



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Warszawie

LWA.410.10.4.2025

Jacek Kacperski
Dyrektor
Nowodworskie Centrum Medyczne
ul. Miodowa 2
05-100 Nowy Dwór Mazowiecki

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/25/042 System ratownictwa medycznego

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Nowodworskie Centrum Medyczne ¹ ul. Miodowa 2, 05-100 Nowy Dwór Mazowiecki
Kierownik jednostki kontrolowanej	Jacek Kacperski – Dyrektor Nowodworskiego Centrum Medycznego ² od 1 sierpnia 2015 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Warunki udzielania świadczeń zdrowotnych. 2. Udzielenie świadczeń zdrowotnych osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.
Okres objęty kontrolą	Od 1 stycznia 2023 r. 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 Najwyższej Izbie Kontroli ³ .
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Warszawie
Kontroler	Adam Czugaiewicz, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LWA/56/2025 z 5 maja 2025 r.

(akta kontroli str. 1)

II. Ocena ogólna⁴ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli NCM zapewnił warunki do udzielania świadczeń zdrowotnych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym⁵. Stwierdzone w tym obszarze w kontrolowanym okresie nieprawidłowości dotyczyły m.in.: nieokreślenia w regulaminie organizacyjnym parametrów wskazanych w § 13 ust. 1-2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. *w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego*⁶, brak kwalifikacji określonych w § 12 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia SOR lekarza pełniącego od 7 maja 2025 r. funkcję ordynatora SOR, brak rejestracji czasu pracy lekarzy SOR, ograniczonego dostępu do badań tomografii komputerowej w okresie od 20 lutego do 19 marca 2025 r. oraz przekazania wojewodzie nierzetelnych danych o liczbie zgonów w SOR i liczbie pacjentów dostarczonych przez zespoły ratownictwa medycznego. Nieprawidłowości te, biorąc pod uwagę ich wagę i czas trwania, nie miały znaczącego wpływu na warunki udzielania świadczeń w SOR.

Natomiast nieprawidłowości stwierdzone w obszarze udzielania świadczeń osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego mogły mieć negatywny wpływ na udzielanie tych świadczeń. Do nieprawidłowości tych należą m.in.: zaplanowanie harmonogramów pracy lekarzy SOR przez nieprzerwany okres przekraczający 24 godziny (do 88 godzin nieprzerwanej pracy); niezapewnienie kompletności i rzetelności danych dotyczących poszczególnych etapów udzielania świadczeń pacjentom SOR, od momentu rejestracji do wypisania z SOR, co uniemożliwia rzetelne analizy terminowości i prawidłowości dokonywania poszczególnych czynności; sporadyczne przypadki dokonywania

¹ Dalej: NCM lub Centrum.

² Dalej: Dyrektor.

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 Dalej: SOR.

⁶ Dz. U. z 2024 r. poz. 336, ze zm. Dalej: rozporządzenie SOR.

segregacji medycznej przez osoby niespełniające wymogu określonego w § 6 ust. 7 rozporządzenia SOR; przekazywanie Wojewódzkiemu Koordynatorowi Ratownictwa Medycznego niezetelnych danych o liczbie wolnych łóżek w SOR.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowej⁷ kontrolowanej działalności

OBSZAR
Opis stanu
faktycznego

1. Warunki udzielania świadczeń zdrowotnych

1.1 Warunki techniczne i wyposażenie SOR

Warunki, jakie powinien spełniać SOR, zostały określone m.in. w rozporządzeniach Ministra Zdrowia: z dnia 26 marca 2019 r. *w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą*⁸ i w rozporządzeniu SOR.

Przeprowadzone oględziny nie wykazały niezgodności warunków, jakie powinien spełniać SOR, z powyższymi przepisami, z wyjątkiem braku na tablicy ogłoszeń w obszarze rejestracji informacji, o których mowa w § 13 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia SOR (Szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*). Badanie próby wyposażenia SOR wykazało, że była dla niego prowadzona dokumentacja, o której mowa w art. 63 ust. 3-4 ustawy z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych⁹ wraz z informacją o pozytywnym wyniku aktualnego przeglądu okresowego.

(akta kontroli str. 148-150)

1.2 Wpisanie wyrobów medycznych do SEZOZ¹⁰

Wyroby medyczne wykorzystywane w SOR zostały wpisane do Systemu Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia, o którym mowa w art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. *o systemie informacji w ochronie zdrowia*¹¹ w terminach określonych w rozporządzeniu 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*¹².

(akta kontroli str. 106-117, 130-145)

1.3 Dysponowanie lotniskiem/lądowiskiem

Zgodnie z § 3 ust. 7-10 rozporządzenia SOR, oddział ten powinien dysponować całodobowym lotniskiem lub lądowiskiem, zlokalizowanym w takiej odległości, aby było możliwe przyjęcie osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, bez pośrednictwa specjalistycznych środków transportu sanitarnego, a w razie braku możliwości technicznych spełnienia tego warunku – w odległości, w której czas transportu osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego specjalistycznym środkiem transportu sanitarnego do oddziału nie przekroczy 5 minut, licząc od momentu przekazania pacjenta przez lotniczy zespół ratownictwa medycznego do specjalistycznego środka transportu sanitarnego¹³.

⁷ 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.

⁸ Dz. U. z 2022 r. poz. 402.

⁹ Dz. U. z 2024 r. poz. 1620, ze zm.

¹⁰ System Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia.

¹¹ Dz. U. z 2025 r. poz. 302, ze zm.

¹² Dz. U. z 2025 r. poz. 496.

¹³ Zgodnie z § 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 dnia grudnia 2024 r., zmieniającego rozporządzenie w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. z 2024 r., poz. 1877) wymóg ten należy spełnić do 31 grudnia 2026 r.

NCM nie dysponuje własnym lotniskiem lub lądowiskiem w odległości umożliwiającej przyjęcie pacjentów bez specjalistycznego środka transportu sanitarnego. NCM korzysta w tym celu z lotniska w Modlinie na podstawie umowy z Mazowieckim Portem Lotniczym Warszawa-Modlin Sp. z o.o.

Ogłędziny wykazały, że odległość od SOR do punktu odbioru pacjentów z lotniska w Modlinie, licząc po zwyczajowej trasie przejazdu specjalistycznego środka transportu sanitarnego, wynosi ok. 7,9 km, a czas przejazdu na tej trasie w zwykłych warunkach ruchu drogowego, bez zastosowania sygnałów dźwiękowych lub świetlnych, wynosi ok 9-10 min.

W ocenie Dyrektora lotnisko spełnia wymóg dotyczący czasu transportu pacjenta.

W kontrolowanym okresie nie wystąpiły przypadki transportu pacjentów do SOR z lotniska.

(akta kontroli str. 4-10, 178-181, 229-240, 259, 266)

1.4 Dysponowanie personelem

Wymogi dotyczące kwalifikacji personelu SOR i minimalnych zasobów kadrowych zostały określone w § 12 ust. 1-2 rozporządzenia SOR.

W skład personelu SOR wchodził ordynator oddziału, pielęgniarka oddziałowa, lekarze, pielęgniarki i ratownicy medyczni oraz rejestratorzy medyczni.

Szczegółowe badanie próby 10 osób udzielających świadczeń w SOR w wybranych dniach okresu objętego kontrolą (tj. lekarzy, pielęgniarek i ratowników medycznych) wykazało, że zostały one zgłoszone do umowy z NFZ jako personel udzielający świadczeń w SOR oraz miały wymagane kwalifikacje, z wyjątkiem lekarza pełniącego od 7 maja 2025 r. obowiązki ordynatora SOR (szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*). Stosowany w NCM system rejestracji czasu pracy potwierdził zgodność czasu rozpoczęcia i zakończenia pracy przez objęte badaniem pielęgniarki i ratowników medycznych z terminami wskazanymi w grafiku, natomiast brak było zapisów potwierdzających rozpoczęcie i zakończenie pracy przez objętych badaniem lekarzy (szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli str. 4-10, 122-129, 207-215, 229-239, 262-263)

1.5 Dostęp do badań diagnostycznych

Zgodnie z § 4 ust. 4 rozporządzenia SOR szpital, w którym funkcjonuje SOR, powinien zapewnić całodobowy i niezwłoczny dostęp do badań diagnostycznych wykonywanych w medycznym laboratorium diagnostycznym, badania USG, komputerowego badania tomograficznego¹⁴ i badań endoskopowych, w tym: gastrokopii, rektoskopii, bronchoskopii, laryngoskopii.

W kontrolowanym okresie NCM zapewniał dostęp do powyższych badań, z wyjątkiem badań TK w okresie od 20 lutego do 19 marca 2025 r. i badań laboratoryjnych 8 października 2024 r. (szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

Lekarze wykonujący badania TK i gastrokopowe, w wybranych do szczegółowego badania miesiącach, mieli niezbędne kwalifikacje, określone w załączniku nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej¹⁵.

(akta kontroli str. 120-121, 146-147, 176, 219, 232-239, 241-254, 269-287, 320-345)

¹⁴ Dalej także: TK.

¹⁵ Dz. U. z 2016 r., poz. 357, ze zm.

1.6 Zgodność danych przekazywanych wojewodzie z dokumentacją źródłową

Zgodnie z załącznikiem do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 listopada 2018 r. w sprawie wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne¹⁶ – tabela nr 9, plan działania systemu państwowego ratownictwa medycznego¹⁷ obejmuje dane o liczbie przyjęć pacjentów w szpitalnym oddziale ratunkowym w roku poprzednim, m.in.: liczbie pacjentów niebędących w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego (kolumny 5), liczbie zgonów (kolumna nr 6) i liczbie pacjentów przekazanych przez zespoły ratownictwa medycznego¹⁸ (kolumna 7).

W informacji dla wojewody, do sporządzenia planu działania systemu PRM na rok 2024 i 2025, w kolumnie 5 za rok 2023 i 2024 NCM podał odpowiednio 66 i 48 osób. W tym okresie NCM do podstawowej opieki zdrowotnej odesłał jednego pacjenta.

W informacji dla wojewody, do sporządzenia planu działania systemu PRM na rok 2024 i 2025, w kolumnie 6 za rok 2023 i 2024 NCM podał odpowiednio 34 i 46 zgonów. Rzeczywista liczba zgonów wynosiła odpowiednio 38 i 50, tj. łącznie o 8 więcej, niż NCM podał wojewodzie (szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

W informacji dla wojewody, do sporządzenia planu działania systemu PRM na rok 2024 i 2025, w kolumnie 7 za rok 2023 i 2024 NCM podał liczbę pacjentów przekazanych przez ZRM odpowiednio 4143 i 4009. Rzeczywista liczba pacjentów przekazanych przez ZRM wynosiła odpowiednio 2696 i 3080, tj. o 2376 pacjentów mniej, niż NCM podał wojewodzie (szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli str. 176, 182-184, 217-218, 269-271, 338-345)

1.7 Wdrożenie zaleceń standardu rachunku kosztów

Zgodnie z art. 31lc ust. 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁹ 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 świadczeniodawców²⁰.

SOR został wyodrębniony jako ośrodek powstawania kosztów, zgodnie z § 2 pkt 13 Zaleceń, a koszty funkcjonowania SOR zostały przypisane do funkcji 503 – *Pomoc doraźna i ratownictwo medyczne*.

Zgodnie z § 6 ust. 1 i 4 Zaleceń w celu określenia kosztów pośrednich ośrodka powstawania kosztów²¹ 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. Zgodnie z § 6 ust. 5 Zaleceń dopuszcza się stosowanie przez świadczeniodawcę klucza podziałowego innego niż określony w załączniku nr 7 do rozporządzenia, jeżeli jest to uzasadnione możliwością

¹⁶ Dz. U. z 2023 r., poz. 1060.

¹⁷ Dalej: PRM.

¹⁸ Dalej: ZRM.

¹⁹ Dz. U. z 2024 r. poz. 146, ze zm.

²⁰ Dz. U. z 2020 r., poz. 2045, dalej: Zalecenia.

²¹ Dalej: OPK.

dokładniejszej alokacji kosztów OPK działalności pomocniczej. NCM stosował własny klucz podziałów w celu dokładniejszej alokacji kosztów pośrednich.

(akta kontroli str. 229-239, 338-345)

Wynik finansowy SOR, według metodyki standardu rachunku kosztów, w roku 2022, 2023, 2024 i w I kwartale roku 2025 wyniósł odpowiednio: – 2180,1 tys. zł, – 2507,9 tys. zł, – 3163,7 tys. zł i – 682,3 tys. zł. Wynik finansowy został ustalony na podstawie metodyki określonej w Zaleceniach, dostosowanej do potrzeb NCM w zakresie alokacji kosztów pośrednich.

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Dyrektor NCM nie określił w regulaminie organizacyjnym parametrów, o których mowa w § 13 ust. 1–2 rozporządzenia SOR, a w konsekwencji nie zostały one podane do publicznej wiadomości.

Zgodnie z powyższym przepisem kierownik podmiotu wykonującego działalność leczniczą prowadzącego szpital, w którym działa SOR, określa w regulaminie organizacyjnym tego podmiotu maksymalny czas na podjęcie przez lekarza dyżurnego oddziału decyzji, o których mowa w § 12 ust. 3 pkt 2 i 3 rozporządzenia SOR (tj. o odmowie przyjęcia do oddziału osoby niebędącej w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego albo o skierowaniu pacjenta z SOR na leczenie w innym oddziale szpitala przez lekarza dyżurnego i przez lekarza SOR o przyjęciu pacjenta na oddział). Powyższe informacje powinny być podane do publicznej wiadomości przez zamieszczenie na stronie internetowej i wywieszenie na tablicy ogłoszeń w obszarze segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć.

Dyrektor wyjaśnił, że parametry te zostaną określone w nowym regulaminie organizacyjnym.

(akta kontroli str. 11-80, 148-150, 229-239)

2. Od 7 maja 2025 r. obowiązki ordynatora SOR pełni lekarz niespełniający wymogów określonych w § 12 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia SOR²².

Zgodnie z przywołanym wyżej przepisem ordynator oddziału (lekarz kierujący oddziałem) powinien posiadać tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny ratunkowej albo specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, intensywnej terapii, chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, ortopedii i traumatologii, pediatrii, neurologii lub kardiologii i jednocześnie: mieć ukończony drugi rok specjalizacji w dziedzinie medycyny ratunkowej i kontynuować szkolenie specjalizacyjne w tej dziedzinie lub mieć doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w wymiarze co najmniej 3 tysięcy godzin, nabyte w szpitalnym oddziale ratunkowym w okresie ostatnich 3 lat.

Pełniący obowiązki ordynatora SOR ukończył drugi rok specjalizacji w dziedzinie medycyny ratunkowej i kontynuuje szkolenie, jednakże nie posiadał specjalizacji w wymaganej ww. przepisami dziedzinie.

Dyrektor wyjaśnił, że obecny p.o. ordynatora SOR ma wieloletnie doświadczenie na stanowisku ordynatora SOR, zaś szpitale powiatowe borykają się z brakiem lekarzy chętnych do pracy w SOR, głównie ze względu na brak specjalistów w dziedzinie medycyny ratunkowej, wysokie wymagania kwalifikacyjne oraz

²² W brzmieniu zmienionym przez § 1 pkt 1 lit. a rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2024 r. (Dz. U. z 2024 r., poz. 1877) zmieniającego rozporządzenie SOR z dniem 31 grudnia 2024 r.

trudne warunki pracy. Wobec powyższych okoliczności decyzja o zatrudnieniu obecnego p.o. ordynatora SOR podyktowana była troską o dobro pacjentów i prawidłowe funkcjonowanie SOR.

(akta kontroli str. 4-10, 229-239, 263)

Nie negując powyższych argumentów NIK wskazuje, że wobec nieukończenia wymaganej specjalizacji formalnie lekarz kierujący SOR nie spełniał wymogów określonych w rozporządzeniu SOR ani w obecnym stanie prawnym, ani w poprzednich wersjach rozporządzenia SOR.

3. W NCM nie przestrzegano regulacji wewnętrznych dotyczących rejestracji czasu pracy lekarzy i wydawania im kart rejestracji tego czasu.

Zgodnie z pkt. I.2.4 i III.1 *Regulaminu użytkowania systemu elektronicznej rejestracji czasu pracy NCM*²³ czas pracy osób świadczących pracę na rzecz NCM, bez względu na podstawę prawną, rejestrowany jest przy pomocy karty w systemie elektronicznym.

Porównanie próby harmonogramów pracy SOR z zapisami w systemie rejestracji pracy w wybranych dniach wykazało, że w systemie rejestracji nie ma zapisów potwierdzających rozpoczęcie i zakończenie pracy przez żadnego z czworga lekarzy objętych badaniem.

Dyrektor wyjaśnił, że braki te spowodowane są częstymi awariami systemu elektronicznej rejestracji czasu pracy i czasowymi opóźnieniami w wydawaniu kart nowo zatrudnionym pracownikom, zaś w przypadku braku zapisów w systemie, czas pracy jest potwierdzany przez ordynatorów i kierowników komórek organizacyjnych NCM.

Zgodnie z pkt II.5 *Regulaminu użytkowania systemu elektronicznej rejestracji czasu pracy* wydanie karty rejestracji czasu pracy następuje za pisemnym potwierdzeniem odbioru. Brak było pisemnego potwierdzenia odbioru karty przez czterech z pięciorga lekarzy objętych badaniem, natomiast potwierdzenie odbioru karty (duplikatu poprzedniej karty, która uległa uszkodzeniu), przez pełniącą obowiązki ordynatora SOR, nastąpiło dopiero 3 marca 2025 r., tj. po okresie objętym badaniem harmonogramów pracy.

Dyrektor wyjaśnił, że do 31 grudnia 2024 r. karty były wydawane bez pokwitowania.

(akta kontroli str. 4-10, 122-124, 209-215, 229-239, 262-265, 338- 345)

NIK wskazuje, że braki w zapisach dotyczących rozpoczęcia i zakończenia czasu pracy wystąpiły wyłącznie w odniesieniu do wszystkich lekarzy objętych badaniem, natomiast nie wystąpiły w przypadku żadnej z objętych badaniem pielęgniarek ani żadnego z ratowników medycznych. Ponadto dwoje z lekarzy objętych badaniem pełniło funkcję ordynatora SOR, w związku z czym sami potwierdzali własny czas pracy SOR co, w ocenie NIK, nie jest wiarygodną metodą weryfikacji.

4. Wystąpiły przypadki braku lub ograniczonego dostępu pacjentów SOR do badań diagnostycznych i TK.

Zgodnie z § 4 ust. 4 rozporządzenia SOR szpital, w którym funkcjonuje SOR, zapewnia całodobowy i niezwłoczny dostęp m.in. do badań diagnostycznych wykonywanych w medycznym laboratorium diagnostycznym i komputerowego badania tomograficznego (TK).

²³ Załącznik nr 1 do zarządzenia Dyrektora NCM nr 27/2018 z 4 września 2018 r.

8 października 2024 r. lekarz SOR odmówił przyjęcia pacjenta przywiezionego przez ZRM ze względu na awarię Internetu, uniemożliwiającą przeprowadzenie pacjentowi badań diagnostycznych. Z tego względu NFZ nałożył na NCM karę w kwocie 3948,36 zł.

W okresie od 20 lutego do 19 marca 2025 r. z powodu awarii tomografu badanie TK było wykonywane w sposób ograniczony (24 razy, tj. rzadziej niż raz dziennie), w placówkach zewnętrznych. Dla porównania, w pozostałym okresie, pomiędzy 1 stycznia 2023 r. a 30 kwietnia 2025 r., badanie wykonywano średnio 7,5 razy dziennie, u co trzeciego pacjenta SOR. W ocenie NIK porównanie powyższych danych wskazuje, że awaria tomografu miała istotny wpływ na zmniejszenie liczby zlecanych i wykonywanych tomografii na rzecz pacjentów SOR. Awaria tomografu była powodem odmowy przyjęcia do SOR trojga pacjentów przywiezionych przez ZRM.

(akta kontroli str. 120-121, 146-147, 176, 219, 232-239, 241-254, 269-287, 320-345)

5. NCM przekazał wojewodzie nierzetelne informacje do planu działania systemu PRM na rok 2024 i 2025.

W informacji dla wojewody do sporządzenia planu działania systemu PRM na rok 2024 i 2025 w kolumnie 6 za rok 2023 i 2024 NCM podał odpowiednio 34 i 46 zgonów. Rzeczywista liczba zgonów wynosiła odpowiednio 38 i 50, tj. łącznie o 8 więcej, niż NCM podał wojewodzie. W informacji dla wojewody do sporządzenia planu działania systemu PRM na rok 2024 i 2025 w kolumnie 7 za rok 2023 i 2024 NCM podał liczbę pacjentów przekazanych przez ZRM odpowiednio 4143 i 4009. Rzeczywista liczba pacjentów przekazanych przez ZRM wynosiła odpowiednio 2696 i 3080, tj. o 2376 pacjentów mniej, niż NCM podał wojewodzie.

Dyrektor wyjaśnił, że wojewodzie przekazywano dane wygenerowane przez system komputerowy oraz że wystąpił do firmy odpowiedzialnej za funkcjonowanie systemu z zapytaniem o przyczyny rozbieżności.

(akta kontroli str. 176, 182-184, 217-218, 269-271, 338-345)

Ocena cząstkowa

Nieprawidłowości stwierdzone w badanym obszarze nie miały znaczącego wpływu na funkcjonowanie SOR albo miały wpływ w krótkim okresie w stosunku do objętego kontrolą. Poza miesięcznym ograniczeniem badań TK i jednorazową przerwą w badaniach diagnostycznych, SOR zapewniał pacjentom niezbędne badania. Przed 7 maja 2025 r. lekarze pełniący obowiązki ordynatorów SOR spełniali wymagania określone w rozporządzeniu SOR. Natomiast brak rejestracji czasu rozpoczęcia i zakończenia pracy lekarzy nie pozwalał na weryfikację faktycznego udzielania przez nich świadczeń w SOR w okresach określonych w harmonogramach pracy. Pozostałe nieprawidłowości miały charakter formalny.

2. Udzielenie świadczeń zdrowotnych osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego

OBSZAR

Opis stanu faktycznego

2.1 Czas pracy personelu SOR

Zgodnie z art. 94 ust. 1 oraz art. 97 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej²⁴, jeżeli jest to uzasadnione rodzajem pracy lub jej organizacją, w stosunku do pracowników zatrudnionych w podmiocie leczniczym mogą być stosowane rozkłady czasu pracy, w których dopuszczalne jest przedłużenie dobowego wymiaru czasu pracy do 12 godzin. Jednocześnie

²⁴ Dz. U. z 2025 r. poz. 450, ze zm. Dalej: ustawa o działalności leczniczej.

pracownikowi przysługuje w każdej dobie prawo do co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku.

Szczegółowe badanie rozkładu czasu pracy próby osób udzielających świadczeń w SOR w I kwartale roku 2024 i 2025 wykazało, że normy te nie zostały przekroczone przez pielęgniarki i ratowników medycznych.

W przypadku dwojga lekarzy, świadczących pracę na podstawie umów cywilnych, stwierdzono przypadki planowania pracy w wymiarze ciągłym przekraczającym 24 godziny, co w ocenie NIK było działaniem nierzetelnym (szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli str. 188-206, 229-239, 264-265)

2.2 Wykorzystanie systemu TOPSOR

Zgodnie z art. 33a ust. 4 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym²⁵ 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. TOPSOR funkcjonuje w NCM od 1 lipca 2021 r.

Zgodnie z § 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2021 r. *w sprawie systemu zarządzającego trybami obsługi pacjenta w szpitalnym oddziale ratunkowym*²⁶ w skład infrastruktury TOPSOR powinny wchodzić m.in.: automat biletowy przy wejściu do SOR, automat biletowy przy podjeździe dla specjalistycznych środków transportu sanitarnego; drukarka nabiurkowa do biletów, wyświetlacz zbiorczy z ekranem LCD, tablet. Oględziny wykazały, że SOR zawiera powyższe oprzyrządowanie.

Zgodnie z § 2 pkt 2-3 i 7 rozporządzenia TOPSOR system powinien umożliwiać co najmniej całościowy i częściowe pomiary czasu pobytu pacjenta w SOR, w podziale na etap rejestracji i poszczególne etapy udzielania świadczeń zdrowotnych, pomiar średniego czasu oczekiwania pacjenta w SOR na pierwszy kontakt z lekarzem oraz przechowywanie wszystkich danych. W NCM system TOPSOR nie zapewniał rzetelnych i pełnych danych (szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli str. 148-150, 172-176, 269-286)

2.3 Prowadzenie segregacji pacjentów przez osoby uprawnione

Zgodnie z § 6 ust. 7 rozporządzenia SOR segregację medyczną pacjentów przeprowadza ratownik medyczny albo lekarz lub pielęgniarka systemu PRM. 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, anestezjologicznego i intensywnej opieki, chirurgicznego, pediatrycznego lub kardiologicznego. Pielęgniarką systemu może być również osoba posiadająca ukończony kurs kwalifikacyjny w jednej z tych dziedzin, co najmniej 3-letni staż pracy w oddziałach tych specjalności, szpitalnym oddziale ratunkowym, izbie przyjęć lub zespole ratownictwa medycznego, a także ukończony kurs, o którym mowa w art. 38a ust. 2 ustawy.

Segregację medyczną 87 razy (na 17 084) przeprowadzili pielęgniarka i pielęgniarz niebędący pielęgniarką (pielęgniarem) systemu PRM (szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli str. 186, 229-239)

²⁵ Dz. U. z 2025 r. poz. 91, ze zm. Dalej: ustawa PRM.

²⁶ Dz. U. z 2021 r., poz. 1182. Dalej: rozporządzenie TOPSOR.

2.4 Określenie liczby łóżek w poszczególnych oddziałach na potrzeby osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego

Zgodnie z § 13 ust. 3 rozporządzenia SOR 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.

Dyrektor NCM, po zasięgnięciu opinii ordynatorów oddziałów, wydał zarządzenie określające liczbę łóżek niezbędnych w poszczególnych oddziałach dla ratownictwa medycznego.

(akta kontroli str. 120-121, 338-345)

2.5 Informowanie wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego²⁷ o dostępnych miejscach na oddziałach

NCM przekazywał WKRM dane o liczbie wolnych łóżek SOR według stanu na godzinę 8.00, 14.00 i 20.00 za pośrednictwem Systemu Informacji o Szpitalach, na podstawie danych przekazywanych z poszczególnych oddziałów szpitala.

Badanie próby raportów dziennych wykazało rozbieżności pomiędzy danymi przekazanymi WKRM, a danymi wynikającymi z książki chorych SOR (szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli str. 220-227)

2.6 Terminowość poszczególnych czynności wobec pacjentów SOR

Zgodnie z § 6 ust. 9 rozporządzenia SOR pacjentom SOR przydziela się kategorię pilności udzielania świadczeń, która oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem: czerwony – natychmiastowy, pomarańczowy – do 10 minut, żółty – do 60 minut, zielony – do 120 minut, niebieski – do 240 minut.

Szczegółową analizą objęto zapisy TOPSOR dotyczące przyjęć pacjentów w okresie od 1 stycznia 2023 r. do 30 kwietnia 2024 r.

SOR przyjął 17 084 pacjentów, w tym 6746 przekazanych przez ZRM. Nie wystąpiły przypadki dostarczenia pacjentów przez zespoły Lotniczego Pogotowia Ratunkowego.

386 pacjentom przyznano kategorię czerwoną, 2421 kategorię pomarańczową, 11 664 kategorię żółtą, 1925 kategorię zieloną, a 85 kategorię niebieską. Zidentyfikowanie kategorii przyznanej 603 pacjentom nie było możliwe na podstawie danych z TOPSOR (szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

Do podstawowej opieki zdrowotnej został skierowany jeden pacjent.

Dane o czasie rejestracji pacjenta i czasie segregacji medycznej zawierało 9609 zapisów TOPSOR²⁸ (z 17 084). Średni czas pomiędzy tymi czynnościami wynosił 20 min., maksymalny – 4 godz. 44 min., a mediana – 17 min.

Dane o czasie segregacji medycznej i czasie przyjęcia przez lekarza zawierały 892

²⁷ Dalej: WKRM.

²⁸ Z tego w 15 zapisach czas segregacji był wcześniejszy niż czas rejestracji. Zapisy te zostały pominięte w dalszych obliczeniach.

zapisy²⁹. Średni czas pomiędzy tymi czynnościami wynosił 2 godz. 54 min, maksymalny – 23 godz. 43 min., a mediana – 1 godz. 56 min. W odniesieniu do pacjentów oznaczonych kategorią czerwoną lub pomarańczową tylko w trzech przypadkach zarejestrowany czas pomiędzy tymi czynnościami nie przekroczył 10 min. W pozostałych 80 zapisach czas ten był dłuższy, z tego w 11 przekraczał 8 godz. Dyrektor wyjaśnił, że przyczyną mogło być dokonanie wpisów w TOPSOR dopiero po zaopatrzeniu pacjenta, co jest czynnością priorytetową, o czym świadczą zarejestrowane w innych systemach szpitala czasy poszczególnych badań.

Dane³⁰ o czasie przyjęcia przez lekarza i zleceniu badań TK zawierało 1285 zapisów³¹. Średni czas pomiędzy tymi czynnościami wyniósł 51 min., maksymalny – 15 godz. 21 min., a mediana – 16 min. W 15 przypadkach czas ten był dłuższy niż 3 godziny. Dyrektor wyjaśnił, że decyzja o wykonaniu TK jest poprzedzona m.in. badaniami laboratoryjnymi, co wpływa na czas pomiędzy kontaktem z lekarzem a wykonaniem badania.

Dane o czasie wykonania badania TK nie zostały odnotowane w żadnym z 6098 przypadków.

Dane o czasie zlecenia badania TK i czasie zatwierdzenia jego opisu zawierało 6098 zapisów³². Maksymalny czas pomiędzy tymi czynnościami wyniósł 21 godz. 30 min., średni – 1 godz. 35 min., a mediana – 1 godz. 11 min. Dyrektor wyjaśnił, że opis badania lekarze SOR otrzymują natychmiast, jednakże w razie awarii systemu teleinformatycznego opisy badań wpisuje się ręcznie, jak również niektóre badania po konsultacji medycznej wymagały dodatkowego opisu, co skutkowało zarejestrowaniem późniejszego niż rzeczywisty terminu opisu badania.

Dane o czasie rejestracji pacjenta i czasie wypisu z SOR (bez zgonów) zawierało 12 437 zapisów. Maksymalny czas pomiędzy tymi czynnościami wyniósł 4 dni, 19 godz. 44 min. (z tego 53 przypadki powyżej doby), średni – 4 godz. 7 min., a mediana – 3 godz. 3 min.

Dane o czasie rejestracji pacjenta i przeniesieniu na inny oddział (bez zgonów) zawierało 4550 zapisów. Maksymalny czas wynosił 2 dni, 10 godz. 4 min. (z tego 18 przypadków powyżej doby), średni – 4 godz. 11 min., a mediana 2 godz. 57 min.

(akta kontroli str. 176, 269-286, 347-348)

W objętym szczegółowym badaniem okresie od 1 stycznia do 30 kwietnia 2025 r. nie wystąpiły przypadki wykonywania gastrokopii pacjentom SOR.

(akta kontroli str. 185)

2.7 Dalsza hospitalizacja pacjentów przywiezionych przez ZRM

W okresie od 1 stycznia 2023 r. do 30 kwietnia 2024 r. spośród 6746 pacjentów przywiezionych do SOR przez ZRM, 2529 pacjentów kontynuowało hospitalizację w innych oddziałach szpitala.

(akta kontroli str. 176)

²⁹ Z tego w 204 zapisach czas przyjęcia przez lekarza był wcześniejszy niż czas segregacji, a w trzech w wyniku błędnego wpisu czas ten przekraczał dobę. Zapisy te zostały pominięte w dalszych obliczeniach.

³⁰ Z systemu HIS.

³¹ Z tego w 1052 zapisach błędnie odnotowano wcześniejszy czas zlecenia badania niż przyjęcia przez lekarza. Zapisy te zostały pominięte w dalszych obliczeniach.

³² Z tego w 20 zapisach błędnie odnotowano późniejszy czas zlecenia badania niż zatwierdzenia jego opisu, a w 16 błędnie podano czas zatwierdzenia opisu przekraczający dwa dni. Zapisy te zostały pominięte w dalszych obliczeniach.

2.8 Zgodność przyczyny odmowy przyjęcia pacjenta ze stanem faktycznym

W okresie od 1 stycznia 2025 r. do 12 marca 2025 r. odmówiono przyjęcia do SOR 9 pacjentów przewiezionych przez ZRM, w tym jednego z powodu konieczności leczenia pacjenta w ośrodku o wyższym stopniu referencyjności, jednego z powodu braku ortopedy, trojga z powodu awarii tomografu i czterech z powodu braku w szpitalu oddziału adekwatnego do schorzenia pacjenta. Przyczyny odmów podane w kartach medycznych czynności ratunkowych były zgodne ze stanem faktycznym, z wyjątkiem jednego przypadku, w którym w karcie nie podano przyczyny odmowy.

(akta kontroli str. 219, 320-346)

2.9 Kary umowne

W okresie od 1 stycznia 2023 r. do 30 kwietnia 2025 r. NFZ w związku z nienależytym wykonaniem umowy, tj. odmową przyjęcia pacjentów do SOR z powodu braku miejsc, nałożył na NCM siedem kar umownych na łączną kwotę 12 834,99 zł.

(akta kontroli str. 187, 288-317)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Zaplanowano harmonogramy nieprzerwanej pracy lekarzy przez ponad 24 godziny.

Szczegółowe badanie harmonogramów udzielania świadczeń w SOR w I kwartale 2024 i 2025 r. przez losowo wybranych pięcioro lekarzy wykazało, że dla lekarza pełniącej obowiązki ordynatora SOR zaplanowano nieprzerwane udzielanie świadczeń:

- od 1 stycznia 2025 r. od godz. 8 do 2 stycznia 2025 r. do godz. 20, tj. przez 35 godzin, a następnie po 12 godzinach przerwy od 3 stycznia 2025 r. od godz. 8 do 5 stycznia 2025 r. do godz. 8, tj. przez 48 godzin, a łącznie przez 83 godziny z jedną 12-godzinną przerwą;

- od 24 stycznia 2025 r. od godz. 8 do 26 stycznia 2025 r. do godz. 8, tj. przez 48 godzin;

- od 30 stycznia 2025 r. od godz. 8 do 2 lutego 2025 r. do godz. 8, tj. przez 70 godzin;

- od 3 lutego 2025 r. od godz. 20 do 6 lutego 2025 r. do godz. 8, tj. przez 54 godziny;

- od 7 lutego 2025 r. od godz. 8 do 9 lutego 2025 r. do godz. 8, tj. przez 48 godzin;

- od 24 lutego 2025 r. od godz. 20 do 28 lutego 2025 r. do godz. 12, tj. przez 88 godzin;

- od 11 marca 2025 r. od godz. 8 do 13 marca 2025 r. do godz. 8, tj. przez 46 godzin;

- od 18 marca 2025 r. od godz. 8 do 20 marca 2025 r. do godz. 8, tj. przez 48 godzin;

- od 25 marca 2025 r. od godz. 8 do 28 marca 2025 r. do godz. 13.30, tj. przez 77,5 godziny.

Przy czym w prowadzonym w NCM systemie rejestracji czasu pracy nie ma zapisów potwierdzających faktyczne rozpoczęcie i zakończenie pracy w zaplanowanych okresach, natomiast przedłożony przez tę lekarkę wykaz przepracowanych godzin, będący podstawą wypłaty wynagrodzenia, wbrew obowiązкови wynikającemu z § 10 ust. 2 umowy z NCM, nie został potwierdzony przez ordynatora SOR lub zastępcę Dyrektora NCM ds. Lecznictwa.

W harmonogramie udzielania świadczeń innego lekarza SOR zaplanowano nieprzerwanie świadczeń przez 48 godzin w dniach: 7-9, 14-16, 21-23, 28-30 stycznia, 21-23 lutego, 28 lutego-2 marca 2025 r. i 4-6 marca 2025 r. W prowadzonym w NCM systemie rejestracji czasu pracy także nie ma zapisów potwierdzających faktyczne rozpoczęcie i zakończenie pracy w zaplanowanych okresach.

Dyrektor wyjaśnił, że ww. lekarze byli zatrudnieni na podstawie umów cywilnoprawnych (kontraktów), w związku z czym nie obowiązywały ich ograniczenia określone w art. 93-97 ustawy o działalności leczniczej, dotyczące osób zatrudnionych na podstawie umowy o pracę.

(akta kontroli str. 188-206, 229-239, 264-265)

W ocenie NIK działaniem nierzetelnym było zaplanowanie harmonogramu zakładającego świadczenie pracy w sposób ciągły w wymiarze przekraczającym 24 godziny. Sytuacja, w której lekarze SOR bez odpoczynku przyjmują pacjentów nieprzerwanie przez okres od 24 do 88 godzin stanowi zagrożenia dla jakości udzielanych świadczeń, a przez to dla zdrowia i życia pacjentów, jak również i samych lekarzy.

2. Nie zapewniono rzetelności i kompletności danych wprowadzanych do systemu TOPSOR.

Zgodnie z § 2 pkt 2-3 i 7 rozporządzenia TOPSOR minimalne wymagania funkcjonalne dla TOPSOR użytkowanego w SOR obejmują co najmniej całościowy i częściowe pomiary czasu pobytu pacjenta w SOR, w podziale na etap rejestracji i poszczególne etapy udzielania świadczeń zdrowotnych, pomiar średniego czasu oczekiwania pacjenta w SOR na pierwszy kontakt z lekarzem oraz przechowywanie wszystkich danych przetwarzanych w TOPSOR, w tym danych osobowych i statystycznych, zgodnie z art. 33a ust. 9 ustawy PRM. Zgodnie z § 3 pkt 4 rozporządzenia TOPSOR, system powinien umożliwiać m.in. generowanie raportów i analiz. Zgodnie z § 6 ust. 9 rozporządzenia SOR pacjentom SOR przydziela się kategorię pilności udzielania świadczeń w kolorze czerwonym, pomarańczowym, żółtym, zielonym i niebieskim.

Na 17 084 zapisów w 7474 przypadkach nie odnotowano czasu przeprowadzenia segregacji medycznej, w 13 825 przypadkach – czasu pierwszego kontaktu z lekarzem, a w 5109 przypadkach – żadnego z tych parametrów. W 603 przypadkach kategorię pilności oznaczono znakiem „ - ”, a w 49 kolorem czarnym. Zidentyfikowanie kategorii przyznanej 603 pacjentom nie było możliwe na podstawie danych z TOPSOR. W 15 zapisach czas segregacji był wcześniejszy niż czas rejestracji. W 204 przypadkach zarejestrowany czas przyjęcia przez lekarza był wcześniejszy niż czas segregacji, a w trzech w wyniku błędnego wpisu czas ten przekraczał dobę. W 1052 przypadkach błędnie odnotowano wcześniejszy czas zlecenia badania niż przyjęcia przez lekarza. W 20 przypadkach błędnie odnotowano późniejszy czas zlecenia badania niż zatwierdzenia jego opisu, a w 16 błędnie podano czas zatwierdzenia opisu przekraczający dwa dni. W okresie od 20 lutego do 19 marca 2025 r. odnotowano informacje jedynie o dwóch spośród 24 zleconych i wykonanych badań TK.

Braki te i błędy nie pozwalały na kompleksową analizę danych dotyczących poszczególnych etapów udzielania świadczeń pacjentom. Dyrektor wyjaśnił, że przyczyną błędnych lub niepełnych zapisów była niewłaściwa konfiguracja komunikacji pomiędzy systemami TOPSOR i HIS, zaś odwrotne czasy poszczególnych czynności mogły wynikać z uzupełniania *post factum*

dokumentacji w stosunku do pacjentów w stanie zagrożenia życia (priorytet czynności ratunkowych względem wypełniania dokumentacji).

(akta kontroli str. 148-150, 172-176, 269-286)

3. Wystąpiły przypadki (87 razy na 17 084) przeprowadzenia segregacji medycznej przez pielęgniarkę i pielęgniarza, którzy nie spełniali wymogów kwalifikacyjnych pielęgniarki (pielęgniarza) systemu PRM, co było niezgodne z § 6 ust. 7 rozporządzenia SOR.

Dyrektor wyjaśnił, że osoby wprowadzały dane do TOPSOR, m.in. w zakresie kategorii pilności przyjęcia pacjenta, w ramach szkolenia przygotowawczego i pod nadzorem pielęgniarki systemu PRM lub ratownika medycznego. Po zakończeniu szkolenia osoby te nie dokonują segregacji.

(akta kontroli str. 186, 229-239)

4. NCM przekazywał WKRM nierzetelne dane o liczbie wolnych łóżek w SOR. Porównanie danych za okres od 2 do 8 czerwca 2025 r. według stanu na godz. 8 wykazało, że liczba wolnych łóżek, wynikająca z elektronicznej księgi chorych SOR (zawierającą dane o czasie przyjęcia i wypisaniu pacjenta) w porównaniu z liczbą podaną WKRM była wyższa o 4 do 7 łóżek (średnio o 5,6). Po uwzględnieniu oświadczenia Naczelnej Pielęgniarki, że przyczyną tych rozbieżności mogło być raportowanie liczby wolnych łóżek ok. godz. 9, a także oczekiwanie niektórych pacjentów, formalnie wyrejestrowanych, na transport medyczny, różnica ta wynosiłaby od 0 do 6 łóżek (średnio 3,9).

Naczelna Pielęgniarka oświadczyła, że raportowanie odbywa się na podstawie zaobserwowanej w danym momencie liczby wolnych łóżek, a nie na podstawie danych z księgi chorych.

Prowadzona w NCM elektroniczna księga chorych pozwala na wygenerowanie danych o liczbie pacjentów SOR według stanu w określonym momencie.

(akta kontroli str. 220-227)

W ocenie NIK znacząco zawyżone dane o liczbie zajętych łóżek w SOR świadczą o nierzetelnym raportowaniu. NIK zauważył, że nie zdarzył się przypadek zaraportowania wyższej niż faktyczna liczby wolnych łóżek, co powinno było nastąpić, gdyby różnice wynikały jedynie z późniejszej godziny raportowania lub faktycznego zajmowania miejsca przez pacjentów wyrejestrowanych. Statystycznie raporty dzienne uwzględniałyby *in minus* sytuację odwrotną: liczbę pacjentów formalnie zarejestrowanych, którzy jednakże nie zajęli miejsca w SOR. NIK zauważył, że wiarygodne dane o liczbie wolnych łóżek mogłyby być generowane na podstawie danych z księgi chorych według stanu na godzinę raportowania.

Ocena cząstkowa

W ocenie NIK negatywny wpływ na udzielanie świadczeń zdrowotnych osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego mogło mieć: udzielanie przez lekarzy świadczeń nieprzerwanie przez ponad 24 godziny, prowadzenie dokumentacji TOPSOR w sposób nierzetelny, co uniemożliwiało dokonanie wiarygodnej analizy danych z tego systemu, prowadzenie segregacji medycznej przez osoby nieuprawnione i przekazywanie WKRM zawyżonych danych o liczbie wolnych łóżek w SOR.

IV.Wnioski

Wnioski

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

1. Określenie w regulaminie organizacyjnym parametrów, o których mowa w § 13 ust. 1 rozporządzenia SOR oraz ich upublicznienie w sposób określony w § 13 ust. 2 tego rozporządzenia.
2. Powierzenia funkcji ordynatora SOR osobie spełniającej wymagania określone w § 12 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia SOR.
3. Zapewnienie rejestracji czasu pracy zgodnie z pkt. I.2.4 i III.1 *Regulaminu użytkowania systemu elektronicznej rejestracji czasu pracy* przez wszystkie osoby świadczące pracę w SOR oraz pokwitowania odbioru kart rejestracji czasu pracy zgodnie z pkt II.5 tego regulaminu.
4. Podjęcie działań w celu zapewnienia nieprzerwanego dostępu do świadczeń określonych w § 4 ust. 4 rozporządzenia SOR na wypadek awarii.
5. Podjęcie działań zapewniających przekazywanie wojewodzie rzetelnych danych dotyczących liczby zgonów w SOR i liczby pacjentów SOR przekazanych przez ZRM.
6. Zaniechanie planowania czasu pracy lekarzy w wymiarze ciągłym przekraczającym 24 godziny.
7. Zapewnienie wprowadzania do systemu TOPSOR rzetelnych i kompletnych danych o czasie poszczególnych czynności wobec pacjentów SOR i przydzielonej kategorii pilności.
8. Zapewnienie prowadzenia segregacji medycznej wyłącznie przez osoby uprawnione.
9. Zapewnienie przekazywania WKRM rzetelnych danych o liczbie wolnych łóżek w SOR.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Wystąpienie pokontrolne zostało sporządzone w formie dokumentu elektronicznego.

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, 18 lipca 2025 r.

Kontroler:
Adam Czugajewicz
główny specjalista
kontroli państwowej
/podpisano elektronicznie/

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Warszawie
Dyrektor
z up. Wiesława Bronisz
p.o. Wicedyrektor Delegatury
/podpisano elektronicznie/