



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Warszawie

LWA.410.10.2.2025

Pani
Joanna Czarnecka
Prezes Zarządu
Powiatowego Centrum
Medycznego w Grójcu Sp. z o. o.
ul. Ks. Piotra Skargi 10
05-600 Grójec

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/25/042 System ratownictwa medycznego

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Powiatowe Centrum Medyczne w Grójcu Sp. z o. o. ¹ , ul. Ks. Piotra Skargi 10, 05-600 Grójec
Kierownik jednostki kontrolowanej	Joanna Czarnecka, Prezes Zarządu Powiatowego Centrum Medycznego w Grójcu Sp. z o. o. ² , od 27 listopada 2018 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Warunki udzielania świadczeń zdrowotnych. 2. Udzielenie świadczeń zdrowotnych osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowia.
Okres objęty kontrolą	Od 1 stycznia 2023 do dnia zakończenia kontroli, z wykorzystaniem danych sprzed okresu objętego kontrolą.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o <i>Najwyższej Izbie Kontroli</i> ³
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Warszawie.
Kontroler	Mirosław Jankowski, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LWA/60/2025 z 5 maja 2025 r. (akta kontroli str. 1)

II. Ocena ogólna⁴ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA	Najwyższa Izba Kontroli negatywnie ocenia realizację spełnienia warunków udzielania świadczeń zdrowotnych przez Powiatowe Centrum Medyczne w Grójcu Sp. z o. o. w latach 2023-2025 ⁵ .
Uzasadnienie oceny ogólnej	Kontrola obejmowała warunki udzielania świadczeń zdrowotnych przez PCM, polegające m.in. na spełnieniu warunków technicznych oraz posiadaniu wymaganego wyposażenia, dysponowaniu odpowiednim personelem medycznym, dostępie do badań diagnostycznych, przekazywaniu wymaganych informacji właściwym instytucjom. Ponadto kontrolą objęto warunki udzielania świadczeń zdrowotnych osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, w tym stosowanie norm czasu pracy przez personel medyczny, wykorzystywanie systemu TOPSOR, prowadzenie segregacji medycznej przez uprawnione osoby oraz ustalenie maksymalnego czasu podjęcia decyzji i ilości łóżek na potrzeby osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. W wyniku kontroli stwierdzono nieprawidłowości polegające w szczególności na: – niezapewnieniu przez PCM całodobowego i niezwłocznego dostępu do badań specjalistycznych w dziedzinie bronchoskopii i niezapewnienie, w 89,3 % okresu objętego badaniem ⁶ przeprowadzania tomografii komputerowej w obecności lekarza specjalisty, co naruszało przepisy § 4 ust.

¹ Dalej: Powiatowe Centrum Medyczne lub PCM.

² Dalej: Prezes, Prezes Zarządu PCM.

³ Dz. U. z 2022 r. poz. 623. Dalej: ustawa o NIK.

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

⁵ Do 25 lipca 2025 r.

⁶ Pierwszy tydzień lipca 2023 r. i 2024 r. oraz stycznia i maja 2025 r.

4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie *szpitalnego oddziału ratunkowego*⁷ oraz załącznika nr 2 i 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie *świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej*⁸;

- pełnieniu funkcji pielęgniarki oddziałowej SOR przez osobę bez wymaganego stażu pracy, w okresie od 1 stycznia 2023 r. do 30 września 2024 r., co było niezgodne z § 12 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia SOR;
- niezgodnego z obowiązującymi przepisami wykonaniu wentylacji w sali operacyjnej SOR oraz dopuszczeniu do wadliwie działającej wentylacji na sali operacyjnej i w izolatce SOR, co naruszało § 38 i 39 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie *szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą*⁹;
- nieprawidłowym wykonaniu połączenia ścian z podłogą pomieszczenia TRIAGE¹⁰, czym naruszono § 30 i 31 rozporządzenia ws. pomieszczeń i urządzeń;
- braku wyposażenia sali operacyjnej SOR w dwa gniazda sprężonego powietrza, co było niezgodnie z § 9 ust. 3 pkt 3 rozporządzenia SOR;
- niewłaściwym zabezpieczeniu drogi dojazdowej do podjazdu dla ZRM, co naruszało § 3 ust. 2-3 rozporządzenia SOR;
- nieprzekazywaniu do Systemu Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia w okresie od 1 stycznia 2023 do 1 lipca 2025 r. danych o wyrobach medycznych wykorzystywanych do udzielania świadczeń zdrowotnych na SOR, co naruszało § 4 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 informacji*¹¹;
- niezgłoszeniu zmian o stanie personelu, udzielającego świadczeń w SOR, do harmonogramu stanowiącego załącznik do umowy z NFZ, czym naruszono § 6 ust. 2 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie *ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*¹²;
- przekraczaniu czasu pracy przez sześciu lekarzy i jednego pielęgniarkę, co stanowiło naruszenie art. 94 ust. 1, art. 95 ust. 1 oraz art. 97 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o *działalności leczniczej*¹³ oraz przekroczenia czasu pracy przez dwóch ww. lekarzy bez uzyskania ich pisemnej zgody, czym naruszono art. 96 ust. 5 ww. ustawy;
- prowadzeniu segregacji medycznej przez pięć osób nie posiadających stosownych uprawnień, co było niezgodne z § 6 ust. 7 rozporządzenia SOR;
- niezapewnieniu realizacji norm czasu na kontakt pacjenta SOR z lekarzem w zależności od przyznanej mu kategorii pilności.

⁷ Dz. U. z 2024 r. poz. 336, ze zm. Dalej: rozporządzenie SOR.

⁸ Dz. U. z 2016 r. poz. 357, ze zm. Dalej: rozporządzenie ws. ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

⁹ Dz. U. z 2022 r. poz. 402). Dalej: rozporządzenie ws. pomieszczeń i urządzeń.

¹⁰ System segregacji medycznej.

¹¹ Dz. U. z 2025 r. poz. 496. Dalej: rozporządzenie ws. zakresu informacji gromadzonych w Systemie Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia.

¹² Dz. U. z 2025 r. poz. 400, ze zm. Dalej: rozporządzenie OWU.

¹³ Dz. U. z 2025 r. poz. 450 ze zm. Dalej: ustawa o działalności leczniczej.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe¹⁴ kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Warunki udzielania świadczeń zdrowotnych

1.1 Warunki techniczne i wyposażenie

Opis stanu faktycznego

Szpitalny Oddział Ratunkowy¹⁵ w PCM uruchomiono 1 maja 2022 r. Zasady funkcjonowania takiego oddziału określa rozporządzenie SOR. Przeprowadzone na SOR Szpitala oględziny wykazały brak realizacji polityki informacyjnej w zakresie udzielania świadczeń dla osób znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego oraz w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli tom I str. 139-144)

Oględziny SOR wykazały również, że spośród ośmiu kategorii¹⁶ wyrobów medycznych objętych badaniem Oddział wyposażono w wyroby, o których mowa w rozporządzeniu SOR, poza dwoma gniazdami sprężonego powietrza w gabinecie zabiegowym (szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli tom I str. 145-148, tom II str. 428-435)

Pomieszczenia Oddziału spełniały warunki techniczne, o których mowa w rozporządzeniu ws. pomieszczeń i urządzeń, z wyjątkiem trzech z nich, tj. sali operacyjnej SOR, w której wentylacja nie była w pełni sprawna, a jej projekt i instalację wykonano niezgodnie z obowiązującymi przepisami, izolatki, w której wentylacja była całkowicie niesprawna i pomieszczenia TRIAGE, w którym połączenie ścian i podłóg nie spełniało obowiązujących wymogów, co potwierdziły oględziny warunków technicznych SOR (szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*). Po zgłoszeniu przez PCM poprawy działania wentylacji przeprowadzone ponowne oględziny, nie wykazały istotnych zmian w jej funkcjonowaniu. Natomiast na sali operacyjnej SOR stwierdzono modernizację polegającą na wymianie kratki wentylacyjnej i dostosowaniu ich do wymaganych wielkości, bez modernizacji instalacji wentylacyjnej zamontowanej w ścianach budynku. W efekcie system wentylacji w ścianie obiektu nie odpowiada zamontowanym kratkom. Instalacja wywiewna na sali operacyjnej, zamontowana po lewej stronie pod sufitem, nadal bez wyraźnego wywiewu powietrza.

(akta kontroli tom I 231-237, tom II str. 312)

Oględziny wykazały ponadto, że na terenie Szpitala niewłaściwie oznakowano i nie oddzielono chodnika od drogi dojazdowej do Oddziału, a także nie zapewniono bezkolizyjnego dojazdu na podjazd dla Zespołów Ratownictwa Medycznego¹⁷. Powyższe nie odpowiadało warunkom technicznym określonym w rozporządzeniu SOR (szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli tom. I str. 231-235)

¹⁴ Oceny cząstkowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena cząstkowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

¹⁵ Dalej: SOR.

¹⁶ Analizatory parametrów krytycznych, przyłóżkowe zestawy RTG, przenośne ultrasonografy (USG), stoły zabiegowe z lampą operacyjną, wózki zabiegowe z funkcją stołu zabiegowego, aparaty do znieczulenia, defibrylatory, w tym z kardiowersją i opcją elektrostymulacji serca, półautomatyczne, manualne, oraz elektryczne urządzenia do ssania (ssak elektryczny), respiratory transportowe i stacjonarne.

¹⁷ Dalej: ZRM.

Protokoły corocznych przeglądów urządzeń klimatyzacyjnych¹⁸, za lata 2023-2025, zawierały inne dane identyfikacyjne serwisowanych urządzeń niż dane zawarte na naklejkach znamionowych tych urządzeń (szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli tom I str. 234-235)

Zgodnie z art. 63 ust. 3 ustawy z dnia 7 kwietnia 2022 r. *o wyrobach medycznych*¹⁹ PCM posiadał dokumentację potwierdzającą wykonanie czynności serwisowych, a przeglądy przeprowadzano zgodnie z zaleceniami serwisowymi, bez nieuzasadnionej zwłoki.

(akta kontroli tom I str. 145-154)

1.2 Wpisanie wyrobów medycznych SOR do Systemu Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia

W okresie objętym kontrolą PCM nie wprowadzało do Systemu Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia danych o wyrobach medycznych wykorzystywanych na SOR do udzielania świadczeń zdrowotnych osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowia (szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli tom II str. 303)

1.3 Dysponowanie lądowiskiem przy SOR

Powiatowe Centrum Medyczne, zgodnie z § 3 ust. 7-10 rozporządzenia SOR, posiadało całodobowe lotnisko, położone w odległości 25,47m od budynku szpitala, co umożliwia przyjęcie osób znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego bez wykorzystania specjalistycznych środków transportu sanitarnego. Lądowisko wpisano do ewidencji lotnisk decyzją²⁰ Prezesa Urzędu Lotnictwa Cywilnego z dnia 29.03.2021 r. o wpisaniu lądowiska „GRÓJEC-PCM” do ewidencji lądowisk pod nr 507. Lotnicze Pogotowie Ratunkowe²¹ dopuściło wykonywanie na nim operacji lotniczych w porze dziennej od 6 lutego 2023 r., a w porze nocnej od 20 listopada 2023 r. W okresie od 1 stycznia 2023 r. do 30 kwietnia 2025 r. do placówki leczniczej LPR przetransportowało dwie osoby²². W przypadku jednej z nich czas pomiędzy przekazaniem pacjenta przez LPR, a czasem rejestracji w systemie informacji szpitalnej wyniósł 8 min.

(akta kontroli tom. I str. 276-280, 289, 314-316)

Prezes oświadczyła, że PCM nie posiada danych elektronicznych określających liczbę lądowań z pacjentami. W przedmiocie czasu przejęcia pacjenta od LPR oświadczyła, że czas przekazania pacjenta przez LPR do PCM 04.11.2024 r. nie przekroczył 5 min. LPR bilet TOPSOR²³ pobrał o godz. 11:23, pacjenta zarejestrowano o godz. 11:23. Bez względu na czas rejestracji pacjent fizycznie znajdował się w SOR w czasie nieprzekraczającym 5 min.

(akta kontroli tom II str. 269-270, 327)

1.4 Dysponowanie odpowiednim personelem medycznym na SOR

Personel medyczny PCM świadczący pracę na SOR w liczbie 47 osób zabezpieczał prawidłowe funkcjonowanie Oddziału. Badaniami objęto dokumentację kadrową 37 osób (78,7%).

(akta kontroli tom I str. 318-320, 325-326)

¹⁸ Cztery klimatyzatory oraz cztery urządzenia zewnętrzne obsługujące klimatyzatory.

¹⁹ Dz. U. 2024 r. poz. 1620, ze zm.

²⁰ Nr LTL-1.61.17.2021.ULC.3.

²¹ Dalej: LPR.

²² Na podstawie danych pozyskanych z LPR.

²³ System zarządzający trybami obsługi pacjenta w szpitalnym oddziale ratunkowym.

Wszystkie osoby, których dokumentację objęto badaniami, spośród lekarzy i średniego personelu medycznego, świadczyły pracę zgodnie z przyjętymi harmonogramami. W przypadku jednej osoby²⁴ stwierdzono, iż przedłożyła ona kartę ewidencji czasu pracy, która nie była wypełniona szczegółowo, zawierała jedynie dane dotyczące łącznej liczby godzin.

(akta kontroli tom. I str. 321-324, 351)

W okresie objętym kontrolą, spośród ww. 37 osób zatrudnionych w SOR, 36 z nich miało kwalifikacje określone dla zajmowanych przez nie stanowisk. W przypadku jednego lekarza²⁵ akta osobowe nie zawierały dokumentacji potwierdzającej te kwalifikacje. Dokumenty zostały uzupełnione w wyniku kontroli 10 lipca 2025 r. W jednym przypadku osoba pełniąca funkcję pielęgniarki oddziałowej SOR (Kierownik ds. Pielęgniarstwa SOR) nie spełniała wymogów określonych przepisami prawa (szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli tom I str. 327-330, 339-344)

W okresie objętym kontrolą na 37 pracowników SOR, których dokumentację objęto badaniami, jeden z nich²⁶ nie został zgłoszony NFZ jako udzielający świadczeń, a w przypadku 25 osób²⁷ nie zgłaszano zawarcia z nimi kolejnych umów (szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli tom I str. 353-360, 398-427)

Prezes Zarządu PCM w odniesieniu do braku informowania NFZ o przedłużanych umowach oświadczyła, że pracownicy SOR zostali zgłoszeni do umowy z NFZ na okres bezterminowy, począwszy od pierwszego dnia zatrudnienia. Zgodnie z przyjętą praktyką do NFZ zgłaszano zakończenie świadczenia pracy przez pracownika.

(akta kontroli tom I str. 428-430, tom II str. 330-331)

1.5 Dostęp do badań diagnostycznych

Zgodnie z § 4 ust. 4 rozporządzenia SOR szpital, w którym funkcjonuje Oddział, zapewnia całodobowy i niezwłoczny dostęp do badań diagnostycznych wykonywanych w medycznym laboratorium diagnostycznym, badania USG, komputerowego badania tomograficznego, a także badań endoskopowych, w tym: gastrokopii, rektoskopii, bronchoskopii, laryngoskopii.

W okresie objętym kontrolą PCM realizowało świadczenia diagnostyki laboratoryjnej i diagnostyki tomografii komputerowej (TK). W obydwu przypadkach usługi świadczyły na terenie PCM podmioty zewnętrzne. Wyniki badań TK opisywano w drodze teleradiologii. Usługi badań tomografii

²⁴ [...] „Na podstawie art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2022 r. poz. 902), dalej: ustawa o dostępie do informacji publicznej oraz art. 6 ust. 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L 119 z 4 maja 2016 r., str. 1, ze zm.) dalej: RODO, NIK wyłączyła jawność informacji w zakresie ochrony danych osobowych. Wyłączenia tego dokonano w interesie osoby fizycznej”.

²⁵ [...] „Na podstawie art. 5 ust. 2 ustawy o dostępie do informacji publicznej oraz art. 6 ust. 1 RODO NIK wyłączyła jawność informacji w zakresie ochrony danych osobowych. Wyłączenia tego dokonano w interesie osoby fizycznej”.

²⁶ [...] „Na podstawie art. 5 ust. 2 ustawy o dostępie do informacji publicznej oraz art. 6 ust. 1 RODO NIK wyłączyła jawność informacji w zakresie ochrony danych osobowych. Wyłączenia tego dokonano w interesie osoby fizycznej”.

²⁷ [...] „Na podstawie art. 5 ust. 2 ustawy o dostępie do informacji publicznej oraz art. 6 ust. 1 RODO NIK wyłączyła jawność informacji w zakresie ochrony danych osobowych. Wyłączenia tego dokonano w interesie osoby fizycznej”.

komputerowej, w przeważającym okresie objętym szczegółowymi badaniami²⁸, świadczo bez udziału lekarza specjalisty w dziedzinie radiologii. Ponadto zaplanowani do realizacji badań bronchoskopii lekarze nie posiadali wymaganych kwalifikacji (szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*). W wybrane dni spośród pierwszych tygodni lipca 2023 r. i 2024 r. oraz stycznia i maja 2025 r., objętych próbą, nie zapewniono wykonywania badań endoskopowych (szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli tom I str. 331-344, 377-381)

1.6 Zgodność danych przekazywanych wojewodzie z dokumentacją źródłową

Powiatowe Centrum Medyczne w latach 2024 i 2025 przekazało wojewodzie dane do planu działania systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego dla województwa mazowieckiego za lata 2023 i 2024. Przekazane informacje obejmowały m.in. dane określone w tabeli nr 9 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 listopada 2018 r. w sprawie wojewódzkiego planu działania systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego²⁹, w tym o liczbie innych przypadków niż przypadki nagłego zagrożenia zdrowotnego (kolumna 5), o liczbie zgonów w SOR (kolumna 6) oraz o liczbie pacjentów przekazanych przez zespoły ratownictwa medycznego (kolumna 7). Przekazywane wojewodzie informacje do planu były niezgodne z danymi wynikającymi ze Szpitalnego Systemu Informatycznego (HIS) (szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli tom I str. 516-524, tom II str. 146-147, 448)

1.7 Wdrożenie zalecenia standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców

Zgodnie z art. 31lc ust. 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych³⁰ świadczeniodawcy, którzy zawarli umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, są obowiązani do stosowania standardu rachunku kosztów opracowanego na podstawie zaleceń określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 października 2020 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców³¹. W PCM dla SOR wyodrębniono ośrodek powstawania kosztów (OPK), a w planie kont wyodrębniono konto 503 „Pomoc doraźna i ratownictwo medyczne”, do którego przypisano koszty SOR z kodem charakteryzującym specjalność komórki organizacyjnej 4902. Powyższe było zgodne z § 2 pkt 13 ww. rozporządzenia. Stosownie do § 6 ust. 1 i 4 rozporządzenia ws. rachunku kosztów, w celu określenia kosztów pośrednich OPK dokonuje się alokacji kosztów OPK działalności pomocniczej, a dla każdego OPK działalności pomocniczej ustala się klucz podziałowy, zgodnie ze standardowymi kluczami podziałowymi służącymi rozliczaniu kosztów działalności pomocniczej, które zostały określone w załączniku nr 7 do rozporządzenia.

W PCM wypracowano własny klucz podziału kosztów pośrednich, inny niż określony w załączniku nr 7 do rozporządzenia, co było zgodne z § 6 ust. 5 rozporządzenia ws. rachunku kosztów, dopuszczającym stosowanie przez świadczeniodawcę klucza podziałowego innego niż określony w załączniku nr 7 do rozporządzenia, jeżeli jest to uzasadnione możliwością dokładniejszej alokacji kosztów OPK działalności pomocniczej.

²⁸ Pierwszy tydzień lipca 2023 r. i 2024 r. oraz stycznia i maja 2025 r.

²⁹ Dz. U. z 2023 r. poz. 1060.

³⁰ Dz. U. z 2024 r. poz. 146, ze zm.

³¹ Dz. U. z 2020 r. poz. 2045, ze zm. Dalej: rozporządzenie ws. rachunku kosztów.

(akta kontroli tom I str. 552-560, tom II str. 270, 348-366)

Wynik finansowy SOR przy uwzględnieniu przyjętej w PCM metodyki przypisania kosztów wyniósł w poszczególnych latach 2022-2024 odpowiednio: -1 704,4 tys. zł, -2 280,1 tys. zł, -3 924,2 tys. zł, zaś w I kwartale 2025 r. wyniósł -533,1 tys. zł.

(akta kontroli tom I str. 561-562)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. PCM nie zastosowało się do rekomendacji zawartych w pkt 11 *Dobrych praktyk postępowania w Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych i w Izbach przyjęć* wydanych przez Ministerstwo Zdrowia w 2017 r.³² i nie zamieściło na tablicach informacyjnych SOR informacji o udzielaniu opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym do stabilizacji funkcji życiowych osób znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, a także informacji o najbliższym miejscu udzielania świadczeń w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (NOL³³), co NIK ocenia jako działanie nierzetelne. Informacja o dokładnej lokalizacji oraz godzinach przyjęć NOL została zamieszczona na tablicy informacyjnej SOR przed zakończeniem kontroli.

(akta kontroli tom I str. 139-144, tom II str. 304, 318-320)

Prezes PCM w kwestii zamieszczenia informacji o tym, że SOR jest jednostką udzielającą świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym do stabilizacji funkcji życiowych osób znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego oświadczyła, że jest to wynik niedopatrzania organizacyjnego, zaś w zakresie informacji o NOL, że brak informacji mógł być wynikiem przeoczenia, a informacja o nocnej i świątecznej opiece zdrowotnej znajduje się w widocznym miejscu, na ścianie korytarza SOR.

(akta kontroli tom II str. 304, 318-320, 386)

NIK zauważa, że informacja o udzielaniu opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym do stabilizacji funkcji życiowych osób znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego oraz o najbliższym miejscu udzielania świadczeń w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, na tablicy informacyjnej, o której wyżej mowa, została zamieszczona w toku kontroli NIK. Zatem w latach 2023-2025 PCM nie realizowało obowiązku informacyjnego, nie zapewniając tym samym pacjentom właściwej informacji. Ponadto tablica informacyjna o NOL umiejscowiona jest na końcu korytarza SOR i nie jest w pełni widoczna oraz czytelna z poziomu wejścia głównego na Oddział.

2. W gabinecie zabiegowym SOR nie zamontowano gniazd sprężonego powietrza. Zgodnie z § 9 ust. 3 pkt 3) rozporządzenia SOR na minimalne wyposażenie sali zabiegowej składają się: nie mniej niż po dwa gniazda poboru tlenu, powietrza i próżni.

(akta kontroli tom I str. 147)

Prezes oświadczyła, że brak gniazda poboru powietrza sprężonego wynika z przyjętych w pierwotnym projekcie założeń, zatwierdzonych na etapie budowy SOR, która została zakończona przed objęciem funkcji przez obecny Zarząd. Projekt zakładał zastosowanie rozwiązań wystarczających

³² Dalej: Dobre praktyki.

³³ Nocna i Świąteczna Opieka Lekarska.

do zabezpieczenia podstawowych procedur zabiegowych w warunkach SOR.

(akta kontroli tom II str. pis. 305)

NIK zwraca uwagę, że rozporządzenie SOR obowiązywało od 27 czerwca 2019 r., a Prezes Zarządu pełni tę funkcję od 27 listopada 2018 r. SOR uruchomiono 1 maja 2022 r. Możliwa była zatem modyfikacja projektu po wejściu w życie rozporządzenia.

3. Instalacja wentylacji na sali operacyjnej SOR była niezgodna z § 39 rozporządzenia ws. pomieszczeń i urządzeń, podobnie jak wykonany projekt. Zgodnie z § 39 przywołanego rozporządzenia w salach operacyjnych oraz innych pomieszczeniach, w których podtlenek azotu jest stosowany do znieczulenia, nawiew powietrza odbywa się górną, a wyciąg powietrza w 20% górną i w 80% dołową i zapewnia nadciśnienie w stosunku do korytarza; rozmieszczenie punktów nawiewu nie może powodować przepływu powietrza od strony głowy pacjenta przez pole operacyjne. Oględziny wykazały, że kratki wentylacyjne wyciągowe³⁴ w górnej części pomieszczenia wyciągają więcej powietrza niż dołową. Powyższe potwierdza dokumentacja projektowa³⁵, z której wynika, że kratki wylotowe zamontowane pod sufitem wyciągają 400m³/h, zaś dolne 75m³/h. Ponadto stwierdzono niesprawne działanie wentylacji w sali operacyjnej SOR oraz w izolatce, co było niezgodne z § 38 rozporządzenia ws. pomieszczeń i urządzeń, stanowiącym, że w blokach operacyjnych, izotatkach oraz pomieszczeniach dla pacjentów o obniżonej odporności stosuje się wentylację nawiewno-wywiewną lub klimatyzację zapewniającą parametry jakości powietrza dostosowane do funkcji tych pomieszczeń. Przeglądu instalacji wentylacyjnej i klimatyzacyjnej na oddziale SOR dokonano w dniu 10 kwietnia 2025 r.

(akta kontroli tom I str. 233)

Prezes oświadczyła, że projekt wentylacji sali operacyjnej SOR opracowano w lutym 2017 r. Dokumentację zatwierdzono zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa budowlanego. W momencie projektowania nie obowiązywały przepisy rozporządzenia z 26 marca 2019 r., a wymagania dla wentylacji sal operacyjnych były ujęte w sposób mniej precyzyjny. Obecny Zarząd PCM nie miał wpływu na treść zatwierdzonego projektu. W przedmiocie niesprawnej wentylacji w sali operacyjnej i izolatce SOR oświadczyła, że brak jej pracy mógł mieć charakter incydentalny, związany np. z przerwą w zasilaniu, awarią siłownika lub błędem użytkowym (np. zamknięta przepustnica, brak uruchomienia w trybie lokalnym), a aktualnie wentylacja w izolatce funkcjonuje prawidłowo, co potwierdzono w późniejszym przeglądzie technicznym. Wskazała też, że zidentyfikowane niedomagania systemów wentylacyjnych mają charakter eksploatacyjny i nie wynikają z celowych zaniechań, lecz są konsekwencją ograniczeń wynikających z dokumentacji projektowej opracowanej w 2017 r., w czasie, gdy obowiązywały inne regulacje prawne.

(akta kontroli tom II str. 310-311)

NIK zauważa, że w trakcie projektowania SOR obowiązywały przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. *w sprawie*

³⁴ Na suficie dwie kratki wentylacyjne wyciągowe o wymiarach 37,5 cm x 17,5 cm oraz na dole ściany okiennej dwie kratki wentylacyjne o wymiarach 18 x 8 cm.

³⁵ „Rzut parteru – wentylacja mechaniczna i klimatyzacja ...”.

szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą³⁶. Przepisy te w zakresie wentylacji były tożsame z zapisami aktualnie obowiązującego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019. Zatem projekt sporządzono niezgodnie z obowiązującymi wówczas przepisami, a modyfikacja projektu mogła nastąpić w każdym czasie.

(akta kontroli tom II str. 312-313)

4. Połączenie podłóg ze ścianami pomieszczenia TRIAGE po wewnętrznej i zewnętrznej stronie nie spełniało wymogów określonych w § 30 ust. 2 rozporządzenia ws. pomieszczeń i urządzeń. Zgodnie z treścią § 30 ust. 2 ww. rozporządzenia połączenie ścian z podłogami powinno być wykonane w sposób umożliwiający ich mycie i dezynfekcję. Podłogi i ściany w ww. pomieszczeniu nie zostały połączone w sposób umożliwiający ich dokładne mycie i dezynfekcję, a pomiędzy połączeniami istniała szczelina uniemożliwiająca utrzymanie czystości. Ponowne oględziny wykazały, że szczelinę uzupełniono tworzywem niwelującym ubytki, powierzchnia podłogi nadal jednak nie zachodzi bezpośrednio na ściany pomieszczenia.

(akta kontroli tom I str. 233, 236)

Prezes PCM oświadczyła, że szczelina pomiędzy materiałem podłogowym, a ścianą pomieszczenia TRIAGE w rzeczywistości istnieje. Nieprawidłowość wynika z niedokładności wykonania robót wykończeniowych na etapie budowy SOR.

(akta kontroli tom II str. 309)

5. Droga na terenie PCM do podjazdu SOR dla transportu sanitarnego od bramy wjazdowej na teren Szpitala nie została właściwie oznakowana i oddzielona od chodnika. Nie zapewniono bezkolizyjnego ruchu pojazdów, a po obydwu stronach drogi, jak i na całej długości budynku SOR, aż pod lądowisko dla LPR, zaparkowano samochody osobowe, pomimo zakazu wjazdu pojazdów nieuprzywilejowanych. Zgodnie z § 3 ust 1 rozporządzenia SOR, oddział lokalizuje się na poziomie wejścia dla pieszych i podjazdu specjalistycznych środków transportu sanitarnego, z osobnym wejściem dla pieszych oddzielnym od trasy podjazdu specjalistycznych środków transportu sanitarnego. Ponadto, w myśl § 3 ust. 2 ww. rozporządzenia, zarówno wejście dla pieszych i podjazd dla specjalistycznych środków transportu sanitarnego m.in. muszą być wyraźnie oznakowane wzdłuż drogi dojścia i dojazdu. Zgodnie z § 3 ust 3 rozporządzenia SOR zapewnia się bezkolizyjny dojazd specjalistycznych środków transportu sanitarnego pod oddział.

W czasie trwania kontroli drogę dojazdową oznakowano i oddzielono od chodnika barierkami spełniając wymagania rozporządzenia.

(akta kontroli tom I str. 231, 236)

Prezes PCM oświadczyła, że chodnik oddzielono krawężnikiem od drogi przejazdowej ZRM wykonanej z tego samego koloru kostki i na jednej wysokości, wykonanie zgodnie z projektem. Układ komunikacyjny przy podejździe SOR oraz wzdłuż drogi od bramy wjazdowej do strefy ZRM wynika z założeń projektowych. Oznakowanie podjazdu i trasy dojścia do SOR nie spełnia w pełni wymagań określonych w § 3 rozporządzenia SOR – nie zostało ono dotychczas zaktualizowane i wyraźnie rozdzielone. Incydentalnie dochodzi do parkowania pojazdów osobowych wzdłuż drogi

³⁶ Dz. U. 2012 r. poz. 739, ze zm. Uchylone z dniem 1 kwietnia 2019 r.

dojazdowej do podjazdu SOR oraz poruszania się pojazdów w obu kierunkach na odcinku drogi.

(akta kontroli tom II str. 306-308)

6. W PCM w latach 2023-2025 nierzetelnie prowadzono i weryfikowano dokumentację z serwisowania urządzeń klimatyzacyjnych. Oznaczenie czterech protokołów dla urządzeń wewnętrznych i trzech dla urządzeń zewnętrznych nie było zgodne z numerami na tabliczkach znamionowych tych urządzeń. W efekcie dokumentacja nie potwierdzała serwisowania urządzeń zainstalowanych na SOR. Na żadnym z protokołów nie zostało potwierdzone, przez przedstawiciela PCM, wykonanie usługi. Zgodnie z § 40 ust. 1 rozporządzenia ws. pomieszczeń i urządzeń, instalacje i urządzenia wentylacji mechanicznej i klimatyzacji podlegają okresowemu przeglądowi, czyszczeniu lub dezynfekcji, lub wymianie elementów instalacji zgodnie z zaleceniami producenta, nie rzadziej niż co 12 miesięcy, a dokonanie czynności, wymaga udokumentowania.

W toku kontroli dostarczono skorygowane protokoły serwisowe urządzeń klimatyzacyjnych.

(akta kontroli tom I str. 239-275)

Prezes oświadczyła, że wszystkie urządzenia wentylacyjne i klimatyzacyjne zamontowane na SOR były serwisowane zgodnie z wymaganiami producenta. Nieprawidłowości w zgodności numerów seryjnych urządzeń HVAC z zapisami w protokołach serwisowych wynikają z błędów na etapie sporządzania dokumentacji przez firmę serwisową. Z uwagi na zaufanie do serwisu numeracja seryjna nie była weryfikowana. W dniu 30 maja 2025 r. serwis dokonał korekty protokołów.

(akta kontroli tom II str. 315, 266-275)

7. W latach 2023-2025 PCM nie przekazywało danych o wyrobach medycznych wykorzystywanych do udzielania świadczeń zdrowotnych osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowia do Systemu Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia³⁷, co było niezgodne z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o *systemie informacji w ochronie zdrowia*³⁸, który stanowi, że SEZOZ jest systemem teleinformatycznym prowadzonym przez ministra właściwego do spraw zdrowia, w którym są gromadzone informacje o wyrobach medycznych i środkach ochrony osobistej posiadanych przez usługodawców, natomiast § 4 rozporządzenia ws. zakresu informacji gromadzonych w Systemie Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia określa, m.in, że informacje, o których mowa w art. 24 ust. 1 ustawy o systemie informacji, szpital przekazuje co miesiąc do 7 dnia każdego miesiąca.

(akta kontroli tom II str. 304)

Prezes oświadczyła, że brak przekazywania informacji o wyrobach medycznych znajdujących się na terenie SOR do SEZOZ wynikał z braku świadomości obowiązku raportowania tego zakresu danych. Zlecono audyt wewnętrzny w zakresie obowiązków sprawozdawczych. Dane zostaną wprowadzone po zakończeniu inwentaryzacji wyrobów medycznych w obszarze SOR.

(akta kontroli tom II str. 304)

8. W okresie od 1 maja 2022 r. do dnia 30 września 2024 r. funkcję pielęgniarki oddziałowej SOR pełniła osoba, nie posiadająca pięcioletniego stażu pracy

³⁷ Dalej SEZOZ.

³⁸ Dz. U. z 2025 r. poz. 302, ze zm. Dalej: ustawa o systemie informacji.

na SOR, co było naruszeniem § 12 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia SOR. Zgodnie z § 12 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia SOR minimalne zasoby kadrowe oddziału stanowią m.in. pielęgniarka oddziałowa będąca pielęgniarką systemu albo ratownik medyczny lub pielęgniarka systemu, posiadający wykształcenie wyższe i co najmniej 5-letni staż pracy w oddziale.

Powyższe zostało również potwierdzone w kontroli Wojewody Mazowieckiego³⁹. Od dnia 1 października 2024 r. funkcję pielęgniarki oddziałowej pełniła osoba⁴⁰ posiadająca wymagane kwalifikacje oraz staż pracy.

(akta kontroli tom I str. 235)

Prezes oświadczyła, że pielęgniarka oddziałowa SOR pełniąca funkcję Kierownika ds. pielęgniarstwa nie posiadała wymaganego 5-letniego stażu pracy na oddziale SOR, ale była oddziałową Izby Przyjęć i uczestniczyła w tworzeniu i organizacji SOR, co zapewniło płynność uruchomienia i funkcjonowania Oddziału. Przyjęto, że doświadczenie w organizacji pracy Izby Przyjęć oraz wdrażaniu procedur medycznych SOR pozwoli na prawidłowe prowadzenie Oddziału w okresie organizacyjnym i zapewni nieprzerwaną opiekę nad pacjentami. W tym okresie nie było możliwości kadrowych pozyskania osoby spełniającej warunki w pełnym zakresie.

(akta kontroli tom II str. 330)

9. W badanym okresie ustalono, iż na 37 osób objętych kontrolą, z którymi PCM zawarło umowy na świadczenie usług, w przypadku jednej z nich⁴¹ nie zgłoszono NFZ zawarcia takiej umowy, co było niezgodne § 6 ust. 2 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. *w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*⁴². Zgodnie z ww. przepisem rozporządzenia OWU zmiany w harmonogramie dotyczące osób, wykonujących zawody medyczne, 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 tom I str. 355, 398-427)

Prezes oświadczyła, że zgłoszenia umowy nie dokonano z powodu przeoczenia. Zgłoszenia do umowy zawartej z NFZ od dnia 1 stycznia 2025 r. dokonano niezwłocznie po otrzymaniu informacji o braku w powyższym zakresie.

(akta kontroli tom I str. 428-430, tom II str. 330)

10. Na 25 dni z 28 objętych szczegółowymi badaniami (89,3 %) placówka w trakcie wykonywanych badań tomografii komputerowej nie dysponowała

³⁹ W wyniku kontroli Wojewody Mazowieckiego w wystąpieniu pokontrolnym z 26 kwietnia 2024 r. zalecono zapewnienie koordynacji pracy personelu medycznego SOR w terminie 6 miesięcy.

⁴⁰ [...] „Na podstawie art. 5 ust. 2 ustawy o dostępie do informacji publicznej oraz art. 6 ust. 1 RODO NIK wyłączyła jawność informacji w zakresie ochrony danych osobowych. Wyłączenia tego dokonano w interesie osoby fizycznej”.

⁴¹ [...] „Na podstawie art. 5 ust. 2 ustawy o dostępie do informacji publicznej oraz art. 6 ust. 1 RODO NIK wyłączyła jawność informacji w zakresie ochrony danych osobowych. Wyłączenia tego dokonano w interesie osoby fizycznej”.

⁴² Dz. U. z 2025 r. poz. 400. Dalej: rozporządzenie OWU.

lekarzem specjalistą⁴³, o którym mowa w załączniku nr 2⁴⁴ do rozporządzenia ws. ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. W dniu 1 stycznia 2025 r. nastąpiła jednodniowa awaria TK; a wykonywanie badań diagnostycznych, jak oświadczyła Prezes PCM, zabezpieczył Radomski Szpital Specjalistyczny.

Ponadto PCM nie dysponowało lekarzami specjalistami⁴⁵ posiadającymi kwalifikacje do przeprowadzania bronchoskopii. Placówka, w badanym okresie, zaplanowała do wykonywania tych badań czterech lekarzy, z których żaden nie posiadał specjalizacji określonej w załączniku nr 3 do rozporządzenia ws. ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Ponadto w siedmiu, na 28 dni objętych próbą (25% próby), w PCM nie zapewniono dostępności badań endoskopowych, co było niezgodne z § 4 ust. 4 rozporządzenia SOR, stanowiącym, że szpital w którym funkcjonuje oddział, zapewnia całodobowy i niezwłoczny dostęp do badań endoskopowych.

(akta kontroli tom I str. 435-444, tom II str. 377-380)

Prezes w zakresie braku lekarzy specjalistów z dziedziny badań TK oświadczyła, że w związku z ogromnymi trudnościami w pozyskaniu lekarza specjalisty nie ma możliwości zapewnienia opieki w/w specjalisty podczas wykonywania badań tomografii komputerowej 24 godziny na dobę 7 dni w tygodniu. Opiekę nad pacjentami zapewnia lekarz dyżurny SOR, który nie jest specjalistą we wskazanych dziedzinach. W przedmiocie niezapewnienia kadry do wykonywania bronchoskopii oświadczyła, że Szpital PCM nie dysponuje specjalistami wymienionymi w rozporządzeniu, uprawnionymi do wykonywania bronchoskopii, ponieważ w strukturze Szpitala nie ma oddziału pulmonologii, torakochirurgii ani laryngologii. Dodała, że w tej sytuacji jedynym wyjściem zapewnienia chociaż częściowej opieki w zakresie pilnej bronchoskopii jest możliwość wykonania procedury ratunkowej przez osoby posiadające w niej doświadczenie. W praktyce są to niektórzy specjaliści anestezjologów dyżurujący w Oddziale Intensywnej Terapii. Anestezjologów szkółą się w zapewnieniu drożności dróg oddechowych w tym tzw. „trudnej intubacji”, gdzie jedną z uznanych metod jest intubacja bronchofiberoskopem. Formalny kurs z bronchoskopii w CMKP odbył Ordynator Oddziału AiOIT. W odniesieniu do braku dostępności gastrokopii oświadczyła, że w jednostce badania endoskopowe (gastroskopia) są wykonywane przez lekarzy chirurgów, co istotnie wpływa na organizację ich dostępności. Brak możliwości wykonania badania w niektórych dniach wynikał z braku dostępności chirurga wykonującego gastrokopię w danym dniu lub porze.

(akta kontroli tom II str. 328, 380-381, 393)

NIK zwraca uwagę, że zgodnie z pkt G załącznika nr 3 do rozporządzenia ws. ambulatoryjnej opieki specjalistycznej zabiegi w zakresie układu

⁴³ Lekarz: specjalista w dziedzinie radiologii lub radiodiagnostyki, lub rentgenodiagnostyki, lub radiologii i diagnostyki obrazowej, lub lekarz specjalista w dziedzinie radiologii lub radiodiagnostyki, lub radiologii i diagnostyki obrazowej oraz lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej lub lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie radiologii lub radiodiagnostyki lub rentgenodiagnostyki.

⁴⁴ Kwalifikacje wymagane do tomografii komputerowej znajdują się w Załączniku nr 2 część VI poz. 1-31.

⁴⁵ Lekarz specjalista w dziedzinie chorób płuc lub chirurgii klatki piersiowej, lekarz specjalista w dziedzinie pediatrii lub chirurgii dziecięcej, lub laryngologii, lub otolaryngologii, lub otorynolaryngologii, lub otorynolaryngologii dziecięcej, lub otolaryngologii-dziecięcej, lub chirurgii onkologicznej, który odbył szkolenie w zakresie bronchofiberoskopii.

oddechowego w tym bronchoskopii może wykonywać lekarz specjalista w dziedzinie chorób płuc lub chirurgii klatki piersiowej lub lekarz specjalista w dziedzinie pediatrii lub chirurgii dziecięcej, lub laryngologii, lub otolaryngologii, lub otorynolaryngologii, otorynolaryngologii dziecięcej lub chirurgii onkologicznej, który odbył szkolenie w zakresie bronchofiberoskopii. Natomiast Ordynator Oddziału AiOIT pomimo ukończonego szkolenia nie posiadał specjalizacji we wskazanej rozporządzeniem dziedzinie. Skutkiem braku specjalistów było niezapewnienie całodobowego i niezwłocznego dostępu do badań specjalistycznych.

11. Powiatowe Centrum Medyczne przekazywało wojewodzie nierzetelne dane za lata 2023-2024 do planu działania systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego dla województwa mazowieckiego na lata 2024-2025. Wojewodzie wykazano dane o innej liczbie przypadków niż faktyczna w odniesieniu do przypadków nagłego zagrożenia zdrowotnego⁴⁶ (w 2023 r. i 2024 r. wykazano odpowiednio 0 i 10 904, w sytuacji, gdy rzeczywista liczba pacjentów wynosiła 4 972 i 7 788; dla liczby zgonów⁴⁷ dane przekazane wojewodzie za lata 2023 i 2024 wynosiły 86 i 84, podczas gdy należało wykazać 81 i 85. Natomiast liczba pacjentów przekazanych przez zespoły ratownictwa medycznego⁴⁸ w 2023 r. podana do planu była zgodna i wynosiła 4 693, a w 2024 r. podana do planu liczba 14 701, w rzeczywistości wynosiła 4 856.

(akta kontroli tom I str. 516-524, tom II str. 146-147, 448)

Prezes oświadczyła, że błędnie wykazano dane do Planu działania PRM dla województwa mazowieckiego za lata 2023 i 2024 r. Trzykrotne wykazanie tego samego pacjenta w systemie wynika z jego przechodzenia przez kolejne etapy procedury TOP-SOR tj. rejestrację, TRIAGE oraz nadanie priorytetu. Nie ma dokładności w trzykrotności sumy 4856, gdyż bywali pacjenci, którzy oddalili się po rejestracji, przed TRIAGE. W zakresie liczby zgonów w 2023 r. oświadczyła, że do planu omyłkowo podano wartość 86, zgonów na SOR było 85, w tabeli nr 4 podano 81, ponieważ nie ujęto pacjentów nie wypisanych z systemu⁴⁹, zaś w 2024 r. omyłkowo do planu podano 84, gdyż pominięto jednego pacjenta⁵⁰, więc 85 to właściwa wartość. W przedmiocie różnicy w ilości pacjentów przywiezionych do SOR przez ZRM w 2024 r oświadczyła, że powodem była zmiana systemu Medicus na Esculap. Podczas wdrażania nowego systemu do systemu TOPSOR wprowadzono pacjentów testowych, których nie usunięto.

(akta kontroli tom II str. 347, 385-386)

NIK zauważa, że przy sporządzaniu informacji do Planu PCM nie dołożono należytej staranności przekazując nierzetelne dane, przez co zawarte w Planie informacje nie odzwierciedlają stanu faktycznego.

OCENA CZĄSTKOWA

Najwyższa Izba Kontroli negatywnie ocenia warunki udzielania świadczeń zdrowotnych przez PCM w okresie objętym kontrolą. Stwierdzone nieprawidłowości miały istotne znaczenie dla zapewnienia prawidłowości bieżącego funkcjonowania placówki medycznej oraz obsługi pacjentów. W całym

⁴⁶ Kolumna 5 załącznika 9 do Planu działania systemu PRM dla województwa mazowieckiego.

⁴⁷ Kolumna 6 załącznika 9 do Planu działania systemu PRM dla województwa mazowieckiego.

⁴⁸ Kolumna 7 załącznika 9 do Planu działania systemu PRM dla województwa mazowieckiego.

⁴⁹ Numery księgi głównej 146/23, 418/23, 1742/23, 1997/23

⁵⁰ Numer księgi głównej 10335/24.

kontrolowanym okresie nie zapewniano lekarza specjalisty do wykonywania badań bronchoskopii. W przeważającym okresie objętym próbą nie zapewniono obecności lekarza specjalisty w trakcie wykonywania badań TK, a w poszczególnych dniach nie realizowano badań endoskopowych. Ponadto na SOR od 1 stycznia 2023 do 30 września 2024 funkcję pielęgniarki oddziałowej pełniła osoba nie posiadająca wymaganego stażu pracy. Stwierdzone w zakresie warunków technicznych i wyposażenia nieprawidłowości, w tym wyposażenie zrealizowane niezgodnie z przepisami, tj. wentylacja na sali operacyjnej czy brak gniazd sprężonego powietrza w gabinecie zabiegowym, a także niesprawna wentylacja na sali operacyjnej i izolacie, niewłaściwe wykończenie połączeń ścian i podłóg w obszarze TRIAGE, czy niewłaściwe zabezpieczenie drogi dojazdowej do podjazdu dla ZRM, mogą wpływać negatywnie na bezpieczeństwo pacjentów. Niewłaściwie realizowano też obowiązki informacyjne nie przekazując danych o wyrobach medycznych do SEZOZ, nie zgłaszając do NFZ zmiany o stanie personelu w harmonogramie stanowiącym załącznik do umowy z NFZ, jak również na terenie PCM nie umieszczając informacji, o których mowa w pkt 11 Dobrych praktyk postępowania w SOR.

Pozostałe nieprawidłowości miały charakter formalny i pozostawały bez większego wpływu na funkcjonowanie SOR.

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

2.1 Czas pracy personelu SOR

Zgodnie z art. 94 ust. 1 ustawy *o działalności leczniczej*, jeżeli jest to uzasadnione rodzajem pracy lub jej organizacją, w stosunku do pracowników mogą być stosowane rozkłady czasu pracy, w których dopuszczalne jest przedłużenie wymiaru czasu pracy do 12 godzin na dobę. Jednocześnie, zgodnie z art. 95 ust. 1 ww. ustawy, pracownicy wykonujący zawód medyczny i posiadający wyższe wykształcenie, zatrudnieni w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, mogą być zobowiązani do pełnienia w zakładzie leczniczym tego podmiotu dyżuru medycznego. Stosownie do art. 97 ust. 1 ustawy *o działalności leczniczej*, pracownikowi przysługuje w każdej dobie prawo do co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku.

Przeprowadzone badanie czasu pracy personelu medycznego w okresie rozliczeniowym pierwszych dwóch miesięcy⁵¹ roku 2024 i 2025, wykazało, że ww. normy nie zostały przekroczone przez pielęgniarki i ratowników medycznych poza jednym przypadkiem w 2024 r. (szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

Przekroczenia przywołanych wyżej norm czasu pracy stwierdzono u wszystkich 6 lekarzy (100% próby) zatrudnionych na podstawie umowy o pracę. Ponadto ustalono, że dwóch lekarzy realizowało dyżury pomimo braku ich pisemnej zgody, o której mowa w art. 96 ust. 5 ustawy *o działalności leczniczej* (klauzula opt-out) (szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

W przypadku personelu medycznego zatrudnionego na umowy cywilnoprawne nie stwierdzono nieprawidłowości, a okresy świadczenia pracy nie przekraczały 24 godzin.

(akta kontroli tom I str. 630-647, tom II str. 30-44, 85-88)

⁵¹ Dwumiesięczny okres rozliczeniowy przyjęty w PCM.

2.2 Wykorzystanie systemu TOPSOR

Zgodnie z art. 33a ust. 4 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o *Państwowym Ratownictwie Medycznym*⁵² do prowadzenia segregacji medycznej wykorzystuje się system zarządzający trybami obsługi pacjenta w szpitalnym oddziale ratunkowym, w którym są przetwarzane dane osobowe, w tym dane dotyczące zdrowia pacjenta oraz dane o liczbie osób i czasie oczekiwania na udzielenie świadczenia zdrowotnego w szpitalnym oddziale ratunkowym, zwany dalej TOPSOR. W latach objętych kontrolą PCM wykorzystywał ten system do obsługi pacjentów.

(akta kontroli str. II str. 89-90)

Ogłędziny wykazały, że system TOPSOR zainstalowany na SOR w PCM posiadał wszystkie urządzenia określone w § 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2021 r. w *sprawie systemu zarządzającego trybami obsługi pacjenta w szpitalnym oddziale ratunkowym*⁵³.

Zgodnie z § 2 pkt 2-3 i 7 rozporządzenia TOPSOR minimalne wymagania dla systemu TOPSOR obejmują całościowy i częściowe pomiary czasu pobytu pacjenta w SOR, w podziale na etap rejestracji i poszczególne etapy udzielania świadczeń zdrowotnych, a także pomiar średniego czasu oczekiwania pacjenta w SOR na pierwszy kontakt z lekarzem, z uwzględnieniem kategorii w pięciostopniowej skali, jak również przechowywanie wszystkich danych przetwarzanych w TOPSOR, w tym danych osobowych i statystycznych. Dane z systemu TOPSOR PCM nie pozwalały na pozyskanie rzetelnych informacji, o których mowa w § 2 pkt 2-3 i 7 rozporządzenia TOPSOR (szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli tom II str. 89-90, 146-147, 446-447)

2.3 Prowadzenie segregacji medycznej przez osoby uprawnione

Zgodnie z art. 33 a ust. 1 ustawy PRM oraz § 6 ust. 7 rozporządzenia SOR w SOR segregację medyczną przeprowadza pielęgniarka systemu, ratownik medyczny lub lekarz systemu.

W okresie objętym kontrolą pięciu pielęgniarzy zatwierdzało karty segregacji medycznej pacjenta nie będąc pielęgniarzami systemu. (szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli tom II str. 91-92, 96-109)

2.4 Określenie maksymalnego czasu podjęcia decyzji oraz liczby łóżek na potrzeby osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego

Zgodnie z § 13 ust. 1 pkt 1 lit a) i b) rozporządzenia SOR kierownik podmiotu wykonującego działalność leczniczą prowadzącego szpital, w którym działa oddział: określa w regulaminie organizacyjnym tego podmiotu maksymalny czas na podjęcie przez lekarza dyżurnego oddziału decyzji o skierowaniu pacjenta na leczenie do oddziałów szpitala, w którym działa oddział oraz o odmowie przyjęcia do oddziału osoby niebędącej w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, jak również przez lekarza oddziału decyzji o przyjęciu pacjenta na oddział.

PCM w okresie objętym kontrolą posiadało *Regulamin organizacyjny podmiotu leczniczego PCM w Grójcu Sp. z o. o.* przyjęty uchwałą nr 19/2021 Prezesa Zarządu PCM w Grójcu Sp. z o. o. z dnia 26 października 2021 r.⁵⁴, jednak do 8 marca

⁵² Dz. U. 2025 r. poz. 91, ze zm. Dalej: ustawa PRM.

⁵³ Dz. U. 2021 r. poz. 1182. Dalej: rozporządzenie TOPSOR.

⁵⁴ Regulamin organizacyjny podmiotu leczniczego spółki Powiatowe Centrum Medyczne w Grójcu Sp. z o. o. przyjęty uchwałą nr 19/2021 Prezesa Zarządu PCM w Grójcu Sp. z o. o. z dnia 26 października 2021 r., Aneks nr 1 przyjęty uchwałą nr 15/2022 Prezesa Zarządu PCM w Grójcu Sp.

2024 r. nie wprowadziło do niego informacji, o których mowa w § 13 ust. 1 pkt 1 lit a) i b) rozporządzenia SOR (szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*). Następnie w § 19 pkt. 7 regulaminu organizacyjnego przyjęto, że:

- decyzję o dalszej hospitalizacji na innym oddziale szpitala lekarz SOR podejmuje w czasie nie dłuższym niż 12 godzin,
- w przypadku pacjenta nie będącego w stanie nagłego zagrożenia życia, decyzja o odmowie przyjęcia na inne oddziały szpitala i wypisie z SOR zostanie podjęta w czasie nie dłuższym niż 24 godziny,
- decyzję o przyjęciu pacjenta na właściwy oddział szpitala podejmuje lekarz tego oddziału w czasie nie dłuższym niż 12 godzin.

(akta kontroli tom I str. 26-27, 34, 60-61, 68, 89, tom II str. 122-143)

Prezes Zarządu PCM oświadczyła, że ostateczną decyzję o liczbie łóżek dla poszczególnych oddziałów podejmuje Prezes Zarządu po analizie danych od ordynatorów i Działu rozliczeń z NFZ. Informacja o zatwierdzonej liczbie łóżek przekazywana jest ordynatorom oddziałów oraz kierownikom ds. pielęgniarstwa. Przedmiotowe działanie było zgodne z § 13 ust. 3 rozporządzenia SOR stanowiącym, że liczba łóżek w poszczególnych jednostkach organizacyjnych szpitala, wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, w którym znajduje się oddział, zabezpieczanych na potrzeby osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego skierowanych do tych jednostek z oddziału, jest ustalana przez kierownika podmiotu wykonującego działalność leczniczą prowadzącego szpital, po zasięgnięciu opinii ordynatorów oddziałów tych jednostek (lekarzy kierujących oddziałami), i podawana do wiadomości ordynatorów oddziałów jednostek (lekarzy kierujących oddziałami) oraz lekarza dyżurnego oddziału.

(akta kontroli tom II str. 272-273, 302-303)

2.5 Informowanie wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego⁵⁵ o dostępnych miejscach na oddziałach

Zgodnie z § 1 pkt 1 lit. d i e rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie szczegółowego zakresu zadań wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego⁵⁶ do szczegółowego zakresu zadań wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego należy m.in. uzyskiwanie informacji od podmiotów leczniczych, w tym szpitalnych oddziałów ratunkowych o liczbie aktualnie wolnych stanowisk intensywnej terapii z respiratorem oraz liczbie aktualnie wolnych łóżek szpitalnych na poszczególnych oddziałach.

PCM realizowało obowiązek przekazywania ww. danych. Za pośrednictwem Systemu Informacji o Szpitalach (SloS) dane przekazywano koordynatorowi według stanu na godzinę 8.00, 14.00 i 20.00. Dane z SloS nie były zbieżne z dziennymi raportami przyjęć i wypisów w księdze głównej – raportem o stanie chorych dla oddziałów PCM (szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli tom II str. 122-143, 273-274, 403-422)

2.6 Realizacja parametrów czasu podjęcia decyzji określonych w regulaminie organizacyjnym

Zgodnie z § 6 ust. 9 rozporządzenia SOR, w wyniku przeprowadzonej segregacji medycznej pacjentowi przydzielana jest jedna z pięciu kategorii pilności

z o. o. z dnia 29 kwietnia 2022 r. oraz uchwała nr 35/2023 Prezesa Zarządu PCM w Grójcu Sp. z o. o. z dnia 14 lipca 2023 r. wraz z Anekssem nr 1 z dnia 8 marca 2024 r.

⁵⁵ Dz. U. 2028 r. poz. 1655. Dalej: WKRM.

⁵⁶ Dz. U. z 2018 r. poz. 1655, ze zm.

związanych z udzieleniem jej świadczeń zdrowotnych. Na pilność kontaktu z lekarzem wskazują przydzielone pacjentom kolory: czerwony – natychmiastowy, pomarańczowy – czas oczekiwania do 10 minut, żółty – do 60 minut, zielony – do 120 minut; niebieski – do 240 minut. Powyższe uwzględniono w przepisach wewnętrznych, tj. w: § 6 regulaminu organizacyjnego PCM przyjętego aneksem nr 1 z dnia 8 marca 2014 r. do uchwały nr 35/2023 Prezesa PCM z dnia 14 lipca 2023 r., w pkt II.4 Regulaminu SOR przyjętego uchwałą 3c/2024 Prezesa PCM z dnia 7 marca 2024 r.⁵⁷ oraz w instrukcji dotyczącej segregacji pacjentów w SOR PCM przyjętego uchwałą nr 3G/2024 Prezesa Zarządu PCM z dnia 18.03.2024 r.

Szczegółową analizą objęto zapisy TOPSOR⁵⁸ dotyczące przyjęć pacjentów w okresie od 1 stycznia 2023 r. do 19 czerwca 2025 r.

W okresie objętym kontrolą w systemie TOPSOR dla Szpitalnego Oddziału Ratunkowego PCM odnotowano 42 285 wpisów z czego 39 622 dotyczyło zarejestrowanych pacjentów. Kategorię pilności przyznano następującej liczbie pacjentów: czerwoną – 645, pomarańczową – 2 697, żółtą – 14 580, zieloną – 14 344, niebieską – 1 918, a 400 pacjentom nie przypisano kategorii pilności.

Dane o czasie obsługi pacjenta w SOR od momentu rejestracji do momentu TRIAGE zawierało 34 580 wpisów w TOPSOR. Średni czas pomiędzy tymi czynnościami wynosił 18 min 26 sek., maksymalny 143 godz. 57 min, a mediana 11 min 33 sek.

Dane o czasie segregacji medycznej i czasie przyjęcia przez lekarza zawierało 15 769 wpisów⁵⁹. Średni czas pomiędzy tymi czynnościami wynosił 13 godz. 37 min 17 sek., maksymalny 154 godz. 37 min 41 sek., a mediana 6 godz. 18 min 16 sek. W Szpitalu nie zachowano norm czasu na przyjęcie pacjenta przez lekarza (szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

Dane o czasie rejestracji pacjenta i czasie wypisu z SOR zawierało 15 729 wpisów⁶⁰. Średni czas pomiędzy tymi czynnościami wynosił 2 godz. 53 min 21 sek., maksymalny 168 godz. 12 min 18 sek., a mediana 0 godz. 0 min 04 sek. Z analizy danych wynika, że w 13 622 przypadkach w TOPSOR dokonywano wpisów, w których czas od pierwszej obsługi lekarskiej pacjenta do sporządzenia dla niego wypisu ze Szpitala wynosił poniżej 3 minut.

(akta kontroli tom II str. 146-147, 396-402, 448)

2.7 Kontynuacja hospitalizacji pacjentów przywiezionych przez ZRM na SOR

W okresie od 1 stycznia 2023 do 30 kwietnia 2025 r. spośród 11 071 pacjentów przetransportowanych do SOR przez ZRM, 4 168 pacjentów było hospitalizowanych w innych oddziałach PCM.

(akta kontroli tom II str. 146-148)

2.8 Kary umowne

W okresie objętym kontrolą NFZ nałożył na podmiot leczniczy 15 kar umownych dotyczących 30 pacjentów na łączną kwotę 52,7 tys. zł. Nałożone kary wiązały się z odmowami przyjęcia pacjentów na SOR w latach 2022-2024. W 13 przypadkach kary nałożono z tytułu braku miejsc izolacyjnych, w 2 powodem był brak miejsc dla osób z Covid, w 4 powodem był brak miejsc udarowych, internistycznych lub

⁵⁷ Dalej: Regulaminu SOR.

⁵⁸ Pozyskano z LPR.

⁵⁹ Dziesięć czasów TRIAGE było wcześniejszych niż czas rejestracji. Zapisów nie uwzględniono w wyliczeniach.

⁶⁰ 43 czasy wypisów były wcześniejsze niż czas obsługi lekarskiej. Zapisów nie uwzględniono w wyliczeniach.

na oddziale wewnętrznym, w 2 awaria systemu, w 2 awaria urządzeń diagnostyki obrazowej (TK), w 2 z konieczność hospitalizacji na oddziale psychiatrycznym oraz konieczność konsultacji z chirurgiem dziecięcym, covidem na oddziale oraz brakiem oddziału ortopedycznego (po jednym przypadku), w 2 przypadkach lekarze nie podali przyczyny odmowy.

(akta kontroli tom II str. 152-155)

W 2025 r. Powiatowe Centrum Medyczne nie odmówiło przyjęcia pacjentów w SOR.

(akta kontroli tom II str. 149-151)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Przekroczenie czasu pracy przez jednego pielęgniarkę, zatrudnionego na umowę o pracę, w okresie rozliczeniowym styczeń-luty 2024 r. o 9 godz. i 5 min, co naruszało przepis art. 94 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej oraz przekroczenie czasu pracy przez sześciu lekarzy (100% próby) w okresie rozliczeniowym pierwszych dwóch miesięcy tj. stycznia-lutego 2024 r. i 2025 r., z czego w przypadku pięciu osób czas pracy przekroczono w 2024 r., a w sześciu przypadkach w 2025 r. Wymiar przekroczenia czasu pracy⁶¹ w 2024 r. wahał się od 24 godz. 32 min. i 30 sek. do 397 godz. i 55 min., a w 2025 r. od 20 godz. 45 min. do 198 godz. 20 min, co było niezgodne z art. 94 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej.

(akta kontroli str. tom I str. 630-647, tom II str. 30-44)

2. Od dwóch z sześciu lekarzy, którzy przekroczyli czas pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym, nie uzyskano pisemnej zgody na możliwość zobowiązania ich do pracy w wymiarze przekraczającym przeciętnie 48 godzin na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym, co stanowiło naruszenie art. 96 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej.

(akta kontroli tom II str. 85-88)

3. W przypadku jednego lekarza⁶² dopuszczono do nieprzerwanego świadczenia przez niego pracy przez ponad 24 godziny, przy jednoczesnym przekraczaniu przez niego przeciętnego wymiaru czasu pracy 48 godzin, określonego w art. 96 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej. Lekarz świadczył nieprzerwanie pracę w dniach: 7-8, 11-14⁶³, 16-17, 17-18, 19-21, 23-24, 25-26, 29-30 stycznia, 5-6, 12-13, 15-17⁶⁴, 18-19, 22-24⁶⁵, 25-27⁶⁶ lutego 2024 r. oraz 5-6, 11-13, 16-18, 21-24⁶⁷, 28-29 stycznia 2025 i 3-4, 17-18 lutego 2025 r. Czas pracy potwierdzono kartą czasu pracy lekarza, zaakceptowaną przez Ordynatora SOR, a przeciętny tygodniowy czas pracy w styczniu i lutym 2024 r. wynosił od 58 godz. 45 min do 106 godz. 35 min, a w analogicznym okresie 2025 r. od 61 godz. 35 min do 78 godz. 20 min⁶⁸.

(akta kontroli tom I str. 636-637)

⁶¹ Dane norm czasu pracy, w tym dla etatów ułamkowych z programu Kadrowo-Płacowego Impuls EVO 1.5sp4.akt1 zestawiono z kartami czasu pracy lekarzy i kartami ewidencji czasu pracy pracownika.

⁶² [...] „Na podstawie art. 5 ust. 2 ustawy o dostępie do informacji publicznej oraz art. 6 ust. 1 RODO NIK wyłączyła jawność informacji w zakresie ochrony danych osobowych. Wyłączenia tego dokonano w interesie osoby fizycznej”.

⁶³ Przez 71 godz. 35 min. z przerwą 4 godz. 25 min.

⁶⁴ Przez 43 godz. 25 min. z przerwą 4 godz. 35 min.

⁶⁵ Przez 48 godz. w tym 16:25 dyżur telefoniczny.

⁶⁶ Przez 51 godz. 10 min. z przerwą 4 godz. 25 min.

⁶⁷ Przez 69 godz. 35 min. z łączną przerwą 10 godz.

⁶⁸ Dane w odniesieniu do 8 pełnych tygodni, w każdym z dwóch badanych okresów rozliczeniowych.

Prezes w przedmiocie przekroczeń czasu pracy oświadczyła, że przekroczenie czasu pracy ratownika medycznego wynikało z konieczności świadczenia pracy w godzinach nadliczbowych ze względu na szczególne potrzeby pracodawcy, przy zachowaniu limitów określonych w art. 151 § 3 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. *Kodeks pracy*⁶⁹. Natomiast w przypadku lekarzy oświadczyła, że na podstawie art. 95 ustawy o działalności leczniczej pracownicy wykonujący zawód medyczny i posiadający wyższe wykształcenie mogą być zobowiązani do pełnienia dyżuru medycznego we wskazanym miejscu. W związku z koniecznością zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych pracodawca ma możliwość wydłużenia czasu pracy do ponad 48 godzin na tydzień w okresie rozliczeniowym trwającym nie dłużej niż 4 miesiące. Wskazani lekarze pełnili dyżury medyczne.

W przedmiocie braku zgód lekarzy na zobowiązanie ich do pracy ponad przyjęte limity czasowe oświadczyła, że ze względu na braki kadrowe w SOR i dobro pacjentów, lekarze zaczęli pełnić dyżury medyczne nie złożwszy zgody w formie pisemnej. W związku z tym przeoczeniem, wykonywali dyżury medyczne w większej ilości godzin, niż wynikało to z normy na dany okres. Natomiast w przedmiocie świadczenia pracy ponad 24 godz. i niezachowaniem prawa do wypoczynku oświadczyła, że w związku z ciągłymi problemami pozyskania nowej kadry lekarskiej do SOR, lekarz wyraził chęć pomocy w zapewnieniu ciągłości udzielania świadczeń medycznych i dlatego też został zagospodarowany w takiej ilości godzin jak podano powyżej.

(akta kontroli tom II str. 345-346)

Zdaniem NIK działaniem nielegalnym oraz nierzetelnym było umożliwienie świadczenia pracy przez lekarzy w sposób ciągły w wymiarze przekraczającym 24 godziny. Należy zwrócić uwagę, że zgodnie z art. 95 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej czas pełnienia dyżuru wlicza się do czasu pracy. Dlatego brak 11 godzinnego nieprzerwanego odpoczynku pracownika w każdej dobie lub brak jego udzielenia po zakończeniu dyżuru medycznego stanowił naruszenie art. 97 ust. 1 i 2 ustawy o działalności leczniczej. Sytuacja, w której lekarze SOR bez odpoczynku przyjmują pacjentów nieprzerwanie przez okres od 24 do ponad 71 godzin, z jedną czteroipółgodzinną przerwą stanowi zagrożenie dla jakości udzielanych świadczeń, a przez to dla zdrowia i życia pacjentów, jak również dla samych lekarzy.

4. Nie zapewniono rzetelności i kompletności danych wprowadzanych do systemu TOPSOR. Analiza systemu TOPSOR⁷⁰ wykazała, że w 4 przypadkach nie odnotowano czasu przyznania kategorii pilności, a przy 21 wpisach, pomimo rejestracji i wypisania pacjenta, nie podano czasu oraz kategorii TRIAGE. W dziewięciu przypadkach czas segregacji (TRIAGE) był wcześniejszy niż czas rejestracji, a w 43 przypadkach czas wypisu wcześniejszy niż czas obsługi lekarskiej. Zgodnie z § 2 pkt 2-3 i 7 rozporządzenia TOPSOR minimalne wymagania dla systemu TOPSOR obejmują m.in. całościowy i częściowe pomiary czasu pobytu pacjenta w SOR, w podziale na etap rejestracji i poszczególne etapy udzielania świadczeń zdrowotnych, a także pomiar średniego czasu oczekiwania pacjenta w SOR na pierwszy kontakt z lekarzem, z uwzględnieniem kategorii w pięciostopniowej skali, a także

⁶⁹ Dz. U. z 2025 r. poz. 277, ze zm.

⁷⁰ Za okres od 1 stycznia 2023 r. do 19 czerwca 2025 r.

przechowywanie wszystkich danych przetwarzanych w TOPSOR w tym danych osobowych i statystycznych, zgodnie z art. 33a ust. 9 ustawy.

(akta kontroli tom II str. 343, 371)

Prezes oświadczyła, że system jest niestety bardzo ubogi w przygotowywanie różnego rodzaju statystyk i sprawozdań i aby zebrać odpowiednie dane o pacjencie należy przejrzeć system w kilku miejscach/zakładkach. System TOPSOR nie rejestruje zleceń diagnostycznych, czy też laboratoryjnych, dane takie dostępne są w systemach HIS (od zlecenia do wyniku). Program nie posiada możliwości generowania szczegółowych raportów. Ponadto oświadczyła, że przepisy nie precyzują, jakie konkretnie dane system HIS musi pobierać z TOPSOR, ani jakie raporty powinny być generowane automatycznie.

(akta kontroli tom II str. 371)

5. Spośród 15 osób⁷¹, które w okresie objętym kontrolą zatwierdzały karty segregacji medycznej, pięć dokonało zatwierdzenia łącznie 124 kart segregacji medycznej nie będąc pielęgniarkami systemu, co naruszało przepisy § 6 ust. 7 rozporządzenia SOR, mówiącym, że segregację medyczną osób, o których mowa w § 2 ust. 1, przeprowadza pielęgniarka systemu, ratownik medyczny lub lekarz systemu. Zgodnie z art. 3 pkt 6 ustawy PRM pielęgniarką systemu jest pielęgniarka posiadająca tytuł specjalisty lub będąca w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego lub anestezjologicznego i intensywnej opieki, a także chirurgicznego lub pediatrycznego i ukończony kurs w zakresie postępowania z osobami w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Pielęgniarką systemu będzie pielęgniarka posiadająca ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezjologicznego i intensywnej opieki, chirurgicznego, kardiologicznego lub pediatrycznego oraz co najmniej 3 letni staż pracy w oddziałach tych specjalności, szpitalnym oddziale ratunkowym, izbie przyjęć lub zespole ratownictwa medycznego i ukończony kurs, w zakresie postępowania z osobami w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, jak również pielęgniarka posiadająca tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa kardiologicznego i ukończony kurs, o którym mowa w art. 38a ust. 2.

(akta kontroli tom II str. 91-95)

Prezes oświadczyła, że w przypadku 4 pracowników wynikało to z ciężkich stanów pacjentów i celem była szybka segregacja, choć nie byli dysponowani do stanowiska TRIAGE. W przypadku jednego pracownika wynikiem była błędna praktyka organizacyjna i nieprecyzyjny rozdział ról w dokumentacji.

(akta kontroli tom II str. 228-229)

6. Z opóźnieniem wprowadzono do Regulaminu Szpitala zmiany, o których mowa § 13 ust. 1 pkt 1 lit a) i b) rozporządzenia SOR dotyczące maksymalnego czasu na skierowanie pacjenta na leczenie do oddziału szpitalnego lub odmowie przyjęcia do oddziału osoby nie będącej w stanie nagłego zagrożenia zdrowia. Wprowadzono je do Regulaminu aneksem nr 1 z dnia 8 marca 2024 do uchwały nr 35/2023 Prezesa Zarządu PCM z dnia 14 lipca 2023 r., pomimo uruchomienia SOR 1 maja 2022 r., czym naruszono przepis § 13 ust. 1 pkt 1 lit a) i b) rozporządzenia SOR.

(akta kontroli tom I str. 26-27, 34, 60-61, 68, 89, tom II str. 122-143)

⁷¹ Z 51 pracowników SOR (pielęgniarek i ratowników medycznych) zatwierdzających karty segregacji medycznej.

Prezes oświadczyła, że doszło do uchybienia formalnego.

(akta kontroli str. 301)

7. Przekazane WKRM dane o stanie chorych i raportów o obłożeniu łóżek na oddziałach za okres od 2 do 8 czerwca 2025 r. nie odpowiadały danym z raportów przyjęć i wypisów w księdze głównej – raportem o stanie chorych dla oddziałów PCM. Raporty nie generowały informacji o liczbie aktualnie wolnych stanowisk intensywnej terapii z respiratorami. Różnice wynosiły od 1 do 19 łóżek, w tym na SOR od 1 do 6 łóżek.

(akta kontroli tom II str. 122-143, 273-274, 403-422)

Prezes oświadczyła, że rozbieżności wynikają z braku przypisania pacjentów do poszczególnych łóżek w systemie Eskulap przy ich przyjęciu, braku zmiany nowego miejsca w ruchu chorych przy przynoszeniu pacjentów z jednej sali na drugą, z faktu niewykazywania łóżek w salach izolacyjnych oraz braku wykazania w systemie Sali Udarowej. Odnośnie braku raportów o liczbie wolnych stanowisk intensywnej terapii oświadczyła, że stanowiska ewidencjonowane są w pozycji „Łóżka Intensywnej Opieki Medycznej – ogółem w szpitalu” gdzie wpisywane są Oddziały SOR (bez respiratora), Neurologia, Chirurgia, Pediatria, Ginekologia, z czego 4 łóżka z respiratorami posiada Neurologia oraz 4-Chirurgia.

(akta kontroli tom II str. 453-454)

8. Szpital nie zapewnił realizacji norm czasu na kontakt pacjenta z lekarzem (od momentu TRIAGE) określonych w § 6 pkt. 9 rozporządzenia SOR oraz § 19 ust. 5 Regulaminu organizacyjnego, a także pkt. II ppkt. 4 Regulaminu SOR. Badanie⁷² przeprowadzone na próbie 39 622 wpisów do TOPSOR wykazało, że w okresie od 1 marca 2023 do 19 czerwca 2025 czas ten od przeprowadzenia TRIAGE do pierwszego kontaktu pacjenta z lekarzem wynosił: dla czerwonej kategorii pilności w przypadku 3⁷³ z 642 pacjentów do 2 min, dla 345⁷⁴ pacjentów wynosił powyżej 2 min, (w tym maksymalny czas wynosił 64 godz. 51 min 04 sek.), a dla 294 pacjentów nie podano w TOPSOR czasu obsługi przez lekarza. Dla kategorii pomarańczowej tj. 1 417 z 1 445 pacjentów czekało powyżej 10 min, a maksymalny czas wynosił 67 godz. 39 min 35 sek. Na 3 323 pacjentów oznaczonych kategorią czerwony lub pomarańczowy w 1 749 przypadkach (52,6%) czas od TRIAGE do kontaktu z lekarzem przekraczał 10 min, a w 1 082 przypadkach (32,6%) przekroczył 240 minut, co naruszało normy przewidziane Rozporządzeniem SOR, Regulaminem organizacyjnym Szpitala oraz Regulaminem SOR.

W przypadku kategorii pilności zielonej przyjęto 14 327 pacjentów z czego 3 660 oczekiwało na pierwszy kontakt z lekarzem powyżej 120 min, a maksymalny czas wynosił 67 godz. 35 min 30 sek., a w jednym przypadku 133 godz. 00 min 55 sek. Dla koloru niebieskiego 500 osób z 1 917 czekało powyżej 240 min, a maksymalny czas wynosił 64 godz. 06 min 48 sek., zaś w jednym przypadku 150 godz. 42 min 10 sek., co było niezgodne z § 6 ust. 9 rozporządzenia SOR.

Dla 1 226 przypadków nie podano czasu przyjęcia przez lekarza, co z kolei stanowiło naruszenie § 2 rozporządzenia TOPSOR. W czterech przypadkach nie wpisano do TOPSOR czasu przeprowadzenia TRIAGE.

(akta kontroli tom II str. 146-147, 396-402, 448)

⁷² W badaniu pominięto wpisy, których kategoria pilności w trakcie oczekiwania na kontakt z lekarzem uległa zmianie.

⁷³ Od 1 min. 26 sek. do 1 min. 53 sek.

⁷⁴ Od 4 min. 42 sek.

Prezes w przedmiocie wydłużonych czasów obsługi pacjentów oświadczyła, że przekroczenie w kategorii najwyższego priorytetu wskazuje na możliwy błąd systemowy bądź błędną klasyfikację pacjenta w procesie TRIAGE. Incydentalnie mogło dojść do nieprawidłowego przypisania pacjenta do kategorii pilności, co wpłynęło na opóźnienie interwencji. Odnośnie braków w systemie TOPSOR oświadczyła, że powodami mogło być, skoncentrowanie personelu na działaniach ratujących życie, a uzupełnienie dokumentacji mogło zostać pominięte lub przeoczone, w sytuacjach wzmożonego obciążenia. Braki mogły być także skutkiem błędów technicznych lub przypadków, w których pacjent opuścił SOR przed przeprowadzeniem pełnej procedury TRIAGE. W odniesieniu do wcześniejszych czasów wypisu niż obsługi lekarskiej oświadczyła, że rozbieżności mogą wynikać z błędów ludzkich lub braku korekty automatycznych wpisów systemu. Możliwa była sytuacja, w której wypis zarejestrowano zanim lekarz zakończył dokumentację elektroniczną. W kwestii braku wpisów w TOPSOR czasu obsługi przez lekarza dla czerwonej i pomarańczowej kategorii pilności oświadczyła, że powodem było bieżące zajęcie się pacjentami w stanie zagrożenia życia i zdrowia i konieczność wykonywania czynności ratunkowych, a odłożone w czasie odnotowywanie procedury w odrębnym od HIS (nie w pełni zsynchronizowanym) systemie TOPSOR w efekcie zostało pominięte lub daleko spóźnione.

(akta kontroli tom II str. 146-147, 396-402, 448, 424-425)

NIK zauważa, że w PCM nie dołożono należytej staranności, przy wprowadzaniu danych do systemu TOPSOR.

OCENA CZĄSTKOWA

NIK negatywnie ocenia działania PCM w obszarze udzielania świadczeń zdrowotnych osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego z uwagi na przekraczanie czasów pracy personelu medycznego, głównie lekarzy, w tym w dwóch przypadkach bez wyrażenia przez nich pisemnej zgody oraz udzielania przez jednego z lekarzy świadczeń nieprzerwanie przez ponad 24 godziny, bez zapewnienia mu ustawowego czasu do odpoczynku, a także prowadzeniem segregacji medycznej przez personel nie spełniający stosownych kwalifikacji pielęgniarskich systemu oraz niezapewnienie realizacji norm czasu na kontakt z lekarzem dla pacjentów SOR. Ponadto Szpital obowiązek zamieszczenia w Regulaminie organizacyjnym Szpitala informacji, o których mowa w § 13 ust. 1 pkt 1 lit a) i b) rozporządzenia SOR zrealizował ze znacznym opóźnieniem.

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, wnosi o podjęcie działań w celu zapewnienia:

IV. Wnioski

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

Wnioski

1. Udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom SOR w terminach odpowiadających czasom określonym dla poszczególnych kategorii pilności, stosownie do § 6 ust. 9 rozporządzenia SOR oraz § 19 ust. 5 Regulaminu organizacyjnego PCM oraz pkt. II ppkt 4 Regulaminu SOR.
2. Całodobowego i niezwłocznego wykonywania badań tomografem komputerowym w obecności lekarza specjalisty, zgodnie z § 4 ust. 4 pkt

- 3 i 4 rozporządzenia SOR oraz załącznikiem nr 2 do rozporządzenia ws. ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.
3. Całodobowego i niezwłocznego dostępu do badań bronchoskopii przez lekarzy specjalistów, zgodnie z § 4 ust. 4 pkt 3 i 4 rozporządzenia SOR oraz załącznikiem nr 3 do rozporządzenia ws. ambulatoryjnej opieki specjalistycznej,
 4. Prowadzenia segregacji medycznej wyłącznie przez osoby uprawnione, stosownie do § 6 ust. 7 rozporządzenia SOR.
 5. Przestrzegania przepisów dotyczących czasu pracy personelu medycznego.
 6. Dostosowania wentylacji na sali operacyjnej do norm określonych w § 39 rozporządzenia ws. pomieszczeń i urządzeń, zapewnienia instalacji gniazd sprężonego powietrza w gabinecie zabiegowym SOR, zgodnie z § 9 ust. 3 pkt 3 rozporządzenia SOR oraz zapewnienia sprawnego działania wentylacji na sali operacyjnej i w izolatce SOR, stosownie do § 39 rozporządzenia ws. pomieszczeń urządzeń oraz dostosowania podłóg i ścian pomieszczenia TRIAGE do § 30 ust. 1 i 2 rozporządzenia ws. pomieszczeń i urządzeń.
 7. Uzupełnienia, a następnie terminowego wprowadzania danych o wyrobach medycznych wykorzystywanych do udzielania świadczeń zdrowotnych osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowia do SEZOZ zgodnie z § 4 rozporządzenia ws. zakresu informacji gromadzonych w Systemie Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia.
 8. Sporządzenia korekty załącznika nr 9 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 listopada 2018 r. w sprawie wojewódzkiego planu działania systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego, celem przekazania rzetelnych danych Wojewodzie.
 9. Zapewnienia przekazywania rzetelnych danych do WKRM o liczbie wolnych łóżek na oddziałach PCM, stosownie do § 1 pkt 1 lit. d i e rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie szczegółowego zakresu zadań wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

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.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykonania
wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.
W przypadku wniesienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.

Warszawa, 13 sierpnia 2025 r.

Kontroler

Mirosław Jankowski
Specjalista kontroli państwowej

/-/

Najwyższa Izba Kontroli

Delegatura w Warszawie

Dyrektor

z up. Wiesława Bronisz
p.o. Wicedyrektor Delegatury

/-/