)

Uzasadniając powyższe zmiany w Planie wskazano także na:

- brak negatywnych skutków zmian na dotychczasowy poziom zabezpieczenia;
- pozytywny wpływ na parametry czasowe w danym terenie przez wsparcie dla funkcjonujących ZRM;

¹³ Aneks Nr 7 zawierał korektę błędów technicznych (dotyczących kodów ZRM i kodów systemu „TERTY”).

¹⁴ W skład Województwa wchodzi 19 powiatów oraz 182 gminy (w tym 3 miasta na prawach powiatu: Kraków, Tarnów i Nowy Sącz).

¹⁵ Dalej: WPS MUW.

- zwiększenie zabezpieczenia populacji poprzez wsparcie funkcjonujących już ZRM.

Od II kwartału 2013 r. dane do dokonywania zmian w Planie WPS MUW pozyskiwał z modułu statystycznego oprogramowania *System Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego (SWD)* stosowanego przez Dyspozytornie i ZRM. Oprogramowanie to wspiera pracę dyspozytora i ZRM z wykorzystaniem narzędzi monitoringu satelitarnego GPS i modułu Systemu Informacji Geograficznej. System ten umożliwia zarządzanie i monitoring satelitarny wraz z przekazywaniem, wymianą i gromadzeniem informacji między jednostkami systemu PRM, zapewniając bieżący dostęp do informacji o działaniach wszystkich ZRM rozlokowanych na terenie Województwa.

Dyrektor WPS MUW wyjaśniła, że – podejmując decyzje o wprowadzeniu zmian w Planie – analizowano m.in. dane dotyczące: ukształtowania terenu z przebiegiem dróg i nasileniem ruchu, gęstości zaludnienia w rejonach operacyjnych oraz nasilenie ruchu turystycznego, warunki pogodowe, warunki drogowe (np. długotrwałe zmiany organizacji ruchu) oraz zdarzenia nieprzewidywalne (np. wypadek ambulansu). Określając liczbę ZRM S brano pod uwagę ilość interwencji takich zespołów w ujęciu ogólnym i dobowym, ich dotychczasowe rozmieszczenie i zaludnienie obszarów działania. Dodatkowo badano liczbę wyjazdów w kontekście wystąpienia objawów stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego, wychodząc z założenia, że ZRM S ma być wykorzystywany w sytuacjach wyjątkowo skomplikowanych pod względem medycznym.

(dowód: akta kontroli str. 68-100)

Wprowadzając w latach 2011-2014 kolejne wersje Planu (aktualizacje odnoszące się w szczególności do rejonów operacyjnych oraz rozmieszczenia i funkcjonowania na obszarze Województwa ZRM) MUW opierał się na danych statystycznych z 2011 r.¹⁶

Dyrektor Wydziału Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego MUW¹⁷ wyjaśnił, że na początku 2014 r. opracowano projekt Planu uwzględniający aktualne dane statystyczne oraz wszystkie wcześniejsze doraźne aktualizacje, który ma być przekazany Ministrowi Zdrowia.

(dowód: akta kontroli str. 196, 213-225, 233-279)

1.1.1. Konsultacje i uzgodnienia założeń Planu

Opis stanu faktycznego

W 2013 r. MUW prowadził konsultacje projektów aktualizacji Planu. Kolejne projekty aktualizacji Planu umieszczano także na stronie internetowej MUW. Ostatnie takie konsultacje, w trybie art. 21 ust. 7 ustawy o PRM, rozpoczęły się w grudniu 2013 r.

Przedstawiciele jednostek samorządu terytorialnego z terenu Województwa:

- zgłaszali uwagi wnosząc o zmiany miejsc stacjonowania ZRM (Starosta Tatrzański, Zarząd Powiatu w Bochni);
- wnioskowali o pozostawienie ZRM w danej lokalizacji (np. Rada Miejska w Szczawnicy – nieprzenoszenie ZRM S do Krościenka n/Dunajcem);
- wnioskowali o niedokonywanie zmian w statusie ZRM (Lipnica Murowana: w sprawie zmiany ZRM S na ZRM P w Muchówce);
- wyrazili opinię pozytywną (Starosta Oświęcimski, Zarząd Powiatu Gorlickiego, Starosta Proszowicki, Starosta Myślenicki: opinia z uwagą o pozostawienie funkcjonowania 0,5 ZRM P w Myślenicach we wszystkie dni tygodnia, przez całą dobę)¹⁸;

¹⁶ Prezentowanych w załącznikach do Planu i związanych m.in.: z działalnością jednostek systemu PRM.

¹⁷ Dalej: *WBiZK MUW*.

¹⁸ Takie stanowisko wyrażali w przypadku wcześniejszych zmian Planu (w listopadzie 2013 r.): Starostwo w Bochni, Zarząd Powiatu w Gorlicach, Starosta Myślenicki, Starosta Nowosądecki, Zarząd Powiatu w Tarnowie, Urząd Miasta Tarnowa i Starosta Wielicki.

- wyrażali opinię negatywną (Wójt Gminy Drwinia i Rada Gminy Drwinia, Rada Społeczna Szpitala w Bochni i przedstawiciele samorządów terytorialnych powiatu bocheńskiego)¹⁹.

Wojewoda odniósł się do każdego z wniosków. W pismach m.in. do Starosty Bocheńskiego i do Wójta Gminy Drwinia wskazał na niskie wykorzystanie ZRM, przekroczenie czasów dotarcia ZRM w innych rejonach obszaru bocheńskiego, zwiększenie elastyczności w zarządzaniu interwencjami ZRM, wzmocnienie i zwiększenie efektywności zabezpieczenia (danego) obszaru, zwiększenie zachowania „parametrów”.

Uwagi dotyczyły też propozycji utworzenia przez Wojewodę jednego rejonu operacyjnego. Na przykład Starostowie: Nowotarski, Tatrzański, Suski, Limanowski i Myślenicki zwrócili się w sprawie utworzenia rejonu operacyjnego obejmującego te powiaty (wskazywano m.in., że za takim rozwiązaniem przemawia położenie ich terenów wzdłuż dróg krajowych nr: 7 i 47 oraz istniejąca współpraca szpitali działających w tych powiatach). Zarząd Powiatu Tarnowskiego zaopiniował negatywnie utworzenie jednego rejonu operacyjnego (co miało uniemożliwić złożenie oferty przez Powiatową Stację Pogotowia Ratunkowego w Tarnowie), wskazując na konieczność utworzenia dwóch rejonów – w oparciu o działające Dyspozytornie (w pozostałym zakresie Planu wyrażając opinię pozytywną). Zarząd Powiatu Nowosądeckiego wyraził sprzeciw, wnioskując o utworzenie odrębnego rejonu operacyjnego obejmującego powiat i miasto Nowy Sącz (oraz m.in. negatywnie opiniując likwidację 0,5 ZRM S w Krynicy), podobnie stanowisko wyraził również Prezydent Nowego Sącza (pismo z 24 stycznia 2013 r.), wskazując m.in. na planowaną centralizację ratownictwa medycznego, niezgodną z zasadą decentralizacji usług publicznych oraz możliwą komercjalizację ratownictwa medycznego.

Ogółem w ramach prowadzonych konsultacji pięć powiatów (brzeski, dąbrowski, wielicki, olkuski, oświęcimski) nie wniosło uwag do zmian proponowanych w Planie. Pozostałe powiaty zgłaszały propozycje dotyczące:

- zamiany statusu ZRM (S na P);
- uruchomienia dodatkowych ZRM;
- likwidacji ZRM (0,5 ZRM P i S w nocy);
- korekty miejsc stacjonowania ZRM (przeniesienia) i rejonów operacyjnych ZRM;
- utworzenia rejonu obejmującego powiaty: limanowski, myślenicki, tatrzański, nowotarski i suski lub rejonu nowosądeckiego (Nowy Sącz i powiat nowosądecki) lub tarnowskiego (tarnowski, brzeski, dąbrowski i gorlicki).

Odnosząc się do tych stanowisk Wojewoda wskazał m.in., że zmiany w zakresie obszarów działania i rejonów operacyjnych podyktowane były wynikami analizy działań dyspozytorów, a zmniejszenie liczby rejonów operacyjnych miało wpłynąć na zwiększenie efektywności i zarazem elastyczności w zarządzaniu ZRM oraz skróceniem czasu reakcji na zgłoszenie.

Efektom spotkania ze starostami powiatów Małopolski (15 stycznia 2014 r.) były propozycje powołania trzech rejonów operacyjnych (karpackiego, krakowskiego i tarnowskiego) lub dwóch rejonów operacyjnych: karpackiego i krakowskiego. Propozycje te podlegały dalszym konsultacjom w wyniku, których 16 stycznia 2014 r. Zarząd Powiatu Tarnowskiego wypowiedział się za przyłączeniem tego powiatu do krakowskiego rejonu operacyjnego, a Zarząd Powiatu Brzeskiego wskazał na jego przynależność do rejonu tarnowskiego lub krakowskiego.

Stanowisko starostów argumentowano m.in. obniżeniem skuteczności pomocy medycznej i bezpieczeństwa mieszkańców, ograniczeniem w dostępności do świadczeń, „obsługą”

¹⁹ W listopadzie 2013 r. negatywną opinię dla zmiany miejsca stacjonowania ZRM P (z Zakopanego na Bukowinę Tatrzańską) wyraził Starosta Zakopiański i dyrektor Szpitala w tym mieście. Także wówczas zgłaszano uwagi dotyczące: uruchomienia dodatkowych ZRM (w Jodłowniku – zgłoszony przez Starostę Limanowskiego oraz w Krempachach, jako ZRM całorocznego czasowego – Starosta Nowotarski); zwiększenia wymiaru czasu gotowości ZRM P (w Brzeszczach – Starosta Oświęcimski i dyrektor Szpitala w tym mieście); przywrócenia ZRM (w Krzeszowicach – Marszałek Województwa); przekwalifikowania ZRM P na ZRM S (w Jablonce – Starosta Nowotarski i dyrektor Szpitala w tym mieście).

dróg krajowych, topografią terenu, modernizacjami lokali w miejscach stacjonowania ZRM, ruchem turystycznym, rozległym obszarem działania ZRM.

(dowód: akta kontroli str. 196, 233-279)

Plan uzgadniano również z jednostkami współpracującymi z systemem, o których mowa w art. 15 ustawy o PRM.

W październiku 2013 r. Wojewoda opracował projekt nowych zasad współpracy jednostek systemu z jednostkami współpracującymi z systemem, który z powodu uwag Małopolskiego Komendanta Wojewódzkiego PSP w zakresie m.in. stosowanej terminologii oraz zasad komunikacji służb ratowniczych nie został jednak przekazany do zatwierdzenia Ministrowi Zdrowia. Wobec powyższego współpraca ta opisana jest w dotychczas obowiązujących *Zasadach współpracy* z sierpnia 2013 r.

(dowód: akta kontroli str. 286-287, 323)

1.2. Ustalenie rejonów operacyjnych ZRM

Opis stanu faktycznego

W 2011 r. na terenie województwa funkcjonowało 20 rejonów operacyjnych, w których działały dyspozytornie medyczne (31 stanowisk dyspozytorskich).

Z dniem 1 kwietnia 2014 r. teren Małopolski podzielono na dwa rejony operacyjne (96 obszarów i 90 miejsc stacjonowania ZRM):

- krakowski obejmujący powiaty: krakowski (z Krakowem), chrzanowski, miechowski, proszowicki, wadowicki, olkuski, wielicki, oświęcimski, bocheński, brzeski, dąbrowski, tarnowski (z Tarnowem); w którym wyodrębniono 59 obszary działania ZRM (zmiany dotyczyły 24 obszarów) i 56 miejsc stacjonowania takich zespołów (miejscowości);
- karpaccy obejmujących powiaty: nowosądecki (z Nowym Sączem), suski, gorlicki, limanowski, tatrzański, myślenicki, nowotarski; w którym wyodrębniono 37 obszarów działania ZRM (zmiany dotyczyły 15 obszarów) i 34 miejsca stacjonowania.

Na koniec 2012 r. wyodrębniono 19 stanowisk dyspozytorów medycznych w pięciu dyspozytorniach, natomiast na koniec 2013 r. liczba tych stanowisk w dwóch Dyspozytorniach wynosiła 17 (liczba ta miała być zachowana po 1 kwietnia 2014 r.).

(dowód: akta kontroli str. 196)

Jak wyjaśniła dyrektor WPS MUW dokonanie podziału województwa w Planie na dwa rejony operacyjne było elementem poprawy sprawności i szybkości działania systemu PRM. Uznano, że granice rejonów operacyjnych nie mają praktycznego znaczenia dla funkcjonowania ZRM, gdyż dysponowany do zdarzenia jest ten zespół, który najwcześniej dojedzie na miejsce, co oznacza, że dla formalnego uporządkowania sytuacji najkorzystniejszym rozwiązaniem byłoby, aby istniał jeden rejon operacyjny. Taka też propozycja znalazła się w pierwszej wersji aktualizacji Planu, poddanego konsultacjom w 2013 r. W ich efekcie wypracowano wspólne, kompromisowe stanowisko w kwestii wyboru liczby (dwóch) i zasięgów terytorialnych planowanych od 1 kwietnia 2014 r. rejonów. Zachowano przy tym właściwości (zasięg terytorialny) dotychczasowych SDM.

Podana również, że zmniejszenie liczby rejonów operacyjnych było następstwem uruchomienia Dyspozytorni, które mogą efektywniej zarządzać ZRM, a o dyspozycji wyjazdu decyduje jedynie czas dotarcia na miejsce zdarzenia, a nie pierwszeństwo dla ZRM z danego rejonu operacyjnego. I dlatego pierwotnie planowano utworzenie jednego takiego rejonu. W wyniku stanowisk przedstawicieli jednostek samorządu terytorialnego ustalono dwa rejony, biorąc pod uwagę przede wszystkim ukształtowanie terenu, doświadczenie dyspozytorów oraz załóg ZRM.

(dowód: akta kontroli str. 68-100, 233-279)

1.3. Zaplanowanie liczby, rodzajów i rozmieszczenia ZRM

Opis stanu faktycznego

Według stanu na 31 grudnia 2011 r. w Małopolsce funkcjonowało 109,5 ZRM²⁰ włączonych do systemu PRM: 44 S i 65,5 P w 20 rejonach operacyjnych. W każdym z tych rejonów stacjonowało, od jednego ZRM S i jednego ZRM P (w rejonach:

²⁰ 0,5 ZRM tj. zespół funkcjonujący w czasie 12 godzin przez cały rok; 0,12 ZRM tj. zespół funkcjonujący w okresie trzech miesięcy przez 12 godzin; 0,21 ZRM tj. zespół funkcjonujący w okresie pięciu miesięcy przez 12 godzin.

dąbrowskim, miechowskim, wielickim i skawińskim) do 14 ZRM S i 15 ZRM P (w rejonie krakowsko-wielickim). Obszary działania ZRM ustalane były w ramach rejonów.

W 2012 r. dodatkowo:

- w rejonie krakowsko-wielickim:
 - utworzono 0,5 ZRM P (czasowy) funkcjonujący faktycznie od listopada (zaplanowany od października) do grudnia, a następnie od 1 stycznia 2013 r. na czas nieokreślony – miejsce stacjonowania: Kraków-Bieńczyce, w godz. od 7⁰⁰ do 19⁰⁰;
 - utworzono dwa ZRM P funkcjonujące w czerwcu w rejonie krakowsko-wielickim (w związku z UEFA EURO 2012);
- wprowadzono 0,5 ZRM S (sezonowy)²¹ funkcjonujący od lipca do września w tatrzańskim rejonie operacyjnym – miejsce stacjonowania: Zakopane, w godz. od 9⁰⁰ do 21⁰⁰.

(dowód: akta kontroli str. 196, 397-401)

W 2013 r. (od 1 stycznia) podtrzymano zwiększoną liczbę ZRM P o 0,5 zespołu w rejonie krakowsko-wielickim. W każdym z obszarów stacjonowało od 0,5 do 2,5 ZRM P. Dodatkowo uruchomiono:

- 0,5 ZRM P w Zakopanem od stycznia do marca oraz 0,5 ZRM S od lipca do września (w godz. 9⁰⁰ - 21⁰⁰);
- cztery 0,5 ZRM P od sierpnia do grudnia w rejonach: krakowsko-wielickim, myślenickim, nowosądeckim i tarnowskim.

Od 1 lipca 2013 r. funkcjonowało 44,12 ZRM S i 66,12 ZRM P, w tym 0,12 ZRM S i 0,12 ZRM P w Zakopanem, w godz. 9⁰⁰ - 21⁰⁰ (odpowiednio: od lipca do września oraz od stycznia do marca). Uruchomiono dodatkowo, w czterech różnych rejonach, czasowe ZRM P: 0,21 w okresie od sierpnia do grudnia w godz.: 19⁰⁰ - 7⁰⁰, 7⁰⁰ - 19⁰⁰ (dwa zespoły) i 8⁰⁰ - 20⁰⁰.

Oznacza to, że łącznie w 2013 r. funkcjonowało (stale) 110,24 ZRM: 44,12 S i 66,12 P. Zaznaczyć przy tym należy, że dzięki pozyskanym, po uruchomieniu dwóch Dyspozytorni, środkom finansowym stworzono dodatkowo pięć nowych miejsc stacjonowania ZRM.

(dowód: akta kontroli str. 196-203, 397-401)

W 2014 r.:

- uruchomiono dodatkowo 0,5 ZRM P w czterech rejonach: krakowsko-wielickim (początkowo tylko w I kwartale, następnie w całym roku), myślenickim, nowosądeckim i tarnowskim – od stycznia do grudnia i w latach następnych;
- zmieniono miejsce stacjonowania 0,12 ZRM P z Zakopanego na Poronin;
- dokonano zmiany miejsca stacjonowania ZRM P w Krakowie w jego dotychczasowym rejonie operacyjnym.

W 2014 r. miało funkcjonować – w I kwartale: 112,12 ZRM: 44,12 S i 68,12 P w 90 miejscach stacjonowania. Od 1 kwietnia do 31 grudnia 2014 r. w województwie zaplanowano działanie łącznie 114,12 ZRM (37,62 S i 76,5 P), w tym 21 (0,5) ZRM P, trzy (0,5) ZRM S i jeden (0,12) ZRM S. W rejonie krakowskim miało to być 26 ZRM S (w tym dwa ZRM 0,5) oraz 51,5 ZRM P (w tym 15 ZRM 0,5), a w rejonie podkarpackim: 11,62 ZRM S i 25 ZRM P (w tym 8 ZRM 0,5).

Zgodnie z Planem, uruchomienie od 1 kwietnia 2014 r. dodatkowych ZRM (11 ZRM 0,5 P oraz jednego ZRM 0,5 S), miało być sfinansowane w całości ze środków przewidzianych w budżecie państwa na 2014 r. na działalność ZRM na terenie Małopolski.

W Planie wskazano, że środki finansowe na dodatkowe 2,5 ZRM P pozyskano poprzez zamianę siedmiu ZRM S na siedem ZRM P, nie zmieniając kwoty potrzebnej na sfinansowanie zwiększonej liczby ZRM w Małopolsce (112,74 ZRM). Natomiast pozostałe 1,5 ZRM P, to efekt oszczędności jakie powstały w wyniku utworzenia w Małopolsce

²¹ Na podstawie wniosku Dyrektora Szpitala w Zakopanem z dnia 1 czerwca 2012 r. (i wniosku Starosty Zakopiańskiego z dnia 23 maja 2012 r.), popartego godzinową analizą wyjazdów ZRM za miesiąc lipiec-wrzesień 2010 r.

w 2012 r. dwóch Dyspozytorni. W przypadku Krakowa dokonano zmiany pięciu ZRM S na ZRM P z uzasadnieniem: *zmiana związana jest z analizą ilości i zasadności interwencji ZRM S*. W przypadku Tarnowa wskazano, że na podstawie posiadanych danych nie można jednoznacznie wskazać rozwiązania, które wyeliminowałoby przekroczenie maksymalnego czasu dotarcia na miejsce zdarzenia generowane przez ZRM. Dzięki wprowadzonym zmianom uruchomiono łącznie 12 nowych miejsc stacjonowania ZRM.

(dowód: akta kontroli str.196, 213-225, 397-401)

Według modelu docelowego organizacji PRM w Małopolsce od 1 stycznia 2015 r. na czas nieokreślony ma działać 114,24 ZRM: 37,62 S i 76,62 P. Założono utrzymanie m.in. dodatkowego 0,12 ZRM P w Zakopanem działającego od stycznia do marca. Oznacza to, zwiększenie w porównaniu do 2011 r.: o 4,74 ZRM, przy jednoczesnym zmniejszeniu liczby ZRM S o 6,38 takich zespołów oraz zwiększeniu o 11,12 liczby zespołów podstawowych.

(dowód: akta kontroli str. 196, 397-401)

Jak wyjaśniła dyrektor WPS MUW, bazę do podejmowania decyzji o rodzaju i rozmieszczeniu ZRM stanowiły dane statystyczne. Innymi czynnikami były opinie przesłane przez samorządy i inne organizacje, przy czym jako priorytet założono wyrównanie szans wszystkich mieszkańców Małopolski na dotarcie do każdego z nich ZRM w możliwie jak najkrótszym, ale również równomiernym czasie na terenie całego Województwa.

(dowód: akta kontroli str. 68-100)

1.4. Inne jednostki systemu PRM i współpracujące ujęte w Planie

Opis stanu
faktycznego

Na wypadek zdarzeń o charakterze nadzwyczajnym w Planie przewidziano (w 2011 r.) uruchomienie dodatkowych 33 ZRM (12 S i 21 P)²². Maksymalny czas uruchomienia tych zespołów miał wynosić od 30 minut do 24 godzin (w 18 lokalizacjach).

(dowód: akta kontroli str.196)

W Planie wskazano także, że na terenie Małopolski stacjonuje jeden Lotniczy ZRM (*HEMS*), dysponujący śmigłowcem EC135.

Według stanu na 31 grudnia 2013 r. w województwie funkcjonowało 20 dysponentów ZRM, w tym pięciu działających jako pogotowia ratunkowe i jeden świadczeniodawca prywatny. Rejestr jednostek systemu PRM (oraz innych jednostek wspomagających) obejmował również: 20 SOR-ów, 11 szpitalnych izb przyjęć i Centrum Urazowe Medycyny Ratunkowej i Katastrof przy Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie (jednostka współpracująca uruchomiona w lipcu 2013 r.).

(dowód: akta kontroli str. 196-203)

W Planie ujęto również tzw. jednostki organizacyjne szpitali wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych, niezbędnych dla ratownictwa medycznego. Planem objęto także działalność w zakresie zdarzeń radiacyjnych oraz replantacji kończyn.

(dowód: akta kontroli str. 196, 213-214, 226-232)

Rejestr jednostek współpracujących z systemem PRM²³ według stanu na 25 marca 2014 r. wykazywał 35 jednostek Państwowej Straży Pożarnej, 354 Ochotniczych Straży Pożarnych włączonych do Krajowego Systemu Ratowniczo-Gaśniczego (łącznie 389 jednostek, wpisanych w 2012 r. lub w 2014 r.).

(dowód: akta kontroli str. 204-210)

W Planie wymieniono także 12 podmiotów organizujących kursy w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy na terenie Małopolski i mających siedzibę na terenie Województwa. W 2013 r. programy 126 takich kursów do zatwierdzenia zgłosiło 12 podmiotów. Według stanu na 29 kwietnia 2014 r. wykaz zatwierdzonych programów takich kursów obejmował

²² Karetki niewłączone do systemu PRM, należące do podmiotów leczniczych.

²³ Jednostkami współpracującymi z systemem były również: GOPR Gorlice, „Malta Służba Medyczna” (siedem oddziałów na terenie Małopolski), „Fundacja R²” z siedzibą w Krakowie, Krakowskie Wodne Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe, OSP „Grupa Ratownictwa Specjalistycznego PARAMEDIC”, Tarnowskie WOPR, Grupa Regionalna Jurajska GOPR oraz Grupa Jurajska Kroczyce Województwo Śląskie.

10 podmiotów. W Planie przywołano także porozumienia o współpracy w zakresie ratownictwa medycznego zawarte z wojewodami sąsiednich województw, w trybie art. 19 ust. 2 i art. 21 ust. 2 pkt 5 ustawy o PRM.

(dowód: akta kontroli str. 196, 299-321)

1.5. Skoncentrowane dyspozytornie medyczne

Opis stanu faktycznego

Koncepcja koncentracji stanowisk dyspozytorskich oraz wynikająca z niej koncepcja utworzenia Skoncentrowanych Dyspozytorni na terenie województwa małopolskiego została opracowana na wniosek Ministra Zdrowia w październiku 2010 r. Pierwotnie planowano utworzenie trzech lub dwóch rejonów operacyjnych ZRM z 27 lub 17 stanowiskami dyspozytorskimi zlokalizowanymi u dysponentów ZRM lub w dwóch dyspozytorniach. Ostatecznie w marcu 2011 r. przekazano Ministrowi Zdrowia opis docelowej organizacji PRM, zakładającej utworzenie dwóch dyspozytorni z łączną liczbą 17 stanowisk oraz 20 rejonów operacyjnych ZRM.

(dowód: akta kontroli str. 68, 181-193)

W IV kwartale 2012 r. uruchomiono w województwie dwie, mogące działać przemiennie, Dyspozytornie z łączną liczbą 17 stanowisk dyspozytorskich:

- SDM Nr 1 w Krakowie, w siedzibie Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego z 12 stanowiskami dyspozytorskimi (pierwotnie było 12) obsługującą: Miasto Kraków oraz 12 powiatów, mając wówczas do dyspozycji: 72,5 ZRM: 30 ZRM S i 42,5 ZRM P oraz 0,5 ZRM P (uruchomiono w okresie listopad-grudzień). Na jej terenie funkcjonowało 12 SOR;
- SDM Nr 2 w Tarnowie, w siedzibie Powiatowej Stacji Pogotowia Ratunkowego, z pięcioma stanowiskami (pierwotnie było sześć, zlokalizowanych w Komendzie Miejskiej PSP w Tarnowie) obsługującą: Nowy Sącz, Tarnów i siedem powiatów, dysponując 37 ZRM (14 S i 23 P; stan na 30 listopada 2012 r.). Na jej terenie funkcjonowało sześć SOR.

Do głównych zadań Dyspozytorni należało odbieranie wezwań z numerów alarmowych i kierowanie ZRM-ów na miejsce zdarzenia w ramach obsługiwanego rejonu operacyjnego.

(dowód: akta kontroli str. 68, 181-193,196)

Przełączenia poszczególnych dyspozytorni lokalnych odbywały się:

- do SDM Nr 1 w okresie od 15 kwietnia (Myślenice) do 30 listopada (Olkusz) 2012 r. (12 rejonów i 10 dyspozytorni);
- do SDM Nr 2 w okresie od 1 października 2012 r. (Dąbrowa Tarnowska) do 31 stycznia 2013 r. (Limanowa; sześć rejonów i siedem dyspozytorni).

Pełną funkcjonalność Dyspozytorni osiągnięto 1 lutego 2013 r.

(dowód: akta kontroli str. 68-100, 194-195, 397-401)

Dyrektor WPS MUW wyjaśniła, że uzasadnieniem dla wyznaczenia na terenie województwa dwóch Dyspozytorni było m.in. zwiększenie bezpieczeństwa osób korzystających z pomocy doraźnej, poprzez zwiększenie elastyczności w procesie dysponowania ZRM-ami. Takie rozwiązanie wpisywało się także w krajową koncepcję centralizacji działania pomocy doraźnej, pozwalając na pełne wykorzystanie zasobów systemu PRM. Centralizacja zarządzania ruchem karettek miała również wpłynąć na optymalizację interwencji w zakresie wyjazdów ambulansów poza przypisane im rejon operacyjne (dysponowany jest ZRM, który dojedzie do miejsca zdarzenia w jak najkrótszym czasie). Ponadto, zaistniała możliwość szybkiego zadysponowania ZRM z terenu różnych powiatów w przypadkach zdarzeń masowych, co nie byłoby możliwe w poprzednim stanie rzeczy. Dodała również, że optymalnym rozwiązaniem wydawała się jedna lokalizacja, lecz w aktualnych warunkach regionalnych i braku ogólnopolskich mechanizmów integracji gwarantujących bezpieczeństwo reakcji i transmisji danych, wybrano dwie lokalizacje. Dyspozytornie te mogą się zastępować i przejmować dysponowanie ZRM z terenu drugiej dyspozytorni.

(dowód: akta kontroli str. 68-100)

Od 1 kwietnia 2014 r. na terenie województwa małopolskiego zamieszkałego przez 3 358 736 osób²⁴, w dwóch rejonach operacyjnych (krakowskim i karpackim) funkcjonują dwie Dyspozytornie (SDM Nr 1 i Nr 2) zlokalizowane w rejonie krakowskim i posiadające 17 stanowisk dyspozytorskich, co jest zgodne z art. 21 ust. 3 pkt 10 ustawy o PRM²⁵.

(dowód: akta kontroli str. 196)

1.6. Centrum Powiadamiania Ratunkowego

Opis stanu
faktycznego

Centrum Powiadamiania Ratunkowego (CPR) zlokalizowane było od 2009 r. w siedzibie MUW, jako jednostka organizacyjna Biura Informatyki (od lutego 2014 r. w nowej lokalizacji i strukturze WBiZK)²⁶. Do zakresu działania Centrum należało m.in. pełnienie całodobowych dyżurów przez operatorów numerów alarmowych oraz obsługiwanie zgłoszeń alarmowych dotyczących systemu PRM; było to działanie w tzw. systemie operatorskim.

W ramach CPR wydzielono 20 stałych stanowisk do obsługi zgłoszeń alarmowych i 12 stanowisk awaryjnych. Zatrudnieni w CPR operatorzy współpracowali z Lekarzem Koordynatorem Ratownictwa Medycznego (LKRM) na zasadzie wymiany informacji.

Centrum przejęło obsługę numeru alarmowego 112 dla miasta Krakowa i powiatu krakowskiego w kwietniu 2009 r., a dla pozostałych powiatów od 16 maja 2012 r. (myślenicki) do 4 listopada 2013 r. (tatrzański). Od tej ostatniej daty CPR przejęło odbieranie zgłoszeń z całej Małopolski z tzw. systemem automatycznej elektronicznej zastępowalności (w przypadku zajętości linii zastępowalność zgłoszeń przejmuje podobne centrum zlokalizowane w Warszawie lub Wrocławiu). Przejęcie przez Centrum zgłoszeń na nr 999 planowane jest na bieżący rok. Obecnie ten numer obsługują SDM: Nr 1 i Nr 2.

SWD jako podstawowy dla działania systemu PRM w Małopolsce był zintegrowany z systemem stosowanym przez CPR. Transmisja danych oraz usługi głosowe w Centrum były realizowane przez Ogólnopolską Sieć Teleinformatyczną 112 („OST 112”). System ten zapewniał także współpracę (łączenie i wymianę danych) z systemami teleinformatycznymi Policji i PSP.

W Centrum na dzień kontroli na stanowiskach operatorów pracowało 60 osób, a docelowo przewidziano zatrudnienie 68 takich osób. Jedenastu operatorów pracowało jednocześnie w systemie dwuzmianowym (12 godzin).

Centrum osiągnęło funkcjonalność w rozumieniu obowiązujących przepisów po wejściu w życie ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego²⁷, a obecna liczba operatorów zdaniem kierownika CPR była wystarczająca i zapewniała sprawną obsługę zgłoszeń. Kierownik CPR wskazał jednak na stosunkowo dużą rotację operatorów, gdyż ich praca wiąże się ze znacznym obciążeniem psychicznym.

Wojewoda Małopolski zawarł porozumienie z Wojewodą Wielkopolskim w zakresie szkolenia operatorów numerów alarmowych. Na jego podstawie w latach 2011-2013 r. w Centrum zorganizowano 27 szkoleń wstępnych dla operatorów, w których uczestniczyło 239 osób, a wydano 127 certyfikatów ukończenia szkolenia.

(dowód: akta kontroli str. 26-67,101-114)

Kierownik CPR stwierdził, że dla poprawnego działania systemu PRM konieczne jest ujednoczenie danych wprowadzanych do systemu informatycznego, prowadzonego przez Główny Urząd Geologiczny i Kartograficzny dla całego kraju tak, aby wszyscy użytkownicy (pracownicy CPR) mieli ten sam słownik miejscowości z ustalonymi wspólnie takimi samymi parametrami (długość i szerokość geograficzna), jak inne służby (PSP, Policja

²⁴ Według stanu na 30 czerwca 2013 r.

²⁵ Do 31 marca 2013 r. w ówczesnym rejonie obsługiwanym przez SDM Nr 2 liczba stanowisk dyspozytorskich (5) była nieadekwatna do liczby ludności zamieszkującej ten rejon (1 100 091 według stanu na 30 września 2013 r.).

²⁶ Wydatki na uruchomienie CPR były ponoszone w ramach projektu finansowanego ze środków Unii Europejskiej „System informatyczny powiadamiania ratunkowego” realizowanego przez Ministra Administracji i Cyfryzacji w latach 2009-2014 ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach „Programu Operacyjnego Innowacyjna Gospodarka 2007-2013”.

²⁷ Dz. U. z 2013 r., poz. 1635.

i jednostki systemu PRM). Konieczne jest także, aby dane te były wprowadzane na bieżąco przez użytkowników (starostów), w szczególności w przypadku wprowadzania do ewidencji zmian nazw ulic i numerów domów. Takie rozwiązanie stanowiłoby dla pracowników Centrum znaczną pomoc w zakresie precyzyjniejszej lokalizacji osoby dzwoniącej i eliminowałaby błędy lokalizacyjne (osoby dzwoniącej). Istotne jest także, aby każdy „BTS” (stacja bazowa telefonii komórkowej) na zasadzie triangulacji przekazywał informacje o lokalizacji użytkownika wybierającego połączenie z CPR.

W trakcie kontroli NIK Centrum uzyskiwało lokalizację tylko z jednego BTS, podstawowego dla użytkownika, co mogło skutkować różnicą w lokalizacji od 2 do 15 km (tzw. funkcja namierzania, co do miejsca). W przypadku „współpracy” np. dwóch BTS, użytkownik byłby precyzyjniej zlokalizowany, jeżeli dzwoni na numer alarmowy (nr 112).

Ponadto istotne byłoby umożliwienie przekazywania danych typu GPS z telefonów komórkowych do CPR za pośrednictwem łączy satelitarnych, co mogłoby dodatkowo pomóc w lokalizacji użytkownika przez operatora Centrum.

W trakcie kontroli NIK w CPR rozpoczęto przywracanie tzw. formatów elektronicznych umożliwiających szybsze przekazanie zgłoszenia do dyspozytora medycznego. Takie rozwiązanie było już wcześniej wdrożone i zdaniem NIK jest to dobra praktyka, którą należy kontynuować.

(dowód: akta kontroli str. 26-53, 107-114)

1.7. Lekarze koordynatorzy ratownictwa medycznego

Opis stanu faktycznego

Lekarz Koordynator Ratownictwa Medycznego (LKRM), jako wyodrębnione stanowisko pracy, funkcjonował od 1 stycznia 2007 r. w strukturze Wojewódzkiego Centrum Zarządzania Kryzysowego w WBiZK MUW. Organizacja pracy LKRM opierała się na jednoosobowej pracy zmianowej i dyżurach całodobowych lub 12-godzinnych.

LKRM odpowiedzialny był m.in. za:

- udzielanie dyspozytorom medycznym niezbędnych informacji i merytorycznej pomocy w zakresie rozdysponowania ZRM do miejsca zdarzenia, włączenie w razie potrzeby jednostki systemu PRM spoza obszaru działania jednego dyspozytora, a także Lotniczego ZRM i jednostek z obszaru innego województwa;
- przekazywanie dyspozytorowi medycznemu szczegółowych informacji ułatwiających prowadzenie czynności ratunkowych, a zwłaszcza o ilości wolnych miejsc poza obszarem działania jednego dysponenta w SOR i szpitalnych oddziałach intensywnej terapii;
- koordynowanie transportu osób poszkodowanych do współpracujących z systemem PRM szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego.

Do zadań LKRM należało koordynowanie pomocy medycznej świadczonej przez jednostki systemu PRM, w szczególności przez przekazywanie informacji od świadczeniodawców z terenu Małopolski o wolnych łózkach, informacji o zdarzeniu masowym do odpowiednich SOR i szpitalnych izb przyjęć, ewentualnym wnioskowaniu o postawienie szpitala w tzw. stan podwyższonej gotowości. Odbывало się to m.in. za pomocą funkcjonującej od 2008 r. aplikacji informatycznej „System Wspomagania Pracy LKRM”. LKRM miał również za zadanie sprawowanie nadzoru merytorycznego nad dyspozytorem medycznym (w wybranych sytuacjach dysponowania ZRM poza jego rejon) oraz koordynowanie transportów realizowanych przez ZRM. Średnia ilość interwencji tego typu w ramach dyżuru dla jednego LKRM wynosiła około kilkanaście telefonów.

Od stycznia 2013 r. LKRM posługiwał się podsystemem mapowym teleinformatycznym „da Gama – MAPA”, na którym działały SDM (opartym na modułach GPS zainstalowanych w ambulansach i sieci GSM). Zapewniał on podgląd na aktualne pozycje wszystkich ZRM w Województwie wraz z informacją m.in. o ich statusie, pozycji geograficznej, prędkości i czasie działania oraz powodach wezwania – bez funkcji dysponowania danego ZRM (realizowanej przez dyspozytorów w Dyspozytorniach). System ten nie obejmował ZRM z innych, ościennych województw i był najważniejszym modulem wspierającym LKRM w podjęciu decyzji co do wyboru ZRM-u, który miał najszybciej dotrzeć do miejsca zdarzenia.

LKRM miał również do dyspozycji, łączność telefoniczną i radiową, zapewniającą kontakt z dyspozytorem i danym ZRM, przy czym taka wymiana informacji odbywała się za pośrednictwem dyspozytorów medycznych.

(dowód: akta kontroli str. 6-17)

Dysponenci SDM: Nr 1 i Nr 2 zostali dodatkowo zobowiązani w lutym 2013 r. przez dyrektora WBiZK do informowania LKRM o przypadkach wyjazdu ZRM poza rejon operacyjny danego dysponenta, realizowanego w trybie art. 27 ust. 2 ustawy o PRM. W odpowiedzi dyrektorzy Dyspozytorni wskazali m.in., że LKRM mają pełny pogląd realizacji zleceń wyjazdów przez ZRM, włącznie z ich aktualnymi statusami poprzez dostęp do mapy wykorzystywanej w dysponowaniu zespołami, stanowiącej element systemu informatycznego dyspozytorni.

(dowód: akta kontroli str. 68, 181-193, 280-285)

W latach 2011-2014 LKRM Województwa Małopolskiego 43-krotnie współpracował z lekarzami koordynatorami z sąsiednich województw w zakresie pozyskiwania informacji o wolnych miejscach na oddziałach: intensywnej terapii i psychiatrii – dla pacjentów z Województwa Małopolskiego, jak i z województw ościennych.

Dyrektor WBiZK wyjaśnił, że w ww. okresie, LKRM 286 razy wyraził zgodę na wykorzystanie do tzw. transportu międzyszpitalnego – ZRM systemu PRM *tylko i wyłącznie w przypadkach konieczności przewiezienia pacjenta w trybie pilnym do ośrodka specjalistycznego, gwarantującego udzielenie świadczeń medycznych niezbędnych do ratowania zdrowia i życia*. Na takie wykorzystanie ZRM nie wyraził zgody 43 razy.

(dowód: akta kontroli str. 213-214, 226-232)

W okresie objętym kontrolą w MUW zatrudnionych było ośmiu LKRM w łącznym wymiarze 5 i 1/3 etatu (cztery osoby w pełnym wymiarze czasu pracy). Wszystkie zatrudnione osoby spełniały warunki lekarza systemu określone w art. 29 ust. 5 i art. 57 ustawy o PRM.

(dowód: akta kontroli str. 385)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność Wojewody Małopolskiego w zakresie organizacji systemu PRM w Województwie.

Wojewoda przyjął Plan obejmujący wszystkie wymagane przepisami prawa informacje, poddawał go opiniowaniu i uzgodnieniu z właściwymi podmiotami, zapewnił również warunki dla działania CPR i pełnienia funkcji przez LKRM; Plan został zatwierdzony przez Ministra Zdrowia. W kontrolowanym okresie służby Wojewody, reagując na zgłaszane potrzeby, analizowały funkcjonowanie systemu PRM, w wyniku czego wprowadzano liczne zmiany m.in. w zakresie rozmieszczenia ZRM, korzystnie wpływające na poziom bezpieczeństwa mieszkańców Małopolski.

Utworzenie dwóch Skoncentrowanych Dyspozytorni, w miejsce dotychczasowych 20, należy uznać za działanie uzasadnione, ponieważ umożliwiło efektywniejszą organizację pracy dyspozytorów oraz skuteczniejsze dysponowanie ZRM. Ponadto wskutek zaoszczędzonych w ten sposób środków finansowych Wojewoda utworzył siedem dodatkowych ZRM.

Wojewoda zorganizował również w pełni funkcjonalne Centrum Powiadamiania Ratunkowego, a praca lekarzy koordynatorów ratownictwa medycznego była zorganizowana zgodnie z obowiązującymi przepisami.

2. Weryfikacja założeń ratownictwa medycznego z uwzględnieniem wyników kontroli jego funkcjonowania

2.1 Funkcjonowanie systemu PRM

2.1.1. System informatyczny zarządzania ZRM

Opis stanu faktycznego

Do zarządzania ZRM w Małopolsce w latach 2011-2014 wykorzystywano różne programy informatyczne.

W związku z dążeniem Wojewody do zapewnienia efektywnej pomocy świadczonej przez ZRM rozpoczęto wdrażanie zmian w tym zakresie. Ich podstawą był realizowany przez Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej „Budowa zintegrowanych systemów informatycznych do zarządzania i monitoringu satelitarnego w Małopolsce”²⁸. Beneficjentami tego projektu było 20 ówczesnych dysponentów PRM oraz TOPR i GOPR.

Projekt ten miał umożliwiać m.in. zarządzanie i monitoring ZRM wraz z satelitarnym pozycjonowaniem wszystkich pojazdów, z założoną poprawą komunikacji pomiędzy służbami ratownictwa medycznego. Dostawy sprzętu i oprogramowania zakończyły się w grudniu 2011 r. System miał również umożliwiać przekazywanie zlecenia wyjazdu drogą elektroniczną do ambulansu oraz do miejsca jego stacjonowania, ciągły monitoring pozycji geograficznych ZRM oraz przekazywanie statusów tych zespołów drogą elektroniczną z ambulansu do stanowiska dyspozytorskiego. Od 2012 r. rozpoczęto dysponowanie ZRM za pomocą otrzymanego sprzętu i oprogramowania.

W czerwcu 2010 r. Zarząd Województwa Małopolskiego zwrócił się do Wojewody o zapewnienie kosztów funkcjonowania systemu (również w latach następnych)²⁹. W odpowiedzi Wojewoda wskazał, że brak jest uzasadnienia dla zapewnienia tych kosztów sygnalizując, że funkcjonalność opisywanego projektu jest zbieżna z finansowanymi z innych programów operacyjnych projektami realizowanymi przez MSWiA (SWD PRM zintegrowanego z Systemem Informatycznym CPR).

Wobec powyższego, koszty eksploatacji, napraw i ewentualnej wymiany sprzętu miały obciążać uczestników projektu.

(dowód: akta kontroli str. 213-214, 215-225, 233-279)

2.1.2. Pozyskiwanie danych o funkcjonowaniu ZRM

Opis stanu faktycznego

W latach 2008-2010 MUW (WBiZK) prowadził monitoring systemu PRM poprzez analizę liczby wyjazdów ZRM (pogrupowanych według przedziałów czasowych, określonych w art. 24 ustawy o PRM) w podziale na miesiące oraz wyjazdy w miastach i poza miastami, na podstawie danych dysponentów ZRM uzyskanych z kart wyjazdowych.

(dowód: akta kontroli str. 234)

Do 2012 r. pozyskiwanie danych o działaniu ZRM w Małopolsce i monitorowanie działania systemu PRM opierało się na pobieraniu danych w okresach półrocznych, obejmując zakres określony w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz kryteriów kalkulacji kosztów działalności zespołów ratownictwa medycznego³⁰.

Od 1 stycznia 2013 r. dane te pozyskiwano na bieżąco z systemu SWD PRM dzięki utworzeniu dwóch SDM (w zakresie zgodnym ze wzorem „karty zlecenia wyjazdu” z wyłączeniem danych osobowych). Na podstawie tych danych określono średnie wartości parametrów czasowych, związanych z: procesem dysponowania ZRM przez dyspozytora medycznego oraz realizacją poszczególnych etapów zlecenia wyjazdu przez ZRM (przy

²⁸ W ramach Indykatywnego Planu Inwestycyjnego Małopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2007-2013.

²⁹ Roczny koszt utrzymania (administrowania) w kolejnych latach systemu oszacowany został na 522 tys. zł (koszt utrzymania projektu w 2010 r. miał wynieść 87 tys. zł).

³⁰ Dz. U. z 2011 r. Nr 3, poz. 6.

założeniu, że czas dotarcia ZRM na miejsce zdarzenia jest nierozłącznie związany z procesem dysponowania zespołem przez dyspozytora medycznego, a parametry czasu dotarcia na miejsce zdarzenia liczone są od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego).

WPS MUW miał dostęp również do danych o liczbie wyjazdów ZRM poza swój rejon operacyjny.

Działania WPS MUW koncentrowały się na analizach: czasów dojazdów ZRM, pracy dyspozytorów medycznych, czasów oczekiwania ZRM na przekazanie pacjenta w SOR, obejmując m.in.:

- dla wszystkich ZRM: liczbę interwencji ogółem, przekroczenia ustawowego czasu maksymalnego w poszczególnych przedziałach czasowych oraz średni czas interwencji, średni czas dotarcia oraz interwencje w granicach czasów ustawowych (mediana, trzeci kwartyl) w I półroczu 2013 r.;
- wybrane ZRM: liczbę interwencji w gminach/interwencje ogółem, przekroczenia ustawowego czasu maksymalnego w poszczególnych przedziałach czasowych oraz średni czas dojazdu w I i II półroczu 2013 r., w układzie miesiąc po miesiącu, wyjazdy nieodwołane tylko w dzień, w podziale na interwencje w obszarze i poza obszarem działania ZRM;
- gminy: liczba interwencji poszczególnych ZRM, przekroczenia ustawowego czasu maksymalnego w poszczególnych przedziałach czasowych w I półroczu 2013 r.;
- ilość interwencji ZRM do poszczególnych gmin województwa, przekroczenia ustawowego czasu maksymalnego, średni czas dojazdu do danej gminy w I półroczu 2013 r., przy porównaniu wybranych miesięcy.

(dowód: akta kontroli str. 213-225, 233-279)

Według stanu na dzień rozpoczęcia kontroli NIK, w WPS MUW gromadzonych było 28 różnego rodzaju danych o funkcjonowaniu ZRM³¹. Obejmowały one wskazanie m.in.:

- gminy zdarzenia (nazwa ZRM);
- liczby interwencji ogółem;
- czasu przekroczenia ustawowych parametrów dojazdów (w rozbiciu na czas przekroczenia wyrażany w minutach do 10 minut i powyżej tej granicy);
- wykorzystania godzinowego i dobowego każdego ZRM (z podziałem na dzień i noc);
- wyjazdów w konkretnych godzinach;
- wyjazdów według rozpoznania schorzenia pacjenta według kodów głównych „ICD 10”;
- czy wyjazd dotyczył pacjenta urazowego;
- sposobu zakończenia medycznych czynności ratunkowych (pacjent przewieziony do szpitala, zgon pacjenta – przed podjęciem, w trakcie interwencji);
- koordynat (współrzędnych geograficznych) miejsca zdarzenia.

(dowód: akta kontroli str. 213-225)

WPS MUW analizował również dane dotyczące poszczególnych ZRM w podziale na ich: dysponenta, miejsce stacjonowania (adres), rodzaj (S lub P) – według klucza: kolejnego miesiąca i obszaru działania ZRM.

Dane te pozwalały na analizę różnicy czasu wydania decyzji wyjazdu i czasu przyjęcia wezwania (w rozbiciu na półrocze, miesiąc, dzień/noc), różnicy czasu wyjazdu ZRM i czasu przyjęcia wezwania, przybycia do miejsca zdarzenia (działania ZRM w obszarze działania i poza nim; ewentualne odwołanie wyjazdu), różnicy czasu przekazania pacjenta (w izbie przyjęć/SOR/innej jednostce) i czasu przyjęcia wezwania oraz różnicy czasu powrotu do miejsca wyczekiwania/zakończenia zlecenia i czasu przyjęcia wezwania³².

(dowód: akta kontroli str. 196, 213-225, 233-279)

³¹ Obok wskaźników ustawowych w zakresie m.in. ilości i czasów interwencji ZRM-ów.

³² W WPS MUW ocenia się także zabezpieczenie w usługę ZRM wykonywaną w ramach parametrów ustawowych – obliczając, na podstawie ilości interwencji powyżej limitów czasu (15 i 20 minut) oraz ilości minut powyżej tych limitów dla każdego Zespołu, wskaźnik „szansy” zachowania ustawowych parametrów (przez ZRM podejmujący interwencję na danym terenie).

Według dyrektora WPS MUW prace nad aktualizacjami Planu w zakresie działania ZRM w pierwszej kolejności koncentrowały się nad zwiększeniem szans dotarcia ZRM w czasie ustawowym w swym obszarze działania. Wdrożone od 1 kwietnia 2014 r. nowe rozmieszczenia ZRM mają zapewnić szybszy dojazd ZRM przypisanego do innego obszaru lub rejonu operacyjnego niż gdyby dyspozytor czekał na zwolnienie danego ZRM będącego w akcji.

(dowód: akta kontroli str. 233-279)

Dyrektor WPS MUW wskazała również, że analiza zmian w funkcjonowaniu systemu PRM od dnia 1 kwietnia 2014 r. prowadzona jest dwutorowo. Pierwszą fazę monitoringu stanowi identyfikacja interwencji przekraczających maksymalny czas dotarcia ZRM na miejsce zdarzenia w ujęciu tygodniowym (dane generowane z systemu SWD PRM). Następnie interwencje przekraczające ten czas grupowane są w podziale na dwa rejon operacyjne oraz dodatkowo w podziale na dwa obszary działania SDM. Dalej pobrane dane z zakresu interwencji przekraczających maksymalny czas dotarcia na miejsce zdarzenia przesyłane są do świadczeniodawców odpowiedzialnych za funkcjonowanie ZRM oraz dyspozytorni medycznych obsługujących dwa rejon operacyjne. Druga faza monitoringu odbywa się cyklicznie, po zakończeniu 14-dniowego okresu sprawozdawczego, według przyjętego schematu: 15-go i 30-go dnia każdego miesiąca. W pierwszej kolejności obserwowane i analizowane są te gminy, na terenie których dokonano zmian w zakresie rodzaju oraz rozmieszczenia ZRM. Odbywa się to na podstawie parametrów określanych dla każdego ZRM, każdej interwencji i każdej miejscowości, w szczególności w oparciu o dane porównawcze w wybranych okresach. Planowane jest również dokonywanie kolejnych analiz m.in. w oparciu o kod pilności i rodzaj wyjazdu ZRM na podstawie decyzji dyspozytora medycznego.

(dowód: akta kontroli str. 464-475)

W 2013 r. średnie wartości parametrów czasowych w województwie małopolskim obliczone przez WPS MUW na podstawie ww. danych wyniosły:

- czas od wydania decyzji o wyjeździe do odebrania wezwania przez ZRM: 1 minuta i 26 sekund;
- czas od odebrania wezwania do wyjazdu ZRM: 3 minuty i 23 sekundy;
- czas od odebrania wezwania do przybycia do miejsca zdarzenia:
 - w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców: 9 minut i 58 sekund (przy założeniu, że czas maksymalny nie może przekraczać 15 minut dla pojedynczej interwencji);
 - poza miastem powyżej 10 tysięcy mieszkańców: 15 minut i 12 sekund (czas maksymalny nie może przekraczać 20 minut dla pojedynczej interwencji).

Porównanie średniego czasu dotarcia ZRM na miejsce zdarzenia dla wybranych gmin (miejsc zdarzenia) w kwietniu 2013 r. i kwietniu 2014 r. wskazywało m.in., że:

- czas ten skrócił się w przypadku: Andrychowa (z 11 do 8 minut); Gródka nad Dunajcem (z 24 do 19 minut), Piwnicznej Zdroju (z 27 do 18 minut); Zawoi (z 24 do 17 minut);
- czas ten wydłużył się (nieznacznie) w przypadku: Drwini (z 10 do 11 minut) i Skąły (z 9 do 10 minut).

(dowód: akta kontroli str. 464-480, 497-498)

W okresie od 2011 r. do 2014 r. (do 30 maja) do MUW nie wpłynęły informacje o przypadkach odmowy wykonania dyspozycji wyjazdu nałożonej na dany ZRM przez dyspozytora medycznego poza jego rejon operacyjny.

(dowód: akta kontroli str. 233-279)

2.2. Finansowanie systemu PRM

Opis stanu faktycznego

Podstawą realizacji świadczeń zdrowotnych w ramach systemu PRM na terenie Małopolski były porozumienia zawierane pomiędzy Wojewodą a dyrektorem Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ (MOW NFZ), na podstawie których zadania związane z przeprowadzeniem postępowań o zawarcie z dysponentami ZRM umów oraz zawieraniem, rozliczaniem i kontrolą wykonania tych umów należały do MOW NFZ. Dyrektor MOW NFZ zawierał te umowy na podstawie Planu, w ramach środków

przewidzianych w budżecie państwa, w części, której dysponentem był Wojewoda (ujętych w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia). Wydatki na system PRM w województwie małopolskim w latach 2011-2013 wyniosły odpowiednio: 132 770 tys. zł., 138 356 tys. zł i 138 397 tys. zł.

W obowiązującym od 1 lipca 2011 r. porozumieniu z 12 kwietnia 2011 r. na funkcjonowanie systemu w 2011 r. ustalono kwotę 132 770 tys. zł³³. Dotacja celowa przekazywana miała być w transzach miesięcznych, a porozumienie zawarto na czas nieoznaczony.

Przewidywana wysokość środków na finansowanie zadań ZRM w rejonie operacyjnym na dobę wynosiła dla ZRM S: 4 tys. zł, a dla ZRM P: 3 tys. zł, dla 0,5 ZRM P: 1,5 tys. zł (dwa przypadki).

Na 2012 r. przewidziano na działanie systemu w Małopolsce: 136 335 tys. zł (Aneksiem Nr 2 z 25 listopada 2011 r.), dodatkowe 2 021 tys. zł pozostać miało do dyspozycji Wojewody³⁴. Aneks ten wprowadził również (od 1 stycznia 2012 r.) szczegółowy podział środków finansowych, wskazując, że:

- przewidywana wysokość środków na finansowanie zadań ZRM w rejonie operacyjnym na dobę wynosiła: dla ZRM S: 3 691 zł, dla ZRM P: 2 767 zł;
- koszty dyspozytora medycznego (doliczane do kosztów zespołów) w przypadku ZRM S wynosiły 309 zł i 233 zł (234 zł w dwóch przypadkach);
- koszt 0,5 ZRM P: 1 383 zł (koszt dyspozytora 117 zł);

Oznaczało to, że łączny koszt funkcjonowania ZRM S i P nie zmieniły się.

(dowód: akta kontroli str. 324-382)

Dyrektor WPS MUW wyjaśniła, że, koszt utrzymania jednego stanowiska dyspozytora medycznego przed rozpoczęciem procesu organizowania SDM określony został z uwzględnieniem funkcjonowania minimum 4,5 etatu na jedno stanowisko, przy czym nie mógł wynieść więcej niż 9% kosztów funkcjonowania ZRM.

Od 1 stycznia 2013 r. stawki obowiązujące w 18 rejonach operacyjnych ustalono na poziomie: dla ZRM S w wysokości 3 706 zł, a dla ZRM P: 2 777 zł (dla ZRM P czasowych: 1 338,50 zł). Natomiast w rejonach, w których funkcjonowały Skoncentrowane Dyspozytornie wynosiły one:

- w Krakowie w przypadku ZRM S: 4 420 zł w tym 714 zł na finansowanie stanowiska dyspozytora medycznego, a w przypadku ZRM P: – odpowiednio: 3 311 zł, w tym 534 zł na finansowanie stanowiska dyspozytora medycznego;
- w Tarnowie w przypadku ZRM S: 4 555 zł, w tym 849 zł na finansowanie stanowiska dyspozytora medycznego, a dla ZRM P: 3 416 zł, w tym 639 zł na takie stanowisko³⁵.

Różnica w wysokości stawki dobowej na finansowanie działalności stanowisk dyspozytorów medycznych związana była z liczbą ZRM funkcjonujących w rejonie operacyjnym oraz liczby stanowisk dyspozytora w obu rejonach (w krakowsko-wielickim: 14 ZRM S, 15 ZRM P i 12 dyspozytorów; w tarnowskim: trzy ZRM S, siedem ZRM P i pięciu dyspozytorów).

³³ Ustaloną Aneksiem Nr 1 z 24 listopada 2010 r. i Aneksiem Nr 3 z dnia 22 grudnia 2010 r. Załącznik Nr 1 do tych umów wskazywał rejon operacyjny, liczby i rodzaje ZRM, obszary ich działania, tzw. miejsca wyczekiwania i okres działania; przewidziano wówczas dwa ZRM P czasowe (0,5), w okresach: od stycznia do czerwca i od lipca do grudnia. Aneks Nr 3 ustalał wysokość dotacji na 2011 r. w kwocie: 133 884 tys. zł. Wojewoda zrezygnował z utworzenia SDM.

³⁴ W latach 2011- 2014 Wojewoda w Porozumieniach (i Aneksach) z MOW NFZ wydelał z puli środków na finansowanie zadań systemu PRM rezerwę finansową (przeznaczaną w ciągu roku budżetowego m.in. na uruchomienie czasowych ZRM i zadania dyspozytorni).

³⁵ Dla czasowych ZRM P stawki te wynosiły – odpowiednio: 1 708 i 1 655,50 zł (bez różnicowania stawek dla dyspozytorów).

Koszt utrzymania jednego stanowiska dyspozytora medycznego w obu Dyspozytoriach określono z wykorzystaniem kalkulacji kosztów funkcjonowania stanowiska dyspozytora przekazanych do MUW przez wskazanych świadczeniodawców w oparciu o przyjęte wcześniej założenie funkcjonowania 12 takich stanowisk w SDM Nr 1 i pięciu w SDM Nr 2.
(dowód: akta kontroli str. 68-100)

Na 2014 r. przewidziano na działanie systemu w Małopolsce: 139 169 tys. zł (Aneks Nr 14 z 29 października 2013 r.).

Na realizację zadań od 1 kwietnia do 31 grudnia 2014 r.³⁶, w ramach dotacji celowej, została przewidziana kwota 103 747 851 zł. Nowe porozumienie ustalało również rejon operacyjny, liczbę i rodzaj ZRM funkcjonujących na terenie Małopolski od 1 stycznia 2015 r. i na lata następne:

- ZRM w rejonie krakowskim: 77,5 (26 S i 51,5 P); przewidywana wysokość środków: 72 765 275,00 zł; na dobę (bez kosztów dyspozytora medycznego): ZRM S: 3 706 zł, ZRM P: 2 777 zł, 0,5 ZRM S: 1 853, 0,5 ZRM P: 1 388,50 zł (koszty dyspozytora medycznego – odpowiednio: 390 zł, 293 zł, 195 zł, 146,50 zł);
- ZRM w rejonie karpackim: 36,62 (11,62 S i 25 P); przewidywana wysokość: 30 982 576 zł; na dobę (bez kosztów dyspozytora medycznego): ZRM S: 3 706 zł, ZRM P: 2 777 zł, 0,5 ZRM S: 1 853, 0,5 ZRM P: 1 388,50 zł.

(dowód: akta kontroli str. 68-100, 386-396, 450-463)

W okresie od 2010 – 2014 (do 30 maja) Wojewoda, działając w trybie art. 46 ust. 3 ustawy o PRM, corocznie kierował do Ministra Zdrowia wnioski w sprawie zwiększenia środków finansowych na wykonywanie zadań ZRM w Małopolsce:

- w 2010 r. wnioskowano na zabezpieczenie funkcjonowania systemu PRM w 2011 r. o łączną kwotę 148 408 030 zł;
- w 2011 r. wnioskowano na 2012 r. o łączną kwotę 140 996 770 zł, w tym na zwiększenie stawek dobowych kosztów utrzymania ZRM dla ZRM S o 7,29% i ZRM P o 5,07%;
- w 2012 r. wnioskowano na 2013 r. o łączną kwotę 168 120 148 zł, w tym na uruchomienie 20 dodatkowych ZRM-ów (11 ZRM P i 9 ZRM S);
- w 2013 r. wnioskowano na 2014 r. o łączną kwotę 160 383 825 zł, w tym na uruchomienie dodatkowych 18 ZRM (9,5 dodatkowych ZRM P oraz 8,5 dodatkowych ZRM S).

Na żadne z powyższych pism Minister nie udzielił odpowiedzi, nie zwiększając środków na działanie systemu w Małopolsce.

- w 2014 r. wnioskowano na 2015 r. o łączną kwotę 164 180 956,60 zł, w tym na uruchomienie dodatkowych 14,30 ZRM (S).

Na funkcjonowanie systemu PRM w Małopolsce w latach 2011-2013 Wojewoda otrzymał odpowiednio: 89%, 98%, 82% wnioskowanych kwot.

(dowód: akta kontroli str. 213-225, 233-279)

W okresie objętym kontrolą, Wojewoda Małopolski jednorazowo dofinansował nakłady na inwestycje związane z działalnością ZRM na terenie Województwa. W 2011 r. Wojewoda na podstawie art. 50 ust. 1 pkt 2 ustawy o PRM udzielił dotacji celowych z budżetu Państwa w łącznej wysokości 753 867 zł na sfinansowanie nakładów inwestycyjnych dotyczących zakupu samochodów w celu ich przystosowania do pełnienia funkcji ambulansu sanitarnego, wykorzystywanego przez ZRM w ramach systemu PRM w Województwie (dla powiatu bocheńskiego oraz gmin: Niepołomice i Skawina – każdorazowo po 125 645 zł oraz dla powiatów: chrzanowskiego, miechowskiego i nowotarskiego – po 125 644 zł). Wyboru tych jednostek samorządu terytorialnego dokonano na podstawie m.in. kryterium wieku wówczas używanych ambulansów i ich ilości.

(dowód: akta kontroli str. 213-225)

³⁶ Porozumienie z 7 lutego 2014 r. zawarte na okres od 1 kwietnia 2014 r. do 31 marca 2017 r.

Ustalone
nieprawidłowości

Ocena cząstkowa

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność Wojewody Małopolskiego w obszarze zakresie weryfikacji założeń ratownictwa medycznego.

Wojewoda podejmował działania w celu precyzyjnej analizy działalności ZRM na terenie Małopolski, agregując różnorodne dane dotyczące funkcjonowania wszystkich zespołów oraz czasów ich dotarcia do mieszkańców poszczególnych gmin, a w efekcie dokonywał aktualizacji Planu w tym zakresie.

Wojewoda występował również do Ministra Zdrowia o zwiększenie środków finansowych, otrzymywanych z budżetu państwa na działalność systemu PRM, przy czym nie przyniosły one jednak oczekiwanych efektów. Jakkolwiek w okresie 2011-2014 środki na finansowanie zadań systemu PRM w Małopolsce wzrosły z 132 770 tys. zł do 139 169 tys. zł, tj., o 6 399 tys. zł (o 4,5 %), to były one niższe od wnioskowanych przez Wojewodę (od 2 do 11%).

3. Nadzór nad funkcjonowaniem systemu PRM

3.1 Nadzór nad środkami finansowymi przekazywanymi do MOW NFZ

Opis stanu
faktycznego

W okresie objętym kontrolą MOW NFZ przedstawił Wojewodzie cztery rozliczenia dotacji wymagane przez § 10 ust. 1 porozumienia³⁷. Dwie kontrole przeprowadzone przez WPS MUW w Małopolskim Oddziale NFZ potwierdziły prawidłowość realizacji zadań objętych porozumieniami.

(dowód: akta kontroli str. 464-475)

W 2013 r. MOW NFZ przeprowadził u świadczeniodawców sześć kontroli planowych i jedną doraźną, przedstawiając ich wyniki Wojewodzie. W ich wyniku MOW NFZ na rachunek MUW wpłacił 78 566, 35 zł, jako dochód m.in. z tytułu kar umownych.

(dowód: akta kontroli str. 233-279)

3.2. Nadzór nad świadczeniodawcami systemu PRM

WPS MUW przeprowadzał kontrolę podmiotów leczniczych z obszaru Województwa Małopolskiego będących dysponentami SOR. Kontrole te prowadzone były w trybie art. 111 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej³⁸ i art. 19 ust. 2 ustawy o PRM. Obejmowały one „spełnianie przez dysponentów SOR-ów wymogów określonych w ustawie o PRM i rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego oraz prowadzenie dokumentacji medycznej”. Celem kontroli było „sprawdzenie dostosowania SOR do wymagań określonych w ustawie o PRM, którego termin wyznaczono na 31 grudnia 2011 r.”.

Kontrolami w okresie od maja do października 2012 r. objęto 20 podmiotów. Stwierdzone nieprawidłowości (w 11 jednostkach) dotyczyły w szczególności:

- braków w wyposażeniu i błędnej organizacji SOR (brak zgodności z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego);
- błędnego prowadzenia dokumentacji medycznej (brak zgodności z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania³⁹);
- błędnego oznakowania SOR (brak zgodności z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18 października 2010 r. w sprawie oznaczenia systemu Państwowe

³⁷ Porozumienie o powierzeniu MOW NFZ przez Wojewodę realizacji zadań z zakresu systemu PRM w Małopolsce.

³⁸ Dz. U. z 2013 r., poz. 217 ze zm.

³⁹ Dz. U. z 2012 r. Nr 252, poz. 1697 ze zm.

Ratownictwo Medyczne oraz wymagań w zakresie umundurowania członków zespołów ratownictwa medycznego⁴⁰).

(dowód: akta kontroli str. 115-146, 168-170)

Ponadto, WPS MUW przeprowadził kontrole podmiotów z terenu Województwa, w których funkcjonowały ZRM. Przedmiotem tych kontroli było spełnianie przez ZRM wymogów określonych w ustawie o PRM, a odbywały się one w trybie art. 65 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej⁴¹ i art. 19 ust. 2 ustawy o PRM.

Kontrole prowadzono w okresie od kwietnia do czerwca 2011 r. i objęły one 19 jednostek. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły m.in.:

- niepełnego wyposażenia ambulansów;
- nieprawidłowego oznakowania ZRM;
- braku wymaganych kwalifikacji u osób pełniących funkcje dyspozytorów medycznych (niezgodność z ustawą o PRM oraz rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 kwietnia 2007 r. w sprawie doskonalenia zawodowego dyspozytorów medycznych⁴²);
- błędnego prowadzenia dokumentacji medycznej.

(dowód: akta kontroli str. 152-167, 173-180)

W ramach kontroli sprawdzających, przeprowadzonych w okresie od stycznia do listopada 2013 r., które objęły dziewięć jednostek, mających w swojej strukturze SOR i ZRM, nie stwierdzono uchybień i nieprawidłowości.

(dowód: akta kontroli str. 147-151, 171-172)

3.3. Skargi i interwencje dotyczące funkcjonowania systemu PRM

Opis stanu faktycznego

W latach 2012-2013 wpłynęły do Wojewody trzy skargi związane z funkcjonowaniem systemu PRM w Małopolsce. Wojewoda odpowiedział też na 10 interpelacji, zapytań i oświadczeń poselskich oraz na interwencje przedstawicieli jednostek samorządu terytorialnego, w większości dotyczących liczby i rozlokowania ZRM w poszczególnych obszarach, jak i reorganizacji dyspozytorni. W tym okresie wpłynęły również interwencje Ministra Zdrowia w sprawie potencjalnych nieprawidłowości m.in. związanych z wyjazdami ZRM i śmiercią pacjentów w: miejscowości Skrzypne w powiecie tatrzańskim (listopad 2012 r.), w Niepołomicach (grudzień 2012 r.) i w Nowym Sączu (luty 2013 r.).

Skargi związane z działalnością systemu PRM w Małopolsce złożone zostały przez osoby prywatne i dotyczyły:

- działalności jednego ze świadczeniodawców (posiadającego w swojej strukturze SOR oraz ZRM), złożona 6 grudnia 2012 r.;
- wielokrotnej odmowy przyjazdu karetki pogotowia na terenie Miasta Krakowa (skarga przekazana przez Ministerstwo Zdrowia 6 marca 2013 r.);
- wykonywania obowiązków służbowych przez dyspozytora SDM Nr 1 (z 9 września 2013 r.).

Na wszystkie skargi, interpelacje i zapytania Wojewoda udzielił odpowiedzi.

Do MUW wpłynęło m.in. pismo Ministra Zdrowia z 21 listopada 2012 r. zawierające prośbę o wyjaśnienie sytuacji związanej z długim czasem dotarcia ZRM na miejsce zdarzenia zadysponowanego 15 listopada 2012 r. z tatrzańskiego rejonu operacyjnego do miejscowości Skrzypne. W tym samym dniu Wojewoda wyjaśnił, że postępowanie dyspozytora było prawidłowe, tj. zadysponowanie ZRM z sąsiedniego rejonu operacyjnego (nowotarsko-myślenicko-tatrzańskiego), a przyczyną powstałych trudności w terminowym dotarciu na miejsce zdarzenia ZRM było niewykorzystanie odpowiednich funkcjonalności systemu teleinformatycznego będącego do dyspozycji zespołu (aplikacja „Auto Mapa”,

⁴⁰ Dz. U. Nr 209, poz. 1382.

⁴¹ Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm. Od dnia 1 lipca 2011 r. w tym zakresie obowiązuje ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 217 ze zm.).

⁴² Dz. U. Nr 77, poz. 525.

która umożliwiała wskazanie miejsca zdarzenia nawet po utracie dostępu do łącza „GPRS”). Sprawa została przekazana do Prokuratury Rejonowej w Nowym Targu.

Z kolei pismo Ministra Zdrowia z 17 grudnia 2012 r. przekazywało Wojewodzie artykuł prasowy z portalu „Gazeta.pl” w sprawie zdarzenia w Niepołomicach w dniu 12 grudnia 2012 r. (skierowania przez dyspozytora medycznego ZRM S w miejsce ZRM P, co skutkowało opóźnieniem dotarcia ZRM na miejsce zdarzenia). Wyjaśnienie z 19 grudnia 2012 r. Wojewody wskazywało na „nieracjonalną decyzję dyspozytora medycznego, która skutkowałą opóźnieniem dotarcia ZRM na miejsce zdarzenia”.

W dniu 4 czerwca 2013 r. do MUW wpłynęło pismo z Departamentu Nadzoru, Kontroli i Skarg Ministerstwa Zdrowia przekazujące anonimowe pismo z 13 maja 2013 r. w sprawie zastrzeżeń do realizowania świadczeń przez Krakowskie Pogotowie Ratunkowe. Wskazywano m.in. na niezgodności czasu pracy personelu medycznego (rozpoczynanie pracy w dwóch różnych, oddalonych od siebie znacznie miejscach w tym samym czasie), świadczenie ciągłej pracy w „systemie kontraktowym” w wymiarze czasu przekraczającym 36 godzin oraz awaryjności obsługi nr 112. W odpowiedzi Dyrektor WPS MUW, udzielonej na podstawie stanowiska Dyrektora Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego (z marca 2013 r.), wskazała, że nie znaleziono potwierdzenia dla występowania w tej jednostce negatywnych sytuacji, które opisane zostały w ww. skardze.

Wojewoda Małopolski prowadził również korespondencję z ministrami: zdrowia, administracji i cyfryzacji oraz spraw wewnętrznych i administracji – dotyczącą organizacyjnych aspektów działania systemu PRM.

(dowód: akta kontroli str. 196, 288-295)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność Wojewody w zakresie sprawowania nadzoru nad środkami finansowymi przekazywanymi do MOW NFZ na finansowanie ratownictwa medycznego oraz nadzoru nad tym systemem w Małopolsce. Wojewoda każdorazowo przeprowadzał postępowania wyjaśniające w celu rozwiązania zgłaszanych mu problemów z funkcjonowaniem systemu PRM.

IV. Uwagi i wnioski

W związku z niestwierdzeniem nieprawidłowości Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Krakowie odstępuje od formułowania uwag i wniosków pokontrolnych, o których mowa w art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli⁴³.

⁴³ Dz. U. z 2012 r., poz. 82 ze zm.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

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 Krakowie.

W związku z niesformułowaniem uwag i wniosków NIK nie oczekuje informacji w trybie art. 62 ustawy o NIK.