



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Warszawie

LWA. 410.021.02.2019

Pan
Robert Gałązkowski
Dyrektor Lotniczego Pogotowia Ratunkowego

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/19/105

Funkcjonowanie systemu ratownictwa medycznego

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Lotnicze Pogotowie Ratunkowe, ul. Księżycowa 5, 01-934 Warszawa
Kierownik jednostki kontrolowanej	Robert Gałązkowski – Dyrektor od 27 marca 2008 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	Przygotowanie i realizacja zadań Państwowego Ratownictwa Medycznego przez Lotnicze Pogotowie Ratunkowe.
Okres objęty kontrolą	Od 1 stycznia 2018 r. – do czasu zakończenia kontroli, z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym terminem.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ¹ .
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Warszawie
Kontroler	Robert Bartosik, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LWA/157/2019 z 11 października 2019 r. Grzegorz Kapela, główny specjalista kontroli państwowej, nr LWA/162/2019 z 16 października 2019 r., nr LWA/39/2020 z 29 stycznia 2020 r.

(akta kontroli, tom I str. 1-2, tom III str. 328-329)

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

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

Lotnicze Pogotowie Ratunkowe³ w latach 2018-2019 wykonywało medyczne czynności ratunkowe rzetelnie i zgodnie z przepisami ustawy z dnia 6 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym⁴, warunkami określonymi w umowach zawartych z Ministrem Zdrowia oraz zasadami wynikającymi z wojewódzkich planów działania Państwowego Ratownictwa Medycznego⁵.

W LPR opracowano i wdrożono wewnętrzne procedury postępowania dotyczące prowadzenia akcji ratowniczej przez zespoły ratownictwa medycznego i sporządzania dokumentacji medycznej.

Personel operacyjny LPR posiadał wymagane kwalifikacje, jednak ich utrzymanie i doskonalenie było utrudnione, z uwagi na brak symulatora lotów na śmigłowcu EC 135 P3, na zakup którego LPR nie otrzymało środków od Ministra Zdrowia.

Pomimo dużej rotacji personelu lekarskiego⁶ (powodowanej niskimi wynagrodzeniami) zapewniono ciągłą gotowość lotniczych zespołów do wykonywania medycznych czynności ratunkowych. Jednakże z powodu niewystarczającej liczby baz LPR nie było w stanie zapewnić zasięgu operacyjnego w najwyższym standardzie (wynoszącego 60 km z czasem gotowości do startu do 3 minut) na całym terytorium Polski⁷.

W okresie objętym kontrolą LPR, poza podstawową działalnością statutową, realizowało powierzone przez Ministra Zdrowia dwa dodatkowe zadania dotyczące:

- administrowania, rozbudowy i modyfikacji Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego⁸ i utworzenia Krajowego Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego⁹;
- przygotowania systemu zarządzającego trybami obsługi pacjenta w szpitalnym oddziale ratunkowym, w którym będą przetwarzane dane dotyczące zdrowia pacjenta oraz dane o liczbie osób i czasie oczekiwania na udzielenie świadczenia zdrowotnego w szpitalnym oddziale ratunkowym.

Zadania te nie zostały zrealizowane zgodnie z założeniami, tj. nie stworzono warunków do pełnego wdrożenia SWD PRM w wersji 2.0, tak aby z dniem 1 stycznia 2021 r. system funkcjonował produkcyjnie w całym kraju oraz nie uruchomiono systemu „Tryb Obsługi Pacjenta w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym”¹⁰ w 76 największych szpitalnych oddziałach ratunkowych w dniu 1 października 2019 r. Przyczyną niezrealizowania tych zadań był m.in. brak odpowiedniego finansowania LPR spowodowany późnym uruchamianiem rezerw celowych budżetu państwa oraz błędy popełnione w trakcie prowadzenia postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na zakup systemu TOPSOR. W trakcie wprowadzania nowych funkcjonalności do systemu SWD PRM wystąpiły błędy powodujące zagrożenia dla prawidłowego funkcjonowania systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego.

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

³ Dalej: LPR.

⁴ Dz. U. z 2019 r. poz. 993 ze zm., dalej: ustawa PRM.

⁵ Dalej: wojewódzkie plany PRM.

⁶ 30 % w latach 2018-2019.

⁷ W porze nocnej zasięg operacyjny ograniczał się do obszarów położonych w promieniu 60 km od czterech dużych miast: Warszawa, Kraków, Wrocław, Gdańsk.

⁸ Dalej: SWD PRM.

⁹ Dalej: KCMRM.

¹⁰ Dalej: TOPSOR.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

Struktura organizacyjna i kadrowa Lotniczego Pogotowia Ratunkowego.

W okresie objętym kontrolą w skład LPR wchodziły: Centrala, Ośrodek Szkolenia Lotniczego LPR, Krajowe Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego (od 21 sierpnia 2018 r.) oraz cztery regiony operacyjne składające się z oddziałów i filii¹¹.

W oddziałach i filiach funkcjonowały 22 bazy Śmigłowiec Służby Ratownictwa Medycznego¹² (21 baz stałych¹³ i jedna sezonowa¹⁴).

W opinii dyrektora LPR dla pełnego zabezpieczenia działań z zakresu ratownictwa medycznego na terenie kraju powinny powstać jeszcze trzy dodatkowe bazy. Jednak LPR do tej pory nie zakończył (ze względu na brak środków finansowych na działalność bieżącą) wdrażania do użytkowania obecnie posiadanych śmigłowców.

Zasięg operacyjny, wynoszący 60 km z czasem gotowości do startu do 3 minut, nie obejmował całego terytorium Polski. W okresie letnim, gdy funkcjonowała baza sezonowa w Koszalinie, 37% powierzchni kraju znajdowało się poza tym zasięgiem, w pozostałym okresie wskaźnik ten wynosił 49,7%. W porze nocnej zasięg operacyjny do 60 km możliwy był na obszarach położonych w promieniu 60 km od czterech dużych miast: Warszawy, Krakowa, Gdańska i Wrocławia. Całe terytorium Polski objęte było zasięgiem do 130 km, z gotowością do startu do 6 minut w dzień i do 30 minut w nocy.

(akta kontroli, tom I str. 9-16, 24-25, 166-168, 172-184, 247-251, tom III str. 4-11)

W okresie objętym kontrolą personel lotniczych zespołów ratownictwa medycznego liczył:

- piloci śmigłowcowi: 96 osób w 2017 r., 101 w 2018 r., 109 w 2019 r. (III kwartał);
- piloci samolotowi odpowiednio: 11, 12 i 12 osób;
- pielęgniarki/pielęgniarze odpowiednio: 17, 18, 18 osób;
- ratownicy medyczni odpowiednio: 74, 78, 80 osób, w tym z wykształceniem średnim 23, 23, 22;
- lekarze odpowiednio: 123, 132, 135 osób.

Lekarze pełnili dyżury na podstawie umów cywilno-prawnych zawieranych z LPR (na podstawie umowy o pracę był zatrudniony tylko jeden lekarz w wymiarze 0,25 etatu). Pozostały personel zespołów ratownictwa oraz dyspozytorzy medyczni (9 osób) byli zatrudnieni na podstawie umów o pracę.

(akta kontroli, tom I str. 9-10, tom III str. 12)

Analiza dokumentacji kadrowej 10% lekarzy, pielęgniarek, ratowników i dyspozytorów medycznych wykazała, że wszyscy posiadali kwalifikacje wymagane przepisami ustawy PRM.

(akta kontroli, tom I str. 234-238)

Zdaniem dyrektora LPR dotkliwy niedobór lekarzy w Polsce ma znaczny wpływ na sytuację kadrową w LPR. Przyczyną jest niespójna ogólnopolska polityka wynagrodzeń lekarzy i ograniczone możliwości finansowe LPR. Oferowane przez

¹¹ Południowy, w składzie: Oddział w Krakowie, filie Kielcach, Gliwicach, Sanoku, Wrocławiu i Opolu;

Północny w składzie: Oddział w Gdańsku, filie w Bydgoszczy, Olsztynie i Suwałkach;

Wschodni, w składzie: Oddział w Warszawie, Samolotowy Zespół Transportowy w Warszawie, filie w Białymstoku, Lublinie, Łodzi, Płocku i Sokołowie Podlaskim;

Zachodni, w składzie: Oddział w Szczecinie, filie w Poznaniu, Zielonej Górze, Gorzowie Wielkopolskim i Ostrowie Wielkopolskim.

¹² Dalej również: HEMS (skrót od nazwy w jęz. ang. Helicopter Emergency Medical Service).

¹³ Warszawa, Wrocław, Kraków, Gdańsk, Olsztyn, Suwałki, Białystok, Lublin, Przemyśl, Łódź, Poznań, Zielona Góra, Szczecin, Gorzów Wielkopolski, Bydgoszcz, Płock, Sokołów Podlaski, Ostrów Wielkopolski, Opole, Kielce, Gliwice.

¹⁴ Koszalin dyżur od 1 czerwca do 5 września.

LPR niekonkurencyjne stawki powodują zagrożenie ciągłości dyżurowej zespołów w wielu obszarach kraju. Na ogłaszane rekrutacje zgłaszają się pojedyncze osoby o małym doświadczeniu. Niektórzy doświadczeni lekarze ograniczają liczbę dyżurów do 2-3 w miesiącu lub rezygnują z pracy. Podania o zwiększenie wynagrodzenia lekarzy, z uwagi na poziom przyznanego budżetu, rozpatrywane są negatywnie. Powoduje to niestabilną sytuację w zakresie lekarzy systemu. LPR organizuje dni otwarte, ogłasza konkursy na nabór lekarzy zamieszczając informacje na stronie internetowej. Na chwilę obecną ciągłość dyżurowa we wszystkich bazach jest utrzymana, ale niskie stawki powodują dużą rotację personelu. Rotacja lekarzy w latach 2018-2019 dotyczyła 38 osób, co stanowiło 30% personelu lekarskiego.

(akta kontroli, tom I str. 9-10, 247-251)

Procedury w zakresie przyjmowania zgłoszeń, organizacji działań ratowniczych oraz monitorowania gotowości operacyjnej.

Zgodnie z zasadami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 19 sierpnia 2019 r. w sprawie ramowych procedur obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach przez dyspozytora medycznego¹⁵ decyzje o zadysponowaniu Lotniczego Zespołu Ratownictwa Medycznego¹⁶ podejmowane były przez dyspozytorów medycznych obsługujących poszczególne dyspozytornie. Zadania oddziałów, filii oraz komórek organizacyjnych LPR w zakresie przyjmowania wezwań i organizacji działań ratowniczych zostały określone w regulaminie organizacyjnym LPR.

Centrum operacyjne LPR odpowiedzialne było za przyjmowanie wezwań do zdarzeń, dokonanie oceny medycznej zdarzenia i zadysponowanie zespołu ratownictwa medycznego.

Szczegółowe zasady przyjmowania zgłoszeń i organizacji działań ratowniczych określono w instrukcji operacyjnej oraz w instrukcji medycznej.

(akta kontroli, tom I str. 29-115, 118-148, 150-163, 188)

LPR przy wykonywaniu działań ratowniczych współpracowało z innymi podmiotami, m.in. PSP, Policją, Żandarmerią Wojskową, Górskim Ochotniczym Pogotowiem Ratunkowym, Służbą Ochrony Państwa¹⁷, Strażą Graniczną i Agencją Bezpieczeństwa Wewnętrznego.

(akta kontroli, tom I str. 116-117, 189-190)

Monitorowanie gotowości do podejmowania działań ratowniczych prowadzone było w Centrum Operacyjnym LPR. W tym celu wykorzystywano narzędzie informatyczne „Obserwer”, pozwalające na bieżące śledzenie gotowości zespołów HEMS w poszczególnych bazach. W przypadku awarii statku powietrznego pilot dyżurny zawieszał jego gotowość w systemie. Dyspozytorzy medyczni i wojewódzcy koordynatorzy ratownictwa medycznego poprzez dostęp do systemu „Obserwer” posiadali aktualne informacje o gotowości poszczególnych jednostek LPR.

W latach 2018-2019 awarie techniczne i uszkodzenia spowodowały wyłączenie śmigłowców z działalności operacyjnej na 7 148 godzin 16 minut¹⁸. Dyrektor LPR wyjaśnił, że każde wyłączenie statku powietrznego podczas pełnienia dyżuru HEMS powodowało natychmiastowe uruchomienie procedur technicznych w celu odtworzenia gotowości dyżuru. Spodziewany zakres prac i czas ich realizacji był przekazywany przez Centrum Koordynacji Technicznej do właściwych komórek

¹⁵ Wcześniej rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 stycznia 2010 r. w sprawie ramowych procedur przyjmowania wezwań przez dyspozytora medycznego i dysponowania zespołami ratownictwa medycznego.

¹⁶ Dalej LZRM.

¹⁷ Wcześniej Biuro Ochrony Rządu.

¹⁸ Czas wyłączenia poszczególnych śmigłowców wynosił od 1 minuty (zablokowanie fotela ratownika) do 1564 godzin 30 minut (pęknięcie goleni podwozia).

organizacyjnych LPR. Na tej podstawie podejmowano decyzję o ewentualnym wznowieniu dyżuru na innym statku powietrznym.

(akta kontroli, tom I str. 202-214, 248)

Zgodnie z umową zawartą z Ministrem Zdrowia o przekazanie środków publicznych na finansowanie działalności lotniczych zespołów ratownictwa medycznego i lotniczych zespołów transportu sanitarnego¹⁹, w przypadku niezachowania ciągłości dyżuru, tj. zawieszenia powyżej 24 godzin, LPR był zobowiązany niezwłocznie powiadomić o tym fakcie zlecniodawcę. W latach 2018-2019 (do 31 października) wystąpiło 16 przypadków zawieszenia gotowości operacyjnej powyżej 24 godzin. O każdym takim przypadku LPR powiadomił pisemnie Ministerstwo Zdrowia.

(akta kontroli, tom I str. 202-226, 238-243, 302, 307)

Flota LPR oraz sposób organizacji i przebieg działań ratowniczych.

Flota LPR składała się z 2 samolotów Piaggio P-180, 3 samolotów Tecnam P200BJC, 27 śmigłowców EC 135 (w tym: 17 śmigłowców EC 135 w wersji P2 i 10 śmigłowców EC 135 w wersji P3, 2 śmigłowców Robinson R-44). W akcjach ratowniczych brało udział 27 śmigłowców EC 135 i 2 samoloty Piaggio P-180.

W celu utrzymania sprawności śmigłowców wykonywane były planowe i nieplanowe prace obsługowe, remonty i usuwanie usterek. Skutkowało to wycofaniem śmigłowców z gotowości operacyjnej i koniecznością użycia śmigłowców rezerwowych. Z powodu niewystarczającej ich liczby dochodziło do utrudnień organizacyjnych, m.in. zawieszenia pełnienia dyżurów i rezygnacji z przeprowadzania szkoleń.

Dyrektor LPR wyjaśnił, że powszechnie przyjmuje się, że 30% posiadanej floty powinno stanowić rezerwę sprzętową dla zapewnienia dyżuru. Biorąc pod uwagę obecny stan floty LPR powinno posiadać przynajmniej 3 dodatkowe śmigłowce rezerwowe.

(tom I str. 9-10, 247-251)

W latach 2017-2019 (III kwartały) LPR wykonało 23 925 lotów, w tym do wypadków komunikacyjnych 5 869, nagłych zachorowań 11 993, pozostałych wypadków 6 063. W ww. okresie wzrastała liczba wykonywanych lotów²⁰ i przetransportowanych pacjentów²¹.

(akta kontroli, tom I str. 11)

LPR posiadał urządzenie do symulacji lotu i szkolenia pilotów na śmigłowcach EC 135 P2. Symulator ten nie był dostosowany do szkolenia na śmigłowcach EC 135 P3 oraz na pozostałych typach statków powietrznych. Dyrektor LPR występował do Ministra Zdrowia o sfinansowanie zakupu symulatora lotu dla śmigłowców EC 135 P3, jednak z powodu braku środków nie dokonano takiego zakupu. W związku z brakiem ww. symulatora szkolenia nowozatrudnionych pilotów oraz obowiązkowe okresowe kontrole umiejętności pozostałych wykonywane były z wykorzystaniem śmigłowców przeznaczonych do realizacji zadań ratowniczych.

(akta kontroli, tom I str. 191-193, 196-201, tom III str. 77-90)

Z-ca dyrektora ds. administracyjnych wyjaśniła, że personel operacyjny LPR musi być w pełni przygotowany (wyszkolony i stale utrzymujący kwalifikacje) na obu wariantach śmigłowca EC 135. Możliwość wykorzystania śmigłowców ratunkowych do szkoleń (zamiast symulatora) uzależniona była m.in. od liczby podejmowanych działań ratunkowych i warunków atmosferycznych. Powyższe czynniki, jak również

¹⁹ Umowa Nr 1/LPR/85141/2490/657/1225 z 24 grudnia 2012 r. ze zm. i Nr LPR/85141/2490/2019/657/00003 z 24 stycznia 2019 r.

²⁰ W 2018 r. wykonano 8 859 lotów, tj. o 15,2% więcej niż w 2017 r. (7 686), w trzech kwartałach 2019 r. wykonano 7 380 lotów tj. 83,3% lotów wykonanych w całym 2018 r.

²¹ W 2017 r. - 6 314, w 2018 r. - 7 149, w 2019 (do 30 września) - 5 916 (łącznie 19 379).

wyższe koszty godziny lotu śmigłowcem niż godziny „lotu” na symulatorze, istotnie utrudniały organizację wymaganych szkoleń.

(akta kontroli tom III str. 7-8)

W wyniku analizy rejestrów wykonanych lotów w odniesieniu do 9 wybranych śmigłowców ustalono, że w okresie objętym kontrolą występowały miesięczne przerwy w wykonywaniu lotów związane z planową, okresową obsługą techniczną. Wykonanie obsługi technicznej było potwierdzone odpowiednimi poświadczeniami CRS²².

(akta kontroli, tom I str. 227-232)

W regulaminie organizacyjnym LPR określono standardy czasowe wykonywania czynności ratunkowych od przyjęcia powiadomienia do momentu startu:

- w dzień: do 3 minut w promieniu 60 km, 6 minut w promieniu od 60 do 130 km, do 15 minut w promieniu powyżej 130 km;
- w nocy: do 15 minut w promieniu do 60 km i do 30 minut w promieniu powyżej 60 km.

Powyższe standardy były zgodne z wojewódzkimi planami działania Państwowego Ratownictwa Medycznego i umową zawartą z Ministrem Zdrowia.

(akta kontroli, tom I str. 105-108, 288-294)

Zasady organizacji i przebieg działań ratowniczych, realizowanych przez lotnicze zespoły ratownictwa medycznego, zostały określone w procedurze operacyjnej i procedurze medycznej wprowadzonych w LPR. Rolę uzupełniającą pełniły procedury wspomagające podejmowanie decyzji przez dyspozytora medycznego w zakresie przyjęcia zgłoszenia, kwalifikacji zgłoszenia oraz dysponowania zespołami ratownictwa medycznego do różnych stanów nagłego zagrożenia zdrowotnego oraz procedury postępowania na wypadek występowania zdarzenia mnogiego/masowego.

(akta kontroli, tom I str. 118-148, 188, 258-269)

Dyrektor LPR wyjaśnił, że dotychczas nie były zgłaszane przypadki wydłużonego czasu oczekiwania na przekazanie pacjenta w stanie bezpośredniego zagrożenia zdrowotnego do szpitalnego oddziału ratunkowego²³.

(akta kontroli, tom I str. 168, 188-189, 247-248)

Badaniem szczegółowym objęto 5 losowo wybranych zdarzeń z prowadzonej w LPR, w formie elektronicznej, księgi lotów lotniczych zespołów ratownictwa medycznego. Ustalono, że wszystkie zespoły ratownictwa medycznego uczestniczące w tych zdarzeniach składały się z pilota, ratownika medycznego i lekarza, co było zgodne z art. 37 ust.1 ustawy PRM. Członkowie badanych zespołów posiadali wymagane kwalifikacje określone w ww. ustawie. Dokumentacja zawierała: karty zlecenia na lot z oznaczeniem godziny zgłoszenia i godziny startu oraz skład zespołu, karty medyczne z opisem zdarzenia, karty potwierdzające kwalifikacje lekarza²⁴. W kartach zlecenia na lot odnotowano w 4-ch z 5-ciu badanych lotów start w ciągu 3 minut od momentu przyjęcia zgłoszenia, w jednym przypadku w ciągu 5 minut (w związku z lotem w godzinach nocnych). Oznaczało to gotowość do lotu zgodną z postanowieniami regulaminu organizacyjnego i obowiązującymi procedurami. Karty medyczne były zgodne ze wzorem zawartym w załączniku nr 5 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu ich przetwarzania²⁵ i były prawidłowo wypełnione.

(akta kontroli, tom I str. 148-149)

²² Certificate of release to service.

²³ Dalej: SOR.

²⁴ Kwalifikacje ratowników medycznych ustalono na podstawie dokumentacji kadrowej.

²⁵ Dz. U. z 2015 r. poz. 2069

Koszty działalności lotniczych zespołów ratownictwa medycznego.

LPR zawarło umowę ze Skarbem Państwa, reprezentowanym przez Ministra Zdrowia²⁶, o przekazanie środków publicznych na finansowanie działalności lotniczych zespołów ratownictwa medycznego i lotniczych zespołów transportu sanitarnego. Umowa przewidywała finansowanie zadań lotniczych zespołów ratownictwa medycznego i lotniczych zespołów transportu sanitarnego, wykonywanie obowiązków krajowego operatora sieci łączności bezprzewodowej dla potrzeb systemu PRM w zakresie administrowania siecią.

Mimo wniosku²⁷ LPR o dotację na 2019 r. w wys. 144 184 tys. zł. Minister Zdrowia na realizację ww. zadań przyznał LPR dotację w wys. 67 651,0 tys. zł, płatną w 4 ratach (na I-sze półrocze 2019 r.). Umowę czterokrotnie zmieniono w trakcie roku i ostatecznie LPR otrzymało kwotę 140 776,8 tys. zł.

W okresie objętym kontrolą kwoty przyznanych dotacji były niższe od zapotrzebowania składanego przez LPR, w 2018 r. o 6,2% (zapotrzebowanie 140 000 tys. zł, otrzymana dotacja 131 355,2 tys. zł), a w 2019 r. o 2,5% (zapotrzebowanie 144 184 tys. zł, dotacja 140 776,8 tys. zł).

Średnie wynagrodzenie miesięczne wraz z pochodnymi w grupie ratowników medycznych i pielęgniarek/pielęgniarzy było w październiku 2019 r. wyższe niż w grudniu 2018 r. o odpowiednio: 1 131,62 zł i 1 079,23 zł, co oznaczało spełnienie warunku podwyżek dla tej grupy pracowników, określonych w umowie dotacji.

(akta kontroli, tom I str. 195, 305-335, tom III str. 39-60)

Dyrektor LPR wyjaśnił, że przyjęty sposób zwiększania budżetu w ciągu roku stwarzał sytuację niepewności, co do zakresu prowadzonej działalności i planowania wydatków. Stwarzał też ryzyko związane z wydatkowaniem przyznanych środków w krótkim czasie, co w połączeniu z koniecznością przeprowadzania postępowań o udzielenie zamówienia publicznego, w przypadku braku jego rozstrzygnięcia, mogło skutkować koniecznością zwrotu środków oraz niezrealizowaniem określonych zadań.

(akta kontroli, tom III str. 61-76)

Funkcjonowanie komórki organizacyjnej pn. „Krajowe Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego”

W związku z wejściem w życie z dniem 26 czerwca 2018 r. ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw²⁸ Minister Zdrowia zobowiązany został do określenia kierunków rozwoju SWD PRM²⁹, a z dniem 1 stycznia 2019 r. nastąpiło przejęcie przez Ministra Zdrowia całości zadań z zakresu zapewnienia narzędzi teleinformatycznych do odbioru oraz obsługi powiadomień o zdarzeniach i zgłoszeń alarmowych w systemie Państwowe Ratownictwo Medyczne.

Minister Zdrowia w piśmie³⁰ z 18 stycznia 2019 r. określił kierunki rozwoju SWD PRM, obejmujące pełne wdrożenie SWD PRM w wersji 2.0 do końca 2020 r., tak aby z dniem 1 stycznia 2021 r. system funkcjonował produkcyjnie w całym kraju.

²⁶ Umowa z 24 stycznia 2019 r. nr LPR/85141/2490/2019/657/0003.

²⁷ Pismo Nr LPR.DAK.31.8-1.2018 z dnia 29 grudnia 2018 r.

²⁸ Dz. U. z 2018 r. poz. 1115 ze zm.

²⁹ SWD PRM został stworzony w celu zapewnienia realizacji zadań określonych w ustawie PRM przez dyspozytorów medycznych, członków zespołów ratownictwa medycznego (ZRM), koordynatorów ratownictwa medycznego, z wykorzystaniem jednolitego w skali kraju narzędzia. Budowa SWD PRM była finansowana w ramach projektu System Informatyczny Powiadomiania Ratunkowego, realizowanego w Programie Operacyjnym Innowacyjna Gospodarka (POIG) Oś Priorytetowa VII.

³⁰ Nr ROR.456.4.6.2018.EK.

Na podstawie art. 24a ust. 4 ustawy PRM zadania administratora systemu oraz związane z jego rozbudową Minister Zdrowia powierzył jednostce podległej – Lotniczemu Pogotowiu Ratunkowemu.

(dowód: akta kontroli tym II str. 1-2, tom III str. 39-40)

W LPR utworzono komórkę organizacyjną „Krajowe Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego”, określono zakres jej zadań oraz obowiązki zastępcy dyrektora LPR ds. KCMPM³¹. W ramach prac związanych z utworzeniem KCMRM oraz przygotowaniem do przejęcia SWD PRM dokonano zmiany statutu LPR, wynajęto tymczasową siedzibę dla KCMRM, dokonano zmiany regulaminów wewnętrznych. Wykonując obowiązek wynikający z art. 12 ustawy z dnia 10 maja 2018 r., w celu realizacji zadań polegających na zapewnieniu od dnia 1 stycznia 2019 r. utrzymania i obsługi technicznej SWD PRM, w LPR do dnia 31 grudnia 2018 r. zatrudniono i przeszkolono 25 pracowników.

(akta kontroli, tom I str.88-95, tom II str. 1-2, 120-121, tom III str. 42-48)

Finansowanie zadań bieżących oraz wydatków inwestycyjnych KCMRM odbywało się zgodnie z art. 27a ust. 3 i 4 ustawy PRM z budżetu państwa z części, której dysponentem jest Minister Zdrowia.

Dotacja celowa na wydatki bieżące wyniosła:

- w 2018 r. 2 743,5 tys. zł, z których wykorzystano 1 637,7 tys. zł (59,7%), dyrektor LPR jako przyczynę niewykorzystania części dotacji wskazywał³² półroczne opóźnienie procesu legislacyjnego nad projektem ustawy o zmianie ustawy PRM, długi czas uruchamiania rezerwy długi czas uruchamiania rezerwy;
- w 2019 r. 9 224,6 tys. zł³³, z której wykorzystano w środki w kwocie 8 944,9 tys. zł (97%). Środki z dotacji zostały uruchomione w lipcu 2019 r.

Dotacja na wydatki majątkowe w wysokości 23 784,7 tys. zł (wykorzystano 23 337,7 tys. zł) dotyczyła zakupów inwestycyjnych związanych z działaniem KCMRM w okresie 2018-2019. Mimo, iż wydatki dotyczące KCMRM zostały ujęte w ustawie z 10 maja 2018 r. LPR, w celu uzyskania środków na finansowanie działalności tej jednostki, każdorazowo występowało do Ministra Zdrowia z wnioskiem o uruchomienie rezerwy celowej budżetu państwa. W związku z tym, że środki z rezerw uruchamiano w drugiej połowie roku, LPR informowało Ministra Zdrowia, że brak środków stwarza ryzyko niezrealizowania zadań związanych z pełnym wdrożeniem SWD PRM, ze względu na brak możliwości ogłoszenia postępowań o zamówienie publiczne.

(akta kontroli, tom II str. 3-49, 78-79, 89-94, tom III str. 13-38, 91-97)

W 2018 i 2019 r. LPR realizowało zadania związane z wydzieleniem SWD PRM z infrastruktury Systemu Informatycznego Centrów Powiadamiania Ratunkowego (SI CPR) i przejęciem SWD PRM od dotychczasowego administratora technicznego – ministra właściwego do spraw administracji publicznej. Prace dotyczyły migracji wszystkich podsystemów działających na rzecz SWD PRM, które zostały utworzone podczas uruchamiania projektu SWD PRM w wersji 1.0, i obejmowały przejęcie umów utrzymaniowych na wszystkie podsystemy, uzupełnienie podsystemów SWD PRM o elementy, które są współdzielone z SI CPR, zapewnienie ciągłości działania SWD PRM od momentu przejęcia. Wnioski o zmianę funkcjonalności i rozwój aplikacji SWD PRM były zgłaszane do Ministerstwa Zdrowia, zgodnie z procedurą

³¹ W założeniach przyjętych w projekcie ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw zakładano, że tworzenie Krajowego Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego miało się rozpocząć od 1 stycznia 2018 r. Na skutek przedłużającego się procesu legislacyjnego nad ustawą tworzenie KCMRM rozpoczęło z półrocznym opóźnieniem.

³² Pismo do Ministerstwa Zdrowia Nr LPR.DAK.08.2-3.2019 z dnia 31 stycznia 2019 r.

³³ Aneksami do umowy nr LPR/85144/2800/657/219. Aneksiem nr 1 z 5 lutego 2019 r. ustalono dotację w kwocie 5 744 343 zł do wydatkowania w 2019 r. Aneksiem nr 2 z 4 lipca 2019 r. podwyższono dotację do kwoty 9 104 343 zł. Aneksiem nr 3 z 31 lipca 2019 r. podwyższono dotację do kwoty 10 902 143 zł, następnie zmniejszono do 9 224,6 tys. zł.

zgłaszania nowych funkcjonalności lub modyfikacji funkcjonalności już zaimplementowanych do SWD PRM ³⁴.

(akta kontroli, tom I str. 168-170, 252, tom II str.77, 81-88)

W wyniku oględzin przeprowadzonych w KCMRM ustalono, że na dzień 26 listopada 2019 r. system SWD PRM realizuje 20 minimalnych funkcjonalności, wymaganych rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 3 lipca 2019 r. w sprawie Systemu Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego³⁵. Funkcjonalności te działały w wersji SWD PRM 1.0.

(akta kontroli, tom II str. 97-105)

W sierpniu 2019 r. LPR opracowało „Koncepcję realizacji SWD PRM 2.0”, która po uwzględnieniu uwag została zatwierdzona przez Ministra Zdrowia w dniu 1 października 2019 r. W koncepcji przedstawiono zadania związane z rozwojem i modernizacją systemu. W ocenie LPR usprawnienia i modyfikacji wymagały: Moduł Administratora, Moduł Dyspozytora, Moduł Analityka, Moduł ZRM, Moduł Raportowy, Moduł Planisty, Moduł Mapowy.

W dniu 31 grudnia 2019 r. LPR podpisało z wykonawcą umowę na „Rozbudowę, świadczenie usług rekonfiguracyjnych i zapewnienie działania Aplikacji Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego (SWD PRM)”. Harmonogram prac ujętych w umowie wskazuje, że LPR nie zrealizuje, określonego w styczniu 2019 r. przez Ministra Zdrowia celu rozwojowego, tj. pełnego wdrożenia SWD PRM w wersji 2.0 do końca roku 2020, tak aby z dniem 1 stycznia 2021 r. system funkcjonował produkcyjnie w całym kraju. Zgodnie z umową prace związane z uruchomieniem modułów produkcyjnych zakończą się dopiero pod koniec 2022 r. Dyrektor LPR wyjaśnił, że prace nad SWD PRM 2.0 realizowane są zgodnie z harmonogramem zawartym w opisie przedmiotu zamówienia w ww. umowie. Uruchomienie nowych modułów na środowisku produkcyjnym, dostarczonym przez wykonawcę oprogramowania, nastąpi w terminie do dnia 15 listopada 2022 r.

(akta kontroli, tom II str. 111-178, tom III str. 68-69)

Na podstawie § 9 ust. 4 pkt 18 i 19 rozporządzenia z dnia 2 lipca 2019 r. w sprawie Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego, LPR jako centralny administrator SWD PRM, zobowiązane było do sporządzania miesięcznych raportów z prowadzonych działań oraz informacji o awariach systemu i przekazywanie ich Ministrowi Zdrowia. Stwierdzone nieprawidłowości w zakresie funkcjonowania systemu polegały na:

- wprowadzeniu w dniu 15 listopada 2019 r. do SWD PRM nowej funkcjonalności, która zdaniem dysponentów zespołów ratownictwa medycznego, spowodowała bezpośrednie zagrożenie zdrowia i życia pacjentów, ponieważ zespół ratownictwa medycznego logujący się do systemu w składzie niepełnym³⁶ otrzymywał automatycznie status „niegotowy”. SWD PRM takiego zespołu nie uwzględniał w algorytmie podpowiadania dyspozytorowi najbliższej karetki;
- wystąpieniu w dniu 29 listopada 2019 r. awarii, która spowodowała częściową niedostępność SWD PRM. Jej powodem było wykorzystywanie certyfikatów wydanych przez Centrum Certyfikatów MSWiA, które utraciły ważność;
- wystąpieniu błędów przy wprowadzeniu w listopadzie 2019 r. w elektronicznej karcie medycznych czynności ratunkowych funkcjonalności odnośnie skali bólu, polegających m.in. na nieprawidłowościach przy logowaniu się do systemu,

³⁴ Pismo z dnia 3 lipca 2019 r. Nr ROT.456.4.5.2019.EK.

³⁵ Dz.U. z 2019 r. poz. 1310

³⁶ Np. gdy zespół typu „S” pełnił dyżur jako zespół podstawowy, co jest częstą praktyką z powodu braków kadrowych.

słabej widoczności, braku możliwości prawidłowego wykorzystania skali Glasgow³⁷ do oceny stanu pacjenta.

Użytkownicy SWD PRM, tj. urzędy wojewódzkie i dysponenti zespołów ratownictwa medycznego zgłaszali liczne mankamenty w zakresie funkcjonowania systemu. Wynikały one w dużej części z braku znajomości i umiejętności obsługi systemu. Do zadań KCMRM należało m.in. przygotowanie szkoleń dla użytkowników systemu.

(akta kontroli tom I str. 88-95, tom III str. 98-103, 120, 253-308)

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami w zakresie działania KCMRM, dotyczącymi funkcjonowania niektórych rozwiązań wprowadzonych do SWD PRM, dyrektor LPR w lutym 2020 r. podjął działania w celu poprawy funkcjonowania systemu, m.in.:

- powołał radę ds. SWD PRM (dziesięciu ratowników medycznych i dyspozytorów medycznych wskazanych przez Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego SPZOZ)³⁸, która ma mieć charakter opiniotwórczy w trakcie prac nad nowymi funkcjonalnościami systemu;
- zmienił sposób przygotowania i uzgadniania projektu RFC³⁹ oraz realizacji testów;
- zdecydował o prowadzeniu warsztatów szkoleniowych w urzędach wojewódzkich z udziałem przedstawicieli dysponentów zespołów ratownictwa medycznego;
- uruchomił stronę internetową KCMRM z informacjami o realizowanych pracach;
- wprowadził nową funkcjonalność w SWD PRM obejmującą swym zakresem możliwość bezpośredniego powiadamiania użytkowników końcowych o planowanych zmianach.

(akta kontroli tom III str. 98-103)

Dyrektor LPR wyjaśnił, że w związku z informacjami od bezpośrednich użytkowników SWD PRM o nieprawidłowościach we wprowadzonej funkcjonalności dotyczącej skali bólu w elektronicznej karcie medycznych czynności ratunkowych, podjął działania mające na celu określenie przyczyn ich wystąpienia. Przyczyną nieprawidłowości było pobieżne i niemethodyczne wykonywanie testów. W celu minimalizacji wystąpienia podobnych sytuacji w przyszłości, poza nałożonymi karami dyscyplinarnymi, polecił opracowanie procesu testowania nowych funkcjonalności w sposób eliminujący podobne zdarzenia.

(akta kontroli, tom III str. 251-252)

Realizacja projektu pn. „Tryby obsługi pacjenta w szpitalnym oddziale ratunkowym (TOPSOR)”

Minister Zdrowia pismem⁴⁰ z dnia 11 września 2018 r. poinformował LPR o potrzebie przygotowania narzędzia wspomagającego proces przyjmowania i obsługi pacjentów w szpitalnym oddziale ratunkowym. Wdrożenie systemu usprawniającego pracę SOR miało być sfinansowane ze środków funduszy europejskich, których beneficjentem będzie LPR. Przygotowanie właściwego projektu poprzedzone było programem pilotażowym pn. „System informujący o przewidywanym czasie oczekiwania w kolejce w szpitalnym oddziale ratunkowym

³⁷ Skala Glasgow, GCS (od ang. *Glasgow Coma Scale*) jest używana w medycynie w celu oceny poziomu przytomności. Wprowadzono ją w celu umożliwienia szybkiej oceny stanu pacjentów po urazie głowy i wstępnego ustalenia rokowania. Obecnie jest powszechnie stosowana zarówno w medycynie ratunkowej jak i do śledzenia zmian poziomu świadomości pacjentów w czasie leczenia.

³⁸ Pismem z dnia 23 stycznia 2020 r. Nr LPR. DYP.07.86-1.2020 dyrektor LPR wystąpił do Prezes Związku Pracodawców Ratownictwa Medycznego SP ZOZ o wyznaczenie osób do pracy w radzie.

³⁹ *Request for Comments* – dosłownie: *prośba o komentarze* – zbiór technicznych oraz organizacyjnych dokumentów mających formę memorandum związanych z sieciami komputerowymi.

⁴⁰ Nr FZOM1..9030.43.2018.WB

(SIOK)", przeprowadzonym w I kwartale 2019 r. w czterech szpitalach⁴¹. Z realizacji SIOK sporządzony został raport końcowy, zawierający wnioski i zalecenia, które należy wziąć pod uwagę w dalszych pracach nad systemem.

(akta kontroli tom III str. 121-131)

LPR przeprowadziło dialog techniczny⁴² pn. Dostawa, montaż i uruchomienie 232 kompletnych systemów „Tryb obsługi pacjenta w szpitalnym oddziale ratunkowym” w celu przygotowania postępowania o udzielenie zamówienia publicznego. W protokole z przeprowadzonego dialogu technicznego podano, że posłużył on zebraniu informacji, które będą wykorzystane przy opisie przedmiotu zamówienia, sporządzeniu specyfikacji istotnych warunków zamówienia i określenia warunków przyszłej umowy z wykonawcą.

(akta kontroli, tom III str. 132-149)

Zakład Zamówień Publicznych przy Ministrze Zdrowia w dniu 2 kwietnia 2019 r. ogłosił w imieniu LPR postępowanie na zakup TOPSOR⁴³ dla 232 szpitalnych oddziałów ratunkowych. Zamawiający z powodu licznych pytań oferentów⁴⁴, w wyniku których dwukrotnie dokonano uszczegółowienia opisu przedmiotu zamówienia, dziewięciokrotnie przesuwiał termin otwarcia ofert, który ostatecznie wyznaczono na 5 lipca 2019 r. W dniu 27 czerwca 2019 r. pomiędzy Skarbem Państwa reprezentowanym przez Ministra Zdrowia i LPR została podpisana umowa⁴⁵ o udzieleniu w 2019 r. dotacji celowej na zakup wartości niematerialnych i prawnych związanych z realizacją systemu zarządzającego trybami obsługi pacjenta w szpitalnym oddziale ratunkowym („TOPSOR”), a 19 sierpnia 2019 r. umowa o dofinansowanie projektu ze środków Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2014-2020. Na realizację projektu LPR miało otrzymać dofinansowanie z UE w wysokości 39 001,8 tys. zł i 5 972,1 tys. zł w formie dotacji Ministra Zdrowia.

(akta kontroli tom III str. 150-177)

Wprowadzenie TOPSOR miało ujednolicić zasady rejestracji i segregacji pacjentów oraz usprawnić pracę SOR poprzez monitorowanie czasu oczekiwania pacjentów na świadczenia zdrowotne i poddawanie osób przebywających na terenie oddziału, ciągłej ocenie ich stanu klinicznego.

Zakładano, że system ten przyczyni się do zmniejszenia kolejek pacjentów w SOR, dzięki możliwości przekierowania części pacjentów do podstawowej opieki zdrowotnej. Wdrożenie systemu TOPSOR w szpitalnych oddziałach ratunkowych, znajdujących się w podmiotach leczniczych, dla których podmiotem tworzącym jest minister, uczelnia medyczna albo samorząd województwa miało nastąpić od 1 października 2019 r. w pozostałych jednostkach od 1 stycznia 2021 r.

W ramach postępowania przetargowego wpłynęły oferty czterech wykonawców. W dniu 29 listopada 2019 r. postępowanie o udzielenie zamówienia publicznego na zakup TOPSOR zostało unieważnione⁴⁶, z uwagi na nieporównywalność ofert w nim złożonych oraz brak możliwości weryfikacji produktów.

⁴¹ Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku, Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Brzesku, Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Częstochowie i Samodzielnym Publicznym Dziecięcym Szpitalu Klinicznym w Warszawie.

⁴² W dniach od 5 do 11 lutego 2019 r. odbyły się spotkania z uczestnikami dialogu.

⁴³ Nr ZZP-45/19.

⁴⁴ Zamawiający udzielił odpowiedzi na 550 pytań oferentów.

⁴⁵ NR DOI/LPR/85141/6220/657/234.

⁴⁶ Wcześniej w dniu 30 października 2019 r. unieważniono postępowanie przetargowe ze względu na niemożliwość do usunięcia wadę, uniemożliwiającą zawarcie niepodlegającej unieważnieniu umowy. Jeden z wykonawców 12 listopada 2019 r. złożył odwołanie do Krajowej Izby Odwoławczej od unieważnienia postępowania, uznając je za naruszające w sposób rażący przepisy prawa; 18 listopada 2019 r. zamawiający unieważnił unieważnienie postępowania z 30 października 2019 r.

Podstawą do unieważnienia postępowania było wystąpienie przesłanek z art. 93 ust. 1 pkt 7 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.⁴⁷ – obarczenie postępowania niemożliwą do usunięcia wadą wykluczającą zawarcie niepodlegającej unieważnieniu umowy w sprawie zamówienia publicznego.

W dniu 15 listopada 2019 r. nastąpiło rozwiązanie umowy dotacji celowej z dnia 27 czerwca 2019 r. z powodu braku możliwości jej wykonania.

(akta kontroli, tom III str. 170-177)

Zastępca dyrektora LPR ds. administracyjnych, koordynator projektu TOPSOR wyjaśniła, że główną przyczyną wystąpienia przesłanek z art. 93 ust. 1 pkt 7 PZP w przedmiotowym postępowaniu był wyjątkowo skomplikowany charakter procedury. Projekt TOPSOR, obejmujący swoim zasięgiem 232 placówki, projektowany i wprowadzany jest po raz pierwszy w kraju. Wdrażanie Projektu jest równoznaczne z ujednoliceniem procedur z zakresu obsługi pacjenta szpitalnego oddziału ratunkowego, segregacji medycznej, a także organizacji pracy personelu SOR i ZRM w SOR. Zamawiający musiał uwzględnić szereg okoliczności wpływających na realizację projektu TOPSOR w szpitalnych oddziałach ratunkowych.

(akta kontroli, tom III str. 310-327)

Dyrektor LPR w dniu 4 lutego 2020 r. poinformował⁴⁸ Ministra Zdrowia, że pomimo dodatkowego zatrudnienia pracowników do realizacji zadań KCMRM oraz TOPSOR wymagane jest bezpośrednie zaangażowanie pracowników LPR w niektóre prace związane z funkcjonowaniem tych jednostek i ma to negatywny wpływ na jakość prowadzonej działalności podstawowej zakładu.

(akta kontroli, tom III str. 101-103)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Wadliwe przeprowadzenie testów w obrębie nowych funkcjonalności wprowadzanych do SWD PRM co doprowadziło do awarii, stwarzających zagrożenie dla prawidłowego funkcjonowania systemu PRM.
2. Popęlnienie błędów w trakcie postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, dotyczących opisu przedmiotu zamówienia, co doprowadziło do nieporównywalności złożonych ofert oraz braku możliwości weryfikacji produktów. Skutkiem tego było niewdrożenie w terminie 1 października 2019 r. systemu TOPSOR w podmiotach leczniczych, dla których podmiotem tworzącym jest minister, uczelnia medyczna albo samorząd województwa.

IV. Wnioski

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

1. Wprowadzanie nowych funkcjonalności do SWD PRM w sposób niestwarzający zagrożeń dla prawidłowego funkcjonowania systemu PRM.
2. Zintensyfikowanie nadzoru nad procesem przygotowania systemu TOPSOR w celu terminowego, tj. od 1 stycznia 2021 r. wdrożenia go we wszystkich szpitalach objętych programem.

⁴⁷ Dz.U. z 2019 r. poz.1843; dalej: PZP.

⁴⁸ Nr LPR.DYR.07.86-3.2020.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

W przypadku wniesienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.

Warszawa, 30 czerwca 2020 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Warszawie
Dyrektor

Mieczysław Kosmański



Grzegorz Kapela
Główny specjalista kontroli
państwowej

