



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Zielonej Górze

LZG.410.014.01.2019

Władysław Dajczak
Wojewoda Lubuski

Lubuski Urząd Wojewódzki
w Gorzowie Wlkp.
ul. Kazimierza Jagiellończyka 8
66-400 Gorzów Wlkp.

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/19/105 Funkcjonowanie systemu ratownictwa medycznego

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Lubuski Urząd Wojewódzki (dalej: <i>LUW</i> lub <i>Urząd</i>), ul. Jagiellończyka 8, 66-400 Gorzów Wlkp.
Kierownik jednostki kontrolowanej	Władysław Dajczak, Wojewoda Lubuski od 15 stycznia 2020 r. W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełnili: Władysław Dajczak, Wojewoda Lubuski, od 9 grudnia 2015 r. do 11 listopada 2019 r. Wojciech Perczak, Wicewojewoda Lubuski od 12 listopada 2019 r. do 14 stycznia 2020 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	Organizacja systemu ratownictwa medycznego w województwie i nadzór nad jego funkcjonowaniem
Okres objęty kontrolą	Od 1 stycznia 2018 r. do 15 stycznia 2020 r., z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ¹
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Zielonej Górze
Kontroler	Anna Huziej, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LZG/124/2019 z 17 października 2019 r. (akta kontroli str.1-3)

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

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Wojewoda przygotował Plan działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne dla województwa lubuskiego oraz jego aktualizację w wymaganym zakresie. Dokumenty te uzgodnił z właściwymi podmiotami oraz przekazał do zaopiniowania określonym jednostkom samorządu terytorialnego. Kalkulacji rocznych kosztów działalności zespołów ratownictwa medycznego w Planie działania za rok poprzedni dokonano zgodnie z wymogami. Uwzględnienie przez wojewodę wszystkich uwag Ministra Zdrowia pozwoliło na akceptację Planu.

Wynikające z zawartych z LOW NFZ umów kwoty dotacji na finansowanie zadań w zakresie ratownictwa medycznego wojewoda przekazywał w ustalonej wysokości oraz terminie. Ewidencja, o której mowa w art. 23a ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym³ (dalej: *ustawa o PRM*), prowadzona była prawidłowo - w systemie teleinformatycznym i zawierała wymagane dane, za wyjątkiem trzech elementów, których niewprowadzenie nie wynikało z przyczyn leżących po stronie urzędu.

W LUW zatrudniono Lekarzy Koordynatorów Ratownictwa Medycznego (dalej: *LKRM*), a następnie Wojewódzkich Koordynatorów Ratownictwa Medycznego (dalej: *WKRM*), posiadających wymagane kwalifikacje. Liczba zatrudnionych koordynatorów nie zapewniała jednak całodobowej realizacji zadań, a występujące przerwy w dyżurach trwały od kilku godzin do – nawet – kilku dni. Mimo to przez siedem miesięcy 2019 r. nie prowadzono żadnych działań mających na celu zwiększenie liczby zatrudnionych koordynatorów. Ponadto, tylko jeden z czterech koordynatorów realizował zadania w sposób stacjonarny, na odpowiednio przygotowanym stanowisku pracy. W ocenie NIK sytuacja taka mogła stanowić zagrożenie dla zdrowia i życia ludzkiego, w przypadku wystąpienia konieczności interwencji WKRM, przy braku obsady dyżuru.

Wojewoda sprawował bieżący nadzór nad systemem, w szczególności poprzez samodzielnie przeprowadzane kontrole u dysponentów jednostek oraz podmiotów prowadzących kursy kwalifikowanej pierwszej pomocy, zobowiązanie LOW NFZ do kontroli umów w rodzaju ratownictwo medyczne oraz żądanie od dysponentów informacji, wyjaśnień oraz dokumentów. Działania te skutkowały nałożeniem kar umownych na świadczeniodawców w łącznej kwocie 227,3 tys. zł⁴ oraz zwrotem nienależnie pobranych świadczeń w łącznej kwocie 176,7 tys. zł.

Liczba miejsc stacjonowania Zespołów Ratownictwa Medycznego w województwie zwiększyła się z 29 w 2017 r. do 31 od 1 marca 2018 r., podobnie jak łączna liczba Zespołów - z 51 do 52. Między innymi zabezpieczenie dodatkowego Zespołu w obciążonym interwencjami Nowogrodzie Bobrzańskim skutkowało poprawą parametrów dotarcia na miejsce zdarzenia, tj. o 9 sekund dla miasta powyżej 10 tys. mieszkańców oraz 51 sekund – powyżej 10 tys. mieszkańców. Odnotować jednak należy nadal występujące błędy w raportach statystycznych, pomimo prowadzonych przez urząd kontroli.

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

³ Dz. U. z 2019 r. poz. 993, ze zm.

⁴ W tym 1 tys. zł za niedopełnienie obowiązku wynikającego z aneksu wprowadzającego podwyżki dla ratowników medycznych, tj. przekazania sprawozdania z wykorzystania środków.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny częstkowe kontrolowanej działalności

OBSZAR

Organizacja systemu ratownictwa medycznego w województwie i nadzór nad prawidłowym jego funkcjonowaniem

Opis stanu
faktycznego

1. W dniu 10 grudnia 2018 r.⁵ wojewoda lubuski przedłożył Ministrowi Zdrowia (dalej: MZ) projekt Planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne dla województwa lubuskiego (dalej: *Plan działania*). Pismem z dnia 15 grudnia 2018 r. Minister Zdrowia zgłosił zastrzeżenia do projektu m.in. w zakresie:

- przekwalifikowania z dniem 1 kwietnia 2019 r. jednego Zespołu Ratownictwa Medycznego (dalej: ZRM) Specjalistycznego (dalej: S) stacjonującego w Sulęcinie na ZRM Podstawowy (dalej: P) bez zmiany jego lokalizacji, co skutkować będzie tym, że najbliższe ZRM S będzie znajdować się w odległości ponad 40 km od Sulęcina. Ponadto w projekcie nie przedstawiono uzasadnienia dla proponowanej zmiany,
- dostosowania tabel numer 2 i 5 do wzoru określonego w załączniku do rozporządzenia w sprawie wojewódzkiego planu działania oraz dokonanie korekt w tabelach 18, 19, 20 i 21 zgodnie z naniesionymi na nich uwagami (uwagi dotyczyły np. pozostawienia tabel pustych do momentu zakontraktowania świadczeń).

(akta kontroli str. 4-10)

W dniu 21 grudnia 2018 r. wojewoda lubuski przekazał do zatwierdzenia MZ skorygowany projekt Planu działania z uwzględnieniem przekazanych uwag. Plan działania, obowiązujący od dnia 1 kwietnia 2019 r. został zatwierdzony przez Ministra 12 stycznia 2019 r.

(akta kontroli str. 11-12)

W dniu 21 czerwca 2019 r. MZ zatwierdził aktualizację numer 1 Planu działania. Wprowadzone zmiany dotyczyły m.in.: uzupełnienia tabeli 1 i 2 o podmioty, które od 1 kwietnia 2019 r. realizują świadczenia w rodzaju ratownictwo medyczne⁶, nadania nowych nazw zespołom ratownictwa medycznego⁷, aktualizacji danych statystycznych za 2018 r. oraz jednostek organizacyjnych szpitala wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, dostawienia jednego podstawowego zespołu ratownictwa medycznego stacjonującego w Kostrzynie nad Odrą oraz utworzenia dwóch dodatkowych stanowisk dyspozytorów medycznych w okresie od 29 lipca do 5 sierpnia 2019 r.⁸.

(akta kontroli str. 13-15)

Zakres danych objętych Planem działania był zgodny z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 listopada 2018 r. w sprawie wojewódzkiego planu

⁵ Pismem z dnia 31.10.2018 r. wojewoda lubuski zwrócił się do Ministra Zdrowia z wnioskiem o przedłużenie terminu złożenia projektu planu z 30.11.2018 r. na 14.12.2018 r. Pismem z dnia 14.11.2018 r. Minister Zdrowia wyraził zgodę na przedłużenie terminu do dnia 10.12.2018 r.

⁶ Wylonione podczas postępowania konkursowego przeprowadzonego przez LOW NFZ.

⁷ Zgodnie z zasadami tworzenia identyfikacyjnych oznaczeń w systemie Państwowe Ratownictwo Medyczne i przydzielania nazw technicznych w Systemie Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego.

⁸ W związku z odbywającym się cyklem imprez masowych pod wspólną nazwą Pol'and'Rock Festival.

działania systemu państwowe ratownictwo medyczne⁹ (dalej: *rozporządzenie w sprawie wojewódzkiego planu działania*).

(akta kontroli str. 368)

Założenia i informacje zamieszczone w planie (oraz aktualizacji) zostały uzgodnione z podmiotami, o których mowa w art. 21 ust. 5 pkt 1 i 2 ustawy PRM. Podmioty te zaakceptowały projekt planu bez uwag, natomiast w odniesieniu do aktualizacji - uwagi (do tabeli 8 – jednostki organizacyjne szpitala wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego stan na dzień 13 marca 2019 r., tabeli 9 – liczba przyjęć pacjentów w SOR, tabeli 15 – personel zatrudniony w jednostkach systemu dane za 2018 r.) wniósł dyrektor LOW NFZ. Uwagi te zostały uwzględnione i projekt aktualizacji został zaakceptowany przez dyrektora LOW NFZ.

(akta kontroli str. 16-24)

Projekt planu i aktualizacji został przekazany do zaopiniowania właściwym powiatowym i wojewódzkim jednostkom samorządu terytorialnego, zgodnie z art. 21 ust. 7 ustawy PRM. Jednostki te nie wniosły uwag do projektu planu¹⁰ ani projektu jego aktualizacji¹¹.

(akta kontroli str. 368)

Pismem z 21 maja 2019 r. marszałek województwa poinformował, że nie wnosi uwag do projektu aktualizacji Planu działania. W tym samym piśmie wskazano, że Szpital Uniwersytecki w Zielonej Górze zgłosił wniosek o pilną potrzebę ujednolicenia standardów klasyfikacji pacjentów do poszczególnych sprawozdawanych grup i przeprowadzenia szkolenia dla osób odpowiedzialnych za przygotowanie tych danych statystycznych. Wynikało to z analizy przedmiotowego dokumentu, gdzie dane statystyczne dotyczące przyjęć pacjentów w SOR są bardzo różne i niespójne. Proponowane przeszkolenie oraz ujednolicenie sposobu klasyfikacji pacjentów pozwoli na przedstawienie realnej sytuacji w poszczególnych SOR oraz stworzy możliwość ich właściwego porównania.

(akta kontroli str. 25-27)

Pismem z dnia 22 maja 2019 r. LUW poinformował, że temat ujednolicenia sposobu wykazywania danych statystycznych został zgłoszony na spotkaniu dotyczącym funkcjonowania SOR, w którym udział wzięli m.in. przedstawiciele wydziału zdrowia LUW, LOW NFZ i podmiotów leczniczych posiadających w swoich strukturach SOR. Przedstawiciel LOW NFZ zadeklarował gotowość przeprowadzenia szkolenia dla podmiotów leczniczych w ww. zakresie.

(akta kontroli str. 28)

Szkolenie w zakresie ujednolicenia sposobu wykazywania danych statystycznych nie zostało dotychczas przeprowadzone.

Kierownik Oddziału Zarządzania Systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne wyjaśniła, że *Oddział, którego zadaniem jest m.in. opracowanie projektu Wojewódzkiego Planu Działania Systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne, wprowadzanie zmian i dokonywanie aktualizacji ww. dokumentu zgodnie z procedurami, wchodzi w skład Wydziału Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego. Regulamin wewnętrzny Wydziału Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego został wprowadzony zarządzeniem dyrektora generalnego Urzędu*

⁹ Dz. U. poz. 2154.

¹⁰ Odpowiedzi udzieliło pięć z 14 powiatów, Marszałek województwa nie udzielił odpowiedzi.

¹¹ Odpowiedzi udzieliło sześć z 14 powiatów oraz Marszałek Województwa.

z dnia 27 czerwca 2019 r. Z powodu braków kadrowych i nadmiernego obciążenia zadaniami pracowników Wydziału przeoczono kwestię braku, zadeklarowanego przez NFZ, szkolenia dla podmiotów leczniczych w zakresie ujednolicenia sposobu wykazywania danych. Nadmieniam również, że korespondencja z Marszałkiem Województwa w tym zakresie miała miejsce przed przejęciem zadań w tym zakresie przez Wydział.

(akta kontroli str. 359-360, 390-394)

Pismem z dnia 14 stycznia 2020 r. LUW zwrócił się do LOW NFZ z prośbą o informację na temat terminu planowanego szkolenia w powyższym zakresie.

Zdaniem NIK, brak monitorowania deklaracji LOW NFZ w zakresie przeprowadzenia szkolenia spowodowała brak jego realizacji, czego nie mogą usprawiedliwiać zmiany organizacyjne urzędu.

(akta kontroli str. 367)

Aktualna wersja planu została zamieszczona w Biuletynie Informacji Publicznej LUW¹².

2. Na etapie uzgadnianiu Planu działania (oraz jego aktualizacji) z dyrektorem LOW NFZ nie dokonano zmian w zakresie liczby i rozmieszczenia szpitalnych oddziałów ratunkowych. Jednostki samorządu terytorialnego nie zgłaszały w swoich opiniach uwag do Planu działania (jego aktualizacji) w tym zakresie.

(akta kontroli str. 368)

W planie działania uwzględniono Szpitalny Oddział Ratunkowy 105 Kresowego Szpitala Wojskowego z Przychodnią SP ZOZ w Żarach, w sytuacji gdy Szpital nie spełniał wszystkich warunków sformułowanych w § 4 ust. 1 pkt 1, rozporządzenia MZ z dnia 1 lipca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego¹³, zgodnie z którym SOR organizuje się w szpitalu, w którym w lokalizacji SOR znajduje się co najmniej oddział chirurgii ogólnej z częścią urazową. W strukturze 105 Szpitala wyodrębniono Oddział Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu z Pododdziałem Chirurgii Ogólnej, natomiast Oddział Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Chirurgii Onkologicznej i Urologii oraz Blokiem Operacyjnym Chirurgii znajduje się w filii Szpitala w Żaganiu.

Dyrektor Wydziału Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego wyjaśnił, że w wyniku zmian organizacyjnych oddział chirurgii ogólnej z pododdziałem urologii, funkcjonujący w żarskim szpitalu zakończył działalność 16 września 2015 r. i został wykreślony z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Zgodnie z ww. rejestrem obecnie w 105 Szpitalu funkcjonuje oddział ortopedii i traumatologii narządu ruchu z pododdziałem chirurgii ogólnej.

(akta kontroli str. 29-30)

W 105 Szpitalu realizowana jest inwestycja pn. Rozbudowa budynku numer 5 o Oddział Chirurgii Ogólnej. Wyposażenie budynku oraz przeniesienie tam oddziałów szpitalnych zaplanowano na trzeci kwartał 2020 r.

(akta kontroli str. 31)

W odniesieniu do analiz dotyczących czasu dotarcia do wyznaczonych szpitali oraz liczby zdarzeń na terenie województwa wymagających zadysponowania zespołów ZRM, dyrektor wydziału zdrowia wskazała, że parametry czasu dotarcia na miejsce zdarzenia oraz obciążenie wyjazdowe zespołów ratownictwa medycznego były na

¹² https://bip.lubuskie.uw.gov.pl/ratownictwo_medyczne/wojewodzki_plan_dzialania_systemu_panstwowe_ratownictwo_medyczne.html

¹³ Dz. U. poz. 1213; wcześniej: rozporządzenie MZ z dnia 3 listopada 2011 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. z 2018 r. poz. 979; uchylony z dniem 1 lipca 2019 r.).

bieżąco monitorowane i analizowane. Ponadto odbywały się spotkania robocze i konsultacje, podczas których analizowano sytuację w zakresie ratownictwa medycznego na terenie województwa i wypracowywano odpowiednie kierunki działań w celu poprawy ww. parametrów (np. prace nad aktualizacją Planu działania, dotyczącą m.in. przekwalifikowania pięciu ZRM S na ZRM P i utworzenie nowego ZRM P w Nowogrodzie Bobrzańskim w celu poprawy czasów dotarcia w rejonie zielonogórskim).

(akta kontroli str. 32-38)

Dane dotyczące parametrów czasu dotarcia ZRM na miejsce zdarzenia zawarto w pkt 7 wystąpienia pokontrolnego.

3. W okresie od 1 stycznia 2017 r. do 31 marca 2019 r. na terenie województwa było 14 rejonów operacyjnych, natomiast od 1 kwietnia 2019 r. funkcjonuje jeden rejon operacyjny. W 2017 r. ZRM stacjonowały w 29 miejscach, od 1 stycznia do 28 lutego 2018 r. w 30 miejscach, a od 1 marca 2018 r. liczba miejsc stacjonowania ZRM wynosi 31.

(akta kontroli str. 39)

W latach 2017-2019 (III kwartały):

- a) liczba szpitalnych oddziałów ratunkowych wynosiła 8 i nie zmieniła się,
- b) łączna liczba zespołów ratownictwa medycznego wynosiła – 51 (w 2017 r.), a od 1 stycznia 2018 r. – 52;
- c) do 9 grudnia 2017 r. były 23 zespoły „S”, a od 10 grudnia 2017 r. było 18 zespołów „S”;
- d) do 9 grudnia 2017 r. było 28 zespołów „P”; od 10 grudnia do 31 grudnia 2017 r. były 33 zespoły „P”, a od 1 stycznia 2018 r. były 34 zespoły „P” (w trakcie trwania festiwalu POL’AND’ROCK – zwiększano liczbę zespołów „P” o 1).

(akta kontroli str. 39-40)

Dyrektor Wydziału Zdrowia wyjaśniła, że w wyniku licznych spotkań, analiz liczby wyjazdów i czasu dotarcia zespołów ratownictwa medycznego na terenie woj. lubuskiego oraz po konsultacjach z konsultantami wojewódzkimi w dziedzinie medycyny ratunkowej i pielęgniarstwa ratunkowego, lekarzami koordynatorami ratownictwa medycznego, wojewoda podjął decyzję o przekwalifikowaniu od 10 grudnia 2017 r. pięciu specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego na podstawowe¹⁴.

Jednocześnie dyrektor wskazała, że województwo lubuskie posiadało najwyższy wskaźnik ZRM S do ZRM P, który wynosił 45%, a przekwalifikowanie dotyczyło wyłącznie dysponentów, którzy posiadali więcej niż jeden zespół ZRM S. *Pomimo licznych starań ze strony dysponentów, zmierzających do pozyskania lekarzy do pracy w zespołach ratownictwa medycznego, nie było możliwe prawidłowe zabezpieczenie obsady zespołów typu S.* Przekwalifikowanie pięciu ZRM S na ZRM P pozwoliło na sfinansowanie z zaoszczędzonych środków dodatkowego ZRM w miejscowości Nowogród Bobrzański, o co wnioskowali m.in. parlamentarzyści, władze samorządowe oraz dysponent ratownictwa medycznego rejonu zielonogórskiego, a zapis dotyczący konieczności utworzenia miejsca stacjonowania ZRM w tej miejscowości funkcjonował w planie działania od wielu lat. Rejon zielonogórski, w którym znajdował się Nowogród Bobrzański był najbardziej obciążonym rejonem pod względem liczby wyjazdów ZRM, a wskaźnik ludności przypadającej na jeden ZRM był najwyższy w woj. lubuskim i wynosił prawie 35 tys.

¹⁴ Zielona Góra – 2, Nowa Sól, Krosno Odrz. I Lubsko – po 1.

osób. Zabezpieczenie tego rejonu wynikało z konieczności skrócenia mediany czasu dotarcia do pacjenta oraz dostosowania parametru do ustawowych wymagań. Ponadto przez miejscowość przebiega droga krajowa, na której często dochodzi do zdarzeń drogowych.

(akta kontroli str. 42-45)

Analiza danych dotyczących zatrudnienia personelu medycznego w latach 2017-2019 (III kwartały) wykazała m.in., że:

a) SOR:

- liczba lekarzy według stanu na dzień 30 września 2019 r. wynosiła 115 (w tym 88 lekarzy systemu) i była niższa w porównaniu do stanu na dzień 31 grudnia 2017 r. o 23 lekarzy (tj. 17%) . Natomiast liczba lekarzy systemu w tym okresie zmalała ze 110 do 88, tj. o 20,9%;
- liczba pielęgniarek utrzymywała się na zbliżonym poziomie i wynosiła w poszczególnych latach, odpowiednio, 116, 114 i 115 (liczba pielęgniarek systemu według stanu na dzień 30 września 2019 r. wynosiła 83 i była niższa od liczby pielęgniarek według stanu na dzień 31 grudnia 2017 r. o 9, tj. o 9,8%);
- liczba ratowników medycznych wzrosła z 92 według stanu na dzień 31 grudnia 2017 r. do 111 według stanu na dzień 30 września 2019 r., tj. o 20,6%;

b) ZRM:

- liczba lekarzy według stanu na dzień 30 września 2019 r. wynosiła 122 i była niższa od stanu na dzień 31 grudnia 2017 r. o 31, tj. o 20,3%. Liczba lekarzy systemu w tym okresie zmalała o 30 (tj. 19,7%);
- liczba pielęgniarek (pielęgniarek systemu) według stanu na dzień 30 września 2019 r. wynosiła 34 i była niższa od stanu na dzień 31 grudnia 2017 r. o 16, tj. o 32%);
- liczba ratowników medycznych wzrosła o 56 (z 398 według stanu na dzień 31 grudnia 2017 r. do 454 według stanu na dzień 30 września 2019 r., tj. o 14,1%);

c) LPR:

- liczba lekarzy (lekarzy systemu) według stanu na dzień 30 września 2019 r. wynosiła 11 i wzrosła w porównaniu do stanu na dzień 31 grudnia 2017 r. o 2 (tj. o 18,2%);
- w latach 2017-2018 nie zatrudniano żadnej pielęgniarki, natomiast według stanu na dzień 30 września 2019 r. zatrudniano jedną pielęgniarkę;
- liczba ratowników medycznych wzrosła z czterech (według stanu na dzień 31 grudnia 2017 r.) do pięciu (według stanu na dzień 30 września 2019 r.), tj. o 25%.

(akta kontroli str. 46)

Wśród przyczyn zmniejszenia liczby lekarzy i pielęgniarek kierownicy podmiotów leczniczych, w których funkcjonuje SOR, ZRM wskazywali m.in.:

- a) nieodpowiedni poziom finansowania ratownictwa medycznego – różnica w poziomie finansowania ZRM S i ZRM P pozwala na opłacenie godziny pracy lekarza w kwocie 44 zł. Świadczeniodawcy, aby zapewnić obecność lekarzy systemu (przede wszystkim specjalistów medycyny ratunkowej), zmuszeni są do zapewnienia finansowania świadczeń lekarskich na poziomie 100-120 zł za godzinę pracy. W ciągu ostatnich 10 lat wzrost nakładów na ratownictwo medyczne nie przekroczył 15%, podczas gdy nakłady na podstawową opiekę zdrowotną wzrosły o 63%, a na leczenie szpitalne o 67%.

W związku z powyższym trudno się spodziewać, że świadczeniodawcy będą w stanie zapewnić obsadę lekarską w ZRM S, gdy w tym samym czasie występują problemy z obsadą lekarską w ramach realizacji umów leczenia szpitalne oraz nocnej i świątecznej opieki lekarskiej, na finansowanie których nakłady są wyższe niż na ratownictwo medyczne,

- b) niedobór lekarzy systemu na rynku medycznym,
- c) brak osób zainteresowanych pracą w SOR oraz ZRM, która jest trudna i obciążająca. Praca w ZRM jest obarczona dużym ryzykiem popełnienia błędu, poddana ogromnej presji społecznej i narastającej roszczeniowości pacjentów i ich rodzin. Ponadto wymaga dużej wiedzy i doświadczenia lekarzy, pielęgniarek i ratowników medycznych,
- d) zmiany w zakresie wymagań kwalifikacyjnych stawianych lekarzom systemu, które spowodowały wyeliminowanie wielu lekarzy z wieloletnim doświadczeniem w zakresie dyżurowania w ZRM,
- e) brak zainteresowania specjalizacją w zakresie medycyny ratunkowej,
- f) przekształcenie ZRM S na ZRM P.

(akta kontroli str.47-86, 113-128)

W latach 2018-2019 wpłynął jeden wniosek o odbycie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie medycyny ratunkowej, w trybie rezydentury. Do szkolenia nie została zakwalifikowana żadna osoba¹⁵.

(akta kontroli str. 129)

W latach 2017-2019 (III kwartały) szpitalne oddziały ratunkowe przyjęły odpowiednio: 108.226 pacjentów (w tym 63.312, tj. 58,5% pacjentów w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego), 104.747 (70.641, tj. 67,4% pacjentów w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego) i 73.381 pacjentów (47.019 tj. 64% pacjentów w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego).

Liczba pacjentów przekazanych przez ZRM, według stanu na dzień 31 grudnia 2018 r., wynosiła 28.144 i była niższa niż w roku poprzednim o 3.891 pacjentów. Według stanu na dzień 30 września 2019 r. ZRM przekazały 24.371 pacjentów.

(akta kontroli str. 40)

4. Ewidencja szpitalnych oddziałów ratunkowych, centrów urazowych i jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego była prowadzona w systemie teleinformatycznym i zawierała dane określone w art. 23a ustawy PRM, za wyjątkiem numeru REGON oraz identyfikatora terytorialnego miejscowości, wymaganych przepisem art. 23a ust. 2 pkt 4 i 10 ustawy PRM, a w przypadku wpisu centrum urazowego brakowało również specjalności zgodnie z VIII częścią kodu resortowego wymaganej przepisem art. 23a ust. 2 pkt 12 ustawy PRM.

(akta kontroli str. 356)

Kierownik Oddziału Zarządzania Systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne w Wydziale Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego wyjaśniła, że *brak numeru REGON oraz identyfikatora terytorialnego miejscowości wynikał z faktu, że na etapie wprowadzania danych do ewidencji nie było rubryk umożliwiających wprowadzenie ww. danych. Z informacji uzyskanych w Centrum Systemów Informatycznych*

¹⁵ Liczba miejsc na szkoleniach specjalizacyjnych w dziedzinie medycyny ratunkowej przedstawiała się następująco: marzec 2018 r. ogółem 7 (w tym 1 w trybie rezydentury), październik 2018 r. ogółem 4 (w tym 2 w trybie rezydentury), marzec 2019 r. ogółem 3 (w tym 1 w trybie rezydentury), październik 2019 r. ogółem 4 (w tym 2 w trybie rezydentury).

Ochrony Zdrowia wynikało, że rubryki te zostały dodane do ewidencji w połowie 2019 r. i znajdują się w obszarze danych, które pobierane są automatycznie z rejestru podmiotów leczniczych, po wprowadzeniu nazwy podmiotu lub jednostki. LUW nie ma możliwości dokonania korekty w powyższym zakresie. Nie umiem wyjaśnić przyczyn braku specjalności według VIII części kodu resortowego w przypadku centrum urazowego, ponieważ powinna ona zostać również pobrana automatycznie z rejestru podmiotów leczniczych. Powyższe kwestie zostaną zgłoszone dyrektorowi Departamentu Ratownictwa Medycznego i Obronności Ministerstwa Zdrowia.

(akta kontroli str. 130-131)

Pismem z dnia 8 stycznia 2020 r. LUW poinformował dyrektora Departamentu Ratownictwa Medycznego i Obronności Ministerstwa Zdrowia o problemach występujących z uzupełnieniem w ww. ewidencji danych wymaganych przepisami art. 23a ust. 2 ustawy PRM.

(akta kontroli str. 371-373)

Centra urazowe, jednostki organizacyjne szpitali wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego oraz szpitalne oddziały ratunkowe ujęte w Planie działania były wpisane do ewidencji prowadzonej na podstawie art. 23a ustawy PRM.

(akta kontroli str. 356)

W latach 2018-2019 do LUW nie wpływały z LOW NFZ zawiadomienia o zawarciu umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez jednostki.

Pracownik zatrudniony na stanowisku doskonalenia zawodowego w ratownictwie medycznym¹⁶ wskazał, że dane do ewidencji zostały wprowadzone na podstawie danych dostępnych w LUW (Plan działania, dane wynikające z rejestru podmiotów leczniczych).

(akta kontroli str. 357, 395-400)

5. W latach 2018-2019 w LUW zatrudnionych było czterech LKRM, spełniających wymogi określone w art. 29 ust. 6 ustawy PRM. Z ww. lekarzami wojewoda nawiązał stosunek pracy na podstawie powołania w latach 2007-2015. Do dnia 30 listopada 2018 r. trzy osoby świadczyły pracę w wymiarze pół etatu, a jedna osoba w wymiarze pełnego etatu. Od 1 grudnia 2018 r. wymiar czasu pracy wszystkich ww. osób wynosi pół etatu.

Zgodnie z zakresami czynności opracowanymi w lipcu 2019 r. ww. osobom zmieniono stanowisko z LKRM na WKRM.

(akta kontroli str. 132-160)

Liczba zatrudnionych wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego nie zapewniała całodobowej realizacji zadań, co było niezgodne z art. 29 ust. 1 PRM. Przerwy w dyżurach WKRM trwały od kilku godzin do kilku dni (np. 2 marca 2018 r. od 15.30 do 19.30, 16 marca 2018 r. od 7.30 do 19 marca 2018 r. 7.00; 1 grudnia 2018 r. od 7.00 do 5 grudnia 2018 r. 7.00; 20 grudnia 2018 r. od 8.00 do 3 stycznia 2019 r. do 7.00, 25 czerwca 2019 r. od 7.30 do 15.00, 26 września 2019 r. od 7.03 do 17.00).

(akta kontroli str. 161-170)

¹⁶ Wcześniej pracownik zatrudniony na stanowisku inspektora ds. planowania systemu ratownictwa medycznego.

Dyrektor Wydziału Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego¹⁷ wyjaśnił, że przyczyną powyższego jest problem, istniejący od momentu wejścia w życie ustawy PRM, z zatrudnieniem odpowiedniej liczby lekarzy do stworzenia pełnej, całodobowej obsady dyżuru stacjonarnego na stanowisku WKRM. Dyrektor wskazał również, że przyczyną braku zainteresowania pracą na stanowisku WKRM są czynniki finansowe i organizacyjne (kodeks pracy pozwala na dyżury w wymiarze do 12 godzin).

(akta kontroli str. 87-96)

W toku kontroli ustalono, że w latach 2018-2019 ogłoszono:

- w 2018 r. - dwa nabory na stanowisko lekarza koordynatora ratownictwa medycznego. Ogłoszenia zamieszczono w Biuletynie Informacji Publicznej oraz na tablicy ogłoszeń w okresie od stycznia do czerwca i od lipca do grudnia.

W okresie od lipca do grudnia 2018 r. trwał nabór na stanowisko lekarza koordynatora (w wymaganiach niezbędnych wskazano, że na ww. stanowisku może być zatrudniony tylko lekarz), podczas gdy zgodnie z przepisem art. 29 ust. 1 i ust. 6 ustawy PRM w brzmieniu obowiązującym od 26 czerwca 2018 r.¹⁸ w urzędzie wojewódzkim działają wojewódzcy koordynatorzy ratownictwa medycznego, a na stanowisku tym może być zatrudniony lekarz systemu, ratownik medyczny lub pielęgniarka systemu, którzy ukończyli studia drugiego stopnia i posiadają co najmniej 4-letnie doświadczenie w pracy na stanowisku dyspozytora medycznego.

(akta kontroli str. 171-173)

Dyrektor Wydziału Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego wyjaśnił, że przyczyną powyższego był fakt, że rozporządzenie MZ w sprawie szczegółowego zakresu zadań wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego weszło w życie 29 sierpnia 2018 r., nowelizacja istotnego z punktu widzenia procedur kadrowych – rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 2 lutego 2010 r. w sprawie zasad wynagradzania pracowników niebędących członkami korpusu służby cywilnej zatrudnionych w urzędach administracji rządowej i pracowników innych jednostek, w którym zmieniono zapis z lekarza koordynatora ratownictwa na wojewódzkiego koordynatora, weszła w życie 28 listopada 2018 r. *Zatem możliwość zatrudniania ratowników i pielęgniarek na ww. stanowisku istnieje dopiero od roku.*

(akta kontroli str. 87-96)

- w 2019 r. - dwa nabory na stanowisko WKRM w dniu 8 lipca 2019 r. w Biuletynie Informacji Publicznej i na tablicy informacyjnej LUW; zamieszczono ogłoszenie z terminem składania dokumentów do 12 sierpnia 2019 r. W odpowiedzi na ogłoszenie wpłynęła jedna oferta spełniająca wymogi formalne. W dniu 12 sierpnia 2019 r. odbyła się rozmowa kwalifikacyjna zakończona odmową podjęcia zatrudnienia przez kandydata.

W dniu 13 sierpnia 2019 r. opublikowano ponownie ogłoszenie o naborze na ww. stanowisko, z terminem składania dokumentów do 31 grudnia 2019 r. W odpowiedzi na ogłoszenie nie wpłynęła żadna oferta.

W okresie od 1 stycznia do 7 lipca 2019 r. nie prowadzono naboru na stanowisko WKRM mimo tego, że liczba osób zatrudnionych na tym stanowisku nie zapewniała całodobowej realizacji zadań.

(akta kontroli str. 174, 355)

¹⁷ W skład, którego wchodziło stanowisko WKRM.

¹⁸ Zmiana wprowadzona ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1115, ze zm.).

Dyrektor Wydziału Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego wyjaśnił, że wynikało to z trwających w Urzędzie od stycznia 2019 r. zmian organizacyjnych, których celem było skoncentrowanie zadań z zakresu ratownictwa medycznego w jednej komórce organizacyjnej, tj. wydziale bezpieczeństwa i zarządzania kryzysowego. Konsekwencją powyższego była konieczność zmiany statutu Urzędu, regulaminu organizacyjnego, regulaminów poszczególnych wydziałów oraz dokumentacji kadrowej (opisy stanowisk, ich wartościowanie oraz zakresy czynności). Dopiero po zakończeniu tych procedur możliwe było ogłoszenie naboru na stanowisku WKRM.

(akta kontroli str. 87-96)

6. W LUW zorganizowano stanowisko WKRM, którego wyposażenie spełniało wymogi określone w § 10 ust. 1 rozporządzenia MZ z dnia 3 lipca 2019 r. w sprawie Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego¹⁹ (dalej: *rozporządzenie w sprawie SWD PRM*).

(akta kontroli str. 175)

W ramach SWD PRM nie zostało zapewnione rejestrowanie nagrań rozmów prowadzonych na stanowisku WKRM, z wykorzystaniem łączności telefonicznej, mimo wymogu określonego w art. 24f ust. 1 ustawy PRM.

Zastępca dyrektora Wydziału Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego wskazał, że do rejestracji rozmów wymagane jest posiadanie konsoli telefonicznej oraz skonfigurowanie centrali telefonicznej z Centrum Powiadamiania Ratowniczego. Pomimo braku konsoli telefonicznej, rejestracja rozmów na stanowisku WKRM realizowana jest (nie w ramach SWD PRM) przez centralę telefoniczną LUW.

(akta kontroli str. 176-177)

Stosownie do przepisu § 12 rozporządzenie w sprawie SWD PRM stanowisko WKRM winno być wyposażone w dotykową konsolę dyspozytorską z systemem zintegrowanej łączności od dnia 1 stycznia 2021 r.

Pismem z dnia 30 października 2019 r. Krajowe Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego poinformowało, że w wszystkie stanowiska WKRM zostaną włączone do budowanego Podsystemu Zintegrowanej Łączności Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego (PZŁ SWD PRM). W celu umożliwienia korzystania z PZŁ SWD PRM przez WKRM zakupiono po jednej konsoli dyspozytorskiej wraz z oprogramowaniem ww. systemu dla każdego Urzędu Wojewódzkiego. Dostawa konsol dyspozytorskich będzie realizowana na przełomie roku.

(akta kontroli str. 178-180)

Z wyjaśnień uzyskanych od WKRM wynikało, że:

- ✓ jeden WKRM pełnił dyżury wyłącznie w trybie stacjonarnym, na stanowisku znajdującym się w budynku LUW, wyposażonym zgodnie z przepisami. Podczas dyżuru WKRM nie wykonywał innych czynności ani obowiązków zawodowych,
- ✓ jeden WKRM pełnił dyżury zarówno stacjonarnie jak i pod „telefonem” – w warunkach domowych. Incydentalnie wystąpiła konieczność połączenia dyżuru WKRM z pełnieniem funkcji lekarza SOR (z uwagi na brak kadry lekarskiej i obowiązek zabezpieczenia ciągłości obsady dyżurowej w Oddziale). WKRM każdorazowo był w kontakcie z dyspozytorem głównym posiadającym pełny dostęp do SWD PRM,

¹⁹ Dz. U. poz. 1310.

- ✓ jeden WKRM pełnił dyżury wyłącznie „pod telefonem”, zarówno w warunkach domowych, jak i łącząc je z pracą dyżurnego lekarza anestezjologa w szpitalu. W latach 2018-2019 na 171 dyżurów WKRM 49 było połączonych z pracą lekarza anestezjologa. WKRM wskazał, że wszystkie „dyżury łączone” miały miejsce w godzinach od 19 do 7, a więc po wykonaniu planowych znieczuleń do zabiegów operacyjnych i innych zadań lekarza anestezjologa. Ponadto w czasie „dyżurów łączonych” nie wystąpiła sytuacja kolidowania ze sobą i wzajemnego przeszkadzania w rzetelnym wykonywaniu zadań przypisanych do obu stanowisk. Pełniąc dyżur telefoniczny WKRM nie miał dostępu do minimalnego wyposażenia stanowiska pracy określonego w rozporządzeniu w sprawie SWD PRM),
- ✓ jeden WKRM pełnił dyżury wyłącznie „pod telefonem”, w warunkach domowych nie łącząc go z wykonywaniem innych obowiązków zawodowych. WKRM wskazał, że w trakcie dyżurów miał „dostęp do co najmniej dwóch nośników elektronicznych, w ramach których mogę korzystać niezbędnych dla prawidłowego wykonywania obowiązków koordynatora, aplikacji informatycznych i dostępu do niezbędnych informacji”. Jednocześnie WKRM stwierdził, że „w związku z organizacją Państwowego Ratownictwa Medycznego na terenie województwa lubuskiego, w tym przede wszystkim ratownictwa przedszpitalnego w formie jednego rejonu operacyjnego i jednej dyspozytorni medycznej, nie występuje potrzeba dostępu do SWD PRM, gdyż wszelkie niezbędne informacje oraz bieżący nadzór nad jednostkami Systemu tj. zespołami ratownictwa medycznego stale prowadzą dyspozytorzy medyczni, w tym przede wszystkim główny dyspozytor medyczny”.

(akta kontroli str.181-192)

Z powyższego wynika, że tylko jeden spośród czterech WKRM pełnił dyżury stacjonarnie na stanowisku znajdującym się w LUW, wyposażonym zgodnie z obowiązującymi przepisami. W pozostałych przypadkach dyżury były pełnione „pod telefonem”, a tym samym WKRM podczas pełnienia dyżurów nie dysponowali urządzeniami wymaganymi przepisami rozporządzenia w sprawie SWD PRM. Ponadto jeden WKRM wskazał, że łączył dyżury z innymi obowiązkami zawodowymi – pracą lekarza anestezjologa (sytuacja taka miała miejsce w 49 ze 171 dyżurów, tj. 28,7%).

Kierownik Oddziału Zarządzania Systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne wskazała, że: *z uwagi na brak osób zainteresowanych pracą na stanowisku WKRM wyrażono zgodę na pełnienie dyżurów „pod telefonem”. Nie miałam wiedzy o łączeniu dyżurów WKRM z wykonywaniem innych obowiązków zawodowych.*

(akta kontroli str. 130-131)

W zakresie zadań wykonywanych na stanowisku WKRM ustalono m.in., że:

- nie wystąpiły zdarzenia wymagające użycia jednostek systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1 ustawy PRM,
- WKRM rozstrzygali spory dotyczące przyjęcia osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego przez szpital od ZRM. W takich przypadkach WKRM przeprowadzał rozmowy z lekarzami odmawiającymi przyjęcia. WKRM nie ma jednak prawa nakazać czegokolwiek lekarzowi szpitala, a tym bardziej nakazać przyjęcia pacjenta. Decyzje o udzieleniu (lub nieudzieleniu) świadczeń zdrowotnych podejmuje lekarz SOR lub izby przyjęć. Informacje o ww. sporach były odnotowywane w raporcie WKRM. Informacje o odmowie przyjęcia pacjenta były przekazywane do LOW NFZ,

- WKRM nie współpracowali dotychczas z Krajowym Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego,
- współpraca z innymi WKRM polegała na wymianie informacji o liczbie wolnych łóżek i możliwości przyjęcia pacjenta do szpitala. Działania takie były odnotowywane w raporcie WKRM,
- żądanie przez WKRM informacji dotyczących funkcjonowania podmiotu leczniczego, miało charakter doraźny i było związane np. z informacjami uzyskiwanymi od ZRM o awariach sprzętu w szpitalach.

WKRM wskazywali m.in. na następujące problemy występujące przy realizacji zadań na tym stanowisku:

- brak możliwości wydawania przez WKRM decyzji, które są niepodważalne i obligują jednostkę leczniczą (jej personel medyczny) do działań zmierzających do zapewnienia leczenia (ciągłości leczenia) pacjenta przywiezionego przez ZRM. Przyczyną tych trudności jest ograniczenie liczby miejsc szpitalnych z powodu likwidacji lub zawieszenia funkcjonowania oddziałów. Od 1 stycznia 2019 r. w województwie lubuskim zlikwidowano 15% łóżek. W niektórych szpitalach występuje problem permanentnego braku wolnych łóżek na oddziałach: neurologii, kardiologii, intensywnej terapii, chorób wewnętrznych, psychiatrii dziecięcej i ogólnej. Efektem powyższego bywają wielogodzinne przewozy pacjentów przez ZRM do jednostek leczenia docelowego lub wymuszanie hospitalizacji mimo braku wolnych miejsc na oddziałach,
- wzywanie ZRM do zdarzeń nie wymagających interwencji jednostek systemu PRM,
- nierozwiązany problem stwierdzania zgonu pacjentów,
- permanentny brak miejsc na oddziałach: psychiatrii (dziecięcej i dla osób dorosłych), udarowych i neurologicznych, anestezjologii i intensywnej terapii oraz pediatrycznych w okresach wzmożonej zachorowalności na infekcje dróg oddechowych (sezon jesień-zima i zima-wiosna),
- szpitalne i pozaszpitalne jednostki ochrony zdrowia nie zapewniają swoim pacjentom w sposób ciągły i skuteczny dostępności do transportu medycznego między szpitalnego, czego skutkiem jest wymuszanie przez te placówki na systemie PRM realizowania zadań transportu medycznego wtórnego, wykorzystując nagminnie argument „transportu na ratunek” i braku własnych sił i środków do realizacji tego zadania, szczególnie w godzinach od 15.00 do 7.00,
- niespójność założeń systemu i brak możliwości egzekwowania obowiązujących przepisów. Jedynie 30% działań ZRM to działania ratownicze, w pozostałych przypadkach jednostki PRM m.in. realizują nocną i świąteczną pomoc lekarską, zastępują lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, zwiększają dostępność pacjentów do porad specjalistycznych.

(akta kontroli str. 193-216)

7. Parametry dotarcia ZRM na miejsce zdarzenia poprawiły się w 2019 r. (stan na koniec III kwartału) w porównaniu do 2018 r. Mediana czasu dotarcia na miejsce zdarzenia dla miasta powyżej 10 tys. mieszkańców zmalała o 9 sekund (z 9 minut 36 sekund do 9 minut 27 sekund. Natomiast poza miastem powyżej 10 tysięcy

mieszkańców mediana czasu dotarcia na miejsce zdarzenia zmalała o 51 sekund (z 17 minut 10 sekund do 16 minut 19 sekund)²⁰.

Maksymalny czas dotarcia na miejsca zdarzenia, w tym okresie, wynosił:

- a) w miastach powyżej 10 tys. mieszkańców: 02:48:19; 838:59:59 (dane prawdopodobnie wynikające z błędu osoby wprowadzającej dane – mogą być spowodowane niezamknięciem czynności w systemie SWD PRM);
- b) poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców: 02:07:30; 04:09:56.

(akta kontroli str. 217)

Dyrektor Wydziału Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego wskazał, że mediana czasu dotarcia na miejsce zdarzenia może odbiegać od wynikających z przepisów, z uwagi na błędy systemowe związane z funkcjonowaniem SWD PRM. Ponadto występują przypadki nieprawidłowego wprowadzania danych do systemu w aplikacji mobilnej ZRM, szczególnie w pola czasów, co skutkuje błędami w raportach statystycznych. Wojewódzki Administrator Systemu Wielokrotnie wskazywał dysponentom na obowiązek prawidłowego i zgodnego z rzeczywistością wprowadzania danych do systemu SWD PRM m.in. w trakcie szkolenia dla użytkowników, poprzedzającego wdrożenie SWD PRM oraz poprzez uwagi przekazywane drogą telefoniczną. Wskazywano na niedopuszczalne niezgodności np. czas zmiany statusu wyjazdu ZRM z czasem faktycznego wyjazdu. Analiza czasów dotarcia była przedmiotem dwóch kontroli przeprowadzonych u dysponentów²¹.

(akta kontroli str. 87-96)

W 2019 r. LUW przeprowadził kontrolę w zakresie prawidłowości funkcjonowania systemu PRM, w tym czasu dotarcia na miejsce zdarzenia i ustalono, że w przypadku jednego dysponenta w 125 spośród 483 wyjazdów ZRM przekroczono maksymalny czas dotarcia określony w ustawie PRM. Zalecono podjęcie przez dysponenta działań mających na celu rzetelne korzystanie z SWD PRM. Z uwagi na liczne uchybienia dotyczące rozpoczynania, kończenia pracy w systemie przez pracowników oraz oznaczania statusów zespołów w czasie nierzeczywistym, wskazano, że zasadnym wydaje się regularna kontrola przeprowadzana przez przełożonego w tym zakresie.

(akta kontroli str. 99-112)

Pismem z dnia 10 maja 2018 r. LUW poinformował dysponentów ZRM o obowiązku wprowadzania prawidłowych i zgodnych z rzeczywistością danych do SWD PRM.

(akta kontroli str. 128)

8. Zadania w zakresie utrzymania SWD PRM na poziomie wojewódzkim mające na celu zachowanie ciągłości działania tego systemu, polegające w szczególności na: obsłudze technicznej, serwisowaniu konfiguracji infrastruktury sprzętowej oraz organizacji wsparcia technicznego dla użytkowników systemu z terenu województwa zostało przypisane do zakresów czynności²² dwóch administratorów wojewódzkich SWD PRM. Ponadto zadania polegające na utrzymaniu pełnej sprawności

²⁰ 0,5% przypadków o najdłuższych czasach dotarcia nie jest uwzględnianych do wyliczenia mediany średniego czasu dotarcia na miejsce zdarzenia.

²¹ Jedna kontrola przeprowadzona w okresie od 29.08.2019 r. – 30.09.2019 r. (wystąpienie pokontrolne z dnia 17.12.2019 r.), druga kontrola rozpoczęta w dniu 14 listopada 2019 r. przewidywany termin zakończenia kontroli 30 grudnia 2019 r.).

²² Zakres czynności z dnia 26.07.2019 r. pracownika, który w okresie od 02.01 2018 r. był zatrudniony na stanowisku ds. obsługi teleinformatycznej, administrator SWD PRM (do zadań na tym stanowisku należało m.in. bieżące wsparcie teleinformatyczne i teletechniczne dyspozytorów i użytkowników SWD PRM, sprawowanie nadzoru nad sprawnością techniczną urządzeń i systemów teleinformatycznych w celu zapewnienia ciągłości i poprawności ich funkcjonowania. Zakres czynności z dnia 05.12.2019 r. (pracownik zatrudniony w 2019 r.).

technicznej i użytkowej sprzętu łączności pracującego na potrzeby SWD PRM oraz bieżące wsparcie teleinformatyczne i teletechniczne dyspozytorów medycznych i użytkowników tego systemu oraz podejmowanie działań naprawczych i serwisowych w odniesieniu do sprzętu teleinformatycznego będącego w użytkowaniu przez dyspozytorów medycznych oraz SWD PRM zostały przypisane do zakresu czynności pracownika zatrudnionego na stanowisku ds. wdrażania i utrzymania SWD PRM.

(akta kontroli str.218-232)

Administratorzy SWD PRM wykonywali zadania polegające m.in. na:

- ✓ zarządzaniu kontami użytkowników województwa lubuskiego, nadawaniu i odbieraniu uprawnień, resetowaniu haseł, wprowadzaniu danych o dysponentach, dyspozytorni medycznej, stanowiskach dyspozytorskich, miejscach stacjonowania, stanowiskach ZRM, ZRM-ach, tabletach, ambulansach, obszarach i rejonach operacyjnych,
- ✓ generowaniu raportów predefiniowanych i swobodnych w module raportowym dla całego województwa według potrzeb i możliwości systemu raportowego,
- ✓ weryfikowaniu błędów i incydentów zgłoszonych przez administratorów dysponenta oraz przez użytkowników, rozwiązywanie powstałych problemów, a w przypadku braku możliwości rozwiązania problemów przekazanie ich do administratora centralnego (od czasu wdrożenia systemu Helpdesk problemy zgłaszane są za pomocą tego systemu).

(akta kontroli str. 342)

Zastępca dyrektora Wydziału Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego wskazał, że w latach 2018-2019 użytkownicy przekazywali administratorom wojewódzkim (w formie telefonicznej) informacje o nieprawidłowościach oraz problemach w funkcjonowaniu SWD PRM. Zgłaszane problemy były rozwiązywane na bieżąco i nie podlegały ewidencji oraz dokumentowaniu. Informacje o problemach, które nie zostały rozwiązane przez administratora wojewódzkiego zostały przekazane do administratora centralnego. W okresie od 9 lutego 2018 r. do 23 stycznia 2019 r.²³ przekazano 25 takich informacji, które dotyczyły: błędów aplikacji dyspozytora (15)²⁴, błędnej współpracy aplikacji dyspozytora z konsolą DGT (3), błędu aplikacji analityka (3), błęd aplikacji mobilnej (2), błędu konsoli DGT (1), błęd aplikacji raportowej (1).

(akta kontroli str.233-235)

- ✓ weryfikowaniu poprawności danych wprowadzanych do SWD PRM przez użytkowników za pomocą raportów swobodnych modułu raportowego,
- ✓ współpracy z administratorem centralnym i administratorami dysponenta (np. w zakresie nadania uprawnień dla nowego administratora wojewódzkiego, wycofanie uprawnień dla administratora wojewódzkiego, administrator centralny zweryfikował w skali kraju Karty Zlecenia Wyjazdu - KZW oraz Karty Medycznych Czynności Ratunkowych - KMCR, które znajdują się w stanie "Otwarte" lub "Do zamknięcia". Karty powinny zostać uzupełnione przez ZRM i zamknięte. Administrator wojewódzki wyciągnął z bazy SWD PRM KZW/KMCR do zamknięcia i przekazał e-mailem do administratorów dysponentów, informowania aktualizacjach SWD PRM).

²³ Po przejęciu administrowania SWD PRM przez KCMRM LPR zgłoszenia obsługiwane są w systemie Helpdesk.

²⁴ Np. po otrzymaniu zgłoszenia z innego rejonu dyspozytor główny nie mógł przekazać formatki do właściwej dyspozytorni, po otrzymaniu formatki ze straży pożarnej dyspozytor zadysponował ZRM, jednak w polu KZW nie widać żadnej karty tego zdarzenia, po zakończeniu rozmowy konsola telefoniczna nie wraca do stanu wolnego. Koniecznej jest wyłączenie w aplikacji dyspozytor przyjmowania i włączenie jego ponownie, dyspozytor nie może odsłuchiwać swoich rozmów na konsoli.

(akta kontroli str. 342)

Zastępca dyrektora Wydziału Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego wskazał, że SWD PRM zapewnia realizację wszystkich minimalnych funkcjonalności określonych przez Ministerstwo Zdrowia. Najsłabszym ogniwem systemu jest Aplikacja Mapy zasilana w mapy pokładowe i dane adresowe pochodzące z Głównego Urzędu Geodezji i Kartografii. Aplikacja ta posiada nieaktualną ewidencję dróg (np. według stanu na 6 grudnia 2019 r. trasa S3 kończy się na Nowej Soli) oraz brakuje nazw ulic zmienianych w procesie dekomunizacji.

(akta kontroli str.233-235)

9. Wojewoda nie ustalił harmonogramu funkcjonowania jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, o którym mowa w art. 21a ustawy PRM, ponieważ żadna jednostka nie wystąpiła z wnioskiem o objęcie jej harmonogramem.

(akta kontroli str. 87-96, 359-360)

W BIP zamieszczono rekomendacje w zakresie organizacji harmonogramów funkcjonowania ostrych dyżurów wydane we wrześniu 2019 r. przez Prezesa NFZ²⁵.

(akta kontroli str.236)

10. Wojewoda wprowadził obowiązek stosowania niżej wymienionych tzw. „dobrych praktyk” opracowanych w MZ:

- ✓ Dobre praktyki postępowania w szpitalnych oddziałach ratunkowych i izbach przyjęć z 4 kwietnia 2017 r. (procedura przekazana dysponentom jednostek);
- ✓ Wytyczne do obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach kierowanych do dyspozytorni medycznej w SWD PRM z 12 czerwca 2017 r. (procedura została przekazana dyrektorowi Samodzielnej Publicznej Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Gorzowie Wlkp.);
- ✓ Dobre praktyki postępowania dyspozytorów medycznych i zespołów ratownictwa medycznego z pacjentem z podejrzeniem udaru mózgu z 6 lutego 2018 r. wraz z aktualizacją zatwierdzoną w dniu 24 stycznia 2019 r. (procedury te zostały przekazane pisemnie dysponentom ZRM. Jednocześnie wojewoda zobowiązał dysponentów ZRM do przedłożenia poświadczenia zapoznania się przez personel z tymi dokumentami. Pismem z dnia 8 lutego 2019 r. wojewoda lubuski zawarł informacje, że aktualizacje te zostały zamieszczone na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia i wskazał pod jakim adresem).

W dniu 29 marca 2018 r. odbyło się w LUW szkolenie w zakresie procedur postępowania z pacjentem z podejrzeniem udaru mózgu, przeprowadzone przez konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie neurologii oraz konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie medycyny ratunkowej, w którym uczestniczyli pracownicy ZRM oraz Państwowej Straży Pożarnej.

- ✓ Procedury postępowania na wypadek wystąpienia zdarzenia mnogiego/masowego opracowane²⁶ 2 września 2014 r. (przekazane pisemnie dysponentom jednostek systemu).
- ✓ Procedury – zdarzenia mnogie/masowe. Zalecenia konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny ratunkowej dotyczące procedur postępowania na

²⁵ https://bip.lubuskie.uw.gov.pl/ratownictwo_medyczne/rekomendacje_-_organizacja_ostrych_dyzurow.html

²⁶ Procedury opracowane przez Zespół powołany w dniu 18 czerwca 2014 r. przez dyrektora SP ZOZ Lotnicze Pogotowie Ratunkowe.

wypadek wystąpienia zdarzenia mnogiego/masowego z 11 czerwca 2015 r. zostały zamieszczone na stronie internetowej BIP LUW²⁷.

Do LUW nie wpłynęły Dobre praktyki uruchomienia dyspozytorni medycznych i zespołów ratownictwa medycznego w oparciu o system wspomagania dowodzenia państwowego ratownictwa medycznego z dnia 12 czerwca 2017 r.

(akta kontroli str.237-238)

W Planie działania wskazano, że na terenie województwa funkcjonują jednolite zasady postępowania z pacjentem uregulowane przez: *Dobre praktyki postępowania w szpitalnych oddziałach ratunkowych i izbach przyjęć; Dobre praktyki postępowania dyspozytorów medycznych i zespołów ratownictwa medycznego z pacjentem z podejrzeniem udaru mózgu oraz Algorytm postępowania dyspozytorów medycznych i zespołów ratownictwa medycznego w oparciu o dobre praktyki postępowania z pacjentem z podejrzeniem udaru mózgu.* Natomiast w przypadku powiadomienia dyspozytora medycznego o zdarzeniu o potencjalnym charakterze mnogim/masowym, uruchamiane są *Procedury postępowania na wypadek wystąpienia zdarzenia mnogiego/masowego.* W Planie działania wskazano, że procedury te dostępne są na stronie internetowej MZ.

(akta kontroli str. 239-241)

Wdrożenie dobrych praktyk nie było przedmiotem kontroli wojewody.

(akta kontroli str. 242-247)

11. Wojewoda sprawował bieżący nadzór nad systemem PRM na terenie województwa poprzez:

- ✓ przeprowadzanie kontroli dysponentów jednostek i podmiotów prowadzących kursy kwalifikowanej pierwszej pomocy,
- ✓ zobowiązanie LOW NFZ do kontroli umów w rodzaju ratownictwo medyczne oraz informowania wojewody o wynikach postępowań wyjaśniających i kontrolnych,
- ✓ zawiadamianie LOW NFZ o stwierdzonych nieprawidłowościach związanych z funkcjonowaniem ratownictwa medycznego,
- ✓ żądanie od dysponentów informacji, wyjaśnień oraz dokumentów dotyczących funkcjonowania jednostek w ramach PRM na podstawie art. 20 ust. 2 pkt 1 ustawy PRM.

11.1. W kontrolowanym okresie wojewoda lubuski przeprowadził łącznie 12 kontroli²⁸, których przedmiotem była:

- a) zgodność funkcjonowania zespołów ratownictwa medycznego z obowiązującymi przepisami (w 2017 r.) u dwóch dysponentów jednostek oraz prawidłowość funkcjonowania systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego (w 2017 i 2018 r.) u dwóch dysponentów jednostek. W odniesieniu do wszystkich skontrolowanych jednostek sformułowano wnioski pokontrolne. Jednostki te poinformowały wojewodę o sposobie realizacji wniosków lub przyczynach ich niezrealizowania;
- b) prawidłowość funkcjonowania systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego (w 2019 r.) u jednego dysponenta jednostek. Jednostka poinformowała o sposobie realizacji wniosków sformułowanych w wyniku kontroli;

²⁷ https://bip.lubuskie.uw.gov.pl/ratownictwo_medyczne/procedury_prm.html

²⁸ Uwzględniono kontrole, z których wystąpienia pokontrolne sporządzono w okresie od 1 stycznia 2018 r. oraz kontrolę rozpoczętą w dniu 14 listopada 2019 r. i przeprowadzoną w dniu 12 grudnia 2019 r.

- c) prawidłowość wykorzystania przez Samodzielną Publiczną Wojewódzką Stację Pogotowia Ratunkowego w Gorzowie Wlkp. dotacji celowej udzielonej przez wojewodę lubuskiego na funkcjonowanie na terenie województwa lubuskiego Skoncentrowanej Dyspozytorni Medycznej w roku 2017. W wyniku przeprowadzenia kontroli nie sformułowano żadnych zaleceń;
- d) spełnianie przez podmiot prowadzący kurs kwalifikowanej pierwszej pomocy wymagań określonych w art. 13 ust. 8 pkt 1 i 2 ustawy PRM – dwie kontrole, w wyniku których nie sformułowano żadnych zaleceń;
- e) realizacja powierzonych zadań oraz wykorzystanie dotacji celowej na finansowanie zadań zespołów ratownictwa medycznego w 2017 r. i 2018 r. przez Lubuski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze (dalej: LOW NFZ). Dyrektor LOW NFZ poinformował wojewodę o sposobie realizacji wydanych zaleceń pokontrolnych (dotyczy 2017 r.). W wyniku kontroli za 2018 r. nie sformułowano zaleceń pokontrolnych;
- f) W dniu 14 listopada 2019 r. rozpoczęto u jednego dysponenta jednostek kontrolę w zakresie prawidłowości funkcjonowania systemu PRM w październiku 2019 r. (przewidywany termin zakończenia kontroli 30 grudnia 2019 r.);
- g) w dniu 12 grudnia 2019 r. przeprowadzono kontrolę prawidłowości wykorzystania dotacji celowej udzielonej przez Wojewodę Lubuskiego na dofinansowanie zakupu ambulansu.

W kontrolowanym okresie nie przeprowadzano kontroli, o której mowa w art. 31 ust. 1 pkt 1 ustawy PRM, tj. jednostek współpracujących z PRM.

(akta kontroli str. 242-247, 366)

Dyrektor Wydziału Zdrowia wyjaśniła, że bieżąca sytuacja nie wskazywała na potrzebę przeprowadzania takich kontroli, a ponadto do wojewody lubuskiego nie wpływały informacje o nieprawidłowym wykonywaniu zadań przez te jednostki. W związku z powyższym uwzględniając posiadane zasoby kadrowe zdecydowano, że w latach 2018-2019 kontrolą zostaną objęci wybrani dysponenci, LOW NFZ oraz podmiot prowadzący kurs kwalifikowanej pierwszej pomocy.

(akta kontroli str. 41-44)

Dyrektor Wydziału Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego wyjaśnił, że bieżąca ocena funkcjonowania tych jednostek nie wskazuje na potrzebę przeprowadzenia kontroli w tym zakresie. Do wojewody nie wpłynęły informacje o nieprawidłowym funkcjonowaniu tych podmiotów.

(akta kontroli str. 87-96)

Dyrektorzy obu wydziałów wskazali, że na podstawie art. 31 ust. 1 ustawy PRM wojewoda jest uprawniony, a nie zobowiązany do kontroli jednostek współpracujących z systemem PRM.

(akta kontroli str. 41-44, 87-96)

11.2. Zgodnie z porozumieniem zawartym przez wojewodę lubuskiego z LOW NFZ (szczegółowo opisanym w punkcie 15 niniejszego wystąpienia pokontrolnego) dyrektor LOW NFZ zobowiązany był m.in. do kontroli umów w rodzaju ratownictwo medyczne oraz informowania wojewody o wynikach przeprowadzonych postępowań wyjaśniających i kontrolnych, w tym w szczególności o wszelkich stwierdzonych nieprawidłowościach związanych z wykonywaniem umów zawartych z dysponentami zespołów ratownictwa medycznego (w brzmieniu obowiązującym do

2 września 2019 r.). W związku ze zmianami wprowadzonymi aneksem numer 2 z dnia 3 września 2019 r. kontrolę realizacji ww. umów wykonuje Prezes NFZ, natomiast dyrektor LOW NFZ jest zobowiązany do rozliczania tych umów oraz informowania wojewody o przeprowadzonych postępowaniach wyjaśniających.

(akta kontroli str. 248-254)

W 2018 r. dyrektor LOW NFZ przedłożył informacje²⁹ o dwóch postępowaniach kontrolnych (przeprowadzonych w 2017 r. i dotyczących 2017 r.) w wyniku, których stwierdzono nieprawidłowości polegające na: udzielaniu świadczeń zdrowotnych przez lekarzy ratownictwa medycznego podczas pełnienia dyżuru także w podstawowej opiece zdrowotnej w zakresie Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej oraz w SOR i udzielaniu świadczeń zdrowotnych przez osobę nie wykazaną do umowy oraz w Portalu potencjału, wykonywaniu transportu międzyszpitalnego przez ZRM oraz wykazanie w umowie i portalu potencjału lekarzy, którzy nie udzielali świadczeń zdrowotnych. Skutkiem powyższego było nałożenie kar umownych w łącznej kwocie: 17.353,80 zł. Kary te zostały przez świadczeniodawców uregulowane.

(akta kontroli str. 255, 361-363, 374-389)

W latach 2018-2019 wpłynęły kary umowne nałożone na świadczeniodawców z tytułu udzielania świadczeń w zakresie ratownictwa medycznego niezgodnie z umową w łącznej kwocie 226.325,12 zł. Kary te zostały nałożone w wyniku 13 postępowań wyjaśniających przeprowadzonych przez LOW NFZ³⁰ (w związku z 12 zawiadomieniami o nieprawidłowościach przekazanych przez LUW - na podstawie informacji uzyskanych od dyspozytorów medycznych, Lekarzy Koordynatorów Ratownictwa Medycznego, a w jednym przypadku postępowanie wszczął LOW NFZ na podstawie informacji świadczeniodawcy o braku obsady lekarskiej w ZRM S). Przyczyną nałożenia kar było: niezapewnienie lekarza systemu w ZRM S, nieprawidłowości w pełnieniu dyżurów w ZRM przez jednego z lekarzy.

W latach 2018-2019 w związku z przeprowadzonymi postępowaniami wyjaśniającymi czterech świadczeniodawców zwróciło nienależnie pobrane świadczenia w łącznej kwocie 176.737,01 zł.

Ponadto w 2018 r. wpłynęły kary umowne w łącznej kwocie 1.494,48 zł nałożone w wyniku siedmiu postępowań wyjaśniających przeprowadzonych przez LOW NFZ (wszczętych z Urzędu) za niedopełnienie obowiązku wynikającego z aneksu wprowadzającego podwyżki dla ratowników medycznych, tj. przekazania sprawozdania z wykorzystania środków.

(akta kontroli str. 256-258)

Ponadto, w latach 2018-2019 LOW NFZ przeprowadził postępowania wyjaśniające dotyczące ratownictwa medycznego, na podstawie zawiadomień skierowanych przez LUW (w związku z informacjami otrzymanymi m.in. od dyspozytorów medycznych, Wojewódzkich Koordynatorów Ratownictwa Medycznego), które nie zakończyły się nałożeniem kar z tytułu realizacji umowy w zakresie ratownictwa medyczne. Na podstawie dokumentacji dotyczącej 41 postępowań ustalono, że dotyczyły one m.in. niezapewnienia transportu międzyszpitalnego, wezwania ZRM do pacjenta znajdującego się w Izbie Przyjęć Szpitala, odmowy wyjazdu do pacjenta lekarza POZ z uwagi na jednoczesne pełnienie dyżuru w ZRM, odmowy przyjęcia pacjenta w SOR, niewykonywania świadczeń przez ZRM, długotrwałego przetrzymywanie ZRM (czas oczekiwania na przyjęcie transportowanego pacjenta

²⁹ Informacje z dnia 15.01.2018 r. i 02.02.2018 r.

³⁰ Postępowania przeprowadzone w latach 2017-2019.

od 40 minut do 1 godziny i 50 minut), nieodebrania telefonu przez lekarza ZRM. W przypadku czterech postępowań stwierdzono, że:

- a) odmowa przyjęcia na SOR poparzonego pacjenta, transportowanego przez ZRM, z powodu braku specjalistycznego oddziału oparzeń – w ocenie LOW NFZ pacjent winien zostać bezpośrednio przetransportowany do jednostki wyspecjalizowanej w zakresie leczenia oparzeń,
- b) odmowa przyjęcia pacjentki, transportowanej przez ZRM, z powodu braku miejsc na oddziałach Szpitala – w toku postępowania wyjaśniającego ustalono, że dyspozytor medyczny był informowany o liczbie wolnych miejsc w oddziałach szpitalnych. Zdaniem LOW NFZ zasadne jest uwzględnienie przy kierowaniu pacjentów do poszczególnych podmiotów leczniczych liczby wolnych miejsc i potrzeb pacjentów,
- c) transport pacjenta, przez ZRM, do szpitala znajdującego się poza rejonem, bez powiadomienia o tym fakcie dyspozytora medycznego oraz docelowego oddziału, do którego pacjent był transportowany – świadczeniodawcę zobowiązano do realizowania umowy zgodnie z obowiązującymi przepisami,
- d) lekarz ZRM nie odbierał telefonu, co spowodowało opóźnienie wyjazdu o 10 minut. W toku postępowania wyjaśniającego przeprowadzonego przez LOW NFZ lekarz złożył wyjaśnienia, z których wynikało, że powodem braku odebrania telefonu jest samoistne włączenie systemu łączności komputerowej w tryb offline. Informacje w tym zakresie uzyskane od dyrektora LOW NFZ zostały przekazane dyrektorowi Wydziału Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego z prośbą o odniesienie się do nich. Z informacji uzyskanych od dyrektora Wydziału Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego wynikało m.in., że:
 - kierownik ZRM nacisnął status wyjazd sześć minut przed faktycznym wyjazdem ambulansu,
 - z danych zarejestrowanych w SWD PRM wynikało, że tablet był przełączony w tryb on-line, a aplikacja mobilna prawidłowo obsługiwała zgłoszenia. Jednocześnie wskazano, że przejście tabletu w tryb offline nie powoduje braku możliwości odbierania połączeń komórkowych.

W ww. informacje zostały przekazane do LOW NFZ, który ponownie wszczął postępowanie wyjaśniające w tej sprawie. Lekarz podtrzymał swoje wyjaśnienia, jednak w trakcie przeprowadzonej rozmowy dyscyplinującej zapewnił, że dołoży wszelkich starań, aby takie sytuacje nie miały miejsca. Świadczeniodawca został zobowiązany do podjęcia działań w celu wyeliminowania tego typu przypadków.

W pozostałych przypadkach nie stwierdzono nieprawidłowości w zakresie funkcjonowania ratownictwa medycznego.

(akta kontroli str.259-268)

11.3. W razie potrzeby wojewoda żądał od dysponentów informacji i wyjaśnień na podstawie art. 20 ust.2 pkt.1 PRM, które dotyczyły m.in.:

- ✓ liczby personelu zatrudnionego w jednostkach systemu oraz kalkulacji kosztów działalności ZRM – w związku z opracowaniem Planu działania lub jego aktualizacją,
- ✓ liczby etatów ratowników medycznych i dyspozytorów medycznych w związku z zawarciem (aktualizacją umowy z LOW NFZ),
- ✓ liczby nowo zakupionych ambulansów przez dysponentów ZRM oraz stanowisk dyspozytorów medycznych – celem przekazania do MZ oraz w związku z prowadzonym nadzorem,

- ✓ posiadanych ambulansów (rok produkcji, przebieg), na potrzeby dofinansowania przez MZ zakupu nowych ambulansów,
- ✓ liczby pacjentów przewiezionych przez ZRM do Szpitala w Kostrzynie nad Odrą celem przeprowadzenia analizy funkcjonowania ZRM na tym obszarze,
- ✓ wdrożenia procedur i dobrych praktyk przekazanych przez LUW (LUW przekazywał informacje o wprowadzeniu dobrych praktykach, a w odniesieniu do części żądał poświadczenia zapoznania się),
- ✓ ponadto żądano wyjaśnień w sprawie wyjazdów ZRM S bez lekarza systemu w zespole, w związku z nadzorem nad systemem. Informacje o przypadkach wyjazdu ZRM S bez lekarza wraz z wyjaśnieniami dysponentów przekazywano do LOW NFZ celem przeprowadzenia postępowań wyjaśniających.

(akta kontroli str. 310-332, 341, 401-414)

12. Wojewoda przedstawił Ministrowi Zdrowia założenia dotyczące finansowania zespołów ratownictwa medycznego (dalej: ZRM) w 2019 r. z zachowaniem terminu określonego w art. 46 ust. 3 ustawy PRM.

Koszty działalności ZRM w 2019 r. oszacowano na łączną kwotę 66.911,5 tys. zł (bez kosztów podwyżek dla pielęgniarek i ratowników medycznych oraz ubezpieczenia OC ZRM w ramach współpracy transgranicznej). W odniesieniu do 2018 r. kwota ta była wyższa o 4.203,4 tys. zł. Wzrost kosztów funkcjonowania ZRM w 2019 r. (według dysponentów) wynikał z: dodatkowych kosztów funkcjonowania stanowiska dyspozytora głównego, wzrostu kosztów eksploatacyjnych oraz wynagrodzeń związanych ze zrównaniem płac ratowników medycznych, zakupu ambulansów oraz wymiany aparatury medycznej, której naprawy stały się nieopłacalne, konieczności zabezpieczenia większej kwoty na wynagrodzenia dla lekarzy ZRM „S”³¹ oraz inflacji.

Koszty związane z ubezpieczeniem OC ZRM w ramach współpracy transgranicznej oszacowano na podstawie oferty przedstawionej przez ubezpieczyciela na kwotę 120 tys. zł. Łączne koszty funkcjonowania ZRM w 2019 r. zaplanowano w kwocie 67.031,5 tys. zł.

W założeniach finansowania ZRM w 2019 r. uwzględniono koszty związane z funkcjonowaniem dyspozytorni medycznej.

Liczba ZRM była ustalona na podstawie wojewódzkiego planu działania systemu ratownictwa medycznego.

(akta kontroli str. 269-283)

W wyniku zmian wprowadzonych ustawą o zmianie ustawy o PRM oraz niektórych innych ustaw założenia te nie były aktualizowane, ponieważ jak wskazała dyrektor Wydziału Zdrowia nie skutkowały one koniecznością poniesienia dodatkowych wydatków.

(akta kontroli str. 41-44)

13. Kalkulacji rocznych kosztów działalności zespołów ratownictwa medycznego za rok poprzedni w Planie działania (obowiązującym od 1 kwietnia 2019 r.³²) dokonano zgodnie z przepisami rozporządzenia w sprawie wojewódzkiego planu działania. Koszty zostały ujęte w układzie wskazanym w tabeli numer 22 wyżej powołanego rozporządzenia.

³¹ Zespół specjalistyczny.

³² W planie zaakceptowanym przez Ministra Zdrowia 12.01.2019 r. sporządzono kalkulację kosztów działalności za 2017 r., a w aktualizacji zatwierdzonej przez Ministra Zdrowia 21.06.2019 r. uaktualniono dane w tym zakresie – opracowano kalkulację kosztów działalności za 2018 r.

Minister Zdrowia nie zgłaszał uwag do kalkulacji kosztów działalności zespołów ratownictwa medycznego, w trakcie procesu zatwierdzania Planu działania.

(akta kontroli str. 368)

14. W latach 2017-2019 (III kwartały) z budżetu wojewody lubuskiego na finansowanie ZRM przeznaczono odpowiednio: 63.430,7 tys. zł³³ (kwota ta nie obejmuje wydatków na finansowanie ZRM nie obejmuje środków przekazanych SPWSPR w Gorzowie Wlkp. na funkcjonowanie na terenie województwa lubuskiego skoncentrowanej dyspozytorni medycznej w okresie od stycznia do czerwca 2017 r., w kwocie 1.255,2 tys. zł. Środki te zostały przekazane na podstawie umowy zawartej przez LUW z SPWSPR w Gorzowie Wlkp.); 65.152,7 tys. zł³⁴ i 50.035,8 tys. zł³⁵.

Średnia stawka ryczałtu dobowego, na podstawie umów z NFZ, wynosiła w latach 2017-2019 (III kwartały), odpowiednio:

- ✓ ZRM „P” – 3.077,32 zł; 3.010,21 zł; 3.044,94 zł;
- ✓ ZRM „S” – 4.115,50 zł; 4.014,28 zł; 4.060,39 zł.

(akta kontroli str. 284-286)

15. W dniu 20 grudnia 2016 r. wojewoda lubuski zawarł z dyrektorem LOW NFZ porozumienie³⁶, którego przedmiotem było powierzenie zadań związanych z przeprowadzaniem postępowań o zawarcie umów z dysponentami zespołów ratownictwa medycznego na wykonywanie zadań zespołów ratownictwa medycznego, zawieraniem, rozliczaniem i kontrolą wykonania tych umów.

(akta kontroli str.248-254)

Na mocy ww. porozumienia wojewoda zobowiązał się do wskazania dyrektorowi LOW NFZ wartości dotacji celowej (przeznaczonej na finansowanie zadań zespołów ratownictwa medycznego), która będzie przekazywana i rozliczana na podstawie odrębnej umowy. W latach 2017 - 2019 wojewoda lubuski zawarł z dyrektorem LOW NFZ trzy umowy na podstawie art. 150 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych³⁷, w których określono tryb i zasady udzielania i rozliczania dotacji na realizację zadań w zakresie ratownictwa medycznego. Umowy zostały zawarte: w dniu 19 grudnia 2017 r. (obejmująca okres od stycznia do czerwca 2018 r.³⁸), 30 listopada 2018 r. (obejmująca okres od stycznia do marca 2019 r.) i w dniu 20 lutego 2019 r. (obejmująca okres od kwietnia do grudnia 2019 r.).

Stosownie do przepisu art. 145 ust 1 pkt 1 ustawy o finansach publicznych w przypadku, gdy ustawa budżetowa albo ustawa o prowizorium budżetowym nie zostaną ogłoszone przed dniem 1 stycznia, to do czasu ogłoszenia odpowiedniej ustawy podstawą gospodarki finansowej jest przedstawiony Sejmowi odpowiedni projekt ustawy.

Kwoty dotacji określone w umowach zawartych 19 grudnia 2017 r. i 30 listopada 2018 r. nie przekraczały kwot wynikających z projektów ustawy budżetowej na ww. lata przyjętych przez Radę Ministrów, a kwota dotacji określona w umowie z dnia 20 lutego 2019 r. nie przekraczała określonej w decyzji³⁹ w sprawie szczegółowego podziału dochodów i wydatków budżetu wojewody na 2019 r.

(akta kontroli str. 248-254, 287-301, 333-334)

³³ ZRM „S” 33.219,7 tys. zł; ZRM „P” 30.211 tys. zł.

³⁴ ZRM „S” 28.269,3 tys. zł; ZRM „P” 36.883,4 tys. zł. W kwocie wydatków uwzględniono całoroczne koszty funkcjonowania skoncentrowanej dyspozytorni medycznej oraz koszty funkcjonowania dodatkowego ZRM P.

³⁵ ZRM „S” 21.045,4 tys. zł; ZRM „P” 28.990,4 tys. zł.

³⁶ Porozumienie zmienione aneksem numer 1 z dnia 21.03.2018 r. i numer 2 z dnia 03.09.2019 r.

³⁷ Dz. U. z 2019 r. poz. 869, ze zm.

³⁸ Po zmianie wprowadzonej aneksem z dnia 22.05.2018 r. w umowie uwzględniono okres od lipca do grudnia 2018 r.

³⁹ Decyzja numer BF-I.3111.31.2019.

16. W latach 2018-2019 dotacje na finansowanie zadań w zakresie ratownictwa medycznego były przekazywane na podstawie trzech umów (zmienianych aneksami) zawartych przez wojewodę lubuskiego z dyrektorem LOW NFZ:

a) umowa z dnia 19 grudnia 2017 r., której przedmiotem było udzielenie dotacji na realizację ww. zadań w 2018 r., w łącznej kwocie 71.040,2 tys. zł⁴⁰, z której wykorzystano 70.775,4 tys. zł. W kwocie dotacji uwzględniono środki na wzrost wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych w wysokości 1.216 tys. zł oraz ratowników medycznych, dyspozytorów medycznych i pielęgniarki systemu, będące członkami zespołów ratownictwa medycznego, zatrudnione u dysponentów ZRM, którzy są podwykonawcami w pozaszpitalnym systemie PRM w łącznej kwocie 4.671,6 tys. zł⁴¹,

b) umowa z dnia 30 listopada 2018 r., której przedmiotem było udzielenie dotacji na realizację ww. zadań w okresie od 1 stycznia 2019 r. do 31 marca 2019 r. w łącznej kwocie 18.401,2 tys. zł. W kwocie dotacji uwzględniono środki na wzrost wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych w wysokości 347,6 tys. zł oraz ratowników medycznych, dyspozytorów medycznych i pielęgniarki systemu, będące członkami zespołów ratownictwa medycznego, zatrudnione u dysponentów ZRM, którzy są podwykonawcami w pozaszpitalnym systemie PRM w łącznej kwocie 1.856,9 tys. zł⁴²,

c) umowa z dnia 20 lutego 2019 r., której przedmiotem było udzielenie dotacji na realizację ww. zadań w okresie od 1 kwietnia 2019 r. do 31 grudnia 2019 r. w łącznej kwocie 57.294,7 tys. zł⁴³. W kwocie dotacji uwzględniono środki na wzrost wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych w wysokości 856,5 tys. zł oraz wzrost wynagrodzeń dla ratowników medycznych i dyspozytorów medycznych w kwocie 5.605,9 tys. zł.

Z dotacji przyznanej na 2019 r. w łącznej kwocie 75.695,9 tys. zł do 30 listopada 2019 r. wykorzystano 69.012,5 tys. zł.

(akta kontroli str. 302-304)

Dotacje były przekazywane terminowo. Nie stwierdzono przypadków wykorzystania środków niezgodnie z przeznaczeniem. Z dotacji celowej na 2019 r. nie były pokrywane koszty medycznych czynności ratunkowych wykonanych w 2018 r.

(akta kontroli str. 305-309)

W latach 2018-2019 wojewoda analizował zapewnienie ciągłości świadczeń na podstawie informacji uzyskiwanych od dyspozytorów medycznych, lekarzy/wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego, członków zespołu. Informacje te dotyczyły głównie braku lekarza w ZRM S oraz awarii ambulansu ZRM P i ambulansu zapasowego w tym samym dniu (1 przypadek - w trakcie postępowania wyjaśniającego stwierdzono, że w czasie naprawy do wyjazdów był kierowany ZRM S). Informacje w tym zakresie były przekazywane do NFZ, który przeprowadzał postępowania wyjaśniające (szczegółowo opisane w punkcie 11 niniejszego wystąpienia pokontrolnego). W każdym przypadku braku lekarza w ZRM S nakładano na świadczeniodawców kary umowne. Ponadto świadczeniodawcy byli

⁴⁰ Po uwzględnieniu zmian wprowadzonych aneksami do umowy.

⁴¹ W umowie wskazano, że środki te winny być przeznaczone w taki sposób, aby zapewnić wzrost miesięcznego wynagrodzenia brutto obejmującego wszystkie składniki i pochodne od wynagrodzenia o 800 zł w przeliczeniu na etat albo równoważnik etatu.

⁴² W umowie wskazano, że środki te winny być przeznaczone w taki sposób, aby zapewnić wzrost miesięcznego wynagrodzenia brutto obejmującego wszystkie składniki i pochodne od wynagrodzenia o 1.200 zł w przeliczeniu na etat albo równoważnik etatu.

⁴³ Po uwzględnieniu kwot wynikających z aneksów do umowy.

zobowiązani do zwrotu nienależnie pobranych świadczeń, jeśli takie występowały.

W ramach prowadzonego nadzoru nad SWD PRM dokonano analizy zleceń wyjazdów ZRM S wykonanych od czerwca do sierpnia 2019 r. i ustalono, że w niektórych przypadkach podczas logowania do systemu nie wykazano pozycji „kierownik ZRM-lekarz”. W związku z powyższym LUW wystąpił do dysponentów z prośbą o udzielenie informacji czy w skład ZRM S wchodził lekarz. W dniu 25 listopada 2019 r. zestawienie wyjazdów ZRM S bez zalogowanego lekarza systemu oraz wyjaśnienia poszczególnych dysponentów zostały przekazane dyrektorowi LOW NFZ z prośbą o przeprowadzenie postępowania wyjaśniającego dotyczącego prawidłowości realizacji umowy w rodzaju ratownictwo medyczne. Pismem z dnia 3 grudnia 2019 r. dyrektor LOW NFZ poinformował o wszczęciu postępowania wyjaśniającego.

(akta kontroli str. 258-268, 310-332)

17. W latach 2018-2019 nakłady na inwestycje związane z funkcjonowaniem ratownictwa medycznego wyniosły łącznie 563,8 tys. zł.

Środki te zostały przeznaczone na:

- ✓ zakup dwóch zasilaczy awaryjnych dla zapewnienia ciągłości pracy CPR,
- ✓ zakup czterech modułów stacji przemiennikowych modernizujących radiowy system PRM,
- ✓ na zakup ambulansu medycznego (środki przekazane w formie dotacji)
- ✓ zakup, montaż i uruchomienie ściany wizyjnej w dyspozytorni medycznej,
- ✓ zakup dwóch serwerów dla dyspozytorni medycznej

W latach 2018-2019 jednostki systemu nie były finansowane na podstawie programów wieloletnich ustanawianych przez Radę Ministrów.

(akta kontroli str. 340)

18. W odniesieniu do analizy potrzeb związanych z uruchomieniem od 1 stycznia 2021 r. dyspozytorni medycznej w LUW dyrektor Wydziału Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego wskazał, że na styczeń 2020 r. wstępnie zaplanowano spotkanie w tej sprawie z udziałem dyrekcji Samodzielnej Publicznej Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Gorzowie Wlkp. oraz pracowników LUW odpowiedzialnych za sprawy kadrowe i finansowe.

(akta kontroli str. 87-96)

Pismem z dnia 16 lipca 2019 r. Minister Zdrowia w związku z koniecznością dokonania analizy w zakresie dotyczącym zatrudnienia dyspozytorów medycznych w poszczególnych dyspozytorniach zwrócił się do LUW o przekazanie informacji dotyczących liczby zatrudnionych pracowników na poszczególnych stanowiskach pracy w okresie od 1 kwietnia do 30 czerwca 2019 r.

(akta kontroli str. 335-337)

W dniu 22 sierpnia 2019 r. odbyło się w LUW spotkanie dyspozytorów medycznych z dyrektorem Departamentu Ratownictwa Medycznego i Obronności Ministerstwa Zdrowia, którego celem było omówienie kwestii dotyczących: zasad przejęcia dyspozytorni medycznych przez wojewodę oraz przejścia dyspozytorów do nowego pracodawcy, form zatrudnienia pracowników w dyspozytorniach, przyjętych w ocenie skutków regulacji do ustawy, wynagrodzeniach na poszczególnych stanowiskach w dyspozytorniach.

(akta kontroli str. 338-339)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość:

Niezapewnienie całodobowej realizacji zadań przez WKRM, co było niezgodne z przepisem art. 29 ust. 1 ustawy PRM. Przyczyną stwierdzonej nieprawidłowości było zatrudnianie niewystarczającej liczby osób na tym stanowisku. Pomimo tego, urząd nie podjął żadnych działań mających na celu zwiększenie obsady WKRM w okresie od stycznia do lipca 2019 r. Stwierdzono ponadto, że trzech z czterech WKRM pełniło dyżury „pod telefonem”, a tym samym nie mieli oni dostępu do urządzeń wymaganych przepisami rozporządzenia w sprawie SWD PRM.

IV. Wniosek

Wniosek

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, wnosi o zintensyfikowanie działań celem zatrudnienia WKRM w liczbie zapewniającej całodobową realizację zadań w sposób stacjonarny.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 30 od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykonania wniosku pokontrolnego 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.

Zielona Góra, 16 stycznia 2020 r.

Kontroler
Anna Huziej
główny specjalista kontroli państwowej

.....
podpis

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Zielonej Górze
p.o. Dyrektora
Włodzimierz Stobrawa

.....
podpis