



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Lublinie

LLU.410.021.03.2019

**Pan
Mirośław Brzozowski
Dyrektor Samodzielnej Publicznej
Stacji Pogotowia Ratunkowego
i Transportu Sanitarnego
w Zamościu**

ul. Starowiejska 23
22-400 Zamość

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/19/105 Funkcjonowanie systemu ratownictwa medycznego

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Samodzielna Publiczna Stacja Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego w Zamościu, ul. Starowiejska 23, 22-400 Zamość (dalej: Stacja Pogotowia Ratunkowego, Stacja lub SPR)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Mirosław Brzozowski, Dyrektor SPR od 3 kwietnia 2019 r. W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełnił Alfred Furlepa - od 19.11.2009 r. do 9.11.2018 r. oraz Ryszard Szelaąg - od 10.11.2018 r. do 02.04.2019 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	Przygotowanie i realizacja zadań Państwowego Ratownictwa Medycznego przez dysponentów zespołów ratownictwa medycznego.
Okres objęty kontrolą	Lata 2018 - 2019, z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ¹
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Lublinie
Kontrolerzy	1. Szczepan Olejnik, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LLU/166/2019 z 24 października 2019 r. 2. Agata Wróbel, inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LLU/172/2019 z 8 listopada 2019 r.

(akta kontroli str. 5-8)

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Podejmowane przez Stację działania organizacyjne zapewniły prawidłową realizację zadań Państwowego Ratownictwa Medycznego (dalej: PRM). SPR posiadała wewnętrzne procedury określające sposób postępowania od przyjęcia zgłoszenia o zdarzeniu, przez ustalanie kolejności udzielania pomocy poszczególnym osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, do przekazania pacjenta do zakładu opieki zdrowotnej (dalej: ZOZ). Chociaż Stacja opracowała procedury, o których wprowadzenie zwracał się Wojewoda Lubelski, dotyczące postępowania w sytuacji długiego czasu oczekiwania Zespołów Ratownictwa Medycznego (dalej: ZRM) na przekazanie pacjenta do szpitalnego oddziału ratunkowego lub izby przyjęć, to jednak wobec braku ich akceptacji przez podmioty lecznicze, procedury te nie zostały wdrożone.

Ambulanse wykorzystywane przez Stację do realizacji zadań PRM, były w dobrym stanie technicznym, a ich wyposażenie odpowiadało obowiązującym wymaganiom, podobnie jak wyposażenie stanowisk członków ZRM w miejscu ich stacjonowania. Organizacja dyspozytorni medycznej nie w pełni była zgodna z wymaganiami

¹ Dz. U. z 2019 r. poz. 489, ze zm., dalej: ustawa o NIK.

² Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie organizacji dyspozytorni³, z uwagi na niezapewnienie rezerwowego stanowiska dyspozytorskiego.

Zatrudnieni ratownicy medyczni, pielęgniarki i lekarze spełniali wymagania do świadczenia usług zdrowotnych w ramach PRM. Stan zatrudnienia pracowników SPR, w grupie zawodowej lekarzy, nie zabezpieczał potrzeb Stacji, która nie dysponowała rezerwą w tej grupie zawodowej, co skutkowało w przypadku absencji lekarza, w 12 przypadkach w badanym okresie, niezapewnieniem wymaganego składu specjalistycznego ZRM.

Spośród ponad 147 tys. połączeń odebranych w dyspozytorni medycznej, w latach 2017-2019 (za III kw.), do dalszego procedowania przekazano prawie 136 tys. zgłoszeń. Ponad 44 tys. z nich okazało się niezasadne (32,5%). W latach tych ZRM wyjeżdżały ponad 48 tys. razy. Wyjazdy, które nie dotyczyły przypadków nagłego zagrożenia zdrowotnego stanowiły w 2018 r. - 12,4%, w 2019 r. (za III kw.) - 11,04% zrealizowanych przez SPR wyjazdów.

ZRM docierał na miejsce zdarzenia, w przypadku wyjazdów do miast powyżej 10 tys. mieszkańców, średnio po około 7 min 30 s, a poza tymi miastami po 15 min i 50 s. Dopuszczalny czas dotarcia na miejsce zdarzenia określony w art. 24 ust. 1 pkt 3 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym⁴ przekroczone w przypadku 6% wyjazdów do miast powyżej 10 tys. mieszkańców i 31% poza tymi miastami⁵. Stwierdzono również przypadki przekroczenia dopuszczalnego czasu obsługi zgłoszeń alarmowych, czasu zadysponowania ZRM oraz czasu wyjazdu ZRM do miejsca zdarzenia.

Wyraźnemu skróceniu w tych latach uległ maksymalny czas interwencji ZRM, od przyjęcia zgłoszenia do przekazania pacjenta do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego/ Izby Przyjęć (dalej: SOR/IP), z 13 h 17 min 39 s w 2017 r. do 2 h 38 min 23 s w 2019 r. w przypadku wyjazdów do miast powyżej 10 tys. mieszkańców i w przypadku pozostałych miast z 16 h 8 min 35 s w 2017 r. do 7 h 38 min 41 s w 2019 r.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

OBSZAR

Przygotowanie i realizacja zadań Państwowego Ratownictwa Medycznego przez dysponentów zespołów ratownictwa medycznego

Opis stanu faktycznego

1. Stacja Pogotowia Ratunkowego⁶ realizowała umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – ratownictwo medyczne⁷ (dalej: umowa z 2019 r.), wspólnie z innymi podmiotami w ramach konsorcjum⁸, którego była liderem. Obszar działania

³ Rozporządzenie z dnia 12 października 2018 r. w sprawie organizacji dyspozytorni medycznej (Dz. U z 2018 r. poz. 2001).

⁴ Ustawa z 8 września 2006 r. (Dz. U. z 2019 r. poz. 993, ze zm.)

⁵ Zgodnie z art. 24 ust 1 pkt 3 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym maksymalny czas dotarcia nie może być dłuższy niż 15 min. w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców i 20 min. poza miastem powyżej 10 tysięcy mieszkańców.

⁶ Podmiot leczniczy niebędący przedsiębiorcą, działający w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, dla którego podmiotem tworzącym jest Samorząd Województwa Lubelskiego.

⁷ Umowa zawarta w dniu 29 marca 2019 r. z Wojewodą Lubelskim, na którego rzecz i w imieniu działał Narodowy Fundusz Zdrowia – Lubelski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej: NFZ).

⁸ Umowa Konsorcjum zawarta 21.02.2019 r. pomiędzy Stacją Pogotowia Ratunkowego; Samodzielnym Publicznym Zespołem Opieki Zdrowotnej w Hrubieszowie; Samodzielnym Publicznym Zespołem Zakładów Opieki Zdrowotnej w Janowie Lubelskim; Samodzielnym Publicznym Zespołem Opieki Zdrowotnej w Tomaszowie Lubelskim.

konsorcjum obejmował Zamojski rejon operacyjny⁹, określony w Planie działania Systemu PRM dla województwa lubelskiego, obowiązującym od 1 kwietnia 2019 r. SPR w ramach konsorcjum zobowiązana była zapewnić nieprzerwaną gotowość Dyspozytorni Medycznej w Zamościu do przyjmowania zgłoszeń alarmowych, dysponowania ZRM oraz wykonywania innych zadań dyspozytorni medycznej określonych przepisami prawa. Spośród 15 podstawowych ZRM (dalej: ZRM „P”), i jednego udzielającego czasowo świadczenia (dalej: ZRM „P-CZ”) oraz siedmiu specjalistycznych ZRM (dalej: ZRM „S”) przewidzianych w umowie z 2019 r., SPR zobowiązana była wykonywać zadania ośmiu ZRM „P”, ZRM „P-CZ” i trzech ZRM „S”. Zespoły SPR stacjonowały w Zamościu (jeden ZRM „S”, trzy ZRM „P” i ZRM „P-CZ”), w Krasnobrodzie (ZRM „P”), w Miączynie (ZRM „P”), w Szczepieszynie (ZRM „S”), w Biłgoraju (dwa ZRM „P”), we Frampolu (ZRM „P”) i w Tarnogrodzie (ZRM „S”).

(akta kontroli str. 8-86)

W okresie realizacji umowy z 2019 r. SPR posiadała ważną umowę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z prowadzoną działalnością oraz posiadanym mieniem. Do dnia 10.12.2019 r. SPR podpisała 13 aneksów do umowy z 2019 r., z których sześć dotyczyło aktualizacji danych potencjału wykonawczego przeznaczonego do realizacji umowy. Zmiany polegały głównie na dodaniu/zmianie pojazdu przypisanego do ZRM, modyfikacji wyróżnika współrealizatora wykazywanego przy danym pojeździe przypisanego do ZRM, potencjału osób personelu medycznego. SPR zgodnie z umową, na bieżąco aktualizowała dane o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy. Zmiany były zgłaszane do NFZ za pomocą udostępnionego przez NFZ Systemu Zarządzania Obiegiem Informacji oraz w miesięcznych sprawozdaniach przekazywanych do NFZ.

Wartość umowna świadczonych usług w okresie od dnia 01.04.2019 r. do dnia 31.12.2019 r., na dzień podpisania umowy wynosiła maksymalnie 19 960 944 zł, w tym wartość świadczeń udzielanych przez ZRM „P” 11 919 600 zł i ZRM „S” 7 946 400 zł oraz świadczenia udzielane czasowo przez ZRM „P-CZ” - 94 944 zł¹⁰.

Zgodnie z aneksem do umowy z 18.11.2019 r. wartość umowy wzrosła do 23 671 274,75 zł, w tym wartość świadczeń udzielonych przez ZRM „P” do 12 393 288 zł, ZRM „S” do 7 314 816 zł i ZRM „P-CZ” do 142 416 zł.

Ceny jednostki rozliczeniowej określone w umowie nie zmieniły się dla świadczeń udzielanych przez ZRM „P” - 3 096 zł, ZRM „S” - 4 128 zł, zmieniły się natomiast ceny jednostki rozliczeniowej dla ZRM „P-CZ” – z 1 032 zł na 1 548 zł¹¹.

Wprowadzone aneksem z 05.08.2019 r. zmiany wartości usług świadczonych przez ZRM „S” i ZRM „P” wynikają ze zwiększenia dla ZRM „P” (z 3 850 jednostek rozliczeniowych) i odpowiedniego zmniejszenia dla ZRM „S” (z 1 925 jednostek rozliczeniowych) liczby jednostek rozrachunkowych o 153.

Ponadto zmiany wartości umowy, wynikały z:

- realizacji postanowień określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach, dotyczących wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek i położnych, w wysokości 970 166,75 zł;
- realizacji postanowień § 2 ust. 4 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 4 stycznia 2019 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2019 r. poz. 34) w wysokości 2 850 588 zł.

⁹ Obszary działania ZRM poszczególnych uczestników Konsorcjum określone w Planie Działania Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne dla województwa lubelskiego, obowiązującym przed 1.04.2019 r.

¹⁰ 92 liczba jednostek rozliczeniowych x 1 032 zł (cena jednostki rozliczeniowej).

¹¹ W związku ze zwiększeniem liczby godzin dostępności.

Stawki dla poszczególnych typów ZRM obowiązujące w 2018 r. i 2019 r. (I kw.) w porównaniu do stawek określonych w umowie z 29.03.2019 r. były wyższe i wynosiły dla ZRM „P” 3 343 zł i ZRM „S” 4 281 zł.

(akta kontroli str. 44-47, 64, 87-154)

2. W Stacji Pogotowia Ratunkowego obowiązywały wewnętrzne procedury m.in. Wypełnianie dokumentacji (P-SZJ/006 od 2011 r.), Przyjmowanie wezwań przez dyspozytora medycznego (P-SZJ/010 od 2014 r.), Dysponowanie ZRM (P-SZJ/011 od 2014 r.), Transport i przekazanie pacjenta z miejsca zdarzenia do ZOZ (SOR/IP) oraz transport sanitarny (P-SZJ/013 od 2014 r.). W procedurze Prowadzenie medycznych czynności ratunkowych na miejscu zdarzenia (P-SZJ/012 od 2015 r.) określono standardy postępowania zespołu ratownictwa medycznego i kierującego akcją medyczną, w tym zasady ustalania kolejności udzielania pomocy poszczególnym osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego (segregacji medycznej) i ich transportu. Wprowadzone procedury nie podlegały zmianom w okresie objętym kontrolą.

Pismem z 22 marca 2017 r. Wojewoda Lubelski zwrócił się o opracowanie i wdrożenie przez dysponentów ZRM procedur postępowania w sytuacji długiego czasu oczekiwania ZRM na przekazanie pacjenta do SOR/IP. W odpowiedzi SPR opracowała w kwietniu 2017 r. Procedurę postępowania – przekazanie pacjenta przez ZRM na SOR/IP¹², którą przekazała do konsultacji kierownictwa SOR oraz kierownictwa szpitali posiadających izbę przyjęć z rejonu operacyjnego Stacji¹³. Po akceptacji przez te podmioty procedura miała wejść w życie i zostać przekazana do stosowania personelowi ZRM, SOR/IP. Procedura nie została jednak zaakceptowana przez część szpitali, które zgłosiły zastrzeżenia¹⁴.

(akta kontroli str.163-197, 526-544)

Zgodnie z wyjaśnieniami Dyrektora SPR, przypadki długiego czasu oczekiwania na przekazanie pacjenta przez ZRM do SOR/IP, w Zamościu występują sporadycznie, a w Biłgoraju każdy taki przypadek analizowany jest przez Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa Stacji i on podejmuje interwencje w takich sprawach. Stacja nie prowadzi wykazu takich przypadków, ani ich analizy.

O sposobie jak najszybszego transportu pacjenta na SOR lub Izbę Przyjęć decyduje Kierownik ZRM i to on podejmuje decyzję w zależności od stanu zdrowia pacjenta (na sygnał lub nie). W niektórych przypadkach (zawał) wykorzystywana jest też

¹² Zgodnie z procedurą: decyzję o transporcie pacjenta do zakładu opieki zdrowotnej podejmuje kierownik ZRM; Kierownicy ZRM posiadają wiedzę o oddziałach szpitalnych funkcjonujących w podmiotach leczniczych w rejonie operacyjnym Stacji i zgodnie z tą wiedzą pacjent powinien być transportowany bezpośrednio do szpitala właściwego dla choroby lub urazu pacjenta. Kierownik ZRM, przed transportem pacjenta do szpitala, uzyskuje od dyspozytora medycznego informację o ewentualnym braku miejsc w szpitalu. Personel SOR/IP powinien niezwłocznie przyjąć pacjenta potwierdzając dokładny czas przyjęcia pacjenta na SOR/IP w dokumentacji ZRM i tym samym zwolnić ZRM. Odmowa przyjęcia przez lekarza SOR/IP transportowanej osoby wymaga potwierdzenia odmowy w Karcie Medycznych Czynności Ratunkowych ZRM wraz z podaniem uzasadnienia oraz godziny odmowy. Członkowie ZRM skrupulatnie i zgodnie ze stanem faktycznym odnotowują (statusy i dokumentacja medyczna) czasy: wyjazdu z bazy, dotarcia na miejsce zdarzenia, wyjazdu z miejsca zdarzenia i przyjazdu na SOR/IP (karta drogowa), przekazania pacjenta na SOR/IP, powrotu do miejsca wyczekiwania.

¹³ Procedurę przekazano m.in. do ARION Szpitala sp. z o.o.; Zamojskiego Szpitala Niepublicznego Sp. z o.o.; Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Szczepieszynie.

¹⁴ Arion Szpitala Sp. z o.o. przedstawił propozycję, aby wprowadzić m.in. treści: „Pacjenci powinni być transportowani do placówek adekwatnych do schorzenia i o odpowiednim stopniu referencyjności do diagnostyki i leczenia takich chorych, np.: dzieci po urazach, zwłaszcza ze zdarzeń drogowych – transport powyższych pacjentów powinien się odbyć do placówki posiadającej oddział chirurgii dziecięcej”; „W szczególnych sytuacjach (po uprzednim poinformowaniu przez szpital o zaistniałej sytuacji wszystkie zainteresowane strony m.in. Koordynatora RM, SPSPRITS), np. czasowe zamknięcie oddziału z powodów epidemiologicznych, awaria sprzętu diagnostycznego (CT) lub innych przypadkach, w których placówka nie może zapewnić prawidłowego zaopatrzenia pacjenta, ZRM powinien transportować chorych do szpitali, w których może być wdrożona prawidłowa i specjalistyczna diagnostyka i leczenie.

teletransmisja danych do oddziału kardiologii Szpitala Jana Pawła II w Zamościu.

SPR nie prowadziła odrębnej ewidencji czasu przyjazdu na podjazd SOR/IP i czasu przekazania pacjenta do SOR/IP. W Stacji prowadzone są karty drogowe gdzie odnotowywany jest czas przyjazdu na podjazd SOR/IP, czas przekazania pacjenta na SOR/IP jest natomiast odnotowywany w Karcie Zlecenia Wyjazdu (dalej: KZW).

(akta kontroli str. 406-407)

3. Stacja w latach 2017-2019 (za III kw.) posiadała trzy ZRM „S”, osiem ZRM „P”, jeden ZRM „P-CZ” oraz dwa ZRM „P” stanowiące dodatkowe ZRM możliwe do uruchomienia maksymalnie w ciągu jednej godziny w wypadkach zdarzeń o charakterze nadzwyczajnym, wyposażone w specjalistyczne środki transportu sanitarnego. Liczba i rodzaj ZRM zgodne były z umowami o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – ratownictwo medyczne. Od kwietnia 2019 r. SPR świadczyła usługi wspólnie z innymi świadczeniodawcami, którzy zgodnie z umową z NFZ dysponowali czterema ZRM „S” oraz siedmioma ZRM „P”. W latach 2017-2019 liczba miejsc stacjonowania ZRM Stacji nie zmieniła się, zlokalizowane one były w siedmiu miejscach w rejonie operacyjnym 0611 (zamojski, w tym biłgorajski). W 2019 r. ZRM współwykonawców (stacjonujące w siedmiu innych miejscach) oraz ZRM SPR obejmowały rejon operacyjny Zamojski¹⁵.

Na wyposażeniu SPR pozostawało 18 ambulansów, w tym trzy „S”¹⁶ i dziewięć „P”¹⁷, pozostałe sześć ambulansów stanowiły samochody rezerwowe, wykorzystywane w przypadku awarii ambulansów ZRM. Ambulanse SPR były w dobrym stanie technicznym, w większości nie starsze niż trzy lata, z wyjątkiem rezerwowych, które wyprodukowane zostały w 2013 r. i latach wcześniejszych¹⁸. Jak poinformował Dyrektor SPR, nie występowały problemy z nabyciem ambulansów spełniających kryterium dopuszczalnej masy całkowitej do 3,5 tony.

(akta kontroli str. 8-30, 304-305, 351-352, 407)

4. Stan wyposażenia ambulansów ZRM był zgodny z wymogami określonymi przez Prezesa NFZ tj. w załączniku nr 3 do zarządzenia Nr 14/2019/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 7 lutego 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ratownictwo medyczne oraz wytycznymi Ministerstwa Zdrowia, dotyczącymi wyposażenia ambulansów w leki ujęte w załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 kwietnia 2016 r. w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być podejmowane przez ratownika medycznego¹⁹. W wyniku oględzin ambulansu wykorzystywanego przez ZRM „S” stwierdzono, że był on wyposażony m.in. w urządzenia do transportu chorych i udzielania im pomocy, tj. nosze transportowe z systemem wspomagającym podnoszenie i załadunek, krzeselko kardiologiczne z systemem płozowym, defibrylator będący jednocześnie kardiostymulatorem zewnętrznym, monitorem kardiologicznym, niezbędne urządzenia łączności.

(akta kontroli str. 302)

¹⁵ Rejon operacyjny pn. Zamojski określony w Planie Działania Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne dla województwa lubelskiego z 1 kwietnia 2019 r., obejmował obszary działania ZRM poszczególnych uczestników Konsorcjum określone w Wojewódzkich planach działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne dla województwa lubelskiego z marca 2018 r.

¹⁶ Dwa samochody z 2016 r. o przebiegu 140 tys. kilometrów i 189 tys. kilometrów i jeden samochód z 2017 r. o przebiegu 90 tys. kilometrów.

¹⁷ Jeden samochód z 2011 r. o przebiegu 259 tys. km, jeden z 2013 r. – 243,5 tys. km, jeden z 2014 r. – 296 tys. km, trzy z 2016 r. – 149 tys. km; 194,5 tys. km 204,7 tys. km; jeden z 2017 r. – 82,5 tys. km oraz dwa z 2019 r. – 19 i 25 tys. km.

¹⁸ Jeden z 2013 r. o przebiegu 353 tys. km, cztery z 2011 r. o przebiegu średnio ok. 330 tys. km i jeden z 2009 r. o przebiegu 362 tys. km.

¹⁹ Dz. U. z 2016 r. poz. 587, ze zm.

W Stacji na osiem ZRM „P” dwa funkcjonowały jako dwuosobowe. Pozostające na wyposażeniu tych ZRM ambulanse wyposażone były m.in. w krzeselka kardiologiczne z systemem płozowym i przyrządy do automatycznego masażu klatki piersiowej.

Zgodnie z wyjaśnieniem Dyrektora SPR, brak trzeciej osoby w zespole ratunkowym prowadzi do pogorszenia rokowań pacjentów: w czasie transportu do szpitala jeden ratownik nie jest w stanie, podczas gdy drugi prowadzi ambulans, zabezpieczyć pacjenta. Ambulans może się zatrzymać, ale powoduje to wydłużenie czasu dotarcia na SOR/IP; jakość prowadzonej resuscytacji (uciśnięcia klatki piersiowej) w zespole dwuosobowym jest gorsza niż w zespole trzyosobowym; w przypadku postępowania z pacjentem urazowym (np. w wypadku komunikacyjnym) wykonywanie wszystkich procedur w zespole dwuosobowym wydłuża czas potrzebny do prawidłowego zabezpieczenia pacjenta i przekazania go do szpitala; z uwagi na brak trzeciej osoby w zespole ratunkowym, zwiększa się przeciążenie ratownika w zespole dwuosobowym, ponieważ podczas przenoszenia pacjenta dodatkowo ZRM obciążony jest niezbędnym sprzętem medycznym.

(akta kontroli str. 496)

5. Wyposażenie stanowisk pracy członków ZRM w miejscu ich stacjonowania²⁰ było zgodnie z § 10 ust. 2 rozporządzenia w sprawie Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego²¹ (dalej: SWD PRM). W skład wyposażenia stanowiska pracy członków zespołów ratownictwa medycznego w miejscu ich stacjonowania wchodziło m.in. stacja robocza z monitorem umożliwiającym korzystanie z SWD PRM; drukarka współpracująca ze stacją roboczą, drukująca na formacie połączenie z Internetem, telefon stacjonarny; radiotelefony.

(akta kontroli str. 303)

6. Stacja nie wykorzystywała ZRM do innych zadań niezwiązanych z PRM, tj. dotyczących realizacji zleceń od innych podmiotów, czy świadczeń opieki zdrowotnej w innych rodzajach świadczeń.

SPR udzielała świadczeń zdrowotnych w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny, za pośrednictwem wyjazdowych zespołów sanitarnych typu „N”. Usługi transportu sanitarnego, tj. przewóz osób albo materiałów biologicznych i materiałów wykorzystywanych do udzielania świadczeń zdrowotnych, wymagających specjalnych warunków transportu, świadczone karetką „T” transportową. Usługi te wykonywano na podstawie umów z NFZ lub innymi podmiotami.

Zgodnie z Regulaminem SPR, Stacja nie udziela świadczeń zdrowotnych z zakresu nocnej i świątecznej podstawowej opieki zdrowotnej w związku z brakiem kontraktu z NFZ na udzielanie tych świadczeń.

(akta kontroli str. 317, 318)

7. Według stanu na koniec września 2019 r. świadczenia opieki zdrowotnej w SPR w ramach systemu PRM udzielane były przez 19 lekarzy, 30 pielęgniarek i 133 ratowników medycznych. Osoby te spełniały wymogi pielęgniarki systemu, ratownika medycznego oraz lekarza systemu, określone w art. 3 i art. 10 ustawy o PRM.

Dyrektor SPR poinformował, że w lutym 2019 r. podpisana została umowa „konsorcjum” z innymi dysponentami ratownictwa medycznego na realizację

²⁰ Miejsce oczekiwania ZRM i karetki na zadysponowanie.

²¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 lipca 2019 r. w sprawie Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego (Dz. U. z 2019 poz. 1310).

świadczeń ratownictwa medycznego. Stacja, jako lider konsorcjum przekazuje do NFZ informację na temat zatrudnienia pracowników realizujących te świadczenia i tylko w tym zakresie posiada wiedzę na temat innych miejsc pracy i godzin przepracowanych w miesiącu przez poszczególnych pracowników. Dyrektor SPR nie posiadał innych informacji o świadczeniu pracy przez pracowników Stacji u innych pracodawców. Poinformował, że nie wystąpiły przypadki, aby pracownik obejmujący dyżur wykonywał go w sposób niewłaściwy.

Analiza godzin pracy ratowników medycznych (sześciu) w SPR, którzy zgłosili dyspozycyjność ponad 50 godzin tygodniowo wykazała, że w przypadku ratowników na tzw. kontrakcie, największa średnia liczba przepracowanych miesięcznie godzin od stycznia do września 2019 r. wynosiła kolejno 249,7 h, 242,9 h, 205,9 h. W pozostałych przypadkach średnia ta wyniosła 144, 149 i 157 godzin miesięcznie. W przypadku pielęgniarek systemu średnia liczba godzin miesięcznie nie przekroczyła 170²². Analiza liczby przepracowanych godzin od stycznia do września 2019 r., przez lekarzy (na tzw. kontrakcie), deklarujących dyspozycyjność ponad 48 godzin tygodniowo, w jednym przypadku wykazała, że średnia miesięczna liczba przepracowanych godzin wyniosła 326 godzin oraz kolejno 240, 147 godzin i w pozostałych poniżej 100 godzin miesięcznie.

Nie stwierdzono przypadków aby ratownicy medyczni, lekarze, pielęgniarki systemu byli zatrudnieni w Stacji na podstawie umowy o pracę i jednocześnie wykonywali usługi dla SPR na podstawie innych umów.

(akta kontroli str. 353-369, 397-403, 407, 409, 496)

Dyrektor Stacji wyjaśnił, że, nie odnotowano przypadków przerw w dyspozycyjności ZRM wskutek braku personelu medycznego. Zdarzyły się przypadki braku lekarza (choroba) w ZRM „S” jednak funkcjonował on, jako ZRM „P”. O takich przypadkach zawsze informowany jest NFZ. W roku 2019 było dziewięć takich przypadków (brak lekarza). Z uwagi na brak rezerwy lekarzy w Stacji, działania celem zapobieżenia występowaniu takim przypadkom, ograniczały się do ogłaszania wolnych stanowisk pracy dla lekarzy. Stan zatrudnienia w poszczególnych grupach zawodowych systemu ledwo zabezpiecza potrzeby Stacji. Problemy z tym związane wynikają z częstych zwolnień lekarskich i szkoleń pracowników etatowych. Największy problem stanowią zwolnienia lekarskie, jeśli chodzi o lekarzy i dyspozytorów medycznych, nie ma rezerw w zabezpieczeniu ich braków. W celu rozwiązania tych problemów ogłaszane są konkursy na lekarza systemu i ratownika medycznego.

(akta kontroli str. 407)

8. Ratownicy medyczni wypełniali obowiązek stałego aktualizowania wiedzy i umiejętności, a SPR monitorowała wypełnianie tego obowiązku.

SPR monitorowała wypełnianie przez ratowników medycznych, zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, obowiązku doskonalenia zawodowego. Prowadzono elektroniczny rejestr szkoleń, w którym zawarto informacje dotyczące okresu edukacyjnego, udziału w kursie doskonalącym, udziału w szkoleniach organizowanych przez SPR oraz zewnętrznych, liczby zdobytych punktów za poszczególne szkolenia i łącznie. Zgodnie z oświadczeniem pracownika kadr SPR, w oparciu o prowadzony rejestr na podstawie złożonych zaświadczeń o odbytych szkoleniach i przekazanych informacji przez ratowników medycznych, monitorowano wypełnianie obowiązku podnoszenia kwalifikacji przez pracowników zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, w razie potrzeby informowano o zbliżającym się końcu okresu edukacyjnego i potrzebie odbycia dodatkowych szkoleń celem

²² W przypadku pielęgniarki na tzw. kontrakcie średnia miesięczna liczba godzin przepracowanych w 2019 r. wyniosła 168,6; natomiast w przypadkach pielęgniarek na umowę o pracę liczba ta wynosiła średnio 140.

uzyskania wymaganych punktów szkoleniowych. Ratownicy medyczni składali zaświadczenia i informacje o odbytych szkoleniach, na prośbę pracowników kadr SPR, celem umożliwienia monitoringu realizacji ustawowego obowiązku podnoszenia kwalifikacji zawodowych.

Analiza akt osobowych dziesięciu ratowników medycznych wykazała w większości przypadków (7/10) komplet zaświadczeń o odbytych szkoleniach prowadzonych przez podmioty zewnętrzne, wykazanych w Kartach Doskonalenia Zawodowego Ratownika Medycznego (dalej: KDZ). W siedmiu przypadkach w KDZ wskazano odbycie, co najmniej trzech szkoleń wewnętrznych prowadzonych przez pracowników SPR.

We wszystkich aktach osobowych znajdowały się oryginały lub kopie KDZ za wcześniejszy okres edukacyjny. Ratownicy medyczni, którym kończy się okres edukacyjny w 2019 r. (33 ratowników) złożyli w SPR swoje KDZ, celem ich weryfikacji i przekazania Wojewodzie Lubelskiemu.

W badanym okresie SPR zorganizowała dla ratowników medycznych cztery szkolenia zewnętrzne²³, za które zapłaciła łącznie 27,3 tys. zł, ze środków finansowych otrzymanych z Urzędu Marszałkowskiego na podstawie umów na pokrycie kosztów kształcenia i podnoszenia kwalifikacji osób wykonujących zawody medyczne.

(akta kontroli str. 370-396)

9. SPR prawidłowo i terminowo wypłacała dodatki do wynagrodzeń dla ratowników medycznych i dyspozytorów medycznych²⁴. W przypadku ratowników medycznych i dyspozytorów medycznych udzielających świadczeń zdrowotnych w rodzaju Ratownictwo Medyczne na podstawie umów cywilnoprawnych, dodatki te obliczano, jako iloczyn liczby przepracowanych godzin w miesiącu według uzgodnionego harmonogramu oraz ustalonej w danym miesiącu stawki dodatku za 1 godzinę dyżuru. W 2019 r. SPR dwukrotnie dokonała wypłat dodatków do wynagrodzeń dla ratowników medycznych i dyspozytorów medycznych zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, po terminie określonym w Regulaminie Pracy²⁵ (dodatki do wynagrodzeń za kwiecień 2019 r. w kwocie 84.485,31 zł brutto wypłacono 29.05.2019 r. i za październik 2019 r. 87.462,11 zł wypłacono 21.11.2019 r.).

Dyrektor wyjaśnił, że opóźnienia w wypłacie dodatków do wynagrodzenia wynikały z późniejszego dostarczenia aneksów do umowy przez NFZ. Stacja po otrzymaniu aneksów niezwłocznie wypłaciła należne ratownikom medycznym i dyspozytorom medycznym dodatki.

(akta kontroli str. 586-588, 660-700)

10. W kontrolowanym okresie wystąpiło 12 przypadków braku możliwości zapewnienia prawidłowej obsady dla ZRM „S”, z powodu braku lekarza w składzie ZRM. O faktach tych, każdorazowo informowano NFZ.

Stacja prowadzi rejestr pism dotyczących zadysponowania ZRM „S” jako „P” z powodu braku lekarza w składzie zespołu. Nie prowadzi ewidencji wysłania na

²³ W 2018 r.: „Specjalistyczne zabiegi resuscytacyjne u osób dorosłych”, w którym udział wzięło 43 ratowników i „Wypadki masowe i katastrofy” – 80 ratowników.

W 2019 r.: „Odbieranie porodu nagłego oraz resuscytacja świeżorodka” - 46 ratowników i „Wypadki masowe i katastrofy” – 40 ratowników.

²⁴ Ustalono na podstawie listy płac za miesiąc sierpień 2019 r. (nr L19008NFR z dnia 06.09.2019 r.) oraz zapisów w księgach rachunkowych w zakresie rozrachunków z pracownikami.

²⁵ Według § 64 ust. 2 Regulaminu Pracy Samodzielnej Publicznej Stacji Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego w Zamościu z dnia 1.02.2012 r. wynagrodzenie przysługujące pracownikowi za dany miesiąc kalendarzowy wypłaca się z dołu w dniu 10 następnego miesiąca kalendarzowego, a jeżeli ten dzień jest wolny od pracy, wynagrodzenie wypłaca się w dniu poprzedzającym – w godzinach od 10:00 do 14:00.

miejsce zdarzenia Państwowej SP lub Ochotniczej SP. W 2018 r. wystąpiły trzy przypadki braku lekarza do zapewnienia pełnego składu ZRM „S”²⁶, natomiast w 2019 r. do dnia 19.11.2019 r. dziewięć przypadków²⁷. Do końca czerwca 2019 r. SPR w przypadku zadysponowania ZRM „S” jako „P” nie otrzymywała środków finansowych za godziny udzielania świadczeń opieki zdrowotnej takiego ZRM. Od lipca 2019 r., w przypadku wystąpienia takich sytuacji, NFZ nakłada kary umowne w wysokości odpowiadającej różnicy pomiędzy stawką ryczałtu dobowego ZRM „S”, a ZRM „P”, proporcjonalnie do czasu w jakim zespół specjalistyczny funkcjonował bez lekarza oraz egzekwuje proporcjonalny zwrot środków finansowych za godziny świadczenia opieki zdrowotnej bez lekarza systemu. Nałożone i zapłacone kary w czterech przypadkach mających miejsce od lipca do początku października 2019 r. wyniosły 2 730,50 zł.

(akta kontroli str. 464, 478-489, 545-548)

Analiza wybranych 55 wyjazdów ZRM w październiku 2019 r. wykazała, że wszystkie wyjazdy ZRM „P” odbyły się we właściwym składzie²⁸, zespół był dwu lub trzysobowy, a kierownikiem zespołu była pielęgniarka lub ratownik medyczny posiadający, co najmniej 5-letnie doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Natomiast w przypadku wyjazdów ZRM „S”, w czterech przypadkach kierownikiem zespołu była pielęgniarka²⁹, pozostałe wyjazdy były zrealizowane przez trzysobowe zespoły, w których kierownikiem był lekarz systemu. O wszystkich przypadkach, w których na miejsce zdarzenia zadysponowany został ZRM „S” jako „P” stacja poinformowała NFZ.

(akta kontroli str. 419-454, 464)

Zgodnie z informacją z Komendy Miejskiej Państwowej Straży Pożarnej w Zamościu, w latach 2018–2019 jednostki ochrony przeciwpożarowej (dalej: JOP) w 5 przypadkach przewiozły pacjentów w związku z koniecznością udzielenia im pomocy przez ZRM, a w 23 przypadkach były wzywane do pomocy ZRM przy przenoszeniu pacjenta. Przypadki podjęcia interwencji przez JOP w związku z brakiem możliwości zadysponowania ZRM na miejsce zdarzenia nie wystąpiły.

(akta kontroli str. 580)

11. ZRM w poszczególnych latach 2017–2019 (za III kw.) wyjeżdżały na miejsce zdarzenia odpowiednio 11 403; 23 104 i 13 514 razy³⁰. Mediana czasu dotarcia na miejsce zdarzenia w poszczególnych latach pozostawała na podobnym poziomie i wynosiła w przypadku wyjazdów do miast powyżej 10 tys. mieszkańców ok. 7 min 50 s³¹, a poza tymi miastami ok. 15 min i 50 s³². Liczba wyjazdów przekraczających maksymalny czas dotarcia pozostawała na podobnym poziomie i stanowiła 6% ogółu wyjazdów do miast powyżej 10 tys. i 31% poza tymi miastami. W ww. latach maksymalny czas interwencji ZRM, od przyjęcia zgłoszenia o zdarzeniu do przekazania pacjenta do szpitala, uległ skróceniu. W przypadku wyjazdów do miast powyżej 10 tys. mieszkańców z 13 h 17 min 39 s w 2017 r., przez 5 h 34 min 48 s w 2018 r. do 2 h 38 min 23 s w 2019 r., w przypadku wyjazdów do pozostałych miast

²⁶ W dniach: 1.09.2018 r. w godz. 11.30-15.30; 23.07.2018 r. w godz. 10.50-14.20; 26.07.2018 r. w godz. 11.30-12.30.

²⁷ W dniach 30.04.2019 r. w godz. 10.00-19.00; 2.05.2019 r. w godz. 7.30-7.30 dnia następnego tj. 3.05.2019 i 4.05.2019 r. w godz. 7.30-7.30 5.05.2019 r. i 18.08.2019 r. w godz. 7.30-7.30 19.08.2019 r. i 27.09.2019 r. w godz. 7.30-7.30 28.09.2019 r. i 2.10.2019 r. w godz. 7.30-15.00; 4.10.2019 r. w godz. 7.30-15.30; 2.11.2019 r. w godz. 7.30-19.30; 3.11.2019 r. w godz. 7.30-7.30 4.11.2019 r.

²⁸ Badaniem objęto 30 wyjazdów ZRM typu „P”.

²⁹ Analizie poddano 25 wyjazdów ZRM typu „S”

³⁰ W 2019 r. od stycznia do marca ZRM wyjeżdżały 5 694 razy, a od kwietnia do września 2019 r. ZRM Konsorcjum wyjeżdżały łącznie 7 820 razy.

³¹ W 2017 r. – 00:07:32; w 2018 r. – 00:07:44; w 2019 r. – 00:07:27.

³² W 2017 r. – 00:15:46; w 2018 r. – 00:15:59; w 2019 r. – 00:15:46.

wartości te wyniosły odpowiednio: 16 h 8 min 35 s; 11 h 24 min 22 s i 7 h 38 min 41 s.

(akta kontroli str. 456-460)

12. Niezbędny sprzęt do uruchomienia SWD PRM Wojewoda Lubelski przekazał Stacji w ilości odpowiadającej ilości posiadanych ZRM (11 zestawów: tablet, drukarka, moduł GPS) oraz dodatkowo trzy zestawy przewidziane do ambulansów zapasowych. Wyposażenie dyspozytorni medycznej otrzymano w ilości umożliwiającej utworzenie trzech stanowisk dyspozytorskich (o jedno więcej, niż dyspozytorów na zmianie). Sprzęt do uruchomienia SWD PRM otrzymano na zasadzie użyczenia na czas nieokreślony. Sprzęt znajduje się w ewidencji obcych środków trwałych SPR.

W chwili obecnej drukarki, tablety, oraz komputery dyspozytorskie utraciły gwarancję, wobec czego naprawa, jeżeli jest opłacalna, finansowana jest z własnych środków pieniężnych Stacji. Z tych samych środków pieniężnych pokrywany jest zakup, wraz z nowymi ambulansami, tabletów, drukarek i modułów GPS, które stanowią wyposażenie tych ambulansów.

Zgodnie z informacją Dyrektora SPR, instalacja oraz wdrożenie systemu SWD PRM realizowane było według harmonogramu zgodnie, z którym przedstawiciele Wojewody Lubelskiego dokonywali w obecności upoważnionych pracowników SPR instalacji oraz uruchomienia SWD PRM w miejscach stacjonowania ZRM. W dniu 21 kwietnia 2017 r. dokonano instalacji i uruchomienia SWD PRM w Dyspozytorni Medycznej Zamość przez przedstawicieli Wojewody, w obecności upoważnionych pracowników SPR oraz przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia. Stacja nie dysponuje dokumentami potwierdzającymi powyższe, nie ma też wiedzy o istnieniu takich dokumentów. Weryfikacja poprawności działania elementów SWD PRM oraz montaż i instalacja modułów GPS, stacji dokujących do tabletów oraz drukarek w ambulansach wykonana została przez pracowników SPR.

(akta kontroli str. 556-557, 568-576)

13. Dyspozytorna medyczna SPR znajduje się w wydzielonej części budynku Państwowej Straży Pożarnej w Zamościu, do której dostęp jest ograniczony zewnętrznymi drzwiami wejściowymi, zabezpieczonymi zamkiem na szyfr oraz wewnętrznymi drzwiami zamykanymi na szyfr oddzielającymi korytarz na pierwszym piętrze. Monitoringiem wizyjnym objęte jest wejście do budynku, w którym zlokalizowana jest dyspozytorna oraz wejście na salę dyspozytorni.

W pomieszczeniu dyspozytorni nie ma wydzielonych części: operatorskiej, w której przyjmowane byłyby zgłoszenia alarmowe i powiadomienia o zdarzeniach i dyspozytorskiej, w której obsługiwane byłyby zgłoszenia alarmowe i powiadomienia o zdarzeniach, w tym dysponowanie ZRM na miejsce zdarzenia, po ich przekazaniu przez dyspozytorów przyjmujących.

Zgodnie z wyjaśnieniami Dyrektora SPR, organizacja dyspozytorni oraz warunki lokalowe (dyspozytorna znajduje się w jednym pomieszczeniu) w dużym stopniu ograniczają możliwość zapewnienia odrębnych pomieszczeń dla dyspozytorów przyjmujących zgłoszenia i dyspozytorów wysyłających. W przypadku dużej ilości zgłoszeń zdarza się, że dyspozytor wysyłający również przyjmuje zgłoszenia. W chwili obecnej aplikacja dyspozytorska umożliwia dyspozytorowi wysyłającemu w takich sytuacjach uruchomienie funkcji przyjmowania zgłoszeń.

W pomieszczeniu dyspozytorni zorganizowano trzy stanowiska dyspozytorów, zlokalizowane obok siebie, z zachowaniem zasad ergonomii, nie ma rezerwowego stanowiska dyspozytorskiego. Wprowadzony jest podział na dyspozytora głównego,

przyjmującego i wysyłającego.

Dyspozytornia dysponuje systemem łączności i wyposażona jest w urządzenia techniczne i środki łączności, systemy teleinformatyczne, urządzenia zapewniające ciągłość pracy w przypadku braku zasilania zewnętrznego w energię elektryczną (agregat prądotwórczy i UPS). Na wypadek awarii wprowadzone są procedury zastępowalności, ponadto stanowiska wyposażone są w telefony rezerwowe, konsole telefoniczne, do których podłączony jest kabel internetowy. Dyspozytorzy posiadają system łączności telefonicznej w postaci rezerwowych aparatów telefonicznych, umożliwiających przyjmowanie zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach kierowanych do dyspozytorni oraz dysponowanie zespołami ratownictwa medycznego. Na potrzeby dyspozytorni zapewniony jest dostęp do pomieszczeń socjalnych.

(akta kontroli str. 523-525, 566-567)

14. Zgodnie z danymi pozyskanymi z SWD PRM w latach 2017–2019 (za III kw.) liczba połączeń skierowanych do dyspozytorni medycznej łącznie wyniosła 166 163, z czego 18 864 (13%) połączeń zostało rozłączonych jeszcze przed podjęciem obsługi, a 147 299 odebranych i w 135 857 przypadkach skierowanych do dalszego procedowania. Liczba zgłoszeń skierowanych do dalszego procedowania, które okazały się nieuzasadnione wyniosła 44 164 (32,5%) W poszczególnych latach 2017-2019 (za III kw.) nastąpił wzrost odsetek połączeń nieuzasadnionych, stanowiących w 2017 r. - 27,3%, w 2018 - 33,2%, a w 2019 (za III kw.) - 36,5%. połączeń skierowanych do dalszego procedowania. Średni czas obsługi zgłoszenia wynosił w 2017 r. - 3 min 44 s; w 2018 r. - 3 min, a w 2019 r. (za III kw.) 26 s i 3 min 36 s.

W latach 2018-2019 w SPR nie odnotowano skarg dotyczących odmowy zadysponowania ZRM.

Zgodnie z wyjaśnieniem Dyrektora SPR, dane dotyczące liczby połączeń, czasu obsługi zgłoszeń i liczby zgłoszeń nieuzasadnionych do 2018 r. przekazywano do Lubelskiego Urzędu Wojewódzkiego (dalej: LUW). Po zakończeniu wdrożenia SWD PRM od 2018 r. LUW sam dokonuje analiz działania systemu PRM w oparciu o dane przetwarzane w tym systemie.

(akta kontroli str. 522, 551)

15. SPR, jako administrator SWD PRM, generowała raporty w module raportowym dla potrzeb comiesięcznej sprawozdawczości do NFZ.

Dyrektor Stacji wskazał, że nie ma możliwości pozyskania z tego modułu danych odpowiadających wymogom sprawozdawczości do NFZ pod względem zawartości i formatu, dlatego konieczne było korzystanie z komercyjnych rozwiązań firm zewnętrznych takich jak, np. program KS-PPS firmy Kamsoft. Od początku 2018 r. w SPR nie są generowane raporty dla potrzeb LUW, z uwagi na to, że LUW może samodzielnie dokonywać analiz działania systemu PRM w zakresie funkcjonowania dyspozytorni medycznych i ZRM.

SPR przyjmowała zgłoszenia o incydentach od użytkowników końcowych tj. dyspozytorów medycznych i członków ZRM oraz na bieżąco dokonywała ich weryfikacji. Zgłaszanie awarii i incydentów odbywało się w sposób bezpośredni lub telefonicznie. Głównie dotyczyły one problemów z logowaniem (utrata hasła) oraz ze sprzętem (zawieszanie się tabletów, brak zasięgu GSM, zawieszanie się modemów GSM, awarie drukarek mobilnych, brak komunikacji z drukarkami mobilnymi, brak widoczności satelitów GPS).

Zgodnie z obowiązującymi procedurami przekazanymi przez LUW SPR dokonywała zgłoszeń incydentów do administratora wojewódzkiego (mailowo lub z wykorzystaniem systemu Helpdesk), nie dokonywała natomiast zgłoszeń do administratora centralnego.

Dyrektor wyjaśnił, że zgodnie z procedurami, zachowywano hierarchię przekazywania zgłoszeń: użytkownik końcowy – administrator dysponenta – administrator wojewódzki – administrator centralny, zgodnie z zasadą nakazującą przekazanie zgłoszenia wyżej przy braku możliwości rozwiązania problemu na danym poziomie. SPR, jako administrator SWD PRM, nie dokonywała weryfikacji oraz nie zgłaszała błędów ewidencji miejscowości, ulic i adresów zgodnie z procedurą określającą postępowanie z błędami w systemie, o którym mowa w art. 40 ust. 3e ustawy z dnia 17 maja 1989 r. Prawo geodezyjne i kartograficzne³³, z uwagi na brak sygnałów o tego typu przypadkach od kierowników ZRM.

Dyrektor oceniając SWD PRM pod względem funkcjonalności pozycjonowania miejsca zdarzenia, wskazał na problemy związane z: dokładną lokalizacją miejsca zdarzenia, rozpoznawaniem adresu oraz numeru telefonu, położeniem geograficznym niektórych adresów oraz oddaleniem punktu miejsca wezwania od wskazań na mapie tzw. „namierzanie”, zasięgiem sieci i częstymi awariami systemu. Wyjaśnił ponadto, że w związku z dużym zaangażowaniem w usuwanie awarii sprzętowych i utrzymanie w ciągłym działaniu sprzętu SWD PRM, nie były dokonywane żadne czynności analityczne mające na celu określenie kierunków dalszego rozwoju i modyfikacji SWD PRM.

(akta kontroli str. 583, 595-623, 652-658)

W związku z wprowadzeniem nowego oprogramowania tj. najnowszej wersji SWD PRM nr 27.7 w dniu 15 listopada 2019 r. przez Krajowe Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego w zakresie wdrożenia nowej funkcjonalności dotyczącej logowania się do systemu SWD PRM zespołu ratownictwa medycznego zgodnie z informacją Dyrektora SPR wystąpiły: trzy przypadki, że system uznał ZRM logujący się do SWD PRM za „niepełny” i nadał zespołowi status „niegotowy”. Wynikało to z planowanego braku lekarza w specjalistycznym ZRM, gdzie zespół ten w dalszym ciągu mógł funkcjonować jako zespół podstawowy. W dwóch przypadkach została dokonana zmiana w SWD PRM typu zespołu specjalistycznego na podstawowy. W jednym przypadku pomimo zgłoszenia takiej konieczności w systemie helpdesk odmówiono dokonania takiej zmiany. Dyrektor zaznaczył, że od dyspozytorów posiada informację o możliwości zadysponowania ZRM „S” jako „P” z powodu braku kompletnego składu zespołu „S”. W takich przypadkach nie było możliwości zmiany statusów przez kierownika ZRM, zmiany takiej dokonywał dyspozytor, a czasy były uzupełniane ręcznie na bieżąco przez kierownika ZRM (nie działały statusy).

Stacja nie posiada informacji by awaria systemu SWD PRM w dniu 16 listopada 2019 r. spowodowała reperkusje dla SPR.

Dyrektor SPR poinformował, że głównymi problemami w funkcjonowaniu systemu SWD PRM są: zanikająca łączność, zawieszające się tablety i drukarki, awarie tabletów i drukarek, wyeksploatowanie tabletów i drukarek, nowe reguły walidacji uniemożliwiające dysponowanie ZRM w niepełnym składzie, niedopracowany system raportowania z małą ilością predefiniowanych raportów, konieczność używania zewnętrznego oprogramowania w celu tworzenia raportów do NFZ, awaria systemu SWD PRM 29 listopada 2019 r., brak całodobowego pełnego wsparcia administratorów dysponenta i administratorów wojewódzkich dla użytkowników

³³ Dz.U. z 2019 r. poz. 725, ze zm.

systemu SWD PRM, ze względu na ograniczony czas pracy (administratorzy dysponenta pracują od poniedziałku do czwartku od 7:00–15:00, w piątek od 7:00–12:55, administratorzy wojewódzcy - od poniedziałku do piątku w godz. 7:00–19:00).

Zgodnie z informacją, awaria systemu SWD PRM w dniach 29-30.11.2019 r. wystąpiła pomiędzy godz. 22.20 a 00:06. Administratorzy Stacji o jej wystąpieniu, przyczynach i sposobie naprawy nie byli powiadamiani. Informację dotyczącą awarii otrzymali jedynie dyspozytorzy (wykorzystujący system) drogą e-mailową. Awaria spowodowała brak możliwości pracy w Aplikacji Dyspozytor, jak również brak możliwości pracy przez członków ZRM w Aplikacji Mobilnej na tabletach oraz Aplikacji Miejsca Stacjonowania na komputerach w miejscach stacjonowania ZRM. Naprawa awarii polegała prawdopodobnie na instalacji nowego certyfikatu za pomocą narzędzi zdalnego dostępu i administrowania tabletami oraz komputerami. Spośród 11 tabletów będących na wyposażeniu ZRM jeden nie został naprawiony automatycznie. Naprawiono go ręcznie następnego dnia, tj. 30.11.2019 r. Spośród ośmiu komputerów stacjonarnych, znajdujących się w miejscach stacjonowania ZRM, dwa komputery wymagały ręcznej naprawy, która została dokonana w dniu 2.12.2019 r.

Jak poinformował Dyrektor SPR, w czasie awarii dyspozytorzy przyjmowali zgłoszenia, wydawali dyspozycje ZRM oraz udzielali pomocy ZRM w dotarciu do miejsca zdarzenia drogą telefoniczną lub radiową. Zgłoszenia zapisywali na karty papierowe. Dane o zgłoszeniach i czasie ich realizacji z okresu awarii zostały wprowadzone do systemu zaraz po jego uruchomieniu.

(akta kontroli str. 497, 514-522, 559, 562)

16. Na 950 przyjętych zgłoszeń o kodzie pilności KOD 1³⁴ przyjętych przez dyspozytornię medyczną w październiku 2019 r., w przypadku 331 zgłoszeń (34,8%) przekroczono 120 sekundowy limit na przyjęcie wezwania, po którym powinno nastąpić przekazanie zlecenia wyjazdu do zdarzenia właściwemu ZRM³⁵. W miesiącu tym ogółem zarejestrowano 953 zgłoszeń alarmowych KOD 1, spośród których przyjęto 950 (99,69%). Mediana czasów przyjęcia zgłoszeń tego rodzaju wynosiła 103 s. Mediana czasów zadysponowania ZRM z KOD 1 przez dyspozytora wysyłającego wynosiła 10 s. W 161 (16,9%) przypadkach czasy te były dłuższe niż 30 sekund. Czasy wyjazdu ZRM do miejsca zdarzenia w 526 (55,4%) przypadkach były dłuższe niż 60 sekund, a ich mediana ukształtowała się na poziomie 64 sekund. Najdłuższe czasy zadysponowania ZRM, w 10 przypadkach, wynosiły od 431 do 1556 s, a najdłuższe czasy wyjazdu ZRM o kodzie pilności KOD 1 od 257 do nawet 584 s.

W październiku 2019 r. zarejestrowano również 1969 zgłoszeń alarmowych o kodzie pilności KOD 2³⁶, z których przyjęto 1964 (99,75%)³⁷. Mediany czasów

³⁴ Niezbędny natychmiastowy wyjazd zespołu ratownictwa medycznego o najkrótszym przewidywanym czasie dotarcia na miejsce zdarzenia w związku ze stanem nagłego zagrożenia zdrowotnego wymagającym natychmiastowego podjęcia medycznych czynności ratunkowych.

³⁵ Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 19 sierpnia 2019 r. w sprawie ramowych procedur obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach przez dyspozytora medycznego (Dz. U. z 2019 r. poz. 1703) – dalej zwane rozporządzeniem w sprawie obsługi zgłoszeń - w przypadku KOD-u 1 czas przyjęcia zgłoszenia nie powinien być dłuższy niż 120 sekund (do czasu przekazania zlecenia dyspozytorowi wysyłającemu - § 5 ust.3 pkt 3), czas zadysponowania zespołu ratownictwa medycznego przez dyspozytora wysyłającego – 30 sekund od przekazania przez dyspozytora przyjmującego (§ 8 ust. 2 pkt 1a), czas wyjazdu zespołu do miejsca zdarzenia – 60 sekund od zadysponowania przez dyspozytora wysyłającego (§ 8 ust. 2 pkt 1b).

³⁶ Niezbędny wyjazd zespołu ratownictwa medycznego do stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego wymagającego podjęcia medycznych czynności ratunkowych.

³⁷ Zgodnie z rozporządzeniem w sprawie obsługi zgłoszeń w przypadku KOD-u 2 czas zadysponowania zespołu ratownictwa medycznego przez dyspozytora wysyłającego wynosi nie dłużej niż 90 sekund od przekazania przez dyspozytora przyjmującego (§ 8 ust. 2 pkt 2a), czas wyjazdu zespołu do miejsca zdarzenia - nie dłużej niż 180 sekund od zadysponowania przez dyspozytora wysyłającego (§ 8 ust.2 pkt 2b).

zadysponowania oraz wyjazdu ZRM z KOD 2 nie przekroczyły przyjętych w przepisach wartości i wynosiły odpowiednio: 12 i 84 s (wymagania opisano w przypisie nr 35). W 10 przypadkach o najdłuższym czasie zadysponowania oraz wyjazdu ZRM z tym kodem pilności, czas wynosił odpowiednio: od 2 354 s do 6 821 s oraz od 916 s do 1 723 s.

Odnosząc się do najbardziej czasochłonnych przypadków przyjęcia zgłoszeń, zadysponowania i wyjazdu ZRM poinformował, że z uwagi na dużą liczbę przyjmowanych zgłoszeń oraz wyjazdów ZRM do zdarzeń nie jest możliwe wskazanie przyczyn przekroczenia limitów czasowych w konkretnych przypadkach. Wskazał, że najczęstsze przyczyny opóźnień wynikają z: utrudnień w komunikacji z osobą wzywającą, koniecznością przekazywania instrukcji dotyczących sposobu udzielania pierwszej pomocy do czasu przybycia ZRM na miejsce zdarzenia, problemów z określeniem miejsca zdarzenia oraz brakiem wolnego ZRM. Wydłużenie czasów, w wielu przypadkach, jest także następstwem braku zasięgu lub awarii systemu, co np. w przypadku wyjazdu ZRM skutkuje koniecznością samodzielnego ustalenia przez kierowcę ZRM (przy wykorzystaniu mapy Stacji) najkrótszej drogi dojazdu do miejsca zdarzenia. Na czas wyjazdu wpływają ponadto takie czynności jak m.in.: założenie okrycia, pozamykanie drzwi i inne niezbędne czynności mające na celu zabezpieczenie miejsca stacjonowania, otwarcie bramy garażowej, dojście do miejsca postoju karetki.

(akta kontroli str. 503-510, 583-584, 592)

17. SPR prawidłowo prowadziła dokumentację medyczną zbiorczą i indywidualną pacjentów³⁸. Wpisy w KZW ZRM zawierały m.in.: informacje o kodzie pilności, identyfikatorze ZRM i jego składzie, identyfikatorze pojazdu, czasach realizacji zlecenia, zastosowanych procedurach medycznych. Wystawione KZW były opatrzone podpisami kierowników ZRM. We wszystkich przypadkach przekazania pacjentów do SOR/IP lub jednostki wyspecjalizowanej szpitala wydano karty medycznych czynności ratunkowych (dalej: KMCR) szpitalom. Dane zawarte w dokumentacji indywidualnej były zgodne z księgą Stacji, prowadzoną formie elektronicznej w SWD PRM, za wyjątkiem 15 przypadków odmów przyjęć pacjentów przez podmioty lecznicze (w KMCR nie stwierdzono odmów przyjęcia pacjenta na SOR/IP).

Dyrektor wyjaśnił, że w miesiącu sierpniu 2019 r. nie zgłoszono do NFZ odmów przyjęcia pacjentów przez podmioty lecznicze, ponieważ dokumentacja medyczna nie zawiera takich informacji. Kierownicy ZRM wypełniający dokumentację omyłkowo zaznaczyli w systemie SWD PRM odmowę przyjęcia pacjenta, pomimo tego, że pacjent został przyjęty przez SOR/IP. Dyrektor poinformował, że zostaną podjęte odpowiednie działania mające na celu dokładną weryfikację odmów przyjęć pacjentów przez podmioty lecznicze. Wskazał ponadto, że kryteria do zgłaszania odmowy przyjęcia pacjenta spełniają SOR/IP, które odmówią przyjęcia pacjenta przewożonego w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego do najbliższego, pod względem czasu dotarcia, SOR/IP szpitala wskazanego przez dyspozytora medycznego lub wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego. Zaznaczył, że występują przypadki transportu pacjenta przez ZRM do szpitala, który nie posiada specjalistycznych oddziałów, jak również nie ma wolnych miejsc (Szpital Psychiatryczny w Radecznicy).

(akta kontroli, str. 597, 702-705)

³⁸ Analizą objęto 110 kart zleceń wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego wraz z dołączonymi do nich kartami medycznych czynności ratunkowych (dalej KMCR) wystawionych w sierpniu 2019 r.

Na podstawie danych uzyskanych z SWD PRM ustalono, że w 2018 r. oraz w okresie styczeń-wrzesień 2019 r. odpowiednio: 12,4% oraz 11,04% zrealizowanych przez SPR wyjazdów nie dotyczyło przypadków nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Dyrektor Stacji poinformował, że wiele wyjazdów spowodowanych jest niewydolnością lekarzy POZ. Część wyjazdów, które powinny być wyjazdami domowymi lekarza POZ jest cedowana na ZRM, co jest szczególnie odczuwalne w okresach zmniejszonej zachorowalności na gripę.

W sierpniu 2019 r. odnotowano 1849 wyjazdów ZRM, z których w przypadku 1256 (67,9%) wyjazdów - pacjenci zostali odwiezieni i przyjęci przez podmioty lecznicze, a w 516 (27,9%) - udzielono im pomocy na miejscu zdarzenia. Wyjazdy, które nie dotyczyły nagłego zagrożenia zdrowotnego stanowiły 10,1% wyjazdów zrealizowanych przez ZRM w tym okresie.

(akta kontroli str. 495-496, 701)

18. W kontrolowanym okresie odnotowano dwa przypadki nieprzyjęcia pacjenta przez izbę przyjęć. W październiku 2018 r. miał miejsce przypadek odmowy przyjęcia pacjenta przez SP ZOZ w Szczepieszynie. W lutym 2019 r. szpital ten ponownie odmówił przyjęcia pacjenta z uwagi na jego stan zdrowia, wymagający przeprowadzenia specjalistycznej diagnostyki i leczenia w szpitalu o wyższej referencji. SPR poinformował NFZ o obu przypadkach odmowy przyjęć. Odmowy te nie były przedmiotem skarg pacjentów w latach 2018-2019.

Jedynie w 2018 r. do SPR wpłynęła skarga rodzica pacjenta na niestosowne jego zdaniem zachowanie lekarza ZRM. W odpowiedzi na skargę zastępca Dyrektora Stacji poinformował skarżącego o przeprowadzonej rozmowie wyjaśniającej z lekarzem oraz poruszeniu kwestii wykonywania procedur medycznych podczas interwencji ZRM.

Pismem z 2014 r. NFZ zobowiązał dysponentów ZRM do przekazywania comiesięcznych informacji o występujących przypadkach odmów przyjęć pacjentów zgodnie z określonym wzorem. W miesiącu sierpniu 2019 r. LUW poinformował SPR, że od dnia 1 września 2019 r. informacje na temat odmów przyjęcia pacjentów przywożonych przez ZRM przekazywane mają być do LUW, a nie do NFZ. Jak poinformował Dyrektor SPR, każdy przypadek odmowy przyjęcia pacjenta oceniał Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa Stacji, który podejmował decyzję o zasadności przekazania informacji do NFZ, a następnie do LUW.

(akta kontroli str. 407-408, 624-647)

19. Wskazując na główne problemy związane z funkcjonowaniem SPR, Dyrektor poinformował, że: *„W Stacji występują problemy z pozyskiwaniem do pracy w ZRM zarówno lekarzy, jak i dyspozytorów medycznych. Rezerwa w zabezpieczeniu lekarzy systemu w naszej Stacji jest zerowa. Brak wzrostu finansowania na Ratownictwo Medyczne od 2011 r. powoduje pogorszenie sytuacji finansowej jednostki. Wzrost kosztów w ciągu tego okresu nastąpił zarówno w kosztach osobowych jak i bezosobowych...”*

„1. Finansowanie Ratownictwa Medycznego pozostaje niezmiennione od 2011r., wzrost kontraktu z NFZ następuje, ale są to środki ściśle przeznaczone na wzrosty wynagrodzeń poszczególnych grup pracowników medycznych i to w ilości niewystarczającej np. w przypadku pielęgniarek gdzie w 2018 r. przyznano pielęgniarkom 1600,00 zł brutto, ale z zastrzeżeniem, że 1100,00 zł ma zwiększyć wynagrodzenie zasadnicze. W wyniku takich regulacji pielęgniarki w naszej jednostce otrzymały wzrost płacy brutto o kwotę 2 200,00 zł, spowodowane jest to

różnymi dodatkami liczonymi od płacy zasadniczej wynikającymi z regulaminu wynagradzania. Podejmowaliśmy próby negocjacji ze związkami zawodowymi aby niektóre dodatki włączyć do wynagrodzenia zasadniczego ale związki zdecydowanie się temu sprzeciwiają. W efekcie w każdym miesiącu dokładamy z własnych środków tylko dla pielęgniarek kwotę około 23000,00 zł.

2. Wzrost płacy minimalnej od stycznia 2020 r. i wyłączenie z tej płacy dodatku stażowego nakłada na nas obowiązek wzrostu płac dla 30 pracowników niemedyceńskich, co stanowi koszt około 120000,00 zł w skali roku, który jest finansowany wyłącznie z własnych środków. Podniesienie płac dla tych osób spowoduje niezadowolenie u pozostałej grupy pracowników niemedyceńskich (20 osób), których nie obejmie wzrost wynagrodzeń, ponieważ sytuacja finansowa jednostki na to nie pozwala. Niezadowolenie to narasta gdyż już od kilku lat ta grupa pracowników nie jest i nadal nie będzie ujęta wzrostem wynagrodzeń.

3. Kolejny wzrost wynagrodzeń nastąpi od miesiąca lipca 2020 r. wynikający z ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych³⁹, spowoduje kolejny wzrost wynagrodzeń pracowników medycznych (będzie to kwota około 37000 zł miesięcznie) i jest finansowany ze środków własnych.

4. Należy również zauważyć, że każdy wzrost płacy brutto powoduje wzrost wysokości wypłacanych nagród jubileuszowych i wszelkiego rodzaju odpraw, które również musimy pokryć z własnych środków.

5. Sytuacja finansowa jednostki pogarsza się z roku na rok dla porównania: wynik finansowy za październik 2018 r.: zysk 202 634,00 zł; wynik finansowy za październik 2019 r.: strata 29 667,00 zł, dodatkowo od sierpnia 2019 r. premia dla pracowników została obniżona z dotychczasowej 10% na 5 %, co miesięcznie daje oszczędności w wysokości 25 000,00 zł. Jeżeli premia byłaby utrzymana na poziomie 10% strata za 10 miesięcy 2019 r. wynosiłaby ok. 105 000,00 zł. Związki zawodowe przyjęły ze zrozumieniem konieczność obniżenia premii, ale coraz częściej pracownicy wyrażają swoje niezadowolenie, bo niektórzy nie otrzymują żadnego wzrostu płac od dłuższego czasu a teraz wręcz mają tą płacę obniżoną. Poza wynagrodzeniami pozostałe koszty utrzymania jednostki również wzrastają a stawki za dobokaretkę są niezmiennie. W roku poprzednim stawki za dobokaretkę wynosiły za karetkę typu „P” 3343,00 zł a za karetkę typu „S” 4281,00 zł. W roku obecnym stawki te wynoszą: karetka typu „P” 3096,00 zł, karetka typu „S” 4128,00 zł. Jeżeli nie utworzylibyśmy konsorcjum i nie byli jego liderem to przychód za rok 2019 byłby niższy o 660000,00 zł. Kwotę tą pokrywają jednak konsorcjanci na rzecz utrzymania m.in. dyspozytorni i innych kosztów obsługi z NFZ.

6. Objęcie pracowników od roku 2021 PPK zwiększy dodatkowo koszty jednostki.

7. Przyjmując założenia do sporządzania planu finansowego na rok 2020, uwzględniając tylko wzrosty kosztów, których nie jesteśmy w stanie uniknąć np. wzrost cen energii o 60%, wzrost podatków i opłat lokalnych, opłat na PFRON, wzrost odpisu na ZFŚS o 22% oraz konieczny zakup odzieży dla pracowników medycznych wygenerujemy stratę w wysokości około 2 mln zł.

8. W celu poprawy sytuacji finansowej możemy być zmuszeni do tworzenia kolejnych zespołów wyjazdowych w składzie dwuosobowym (...). Tworzenie zespołów dwuosobowych nie jest naszym celem ze względu na dobro i zdrowie

³⁹ Ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1565)

pracowników. Zespół taki udziela pomocy, tak jak pozostałe w różnych warunkach zarówno w wypadkach czy wezwaniach domowych, trzeba np. znieść pacjenta leżącego ważącego ponad 120 kg z IV piętra. Dodatkowym obciążeniem jest sprzęt medyczny ratujący życie. Zdarzają się częste przypadki, że pracownik ma problemy zdrowotne wynikające z przeciążenia np. z kręgosłupem i przebywa na dłuższym zwolnieniu lekarskim, które niejednokrotnie jest przedłużane o świadczenie rehabilitacyjne. Niejednokrotnie wzywany jest kolejny zespół do pomocy, ponieważ dwie osoby nie są w stanie prawidłowo pomóc pacjentowi. Powoduje to kolejny wzrost kosztów i wyłączenie czasowe z systemu dwóch karettek zamiast jednej.

Niezbędne jest zwiększenie nakładów na finansowanie Ratownictwa Medycznego mające na celu utrzymanie i poprawę jakości świadczonych usług mających na celu ratowanie ludzkiego życia, które jest najwyższą wartością. Nie jesteśmy w stanie obniżyć już kosztów bez pogorszenia jakości świadczonych usług.”

(akta kontroli str. 495, 560-561)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W dyspozytorni medycznej nie zapewniono, co najmniej jednego rezerwowego stanowiska dyspozytorskiego, o którym mowa w § 3 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia w sprawie organizacji dyspozytorni medycznej.

Dyrektor SPR wyjaśnił, że w chwili wdrożenia systemu SWD PRM w dyspozytorni medycznej Zamość pracowało dwóch dyspozytorów. Ilość otrzymanego sprzętu umożliwiła utworzenie trzech stanowisk dyspozytorskich, co też uczyniono tworząc między innymi trzecie rezerwowe stanowisko. Od początku 2019 r. obsada dyspozytorska została zwiększona o jednego dyspozytora, który pracuje na stanowisku pierwotnie przewidzianym jako rezerwowe. Stacja w 2020 r. będzie czynić starania, aby pozyskać sprzęt umożliwiający utworzenie stanowiska rezerwowego.”

(akta kontroli str. 523-525, 566-567)

2. Stacja nie wprowadziła procedur postępowania w sytuacji długiego czasu oczekiwania ZRM na przekazanie pacjenta do szpitalnego oddziału ratunkowego lub izby przyjęć, o których wprowadzenie w 2017 r. zwracał się Wojewoda Lubelski, odpowiadający za planowanie, organizowanie, koordynowanie systemu oraz nadzór nad systemem na terenie województwa lubelskiego⁴⁰.

SPR opracowała w 2017 r. Procedurę postępowania – przekazanie pacjenta przez ZRM na SOR/IP, jednak jej wprowadzenie uzależniła od akceptacji kierownictwa SOR oraz kierownictwa szpitali posiadających izbę przyjęć, którym procedurę przekazała do konsultacji. Procedura przewidywała czynności do wykonania przez podmiot odmawiający przejęcia transportowanej osoby m.in. potwierdzenia odmowy w Karcie Medycznych Czynności Ratunkowych ZRM z podaniem uzasadnienia.

Jak wyjaśnił Dyrektor SPR, Procedura postępowania – przekazanie pacjenta przez ZRM na SOR/IP nie została wprowadzona z uwagi na to, że procedura nie została zaakceptowana przez podmioty, które jej dotyczyły – szpitale.

(akta kontroli str. 526-544)

3. W kontrolowanym okresie 6% ogółu wyjazdów do miast powyżej 10 tys. i 31% poza tymi miastami przekraczało określony art. 24 ust. 1 pkt 3 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym maksymalny czas dotarcia wynoszący 15

⁴⁰ Zgodnie z art. 19 ust. 2 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

minut w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców i 20 minut poza miastem powyżej 10 tysięcy mieszkańców.

W 2017 - 287 na 4 437; w 2018 r. - 515 na 9 098; w 2019 r. - 193 na 3 258 wyjazdów ZRM przekraczało maksymalny czas dotarcia na miejsce zdarzenia do miast powyżej 10 tys. mieszkańców. Natomiast w przypadku wyjazdów poza miastami powyżej 10 tys. mieszkańców, maksymalny czas dotarcia przekroczone 2 166 razy na 6 966 wyjazdów ZRM w 2017 r.; 4 366 na 14 006 wyjazdów w 2018 r. oraz 3 175 na 10 256 wyjazdów w 2019 r.

Dyrektor SPR wyjaśnił, że „od momentu wdrożenia SWD PRM w 2017 r. karetki zostały wyposażone w GPS oraz aplikację AutoMapa, która wskazuje kierowcy najlepszą drogę dojazdu. Staramy się poprawiać czas dojazdu ZRM na miejsce zdarzenia, ale na ten stan wpływają również czynniki niezależne od nas, np.: jakość dróg w rejonie operacyjnym Stacji (w niektórych przypadkach konieczny jest wybór dłuższej drogi dojazdu właśnie ze względu na zły stan nawierzchni, co niestety wpływa na czas dotarcia); mała gęstość zaludnienia terenów rejonu operacyjnego Stacji oraz brak widoczności oznaczeń domów również nie pozostaje bez wpływu na czas dojazdu ZRM do miejsca zdarzenia.”

(akta kontroli str. 456-460, 551)

4. Nieprzestrzeganie wymogów, w przypadku zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach przyjętych przez dyspozytorów medycznych w październiku 2019 r., określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 19 sierpnia 2019 r. w sprawie ramowych procedur obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach przez dyspozytora medycznego⁴¹. w przypadku KOD-u 1, dotyczących:

- czasu przyjęcia zgłoszenia, który nie powinien być dłuższy niż 120 sekund do czasu przekazania zlecenia dyspozytorowi wysyłającemu (§ 5 ust. 3 pkt 3 ww. rozporządzenia).

Określony limit przekroczone w przypadku 331 na 950 przyjętych zgłoszeń.

- czasu zadysponowania zespołu ratownictwa medycznego przez dyspozytora wysyłającego, który nie powinien być dłuższy niż 30 sekund od momentu przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora przyjmującego (§ 8 ust. 2 pkt 1a ww. rozporządzenia).

W 161 (16,9%) przypadkach zadysponowania ZRM, czasy te były dłuższe niż 30 sekund.

- czasu wyjazdu ZRM do miejsca zdarzenia, który nie powinien być dłuższy niż 60 sekund od zadysponowania przez dyspozytora wysyłającego (§ 8 ust. 2 pkt 1b ww. rozporządzenia).

W 526 (55,4%) przypadkach wyjazdów ZRM czasy te były dłuższe niż 60 sekund.

Zgodnie z wyjaśnieniem Dyrektora SPR najczęstszymi przyczynami przekroczenia określonych limitów czasowych były: problemy z zebraniem wywiadu dotyczącego adresu lub lokalizacji miejsca zdarzenia, stres u osoby wzywającej, powodujący problem z komunikacją, problemy z zasięgiem sieci. Opóźnienia w zadysponowaniu ZRM wynikały z dużej ilości zgłoszeń i braku wolnego ZRM. Przyczyną opóźnień w wyjazdach ZRM był również brak łączności i problemy z SWD PRM. Dyrektor SPR poinformował, że w dniu 6.09.2019 r. przekazano dyspozytorom medycznym rozporządzenie w sprawie obsługi zgłoszeń. Pismem z dnia 22.11.2019 r. poinformowano ponownie kierowników i członków ZRM oraz dyspozytorów medycznych o nowych zasadach obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach w zależności od nadanego im kodu pilności.

(akta kontroli str. 583-584)

⁴¹ Dz. U. z 2019 r. poz. 1703, dalej: rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 sierpnia 2019 r.

IV. Wnioski

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

Wnioski

1. Zapewnienie w dyspozytorni medycznej, co najmniej jednego rezerwowego stanowiska dyspozytorskiego.
2. Wprowadzenie procedur postępowania w sytuacji długiego czasu oczekiwania ZRM na przekazanie pacjenta do szpitalnego oddziału ratunkowego lub izby przyjęć, o których wprowadzenie w 2017 r. zwracał się Wojewoda Lubelski.
3. Podjęcie działań organizacyjnych zmierzających do zapewnienia wymaganych parametrów czasu dotarcia na miejsce zdarzenia ZRM.
4. Zapewnienie przestrzegania wymogów dotyczących czasu obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach, czasu zadysponowania ZRM oraz czasu wyjazdu ZRM do miejsca zdarzenia, określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 19 sierpnia 2019 r.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

Lublin, dnia 16 stycznia 2020 r.

Kontrolerzy
Szczepan Olejnik
Główny specjalista kontroli państwowej

Dyrektor
Delegatury Najwyższej Izby Kontroli
w Lublinie
Edward Lis

.....
Podpis

.....
Podpis

Agata Wróbel
Inspektor kontroli państwowej

.....
Podpis