



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
DELEGATURA W ZIELONEJ GÓRZE

LZG.410.6.1.2025

Pan Jerzy Ostrouch
Prezes Zarządu
Wielospecjalistycznego Szpitala
Wojewódzkiego w Gorzowie
Wielkopolskim Sp. z o.o.
ul. Dekerta 1, 66-400 Gorzów Wlkp.

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/25/042 System Ratownictwa Medycznego

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wielkopolskim Sp. z o.o., ul. Dekerta 1, 66-400 Gorzów Wlkp. (dalej: <i>Szpital</i> lub <i>WSzW</i>)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Jerzy Ostrouch, Prezes Zarządu Szpitala, od 28 czerwca 2016 r. do - nadal
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 ¹
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Zielonej Górze
Kontrolerzy	1. Dorota Rudnicka-Kawa, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LZG/36/2025 z 29 kwietnia 2025 r. 2. Sebastian Stępień, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LZG/35/2025 z 28 kwietnia 2025 r.

(akta kontroli str. 1-5)

¹ Dz. U. z 2022 r. poz. 623, dalej: ustawa o NIK

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Szpitalny Oddział Ratunkowy (dalej: *SOR*) zasadniczo spełniał warunki udzielania świadczeń zdrowotnych oraz udzielał pomoc medyczną dla osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, pomimo stwierdzonych nieprawidłowości.

Uzasadnienie oceny ogólnej

SOR spełniał wymogi dotyczące pomieszczeń oraz posiadał bezpośredni dostęp do lądowiska. W jego skład wchodziły wszystkie wymagane obszary, a ich wyposażenie było zgodne z przepisami, poza aparatem do znieczulania, który znajdował się na bloku operacyjnym Szpitala. Szpital właściwie, tj. całodobowo, zorganizował dostęp do wymaganego zakresu badań, tj. diagnostycznych, USG, komputerowego badania tomograficznego oraz endoskopowych (w tym gastrokopii, bronchoskopii).

Zasoby kadrowe były wystarczające do realizacji umowy z Lubuskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia³. Personel spełniał wymagania dla zajmowanych stanowisk i w większości był na bieżąco zgłaszany do umowy z LOW NFZ. Wystąpiły przypadki nieterminowego przeprowadzania wymaganych przeglądów wyrobów medycznych wykorzystywanych przez *SOR* oraz wpisywania urządzeń medycznych do Systemu Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia⁴.

Pacjenci zgłaszający się m.in. w sytuacjach zagrożenia zdrowia i życia, a także przywożeni przez zespoły ratownictwa medycznego byli niezwłocznie przyjmowani w *SOR*. W 99,7% wymagany czas oczekiwania pacjenta na pierwszy kontakt z lekarzem został zachowany w odniesieniu do kategorii pilności, w tym wszystkie przypadki oznaczone kolorem czerwonym.

Jednakże dopiero w toku kontroli NIK, Szpital określił w regulaminie organizacyjnym maksymalny czas podjęcia decyzji przez lekarza dyżurnego *SOR* o skierowaniu pacjenta na leczenie do oddziałów Szpitala lub odmowie przyjęcia do oddziału osoby niebędącej w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, a także lekarza oddziału o przyjęciu pacjenta na oddział.

Wymiar czasu pracy pielęgniarek i ratowników medycznych zatrudnionych w *SOR* na podstawie umowy o pracę oraz okresy odpoczynku pomiędzy kolejnymi okresami świadczenia pracy tych osób, poza jednym przypadkiem, były zgodne z normami wynikającymi z przepisów. Niemniej w odniesieniu do umów cywilnoprawnych wystąpiły liczne przypadki świadczenia pracy przez lekarzy i ratowników medycznych w wymiarze powyżej 24 godzin, w skrajnych przypadkach okres ten wynosił nawet nieprzerwanie 72 godziny

W procesie segregacji pacjentów Szpital w pełni wykorzystywał system TOPSOR.

Szpital w sposób nierzetelny, tj. w mniejszym niż wymaganym wymiarze, przekazywał wojewódzkiemu koordynatorowi ratownictwa medycznego (dalej: *WKRM*) dane za pośrednictwem systemu INFOMED dotyczące stanu wolnych łóżek na oddziałach szpitalnych. Ponadto nie przekazał wojewodzie niezbędnych informacji do corocznej aktualizacji Planu Działania Systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego dla Województwa Lubuskiego (dalej: *PDS PRM*) dotyczących funkcjonowania *SOR* za 2023 rok.

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

³ Dalej: *LOW NFZ*.

⁴ Dalej: *SEZOZ*.

III.Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe⁵ kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Warunki udzielania świadczeń zdrowotnych

Opis stanu faktycznego

1.1. Oględziny SOR⁶ wykazały realizację obowiązków wynikających z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą⁷, w szczególności:

- ✓ pomieszczenia i urządzenia wymagające utrzymania aseptyki i wyposażenie tych pomieszczeń umożliwiały ich mycie i dezynfekcję;
- ✓ szerokość drzwi w pomieszczeniach umożliwiała ruch pacjentów na łóżkach;
- ✓ pomieszczenia, w których były wykonywane badania lub zabiegi, wyposażone były w:
 - co najmniej jedną umywalkę z baterią z ciepłą i zimną wodą;
 - dozownik z mydłem w płynie;
 - dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym;
 - pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte ręczniki,

(akta kontroli str. 46-83, 528-533)

Corocznie dokonywano przeglądu serwisowego instalacji wentylacji mechanicznej oraz klimatyzacji SOR.

(akta kontroli str. 177-180)

W skład SOR wchodziły wszystkie wymagane obszary⁸, o których mowa w § 5 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego⁹.

(akta kontroli str. 46-83)

Minimalne wyposażenie poszczególnych obszarów w wyroby medyczne było zgodne z wymogami sformułowanymi dla danego obszaru w §§ od 7 do 11 rozporządzenia ws. SOR, za wyjątkiem aparatu do znieczulania, wymaganym na stanowisku resuscytacyjnym oraz na sali zabiegowej, co stanowiło naruszenie § 7 ust. 3 pkt 2 oraz § 9 ust. 3 pkt 2 rozporządzenia ws. SOR, o czym również w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 46-83)

Kierownik SOR¹⁰ Tomasz Więckowski, w trakcie oględzin oświadczył, iż mobilny aparat do znieczulania dostępny był na bloku operacyjnym na poziomie SOR.

⁵ 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.

⁶ Przeprowadzone w dniach 14-15 maja 2025 r. Szpitalny Oddział Ratunkowy z Pododdziałem Ratunkowym dla Dzieci wchodził w skład jednostki organizacyjnej „Centrum Pomocy Doraźnej – świadczenia szpitalne ul. Dekerta”.

⁷ Dz.U. z 2022 r. poz. 402.

⁸ Oględzinami objęto obszar: segregacji medycznej i rejestracji przyjęć; resuscytacyjno-zabiegowy; wstępnej intensywnej terapii; terapii natychmiastowej; obserwacji; konsultacyjny.

⁹ Dz. U. z 2024 r. poz. 336, ze zm., dalej: *rozporządzenie ws. SOR*.

¹⁰ Kierujący Centrum Pomocy Doraźnej, w tym Szpitalnym Oddziałem Ratunkowym z Pododdziałem Ratunkowym dla Dzieci z jednoczesnym udzielaniem świadczeń zdrowotnych jako lekarz systemu w SOR.

Wskazał również, iż na SOR korzysta się jedynie ze znieczulenia krótkiego dożylnego oraz miejscowego lub regionalnego.

(akta kontroli str. 6-14, 46-83)

Prezes Zarządu Szpitala Jerzy Ostouch dodatkowo wyjaśnił, iż (...) wskazać należy, iż faktycznie aparat ten - będąc na ewidencji środków trwałych SOR - został doraźnie wypożyczony na potrzeby sali operacyjnej Bloku Operacyjnego, która jest usytuowana bezpośrednio przy obszarze resuscytacyjno-zabiegowym SOR (za drzwiami SOR). W razie konieczności aparat do znieczulenia jest natychmiast przetransportowywany na SOR. Tym samym aparat ten był stale dostępny na SOR w przypadku czysto hipotetycznej potrzeby takowej dostępności.

W ocenie Kierownika SOR będącego specjalistą z dziedziny medycyny ratunkowej oraz specjalistą z dziedziny anestezjologii i intensywnej terapii taka lokalizacja aparatu do znieczulenia pozwala na efektywne jego wykorzystanie. Dla funkcjonowania SOR nieposiadanie w jego strukturach aparatu do znieczuleń nie wiąże się z żadnym negatywnym skutkiem. Wynika to z faktu, że w SOR nie wykonuje się procedur, do których niezbędne jest posiadanie takiego aparatu. Dodatkowo program specjalizacji z medycyny ratunkowej nie przewiduje prowadzenia znieczuleń ogólnych aparatem do znieczulenia, więc wymusza się na oddziałach ratunkowych posiadanie sprzętu, którego nawet nie jest w stanie używać. Stanowisko to znajduje potwierdzenie w stanowisku lubuskiego wojewódzkiego konsultanta z dziedziny medycyny ratunkowej ws. wyposażenia SOR.

(akta kontroli str. 92-118)

Z ponownych oględzin SOR¹¹ wynikało, iż aparat do znieczulania znajdował się na sali zabiegowej SOR.

(akta kontroli str. 84-91)

Analiza dokumentacji wyposażenia SOR¹² w zakresie spełniania warunków technicznych¹³ wykazała, iż z 32 urządzeń aparatury/sprzętu medycznego, w przypadku sześciu¹⁴ - przegląd techniczny był przeprowadzony nieterminowo, tj. z opóźnieniem sięgającym od 1 do 21 dni, co było niezgodne z art. 63 ust. 3 i 4 ustawy z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych¹⁵, o czym również w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 119-176)

Prezes Zarządu Szpitala Jerzy Ostouch wyjaśnił, iż w odniesieniu do przyczyny nieterminowego przeprowadzenia przeglądów aparatury/ sprzętu medycznego (...) wskazać należy w pierwszej kolejności, że opóźnienia wykonania przeglądów są nieznaczące, a SOR dysponuje taką ilością defibrylatorów transportowych, defibrylatorów z kardiowersją i respiratorów transportowych, że wyłączenie urządzeń wskazanych w przedmiotowym piśmie nie miało dla funkcjonowania SOR najmniejszego znaczenia. Opóźnienia wynikały z braku dostępności serwisantów z firm zewnętrznych wykonujących przeglądy. Przykładowo defibrylatory do

¹¹ Przeprowadzonych w dniu 8 lipca 2025 r.

¹² Badaniem objęto dokumentację 32 sztuk wyrobów medycznych, tj. analizatory parametrów krytycznych, aparat RTG, przewoźne ultrasonografy (USG), stół operacyjno-zabiegowy, aparat do znieczulenia, defibrylatory, elektryczne urządzenia do ssania (ssak elektryczny), respiratory transportowe i stacjonarne.

¹³ M.in. na podstawie danych z paszportów technicznych, raportów serwisowych, wykazu środków trwałych, wykazów dzierżawionego sprzętu.

¹⁴ Jeden defibrylator transportowy Lifepak 15 o numerze inwentarzowym: 80201019 (przegląd w 2024 r. cztery dni po wymaganym terminie); Trzy defibrylatory z kardiowersją Lifepak 15 o numerach inwentarzowych: 80200766, 80200767, 80200768 (przeglądy w 2024 r. cztery dni po terminie); jeden respirator transportowy Medumat o numerze inwentarzowym: 80200867 (przegląd w 2024 r. jeden dzień po wymaganym terminie); jeden respirator transportowy Medumat o numerze inwentarzowym: 80200695 (przegląd w 2025 r. 21 dni po wymaganym terminie).

¹⁵ Dz. U. poz. 974, ze zm.

przeglądu zgłoszone zostały dnia 02.10.2024 r., a przegląd został wykonany dnia 24.10.2024 (zaledwie cztery dni po terminie). Na marginesie zauważyć należy, że dany sprzęt w przypadku braku przeglądu jest odstawiony od użytkowania z odpowiednią adnotacją, a to w celu zapewnienia bezpieczeństwa.

(akta kontroli str. 92-118)

1.2. Wszystkie wyroby medyczne wykorzystywane w SOR¹⁶ i podlegające wpisaniu do SEZOZ na podstawie wykazu I części załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2021 r. w sprawie zakresu informacji gromadzonych w Systemie Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia oraz sposobu i terminów przekazywania tych informacji¹⁷, zostały wpisane do SEZOZ w trakcie trwania kontroli¹⁸. Było to niezgodne z wymogami zawartymi w art. 24 ust. 1 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia¹⁹ oraz § 4 pkt. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2021 r. w sprawie zakresu informacji gromadzonych w Systemie Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia oraz sposobu i terminów przekazywania tych informacji²⁰, który określa, iż takie informacje podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne w szpitalu przekazuje co miesiąc do 7 dnia każdego miesiąca, o czym również w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 181-201)

Prezes Zarządu Szpitala Jerzy Ostroch wyjaśnił, iż *wprowadzenie wyrobów medycznych wymaganych w SOR zgodnie z rozporządzeniem (...) do Systemu Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia w czerwcu 2025 roku było sanacją stwierdzonego w trakcie kontroli NIK niedopatrzenia. Podkreślenia wymaga, że SOR był wielokrotnie kontrolowany przez różnego rodzaju instytucje i podmioty i nikt wcześniej nie zwrócił uwagi na to niedociągnięcie. Tym niemniej błąd został naprawiony.*

(akta kontroli str. 92-118)

1.3. SOR dysponował całodobowym lądowiskiem, zlokalizowanym w odległości umożliwiającej przyjęcie osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, bez pośrednictwa specjalistycznych środków transportu sanitarnego. Szpital nie był inwestorem bazy Lotniczego Pogotowia Ratunkowego (dalej: *LPR*), wobec tego nie posiadał dokumentacji projektowej z realizacji inwestycji²¹.

Lądowisko zostało wybudowane przed dniem 31 grudnia 2024 r., tj. przed wejściem w życie przepisu dotyczącego wymogu pozyskania opinii podmiotu leczniczego utworzonego przez ministra właściwego do spraw zdrowia w celu realizacji zadań lotniczych zespołów ratownictwa medycznego (§ 3 ust. 11 rozporządzenia ws. SOR).

(akta kontroli str. 46-83, 202-250)

¹⁶ W posiadaniu tut. SOR, tj. cztery monitory pacjenta (2010 r., 2014 r., 2016 r., 2018 r.), jeden aparat RTG (2017 r.), dwa aparaty USG (2017 r., 2018 r.), trzy kardiomonitoringi (2017 r., 2018 r., 2020 r.), jeden kardiostymulator zewnętrzny (2017 r.), trzy pompy infuzyjne (2014 r., 2017 r., 2018 r.), jeden respirator (2020 r.), respiratory transportowe (2016 r., 2018 r.), urządzenia do kompresji klatki piersiowej (2016 r., 2017 r., 2018 r.).

¹⁷ Dz. U. z 2025 r., poz. 496, dalej: *rozporządzenie w sprawie informacji*.

¹⁸ Tj. w dniach: 3, 4, 10 czerwca 2025 r.

¹⁹ Dz.U. z 2025 r., poz. 302.

²⁰ Dz.U. z 2025 r., poz. 496.

²¹ Podpisana została umowa użyczenia nr 19 DN/2016 z dnia 2 lutego 2019 r. pomiędzy WSzW a Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej LPR (dalej: *SP ZOZ LPR*) z siedzibą w Warszawie dotycząca bezpłatnego użytkowania działki gruntowej Szpitala w celu budowy bazy Śmigłowcowej Służby Ratownictwa Medycznego (HEMS) i prowadzenia działalności bazy przez SP ZOZ LPR.

1.4. Badanie dotyczące personelu udzielającego świadczeń na SOR²² w pierwszym dniu lipca w latach 2023-2024 oraz pierwszym dniu każdego z miesięcy okresu styczeń-maj 2025 r. wykazało, że:

- w dniu 1 lipca 2023 r. świadczeń na SOR udzielało 17 osób (pięciu lekarzy, w tym dwóch lekarzy systemu, 10 ratowników medycznych i dwie pielęgniarki);
- w dniu 1 lipca 2024 r. 23 osoby (czterech lekarzy, w tym trzech systemu, 12 ratowników medycznych i siedem pielęgniarek, w tym pięć systemu²³);
- w dniu 1 stycznia 2025 r. 21 osób (trzech lekarzy, w tym dwóch systemu²⁴, 12 ratowników medycznych i sześć pielęgniarek, w tym cztery systemu),
- w dniu 1 lutego 2025 r. 17 osób (czterech lekarzy, w tym dwóch systemu²⁵, 11 ratowników medycznych i dwie pielęgniarki),
- w dniu 1 marca 2025 r. 17 osób (czterech lekarzy, w tym jeden systemu²⁶, 11 ratowników medycznych i dwie pielęgniarki systemu),
- w dniu 1 kwietnia 2025 r. 25 osób (pięciu lekarzy, w tym dwóch systemu, 10 ratowników medycznych i 10 pielęgniarek, w tym sześć systemu²⁷),
- w dniu 1 maja 2025 r. 18 osób (czterech lekarzy, w tym jeden systemu²⁸, 10 ratowników medycznych i cztery pielęgniarki, w tym dwie systemu).

(akta kontroli str. 251-252)

Osoby te faktycznie świadczyły pracę w analizowanych dniach²⁹.

(akta kontroli str. 253)

Badanie dokumentacji odnoszącej się do kwalifikacji zawodowych wybranego personelu³⁰, tj. sześciu lekarzy³¹, 13 ratowników medycznych oraz dziewięciu pielęgniarek³² wykazało, że osoby udzielające świadczeń zdrowotnych w SOR spełniały wymagania określone w § 12 rozporządzenia ws. SOR³³.

Zgodnie z wytycznymi Dobrych praktyk – załącznik nr 8, pkt 4 zapewniono również odpowiednią liczbę personelu³⁴.

(akta kontroli str. 254-255)

²² W badaniu nie uwzględniano osób, które na SOR udzielały jedynie konsultacji, a pracowały na innym oddziale

²³ W tym pielęgniarka oddziałowa.

²⁴ W tym lekarz kierujący oddziałem.

²⁵ W tym lekarz kierujący oddziałem.

²⁶ Lekarz kierujący oddziałem.

²⁷ W tym pielęgniarka oddziałowa.

²⁸ Lekarz kierujący oddziałem.

²⁹ Potwierdzono na podstawie list obecności, rachunków, rozliczeń itp.

³⁰ Na próbie 10 osób udzielających świadczeń w dniach: 1 lipca 2023 r., 1 lipca 2024 r., 1 stycznia 2025 r., 1 lutego 2025 r., 1 marca 2025 r., 1 kwietnia 2025 r. i 1 maja 2025 r. uwzględniając co najmniej dwóch lekarzy, w tym kierującego oddziałem, pielęgniarkę oddziałową oraz pielęgniarki lub ratowników medycznych – łącznie 28 osób.

³¹ W tym lekarza kierującego oddziałem.

³² W tym pielęgniarki oddziałowej.

³³ Tj. m.in. lekarz kierujący oddziałem posiadał tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny ratunkowej. Pielęgniarka koordynująca była pielęgniarką systemu.

³⁴ Tj. - minimum 3-4 lekarzy na stałe przebywających w SOR/IP, obejmującym populację 150 000 – 200 000 mieszkańców; - minimum 10 ratowników medycznych lub pielęgniarek systemu na stałe przebywających w SOR/IP, obejmującym populację 150 000 – 200 000 mieszkańców (...). Liczba ludności Gorzowa Wielkopolskiego (miasta na prawach powiatu) wg stanu na 31.12.2024 r. wynosiła 114.700 mieszkańców

https://pl.wikipedia.org/wiki/Gorz%C3%B3w_Wielkopolski#cite_note-Populacja-3

(dostęp: 27.06.2025 r.)

Ponadto ustalono, że spośród próby obejmującej 138 osób³⁵ (w tym lekarze, pielęgniarki i ratownicy medyczni), w pięciu przypadkach nie dokonano zgłoszenia ratowników medycznych w myśl zawartej przez Szpital umowy z LOW NFZ w załączniku nr 2 - Harmonogram Zasoby, tj. jednego ratownika (udzielającego świadczeń w dniu 1 lipca 2024 r.); - umowy nr 0403/0018/24/PSZ; jednej ratowniczką (udzielającej świadczeń w dniu 1 stycznia 2025 r.); - umowy nr 0403/0018/25/PSZ; dwóch ratowników (udzielających świadczeń na SOR w dniu 1 lutego 2025 r.); - umowy nr 0403/0018/25/PSZ oraz jednego ratownika (udzielającego świadczeń na SOR w dniu 1 marca 2025 r.) do umowy nr 0403/0018/25/PSZ.

Brak zgłoszenia naruszał przepis § 6 ust 2 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej³⁶, który określa, iż świadczeniodawca zobowiązany jest do bieżącego aktualizowania danych o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy, przez które rozumie się zasoby wykazane w załączniku nr 2 do umowy - „Harmonogram - Zasoby”. Zmiany wymagają zgłoszenia dyrektorowi LOW NFZ najpóźniej w dniu poprzedzającym ich powstanie albo – w przypadkach losowych – niezwłocznie po ich powstaniu (...). Naruszone zostały również postanowienia § 2 pkt 9 umowy nr 0403/0018/24/PSZ z 29 grudnia 2022 r. oraz nr 0403/0018/25/PSZ z 29 grudnia 2022 r. podpisanych z LOW NFZ, o czym również w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 251-252, 256-267)

Prezes Zarządu Szpitala Jerzy Ostroch wyjaśnił, iż w odniesieniu do stwierdzonych braków, ratownicy medyczni zostali zgłoszeni do Portalu Świadczeniodawcy 5 czerwca 2025 i za zgodą NFZ zgłoszenie zostało dokonane z mocą wsteczną od 1 stycznia 2025 r.³⁷. Tym samym nastąpiła sanacja obowiązku bieżącego aktualizowania danych o potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy, przez które rozumie się zasoby wykazane w załączniku nr 2 do umowy - „Harmonogram - Zasoby”.

(akta kontroli str. 92-118)

1.5. W zakresie badań tomografii komputerowej (dalej: TK) w pierwszym tygodniu: lipca 2023 r., lipca 2024 r., stycznia oraz maja 2025 r. świadczeń w pracowni TK udzielało odpowiednio: 10, 11, 11, 11 lekarzy. W ww. tygodniach świadczeń w pracowni gastroscopii udzielało odpowiednio: dwóch, trzech, jeden lekarz³⁸, a w zakresie badań bronchoskopii świadczeń udzielał jeden lekarz.

Personel udzielający świadczeń posiadał kwalifikacje określone w załącznikach do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej³⁹.

(akta kontroli str. 268-277)

³⁵ Udzielających świadczeń na SOR w dniach: 1 lipca 2023 r. (17 osób), 1 lipca 2024 r. (23 osoby), 1 stycznia 2025 r. (21 osób), 1 lutego 2025 r. (17 osób), 1 marca 2025 r. (17 osób), 1 kwietnia 2025 r. (25 osób) i 1 maja 2025 r. (18 osób) - w tym osoby powtarzające się.

³⁶ Dz.U. z 2025 r. poz. 400.

³⁷ Umowa z NFZ została odblokowana 2 lipca 2025 r.

³⁸ W pierwszym tygodniu maja 2025 – brak pacjentów kwalifikujących się do badania.

³⁹ Dz. U. z 2016 r. poz. 357, ze zm.

Komórki organizacyjne Szpitala realizujące badania diagnostyczne, badania USG, komputerowe badania tomograficzne oraz badania endoskopowe (w tym gastrokopii, bronchoskopii) były dostępne na potrzeby SOR całodobowo⁴⁰.

(akta kontroli str. 278-313)

1.6. Dane zaprezentowane w PDS PRM⁴¹ ujęte w Tabeli nr 9 - *Liczba przyjęć pacjentów w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w roku 2023*, nie były zgodne z danymi źródłowymi Szpitala, tj. liczba zgonów wskazana w kolumnie 6b wynosiła 221, natomiast wg danych z systemu Szpitala⁴² wynosiła 111. Ponadto kolumna: 4a (Stan nagłego zagrożenia zdrowotnego ogółem 0-18 lat) była niezgodna z sumą kolumn 4c i 5a⁴³ oraz kolumna: 4b (Stan nagłego zagrożenia zdrowotnego ogółem >18 lat) była niezgodna z sumą kolumn 4d i 5b⁴⁴.

Natomiast dane zawarte w PDS PRM w Tabeli 9 za 2024 rok⁴⁵ zostały zaprezentowane prawidłowo, a rzetelność danych w zakresie liczby zgonów na SOR potwierdzono na podstawie wpisów z Systemu Szpitala⁴⁶.

(akta kontroli str. 314-334)

W odniesieniu do występujących rozbieżności Prezes Zarządu Szpitala Jerzy Ostroch wskazał, że *sposób pozyskania danych do tabel Wojewódzkiego Planu Działania Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne nie uwzględnia aktywności szpitala w tym zakresie. Dane są ściągane przez pracowników Wydziału Zdrowia Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego z systemu SWD PRM. Tym samym szpital nie ma wiedzy na temat powodów rozbieżności w tabelach jako, że nie ma wpływu tak na metodykę pozyskania i przetwarzania danych do tabeli nr 9 jak i na ich wprowadzanie, albowiem całość odbywa się poza szpitalem (...).*

(akta kontroli str. 335-348)

W trakcie kontroli ustalono, iż pomimo żądania wojewody lubuskiego w sprawie przekazania danych do Tabeli nr 9 za 2023 rok⁴⁷ oraz wysłanego monitu w tej sprawie, Szpital nie przekazał przedmiotowych danych. W związku z zaniechaniem Szpitala, wojewoda lubuski w PDS PRM za 2023 r. wykazał dane jak za 2022 rok, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 324-325, 328-329, 332)

⁴⁰ Oprócz umów zawartych z NFZ o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na poszczególne badania - według oświadczenia Kierownika Działu Kontraktowania i Sprzedaży Świadczeń Medycznych Katarzyny Mateckiej – w przypadku konieczności wykonania niezwłocznej gastrokopii dla pacjentów przyjętych do SOR, Szpital posiada zawartą umowę ze specjalistą uprawnionym do wykonywania badania, która zobowiązuje do niezwłocznego przybycia celem wykonania świadczenia medycznego. W Szpitalu funkcje Pracownia Endoskopowa udzielająca świadczenia medyczne w ramach kontraktu z NFZ oraz Pracownia Endoskopowa przy Oddziale Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, która udziela świadczeń dla pacjentów hospitalizowanych oraz pacjentów w trybie pilnym. W strukturach Szpitala znajduje się Pracownia Bronchoskopii, która nie posiada zawartej umowy z NFZ, a która wykonuje badanie bronchoskopowe dla pacjentów hospitalizowanych w placówce. Badania wykonuje specjalista uprawniony do wykonywania bronchoskopii.

⁴¹ Aktualizacja PDS PRM nr 9 (tekst jednolity z 15 kwietnia 2024 r.), aktualizacja PDS PRM nr 10 (tekst jednolity z 5 sierpnia 2024 r.), aktualizacja PDS PRM nr 11 (tekst jednolity z 12 grudnia 2024 r.); https://bip.lubuskie.uw.gov.pl/ratownictwo_medyczne/wojewodzki_plan_dzialania_systemu_panstw_owe_ratownictwo_medyczne

⁴² Obsługującego WSzW w Gorzowie Wlkp. Sp. z o.o. systemu informatycznego HIS Eskulap.

⁴³ Pacjenci urazowi oraz Inne 0-18 lat.

⁴⁴ Pacjenci urazowi oraz Inne > 18 lat.

⁴⁵ Aktualizacja PDS PRM nr 12 (tekst jednolity z 15 kwietnia 2025 r.); https://bip.lubuskie.uw.gov.pl/ratownictwo_medyczne/wojewodzki_plan_dzialania_systemu_panstw_owe_ratownictwo_medyczne

⁴⁶ Łącznie 134 zgony.

⁴⁷ Tj. pismo o sygnaturze BZK-V.6310.1.1.2024.SZół z dnia 9 stycznia 2024 r.

1.7. SOR jako ośrodek kosztowy, w obecnym zakresie ewidencjonowania zdarzeń gospodarczych, został ustanowiony zgodnie z zaleceniami standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców⁴⁸. W Planie kont stanowiącym załącznik do Zasad (polityki) rachunkowości w WSzW⁴⁹ ośrodek występuje pod kodem: 503-4902-1053 SOR - ryczałt dobowy.

(akta kontroli str. 349-380)

Zgodnie z zaleceniami zawartymi w załączniku nr 2, pkt 1.2. rozporządzenia w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców, w Planie kont Szpitala uwzględniono dodatkowo obszary rejestracji, przyjęć, segregacji, konsultacji, procedur. Biorąc także pod uwagę udostępnione przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji "Zasady tworzenia OPK w SOR/Izbie Przyjęć" (www.aotmit.gov.pl) wprowadzono następujące kody kosztowe:

- 530-0000-1216 SOR Obszar rejestracji, segregacji medycznej i przyjęć,
- 507-0000-1217 SOR Obszar konsultacji,
- 507-0000-1218 SOR Obszar proceduralny.

(akta kontroli str. 376-380)

Przyjęte w szpitalu klucze podziałowe kosztów określone zostały w załączniku nr 6 do Zasad (polityki) rachunkowości w WSzW. W ich tworzeniu uwzględniano propozycje zawarte w załączniku nr 7 do rozporządzenia. Ponadto, dla potrzeb rozliczenia OPK pomocniczego i proceduralnych towarzyszących SOR uzupełniono ministerialne propozycje o klucz podziałowy oparty na liczbie pacjentów przekazanych z SOR do oddziałów szpitalnych.

Główny Specjalista ds. liczenia kosztów i analiz Grzegorz Grzelakowski wskazał, iż *praktycznie ok. 30% pacjentów a tym samym kosztów alokowane jest do oddziałów. Rozliczenie następuje comiesięcznie, a wartość parametru ustalana jest na podstawie raportu ze szpitalnego HIS o przyjęciach i wypisach.*

(akta kontroli str. 349-380)

Koszty funkcjonowania SOR (OPK SOR – ryczałt dobowy) przedstawiały się następująco:

- w 2022 r.⁵⁰; kwota zobowiązania według umowy z NFZ wyniosła 12 173 413 zł, a kwota faktycznie uzyskana – 12 856 623 zł (więcej o 683 210 zł), przy czym koszty funkcjonowania SOR wyniosły 18 679 847 zł, co oznacza ujemny wynik finansowy w wysokości 5 823 224 zł;
- w 2023 r.; kwota zobowiązania według umowy z NFZ wyniosła 16 653 076 zł, a kwota faktycznie uzyskana – 16 652 820 zł (więcej o 256 zł), przy czym koszty funkcjonowania SOR wyniosły 22 424 157 zł, co oznacza ujemny wynik finansowy w wysokości 5 771 337 zł;
- w 2024 r.; kwota zobowiązania według umowy z NFZ wyniosła 22 597 907 zł, - a kwota faktycznie uzyskana – 22 597 905 zł (mniej o 2 zł) , przy czym koszty funkcjonowania SOR wyniosły 25 310 911 zł, co oznacza ujemny wynik finansowy w wysokości 2 713 006 zł;
- w 2025 r. (I kwartał); kwota zobowiązania według umowy z NFZ wyniosła 6 087 225 zł, - a kwota faktycznie uzyskana – 6 072 703 zł (mniej o 14 522 zł), przy czym koszty funkcjonowania SOR wyniosły 6 444 790 zł, co oznacza ujemny wynik finansowy w wysokości 372 087 zł.

⁴⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 października 2020 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców (Dz. U. poz. 2045).

⁴⁹ Zarządzeniem nr 61/2020 Zarządu WSzW w Gorzowie Wlkp. Sp. z o.o. z dnia 27 kwietnia 2020 r. wprowadzono Zasady (polityki) rachunkowości Szpitala (obowiązujące od 1 stycznia 2020 r.).

⁵⁰ Razem ze współczynnikami korygującymi wynagrodzenia.

Corocznie metodą przypisania kosztów pośrednich była alokacja wg przyjętych kluczy podziałowych.

(akta kontroli str. 381-477)

**Stwierdzone
nieprawidłowości**

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

1. Szpital nie zapewnił minimalnego wyposażenia SOR, tj. stwierdzono brak aparatu do znieczulenia, co stanowiło naruszenie § 7 ust. 3 pkt 2 oraz § 9 ust. 3 pkt 2 rozporządzenia ws. SOR. Pomimo, iż aparat ten był wykazany na stanie SOR, to faktycznie znajdował się na bloku operacyjnym Szpitala.
2. Nieterminowe przeprowadzenie, tj. z opóźnieniem sięgającym od jednego do 21 dni, przeglądów technicznych sześciu z 32 urządzeń aparatury medycznej wykorzystywanej na SOR, co stanowiło naruszenie art. 63 ust. 3 i 4 ustawy o wyrobach medycznych. Przyczyną opóźnień był brak dostępności serwisantów z firm zewnętrznych wykonujących przeglądy.
3. Pomimo obowiązku powstałego z dnia 26 marca 2021 r., dopiero w trakcie kontroli, tj. w dniach 3, 4 i 10 czerwca 2025 r. wyroby medyczne wyspecyfikowane w części I załącznika do rozporządzenia w sprawie informacji⁵¹ i wykorzystywane na SOR, zostały wpisane do SEZOZ, tj. po ponad 4 latach. Naruszało to wymogi zawarte w art. 24 ust. 1 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz § 4 pkt 1 rozporządzenia w sprawie zakresu informacji gromadzonych w SEZOZ oraz sposobu i terminów przekazywania tych informacji, który określa, iż wymagane informacje Szpital przekazuje co miesiąc do 7 dnia każdego miesiąca do systemu prowadzonego przez ministra właściwego ds. zdrowia. Przyczyną było niedopatrzenie pracownika.
4. Brak bieżącego aktualizowania danych o potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy zawartej z LOW NFZ (tj. załącznika nr 2 „Harmonogram – Zasoby”) - dotyczyło umowy nr 0403/0018/24/PSZ oraz nr 0403/0018/25/PSZ, co naruszało przepis § 6 ust 2 załącznika do rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej oraz § 2 pkt 9 przedmiotowych umów zawartych z LOW NFZ. Powyższe stwierdzono w odniesieniu do pięciu ze 138 osób personelu (tj. 3,6%). Przyczyną było przeoczenie pracownika.
5. Pomimo żądania wojewody lubuskiego dotyczącego przekazania danych za 2023 rok umożliwiających wypełnienie odpowiednich tabel, tj. corocznej aktualizacji danych do wojewódzkiego PDS PRM, Szpital wymaganych danych nie przekazał, w konsekwencji czego w planach zostały zaprezentowane dane z poprzedniego roku. Zaniechanie w tym zakresie było działaniem nierzetelnym.

OCENA CZĄSTKOWA

SOR spełniał wymagania dotyczące pomieszczeń i minimalnego wyposażenia, za wyjątkiem jednego aparatu do znieczuleń. SOR dysponował całodobowym łądownikiem. Zasoby kadrowe były wystarczające do realizacji umowy z LOW NFZ. Osoby te spełniały wymagania dla zajmowanych stanowisk i w większości były zgłoszone do ww. umowy.

Wszystkie komórki organizacyjne Szpitala realizujące badania diagnostyczne, badania USG, komputerowe badania tomograficzne oraz badania endoskopowe

⁵¹ Użytkowane na tut. SOR, tj. monitory pacjenta, aparat RTG, aparaty USG, kardiomonitor, kardiostymulator zewnętrzny, pompy infuzyjne, respiratory, urządzenia do kompresji klatki piersiowej.

(w tym gastrokopii, bronchoskopii) były dostępne na potrzeby SOR całodobowo.

Ustalono, że wystąpiły przypadki nieterminowego przeprowadzania wymaganych przeglądów wyrobów medycznych oraz wpisywania urządzeń medycznych wykorzystywanych w SOR do systemu SEZOZ. Ponadto Szpital nie przekazał dla wojewody lubuskiego wymaganych danych do PDS PRM dotyczących funkcjonowania SOR (Tabela nr 9) za 2023 rok.

2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego

Opis stanu
faktycznego

2.1. Szczegółowe badanie w zakresie czasu pracy personelu SOR⁵² świadczących pracę w styczniu 2024 i 2025 r. (trzymiesięczne okresy rozliczeniowe), na podstawie umowy o pracę⁵³, wykazało m.in., że:

- na podstawie ewidencji czasu pracy pielęgniarek i ratowników medycznych w ramach umów o pracę w miesiącach styczeń - marzec 2024 r. oraz styczeń - marzec 2025 r. (łącznie sześć miesięcy) w dziewięciu przypadkach przestrzegano norm dotyczących czasu pracy, wynikających z art. 93 i następnych ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁵⁴, nieprzekraczającego 7 h 35 minut na dobę oraz zapewnienia prawa do odpoczynku;

(akta kontroli str. 478-493)

- stwierdzono, że w jednym⁵⁵ z 10 analizowanych przypadków osób zatrudnionych w ramach umowy o pracę⁵⁶ wystąpiło przekroczenie przeciętnego średniotygodniowego wymiaru czasu pracy powyżej 48 godzin na tydzień (tj. 72 h - dotyczy marca 2025 r. - w przyjętym trzymiesięcznym okresie rozliczeniowym styczeń - marzec 2025 r.), pomimo braku zgody wyrażonej na piśmie, co było niezgodne z art. 96 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁵⁷, o czym również w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 478-485, 511)

Prezes Zarządu Szpitala Jerzy OstroUCH wyjaśnił, iż pracownik był zatrudniony na podstawie umowy o pracę na stanowisku ratownika medycznego. *Zgodnie z obowiązującym regulaminem pracy oraz zawartą umową obowiązuje go system i rozkład czasu pracy: równoważny zmianowy. W związku z tym, że pracownik ten jest zatrudniony w szpitalu, a nie w konkretnej komórce organizacyjnej szpitala na skutek braku możliwości obsady zmian w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii został poproszony o świadczenie pracy w tym oddziale, na co wyraził zgodę. Sam także wystąpił z pismem o wyrażenie zgody na pracę w godzinach nadliczbowych w Oddziale Anestezjologii (...) uzasadniając swoją prośbę chęcią wsparcia zespołu intensywnej terapii posiadaną wiedzą i doświadczeniem, a także możliwością rozwoju zawodowego oraz zdobycia cennego doświadczenia klinicznego. Konieczność świadczenia przez niego pracy wynikała ze szczególnych potrzeb pracodawcy, które swoje źródło miały w konieczności zapewnienia właściwej obsady w oddziale Anestezjologii (na skutek braku personelu pielęgniarskiego*

⁵² Po pięć osób w danej grupie zawodowej (tj. pielęgniarki i ratownicy medyczni). Ustalono, że w ww. okresach rozliczeniowych nie zatrudniano w SOR lekarzy w ramach umowy o pracę.

⁵³ Łączny czas pracy w okresie rozliczeniowym w Szpitalu (tj. we wszystkich komórkach organizacyjnych) tych osób.

⁵⁴ Dz. U. z 2025 r. poz. 450.

⁵⁵ Ratownik medyczny po studiach pierwszego stopnia (licencjackie).

⁵⁶ Po pięć osób w danej grupie zawodowej (ratownik medyczny, pielęgniarka).

⁵⁷ Dz. U. z 2025 r. poz. 450.

z powodu długotrwałej absencji chorobowej), była więc uzasadniona przepisami kodeksu pracy. Sytuacja miała charakter incydentalny. Organizacja pracy w szpitalu ma charakter specyficzny, musi być zachowana ciągłość pracy, aby zabezpieczyć zdrowie i życie pacjentów.

(akta kontroli str. 92-118)

Prezes Zarządu Szpitala Jerzy OstroUCH, pomimo złożonych wyjaśnień, do czasu zakończenia kontroli nie przedłożył w/w zgody.

Szczegółowe badanie w zakresie czasu pracy personelu SOR⁵⁸ świadczącego pracę w styczniu 2024 r. i 2025 r., na podstawie umowy innej niż umowa o pracę, wykazało m.in., że:

- w grupie lekarzy⁵⁹; najwięcej godzin przepracował lekarz, który świadczył pracę przez 296 godz. w styczniu 2024 r., a w 2025 r. – 392 godz.; pozostali lekarze świadczyli pracę w wymiarze 240 – 24 godz. (2024 r.) oraz 264 – 40 godz. (2025 r.).

Ponadto ustalono, że:

- lekarz, który świadczył pracę w najwyższym wymiarze w 2024 r. w pięciu przypadkach pracował nieprzerwanie dłużej niż 24 godz., tj.: 64; 40; 40; 32; 32 godz. Ponadto, wystąpiły dodatkowo cztery przypadki lekarzy, którzy przepracowali od 32 do 56 godz.;
 - lekarz, który świadczył pracę w najwyższym wymiarze w 2025 r. w pięciu przypadkach pracował nieprzerwanie dłużej niż 24 godz., tj.: 72; 48; 48; 48; 32 godz. Ponadto, wystąpiły dodatkowo cztery przypadki, w których lekarze przepracowali od 32 do 56 godz.
- w grupie ratowników medycznych; najwięcej godzin przepracowało trzech ratowników medycznych, którzy świadczyli pracę przez 240 godz. w styczniu 2024 r., a w 2025 r. – dwóch przez 252 godz.; pozostali ratownicy medyczni świadczyli pracę w wymiarze 228 – 48 godz. (2024 r.) oraz 240 – 72 godz. (2025 r.).

Ustalono, że trzech ratowników medycznych (styczeń 2025 r.) świadczyło pracę w nieprzerwanym wymiarze 36 godzin, wszyscy pozostali do 24 godzin.

(akta kontroli str. 494-510)

Prezes Zarządu Szpitala Jerzy OstroUCH wyjaśnił, iż *opisywane przypadki są efektem braków kadrowych w systemie ochrony zdrowia. Braki kadrowe to poważny problem w całej Polsce. Liczba lekarzy w stosunku do liczby pacjentów jest co do zasady zbyt niska, a w sposób szczególny dotyczy to lekarzy ze specjalnością z zakresu medycyny ratunkowej. Brak specjalistów z zakresu medycyny ratunkowej jest jednym z kluczowych problemów w ochronie zdrowia, szczególnie w kontekście funkcjonowania oddziałów SOR. Szpital jest cały czas w procesie poszukiwania tego rodzaju specjalistów, ale na skutek znikomej ilości lekarzy tej specjalności nie ma możliwości ich pozyskiwania z rynku. Podkreślenia wymaga, że skutkiem braku specjalistów są niestety dłuższe i częstsze dyżury na SOR dostępnych specjalistów, w tym także ratowników medycznych. Ponadto podkreślić należy, iż proces udzielania świadczeń medycznych na SOR jest zorganizowany w taki sposób, aby w możliwie największym zakresie odciążać lekarzy umożliwiając im czas na odpoczynek i tak: na SOR w każdej godzinie do dyspozycji jest 3 lekarzy, 10-11 ratowników medycznych/ pielęgniarek, 2-3 sekretarek medycznych zajmujących się*

⁵⁸ Po pięć osób w grupie zawodowej dotyczącej ratowników medycznych i pielęgniarek oraz wszystkich lekarzy.

⁵⁹ Wszyscy lekarze udzielający świadczeń na SOR, tj: w 2024 – 24 lekarzy, w 2025 – 25.

pacjentami. Alternatywą dla zmniejszenia ilości godzin pracy specjalistów na SOR jest zamknięcie SOR, co z oczywistych powodów konieczności zapewnienia bezpieczeństwa w zakresie ratowania życia i zdrowia pacjentów jest niemożliwe i zdaniem zarządu szpitala niedopuszczalne.

(akta kontroli str. 92-118)

Zdaniem NIK, w sposób nierzetelny zorganizowano pracę osób udzielających świadczeń zdrowotnych na podstawie umów cywilnoprawnych (lekarzy i ratowników medycznych). Świadczenie nieprzerwanie pracy przez tak długi wymiar czasu stanowi znaczące obciążenie fizyczne i psychiczne dla tych pracowników. Następstwem powyższego jest zwiększone ryzyko niepożądanego zdarzenia medycznego, które może stanowić zagrożenie dla zdrowia i życia pacjentów, a pracownika narażać na odpowiedzialność prawną i zawodową, o czym również w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

- w grupie pielęgniarki; najwięcej godzin przepracowała pielęgniarka, która świadczyła pracę przez 216 godz. w styczniu 2024, a w 2025 r. – 204 godz.⁶⁰; pozostałe pielęgniarki świadczyły pracę w wymiarze 204 – 168 godz. (2024) oraz 144 godz. (2025).

Ustalono, że wszystkie pielęgniarki świadczyły pracę najczęściej w nieprzerwanym wymiarze do 24 godzin.

(akta kontroli str. 500-510)

2.2. Oględziny elementów systemu TOP SOR wykazały przestrzeganie wymagań wynikających z § 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2021 r. w sprawie systemu zarządzającego trybami obsługi pacjenta w szpitalnym oddziale ratunkowym⁶¹. I tak minimalne wymagania infrastruktury technicznej wykorzystywanej w TOPSOR stanowiły:

- automat biletowy stojący z ekranem dotykowym wykonanym w technologii LCD, o przekątnej wynoszącej co najmniej 24 cale, drukarką do biletów i czytnikiem kodów kreskowych, zainstalowany przy wejściu do SOR;
- automat biletowy stojący, z przyciskami mechanicznymi i drukarką, zainstalowany przy podjeździe dla specjalistycznych środków transportu sanitarnego;
- drukarka nabiurkowa do biletów zainstalowana na stanowisku rejestracji w SOR;
- wyświetlacz zbiorczy z ekranem wykonanym w technologii LCD, o przekątnej wynoszącej co najmniej 42 cale, z jednostką sterującą, zainstalowany w obszarze segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć SOR;
- wyświetlacz stanowiskowy z ekranem wykonanym w technologii LCD, o przekątnej wynoszącej co najmniej 21 cali, zainstalowany w obszarze segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć SOR;
- terminal stanowiskowy z ekranem dotykowym wykonanym w technologii LCD, o przekątnej wynoszącej co najmniej 10 cali;
- tablet o zwiększonej odporności na uszkodzenia mechaniczne, z możliwością jego dezynfekcji;
- zestaw nagłaśniający;
- komputer centralny klasy PC dostosowany do pracy ciągłej;

⁶⁰ Dotyczyło czterech pielęgniarek.

⁶¹ Dz. U. poz. 1182.

- kardiomonitor stacjonarno-transportowy z ekranem LCD, o przekątnej wynoszącej co najmniej 12 cali, umożliwiający komunikację z TOPSOR przez eksport danych do KSM.

(akta kontroli str. 46-83)

2.3. W okresie od 1 stycznia 2023 r. do 30 kwietnia 2025 r. czynności segregacji medycznej na SOR dokumentowane w postaci karty segregacji medycznej⁶² dokonywane były przez 40 osób – w 2023 r., 36 – w 2024 r., 35 – w 2025 r. (do 30 kwietnia).

(akta kontroli str. 512-513)

Na podstawie analizy dotyczącej 15 osób, które zatwierdziły w w/w okresie najmniej kart segregacji medycznej⁶³ zweryfikowano kwalifikacje tych pracowników i ustalono, iż jedna osoba nie spełniała wymagań, o których mowa w art. 33 a ust. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym⁶⁴, nie była bowiem pielęgniarką systemu, o czym również w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 512-514)

Pielęgniarka Koordynująca i Nadzorująca Pracę Innych Pielęgniarek Małgorzata Dwurażna wyjaśniła, iż *podpisanie dwóch kart segregacji medycznej przez pielęgniarkę niebędącą pielęgniarką systemu wynikało z konieczności wsparcia ratownika medycznego pełniącego dyżur w obszarze segregacji medycznej ze względu na większą ilość oczekujących ZRM na przekazanie pacjenta*.

(akta kontroli str. 515-516)

W odniesieniu do powyższej sytuacji i ewentualnych działań w celu wyeliminowania w przyszłości takich zdarzeń Prezes Zarządu Szpitala Jerzy Ostrouch wyjaśnił m.in., iż (...) *Pielęgniarka systemu dokonując segregacji medycznej zalogowała się do systemu Eskulap i utworzyła tam kartę segregacji medycznej, którą stosownie wypełniła⁶⁵. Natomiast przyczyną niewłaściwego podpisu jest prawdopodobnie błąd ludzki. Wobec tego zostaną przeprowadzone szkolenia z zakresu obsługi systemów informatycznych dla pracowników SOR celem wyeliminowania tego typu błędów w przyszłości. Bez względu jednak na ów błąd ludzki nie można w sprawie w żadnym razie mówić o naruszeniu art. 33a Ustawy o PRM, albowiem przepis ten odnosi się do wykonania segregacji medycznej, a takową w sprawie wykonała pielęgniarka, która jest pielęgniarką systemu*.

(akta kontroli str. 335-348)

Zdaniem NIK, w świetle art. 33a ust. 1 PRM, zatwierdzanie kart segregacji medycznej poprzez złożenie podpisu w systemie informatycznym przez osobę bez wymaganych kwalifikacji jest czynnością nieuprawnioną. Ponadto konfiguracja systemu informatycznego powinna uniemożliwiać dokonywanie takich czynności (podpisu) osobom nieuprawnionym. Należy zatem zwrócić szczególną uwagę na przyznawanie uprawnień właściwym osobom w systemie.

2.4. Regulamin organizacyjny Szpitala zatwierdzony uchwałą⁶⁶ Rady Nadzorczej WSzW z 29 kwietnia 2025 r. oraz wcześniej zatwierdzony uchwałą⁶⁷ Rady Nadzorczej WSzW z 31 grudnia 2024 r., ani poprzednio obowiązujący regulamin

⁶² Od jednej do 1 736 zatwierdzonych kart.

⁶³ Od jednej do sześciu.

⁶⁴ Dz.U. z 2025 r. poz. 91, dalej: *PRM*.

⁶⁵ Jako autor - potwierdza to załączony e-mail ze zrzutem z ekranu, który potwierdza również podpis karty przez pielęgniarkę niebędącą pielęgniarką systemu.

⁶⁶ Nr 23/2025 r. w sprawie zatwierdzenia tekstu jednolitego Regulaminu Organizacyjnego Wielospecjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Gorzowie Wlkp. Sp. z o.o.

⁶⁷ Nr 79/2024 w sprawie zatwierdzenia tekstu jednolitego Regulaminu Organizacyjnego Wielospecjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Gorzowie Wlkp. Sp. z o.o.

organizacyjny Szpitala zatwierdzony uchwałą⁶⁸ z 28 czerwca 2023 r., nie określał maksymalnego czasu na podjęcie decyzji przez:

a) lekarza dyżurnego oddziału decyzji o skierowaniu pacjenta na leczenie do oddziałów szpitala, w którym działa oddział lub odmowie przyjęcia do oddziału osoby niebędącej w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego;

b) lekarza oddziału decyzji o przyjęciu pacjenta na oddział,

co naruszało przepis § 13 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia w sprawie SOR, o czym również w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 517-569)

Prezes Zarządu Szpitala Jerzy Ostroch wyjaśnił, że (...) *faktycznie regulamin organizacyjny Szpitala nie zawierał treści wymaganych przepisem (...), co zostało sanowane w ten sposób, że do regulaminu organizacyjnego zostały wprowadzone zapisy w § 8 ust. 12 i 13 dotyczące przedmiotowej kwestii*⁶⁹.

(akta kontroli str. 92-118)

W toku kontroli uzupełniono regulamin o wymagane zapisy⁷⁰.

(akta kontroli str. 101-106)

W odniesieniu do sposobu utrwalania momentu podjęcia decyzji, o których mowa w § 13 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia w sprawie SOR (tj. o skierowaniu pacjenta na leczenie do oddziałów szpitala, w którym działa oddział lub odmowie przyjęcia do oddziału osoby niebędącej w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego) Prezes Zarządu Szpitala Jerzy Ostroch wyjaśnił, iż *moment*

⁶⁸ Nr 64/2023 w sprawie zatwierdzenia tekstu jednolitego Regulaminu Organizacyjnego Wielospecjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Gorzowie Wlkp. Sp. z o.o.

⁶⁹ Uchwałą Zarządu Spółki WSzW nr 29/2025 z dnia 16 czerwca 2025 r. w sprawie ustalenia zmian w Regulaminie Organizacyjnym WSzW; Uchwałą Rady Nadzorczej WSzW nr 60/2025 z dnia 18 czerwca 2025 r. w sprawie zatwierdzenia zmian w Regulaminie Organizacyjnym WSzW; <https://bip.szpital.gorzow.pl/regulamin-organizacyjny.html>

⁷⁰ W Rozdziale 5 - Przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych

1. w §8.:

1) ust. 12. otrzymuje nowe brzmienie:

„O przyjęciu:

1) pacjenta do SOR szpitala decyduje lekarz Szpitalnego Oddziału Ratunkowego z Pododdziałem Ratunkowym dla Dzieci, po zapoznaniu się ze stanem zdrowia pacjenta. O odmowie przyjęcia pacjenta na SOR decyduje Kierownik/Ordynator Centrum Pomocy Doraźnej lub lekarz dyżurny oddziału będący lekarzem systemu. Podstawą do odmowy przyjęcia na SOR szpitala może być wyłącznie potwierdzenie, że pacjent nie znajduje się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego,

2) pacjenta z SOR do leczenia do innych oddziałów szpitala decyduje Kierownik/Ordynator Centrum Pomocy Doraźnej lub lekarz dyżurny oddziału będący lekarzem systemu, po zapoznaniu się ze stanem zdrowia pacjenta, na podstawie: badania podmiotowego, badania przedmiotowego oraz wyników badań diagnostycznych wykonanych na SOR, a niezbędnych do podjęcia decyzji o konieczności hospitalizacji, po uzyskaniu zgody pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego,

3) pacjenta z Izby Przyjęć do szpitala na podstawie skierowania decyduje lekarz oddziału, na który skierowany został pacjent, po zapoznaniu się ze stanem zdrowia pacjenta. Decyzja w tym przypadku podejmowana jest na podstawie: skierowania do szpitala wraz z załączonymi wynikami niezbędnych badań dodatkowych, badania podmiotowego i przedmiotowego oraz wykonanych badań diagnostycznych, niezbędnych do podjęcia decyzji o konieczności prowadzenia diagnostyki lub leczenia w trybie hospitalizacji, po uzyskaniu zgody pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego."

2) ust. 13. otrzymuje nowe brzmienie -

„Decyzję:

1) o przyjęciu, o którym mowa w ust. 12 pkt. 1 należy podjąć niezwłocznie,

2) o odmowie przyjęcia, o której mowa w ust. 12 pkt. 1 należy podjąć niezwłocznie, jednakże nie dłużej niż w ciągu 3 godzin od momentu stawienia się pacjenta na SOR,

3) o przyjęciu, o którym mowa w ust. 12 pkt. 2 podejmuje się nie dłużej niż w ciągu 24 h od momentu przyjęcia pacjenta na SOR,

4) o przyjęciu, o którym mowa w ust. 12 pkt. 3 podejmowania jest z uwzględnieniem czasu niezbędnego do wykonania czynności, o których mowa w ust. 12 pkt. 3."

podjęcia decyzji o skierowaniu pacjenta na leczenie do oddziałów szpitala, decyzja o odmowie (zakończeniu pobytu w SOR) w systemie Eskulap jest ewidencjonowana poprzez wprowadzenie w systemie odpowiedniego trybu zakończenia pobytu w SOR wraz z datą i godziną zakończenia obsługi pacjenta w TOPSOR⁷¹.

(akta kontroli str. 92-118)

W okresie objętym kontrolą w Tabeli nr 8 PDS PRM wykazane zostały oddziały Szpitala wraz z liczbą łóżek⁷².

(akta kontroli str. 591-594)

W odniesieniu do ustalania liczby łóżek zabezpieczanych na potrzeby osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, o którym mowa w § 13 ust. 3 rozporządzenia ws. SOR, Prezes Zarządu Jerzy Ostroch wskazał, iż:

- *specyfika SOR Wielospecjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Gorzowie Wlkp. sp. z o.o. wynika z faktu, iż jest to jednostka znajdująca się w dużym wielospecjalistycznym szpitalu, którego nie sposób porównywać do niewielkich szpitali powiatowych posiadających SOR. Skutkuje to kierowaniem przeważającej ilości zespołów ratownictwa medycznego właśnie do SOR szpitala w Gorzowie Wlkp.;*
- *ponadto rzeczywiste obciążenie najistotniejszych dla funkcjonowania SOR oddziałów szpitala jest na znaczącym poziomie (dla przykładu obłożenie łóżek w 2024 roku: na oddziale wewnętrznym było na poziomie 115,72 %, na oddziale kardiologii na poziomie 103,65 %, na oddziale neurologii na poziomie 98,03%, na oddziale chirurgii na poziomie 95,72 %⁷³)*

Z tego powodu niemożliwym jest ustalenie stałej, sztywnej ilości łóżek.

Tym niemniej w systemie ciągłym i na bieżąco ustalane są wolne miejsca mogące być do dyspozycji SOR. Służą temu z jednej strony wewnętrzne akty prawne regulujące kwestie skierowania do tymczasowego pobytu w innym oddziale szpitala niż dedykowany (zarządzenie nr 74/2017 z 12 maja 2017 roku Zarządu WSzW w Gorzowie Wlkp. sp. z o.o. w sprawie wprowadzenia procedury leczenia pacjenta przyjętego do szpitala w obrębie innego oddziału aniżeli dedykowany z powodu braku w tym oddziale wolnych łóżek), a z drugiej strony wypracowany system bieżącego zarządzania ruchem pacjentów.

System ten polega na tym, że:

- *od wielu lat zasadą jest codzienne (w tym również w niedziele i święta) raportowanie przez pracowników SOR za pomocą SMS do kadry zarządzającej szpitalem (zarząd, dyrektor ds. leczenia, dyrektor ds. pielęgniarstwa, lekarz naczelny ul. Dekerta) stanu ilości pacjentów na SOR oraz ewentualnych przedłużonych powyżej 24 h pobytów pacjentów na SOR. Umożliwia to bieżące reagowanie na ewentualne przedłużone pobyty,*

⁷¹ I tak w systemie Eskulap wprowadzany jest odpowiedni tryb:

- przeniesienie na oddział + wybór z listy oddziału, na który przeniesiony jest pacjent
- zakończenie procesu diagnostycznego
- skierowanie do dalszego leczenia w lecznictwie ambulatoryjnym
- wypisanie na własne żądanie
- skierowanie do dalszego leczenia w innym szpitalu.

Ponadto informacja o przedłużających się pobytach w SOR - powyżej 24h jest wysyłana w formie sms-a do kierownika SOR automatycznie po przekroczeniu 24 godziny pobytu i wysyłana jest okresowo do momentu zakończenia pobytu, a więc czas pobytu pacjenta na SOR jest monitorowany w sposób ciągły.

⁷²https://bip.lubuskie.uw.gov.pl/ratownictwo_medyczne/wojewodzki_plan_dzialania_systemu_panstwowe_ratownictwo_medyczne (dostęp na dzień 22.07.2025 r.).

⁷³ Na podstawie danych z systemu Eskulap.

- *codziennie o godz. 8.04 jest odprawa z udziałem pielęgniarki koordynującej SOR, dyrektora ds. leczenia, dyrektora ds. pielęgniarstwa, podczas której omawiana jest bieżąca (z ostatniej doby) sytuacja pacjentów na SOR,*
- *w sytuacjach wątpliwości podejmowane są tzw. decyzje administracyjne o przeniesieniu pacjenta na oddział.*

Taki system sprawdza się, o czym świadczy analiza pobytów pacjentów na SOR za okres objęty kontrolą (do 31.05.2025 roku) sporządzona na podstawie danych zawartych w systemie Eskulap.

(akta kontroli str. 92-118)

Szpital wskazał, że liczba pacjentów ogółem wynosiła: 37 480, w tym 15 533 – w 2023 r., 15 481 - w 2024 r., 6 466 - w 2025 r. (do 31 maja). Odpowiednio liczba pacjentów z pobytem >24h ogółem 595, w tym 191; 287; 117. Odpowiednio udział % pacjentów z pobytem >24h 1,6%; 1,2%; 1,9%; 1,8%. Odpowiednio udział % pacjentów z pobytem <24h stanowił 98,4%; 98,8%; 98,1%; 98,2%. Odpowiednio średni pobyt chorego wynosił: 3 h 55 min; 3 h 35 min.; 4 h 7 min.; 4 h 16 min.

Ponadto wskazano, iż jak wynika z danych dotyczących obłożenia łóżek wynikających z systemu Eskulap w szpitalu średnie wykorzystanie potencjału łóżek wynosi 83% w skali doby, co w warunkach szpitala oznacza, że każdej doby dostępnych jest 80 łóżek.

(akta kontroli str. 92-118)

2.5. Na podstawie § 5 zarządzenia Wojewody Lubuskiego z dnia 22 października 2018 r. w sprawie zasad i zakresu współpracy Wojewódzkiego Koordynatora Ratownictwa Medycznego z jednostkami systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego oraz jednostkami współpracującymi⁷⁴, określony został obowiązek przekazywania drogą elektroniczną do systemu informatycznego INFOMED⁷⁵ danych dotyczących stanu wolnych łóżek na wszystkich oddziałach szpitalnych dwa razy na dobę, tj. w godzinach 8:30-9:30 i 14:00-15:00.

(akta kontroli str. 595-602)

Z badania obejmującego okres siedmiu dni kalendarzowych, tj. od 17 do 23 czerwca 2025 r. i dotyczącego pierwszego raportu danego dnia⁷⁶ wynikało m.in., iż:

- w raportach wskazano dane z oddziałów Szpitala m.in. o: liczbie łóżek, liczbie wolnych łóżek, liczbie łóżek OIOM, liczbie wolnych łóżek OIOM;
- w czterech dniach⁷⁷ poranny raport odbył się w wymaganym czasie;
- w trzech dniach⁷⁸ – poranne raportowanie nie odbyło się,

co naruszało obowiązek wynikający z zapisów zarządzenia ws. współpracy WKRM, a w konsekwencji skutkowało nierzetelnym informowaniem WKRM, który jest uprawniony do uzyskiwania takich danych na podstawie § 1 pkt 1 lit d) i e) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie

⁷⁴ Dalej: *zarządzenie ws. współpracy WKRM.*

⁷⁵ System informowania Wojewódzkiego Koordynatora Ratownictwa Medycznego w Wojewódzkim Centrum Zarządzania Kryzysowego.

⁷⁶ Badanie zostało przeprowadzone po uzyskaniu danych od wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego, za pośrednictwem kontrolera przeprowadzającego czynności w LUW, które zostały zraportowane przez jednostkę kontrolowaną w ciągu ostatnich siedmiu dni kalendarzowych poprzedzających ich uzyskanie.

⁷⁷ W dniach 17-18 oraz 22-23 czerwca 2025 r. poranny raport odbył się w wymaganym czasie.

⁷⁸ 19, 20 i 21 czerwca 2025 r.

szczegółowego zakresu zadań wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego⁷⁹, o czym również w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 603-634)

Prezes Zarządu Szpitala Jerzy Ostroch wyjaśnił, iż wskazane trzy dni obejmowały tzw. długi weekend czerwcowy (19 czerwca był dniem wolnym od pracy - Boże Ciało). Określanie wypadkowej sytuacji niewysyłania raportów (...) mianem nierzetelnego informowania należy uznać za nadmiarowe. Sytuacja była wynikiem błędu ludzkiego, a w stosunku do osób odpowiedzialnych zostaną wyciągnięte stosowne konsekwencje. Nie zmienia to jednak faktu, że raportowanie w systemie INFOMED danych dotyczących stanu wolnych łóżek na wszystkich oddziałach szpitala w żaden sposób nie zmienia postępowania dyspozytorów medycznych w odniesieniu do kierowania ZRM do tut. Szpitala. Bez względu bowiem na to, czy w systemie INFOMED szpital zaraportuje czy nie zaraportuje o braku wolnych łóżek dyspozytorzy niezmiennie kierują ZRM do tut. Szpitala. Raportowanie jest więc wyłącznie dodatkowym obciążeniem personelu SOR, nie ma żadnego przełożenia na cały system PRM (raportowanie braku wolnych łóżek nie wpływa na ów system w ten sposób, że ZRM są przekierowywane do innych SORów, a tym samym nie ma żadnego znaczenia dla tego systemu. Ponadto analiza danych w systemie Infomed wykazała, iż niektóre szpitale nie raportują do tego systemu od grudnia 2024 roku, co najlepiej pokazuje jego nieskuteczność. (...).

Ponadto Prezes Zarządu Szpitala wskazał, iż przyjęto w Szpitalu dobrą praktykę, polegającą na wysyłaniu przed każdym weekendem i świętami informacji o braku wolnych łóżek na oddziałach Szpitala⁸⁰.

(akta kontroli str. 335-348)

NIK zauważa, iż wojewoda lubuski w dniu 27 lutego 2025 r. wystosował pismo do szpitali⁸¹, w tym do WSzW, w którym przypomina o obowiązku raportowania stanu wolnych łóżek w systemie INFOMED. Wskazał, że przedmiotowy system jest głównym narzędziem pozyskiwania informacji dla WKRM w zakresie dostępności wolnych miejsc na oddziałach szpitalnych, a brak uzupełniania danych powoduje poważne problemy z ustalaniem jednostek docelowych dla pacjentów obsługiwanych przez jednostki PRM. Zwrócono się w nim z prośbą o uczulenie personelu na konieczność uzupełniania danych w systemie, zgodnie z zarządzeniem wojewody.

(akta kontroli str. 635-636)

2.6. Regulamin organizacyjny Szpitala nie określał parametrów w zakresie wskazanym w § 13 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia ws. SOR, co opisano w punkcie 2.4. wystąpienia pokontrolnego. W związku z nieokreśleniem parametrów czasu podjęcia decyzji nie sprawdzano, czy zapewniono ich realizację.

2.7. Informacje dotyczące opieki sprawowanej nad pacjentem w SOR, tj. m.in. ogólnej liczby pacjentów przyjętych na Oddział (w podziale na kategorie pilności) oraz wartości czasu oczekiwania poszczególnych pacjentów w kolejnych etapach procesu przyjęcia oraz udzielania świadczeń w Szpitalu (w tym zlecenia i wykonywania badań), aż do wypisu z SOR lub przekazania na inny Oddział, były gromadzone (wprowadzane przez pracowników) w funkcjonującym w Szpitalu systemie informatycznym pn. *HIS Eskulap*.

⁷⁹ Dz. U. z 2018, poz. 1655.

⁸⁰ Przedłożono „Raport stanu wolnych łóżek w oddziałach WSzW” z dnia 18 czerwca 2025 r. (z informacją o braku wolnych łóżek w poszczególnych oddziałach w dniu 19 czerwca br.) oraz z dnia 20 czerwca 2025 r. (z informacją o braku wolnych łóżek w poszczególnych oddziałach w dniu 21-22 czerwca br.) - przekazane m.in. do centrum zarządzania kryzysowego wojewody lubuskiego.

⁸¹ Znak: BZK-V.6310.3.16.2025.

Wygenerowany z systemu Raport za okres od 1 stycznia 2023 r. do 3 czerwca 2025 r. zawierał 89 369 rekordów (z powtarzającymi się numerami PESEL). Przedstawione poniżej wybrane wartości wynikają wprost z raportu. I tak m.in.:

- a) w wyniku przeprowadzonej segregacji medycznej, o której mowa w § 6 ust. 9 rozporządzenia ws. SOR, w 89 298 przypadkach⁸² przydzielano osoby do jednej z pięciu kategorii zróżnicowanych pod względem stopnia pilności udzielenia jej świadczeń zdrowotnych⁸³, tj.:
- w 89 049 przypadkach, które stanowiły 99,7% wymagany czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem został zachowany w odniesieniu do kategorii pilności, w tym wszystkie przypadki dotyczące kategorii pilności w kolorze czerwonym;
 - kolor pomarańczowy - w 25 przypadkach (tj. 0,02%) czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem przekroczył wymagane 10 minut i wynosił od 13 do 357 minut;
 - kolor żółty - w 51 przypadkach (tj. 0,05%) czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem przekroczył wymagane 60 minut i wynosił od 61 do 602 minut;
 - kolor zielony - w 167 (tj. 0,2%) przypadkach czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem przekroczył wymagane 120 minut i wynosił od 122 do 669 minut;
 - kolor niebieski - w sześciu przypadkach czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem przekroczył wymagane 240 minut i wynosił od 255 minut do 781 minut;
- b) spośród 89 369 przypadków najwięcej dotyczyło kategorii pilności w kolorze żółtym - 46 234 (tj. 51,7%), następnie odpowiednio w kolorze zielonym - 30 791 (tj. 34,5%), pomarańczowym - 7 636 (8,5%); czerwonym - 3 455 (tj. 3,9%) i najmniej w niebieskim - 1 253 (tj. 1,4%);
- c) 65 231 z 89 369 przypadków dotyczyło przekazania przez zespół ratownictwa medycznego⁸⁴ (tj. 73%), w tym w podziale na kategorie pilności: kolor żółty - 38 417 (58,9%); zielony - 16 562 (25,4%); pomarańczowy - 6 624 (10,2%); czerwony - 3 162 (4,8%); niebieski - 466 (0,7%), podczas gdy zgodnie z Wytycznymi Dobre Praktyki załącznik nr 8, pkt 5 pacjenci powinni być rejestrowani priorytetowo⁸⁵.

(akta kontroli str. 637-645)

Prezes Zarządu Szpitala Jerzy Ostroch odnosząc się do zagadnienia dotyczącego okoliczności, że na SOR trafiły w większości przypadki niezwiązane z zagrożeniem życia lub w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, wyjaśnił, że *należy podkreślić, że jest to efekt wadliwie działającego systemu PRM, w ramach którego:*

> pacjent niebędący w stanie zagrożenia życia/nagłego zagrożenia zdrowotnego dzwoni do dyspozytora medycznego celem wezwania ZRM,

⁸² Pozostałe przypadki nie podlegające analizie, tj. 67 - brak danych czasowych w zakresie pobrania biletu TOPSOR oraz rejestracji pacjenta; trzy (dotyczyło dwóch PESELI) pobranie biletu TOPSOR i rejestracja pacjenta nastąpiła w 2021 r. a Triage miał miejsce w 2024 r.; jeden - data przeprowadzenia Triage wcześniejsza od daty rejestracji.

⁸³ Dalej: *kategoria pilności*. A mianowicie: kolor czerwony oznacza natychmiastowy kontakt z lekarzem; kolor pomarańczowy oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 10 minut; kolor żółty oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 60 minut; kolor zielony oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 120 minut; kolor niebieski oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 240 minut.

⁸⁴ Dalej: *ZRM*.

⁸⁵ Mając na celu skrócenie czasu oczekiwania ZRM na przekazanie pacjenta w SOR, wymagane jest wprowadzenie priorytetu rejestracji pacjentów przywiezionych przez ZRM.

- > dyspozytor obawiając się odpowiedzialności wysyła do tego pacjenta (niebędącego w stanie zagrożenia życia/ nagłego zagrożenia zdrowotnego) ZRM,
- > przybyły na miejsce do pacjenta ZRM woli podjąć decyzję o przewiezieniu pacjenta nieznajdującego się w stanie zagrożenia życia na SOR niż potencjalnie odpowiadać za odmowę przywiezienia tegoż pacjenta.

Wskazał również, że Ocena funkcjonowania SOR w WSzW w Gorzowie Wlkp. sp. z o.o. musi uwzględniać niedoskonałości uwarunkowań systemu PRM, które powodują, że ZRM wzywane są w przeważającej większości do pacjentów, którzy nie znajdują się w stanie zagrożenia życia lub zdrowia, o czym świadczy fakt, iż 70% pacjentów przetransportowanych na SOR WSzW w Gorzowie Wlkp. sp. z o.o. przez ZRM nie wymaga hospitalizacji i jest wypisywana z SOR do domu.

Ponadto prawidłowa organizacja funkcjonowania SOR za pomocą właściwych rozwiązań organizacyjnych przekłada się w Wielospecjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Gorzowie Wlkp. sp. z o.o. na bezpieczeństwo, komfort oraz skuteczność udzielanej pomocy medycznej. Pacjent uzyskuje szybką (czas oczekiwania karetki ZRM na przekazanie pacjenta do gorzowskiego SOR nie przekracza 15 minut)⁸⁶ i adekwatną do stanu zdrowia pomoc, co w przypadku nagłych stanów zagrożenia życia ma kluczowe znaczenie dla rokowania i dalszego leczenia. Dość wskazać, iż :

- > Średni pobyt chorego na SOR wynosi w okresie objętym zakresem kontroli nie dłużej 3 h 55 minut;
- > 98% pacjentów ma czas pobytu na SOR poniżej 24 h.

(akta kontroli str. 646-651)

- czas przeprowadzenia TRIAGE był tożsamy z czasem przyjęcia pacjenta przez lekarza SOR (w każdym przypadku).

(akta kontroli str. 637-645, 654)

Prezes Zarządu Szpitala Jerzy Ostrouch wskazał, m.in. iż aby lekarz SOR mógł podjąć jakąkolwiek decyzję dotyczącą pacjenta po triage pacjent ten musi znajdować się na książce oddziałowej SOR (czyli w systemie Eskulap musi zostać przyjęty na SOR). W momencie zakończenia wykonania triage osoba wykonująca triage przekazuje więc pacjenta w systemie Eskulap na SOR, aby umożliwić dalszą diagnostykę (np. badania lekarskie, zlecenie badań ect.) (...). Powyższe wynika z funkcjonalności systemu Eskulap.

(akta kontroli str. 646-653)

- czas od przyjęcia pacjenta przez lekarza SOR (tj. od badania lekarskiego) do zlecenia badań obrazowych w badanych 78 713 przypadkach⁸⁷ wynosił od 1 minuty do 3 892 minut (tj. około 64,9 godz.). Średnia wynosiła 90,11 minut, natomiast mediana 24,42; czas od przyjęcia pacjenta przez lekarza SOR do przekazania pacjenta na inny oddział w 33 354 przypadkach⁸⁸ wynosił od 1 minuty do 4 173 minut (około 69 godzin i 33 min.). Średnia wynosiła 443,25 minut, natomiast mediana 255.

(akta kontroli str. 645-654)

Prezes Zarządu Szpitala Jerzy Ostrouch wskazał m.in., iż System Eskulap służący do prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej nie pozwala na wykonanie jakiegokolwiek badania bez uprzedniego jego zlecenia w tym systemie. Oznacza to,

⁸⁶ Według danych z dyspozytorni medycznej LUW za 2025.

⁸⁷ 10 654 przypadków nie zlecono diagnostyki; Z analizy wykluczono również jeden skrajny przypadek wynoszący ponad 2 lata oraz jeden przypadek w którym data badania lekarskiego była wcześniejsza od daty zlecenia tego badania.

⁸⁸ 56 015 przypadków - brak daty przekazania na inny oddział.

że warunkiem sine qua non wykonania jakiegokolwiek badania w innych jednostkach organizacyjnych szpitala (nie na SOR) jest jego zlecenie. Bez zlecenia w systemie nie ma możliwości wykonania badania (...) Jak wiadomo na SOR z założenia powinniśmy obsługiwać pacjentów w stanach nagłych, istnieje więc przypuszczenie, że stwierdzone przypadki dotyczyły wykonania badań na SOR osobom w stanie zagrożenia życia, a wpis zlecenia tych badań był następny z uwagi na priorytet jakim jest w danym momencie ratowanie życia i zdrowia ludzkiego⁸⁹ (...) podkreślić należy, iż w sytuacji przyjęcia we wskazanym okresie (01.01.2023 - 03.06.2025) łącznie 89 369 pacjentów (...) mogą zdarzyć się tego rodzaju błędy jak brak wpisania daty wykonania badania - brak ten należy traktować więc jako efekt przepracowania personelu wynikającego ze znaczącego obciążenia ilością pacjentów.

(akta kontroli str. 646-653)

Ponadto Prezes Zarządu Szpitala Jerzy Ostroch wskazał m.in., iż (...) Szpital pracując zgodnie z zasadami wynikającymi z cyklu PDCA (cyklu Deminga) na bieżąco planuje i wprowadza rozwiązania organizacyjne, mające na celu usprawnianie systemu obsługi pacjentów na SOR, sprawdza ich skuteczność oraz - w przypadku stwierdzenia takiej potrzeby modyfikuje te rozwiązania. Działania te napotykać często na trudności wynikające z faktu ograniczeń, jakie niesie ze sobą ustawodawstwo (czego najlepszym przykładem jest wymóg posiadania na SOR aparatu do znieczulenia ogólnego w sytuacji, gdy tego rodzaju znieczuleń na SOR się nie wykonuje) (...).

(akta kontroli str. 646-653)

Rozpiętość czasu i kolejność zdarzeń zaistnienia części ww. procesów i zjawisk wskazuje zdaniem NIK na wysokie prawdopodobieństwo wystąpienia ewentualnych błędów bądź w samym systemie Eskulap, bądź sytuacji tzw. błędów ludzkich bądź też zaniechania wykonywania tzw. czynności biurowych na rzecz istotniejszych, podyktowanych koniecznością ratowania życia/zdrowia oraz wynikających ze specyfiki pracy na SOR i towarzyszącemu pośpiechowi.

Ze względu na wygenerowaną liczbę niemal 90 tysięcy rekordów Raportu, Najwyższa Izba Kontroli, nie dokonując oceny opisanych powyżej zjawisk, pragnie zaznaczyć, że funkcjonujący w Szpitalu system informatyczny powinien przedstawiać rzetelny, prawdziwy obraz zdarzeń i zjawisk zachodzących w Szpitalu, w tym w SOR. Dlatego niezbędnym byłoby zdiagnozowanie i wyjaśnianie przez Szpital przypadków wskazujących na skrajne wartości, a nawet zdarzenia ze swej natury nieprawdopodobne. Pozwoliłoby to usprawnić istniejący system, wyeliminować występujące błędy, ale też przypadki nieprawidłowego postępowania pracowników Szpitala. Wówczas dopiero system Eskulap stanie się opiniotwórczy, a kadra zarządzająca Szpitala dostarczy niezbędnej wiedzy pozwalającej na wdrożenie koniecznych działań naprawczych.

W zakresie przeprowadzania badań gastrokopii dla pacjentów SOR w pierwszych czterech miesiącach 2025 r.⁹⁰ Szpital wykazał, iż przeprowadzono badania dla ośmiu pacjentów. Nie wystąpił przypadek badań w porze nocnej w całym okresie objętym kontrolą.

(akta kontroli str. 655)

⁸⁹ Bez analizy źródłowej danego przypadku nie ma możliwości udzielenia innej odpowiedzi.

⁹⁰ Od 1 stycznia 2025 r. do 30 kwietnia 2025 r.

2.8. Według danych Szpitala⁹¹ liczba pacjentów przyjętych na SOR w okresie od 1 stycznia 2023 r. do 2025 r. (I kwartał) ogółem wyniosła 34 755 (tj. 15 527 – w 2023 r., 15 472 – w 2024 r., 3 756 – w 2025 r. (I kwartał)), w tym skierowanych do dalszego leczenia w trybie ambulatoryjnym wyniosła 13 869⁹² (tj. 6 021 – w 2023 r., 6 328 – w 2024 r., 1 520 – w 2025 r. (I kwartał)).

Liczba pacjentów w w/w okresie przywiezionych do SOR przez ZRM⁹³ wyniosła 21 626 (tj. 9 581 – w 2023 r., 9 764 – w 2024 r., 2 281 – w 2025 r. (I kwartał)), w tym: wypis jako przeniesienie na inny oddział 8 982 (tj. 4 018 – 2023 r., 4 017 – w 2024 r., 947 – w 2025 r. (I kwartał)) oraz jako skierowanie do dalszego leczenia w innym szpitalu 1 001 (tj. 331 – w 2023 r., 481 – w 2024 r., 189 – w 2025 r. (I kwartał)).

(akta kontroli str. 92-118, 656)

2.9. Ogólna liczba odmów udzielenia świadczenia w okresie objętym kontrolą⁹⁴ wynosiła 26 przypadków⁹⁵, w tym cztery w 2025 r., których przyczyny znalazły potwierdzenie w toku kontroli⁹⁶.

(akta kontroli str. 657-659)

2.10. W okresie od 1 stycznia 2023 r. do 30 czerwca 2025 r. LOW NFZ w jednym przypadku (tj. w 2023 roku⁹⁷) nałożył na Szpital karę umowną w wysokości 108 480,85 zł dotyczącą m.in. nieuzasadnionych przypadków odmów przyjęć pacjentów transportowanych przez ZRM do SOR.

(akta kontroli str. 660-691)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Przekroczenie przez jednego ratownika medycznego (spośród 10 umów zawartych w ramach umowy o pracę) przeciętnego średniotygodniowego wymiaru czasu pracy powyżej 48 godzin na tydzień (72 h - dotyczy marca 2025 r. - w przyjętym trzymiesięcznym okresie rozliczeniowym styczeń - marzec 2025 r.), pomimo braku zgody wyrażonej na piśmie, co było niezgodne z art. 96 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej. Przyczyną nieprawidłowości była konieczność zapewnienia właściwej obsady w oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii na skutek braku personelu pielęgniarskiego z powodu długotrwałej absencji chorobowej.
2. Nierzetelny sposób organizacji pracy osób udzielających świadczeń zdrowotnych na podstawie umów cywilnoprawnych. Przypadki świadczenia pracy przez tę grupę personelu medycznego przez ponad 24 godziny przedstawiały się następująco:
 - lekarza, który świadczył pracę w najwyższym wymiarze w 2024 r. (tj. 296 godz.) w pięciu przypadkach pracował nieprzerwanie dłużej niż 24 godziny, tj.: 64; 40; 40; 32; 32 godz.;

⁹¹ Dane pozyskane z raportu „STAT089 Pacjenci w SOR/ISOR/TRIA/IGIN dostępnego w systemie informacji szpitalnej Eskulap. Przedstawiono liczbę pacjentów w jednostce SOR, bez pacjentów zaopatrzonych w obszarze segregacji (ISOR) z trybem przyjęcia nagłym. Zastosowane do przetwarzania danych filtry dotyczyły: wskazania jednostki organizacyjnej, trybu przyjęcia, trybu wypisu. Liczba pacjentów skierowanych do POZ nie była dostępna: katalog trybów wypisu nie przewidywał takiej opcji.

⁹² Z trybem wypisu: 2 – skierowanie do dalszego leczenia w trybie ambulatoryjnym.

⁹³ Tryb przyjęcia: 2 – przyjęcie w trybie nagłym w wyniku przekazania przez ZRM.

⁹⁴ Na podstawie danych z systemu SWD PRM.

⁹⁵ Tj. w roku 2023: cztery przypadki, w 2024: 18, w 2025: cztery.

⁹⁶ Tj.: odesłano z izby przyjęć psychiatrycznej na SOR, gdzie przyjęto w celu oceny stanu somatycznego, błędna ocena stanu pacjenta przez ZRM.

⁹⁷ Okres objęty kontrolą przez LOW NFZ: od 1 kwietnia do 31 lipca 2022 r. Ustalone nieprawidłowości dotyczyły wartości umowy w okresie rozliczeniowym: 1 stycznia 2022 r. – 31 grudnia 2022 r.

- lekarza, który świadczył pracę w najwyższym wymiarze w 2025 r. (tj. 392 godz.) w pięciu przypadkach pracował nieprzerwanie dłużej niż 24 godziny, tj.: 72; 48; 48; 48; 32 godz.;
- trzech ratowników medycznych (styczeń 2025 r.) świadczyło pracę w nieprzerwanym wymiarze 36 godzin.

Przyczyną powyższego stanu były braki kadrowe.

3. Pomimo wymogu zawartego w art. 33a ust. 1 PRM, który określa m.in., iż segregację medyczną przeprowadza pielęgniarka systemu (...), dwie karty segregacji medycznej w okresie od 1 stycznia 2023 r. do 30 kwietnia 2025 r. zostały zatwierdzone przez pielęgniarkę niebędącą pielęgniarką systemu. Prezes Zarządu Szpitala wskazał, iż przyczyną nieprawidłowości był „błąd ludzki”.
4. Pomimo obowiązku, o którym mowa w § 13 ust. 1 pkt 1 lit. a) i b) oraz pkt. 2 rozporządzenia ws. SOR, powstałego z dniem 27 czerwca 2019 r., dopiero w toku kontroli wprowadzono w regulaminie szpitala zapisy dotyczące maksymalnego czasu na podjęcie przez lekarza dyżurnego oddziału decyzji o skierowaniu pacjenta na leczenie do oddziałów szpitala, w którym działa oddział lub odmowie przyjęcia do oddziału osoby niebędącej w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego oraz przez lekarza oddziału decyzji o przyjęciu pacjenta na oddział. Wówczas również informacje te zostały podane do publicznej wiadomości poprzez zamieszczenie na stronie BIP Szpitala.
5. Wbrew postanowieniom § 5 zarządzenia Wojewody Lubuskiego z 22 października 2018 r. w sprawie zasad i zakresu współpracy WKRM z jednostkami systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego oraz jednostkami współpracującymi, Szpital nie przekazywał w sposób ciągły danych do systemu informatycznego INFOMED dotyczących stanu wolnych łóżek na wszystkich oddziałach szpitalnych (tj. codziennie - dwa razy na dobę). Powyższe ustalono w trzech następujących po sobie dniach spośród próby obejmującej siedem dni kalendarzowych. Przyczyną nieprawidłowości był błąd pracownika.

OCENA CZĄSTKOWA

Czas pracy pielęgniarek i ratowników medycznych zatrudnionych w SOR na podstawie umowy o pracę oraz okresy odpoczynku pomiędzy kolejnymi okresami świadczenia pracy tych osób, poza jednym przypadkiem, były zgodne z obowiązującymi normami. Kontrola wykazała, iż w odniesieniu do umów cywilnoprawnych wystąpiły przypadki pracy lekarzy i ratowników medycznych w wymiarze powyżej 24 godzin, w skrajnych przypadkach okres ten wynosił nawet 72 godziny.

Szpital wykorzystywał system TOPSOR w pełni. Karty segregacji medycznej co do zasady zatwierdzali pracownicy posiadający odpowiednie uprawnienia, poza jednym przypadkiem pielęgniarki (spośród próby 15 pracowników), która nie była pielęgniarką systemu, a więc do takiej czynności nieuprawnioną. Szpital nie przekazywał w sposób ciągły dla WKRM danych dotyczących stanu wolnych łóżek na wszystkich oddziałach szpitalnych.

Analiza Raportu z Systemu Szpitala wykazała, iż w 99,7% wymagany czas oczekiwania pacjenta na pierwszy kontakt z lekarzem został zachowany w odniesieniu do kategorii pilności, w tym wszystkie przypadki dotyczące kategorii pilności w kolorze czerwonym.

W okresie objętym kontrolą odnotowano 26 przypadków odmowy przejęcia pacjentów do SOR, a cztery zbadane przypadki, które wystąpiły w 2025 roku były uzasadnione.

Regulamin organizacyjny Szpitala nie określał maksymalnego czasu podjęcia decyzji przez: a) lekarza dyżurnego oddziału o skierowaniu pacjenta na leczenie do oddziałów szpitala, w którym działa oddział lub odmowie przyjęcia do oddziału osoby niebędącej w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego; b) lekarza oddziału o przyjęciu pacjenta na oddział, co nie odpowiadało przepisom § 13 ust. 1 pkt 1 lit. a) i b) rozporządzenia w sprawie SOR, niemniej jednak w trakcie kontroli został uzupełniony o wymagane zapisy.

IV. Uwagi i wnioski

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

Wnioski	1. Terminowe przeprowadzanie przeglądów technicznych wyrobów medycznych wykorzystywanych na SOR. 2. Ujmowanie i terminowe raportowanie w SEZOZ informacji o posiadanych wyrobach medycznych. 3. Bieżące aktualizowanie danych o potencjale kadrowym Szpitala wynikających z podpisanych umów z oddziałem NFZ, tj. wskazanych w załączniku nr 2 umowy „Harmonogram – Zasoby”. 4. Zobowiązanie do pracy w wymiarze przekraczającym przeciętnie 48 godzin na tydzień w przyjętym okresie rozliczeniowym wyłącznie po uprzednim wyrażeniu przez pracownika zgody na piśmie. 5. Zapewnienie osobom świadczącym pracę na podstawie umów cywilnoprawnych czasu wypoczynku w wymiarze gwarantującym bezpieczne dla nich i dla pacjentów udzielanie świadczeń zdrowotnych. 6. Zatwierdzanie kart segregacji medycznej przez uprawnione osoby. 7. Przekazywanie w sposób ciągły danych do systemu informatycznego INFOMED dotyczących stanu wolnych łóżek na wszystkich oddziałach szpitalnych (tj. codziennie - dwa razy na dobę).
---------	--

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 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
wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 30 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag i 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.

Zielona Góra, 24 lipca 2025 r.

Kontroler
Dorota Rudnicka-Kawa
Specjalista kontroli państwowej

/podpisano kwalifikowanym podpisem
elektronicznym/

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Zielonej Górze
p.o. Dyrektora
Andrzej Aleksandrowicz

/podpisano kwalifikowanym podpisem
elektronicznym/