



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Szczecinie

LSZ.410.14.4.2025

Pani
Danuta Kowalewska
Dyrektor Samodzielnego
Publicznego Zespołu Zakładów
Opieki Zdrowotnej w Gryficach

Samodzielny Publiczny Zespół
Zakładów Opieki Zdrowotnej
w Gryficach
ul. Niechorska 27
72-300 Gryfice

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/25/042 – System ratownictwa medycznego

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Gryficach ¹ ul. Niechorska 27, 72-300 Gryfice
Kierownik jednostki kontrolowanej	Danuta Kowalewska, Dyrektor Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Gryficach ² , od 29 lutego 2024 r. W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełnili: Piotr Sołtysiński, Dyrektor SP ZZOZ w Gryficach, od 10 września 2020 r. do 28 sierpnia 2023 r.; Danuta Kowalewska, p.o. Dyrektor SP ZZOZ w Gryficach, od 29 sierpnia 2023 r. do 28 lutego 2024 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Warunki udzielania świadczeń zdrowotnych. 2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.
Okres objęty kontrolą	Od stycznia 2023 r. do dnia zakończenia kontroli ³ , z wykorzystaniem danych sprzed okresu objętego kontrolą.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ⁴ .
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Szczecinie.
Kontroler	Aneta KołECKA, Główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LSZ/104/2025 z 12 maja 2025 r.

(akta kontroli str. 1-2, 8-9)

¹ Dalej: Szpital lub SP ZZOZ w Gryficach.

² Dalej: Dyrektor lub Dyrektor Szpitala.

³ Czynności kontrolne zakończono 8 sierpnia 2025 r.

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

II. Ocena ogólna⁵ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

NIK ocenia negatywnie działalność Szpitala polegającą na udzielaniu świadczeń zdrowotnych osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego oraz warunki udzielania tych świadczeń.

Uzasadnienie oceny ogólnej

W Szpitalnym Oddziale Ratunkowym⁶ nie zapewniono minimalnych zasobów kadrowych, o których mowa w § 12 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego⁷. Nie zapewniono co najmniej jednego lekarza systemu przebywającego stale w SOR, a tym samym także stanowiska lekarza dyżurnego. Spośród trzech osób, które w okresie kontroli obejmowały stanowisko lekarza kierującego oddziałem⁸, dwie nie posiadały ku temu wymaganych kwalifikacji. Segregacja medyczna, mająca zapewnić pacjentom niezbędną pomoc w odpowiednim czasie, nie zawsze była przeprowadzana przez osoby posiadające wymagane kwalifikacje (z 16 osób, wykonujących te czynności dwie nie były do tego uprawnione). Wystąpiły ponadto sytuacje pełnienia przez lekarzy dyżurów dłużej niż przez dobę (w skrajnym przypadku było to siedem dyżurów 48-godzinnych w jednym miesiącu), co w ocenie NIK mogło stanowić nadmierne obciążenie i stwarzać potencjalne zagrożenie zdrowotne dla lekarzy oraz jakości udzielanej przez nich pomocy zdrowotnej. Odnotowano także przypadki pokrywania się czasu pracy części personelu medycznego wyznaczonego do udzielania świadczeń w SOR z czasem wyznaczonym do udzielania przez nich świadczeń w innych komórkach organizacyjnych/oddziałach Szpitala.

Szpital posiadał w swoich zasobach odpowiednie wyroby medyczne, jednakże stanowisko resuscytacyjne w sali zabiegowej obszaru resuscytacyjno-zabiegowego w trakcie oględzin nie było kompletne⁹. Regulamin organizacyjny Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Gryficach z 29 czerwca 2021 r.¹⁰ nie zawierał postanowień określających maksymalny czas na podjęcie przez lekarza dyżurnego SOR decyzji o skierowaniu pacjenta na leczenie do oddziałów Szpitala lub odmowie przyjęcia do SOR¹¹ oraz lekarza oddziału decyzji o przyjęciu pacjenta na SOR.

Ocena negatywna podyktowana była również nieterminowym przekazywaniem informacji o wyrobach medycznych do Systemu Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia¹²; niewyodrębnieniem w prowadzonej księgowości ośrodków powstawania kosztów¹³ działalności pomocniczej i proceduralnej SOR¹⁴; brakiem w zasadach prowadzenia polityki rachunkowości Szpitala regulacji określających przyjęte zasady klasyfikacji zdarzeń gospodarczych; niepodejmowaniem działań mających na celu zaktualizowanie postanowień Regulaminu Szpitalnego

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

⁶ Dalej: SOR lub Oddział.

⁷ Dz.U. z 2024 r., poz. 336, ze zm.; dalej: rozporządzenie w sprawie SOR.

⁸ Dalej: LKO.

⁹ Co stwierdzono w trakcie oględzin przeprowadzonych 9 lipca 2025 r.

¹⁰ Dalej: regulamin organizacyjny.

¹¹ Osoby niebędącej w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

¹² Dalej: SEZOZ.

¹³ Dalej: OPK.

¹⁴ Tj. OPK 530 obejmującego koszty rejestracji, segregacji medycznej i przyjęć SOR oraz OPK 507 obejmującego koszty wykonywanych procedur w SOR.

Oddziału Ratunkowego¹⁵ oraz podaniem w niewłaściwy sposób do publicznej wiadomości informacji dotyczących wysokości niektórych opłat za czynności, które mogą być udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością¹⁶.

NIK zauważa, że liczne rozbieżności pomiędzy danymi zawartymi w systemie TOPSOR a danymi pozyskanymi na potrzeby niniejszej kontroli wskazują, że Szpital nie wykorzystywał we właściwy sposób TOPSOR w procesie obsługi pacjentów w SOR.

Ze względu na wagę stwierdzonych nieprawidłowości powyższej oceny nie mogły zmienić takie okoliczności jak prowadzenie przebudowy i modernizacji SOR, których celem jest dostosowanie pomieszczeń i instalacji do aktualnych wymagań oraz poprawa funkcjonalności oddziału czy zapewnienie pacjentom dostępności do badań wskazanych w rozporządzeniu w sprawie SOR.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny częściowe¹⁷ kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Warunki udzielania świadczeń zdrowotnych.

Opis stanu
faktycznego

1.1. Budynek Szpitala zlokalizowany był na wydzielonym i ogrodzonym terenie. Pomieszczenia SOR znajdowały się na parterze budynku głównego Szpitala oraz na parterze budynku sąsiedniego (oba budynki były połączone bezpośrednim łącznikiem). Lokalizacja SOR odpowiadała wymogom zawartym w dyspozycji przepisu § 3 ust. 1 – 5 rozporządzenia w sprawie SOR. Pomieszczenia SOR znajdowały się na poziomie wejścia dla pieszych i podjazdu specjalistycznych środków transportu sanitarnego. Do SOR prowadziło zadaszone wejście dla pieszych oraz podjazd dla ww. środków transportu¹⁸, mieszczący dwa stanowiska, oba zamykane i otwierane automatycznie. Lokalizacja oddziału zapewniała łatwą komunikację z oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii, pracownią diagnostyki obrazowej oraz węzłem wewnątrzzpitalnej komunikacji pionowej. Komunikacja z blokiem operacyjnym, zlokalizowanym na trzecim piętrze budynku, odbywała się przy użyciu dwóch dźwigów szpitalnych (wind), do których dostęp był przelotowy.

(akta kontroli str. 67-88, 91-100)

W SOR, stosownie do regulacji zawartej w § 5 rozporządzenia w sprawie SOR, wyodrębniono obszary: segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć; resuscytacyjno-zabiegowy; wstępnej intensywnej terapii; obserwacji; konsultacyjny; terapii natychmiastowej oraz zaplecze administracyjno-gospodarcze. Regulamin SOR - w ramach postanowień odnoszących się do struktury organizacyjnej – w miejsce obszaru terapii natychmiastowej wymieniał obszar laboratoryjno-diagnostyczny, co nie odpowiadało zarówno stanowi

¹⁵ Stanowiącego załącznik do Regulaminu organizacyjnego; dalej: Regulamin SOR.

¹⁶ Odnotowano również jeden przypadek niewykazania wszystkich zmian potencjału wykonawczego wskazanego w załączniku nr 2 „Harmonogram-Zasoby” do umowy zawartej 2 stycznia 2023 r. z Zachodniopomorskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej: umowa z NFZ).

¹⁷ Oceny częściowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena częściowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

¹⁸ Oddzielony od wejścia dla pieszych.

faktycznemu, jak i postanowieniom ww. rozporządzenia. Powyższe zostało szerzej opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 27-37, 67-88, 91-100)

W trakcie kontroli NIK w SOR realizowano prace związane z jego przebudową i modernizacją. Projektowana przebudowa miała na celu m.in. dostosowanie istniejącego SOR do aktualnych wymagań oraz poprawę funkcjonalności oddziału. Obejmowała ona obszary: segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć; konsultacyjny; obserwacyjny oraz natychmiastowej terapii. Projekt architektoniczno-budowlany – z uwagi na brak wydzielonego gabinetu segregacji medycznej oraz miejsca krótkotrwałej izolacji pacjenta podejrzanego o chorobę zakaźną – przewidywał m.in. zaprojektowanie ww. pomieszczeń.

(akta kontroli str. 67-88, 91-100, 104-105)

W powyższej sprawie Dyrektor Szpitala wyjaśniła: (...) *do czasu rozpoczęcia prac związanych z przebudową i modernizacją SOR, które zgodnie z protokołem przekazania terenu budowy miały miejsce 10 grudnia 2024 r. rzeczywiście nie były wydzielone odrębne pomieszczenia przeznaczone do realizacji ww. funkcji. Dotychczasowa organizacja procesu segregacji medycznej odbywała się podczas rejestracji pacjentów, a w sytuacji zdarzeń o charakterze masowym – na korytarzu przed punktem rejestracji lub w karetce Zespołu Ratownictwa Medycznego¹⁹. Takie rozwiązanie było zgodne z obowiązującymi wówczas przepisami oraz definicją segregacji medycznej (...). Jednakże w związku z wprowadzeniem wymogu dokonywania segregacji pacjentów w ramach systemu TOPSOR, która obejmuje obowiązek rejestrowania parametrów mierzalnych u wszystkich zgłaszających się pacjentów – nawet tych z minimalnymi objawami (...) – zaistniała konieczność wydzielenia specjalistycznego obszaru lub pomieszczenia (...). Z tego względu podjęto decyzję o przebudowie i modernizacji (...). W odniesieniu do izolacji pacjentów podejrzanych o chorobę zakaźną, przed rozpoczęciem prac modernizacyjnych istniała możliwość umieszczenia takich pacjentów w jednoosobowej, monitorowanej Sali obserwacyjnej (...).*

(akta kontroli str. 754-756, 766-790)

W sprawie realizacji prac związanych z przebudową i modernizacją SOR, Zastępca Dyrektora do spraw techniczno-administracyjnych oświadczył: (...) *ze względów organizacyjnych (zapewnienie ciągłości pracy SOR) realizowaną przebudowę podzielono na etapy. W etapie pierwszym (...) przebudowie poddano obszary segregacji medycznej i rejestracji, konsultacyjny oraz natychmiastowej terapii. W kolejnym etapie, realizowanym obecnie, prowadzone są prace budowlane w obszarze obserwacyjnym, a w ostatniej kolejności przebudowany zostanie ciąg komunikacyjny wraz z poczekalnią. Zapewnienie ciągłości udzielania świadczeń medycznych przy równoczesnym prowadzeniu robót budowlanych związanych z częściową zmianą funkcji pomieszczeń oraz obszerną wymianą istniejących*

¹⁹ Dalej: ZRM.

instalacji sanitarnych, związane jest z koniecznością tymczasowej reorganizacji pracy oddziału, a także rotacji pomieszczeń i sprzętu (...).

(akta kontroli str. 89-90)

Ogłędziny SOR przeprowadzone przez NIK w dniach 25 czerwca oraz 9 lipca 2025 r. wykazały że:

- pomieszczenia wchodzące w skład poszczególnych obszarów SOR – stosownie do postanowienia § 16 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą²⁰- kształtem i powierzchnią umożliwiały prawidłowe rozmieszczenie, zainstalowanie i użytkowanie urządzeń, aparatury i sprzętu, stanowiących ich niezbędne funkcjonalne wyposażenie;
- podłogi (w tym ich połączenia ze ścianami) wykonane były w sposób umożliwiający ich mycie i dezynfekcję (§ 30 ww. rozporządzenia);
- szerokość drzwi, w których odbywał się ruch pacjentów na łóżkach umożliwiała sprawny przejazd (§ 33 ww. rozporządzenia);
- sufity podwieszane w salach zabiegowych obszaru resuscytacyjno-zabiegowego oraz sali zabiegowej obszaru terapii natychmiastowej wykonane zostały w sposób zapewniający szczelność powierzchni oraz umożliwiające ich mycie i dezynfekcję (§ 32 ww. rozporządzenia);
- pomieszczenia przeznaczone do wykonywania badań lub zabiegów wyposażono w co najmniej jedną umywalkę, dozowniki odpowiednio z mydłem w płynie i środkiem dezynfekującym oraz pojemniki z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemniki na zużyte ręczniki; pomieszczenia przeznaczone do wykonywania badań i zabiegów przy użyciu narzędzi i sprzętu wielokrotnego użycia, niezależnie od umywarek, wyposażono w zlew z baterią bądź zorganizowano oddzielne pomieszczenie (myjnię)²¹.

(akta kontroli str. 39-88)

Ogłędziny SOR²², mające na celu zweryfikowanie jego wyposażenia w wyroby medyczne wskazane w § 4 ust. 3, § 6 ust. 4, § 7 ust. 3-4, § 9 ust. 3 oraz § 10 ust. 1 rozporządzenia w sprawie SOR, przeprowadzone przez NIK w dniach 25 czerwca i 9 lipca 2025 r., uwzględniające okoliczności związane z trwającą w tym okresie przebudową i modernizacją, wykazały, że:

- SOR dysponował analizatorami parametrów krytycznych, przewoźnym ultrasonografem oraz przyłóżkowymi zestawami RTG, co odpowiadało wymogom określonym w § 4 ust. 3 ww. rozporządzenia;
- w obrębie obszaru segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć zapewniono urządzenia, stanowiska i pomieszczenia wskazane w § 6 ust. 4 ww. rozporządzenia;
- spełnione zostały wymogi w zakresie minimalnego wyposażenia sali zabiegowej obszaru terapii natychmiastowej oraz obszaru obserwacji (§ 9 ust. 3 oraz § 10 ust. 1 ww. rozporządzenia);
- obszar resuscytacyjno – zabiegowy składał się z dwóch sal z jednym stanowiskiem resuscytacyjnym (tj. sali zabiegowej i sali resuscytacyjno-zabiegowej), jednakże stanowisko resuscytacyjne w jednej z tych sal, tj. sali

²⁰ Dz.U. z 2022 r., poz. 402, ze zm.; dalej: rozporządzenie w sprawie pomieszczeń i urządzeń.

²¹ Dotyczy sali zabiegowej obszaru resuscytacyjno-zabiegowego.

²² Realizowane w trakcie przebudowy i modernizacji SOR.

zabiegowej w trakcie oględzin nie było w pełni wyposażone, co zostało szerzej opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 39-88)

Analiza dokumentacji 33 wyrobów medycznych²³ SOR (paszportów, raportów serwisowych) wykazała, że urządzenia były poddawane wymagany przeglądowi okresowemu, wynikającym z zaleceń osób wykonujących czynności serwisowe. Zgodnie z dyspozycją przepisu § 40 rozporządzenia w sprawie pomieszczeń i urządzeń, instalacje i urządzenia wentylacji mechanicznej i klimatyzacji znajdujące się w SOR każdego roku poddawano przeglądowi okresowemu.

(akta kontroli str. 106-156, 223-226)

1.2. Badanie dokumentacji 66 wyrobów medycznych²⁴ użytkowanych w SOR, wskazanych w części I załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2021 r. w sprawie zakresu informacji gromadzonych w Systemie Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia oraz sposobu i terminów przekazywania tych informacji²⁵ wykazało, że:

- w sześciu przypadkach informacja o użytkowanym wyrobie została zaktualizowana w SEZOZ w terminie;
- w czterech przypadkach taka informacja nie była w ogóle aktualizowana (ostatnia informacja została przekazana w 2021 r.); w jednym przypadku informacja została zaktualizowana 9 lipca 2025 r., tj. z dwudniowym opóźnieniem;
- w 55 przypadkach²⁶ wyroby medyczne zostały zgłoszone do ww. ewidencji w trakcie trwania kontroli NIK, tj. w lipcu 2025 r., pomimo tego, że ich przyjęcie na stan oraz uruchomienie nastąpiło w latach poprzednich²⁷.

Powyższe zostało szerzej opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 157-222)

1.3. Szpital dysponował lądowiskiem przystosowanym do startów i lądowań śmigłowców o dopuszczalnej masie startowej MTOM do 14 000 kg i maksymalnym wymiarze całkowitym do 22,5 m²⁸. Kontrole okresowe, które obejmowały swoim zakresem elementy wymienione odpowiednio w art. 62 ust. 1 pkt 1 i art. 62 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane²⁹ (tzw. kontrole okresowe roczne i pięcioletnie) wykazały, że ww. obiekt znajdował się w należytym stanie technicznym.

(akta kontroli str. 240-255)

²³ Obejmującej: pięć lamp operacyjnych; dwa analizatory parametrów krytycznych; siedem defibrylatorów; dziewięć respiratorów; dwa elektryczne urządzenia do ssania; dwa aparaty RTG; dwa stoły operacyjne (zabiegowe); dwa aparaty USG oraz dwa aparaty do znieczulania.

²⁴ Obejmujących: 15 kardiomonitorów; trzy respiratory; sześć respiratorów transportowych, dwóch aparatów RTG; dwóch aparatów USG; siedmiu defibrylatorów z rejestratorem rytmu serca i danych pacjenta oraz 31 pomp infuzyjnych.

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

²⁶ Obejmujących: trzy defibrylatory z rejestratorem rytmu serca i danych pacjenta; jeden aparat USG; jeden aparat RTG; sześć respiratorów; 13 kardiomonitorów oraz 31 lamp infuzyjnych.

²⁷ Tj. 31 wyrobów w 2010 r.; jeden w 2018 r.; dwa w 2020 r.; jeden w 2022 r. oraz 31 w 2024 r.

²⁸ Decyzja Prezesa Urzędu Lotnictwa Cywilnego nr ULC-LTL-1/511-0235/03/11 z dnia 30 grudnia 2011 r. o wpisaniu lądowiska dla śmigłowców do ewidencji lądowisk cywilnych pod numerem 99, zmieniona decyzjami Prezesa Urzędu Lotnictwa Cywilnego: z 16 lipca 2012 r. i z 17 października 2012 r.

²⁹ Dz.U. z 2025 r., poz. 418.

Odległość lądowiska od wejścia do SOR umożliwiała przyjęcie osób, które znajdowały się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego bez pośrednictwa specjalistycznych środków transportu sanitarnego³⁰, co odpowiadało wymogowi zawartemu w § 3 ust. 8 rozporządzenia w sprawie SOR. W Szpitalu, w ramach standardowych procedur postępowania, wdrożono procedurę przyjęcia helikoptera na płytę lądowiska przyszpitalnego i podjęcia z jego pokładu pacjenta lub przekazania pacjenta na pokład. Zgodnie z zawartymi w niej wytycznymi podjęcie pacjenta z lądowiska, a także jego przekazanie na lądowisko należało dokonywać przy pomocy wózka leżącego.

(akta kontroli str. 256-264)

W dokumentacji dotyczącej lądowiska nie stwierdzono wpisu o ograniczeniach użytkowych, o których mowa w § 16a rozporządzenia w sprawie SOR.

(akta kontroli str. 250-253)

1.4. W SOR w okresie:

- od 1 lutego 2022 r. do 31 maja 2024 r. stanowisko LKO, a następnie od 1 czerwca 2024 r. do 31 sierpnia 2024 r. obowiązki LKO pełnił lekarz, który nie spełniał wymogów przewidzianych w § 12 ust. 1 pkt 1 w zw. z § 16 pkt 1 rozporządzenia w sprawie SOR, co zostało szerzej opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*;
- od 1 września 2024 r. do 31 października 2024 r. obowiązki LKO pełnił lekarz będący specjalistą w dziedzinie medycyny ratunkowej oraz chirurgii ogólnej, co odpowiadało wymogom prawa;
- od 1 listopada 2024 r. do 31 grudnia 2024 r. obowiązki LKO pełnił lekarz, który spełniał wymogi przewidziane w § 12 ust. 1 pkt 1 w zw. z § 16 pkt 1 rozporządzenia w sprawie SOR;
- od 1 stycznia do 17 lutego 2025 r. obowiązki LKO pełnił lekarz, który posiadał tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych, jednakże nie legitymował się tytułem specjalisty w dziedzinie medycyny ratunkowej, nie odbywał ww. specjalizacji, a także nie zostało wykazane by w ww. okresie posiadał doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w SOR w wymiarze co najmniej trzech tysięcy godzin w okresie ostatnich trzech lat; powyższe zostało szerzej opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.
- od 18 lutego 2025 r. obowiązki LKO, a następnie od 1 marca 2025 r. stanowisko LKO obejmowała osoba, która posiadała kwalifikacje wymagane na tym stanowisku.

(akta kontroli str. 10, 265-267, 269-285, 315)

W okresie objętym kontrolą stanowisko Pielęgniarki Koordynującej (Oddziałowej) obejmowała pielęgniarka posiadająca dyplom specjalizacji w dziedzinie medycyny ratunkowej (do 31 października 2024 r.) oraz pielęgniarka posiadająca dyplom w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, a także wymagany staż pracy w szpitalnym oddziale ratunkowym (od 1 listopada 2024 r.).

(akta kontroli str. 10, 265-267, 269-284)

Badanie dokumentacji dotyczącej obsady personelu medycznego przebywającego w SOR w dniach 1 lipca 2023 r., 1 lipca 2024 r. oraz w pierwszym

³⁰ W protokole kontroli lądowiska Lotniczego Pogotowia Ratunkowego z 19 września 2023 r. wskazano, że odległość lądowiska od SOR wynosi 80 m.

dniu każdego z miesięcy okresu styczeń – maj 2025 r. pod względem faktycznego udzielania świadczeń w SOR, wykazało, że:

- liczba lekarzy przebywających w SOR wynosiła od dwóch do czterech, przy czym w przypadku trzech z siedmiu badanych dni lekarz systemu obecny był przez całą dobę; w przypadku dwóch dni – w godzinach od 8:00 do 24:00; w przypadku dwóch dni – w godzinach od 24:00 do 8:00; powyższe zostało szerzej opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*;
- na siedem dni poddanych badaniu w przypadku dwóch dni (w godzinach od 24:00 do 8:00) oraz w przypadku dwóch dni (w godzinach od 8:00 do 24:00) pracę SOR koordynował lekarz niebędący lekarzem systemu, co zostało szerzej opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*;
- liczba pielęgniarek i ratowników medycznych przebywających w SOR wynosiła od 10 do 15;
- do 30 września 2024 r. obsada nie obejmowała rejestratorek medycznych i personelu pomocniczego, od 1 października 2024 r. obejmowała jedną rejestratorkę medyczną.

(akta kontroli str. 265-268, 291-296)

W sprawie minimalnej obsady personelu, niezbędnej do zabezpieczenia prawidłowego funkcjonowania SOR, Zastępca Dyrektora do spraw Lecznictwa oświadczył: *Według mojej oceny (...) minimalna obsada każdego oddziału niezależnie od ilości przyjmowanych pacjentów, ale do wartości dobowej nie większej niż 60 pacjentów (na dobę) to dwóch lekarzy dyżurnych w systemie całodobowej pracy (11 równoważników etatowych – 720 godzin/miesiąc: 160 godzin), 1 równoważnik Koordynatora, obsada pielęgniarska co najmniej 1 pielęgniarka i 1 ratownik całodobowo w każdym z obszarów: obserwacyjnym, natychmiastowej terapii, wstępnej intensywnej terapii, resuscytacyjno-zabiegowym i konsultacyjnym, co daje minimalną obsadę 25 równoważników etatowych pielęgniarek plus 25 równoważników etatowych ratowników w tej części działalności oraz jeden ratownik całodobowo do triage, czyli 5 równoważników etatowych i dwóch ratowników całodobowo w rejestracji, czyli 10 równoważników etatowych (...). Lekarze 11 równoważników etatowych lekarzy dyżurnych i 1 równoważnik Koordynatora; Pielęgniarki łącznie 25 równoważników etatowych; Ratownicy łącznie 40 równoważników etatowych. W przypadku zwiększenia obciążenia powyżej 60 pacjentów przyjmowanych w ciągu doby należałoby co najmniej zwiększyć obsadę o jednego lekarza dyżurnego, jednego ratownika i jedną pielęgniarkę całodobowo. Takie czynności w przeszłości były wykonywane np.: w sezonie urlopowym, ale na chwilę obecną już widać, że obsada minimalna w SOR w Gryficach powinna być zwiększona (...).*

(akta kontroli str. 305-314)

Poza jednym przypadkiem, personel medyczny udzielający świadczeń w SOR w dniach 1 lipca 2023 r.; 1 lipca 2024 r. oraz w pierwszym dniu każdego z miesięcy okresu styczeń – maj 2025 r. został wykazany w załączniku nr 2 „Harmonogram-Zasoby” do umowy z NFZ. Powyższy przypadek został szerzej opisany w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 269-283)

Badanie dokumentacji łącznie 33 osób wchodzących w skład potencjału wykonawczego SOR wykazanego w załączniku nr 2 „Harmonogram-Zasoby” do ww. umowy wykazało, że w przypadku:

- 31 osób postanowienia umów stanowiących podstawę udzielania przez nie świadczeń na rzecz Szpitala wskazywały jako miejsce ich udzielania albo SOR albo SOR i Izbę przyjęć;
- dwóch osób postanowienia umów stanowiących podstawę udzielania przez nie świadczeń na rzecz Szpitala wskazywały jako miejsce ich udzielania wyłącznie Izbę przyjęć bądź oddział psychiatryczny, co zostało szerzej opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 269-283)

W sprawie informowania ZOW NFZ³¹ o brakach kadrowych Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że *w odpowiedzi na trudności kadrowe placówka podejmowała samodzielne działania rekrutacyjne, w tym publikowała ogłoszenia o poszukiwaniu kandydatów oraz konkursach na stanowiska medyczne na ogólnodostępnych portalach internetowych. W związku z tym, w okresie objętym kontrolą nie była prowadzona oficjalna korespondencja w tym przedmiocie z NFZ. Pomimo podejmowanych działań, utrzymujące się braki kadrowe stanowiły istotne wyzwanie organizacyjne.*

(akta kontroli str. 297-304)

1.5. Stosownie do wymogu zawartego w § 4 ust. 4 rozporządzenia w sprawie SOR Szpital zapewniał całodobowy dostęp do świadczeń diagnostycznych, badań USG i endoskopowych oraz komputerowego badania tomograficznego. Analiza mająca na celu zweryfikowanie faktycznej dostępności ww. świadczeń na rzecz pacjentów SOR wykazała, że w okresie obejmującym pierwszy tydzień: lipca 2023 r., lipca 2024 r., stycznia i maja 2025 r. wykonano łącznie:

- 17 badań endoskopowych: w tym 12 w godzinach przedpołudniowych; cztery w godzinach popołudniowych oraz jedno w godzinach wieczornych i nocnych;
- 413 badań w Pracowni Tomografu Komputerowego, w tym 41 w porze nocnej;
- 14 badań USG, w tym: trzy w porze przedpołudniowej, 11 w porze popołudniowej;
- 505 badań w Zakładzie Diagnostyki Laboratoryjnej, w tym 51 w porze nocnej.

(akta kontroli str. 336)

Dyrektor Szpitala wraz z Zastępcą do spraw Lecznictwa wyjaśnili: (...) *Badania USG ponadto były wykonywane jako badania przyłóżkowe w trybie FAST na posiadanym na wyposażeniu aparacie USG bezpośrednio przez lekarzy dyżurnych SOR. (...) Badania i interwencje zabiegowe endoskopowe były realizowane przez lekarzy zatrudnionych w SP ZZOZ w ramach dyżuru w gotowości (...) i wykonywane w SOR na sprzęcie będącym na wyposażeniu SOR. Szpital w tym okresie nie korzystał z podwykonawców w zakresie wykonywanych badań, jedynie zlecał opisy badań Tomografii Komputerowej.*

(akta kontroli str. 232-327)

Zastępca Dyrektora do spraw Lecznictwa wyjaśnił: *Badania tomografii komputerowej wykonywane są na podstawie zleceń lekarzy specjalistów, jak i lekarzy dyżurnych SOR. W zakresie badań planowych (poza SOR) badania wykonywane są*

³¹ ZOW NFZ – Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia; dalej: ZOW NFZ.

w godzinach 8:00-15:00 w dni powszednie. W ramach zleceń SOR wykonywane są badania w trybie pilnym 24h/dobę 365 dni w roku. Dostępność lekarzy radiologów na miejscu jest zapewniona w ramach pracy lekarzy w godzinach 8:00-15:00 w dni powszednie. W pozostałych godzinach na miejscu nie ma radiologa. (...) Brak fizyczny lekarza radiologa w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej całodobowo wynika z braku dostępności lekarzy radiologów na rynku. (...) Brak lekarzy radiologów jest związany z nową formą wykonywania przez nich świadczeń na rzecz firm zewnętrznych działających właśnie w systemie opisów zdalnych oraz odejścia ich do pracy w sektorze prywatnym (...).

(akta kontroli str. 337-343)

Badanie dokumentacji dotyczącej udzielania świadczeń w zakresie badań tomografii komputerowej, gastrokopii oraz bronchoskopii w okresie obejmującym pierwszy tydzień lipca 2023 r., lipca 2024 r., stycznia i maja 2025 r. wykazało, że:

- w ww. terminach nie wykonano żadnego badania z zakresu bronchoskopii, rektoskopii i laryngoskopii z powodu braku takich wskazań;
- świadczenia z zakresu endoskopii zabezpieczone pozostawały przez czterech lekarzy dyżurujących, posiadających tytuł specjalisty w dziedzinie: chorób wewnętrznych; chorób wewnętrznych i gastroenterologii; chirurgii ogólnej (dwóch lekarzy), co odpowiadało wymogom prawa w zakresie wymaganych kwalifikacji;
- świadczeń z zakresu badań tomografii komputerowej udzielał lekarz - specjalista w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej, co było zgodne z regulacjami prawnymi w tym zakresie.

(akta kontroli str. 323-343)

1.6. W sprawie metodyki pozyskiwania danych w zakresie liczby pacjentów będących w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego i niebędących w takim stanie; zgonów w SOR oraz pacjentów przekazanych przez ZRM, które następnie przekazywano Wojewódzkiemu Koordynatorowi Ratownictwa Medycznego³² w związku z koniecznością aktualizacji Wojewódzkiego Planu Działania Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne³³, Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że dane te przekazywano na podstawie zestawienia przygotowanego przez Dział Statystyki Medycznej, który opracowywał je na podstawie raportów i jako jedyny był do tego uprawniony.

(akta kontroli str. 754-756, 766-790)

Analiza porównawcza Planu działania systemu PRM oraz informacji zawartych w dokumentacji Szpitala wykazała, że zgodnie z informacjami przekazanymi WKRM łączna liczba:

- pacjentów będących w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego wyniosła w 2023 r. - 13 100, a w 2024 r. - 13 136 i była znacząco wyższa od liczby pacjentów niebędących w takim stanie (odpowiednio: 4 947 i 4 985);
- zgonów w SOR wyniosła w 2023 r. - 21, a w 2024 r. - 19, a przekazane dane odpowiadały informacjom zawartym w dokumentacji Szpitala;
- pacjentów przekazanych przez ZRM wyniosła w 2023 r. - 4 923, a w 2024 r. - 5 006; w dokumentacji Szpitala było to odpowiednio 4 924 i 4 978.

³² Dalej: WKRM.

³³ Dalej: Plan działania systemu PRM.

(akta kontroli str. 316-322)

1.7. Stosownie do wytycznych zawartych w załączniku nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 października 2020 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców³⁴, w przyjętych przez Szpital planach kont wyodrębniono odrębny OPK odnoszący się do SOR, który przypisano do funkcji 503. W planach kont nie wyodrębniono OPK działalności pomocniczej SOR, tj. OPK 530 obejmującego koszty rejestracji, segregacji medycznej i przyjęć SOR oraz OPK 507 obejmującego koszty wykonywanych procedur w SOR. Powyższe zostało szerzej opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 375-523)

W sprawie sposobu dokonywania przypisywania kosztów Dyrektor Szpitala, Główna Księgowa Szpitala oraz Kierownik Działu Planowania i Analiz wyjaśnili: (...) *Koszty, których charakter jednoznacznie wskazuje na przynależność do konkretnej komórki organizacyjnej są przypisywane bezpośrednio do tej jednostki. Koszty bezpośrednie, których nie można przypisać do OPK w sposób jednoznaczny na podstawie dokumentów źródłowych są przypisywane według rzeczywistych zużyć dla jednostek opomiarowanych jak np.: zużycie energii elektrycznej (jednostki nieopomiarowane są rozliczane na podstawie m² powierzchni), (...).*

(akta kontroli str. 364-372)

Obowiązujące w Szpitalu kolejne polityki rachunkowości³⁵ nie określały zasad klasyfikacji zdarzeń gospodarczych, co było wymogiem art. 10 ust. 1 pkt 3 lit. a ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości³⁶, a także nie zawierały załącznika w postaci przyjętych przez Szpital zasad klasyfikacji zdarzeń, co zostało szerzej opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 377-523)

W okresie objętym kontrolą kwota zobowiązania Narodowego Funduszu Zdrowia wynikająca z zawartej ze Szpitalem umowy wynosiła w zakresie SOR w 2023 r. - 11 531 722,01 zł; w 2024 r. - 15 104 757,34 zł, a w 2025 r. (do 30 kwietnia) - 5 177 672, 00 zł. Kwota faktycznie uzyskana z ww. tytułu wynosiła w 2023 r. - 11 533 317,98 zł; w 2024 r. - 15 104 756,30 zł oraz w 2025 r. (do 30 kwietnia) - 5 177 672,00 zł.

(akta kontroli str. 524)

Koszty funkcjonowania SOR w poszczególnych latach objętych kontrolą wynosiły: w 2023 r. - 14 225 826,50 zł; w 2024 r. - 17 831 692,97 zł oraz w 2025 r. (do 30 kwietnia) - 5 999 892,83 zł. Nawet przy uwzględnieniu przychodów z innych tytułów wynik finansowy SOR każdego roku był ujemny i wynosił

³⁴ Dz.U. z 2020, poz. 2045. Dalej: rozporządzenie w sprawie standardu rachunku kosztów.

³⁵ 1) Polityki stanowiącej załącznik nr 1 do zarządzenia 66/2021 Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Gryficach z dnia 9 grudnia 2021 r. w sprawie ustalenia dokumentacji przyjętych zasad (polityki) rachunkowości - zmienionej zarządzeniem nr 16/2023 Dyrektora SP ZZOZ w Gryficach z dnia 2 lutego 2023 r. 2) Polityki stanowiącej załącznik nr 1 do zarządzenia nr 85/2024 Dyrektora SP ZZOZ w Gryficach z dnia 16 grudnia 2024 r. w sprawie ustalenia polityki rachunkowości.

³⁶ Dz. U. 2023 r., poz. 120, ze zm.; dalej: uor.

ostatecznie w 2023 r. - 1 613 154,18 zł; w 2024 r. – 1 658 940,83 zł oraz w 2025 r. (do 30 kwietnia) - 424 891,68 zł.

(akta kontroli str. 524)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Stanowisko resuscytacyjne znajdujące się w jednej z dwóch sal obszaru resuscytacyjno-zabiegowego tj. w sali zabiegowej nie było wyposażone w defibrylator z kardiowersją i opcją elektrostymulacji serca oraz aparat do powierzchniowego ogrzewania pacjenta, co było niezgodne z § 7 ust. 3 pkt 4 oraz 8 rozporządzenia w sprawie SOR, według którego minimalne wyposażenie w wyroby medyczne jednego stanowiska resuscytacyjnego stanowi: (...) pkt 4) defibrylator z kardiowersją i opcją elektrostymulacji serca (...) oraz pkt 8) aparat do powierzchniowego ogrzewania pacjenta (...).

(akta kontroli str. 27-37, 39-88)

Podczas oględzin NIK w dniu 9 lipca 2025 r. LKO oświadczyła: *my nie obsługujemy do końca tej sali, bo i tak nie bylibyśmy w stanie obsłużyć jednocześnie pacjentów wymagających resuscytacji na tych dwóch stanowiskach przy takim personelu i przy takim obłożeniu oddziału.*

Do przedmiotowego zapisu protokołu oględzin następnie wniesiono uwagę następującej treści: (...) *Defibrylator zgodnie z rozporządzeniem jest jeden na dwa stanowiska i kontroler widziała go w pierwszej sali zabiegowej. Odnosnie mojej wypowiedzi niekorzystania z drugiej sali, należy uściślić, iż mówiłam o sytuacji tymczasowej podyktowanej przebudową oddziału. Każda sala zabiegowa jest przez nas wykorzystywana. W trakcie oględzin podkreślana była informacja, iż wszystko jest tymczasowe z uwagi na trwającą przebudowę (...).*

(akta kontroli str. 67-88)

Nadto LKO wyjaśniła: *Stanowisko resuscytacyjne (...) w Sali zabiegowej obszaru resuscytacyjno – zabiegowego jest wyposażone w defibrylator z kardiowersją i opcją elektrostymulacji serca. W chwili oględzin prezentowany był jeden defibrylator przy wejściu na salę resuscytacyjną, drugi na Sali wstępnej intensywnej terapii (...).*

(akta kontroli str. 791-792)

NIK zauważa, że postanowienie § 7 ust. 3 pkt 4 rozporządzenia w sprawie SOR odnoszące się do wymogu w zakresie minimalnego wyposażenia w defibrylator z kardiowersją i opcją elektrostymulacji serca dotyczy jednego stanowiska resuscytacyjnego, a nie dwóch takich stanowisk. Obszar resuscytacyjno-zabiegowy nie był objęty pracami związanymi z przebudową i modernizacją SOR, realizowanymi w trakcie kontroli NIK. Sala zabiegowa obszaru resuscytacyjno-zabiegowego pełniła tymczasowo także funkcję sali zabiegowej obszaru terapii natychmiastowej. Z powyższych względów jej wyposażenie winno znacznie przewyższać wskazane w rozporządzeniu wymagania minimalne co do wyrobów medycznych, co jednak nie miało miejsca. Podkreślić należy, że za pełnym

wyposażeniem ww. stanowisk przemawia to, że w tym obszarze świadczenia udzielane były w trybie natychmiastowym.

2. SOR nie spełniał minimalnych wymogów dotyczących zasobów kadrowych w zakresie:

- a) stanowiska ordynatora (LKO), gdyż:
 - od 1 lutego 2022 r. do 31 maja 2024 r. stanowisko LKO, a następnie od 1 czerwca 2024 r. do 31 sierpnia 2024 r. obowiązki LKO pełnił lekarz, który odbył szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie ratownictwa medycznego, jednakże nie złożył egzaminu końcowego oraz co do którego nie zostało przez Szpital wykazane, by spełniał pozostałe wymogi pozwalające na uznanie go za lekarza systemu;
 - od 1 stycznia do 17 lutego 2025 r. obowiązki LKO pełnił lekarz, który posiadał tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych, jednakże nie legitymował się tytułem specjalisty w dziedzinie medycyny ratunkowej, nie odbywał ww. specjalizacji, a także nie zostało wykazane by w ww. okresie posiadał doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w SOR w wymiarze co najmniej trzech tysięcy godzin w okresie ostatnich trzech lat.
(akta kontroli str. 10, 265-267, 269-285, 315)

Powyższe było niezgodne:

- do 31 grudnia 2024 r. - z § 12 ust. 1 pkt 1) w zw. z § 16 pkt 1 rozporządzenia w sprawie SOR, który przewidywał, że do tej daty ordynatorem oddziału (lekarzem kierującym oddziałem) jest lekarz systemu; zgodnie z art. 3 ust. 3 lit. a ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym³⁷ lekarzem systemu w ww. okresie był:
 - a) lekarz posiadający specjalizację lub tytuł specjalisty w dziedzinie: anestezjologii i intensywnej terapii, medycyny ratunkowej lub neurologii albo lekarza po drugim roku specjalizacji w tej dziedzinie, który kontynuuje szkolenie specjalizacyjne, lub
 - b) lekarz posiadający specjalizację lub tytuł specjalisty w dziedzinie: chorób wewnętrznych, kardiologii, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, ortopedii i traumatologii lub pediatrii, lub
 - c) lekarza, który w ramach szkolenia specjalizacyjnego ukończył moduł podstawowy w dziedzinie: chorób wewnętrznych, pediatrii lub chirurgii ogólnej i kontynuuje lub zakończył szkolenie specjalizacyjne oraz uzyskał tytuł specjalisty;
- od 1 stycznia 2025 r. - z § 12 ust. 1 pkt 1) rozporządzenia w sprawie SOR, według którego minimalne zasoby kadrowe oddziału stanowił ordynator oddziału (lekarz kierujący oddziałem) będący lekarzem posiadającym: a) tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny ratunkowej albo b) specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, intensywnej terapii, chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, ortopedii i traumatologii, pediatrii, neurologii lub kardiologii i jednocześnie: będącym po drugim roku specjalizacji w dziedzinie medycyny ratunkowej, kontynuującym szkolenie specjalizacyjne w tej dziedzinie lub posiadającym

³⁷ Dz.U. z 2024 r., poz. 652, ze zm.; dalej: ustawa o PRM.

doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w wymiarze co najmniej 3 tysięcy godzin, nabyte w szpitalnym oddziale ratunkowym w okresie ostatnich trzech lat.

W zakresie pierwszego lekarza Dyrektor Szpitala wyjaśniła: *LKO w okresie od 1 lutego 2022 r. do 31 sierpnia 2024 r. bez wymaganych specjalizacji posiadał doświadczenie zawodowe i był w trakcie specjalizacji z chorób wewnętrznych. (...) przedmiotowa decyzja wynikała z trudności kadrowych.*

(akta kontroli str. 284-285)

Nadto Dyrektor Szpitala wraz z Kierownikiem Działu Kadrowo-Płacowego wskazały, że ww. lekarz spełniał wymogi przewidziane dla lekarza systemu, zawarte w art. 3 ust. 3 lit. a) ustawy o PRM jako lekarz *w procesie kształcenia po 2 roku szkolenia z dziedziny medycyna ratunkowa.*

(akta kontroli str. 284 -285, 297-304)

NIK zauważa, że zgodnie z dyspozycją art. 3 ust. 3 lit. a ustawy o PRM warunkiem koniecznym do uznania, na wskazanej podstawie prawa, lekarza za lekarza systemu było kontynuowanie przez niego szkolenia specjalizacyjnego, a nie jedynie fakt pozostawania po drugim roku specjalizacji. Lekarz, który zakończył specjalizację, ale nie złożył egzaminu końcowego nie posiada statusu osoby kontynuującej szkolenie specjalizacyjne, a w konsekwencji lekarza systemu.

W zakresie drugiego z lekarzy Dyrektor Szpitala wyjaśniła: (...) *że decyzja o powierzeniu obowiązków miała charakter tymczasowy i była podyktowana koniecznością zapewnienia ciągłości funkcjonowania oddziału w obliczu braku lekarzy spełniających pełne wymogi formalne.*

(akta kontroli str. 297-304)

- b) stanowiska lekarza dyżurnego oddziału, gdyż na siedem dni poddanych badaniu³⁸ w przypadku dwóch dni (w godzinach od 24:00 do 8:00) oraz w przypadku dwóch dni (w godzinach od 8:00 do 24:00) pracę SOR koordynował lekarz niebędący lekarzem systemu; powyższe było niezgodne z § 12 ust. 2 w związku z § 16 rozporządzenia w sprawie SOR, zgodnie z którym lekarzem dyżurnym oddziału jest lekarz systemu, o którym mowa w art. 3 pkt 3 ustawy o PRM.

(akta kontroli str. 265-267, 269-285)

- c) stanowiska lekarza systemu, gdyż na siedem dni poddanych ww. badaniu w przypadku dwóch dni lekarz systemu obecny był jedynie w godzinach od 8:00 do 24:00; w przypadku dwóch dni jedynie w godzinach od 24:00 do 8:00; powyższe było niezgodne z § 12 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia w sprawie SOR, w myśl którego minimalne zasoby kadrowe oddziału stanowią lekarze w liczbie niezbędnej do zabezpieczenia prawidłowego funkcjonowania oddziału, w tym do spełnienia warunków dotyczących czasu oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem w poszczególnych kategoriach pilności, przy czym co najmniej jeden lekarz przebywający stale w oddziale będący lekarzem systemu.

(akta kontroli str. 265-267, 269-285)

³⁸ Obejmującemu personel udzielający świadczeń na SOR w dniach 1 lipca 2023 r., 1 lipca 2024 r., w pierwszym dniu każdego z miesięcy okresu styczeń – maj 2025 r.

Dyrektor Szpitala oraz Zastępca Dyrektora do spraw Lecznictwa wyjaśnili: (...) *W wykazie osób udzielających świadczeń medycznych SOR znajdują się lekarze i pielęgniarki niespełniające kryterium pielęgniarki/lekarza systemu (...). Przyczyna tego stanu jest mniej niż prozaiczna – brak personelu posiadającego wymagane kwalifikacje pomimo przeprowadzenia szeregu postępowań konkursowych i ogłoszeń o potrzebie zatrudnienia lekarzy i pielęgniarek. Takie rozwiązanie, choć nie do końca spełniające zapis § 12 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia MS z dnia 27 czerwca 2019 r. zostało zastosowane celem spełnienia warunku: „minimalne zasoby kadrowe oddziału stanowią lekarze w liczbie niezbędnej do zabezpieczenia prawidłowego funkcjonowania oddziału, w tym do spełnienia warunków dotyczących czasu oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem w poszczególnych kategoriach pilności”. Lekarz (...) w dniu 1.02.2025 r. posiadał 17 – letnie doświadczenie zawodowe, w tym 14-letnie doświadczenie pracy w SOR i zakończone szkolenie specjalizacyjne w ortopedii i traumatologii i rozpoczętą specjalizację z medycyny ratunkowej; lekarz (...) w dniu 1.02.2025 r. posiadała 5 -letnie doświadczenie zawodowe w pracy w SP ZZOZ, w tym 4 – letnie doświadczenie pracy w SOR i była w 4 roku specjalizacji z chirurgii ogólnej, a lekarz (...) miał rozpoczętą specjalizację z medycyny ratunkowej. W tym czasie nie było możliwości spełnienia stale wymogu „co najmniej jeden lekarz systemu”. W tej sytuacji dla zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń medycznych zatrudnione są osoby posiadające wieloletnie doświadczenie w pracy w tej jednostce i prowadzone są działania mobilizujące i zachęcające te osoby do uzyskania kwalifikacji (...).*

(akta kontroli str. 305-307, 311-314)

3. Informacje o wyrobach medycznych³⁹ użytkowanych w SOR, wskazanych w części I załącznika do rozporządzenia w sprawie informacji gromadzonych w SEZOZ (na 66 ogółem badanych):

- w czterech przypadkach⁴⁰ nie były aktualizowane od 2021 r.; w jednym przypadku⁴¹ dokonano zgłoszenia 9 lipca 2025 r., tj. z przekroczeniem (o dwa dni) wyznaczonego terminu;
- w 55 przypadkach⁴² zostały po raz pierwszy przekazane do SEZOZ w trakcie trwania kontroli NIK, tj. w lipcu 2025 r., pomimo tego, że przyjęcie tych

³⁹ Obejmujących: 15 kardiomonitorów; trzy respiratory; sześć respiratorów transportowych, dwóch aparatów RTG; dwóch aparatów USG; siedmiu defibrylatorów z rejestratorem rytmu serca i danych pacjenta oraz 31 pomp infuzyjnych.

⁴⁰ Dotyczy informacji o: 1) respiratorze transportowym (model MEDUMAT WM 9410) ostatnio aktualizowanej 6 maja 2021 r.; 2) respiratorze transportowym (model AIROX, nr seryjny 4096200L339003) ostatnio aktualizowanej 6 maja 2021 r.; 3) kardiomonitorze (model SPACELABS XPRESSON; nr seryjny 1393-107043), ostatnio aktualizowanej 24 maja 2021 r.; 4) kardiomonitorze (model SPACELABS XPRESSON; nr seryjny 1393-107050), ostatnio aktualizowanej 24 maja 2021 r.

⁴¹ Obejmującym informację o respiratorze transportowym (model AIROX, nr seryjny 4096200L426005).

⁴² Obejmujących: 1) defibrylator z rejestratorem rytmu i danych pacjenta (model DFM 100, nr seryjny CN 32684300) uruchomiony 17 lipca 2024 r., zgłoszony do ww. systemu 4 lipca 2025 r.; 2) defibrylator z rejestratorem rytmu i danych pacjenta (model DFM 100, nr seryjny CN 32684302) – odpowiednio 17 lipca 2024 r. i 4 lipca 2025 r.; 3) defibrylator z rejestratorem rytmu i danych pacjenta (model Corpuls3 HBO, nr seryjny 24601768/24701029/24800056) – 2 maja 2024 r. i 4 lipca 2025 r.; 4) aparat USG (model X-Cube 90) - 27 lutego 2024 r. i 4 lipca 2025 r.; 5) aparat RTG (uDR 380i) - 25 kwietnia 2024 r. i 4 lipca 2025 r.; 6) respirator (model G5, nr seryjny 22051) - 9 lutego 2022 r. i 4 lipca 2025 r.; 7) respirator (model R50, nr seryjny 035001862318) - 22 maja 2024 r. i 4 lipca 2025 r.; 8) respirator (model R50, nr seryjny 035001862366) - 22 maja 2024 r. i 4 lipca 2025 r.; 9) respirator (model Oxylog 3000 plus, nr seryjny ASTF-0049) - 17 lipca 2024 r. i 4 lipca 2025 r.; 10) respirator (model Oxylog 3000 plus, nr seryjny ASTF-0053) - 17 lipca 2024 r. i 4 lipca 2025 r.; 11) respirator (model Oxylog 3000 plus, nr seryjny ASTF-0045) - 17 lipca 2024 r. i 4 lipca 2025 r.; 12) kardiomonitor (model BeneVision; nr

wyrobów medycznych na stan oraz ich uruchomienie nastąpiło w latach poprzednich.

(akta kontroli str. 157-222)

Powyższe było niezgodne z § 2 pkt 1 w związku z § 4 pkt 1 rozporządzenia w sprawie zakresu informacji gromadzonych w SEZOZ, w myśl którego zakres informacji, o których mowa w art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, przekazywanych przez usługodawcę do SEZOZ i gromadzonych w tym systemie obejmuje: 1) dane usługodawcy posiadającego wyrób medyczny, o którym mowa w części I załącznika do rozporządzenia (...) obejmujące jego nazwę, adres oraz identyfikator, o którym mowa w art. 17c ust. 3 pkt 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (...). Informacje, o których mowa w art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, usługodawca będący podmiotem leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne w szpitalu przekazuje co miesiąc do 7 dnia każdego miesiąca.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła: *Dane (...) nie były uzupełniane na bieżąco, co wynikało z interpretacji obowiązujących przepisów prawa, zgodnie z którą po odwołaniu stanu zagrożenia epidemicznego, nie istniały jednoznaczne przesłanki do kontynuowania tego obowiązku w dotychczasowej formie (...). Na mocy rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 13 maja 2022 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (...) zmieniono charakter obowiązujących ograniczeń z „epidemii” na „zagrożenie epidemiczne”, co stanowiło etap przejściowy w kierunku stopniowego znoszenia nadzwyczajnych obowiązków nakładanych na podmioty wykonujące działalność leczniczą. (...) Jednocześnie wskazuję, iż w najbliższym możliwym terminie zostaną uzupełnione dane dotyczące urządzeń znajdujących się na stanie SP ZZOZ w Gryficach, a informacje o nowo pozyskanych środkach trwałych będą wprowadzane na bieżąco.*

(akta kontroli str. 227-239)

4. Jeden z ratowników medycznych⁴³ (spośród 29 osób objętych badaniem) nie został wskazany w załączniku nr 2 „Harmonogram-Zasoby” do umowy z NFZ jako

seryjny F8-0402064) - 8 września 2020 r. i 22 lipca 2025 r.; 13) kardiomonitor (model BeneVision; nr seryjny F8-0402117) - 8 września 2020 r. i 22 lipca 2025 r.; 14) kardiomonitor (model SPACELABS Healthcare; nr seryjny 1389-000673) - 9 maja 2018 r. i 22 lipca 2025 r.; 15) kardiomonitor (model SPACELABS Healthcare; nr seryjny 1393-119527) - 15 marca 2024 r. i 22 lipca 2025 r.; 16) kardiomonitor (model SPACELABS Healthcare; nr seryjny 1393-119523) - 15 marca 2024 r. i 22 lipca 2025 r.; 17) kardiomonitor (model SPACELABS Healthcare; nr seryjny 1393-119524) - 15 marca 2024 r. i 22 lipca 2025 r.; 18) kardiomonitor (model SPACELABS Healthcare; nr seryjny 1393-119526) - 15 marca 2024 r. i 22 lipca 2025 r.; 19) kardiomonitor (model SPACELABS Healthcare; nr seryjny 1393-119525) - 15 marca 2024 r. i 22 lipca 2025 r.; 20) kardiomonitor (model SPACELABS Healthcare; nr seryjny 1393-119529) - 15 marca 2024 r. i 22 lipca 2025 r.; 21) kardiomonitor (model SPACELABS Healthcare; nr seryjny 1393-119530) - 15 marca 2024 r. i 22 lipca 2025 r.; 22) kardiomonitor (model SPACELABS Healthcare; nr seryjny 1393-119531) - 15 marca 2024 r. i 22 lipca 2025 r.; 23) kardiomonitor (model SPACELABS Healthcare; nr seryjny 1393-119532) - 15 marca 2024 r. i 22 lipca 2025 r.; 24) kardiomonitor (model SPACELABS Healthcare; nr seryjny 1393-119533) - 15 marca 2024 r. i 22 lipca 2025 r.; 25-55) 31 pomp infuzyjnych, z których trzy zostały uruchomione w 2019 r., 18 w 2010 r., a dziesięć w 2024 r., natomiast zgłoszenie do ww. systemu miało miejsce 22 lipca 2025 r.

⁴³ Udzielający świadczeń na podstawie umowy nr 48/2024 o udzielanie świadczeń zdrowotnych ratowniczych z 26 stycznia 2024 r.

potencjał wykonawczy przeznaczony do realizacji ww. umowy w zakresie SOR, co było niezgodne z § 6 ust. 2 załącznika „Ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej” do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁴⁴. Stosownie do ww. regulacji zmiany w harmonogramie dotyczące osób wykonujących zawody medyczne⁴⁵ wymagają zgłoszenia Prezesowi Funduszu albo dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Funduszu, z którym świadczeniodawca zawarł umowę, najpóźniej w dniu poprzedzającym ich powstanie albo, w przypadkach losowych, niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia.

(akta kontroli str. 269-283)

Dyrektor Szpitala wyjaśniła: (...) *Pani (...) nie została początkowo wskazana w potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, co wynikało z błędu administracyjnego – braku zgłoszenia zmian w harmonogramie w wymaganym terminie, nie zaś z braku świadczeń udzielanych przez nią w SOR w tym czasie.*

(akta kontroli str. 297-304)

5. Dwie pielęgniarki⁴⁶ (spośród 33 osób objętych badaniem) zostały wskazane jako potencjał wykonawczy SOR wykazany w załączniku nr 2 „Harmonogram-Zasoby” do umowy z NFZ, mimo że postanowienia umów stanowiących podstawę udzielania przez nie świadczeń na rzecz Szpitala wskazywały jako miejsce ich udzielania wyłącznie Izbę przyjęć oraz Oddział psychiatryczny. Powyższe należało ocenić jako działanie nierzetelne.

(akta kontroli str. 269-283)

Dyrektor Szpitala wraz z Zastępcą do spraw Lecznictwa wyjaśnili: *Dwie pielęgniarki (...) były wykazane w załączniku Harmonogram – Zasoby do umowy z NFZ jako potencjał wykonawczy SOR mimo, że postanowienia umów wskazywały Izbę Przyjęć i Oddział Psychiatryczny ponieważ bardzo ograniczone zasoby posiadanej kadry w stosunku do minimalnych potrzeb jak powyżej mogły chociażby z powodu absencji dowolnej pielęgniarki spowodować konieczność jej przesunięcia do SOR. Brak takich zapisów skutkowałby wątpliwościami płatnika co do możliwości świadczenia przez nich świadczeń w SOR.*

(akta kontroli str. 305-307, 311-314)

6. W planach kont nie wyodrębniono OPK działalności pomocniczej SOR, tj. OPK 530 obejmującego koszty rejestracji, segregacji medycznej i przyjęć SOR oraz OPK 507 obejmującego koszty wykonywanych procedur w SOR. Powyższe było niezgodne z zasadami wyodrębniania OPK, zawartymi w ust. 1 pkt 1.2. załącznika nr 2 do rozporządzenia w sprawie standardu rachunku kosztów, w myśl którego w SOR lub izbie przyjęć wydzielą się OPK działalności pomocniczej, na którym będą ewidencjonowane koszty związane z rejestracją, przyjęciem i segregacją medyczną wszystkich świadczeniobiorców SOR lub izby przyjęć, następnie koszty tego OPK będą rozliczane na OPK związany z ryczałtem dobowym oraz na

⁴⁴ Dz.U. z 2023 r., poz. 1194, ze zm. oraz z 2025 r., poz. 400.

⁴⁵ W rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2024 r., poz. 799 i 1897 oraz z 2025 r., poz. 129).

⁴⁶ Udzielające świadczeń, w przypadku jednej z osób, na podstawie umowy o pracę z dnia 1 października 2006 r., w przypadku drugiej – na podstawie umów zlecenia: nr 4/2023 z 18 stycznia 2023 r. i 6/2024 z 18 stycznia 2024 r.

oddziały szpitalne (...) proporcjonalnie do liczby świadczeniobiorców. Analogiczne rozwiązanie przyjmuje się w odniesieniu do OPK proceduralnego, na którym będą gromadzone koszty związane z udzielaniem procedur medycznych w SOR lub izbie przyjęć. Koszty tego OPK będą rozliczane na OPK związany z ryczałtem dobowym oraz na oddziały szpitalne proporcjonalnie do liczby i wartości wykonanych procedur medycznych (...).

(akta kontroli str. 375-523)

Dyrektor Szpitala, Główna Księgowa Szpitala oraz Kierownik Działu Planowania i Analiz wyjaśniły: (...) dla SOR wydziela się OPK na pomocniczy (530), na którym ewidencjonowane są koszty związane z rejestracją, przyjęciem i segregacją medyczną i proceduralną (507), na którym gromadzone są koszty związane z udzielaniem procedur medycznych (...). W okresie objętym kontrolą koszty funkcjonowania SOR były ewidencjonowane do OPK SOR na koncie 503-01-3300 (...). Brak wyodrębnienia OPK 530 i 507 wynikał z następujących przyczyn: brak odpowiednich narzędzi IT umożliwiających rozdzielenie kosztów wewnętrznych działań SOR (w tym ewidencja czasu pracy pracowników przypisanych do czynności rotacyjnych, triage czy procedur; ograniczone zasoby kadrowe np.: ta sama osoba wykonuje jednocześnie czynności związane z triage i procedury medyczne) uniemożliwiały rozdział kosztów bezpośrednich w sposób wiarygodny i praktyczny; ograniczenia organizacyjne i techniczne w ewidencji kosztów; brak narzędzi analitycznych i rozdzielności funkcji w praktyce działania SOR; niejednoznaczne przyporządkowanie czynności do OPK podstawowych, problemy w alokacji kosztów pośrednich i wspólnych (np.: media, sprzętanie, administracja) – brak precyzyjnych kluczy podziałowych; wydłużony czas przygotowania sprawozdań kosztowych i ryzyko błędów przy ręcznym przetwarzaniu danych; wątpliwości interpretacyjne co do granic między OPK (czy dana czynność to 507 czy 530); trudności w klasyfikacji kosztów, trudności w zbieraniu i przypisywaniu kosztów pracy i procedur.

(akta kontroli str. 366-372)

7. W kolejnych politykach rachunkowości nie było regulacji określających przyjęte zasady klasyfikacji zdarzeń gospodarczych, co było niezgodne z wymogiem art.10 ust. 1 pkt 3 lit. a uor oraz zapisami zawartymi w tych dokumentach.

Zgodnie z art. 10 ust. 1 pkt 3 lit. a uor jednostka powinna posiadać dokumentację opisującą w języku polskim przyjęte przez nią zasady (politykę) rachunkowości, a w szczególności dotyczące sposobu prowadzenia ksiąg rachunkowych, w tym co najmniej: zakładowego planu kont, ustalającego wykaz kont księgi głównej, przyjęte zasady klasyfikacji zdarzeń, zasady prowadzenia kont ksiąg pomocniczych oraz ich powiązania z kontami księgi głównej.

(akta kontroli str. 375-523)

Dyrektor Szpitala wyjaśniła: W obowiązujących SP ZZOZ w Gryficach dokumentach polityki rachunkowości nie zostały dotychczas uwzględnione szczegółowe regulacje dotyczące klasyfikacji zdarzeń gospodarczych oraz zasady przypisywania kosztów takich jak np.: koszty energii. Przyjęto bowiem założenie, iż szczegółowość tych zapisów nie jest obligatoryjna, a zasady te były stosowane w praktyce w oparciu o wewnętrzne procedury operacyjne. Informują jednak, że w ramach najbliższej aktualizacji polityki rachunkowości planowane jest uzupełnienie dokumentacji o stosowne zapisy precyzujące przyjęte zasady klasyfikacji zdarzeń gospodarczych oraz metodologię alokacji kosztów.

(akta kontroli str. 762-763, 796-797)

8. W Regulaminie SOR wskazano, że w strukturę organizacyjną SOR wchodzi obszar laboratoryjno-diagnostyczny, pominięto z kolei fakt wyodrębnienia w niej obszaru terapii natychmiastowej. Brak podjęcia działań mających na celu zaktualizowanie postanowień ww. regulaminu w tym zakresie należało ocenić jako działanie nierzetelne.

(akta kontroli str. 27-37)

Dyrektor Szpitala wyjaśniła: (...) *W treści struktury organizacyjnej SOR, ujętej w zarządzeniu nr 27A/2019 Dyrektora SP ZZOZ w Gryficach z dnia 1 lipca 2019 r., w wyniku oczywistej omyłki pisarskiej pozostał zapis dotyczący nieobowiązującego już obszaru laboratoryjno-diagnostycznego, a jednocześnie pominięto obowiązujący obszar terapii natychmiastowej. Omyłka ta została zidentyfikowana i w najbliższym czasie zostaną podjęte odpowiednie działania korygujące (...).*

(akta kontroli str. 754-756, 766-790)

OCENA CZĄSTKOWA

NIK ocenia negatywnie warunki, w jakich udzielano świadczeń zdrowotnych w ramach SOR. Spośród trzech osób, które w badanym okresie obejmowały stanowiska LKO, dwie nie posiadały ku temu wymaganych kwalifikacji. Zasoby kadrowe jakimi dysponował oddział nie spełniały minimalnych wymogów co do konieczności zapewnienia co najmniej jednego lekarza systemu przebywającego stale w SOR oraz co do stanowiska lekarza dyżurnego. Stanowisko resuscytacyjne w sali zabiegowej obszaru resuscytacyjno-zabiegowego nie było kompletne. Stwierdzone nieprawidłowości odnosiły się również do niewdrożenia zaleceń standardu rachunków kosztów w zakresie konieczności wyodrębnienia OPK działalności pomocniczej i proceduralnej, a także braku uregulowania zasad klasyfikacji zdarzeń gospodarczych w obu kolejnych politykach rachunkowości. Na negatywną ocenę miało również wpływ nieterminowe przekazywanie informacji o wyrobach medycznych do SEZOZ i niezgłoszenie ZOW NFZ wszystkich zmian dotyczących osób wskazanych jako potencjał wykonawczy w zakresie świadczeń realizowanych przez SOR.

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

2.1.1. Badanie dokumentacji 15 osób⁴⁷ udzielających świadczeń w SOR na podstawie umów cywilnoprawnych wykazało, że:

1) w styczniu 2024 r.:

- łączna liczba godzin udzielania świadczeń w SOR przez lekarzy wynosiła od 58 do 360, a najdłuższy nieprzerwany okres udzielania świadczeń przez lekarza wyniósł łącznie 48 godzin (w przypadku jednego z lekarzy objętych próbą stwierdzono siedem takich dyżurów w badanym miesiącu); w jednym przypadku lekarz udzielał świadczeń łącznie przez 65 godzin z 7-godzinnyim okresem odpoczynku;
- stwierdzono przypadki pokrywania się czasu udzielania przez lekarza świadczeń w SOR z czasem udzielania przez niego świadczeń w Oddziale Chorób Wewnętrznych i pełnionymi przez niego dyżurami endoskopowymi;
- liczba godzin udzielania świadczeń w SOR przez ratowników medycznych wyniosła od 128 do 264; najdłuższe nieprzerwane okresy udzielania

⁴⁷ W tym pięciu lekarzy, pięciu ratowników medycznych i pięć pielęgniarek.

świadczeń (obejmujące udzielanie świadczeń w innych oddziałach) wynosiły łącznie 31 godzin;

- liczba godzin udzielania świadczeń w SOR przez pielęgniarki wynosiła od 204 do 288; z pięciu objętych badaniem pielęgniarek, trzy udzielały dodatkowo świadczeń związanych z podawaniem pacjentom kontrastów przed badaniem tomografii komputerowej; nie stwierdzono dyżurów wykraczających poza dobę;

2) w styczniu 2025 r.:

- łączna liczba godzin udzielania świadczeń w SOR przez lekarzy wynosiła od 85 do 264;
- najdłuższy nieprzerwany okres udzielania świadczeń przez lekarza wyniósł 31 godzin;
- w przypadku dwóch lekarzy stwierdzono pokrywanie się czasu udzielania przez nich świadczeń w SOR z czasem udzielania przez nich świadczeń w innych komórkach organizacyjnych/oddziałach Szpitala;
- liczba godzin udzielania świadczeń w SOR przez ratowników medycznych wyniosła od 180 do 276,
- liczba godzin udzielania świadczeń w SOR przez pielęgniarki wynosiła od 156 do 288; z pięciu objętych badaniem pielęgniarek, trzy udzielały dodatkowo świadczeń związanych z podawaniem pacjentom kontrastów przed badaniem tomografii komputerowej; stwierdzono jeden dyżur wykraczający poza dobę (32 godziny).

(akta kontroli str. 344-363)

Nakładanie się czasów udzielania świadczeń przez lekarzy w różnych komórkach/oddziałach Szpitala oraz przypadki łącznego pełnienia dyżurów/udzielania świadczeń/wykonywania pracy powyżej doby przez personel medyczny w styczniu 2024 r. i 2025 r. zostało szerzej opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

2.1.2. Przeprowadzone przez NIK w dniu 9 lipca 2025 r. oględziny elementów infrastruktury technicznej wykorzystywanej w systemie TOPSOR wykazały, że spełnione zostały wymagania określone w § 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2021 r. w sprawie systemu zarządzającego trybami obsługi pacjenta w szpitalnym oddziale ratunkowym⁴⁸.

(akta kontroli str. 67-88)

2.1.3. Metoda przeprowadzania w SOR segregacji medycznej, w tym wskazanie personelu jaki powinien jej dokonywać, została uregulowana przez Szpital w:

- Regulaminie SOR, w którym wskazano m.in., że: przyjęcia pacjenta do SOR dokonuje pielęgniarka lub ratownik medyczny SOR, a o kolejności udzielenia pomocy decyduje ocena stanu klinicznego pacjenta i zakwalifikowanie do określonej kategorii w ramach segregacji (triage) dokonywanej przez pielęgniarkę lub ratownika medycznego w oparciu o Manchester Triage System; w ramach przedmiotowej segregacji pacjentów wyróżniono pięć grup oznaczonych kolorami: czerwonym⁴⁹, pomarańczowym⁵⁰, żółtym⁵¹,

⁴⁸ Dz.U. z 2025 r., poz. 1182.

⁴⁹ Oznaczającym pacjenta przyjmowanego poza kolejnością.

⁵⁰ Oznaczającym czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 10 minut.

⁵¹ Oznaczającym czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 60 minut.

zielonym⁵² oraz niebieskim⁵³; w treści ww. regulaminu zaznaczono, że w okresie od 1 lipca 2019 r. do instalacji systemu TOPSOR oraz do czasu uzupełnienia braków kadrowych - oznaczenia kolorami grup, czasu przybycia i rejestracji należy dokonywać ręcznie;

- procedurze pn. „Przyjęcie pacjenta w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym” z 6 grudnia 2024 r., w której wskazano m.in., że pacjent zgłaszający się na SOR podlega segregacji medycznej (triage), na podstawie której zostanie zakwalifikowany do jednej z pięciu kategorii; jednocześnie wyjaśniono, że triage to procedura stosowana w medycynie ratunkowej, która pozwala służbom medycznym na podział chorych wymagających pomocy w zależności od ciężkich schorzeń bądź odniesionych obrażeń; jest systemem zarządzania ryzykiem medycznym towarzyszącym pracy oddziałów ratunkowych, służącym bezpiecznemu podziałowi i przepływowi pacjentów w SOR; triage ma zapewnić pacjentowi niezbędną pomoc w odpowiednim czasie; ratownik medyczny ocenia stan pacjenta i określa stopień pilności badania lekarskiego na podstawie: wywiadu, wzrokowej oceny pacjenta, wykonywanych pomiarów parametrów życiowych oraz zebranego wywiadu chorobowego i ustaleń w zakresie leków przyjmowanych przez pacjenta na stałe;
- procedurze pn. „Zarządzanie ruchem pacjentów w SOR” z 29 listopada 2024 r., w której wskazano m.in., że: zarządzanie ruchem pacjentów w SOR dokonywane jest na podstawie systemu triage oraz że opracowano w planie pracy i wdrożono zasady opieki nad pacjentami oczekującymi na udzielenie świadczeń poprzez wyznaczenie ratownika medycznego odpowiadającego za triage; jego obowiązkiem jest wykonanie wstępnej i wtórnej segregacji pacjenta oraz nadzorowanie jego stanu w trakcie jego oczekiwania na przyjęcie przez lekarza lub na wyniki badań diagnostycznych.

(akta kontroli str. 27-37, 559-573)

Z informacji uzyskanych⁵⁴ od Lotniczego Pogotowia Ratunkowego⁵⁵ wynikało, że w okresie od 1 stycznia 2023 r. do 30 kwietnia 2025 r. karty segregacji medycznej zatwierdzało łącznie 16 osób, w tym 12 ratowników medycznych i cztery pielęgniarki.

(akta kontroli str. 578-584)

Badanie kwalifikacji ww. osób pod kątem spełniania przez nie wymogów zawartych w § 6 ust. 7 rozporządzenia w sprawie SOR, wykazało, że na 16 osób ogółem:

- 14 posiadało kwalifikacje uprawniające je do przeprowadzania segregacji medycznej (12 ratowników medycznych i dwie pielęgniarki systemu);
- dwie wykonywały zawód pielęgniarki, jednakże nie legitymowały się tytułem pielęgniarki systemu, a tym samym nie posiadały kwalifikacji uprawniających do przeprowadzania segregacji medycznej, co zostało szerzej opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 269-285, 578-586)

2.1.4. W okresie objętym kontrolą w Szpitalu obowiązywał Regulamin organizacyjny Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej

⁵² Oznaczającym czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 120 minut.

⁵³ Oznaczającym czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 240 minut.

⁵⁴ W trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK.

⁵⁵ Dalej: LPR.

w Gryficach⁵⁶ z 29 czerwca 2021 r.⁵⁷ Spełniał on wymogi określone w art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. W treści Regulaminu nie zawarto postanowień, o których mowa w § 13 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia w sprawie SOR, tj. postanowień określających maksymalny czas na podjęcie przez:

- lekarza dyżurnego SOR decyzji o skierowaniu pacjenta na leczenie do oddziałów Szpitala, lub odmowie przyjęcia do SOR
- lekarza oddziału decyzji o przyjęciu pacjenta do SOR.

Powyższe zostało szerzej opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 11-37)

Ogłędziny przeprowadzone przez NIK w dniu 29 lipca 2025 r., mające na celu zweryfikowanie wypełnienia przez Szpital wymogu zawartego w art. 24 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej, wykazały, że informacje o:

- wysokości poszczególnych opłat były aktualne;
- rodzaju działalności leczniczej oraz zakresie udzielanych świadczeń zdrowotnych zostały podane do wiadomości pacjentów w widoczny sposób, tj. poprzez ich wywieszenie na tablicy ogłoszeń, znajdującej się w obszarze segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć;
- wysokości opłaty: za udostępnienie dokumentacji medycznej (w tym sposobie ustalania takiej opłaty); za przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok oraz za świadczenia zdrowotne, które mogą być udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością - zostały podane do publicznej wiadomości poprzez wgląd do dokumentów, w których ww. zagadnienia zostały uregulowane, wyłożonych na stoliku znajdującym się w obszarze segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć, co nie odpowiadało wymogom prawa w tym zakresie; powyższe zostało szerzej opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 593-599)

Regulamin organizacyjny wraz z załącznikami został umieszczony w Biuletynie Informacji Publicznej Szpitala.

(akta kontroli str. 11)

Z informacji uzyskanych od WKRM⁵⁸ wynikało, że liczba łóżek przeznaczonych na potrzeby pacjentów w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego wynosiła:

- według stanu na 31 grudnia 2023 r. w oddziałach: Anestezjologii i Intensywnej Terapii - 12; Neurologicznym - 14; Neurochirurgicznym - 16; Chirurgii Ogólnej

⁵⁶ Dalej: Regulamin lub Regulamin organizacyjny.

⁵⁷ Wprowadzony zarządzeniem nr 73/2021 Dyrektora SP ZZOZ w Gryficach z 21 grudnia 2021 r., zmieniony zarządzeniami Dyrektora SP ZZOZ w Gryficach nr: 43/2021; 49/2021; 53/2021; 55/2021; 56/2021; 57/2021; 60/2021 i 64/2021; 2/2022; 3/2022; 8/2022; 10/2022; 11A/2022; 12/2022; 16/2022; 19/2022; 24/2022; 35/2022; 37/2022; 39/2022; 40/2022; 41/2022; 42/2022; 44/2022; 61/2022; 66/2022; 67/2022; 71/2022; 72/2022; 75/2022; 76/2022; 77/2022; 86/2022; 90/2022; 90A/2022; 101/2022; 107/2022; 109/2022; 10/2023; 11/2023; 12/2023; 14/2023; 15/2023; 19/2023; 21/2023; 23/2023; 33/2023; 34/2023; 40/2023; 43/2023; 48/2023; 49/2023; 50/2023; 51/2023; 53/2023; 58/2023; 60/2023; 86/2023; 88/2023; 90/2023; 2/2024; 3/2024; 5/2024; 6/2024; 7/2024; 8/2024; 11/2024; 13/2024; 14/2024; 16/2024; 19/2024; 20/2024; 24/2024; 30/2024; 31/2024; 33/2024; 34/2024; 37/2024; 39/2024; 42/2024; 43/2024; 44/2024; 47/2024; 62/2024; 63/2024; 74/2024; 77/2024; 80/2024; 87/2024; 9/2025; 10/2025; 11/2025; 12/2025; 13/2025; 14/2025; 15/2025; 26/2025; 35/2025 i 37/2025; dalej: Regulamin organizacyjny.

⁵⁸ Na podstawie dokumentacji otrzymanej od kontrolera przeprowadzającego czynności kontrolne w Zachodniopomorskim Urzędzie Wojewódzkim w Szczecinie (w ramach kontroli P/25/042).

- i Urologii - 34; Neonatologicznym - 12; Neurologii Dziecięcej - sześć; Pediatricznym - 11; Chorób Wewnętrznych 34; Chirurgii Urazowo - Ortopedycznej - 18; Ginekologiczno - Położniczym - 27; Alergologicznym pięć; Okulistycznym - 14; Psychiatrycznym - 20 oraz w Zachodniopomorskim Centrum Leczenia Ciężkich Oparzeń i Chirurgii Plastycznej - 29;
- według stanu na 31 grudnia 2024 r. odpowiednio: 12; 30; 16; 38; 12; sześć; 17; 37; 18; 27; pięć; 14; 46; 29 oraz w zakresie Oddziału Terapii Uzależnienia od Alkoholu 34.

(akta kontroli str. 587-592)

W sprawie sposobu określania liczby ww. łóżek, Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że dokonywane jest to na podstawie analizy średniej ilości dobowej pacjentów przekazywanych z SOR do oddziałów szpitalnych w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego w okresach poprzedzających. Informacje dotyczące liczby łóżek przeznaczonych dla pacjentów w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego były przekazywane lekarzom kierującym oddziałami podczas cyklicznych odpraw, które odbywają się co drugi czwartek.

(akta kontroli str. 227-239)

2.1.5. W sprawie mechanizmów udostępniania WKRM danych o liczbie aktualnych wolnych stanowisk intensywnej terapii z respiratorem oraz wolnych łóżek szpitalnych na poszczególnych oddziałach, Dyrektor wyjaśniła: (...) *raportowanie (...) ww. danych odbywa się każdorazowo w oparciu o polecenia i wytyczne przekazywane bezpośrednio przez Wojewodę Zachodniopomorskiego i jego służby, a w szczególności Dyrektora Wydziału Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego. Do tego celu wykorzystywane były przekazane szpitalowi odpowiednie formularze w formie edytowalnej lub dedykowane platformy internetowe (e+szpitale). (...) Na chwilę obecną dane przekazywane są wyłącznie poprzez platformę e+szpitale, raportowane 3 razy dziennie (do godz. 10:00; 14:00, 20:00) przez personel SORu. Szpital nie posiada dostępu do przekazanych danych. W raportach pielęgniarских odnotowuje się sam fakt podania do WKRM danych o liczbie łóżek oraz informacje o ewentualnych awariach systemu teleinformatycznego i przekazaniu niezbędnych informacji drogą telefoniczną.*

(akta kontroli str. 600-613)

Z informacji uzyskanych od WKRM wynikało, że Szpital w dniach 20 - 26 maja 2025 r. o godzinie 10:00 przekazał następujące dane w zakresie liczby aktualnych wolnych stanowisk intensywnej terapii z respiratorem oraz wolnych łóżek szpitalnych na poszczególnych oddziałach: 20 maja - informację o dwóch wolnych stanowiskach oraz 59 wolnych łóżkach szpitalnych⁵⁹; 21 maja - odpowiednio o trzech stanowiskach i 59 łóżkach szpitalnych⁶⁰; 22 maja - o dwóch stanowiskach i 64 łóżkach szpitalnych⁶¹; 23 maja - o braku wolnych stanowisk i 65 łóżkach szpitalnych⁶²; 24 maja - o dwóch stanowiskach i 82 łóżkach

⁵⁹ W tym OIOM 0; neurologia 6; psychiatria 0; chirurgia urazowo – ortopedyczna 1; interna 0; pediatria 7; chirurgia 12; neurochirurgia 8; ginekologia 9; położnictwo 10 oraz okulistyka 6.

⁶⁰ W tym OIOM 0; neurologia 10; psychiatria 0; chirurgia urazowo – ortopedyczna 0; interna 0; pediatria 9; chirurgia 7; neurochirurgia 9; ginekologia 6; położnictwo 6 oraz okulistyka 12.

⁶¹ W tym OIOM 0; neurologia 12; psychiatria 0; chirurgia urazowo – ortopedyczna 0; interna 0; pediatria 7; chirurgia 7; neurochirurgia 10; ginekologia 10; położnictwo 8 oraz okulistyka 10.

⁶² W tym OIOM 0; neurologia 10; psychiatria 0; chirurgia urazowo – ortopedyczna 2; interna 3; pediatria 10; chirurgia 4; neurochirurgia 12; ginekologia 7; położnictwo 8 oraz okulistyka 9.

szpitalnych⁶³; 25 maja - o jednym stanowisku i 81 łóżkach szpitalnych⁶⁴ oraz 26 maja - o jednym stanowisku i 81 łóżkach szpitalnych.⁶⁵ Przedmiotowe dane były generowane z systemu informatycznego.

(akta kontroli str. 614-635)

Analiza porównawcza ww. danych z danymi zawartymi w systemie informatycznym Szpitala wykazała, że w jednym przypadku⁶⁶ dane te pokrywały się; w sześciu przypadkach dane przekazane nie odpowiadały w pełni danym zawartym w systemie informatycznym.

(akta kontroli str. 636-649)

Dyrektor Szpitala wyjaśniła: (...) *Ratownik pozyskuje dane z systemu informatycznego szpitala z zakładki „ruch chorych” na godzinę ich pozyskania 08:00, 14:00, 20:00 z możliwym kilkuminutowym poślizgiem w sytuacji konieczności wykonania innych czynności związanych z obsługą pacjentów (...). Tak skonstruowany system wymagający pośrednictwa pracownika zawsze będzie niedokładny, bo ruch chorych jest płynny i bardzo zmienny (...). Jediną możliwością (...) byłoby wprowadzenie automatycznego bieżącego dostępu do tych danych przez WKRM z systemów informatycznych szpitali (...) dostępnego w pełnym zakresie wszystkim raportującym jednostkom, a nie tylko WKRM (...). Konstrukcja systemu i realia pracy szpitala, w szczególności w warunkach przeciążenia systemu ochrony zdrowia powoduje, iż dochodzić będzie do różnic czasowych między stanem faktycznym, a raportowanym (...).*

(akta kontroli str. 227-239)

2.1.6. W Regulaminie organizacyjnym, jak to opisano w pkt 2.1.4. niniejszego wystąpienia pokontrolnego nie określono parametrów czasu podjęcia decyzji, o których mowa w § 13 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia w sprawie SOR. Powyższe zostało szerzej opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 11-37, 483-488, 559-560)

2.1.7. Według danych przekazanych przez Szpital w zestawieniu tabelarycznym sporządzonym dla NIK, obejmującym dane wszystkich pacjentów przyjętych do SOR w okresie od 1 stycznia 2023 r. do 30 kwietnia 2025 r.⁶⁷ wynikało, że:

- przyjęto łącznie 41 207 pacjentów;
- odnotowano 23 221 przypadków przydzielenia pacjentów, w ramach dokonywanej segregacji medycznej, do jednej z pięciu kategorii, o których mowa w § 6 ust. 9 rozporządzenia w sprawie SOR, z tego do: koloru czerwonego⁶⁸ - 97 pacjentów, pomarańczowego⁶⁹ - 638, żółtego⁷⁰ - 4 089, zielonego⁷¹ - 16 472, niebieskiego⁷² - 1 925.

⁶³ W tym OIOM 0; neurologia 10; psychiatria 0; chirurgia urazowo - ortopedyczna 3; interna 4; pediatria 7; chirurgia 14; neurochirurgia 12; ginekologia 9; położnictwo 10 oraz okulistyka 13.

⁶⁴ W tym OIOM 0; neurologia 7; psychiatria 0; chirurgia urazowo - ortopedyczna 4; interna 5; pediatria 4; chirurgia 17; neurochirurgia 12; ginekologia 9; położnictwo 10 oraz okulistyka 13.

⁶⁵ W tym OIOM 0; neurologia 7; psychiatria 0; chirurgia urazowo - ortopedyczna 4; interna 5; pediatria 4; chirurgia 17; neurochirurgia 12; ginekologia 9; położnictwo 10 oraz okulistyka 13.

⁶⁶ Obejmującym dane przekazane 24 maja 2025 r.

⁶⁷ Dalej; zestawienie dla NIK.

⁶⁸ Oznaczającym natychmiastowy kontakt z lekarzem.

⁶⁹ Oznaczającym czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 10 minut.

⁷⁰ Oznaczającym czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 60 minut.

⁷¹ Oznaczającym czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 120 minut.

⁷² Oznaczającym czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 240 minut.

(akta kontroli str. 322, 683-685 plik nr 1, 686-688, 693-694)

Analiza informacji zawartych w zestawieniu dla NIK wykazała, że średnia, mediana oraz najwyższa wartość wynosiły (w godzinach, minutach i sekundach), w przypadku czasu oczekiwania pacjenta od momentu:

- rejestracji do momentu przeprowadzenia triage - odpowiednio: 00:01:11, 00:00:00⁷³ i 71:57:00⁷⁴;
- przeprowadzenia triage do przyjęcia pacjenta przez lekarzy SOR - odpowiednio: 00:06:05, 00:02:00 i 24:02:00⁷⁵;
- przyjęcia pacjenta przez lekarza SOR do zlecenia badań obrazowych i laboratoryjnych - odpowiednio: 00:50:52, 00:27:00 i 47:17:00⁷⁶;
- od wydania zlecenia na badania obrazowe i laboratoryjne do wykonania tych badań - odpowiednio: 00:14:04, 00:00:00 i 145:14:00 (w 16 445 przypadkach nie było konieczności wykonywania takich badań);
- wykonania badań obrazowych i laboratoryjnych do otrzymania wyników ww. badań przez lekarza SOR - odpowiednio: 51:58:14, 16:45:00 i 2 439:02:00⁷⁷;
- przyjęcia pacjenta przez lekarza SOR do wypisu z SOR lub przekazania pacjenta na inny oddział - odpowiednio: 02:14:10, 01:37:00 i 55:10:00⁷⁸.

(akta kontroli str. 683-685 plik nr 1, 686-688, 695-751)

W sprawie najwyższych (skrajnych) wartości czasu oczekiwania pacjenta na przeprowadzenie triage (71:57:00), przyjęcie pacjenta przez lekarzy SOR (24:02:00), zlecenie badań obrazowych i laboratoryjnych (47:17:00), wykonanie tych badań (145:14:00), otrzymanie wyników badań (2 439:02:00) oraz wypis pacjenta z SOR lub przekazanie go na inny oddział (55:10:00), Dyrektor Szpitala wyjaśniła: (...) *mam poważne wątpliwości o przydatność materiału do badania w oparciu o nieczytelne metody ustalania zjawisk czasowych. Miał to ułatwiać TOPSOR, ale niestety nie jest w pełni zintegrowany z (...) Szpitala, a pozyskiwanie danych do analizy niesie ryzyko błędu.*

(akta kontroli str. 759-761, 793-795)

⁷³ Taka mediana była możliwa tylko przy wprowadzaniu czasu triage razem z rejestracją lub braku wartości dla triage.

⁷⁴ W badaniu nie uwzględniono 132 przypadków, w których data przeprowadzenia triage była wcześniejsza niż data dokonania rejestracji pacjenta.

⁷⁵ W badaniu nie uwzględniono 1 151 przypadków, w których data przeprowadzenia badania była wcześniejsza niż data triage oraz czterech przypadków związanych z dokonaniem pierwszego wpisu w systemie informatycznym w terminie późniejszym niż wypisanie pacjenta z SOR.

⁷⁶ W badaniu nie uwzględniono 15 974 przypadków, w których nie było zlecenia badania; 320 przypadków, w których data zlecenia była wcześniejsza niż data pierwszego badania przez lekarza oraz siedmiu przypadków, w których wpis w systemie informatycznym dotyczący zlecenia badania był późniejszy niż data wypisu pacjenta z SOR.

⁷⁷ Nie uwzględniono 16 445 przypadków, w których ww. badanie nie było konieczne; 16 013 przypadków, w których przeprowadzono badanie, ale nie sporządzono opisu; 150 przypadków, w których data wykonania opisu badania była wcześniejsza niż data wykonania badania

⁷⁸ W badaniu nie uwzględniono 53 przypadków, w których pierwszy wpis o przeprowadzeniu badania miał datę późniejszą niż data wypisu pacjenta z SOR.

Analiza porównawcza danych przekazanych przez Szpital w zestawieniu dla NIK z informacjami pozyskanymi⁷⁹ z systemu TOPSOR za okres od 1 stycznia 2023 r. do 30 kwietnia 2025 r. wykazała rozbieżności m.in. w zakresie:

- liczby przyjętych pacjentów w SOR - według zestawienia było to 41 207, według danych z systemu TOPSOR - 34 855;
- kategorii pilności - według zestawienia odnotowano ją w 23 221 przypadkach⁸⁰, według danych z systemu TOPSOR – w 28 018 przypadkach⁸¹;
- średniej, mediany oraz najwyższej wartości w przypadku czasu oczekiwania pacjenta od momentu rejestracji do momentu przeprowadzenia triage - według danych z zestawienia było to odpowiednio: 00:01:11, 00:00:00 i 71:57:00, a według danych z systemu TOPSOR odpowiednio: 00:04:00, 00:02:00 i 15:05:00;
- średniej, mediany oraz najwyższej wartości w przypadku czasu oczekiwania pacjenta od momentu przeprowadzenia triage do przyjęcia pacjenta przez lekarzy SOR - według danych z zestawienia było to odpowiednio: 00:06:05, 00:02:00 i 24:02:00, a według danych z systemu TOPSOR odpowiednio: 00:17:00, 00:43:00 i 50:57:00.

(akta kontroli str. 857-859)

Rozbieżności pomiędzy danymi zawartymi w systemie TOPSOR z danymi pozyskanymi na potrzeby niniejszej kontroli NIK wskazują, że Szpital nie wykorzystywał we właściwy sposób TOPSOR w procesie obsługi pacjentów w SOR.

W sprawie użytkowania systemu TOPSOR, Dyrektor Szpitala wyjaśniła: (...) *System TOPSOR nie został do chwili obecnej skonfigurowany z (...) pomimo wielokrotnych wezwań kierowanych do obu administratorów i dostawców oprogramowania. Poprzez brak integracji personel wykonujący segregację jest zmuszony do pracy w dwóch systemach elektronicznych, a dane pacjenta (nr w TOPSOR) nie są powiązane z danymi personalnymi pacjenta. Jako użytkownik TOPSOR nie mamy uprawnień do dostępu do danych (...). Są to dane zastrzeżone dla administratora systemu – LPR (...).*

(akta kontroli str. 574-575)

Analiza dokumentacji dotyczącej faktycznej dostępności badania gastrokopii dla pacjentów SOR wykazała, że badania te wykonywano całodobowo. W okresie od 1 stycznia 2023 r. do 30 kwietnia 2025 r. przeprowadzono je łącznie u 135 pacjentów, przy czym: w przypadku 40 osób odbyło się ono w godzinach przedpołudniowych⁸²; 43 osób - w godzinach popołudniowych⁸³, 52 osób – w godzinach wieczornych i nocnych⁸⁴.

(akta kontroli str. 689-692)

2.1.8. W okresie od 1 stycznia 2023 r. do 30 kwietnia 2025 r. w SOR przyjęto łącznie 41 207 pacjentów, z których przez ZRM zostało przekazanych łącznie

⁷⁹ Od Koordynatora niniejszej kontroli NIK.

⁸⁰ W tym: kolor czerwony - 97 pacjentów; pomarańczowy - 638; żółty - 4 089; zielony - 16 472, niebieski - 1 925.

⁸¹ W tym kategoria pilności: najwyższa - 114; wysoka 1 079; średnia - 6 284; niska - 18 919 oraz najniższa 1 438; podwójne wpisy w jednej komórce - 184.

⁸² W godzinach 6:00 - 12:00.

⁸³ W godzinach 12:00 - 18:00.

⁸⁴ W godzinach 18:00 - 6:00.

11 273 pacjentów⁸⁵. Spośród pacjentów przekazanych w ww. sposób do SOR, dalszej hospitalizacji wymagało 4 163 pacjentów⁸⁶.

(akta kontroli str. 322)

2.1.9. Z informacji uzyskanych z Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego⁸⁷ wynikało, że w okresie od 1 stycznia 2023 r. do 30 kwietnia 2025 r. wystąpiło 67 przypadków odmów przyjęcia pacjenta do SOR.

(akta kontroli str. 650)

Badanie dokumentacji 10 przypadków odmów odnotowanych w 2025 r. (do 30 kwietnia) pod kątem ich przyczyn, wykazało, że:

- cztery przypadki wynikały z awarii tomografu komputerowego w okresach: 14-15 stycznia oraz 11-12 lutego 2025 r. i braku możliwości przeprowadzenia wymaganego badania; awarie zostały usunięte odpowiednio 15 stycznia i 13 lutego 2025 r.;
- dwa przypadki dotyczyły osób, co do których stwierdzono konieczność leczenia psychiatrycznego;
- w jednym przypadku stwierdzono konieczność diagnozy i dalszego leczenia w oddziale chirurgii dziecięcej;
- w jednym przypadku pacjent nie znajdował się w stanie bezpośredniego zagrożenia życia; ustalono, iż był pod wpływem alkoholu;
- jeden przypadek dotyczył pacjenta cierpiącego m.in. na chorobę Alzheimera;
- w jednym przypadku wskazano, że pacjent powinien zostać zaopatrzony w najbliższym Szpitalu i zalecono jego ponowny transport do SOR w Drawsku Pomorskim.

(akta kontroli str. 650-682)

W sprawie ostatniej przyczyny odmowy przyjęcia pacjenta, LKO wyjaśniła: *Podstawową przyczyną odmowy było skierowanie pacjenta z SOR-u posiadającego możliwości wykonania diagnostyki i kwalifikacji takiej samej jak w Gryficach. Przepisy zabraniają kierowania pacjenta z SOR do SOR. Odmowa przyjęcia ma pełne podstawy medyczne, organizacyjne (...) oraz zdroworozsądkowe i była uzgodniona z dyżurnym Wojewódzkim Koordynatorem Medycznym, który zawsze ma ostateczne zdanie (...).*

(akta kontroli str. 754-756, 791-792)

2.1.10. Na Szpital nie były nakładane kary umowne z tytułu nieprawidłowej realizacji umowy z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie funkcjonowania SOR. Nie stwierdzono także dokonywania potrąceń należności z ww. tytułu.

(akta kontroli str. 524, 762-763, 796-799)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Spośród łącznie 16 osób, które w okresie od 1 stycznia 2023 r. do 30 kwietnia 2025 r. zatwierdzały karty segregacji medycznej, dwie wykonywały zawód pielęgniarstwa, jednakże nie legitymowały się tytułem pielęgniarki systemu.

⁸⁵ W tym w 2023 r. – 4 924; w 2024 r. – 4 978 i w 2025 r. (do 30 kwietnia) – 1 371.

⁸⁶ W tym w 2023 r. – 1 815; w 2024 r. – 1 819 i w 2025 r. (do 30 kwietnia) – 529.

⁸⁷ Przekazanych za pośrednictwem Koordynatora niniejszej kontroli NIK.

Powyższe było niezgodne z dyspozycją § 6 ust. 7 rozporządzenia w sprawie SOR, w myśl którego segregację medyczną (...) przeprowadza pielęgniarka systemu, ratownik medyczny lub lekarz systemu (...) z wykorzystaniem systemu zarządzającego trybami obsługi pacjenta w szpitalnym oddziale ratunkowym (...).

(akta kontroli str. 269-285, 578-586)

Dyrektor Szpitala wraz z Zastępcą Dyrektora do spraw Lecznictwa wyjaśnili: *Przyczyny (...) były spowodowane ograniczonymi zasobami kadrowymi w SOR i koniecznością zastąpienia ratownika skierowanego do innych czynności w tym czasie. W przywołanym czasie pielęgniarka (...) miała 30-letnie doświadczenie w pracy w szpitalu i 22-letnie doświadczenie w pracy w SOR, a pielęgniarka (...) analogicznie 28-doświadczenie w pracy w szpitalu i także 22-letnie doświadczenie w pracy w SOR (...).*

(akta kontroli str. 305-307, 311-314)

2. W treści Regulaminu organizacyjnego nie zawarto postanowień określających maksymalny czas na podjęcie przez: lekarza dyżurnego SOR decyzji o skierowaniu pacjenta na leczenie do oddziałów szpitala, w którym działa SOR lub odmowie przyjęcia do SOR osoby niebędącej w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego oraz lekarza oddziału decyzji o przyjęciu pacjenta na SOR. Powyższe było niezgodne z dyspozycją § 13 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia w sprawie SOR według której, kierownik podmiotu wykonującego działalność leczniczą prowadzącego szpital, w którym działa oddział określa w regulaminie organizacyjnym tego podmiotu maksymalny czas na podjęcie przez: a) lekarza dyżurnego oddziału decyzji, o których mowa w § 12 ust. 3 pkt 2 i 3, b) lekarza oddziału decyzji o przyjęciu pacjenta na oddział.

(akta kontroli str. 11-37)

Dyrektor Szpitala wyjaśniła: (...) *Jak wynika ze stanowiska personelu medycznego, ustalenie sztywnego limitu czasowego na decyzję o skierowaniu pacjenta do oddziału szpitalnego nie znajduje oparcia w praktyce klinicznej. Czas potrzebny na podjęcie decyzji o leczeniu oraz kwalifikacji do hospitalizacji zależy od konkretnej jednostki chorobowej, aktualnego stanu pacjenta, wyników badań diagnostycznych oraz dostępności miejsc w oddziałach – i jest określany w wytycznych Towarzystw Medycznych (np.: tzw. „oknach terapeutycznych”), a nie przepisami administracyjnymi. Decyzje podejmowane są przez lekarzy dyżurnych SOR i oddziałów niezwłocznie po wykonaniu niezbędnych procedur diagnostycznych i terapeutycznych. Czas ten nie może być arbitralnie narzucony w regulaminie organizacyjnym placówki, gdyż byłoby to niezgodne z rzeczywistym przebiegiem diagnostyki oraz odpowiedzialnością zawodową lekarzy. Gdyby intencją ustawodawcy było określenie administracyjnego limitu czasowego, regulacje w tym przedmiocie znalazłyby się w akcie prawnym rangi rozporządzenia – nie zaś delegowane do uregulowań wewnętrznych. (...) w świetle obecnego stanu prawnego oraz organizacyjnego funkcjonowania SOR, pojęcie „odmowy przyjęcia” jest pojęciem problematycznym. W przypadku pacjentów przywiezionych przez Zespoły Ratownictwa Medycznego, każda próba odmowy przyjęcia do SOR prowadzi do wydania decyzji administracyjnej Dystryktora Medycznego, skutkującą pozostawieniem pacjenta w SOR – niezależnie od oceny lekarza dyżurnego. Tym samym odmowa przyjęcia w praktyce nie funkcjonuje. (...) SOR jako struktura hybrydowa (z łózkami szpitalnymi, ale także funkcją poradni) nie ma jednoznacznych przepisów precyzujących, czy decyzja o nieumieszczeniu pacjenta „na łóżko” i udzieleniu mu świadczenia diagnostyczno-terapeutycznego bez*

hospitalizacji jest odmową hospitalizacji czy też prawidłowym zakończeniem porady w trybie ambulatoryjnym. Reasumując – w praktyce działania SOR: decyzje o hospitalizacji są podejmowane bezzwłocznie po wykonaniu koniecznych procedur medycznych; brak zapisu w regulaminie organizacyjnym o czasie podjęcia decyzji wynika z niemożliwości narzucenia jednolitego limitu dla różnorodnych sytuacji klinicznych; jakakolwiek „odmowa przyjęcia” nie występuje jako działanie formalne, a wszelkie decyzje są podejmowane zgodnie z obowiązującymi przepisami, stanem zdrowia pacjenta oraz dostępnością zasobów szpitalnych.

(akta kontroli str. 297-304)

3. Informacje dotyczące wysokości opłaty za: udostępnienie dokumentacji medycznej; przechowywanie zwłok pacjenta przez okres dłuższy niż 72 godziny od osób lub instytucji uprawnionych do pochowania zwłok oraz za świadczenia zdrowotne, które mogą być udzielane za częściową albo całkowitą odpłatnością zostały podane do publicznej wiadomości poprzez umożliwienie wglądu do dokumentów, w których ww. zagadnienia zostały uregulowane, wyłożonych w obszarze segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć. Powyższe nie było zgodne z art. 24 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej, który stanowi, że informacje te podaje się do wiadomości pacjentów przez ich wywieszenie w widoczny sposób w miejscu udzielania świadczeń.

(akta kontroli str. 593-599)

Dyrektor Szpitala wyjaśniła: Informacje (...) zostały podane do publicznej wiadomości poprzez umożliwienie wglądu do ww. dokumentów wyłożonych w obszarze segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć, a nie poprzez ich wywieszenie w widoczny sposób dlatego, żeby zapewnić większą swobodę korzystania z nich i możliwość zapoznania się z nimi oraz ich analizę w pozycji siedzącej (...) Równocześnie po wskazaniu niezgodności w udostępnianiu przedmiotowych informacji, celem spełnienia wymogów formalnych, dokonano wydruku i umieszczenia ich w gablocie na korytarzu SOR w obszarze segregacji.

(akta kontroli str. 759-761, 793-795)

4. Czas pracy części personelu medycznego wyznaczony do udzielania świadczeń w SOR pokrywał się z czasem udzielania przez nich świadczeń w innych komórkach organizacyjnych/ oddziałach Szpitala oraz czasem pozostawania w gotowości do udzielania takich świadczeń, tj.:

- Oddziale wewnętrznym w dniach: 6, 7, 26 i 27 stycznia 2024 r. i pełnieniem dyżurów endoskopowych w dniach: 10-11 stycznia 2024 r. (jeden lekarz);
- Oddziale Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej w dniach: 12,13, 25 i 26 stycznia 2025 r. (jeden lekarz);
- pozostawaniem w gotowości do udzielania świadczeń w ramach sesji tlenoterapii hiperbarycznej w dniach: 2, 3, 16 i 17 stycznia 2025 r. oraz z wykonywaniem pracy w administracji Szpitala w dniach: 3, 17 i 23 stycznia 2025 r. (jeden lekarz).

W ocenie NIK oznacza to brak skutecznego nadzoru nad ustalaniem grafików pracy/harmonogramów udzielania świadczeń personelu medycznego.

(akta kontroli str. 344-363, 802-856)

Dyrektor Szpitala wyjaśniła: Nie miały miejsca przypadki nakładania się czasu pracy lekarzy w różnych komórkach organizacyjnych szpitala. W przypadku lekarza (...) umowa dotycząca dyżurów endoskopowych dotyczy gotowości do świadczenia usług na wezwanie w stanach zagrożenia życia. Nie pokrywa się to z godzinami z godzinami

dyżuru w Oddziale Chorób Wewnętrznych. Obecność tej osoby w szpitalu znacznie skraca czas oczekiwania na wykonanie zabiegu w sytuacji nagłej. W przypadku Pana (...) świadczenie usług w SOR odbywa się na podstawie odrębnej umowy cywilnoprawnej i wyłącznie w godzinach 15:00-8:00 w dni powszednie (...). Podkreślam, że przypadki incydentalnego pełnienia świadczeń jednocześnie w SOR i na oddziale miały miejsce wyłącznie w sytuacjach wyjątkowych, przy braku możliwości zapewnienia pełnej obsady lekarskiej – przyczyną pozostaje ten sam, niezmienny problem – deficyt lekarzy gotowych do pracy w warunkach Szpitalnego Oddziału Ratunkowego. (...) Wskazuję, iż nie doszło do faktycznego pokrywania się czasu wykonywania świadczeń zdrowotnych w ramach dwóch różnych umów cywilnoprawnych albowiem:

- 1) okres czynnego wykonywania świadczeń w ramach tlenoterapii hiperbarycznej zakończył się na dwie godziny przed rozpoczęciem dyżuru w SOR,*
- 2) pozostawanie w gotowości do wezwania nie jest równoznaczne z wykonywaniem pracy lub udzielaniem świadczeń zdrowotnych, a stanowi jedynie zabezpieczenie organizacyjne o charakterze potencjalnym,*
- 3) zgodnie z postanowieniami umowy cywilnoprawnej dotyczącej pełnienia dyżurów w SOR lekarz zobowiązany jest do zapewnienia zastępstwa na czas swojej nieobecności – niezależnie od przyczyny – w tym również w przypadku wezwania do wykonania świadczenia w Ośrodku Terapii Hiperbarycznej. Ponadto zgodnie z przyjętym w SP ZZOZ w Gryficach standardem organizacyjnym oraz procedurą wewnętrzną, w przypadku pacjentów wymagających pilnej interwencji hiperbarycznej przyjęcie do szpitala odbywa się w pierwszej kolejności za pośrednictwem Szpitalnego Oddziału Ratunkowego. Już na etapie przyjęcia pacjent uzyskuje dostęp do kwalifikacji medycznej, co gwarantuje właściwe zabezpieczenie ciągłości i dostępności świadczeń w stanach zagrożenia zdrowotnego. (...) Nadrzędnym celem kierownictwa jednostki (...) jest zagwarantowanie bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów oraz ciągłości funkcjonowania szpitala, nawet w sytuacjach skrajnie trudnych z punktu widzenia obsady kadrowej.*

(akta kontroli str. 762-765, 796-801)

Nieprawidłowość sformułowana przez NIK odnosi się właśnie do tych - zdaniem Dyrektora Szpitala - incydentalnych przypadków, w których stwierdzono fakt pokrywania się czasu udzielania świadczeń w SOR z czasem udzielania świadczeń w innych komórkach organizacyjnych/oddziałach Szpitala oraz pozostawaniem w tzw. „gotowości do udzielania świadczeń”. W ocenie NIK takie ustalanie harmonogramu pracy lekarza nie pozwala na uznanie, iż ze strony Szpitala każdorazowo zagwarantowana została możliwość natychmiastowego uzyskania przez pacjenta odpowiedniej opieki w SOR w przypadkach nagłych.

5. Stwierdzono występowanie przypadków łącznego nieprzerwanego udzielania świadczeń w SOR i innych komórkach organizacyjnych/oddziałach Szpitala w długim wymiarze czasu, w tym przez okres przekraczający dobę, tj.:

- w styczniu 2024 r. w przypadku jednego lekarza stwierdzono siedem nieprzerwanych dyżurów w SOR po 48 godzin;
- w styczniu 2025 r. w przypadku jednego lekarza stwierdzono dwa przypadki łącznego udzielania świadczeń w SOR, wykonywania pracy w administracji Szpitala oraz pozostawania w „gotowości” do udzielania świadczeń w ramach sesji tlenoterapii hiperbarycznej przez okres 30 godzin i 35 minut oraz dwa przypadki łącznego udzielania świadczeń w SOR i wykonywania

pracy w administracji Szpitala przez okres 30 godzin i 35 minut; w przypadku jednego lekarza łącznego udzielania świadczeń w SOR oraz w Oddziale ortopedycznym w wymiarze 31 godzin; w przypadku jednej pielęgniarki udzielania świadczeń SOR w wymiarze 32 godzin.

(akta kontroli str. 344-363, 802-856)

Dyrektor Szpitala wyjaśniła: *Przekraczanie norm czasu pracy przez personel medyczny, m.in. przez dr (...) wynika z braku dostępnych lekarzy do pracy w SOR, mimo wielokrotnych prób zatrudnienia personelu. Wskazany lekarz wykonuje świadczenia na podstawie umowy cywilnoprawnej, bez limitu dyżurów. Jako osoba dorosła podejmuje decyzje samodzielnie, świadomie przyjmując dyżury. Zgadzam się z uwagą kontrolujących dotyczącą ryzyka przeciążenia, jednakże mając na względzie bezpieczeństwo pacjentów oraz obowiązek zapewnienia dostępności świadczeń, obecnie nie ma innej możliwości zapewnienia ciągłości pracy SOR w SP ZZOZ w Gryficach.*

(akta kontroli str. 762-763, 796-799)

OCENA CZĄSTKOWA

NIK ocenia negatywnie działalność Szpitala polegającą na udzielaniu świadczeń zdrowotnych osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Segregacja medyczna nie zawsze była przeprowadzana przez osoby posiadające wymagane kwalifikacje, bowiem na 16 osób objętych badaniem, dwie nie były do tego uprawnione. Regulamin organizacyjny nie zawierał postanowień określających maksymalny czas podjęcia przez lekarza dyżurnego SOR oraz lekarza oddziału decyzji odnoszących się do pacjentów będących lub niebędących w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Stwierdzono występowanie przypadków udzielania świadczeń przez personel medyczny dłużej niż przez dobę, co w ocenie NIK mogło stanowić nadmierne obciążenie i stwarzać potencjalne zagrożenie zdrowotne dla pacjentów oraz jakości udzielanej przez nich pomocy zdrowotnej. Odnotowano także przypadki pokrywania się czasu pracy części personelu medycznego wyznaczonego do udzielania świadczeń w SOR z czasem wyznaczonym do udzielania przez nich świadczeń w innych komórkach organizacyjnych/oddziałach Szpitala.

Stwierdzone rozbieżności pomiędzy danymi zawartymi w systemie TOPSOR a danymi pozyskanymi na potrzeby niniejszej kontroli NIK wskazują, że Szpital nie wykorzystywał we właściwy sposób TOPSOR w procesie obsługi pacjentów w SOR.

IV. Uwagi i wnioski

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

Uwagi	Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag.
Wnioski	1. Prawidłowe wyodrębnienie w Regulaminie SOR obszarów, o których stanowi § 5 rozporządzenia w sprawie SOR. 2. Podjęcie działań celem stałego pełnego wyposażenia stanowiska resuscytacyjnego w sali zabiegowej obszaru resuscytacyjno-zabiegowego. 3. Terminowe zgłaszanie i bieżące aktualizowanie informacji o wyrobach medycznych do SEZOZ.

4. Zapewnienie przebywania lekarzy systemu w SOR przez całą dobę.
5. Zapewnienie wykonywania świadczeń zdrowotnych w SOR przez personel medyczny, który w postanowieniach umów stanowiących podstawę ich udzielania ma wskazany SOR jako miejsce ich świadczenia.
6. Organizowanie pracy lekarzy w sposób zapewniający nienakładanie się czasów udzielania świadczeń/wykonywania pracy/pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń przez personel medyczny w różnych komórkach organizacyjnych/oddziałach Szpitala oraz w wymiarze nieprzekraczającym 24 godzin.
7. Zapewnienie przeprowadzania segregacji medycznej przez osoby posiadające wymagane kwalifikacje.
8. Dostosowanie zasad polityki rachunkowości do wymogów zawartych w art. 10 ust. 1 pkt 3 lit. a i c uor oraz wyodrębnienie kont dla OPK 530 oraz OPK 507.
9. Określenie w Regulaminie organizacyjnym maksymalnego czasu na podjęcie przez lekarza SOR decyzji, o których mowa w § 13 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia w sprawie SOR.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Wystąpienie pokontrolne sporządzono w postaci elektronicznej z użyciem kwalifikowanych podpisów elektronicznych.

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ust. 1 i 2 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 Szczecinie. 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 30 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykonania wniosków 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.

Szczecin, 14 sierpnia 2025 r.

Kontroler

Aneta KołECKA

Główny specjalista kontroli
państwowej

/podpisano elektronicznie/

Najwyższa Izba Kontroli

Delegatura w Szczecinie

Z up.

p.o. Wicedyrektor

Anna Dejk-Chojnacka

/podpisano elektronicznie/