



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Zielonej Górze

LZG.410.6.3.2025

Helena Michalak

Dyrektor
Samodzielnego Publicznego
Zakładu Opieki Zdrowotnej
w Sulęcinie
ul. Witosa 7
69-200 Sulęcín

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/25/042 - System ratownictwa medycznego

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sulęcinie, ul. Witosa 7, 69-200 Sulęcín (dalej: <i>Szpital lub SPZOZ</i>).
Kierownik jednostki kontrolowanej	Helena Michalak, w okresie od 10.09.2024 r. do 06.03.2025 r. pełniąca obowiązki Dyrektor SPZOZ, a od 07.03.2025 r. Dyrektor SPZOZ (dalej: <i>Dyrektor</i>). W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełniła: Agnieszka Zaręba, Dyrektor SPZOZ, od 04.12.2007 r. do 09.09.2024 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Warunki udzielania świadczeń zdrowotnych. 2. Udzielenie świadczeń zdrowotnych osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.
Okres objęty kontrolą	Od 1 stycznia 2023 r. do dnia zakończenia kontroli, z wykorzystaniem danych sprzed okresu objętego kontrolą
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ¹
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Zielonej Górze
Kontroler	Zdzisław Szafrąński, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LZG/40/2025 z 07.05.2025 r.

(akta kontroli str. 1-9)

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

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Szpital nie zapewnił warunków do w pełni prawidłowego udzielania świadczeń zdrowotnych osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (dalej: *SOR* lub *Oddział*).

Uzasadnienie oceny ogólnej

SOR spełniał wymagania dotyczące pomieszczeń i urządzeń, w szczególności lokalizacja, organizacja i minimalne wyposażenie SOR, jak również lądowisko dla helikopterów, były zgodne z przepisami. Kontrola wykazała jednak, że oznakowanie SOR nie odpowiadało obowiązującym normom. Ustalono także, że wystąpiły przypadki nieterminowego przeprowadzania wymaganych przeglądów wyrobów wykorzystywanych przez SOR oraz wpisywania urządzeń medycznych do Systemu Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia (dalej: *SEZOZ*). Do czasu kontroli NIK, tj. przez prawie 6,5 roku nie był przeprowadzony obowiązkowy pięcioletni przegląd lądowiska dla helikopterów znajdującego się na terenie Szpitala, w tym instalacji elektrycznej.

Zasoby kadrowe były wystarczające do realizacji umowy zawartej z Lubuskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej: *LOW NFZ* lub *Fundusz*), a nawet – w ilości wyższej niż minimalna – zapewniono wykwalifikowaną obsługę kadrową SOR. Wszystkie osoby zatwierdzające w analizowanym okresie karty segregacji medycznej posiadały odpowiednie kwalifikacje. Świadczeniodawca każdorazowo zgłaszał do LOW NFZ zmiany odnoszące się do osób realizujących obowiązującą umowę z Funduszem.

Wszystkie komórki organizacyjne Szpitala realizujące badania diagnostyczne były dostępne na potrzeby SOR całodobowo, a każdemu objętemu analizą pacjentowi udarowemu niezwłocznie udzielono zleconego badania diagnostycznego.

Czasy pracy pielęgniarek i ratownika medycznego zatrudnionych w SOR na podstawie umowy o pracę oraz okresy odpoczynku pomiędzy kolejnymi okresami świadczenia pracy tych osób były zgodne z normami wynikającymi z przepisów. W przypadku natomiast osób zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych stwierdzono liczne przypadki świadczenia pracy w wymiarze przekraczającym 24 godzin. W skrajnym przypadku (jeden z lekarzy) osiągnął nawet 144 godziny (sześć dób) nieprzerwanego czasu pracy.

Wbrew wymogom, regulamin organizacyjny Szpitala nie określał maksymalnego czasu podjęcia kluczowych decyzji przez lekarzy w odniesieniu do postępowania z pacjentem. W Szpitalu nie zapewniono pełnej funkcjonalności systemu TOPSOR³, bowiem część infrastruktury technicznej nie została wykorzystana. Również w systemie TOPSOR w całym okresie objętym kontrolą NIK nie odnotowywano daty, godziny i minuty pierwszego kontaktu pacjenta z lekarzem SOR, co nie odpowiadało obowiązującym przepisom i uniemożliwiało ustalenie, czy czas wynikający z przepisów był przestrzegany.

Dyrektor Szpitala nie ustalił także liczby łóżek w poszczególnych jednostkach organizacyjnych Szpitala wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, w którym znajduje się SOR, zabezpieczanych na potrzeby osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego skierowanych do tych jednostek z SOR, co nie odpowiadało zapisom właściwego rozporządzenia.

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

³ Systemu zarządzającego trybami obsługi pacjentów w SOR.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe⁴ kontrolowanej działalności

OBSZAR 1. Warunki udzielania świadczeń zdrowotnych

Opis stanu
faktycznego

Statut Samodzielnemu Publicznemu Zakładowi Opieki Zdrowotnej w Sulęcinie został nadany uchwałą⁵ Rady Powiatu Sulęcińskiego z dnia 28.11.2017 r. Regulamin organizacyjny Szpitala ustalono zaś zarządzeniem⁶ Dyrektora Szpitala z dnia 31.05.2023 r. W załącznikach do Regulaminu organizacyjnego ustalono zadania i organizację komórek organizacyjnych Szpitala. Regulamin funkcjonowania SOR określono w załączniku nr 2.8 do ww. Regulaminu organizacyjnego. Poprzednio (w okresie od 10.05.2018 r. do 30.05.2023 r.) obowiązywał Regulamin organizacyjny Szpitala wprowadzony zarządzeniem⁷ Dyrektora SPZOZ z 10.05.2018 r.

(akta kontroli str. 10-80, 387-420)

1.1. Szpitalny Oddział Ratunkowy w Szpitalu w Sulęcinie zlokalizowano na parterze budynku, na poziomie wjazdu karet i wejścia dla pieszych od strony ulicy Szpitalnej. Podczas kontroli NIK realizowane było w Szpitalu zadanie inwestycyjne pn. *Modernizacja i przebudowa szpitalnego oddziału ratunkowego w formule zaprojektuj i wybuduj* (roboty budowlane rozpoczęto 27.09.2024 r., planowany termin zakończenia inwestycji - 31.10.2025 r.).

(akta kontroli str. 81-85, 196)

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą⁸ określa m.in. wymagania: ogólnoprzestrzenne (§§ 14-17); ogólnobudowlane (§§ 30-33); dotyczące instalacji (§§ 37-40). SOR spełniał wymagania dotyczące pomieszczeń i urządzeń określone w ww. przepisach. W okresie objętym kontrolą corocznie (nie rzadziej niż co 12 miesięcy) dokonywano przeglądu instalacji klimatyzacyjnej SOR.

Lokalizacja, organizacja i minimalne wyposażenie SOR były zgodne z §§ 3-11 ww. rozporządzenia.

Oznakowanie SOR, tj. wejście dla pieszych i podjazd dla specjalistycznych środków transportu sanitarnego SOR nie zostało wyraźnie oznakowane wzdłuż drogi dojścia i dojazdu, co nie odpowiadało wymogom § 3 ust. 2 ww. rozporządzenia, o czym szerzej w dalszej części wystąpienia pokontrolnego w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

⁴ 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.

⁵ Nr XLIII/196/17.

⁶ Nr 12 w sprawie: wprowadzenia Regulaminu Organizacyjnego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Sulęcinie (przedmiotowy Regulamin organizacyjny był zmieniany zarządzeniami Dyrektora Szpitala: - nr 13 z 25.04.2024 r.; - nr 36 z 08.10.2024 r.; - 37 z 08.10.2024 r.; - 45 z 03.12.2024 r.).

⁷ Nr 8/2018. Poprzednio regulaminy SOR były ustalane w załącznikach do zarządzeń Dyrektora Szpitala: - nr 8/2018 z 10.05.2018 r.; - nr 19 z 12.11.2019 r.

⁸ Dz. U. z 2022 r. poz. 402.

Dobre praktyki postępowania w SOR zawarte zostały w pkt 11 dokumentu pn. *Dobre praktyki postępowania w szpitalnych oddziałach ratunkowych i w izbach przyjęć* z 04 kwietnia 2017 r. (dalej: *Dobre praktyki*). W budynku, w którym zlokalizowano SOR zamieszczono informacje, o których mowa w *Dobrych praktykach*, tj. informację dotyczącą zasad funkcjonowania SOR oraz informację o najbliższym miejscu udzielania świadczeń w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

(akta kontroli str. 115-124, 197-211)

Ustawa z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych⁹ w art. 63 ust. 3 i 4 określa rodzaje dokumentacji dotyczącej wykonanych instalacji, napraw, konserwacji, działań serwisowych, aktualizacji oprogramowania, przeglądów, regulacji, kalibracji i in., wykorzystywanych do udzielania świadczeń zdrowotnych lub usług i które obowiązany jest posiadać podmiot udzielający takich świadczeń.

Analiza zapisów zamieszczonych w dokumentacji Szpitala dotyczącej wyrobów medycznych przypisanych i znajdujących się w SOR wykazała, że przeglądy tych wyrobów dokumentowo w paszportach technicznych, książkach urządzeń i raportach serwisowych. W SPZOZ znajdowały się paszporty techniczne, książki urządzeń i raporty serwisowe z zapisami odnośnie dokonywania przeglądów 41 wyrobów medycznych przypisanych do SOR. W badanym okresie przeglądy 38 urządzeń były wykonywane terminowo. Nieterminowo przeprowadzano przeglądy trzech urządzeń. Powyższe opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 115-124, 197-211, 368-369)

1.2. Warunki, jakie jest zobowiązany spełnić podmiot leczniczy zawarte zostały w art. 17 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej¹⁰ (dalej: ustawa o działalności leczniczej).

W § 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2021 r. w sprawie zakresu informacji gromadzonych w Systemie Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia oraz sposobu i terminów przekazywania tych informacji¹¹, określono terminy i zasady przekazywania informacji, o których mowa w art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia¹², do SEZOZ.

Wyroby medyczne wykorzystywane w SOR do udzielania świadczeń zdrowotnych osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego były nieterminowo (niezgodnie z zapisami § 4 pkt 1 ww. rozporządzenia) wpisywane do SEZOZ. Powyższe opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 233-297)

⁹ Dz. U. poz. 974, ze zm.

¹⁰ Dz. U. z 2024 r. poz. 799, ze zm.

¹¹ Dz. U. z 2025 r. poz. 496.

¹² Dz. U. z 2025 r. poz. 302, ze zm.

1.3. Rozporządzenie w sprawie SOR w § 3 ust. 7–10 (oraz w załączniku do ww. rozporządzenia) określa wymagania dla lotnisk/lądowisk wykorzystywanych przez szpitalne oddziały ratunkowe.

W objętym kontrolą okresie Szpital zapewnił możliwość całodobowego wykorzystywania lądowiska zlokalizowanego na terenie SPZOZ w takiej odległości od SOR, aby było możliwe przyjęcie osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, bez pośrednictwa specjalistycznych środków transportu sanitarnego. Wyjazd z lądowiska dla helikopterów znajdował się w odległości około 30 metrów od budynku Szpitala, w którym zlokalizowano SOR, oraz w odległości około 80 metrów od SOR.

Z danych Lotniczego Pogotowia Ratunkowego (LPR) wynika, że w kontrolowanym przez NIK okresie, nie wystąpiły przypadki przekazywania przez LPR pacjentów do SOR.

Lądowisko spełniało wymagania określone w § 3 ust. 8 i 9 ww. rozporządzenia.

W okresie objętym kontrolą LPR przeprowadziło trzy kontrole ww. lądowiska (protokoły kontroli z: - 13.06.2023 r.; - 29.05.2024 r.; - 15.05.2025 r.). W ostatnim z ww. protokołów kontroli zapisano m.in., iż opracowano instrukcję lądowiska, plan ratowniczy oraz koncepcję przebudowy (modernizacji) lądowiska zatwierdzoną przez LPR. Koncepcja oraz dokumentacja lądowiska spełniała wymagania rozporządzenia w sprawie SOR.

W badanym okresie przeprowadzono dwa przeglądy roczne tego obiektu budowlanego¹³ (w dniach: 11-14.12.2023 r. oraz 10-13.12.2024 r.¹⁴). W protokołach z ww. kontroli okresowych (rocznych) inspektor nadzoru w specjalności konstrukcyjno-budowlanej oraz w specjalności instalacji sanitarnych odnotowali, iż obiekt znajduje się w należytym stanie technicznym.

Do czasu rozpoczęcia kontroli NIK, tj. przez prawie 6,5 roku od przeprowadzenia poprzedniego przeglądu nie był przeprowadzany obowiązkowy pięcioletni przegląd tego obiektu budowlanego, w tym w zakresie instalacji elektrycznych, co było niezgodne z wymogiem określonym w art. 62 ust. 1 pkt 2 Prawa budowlanego¹⁵, o czym również w dalszej części wystąpienia pokontrolnego w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 86-114, 197-211, 385-386)

1.4. Rozporządzenie w sprawie SOR w § 12 określa minimalne wymagania kadrowe dla oddziału podmiotu leczniczego. Wykaz personelu SOR zgłoszonego do wykonania umowy z NFZ zawierał załącznik nr 2 do tej umowy - *Harmonogram – Zasoby*.

Zgodnie z § 6 ust. 2 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej¹⁶, świadczeniodawca zobowiązany jest do zgłoszenia

¹³ Przeglądy, o których mowa w art. 62 ust. 1 pkt 1 Prawa budowlanego.

¹⁴ W protokole kontroli z 2024 r. zapisano, iż przegląd roczny w 2025 r. powinien zostać przeprowadzony w grudniu.

¹⁵ Ustawa z dnia 7 lipca 1994 roku - Prawo budowlane (Dz. U. z 2025 r. poz. 418).

¹⁶ Dz. U. z 2023 r. poz. 1194, ze zm.

(najpóźniej w dniu poprzedzającym ich powstanie albo – w przypadkach losowych – niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia, poprzez portal internetowy) Prezesowi NFZ lub dyrektorowi oddziału wojewódzkiego NFZ zmian w potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy z Funduszem.

Dobre praktyki w punkcie 4 *Zapewnienie odpowiedniej liczby personelu* zawierają postanowienia odnośnie personelu SOR¹⁷.

Analiza dotycząca osób udzielających świadczeń na SOR w pierwszym dniu lipca w latach 2023-2024 oraz pierwszym dniu każdego z miesięcy okresu styczeń-maj 2025 r. wykazała, że w pierwszym dniu lipca 2023 r. świadczeń na SOR udzielało pięć osób (lekarz systemu i czterech ratowników medycznych), 1 lipca 2024 r. pięć osób (lekarz systemu, trzech ratowników medycznych, pielęgniarka systemu), 1 stycznia 2025 r. pięć osób (lekarz systemu i czterech ratowników medycznych), 1 lutego 2025 r. pięć osób (lekarz systemu i czterech ratowników medycznych), 1 marca 2025 r. cztery osoby (lekarz systemu i trzech ratowników medycznych), 1 kwietnia 2025 r. pięć osób (lekarz systemu, trzech ratowników medycznych, pielęgniarka systemu), 1 maja 2025 r. sześć osób (lekarz systemu, pięciu ratowników medycznych)¹⁸.

W analizowanych powyżej dniach świadczeń na SOR udzielali każdorazowo: - lekarz kierujący oddziałem lub inny lekarz systemu, - pielęgniarka systemu wraz z ratownikiem medycznym lub dwóch ratowników medycznych, - ratownik medyczny posiadający wykształcenie wyższe i co najmniej 5-letni staż pracy, tj. koordynator SOR (za wyjątkiem 1 lipca 2023 r. – sobota i 1 lutego 2025 r. – sobota¹⁹).

Świadczeniodawca zgłaszał do NFZ (w portalu Potencjał) zmiany w zakresie osób realizujących umowę z NFZ.

Zasoby kadrowe były wystarczające do realizacji umowy z NFZ – spełniano minimalne wymagania w zakresie obsady SOR, a osoby te faktycznie świadczyły pracę w analizowanych dniach. Osoby te posiadały wymagania dla zajmowanych stanowisk i były zgłoszone do umowy z NFZ (załącznik nr 2 do umowy z NFZ; Harmonogram – Zasoby).

(akta kontroli str. 212-213, 377)

1.5. W § 4 ust. 4 rozporządzenia w sprawie SOR określono zasady dostępu i rodzaje badań diagnostycznych wykonywanych na potrzeby SOR²⁰.

¹⁷ 4. Zapewnienie odpowiedniej liczby personelu. Zapewnienie odpowiedniej liczby personelu w SOR/IP: - 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; - personel pomocniczy w SOR; - minimum 2 stanowiska TRIAGE.

Liczba ludności Powiatu Sulęcińskiego (wg stanu na 30.06.2022 r.) wynosiła 33.876 mieszkańców. https://pl.wikipedia.org/wiki/Powiat_sul%C4%99ci%C5%84ski (dostęp: 15.05.2025 r.).

¹⁸ Podczas przedmiotowego badania nie uwzględniano osób, które w SOR udzielały jedynie konsultacji, a pracowały w innym oddziale.

¹⁹ Koordynator SOR pracowała w kontrolowanym przez NIK okresie w szpitalnym oddziale ratunkowym codziennie od poniedziałku do piątku w godzinach od 7.25 do 15.00.

²⁰ 4. Szpital, w którym funkcjonuje oddział, zapewnia całodobowy i niezwłoczny dostęp do: 1) badań diagnostycznych wykonywanych w medycznym laboratorium diagnostycznym; 2) badania USG; 3)

Ustalono, iż w pierwszym tygodniu: lipca 2023 r., lipca 2024 r., stycznia oraz maja 2025 r. świadczeń w pracowni tomografii komputerowej (TK) udzielało odpowiednio: trzech, sześciu, siedmiu, siedmiu lekarzy. W ww. tygodniach świadczeń w pracowni gastroscopii udzielał jeden lekarz. W okresie tym w zakresie badań TK oraz gastroscopii Szpital dysponował wymaganym personelem lekarskim.

Wszyscy ww. lekarze udzielający świadczeń w pracowni TK i pracowni gastroscopii w pierwszym tygodniu: - lipca 2023 r., - lipca 2024 r., - stycznia 2025 r., - maja 2025 r. posiadali kwalifikacje określone w załącznikach do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej²¹.

Wszystkie komórki organizacyjne Szpitala realizujące badania (laboratorium diagnostyczne, pracownia tomografii komputerowej oraz pracownia gastroscopii) były dostępne na potrzeby SOR całodobowo.

W strukturze Szpitala nie funkcjonowała w całym badanym okresie pracownia bronchoskopii. Badania bronchoskopii (bronchoskopię zwiadowczą – wzniernikowanie oskrzeli) na rzecz pacjentów SOR w stanach nagłych wykonywali w tym okresie całodobowo lekarze Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

(akta kontroli str. 231-232)

W strukturze Szpitala znajduje się laboratorium analityczne, pracownia tomografii komputerowej oraz pracownia endoskopii, które pracują całodobowo. Zgodnie z harmonogramami pracy pracowni endoskopii jeden lekarz całodobowo zabezpiecza dostęp do badań endoskopii, a podczas urlopów zastępstwo obejmuje inny lekarz oddziału chirurgii. Szpital podpisał również umowy na wykonywanie badań endoskopii z innymi szpitalami (np. ze Szpitalem Międzyrzeckim i Szpitalem w Świebodzinie) w nagłych, wyjątkowych sytuacjach. Szpital posiadał również umowę na realizację online opisów badań tomografii komputerowej w ramach teleradiologii.

(akta kontroli str. 423)

1.6. Szpital sporządzał dane o funkcjonowaniu SOR, tj. m.in. dane w zakresie liczby przyjęć pacjentów w SOR w roku 2023 oraz w roku 2024.

Z danych wynika w szczególności, że:

1) W 2023 r. w: - stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego przyjęto 99 pacjentów w wieku do 18 lat (w tym 18 pacjentów urazowych), 2.093 pacjentów w wieku powyżej 18 lat (w tym 222 pacjentów urazowych), - przyjęto 207 innych pacjentów w wieku do 18 lat i 2.526 innych pacjentów w wieku powyżej 18 lat, - zespoły ratownictwa medycznego przekazały do SOR łącznie 1.525 pacjentów.

2) W 2024 r. w: - stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego przyjęto 144 pacjentów w wieku do 18 lat (w tym 50 pacjentów urazowych), 2.191 pacjentów w wieku

komputerowego badania tomograficznego; 4) badań endoskopowych, w tym: gastroscopii, rektoskopii, bronchoskopii, laryngoskopii.

²¹ Dz. U. z 2016 r. poz. 357, ze zm.

powyżej 18 lat (w tym 308 pacjentów urazowych), - przyjęto 241 innych pacjentów w wieku do 18 lat i 2.339 innych pacjentów w wieku powyżej 18 lat, - zespoły ratownictwa medycznego przekazały do SOR łącznie 1.507 pacjentów.

(akta kontroli str. 225-226)

Szpital przekazywał do Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego w Gorzowie Wielkopolskim (dalej: LUW) ww. informacje w zakresie liczby pacjentów przyjętych w SOR w 2023 r. oraz w 2024 r. Dane te (dane statystyczne) pozyskiwane były z wykorzystywanego w Szpitalu programu *Eskulap*. Kwalifikacja pacjentów do poszczególnych kategorii odbywała się na podstawie zasad kategoryzacji stanu ciężkości pacjenta. Pacjent zgłaszający się na SOR podlegał segregacji medycznej (triage), na podstawie której był zakwalifikowany do jednej z grup: - osoby wymagające natychmiastowej pomocy; - osoby wymagające pilnej pomocy; - osoby wymagające pomocy odroczonej. Grupa, do której został zakwalifikowany pacjent, była zapisywana w ww. programie. Wszystkie przekazywane dane w zakresie tabeli nr 9 wojewódzkiego planu działania systemu PRM do LUW, były przyporządkowane w zależności od przypisanej kategorii pilności, rozpoznania wstępnego oraz wykonanych procedur i przedziału wieku. Liczba pacjentów przekazanych przez ZRM była pozyskana z ww. programu na podstawie trybu przyjęcia. W Szpitalu nie wystąpiły problemy z kwalifikowaniem pacjentów do poszczególnych kategorii (tj. określeniem stanu ciężkości), problemy z określeniem czasu oczekiwania oraz przypadki kwalifikowania pacjentów niezgodnie z opisem tabeli nr 9.

(akta kontroli str. 298)

1.7. W art. 31lc ust. 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych²² określono, iż świadczeniodawcy, którzy zawarli umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, są obowiązani do stosowania standardu rachunku kosztów opracowanego na podstawie zaleceń określonych w przepisach wydanych na podstawie ust. 7²³. W ww. zakresie obowiązuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 października 2020 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców²⁴.

W SPZOZ zarządzeniem nr 44/2016 Dyrektora z dnia 19 grudnia 2016 r. określono zasady polityki rachunkowości, które w związku z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 października 2020 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców zostały zaktualizowane zarządzeniem nr 15/2022 Dyrektora z dnia 19.05.2022 r. z mocą obowiązywania od 01.01.2021 r. W załączniku nr 1 do ww. zarządzenia Plan kont w Zespole 5 wyodrębniono Ośrodek Powstawania Kosztów (OPK) 503 *Pomoc doraźna i ratownictwo medyczne* z kodem 503-4902-00 *Szpitalny Oddział Ratunkowy* oraz konto 507-4902-00 *SOR obszar konsultacyjny i proceduralny*.

²² Dz. U. z 2024 r. poz. 146, ze zm.

²³ Art. 31 lc ust. 7 ww. ustawy stanowi, że: Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, zalecenia dotyczące standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców, o których mowa w ust. 6, kierując się potrzebą ujednolicenia sposobu identyfikowania, gromadzenia, przetwarzania, prezentowania i interpretowania informacji o kosztach świadczeń opieki zdrowotnej.

²⁴ Dz. U. poz. 2045.

Dyrektor SPZOZ zarządzeniem nr 21 z 2 listopada 2020 r. powołał Zespół ds. wdrożenia standardu rachunku kosztów zgodnie z ww. rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 października 2020 r. Zespół pismem z dnia 8 stycznia 2021 r. (z okresem obowiązywania od 1 stycznia 2021 r.) wprowadził do stosowania Załącznik nr 6 (obowiązek wynikający z ww. rozporządzenia) *Standardowe rozdzielniki kosztów* wspólnych wskazując konkretny klucz podziału. Przedłożono również Wykaz OPK, gdzie wskazano OPK według podziału związanego z rodzajem, zakresem i kodem resortowym oraz nazwą komórki. Pismem z dnia 6 października 2021 r. wprowadzono klucze podziałowe (zalecenie wynikające z ww. rozporządzenia – załącznik nr 7 i nr 8) służące rozliczeniu kosztów działalności pomocniczej, proceduralnej, pracowni diagnostycznych oraz Zarządu.

W latach objętych kontrolą NIK stosowano przedmiotowe zalecenia wynikające z ww. rozporządzenia o standardzie rachunku kosztów, za wyjątkiem wydzielenia w tych latach konta pomocniczego 530-4902 *Szpitalny Oddział Ratunkowy Rejestracja i segregacja medyczna* (konto to do czasu rozpoczęcia kontroli NIK nie zostało wydzielone).

W latach 2023-2024 oraz do czasu rozpoczęcia niniejszej kontroli NIK zasady przypisania kosztów działalności SOR były niezgodne z postanowieniami ww. rozporządzenia. Powyższe opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 299-366)

Według danych Szpitala kwoty zobowiązań NFZ (ryczałty na SOR) oraz kwoty faktycznie uzyskane przez Szpital były następujące: - w 2022 r. 4.897.678,84 zł, - w 2023 r. 6.276.581,63 zł, - w 2024 r. 8.030.575,07 zł, - w pierwszym kwartale 2025 r. 2.090.409 zł.

Według danych Szpitala koszty funkcjonowania SOR w poszczególnych latach były następujące: - w 2022 r. 4.742.320,31 zł, - w 2023 r. 5.293.223,43 zł, - w 2024 r. 5.945,114,17 zł, - w pierwszym kwartale 2025 r. 1.605.799,79 zł.

Według danych Szpitala wyniki finansowe SOR (wg rachunku kosztów) w poszczególnych latach były następujące: - w 2022 r. 155.358,53 zł, - w 2023 r. 983.358,20 zł, - w 2024 r. 2.085.460,90 zł, - w pierwszym kwartale 2025 r. 484.609,21 zł.

(akta kontroli str. 367)

Stwierdzone nieprawidłowości

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

1. Oznakowanie SOR nie odpowiadało zapisom § 3 ust. 2 rozporządzenia w sprawie SOR, który stanowi, że wejście dla pieszych i podjazd dla specjalistycznych środków transportu sanitarnego SOR są wyraźnie oznakowane wzdłuż drogi dojścia i dojazdu.

Przeprowadzone podczas kontroli NIK oględziny wykazały, że na budynku Szpitala od strony ulicy Szpitalnej (w pobliżu SOR, pomiędzy parterem a pierwszym piętrem Szpitala) znajdował się tylko jeden napis oznaczający umiejscowienie SOR, tj. napis o następującej treści: „*Szpitalny Oddział Ratunkowy*”.

Emergency”. Napis wykonany na tablicy o wymiarach około 80x80 cm był nieczytelny lub mało czytelny dla osób przychodzących oraz przywożonych do SOR, tj. wzdłuż dróg dojścia i dojazdu do Oddziału (niewielkie litery, łuszcząca się i odpadająca biała i niebieska farba). Na budynku Szpitala, oraz w pobliżu Szpitala nie zamieszczono innych napisów wskazujących na umiejscowienie SOR. Nie odpowiadało to przepisom § 3 ust. 2 ww. rozporządzenia.

Podczas kontroli NIK wymieniono na nową opisaną powyżej tablicę zamontowaną na budynku Szpitala oraz dodatkowo umieszczono pięć tablic informacyjnych dotyczących oznaczenia SOR: - przy podjeździe dla karettek (jedną tablicę), - od strony ulicy Szpitalnej (jedną tablicę), - w pobliżu wejścia na SOR (jedną tablicę), - przy wejściu głównym do Szpitala (dwie tablice).

(akta kontroli str. 197-211, 221-224, 411-415)

Kierownik działu technicznego i inwestycyjnego SPZOZ wyjaśnił m.in., że: oznakowanie SOR nie odpowiadało przepisom § 3 ust. 2 rozporządzenia w sprawie SOR, z uwagi na to, że podczas oględzin NIK trwał remont SOR. Roboty budowlane rozpoczęto 27.09.2024 r., planowany termin zakończenia inwestycji - 31.10.2025 r. W umowie z wykonawcą zabrakło zapisów odnośnie konieczności oznakowania SOR podczas prowadzenia tego remontu. Przez moje niedopatrzenie oznakowanie SOR było nieprawidłowe. Podczas kontroli NIK Szpital zlecił w trybie pilnym wykonanie odpowiednich tablic informacyjnych. Tablice te zostały zamieszczone na terenie Szpitala.

(akta kontroli str. 380-382)

2. Zgodnie z art. 63 ust. 3 i 4 ustawy o wyrobach medycznych podmiot wykonujący działalność leczniczą (...) jest obowiązany posiadać dokumentację wykonanych instalacji, napraw, konserwacji, działań serwisowych, aktualizacji oprogramowania, przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń i kontroli bezpieczeństwa wyrobu, wynikających z instrukcji używania wyrobu, który wykorzystują do udzielania świadczeń zdrowotnych lub usług, zawierającą co najmniej daty wykonania tych czynności, imię i nazwisko lub nazwę (firmę) podmiotu, który wykonał te czynności, ich opis, wyniki i uwagi dotyczące wyrobu oraz kwalifikacje osób wykonujących wymienione czynności, jeżeli jest to wymagane na podstawie przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 51 ust. 3 oraz podmioty te są obowiązane posiadać dokumentację określającą terminy następnych ww. czynności.

Ustalono, że nieterminowo (niezgodnie z terminami określonymi dokumentacji urządzeń, tj. w paszportach technicznych, książkach urządzeń i raportach serwisowych) przeprowadzano przeglądy techniczne trzech wyrobów medycznych przypisanych i wykorzystywanych przez SOR. W 2023 r. nie przeprowadzono wymaganego przeglądu jednego stanowiska do znieczulania i przeglądów dwóch kardiomonitorów.

(akta kontroli str. 115-124, 197-211, 368-369)

Kierownik działu technicznego i inwestycyjnego SPZOZ wyjaśnił: Nieprzeprowadzenie w 2023 r. przeglądów trzech wyrobów medycznych

przypisanych i wykorzystywanych przez SOR (stanowiska do znieczulania i dwóch kardiomonitorów) wynika z mojego niedopatrzenia. Przeglądy wyrobów medycznych dokumentowo w szczególności w paszportach technicznych, książkach urządzeń i raportach serwisowych. Do niektórych paszportów technicznych nie były dołączone książki urządzeń, raporty serwisowe i inne dokumenty. Z tego względu przeoczyłem terminy wykonania przeglądów ww. wyrobów medycznych. Wyjaśniam jednocześnie, że zostanie przeprowadzony przegląd wyrobów medycznych będących na wyposażeniu wszystkich oddziałów Szpitala. Planuję także wykorzystanie programu komputerowego, w którym odnotowywane byłyby wykonane przeglądy wszystkich urządzeń Szpitala i zapisy o terminach kolejnych przeglądów. Pozwoli to na bieżące kontrolowanie terminów wykonywania przeglądów urządzeń.

(akta kontroli str. 380-382, 411-415)

3. W § 4 rozporządzenia w sprawie zakresu informacji gromadzonych w Systemie Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia oraz sposobu i terminów przekazywania tych informacji, określono terminy i zasady przekazywania informacji, o których mowa w art. 24 ust. 1 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, tj. przekazywania ww. informacji do Systemu Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia. Wykaz wyrobów medycznych podlegających wpisaniu do SEZOZ zawiera załącznik do rozporządzenia.

Wyroby medyczne wykorzystywane w SOR do udzielania świadczeń zdrowotnych osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego (badaniem objęto rodzaje wyrobów medycznych wyszczególnione w części I załącznika do rozporządzenia) były nieterminowo (niezgodnie z zapisami § 4 pkt 1 ww. rozporządzenia²⁵) wpisywane do SEZOZ.

Analiza wykazała, że spośród 21 ww. wyrobów medycznych 10 z nich zakupionych w latach wcześniejszych (w 2020 r., 2021 r., 2022 r., 2024 r.) i przypisanych do SOR nie było wpisanych do SEZOZ do czasu rozpoczęcia niniejszej kontroli NIK, tj. w maju 2025 r. Dotyczyło to następujących wyrobów medycznych: aparat RTG – jedno urządzenie, respirator stacjonarny – jedno urządzenie, respirator transportowy – jedno urządzenie, defibrylatory – dwa urządzenia, kardiomonitor – pięć urządzeń.

(akta kontroli str. 233-297, 416-420)

Kierownik działu administracyjno-gospodarczego SPZOZ wyjaśnił: Pracownikiem SPZOZ jestem od 1 lutego 2025 r. Kierownikiem działu administracyjno-gospodarczego SPZOZ w Sulęcinie jestem od 1 marca 2025 r. Po rozpoczęciu przeze mnie pracy w SPZOZ w Sulęcinie i do czasu kontroli NIK nie zauważyłem, że niektóre wyroby medyczne przypisane i wykorzystywane przez SOR nie są wpisane do SEZOZ. Wynikało to z mojego przeoczenia, oraz z nie wpisywania do SEZOZ tych urządzeń przez pracowników, którzy powinni się tym zajmować w latach wcześniejszych, po ich zakupie, przekazaniu na SOR i rozpoczęciu użytkowania. Wyjaśniam jednocześnie, że dokonamy przeglądu mającego

²⁵ Stanowiącym, że: Informacje, o których mowa w art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, usługodawca będący: 1) podmiotem leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne w szpitalu przekazuje co miesiąc do 7 dnia każdego miesiąca.

na celu sprawdzenie, czy wszystkie urządzenia przypisane i wykorzystywane przez inne oddziały Szpitala są wpisane do SEZOZ.

(akta kontroli str. 378-379)

4. Do czasu kontroli NIK, tj. przez prawie 6,5 roku od przeprowadzenia poprzedniego przeglądu nie została przeprowadzona co-pięcioletnia kontrola lądowiska dla helikopterów znajdującego się na terenie Szpitala, a także pięcioletni przegląd tego obiektu budowlanego w zakresie instalacji elektrycznych²⁶. Ostatni pięcioletni przegląd lądowiska dla helikopterów²⁷ (w zakresie stanu technicznego i przydatności do użytkowania) został przeprowadzony w dniach od 6 do 17 grudnia 2018 r., natomiast ostatni przegląd tego obiektu w zakresie instalacji elektrycznych i ich rezystencji został przeprowadzony 11 grudnia 2018 r. Nie odpowiadało to wymogom określonym w art. 62 ust. 1 pkt 2 Prawa budowlanego.

Przedmiotowe kontrole zostały przeprowadzone podczas kontroli NIK (odpowiednio w dniach 19 maja 2025 r. oraz 23 maja 2025 r.). Zapisy o przeprowadzeniu przedmiotowych kontroli zostały zamieszczone w książce tego obiektu budowlanego.

(akta kontroli str. 86-114, 197-211, 214-220, 411-415)

Kierownik działu technicznego i inwestycyjnego SPZOZ wyjaśnił m.in., że: Nie dopilnowałem, aby kolejny przegląd okresowy stanu technicznej sprawności i wartości użytkowej całego obiektu budowlanego, tj. lądowiska dla helikopterów został terminowo przeprowadzony, pomimo zlecenia w 2023 r. przeprowadzenia przeglądu pięcioletniego (zleceniobiorca nie wykonał zlecenia w tym zakresie). Nie dopilnowałem także, aby przegląd w zakresie elektrycznym był przeprowadzony terminowo. Wynika to z mojego niedopatrzenia. Zleciłem wykonanie takich przeglądów podczas kontroli NIK. Przedmiotowe kontrole zostały przeprowadzone w dniach 19.05.2025 r. oraz 23.05.2025 r. Zapisy o przeprowadzeniu przedmiotowych kontroli zostały zamieszczone w książce tego obiektu budowlanego. Kontrole te nie wykazały nieprawidłowości.

(akta kontroli str. 380-382)

5. W latach 2023-2024 oraz do czasu niniejszej kontroli NIK zasady przypisywania kosztów działalności SOR były niezgodne z postanowieniami rozporządzenia w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców, gdyż w planie kont nie wydzielono konta pomocniczego 530-4902 *Szpitalny Oddział Ratunkowy Rejestracja i segregacja medyczna*²⁸.

²⁶ Ostatni przegląd tego obiektu budowlanego w zakresie elektrycznym został przeprowadzony 11.12.2018 r.

²⁷ Zapisy w książce tego obiektu budowlanego założonej w 2013 r., oraz protokół kontroli załączony do książki obiektu budowlanego.

²⁸ Zgodnie z pkt 1.2. załącznika nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 października 2020 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców: W przypadku świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych w szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR) lub w izbie przyjęć w ramach ryczałtu dobowego, wydziela się OPK, które mają na celu oddzielenie kosztów zaopatrzenia świadczeniobiorców w SOR lub w izbie przyjęć rozliczanych w ramach ryczałtu dobowego od kosztów zaopatrzenia świadczeniobiorców w SOR lub izbie przyjęć rozliczanych (po przekazaniu na oddziały

W Szpitalu nie wprowadzono oddzielenia kosztów zaopatrzenia świadczeniobiorców w SOR rozliczanych w ramach ryczału dobowego od kosztów zaopatrzenia świadczeniobiorców w SOR rozliczanych (po przekazaniu na oddziały szpitalne) w ramach Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP), osobodni, punktów w ramach Terapeutycznej Skali Interwencji Medycznych (TISS) lub innych świadczeń²⁹.

W związku z kontrolą NIK Dyrektor Szpitala zarządzeniem nr 7A z 29 maja 2025 r. w sprawie powołania Zespołu ds. wdrożenia standardu rachunku kosztów (SRK)³⁰ powołała ww. zespół w składzie siedmioosobowym. W protokole z posiedzenia ww. zespołu z 30 maja 2025 r. zapisano, iż posiedzenie zostało zorganizowane w związku z koniecznością wdrożenia w SPZOZ wyodrębnionej komórki działalności pomocniczej o kodzie 530-4902 Szpitalny oddział ratunkowy, Rejestracja i segregacja medyczna (zgodnie z ww. rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 26.10.2020 r.).

Podczas kontroli NIK Dyrektor Szpitala aneksem³¹ do zakładowego planu kont z 30 maja 2025 r. wprowadziła w zakładowym planie kont następujący wyodrębniony ośrodek powstawania kosztów (OPK) dla Szpitalnego Oddziału Ratunkowego – Rejestracja i segregacja medyczna: 530-4902 - Szpitalny Oddział Ratunkowy – Rejestracja i segregacja medyczna.

(akta kontroli str. 299-366, 370-371, 374-376, 398-403)

Starszy specjalista w dziale controllingu, kontraktowania, rozliczeń i statystyki medycznej SPZOZ wyjaśniła m.in., że: W latach 2023-2024 oraz do czasu niniejszej kontroli NIK (a także wcześniej) zasady przypisywania kosztów działalności SOR były niezgodne z postanowieniami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 października 2020 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców z uwagi na niedopatrzenie. Nie wprowadzono w tym okresie konta 530-4902 - Szpitalny Oddział Ratunkowy – Rejestracja i segregacja medyczna, które umożliwia prawidłowe ustalanie kosztów SOR. Takie konto zostało wprowadzone podczas kontroli NIK i odpowiednie zapisy na tym koncie są już dokonywane.

(akta kontroli str. 383-384)

OCENA CZĄSTKOWA

Szpitalny Oddział Ratunkowy spełniał wymagania dotyczące pomieszczeń i urządzeń określone w obowiązujących przepisach. Lokalizacja, organizacja i minimalne wyposażenie SOR były zgodne z przepisami. Łądowisko dla

szpitalne) w ramach Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP), osobodni, punktów w ramach Terapeutycznej Skali Interwencji Medycznych (TISS) lub innych świadczeń.

W Szpitalu nie dokonywano oddzielenia kosztów zaopatrzenia świadczeniobiorców w SOR lub w izbie przyjęć rozliczanych w ramach ryczału dobowego od kosztów zaopatrzenia świadczeniobiorców w SOR lub izbie przyjęć rozliczanych (po przekazaniu na oddziały szpitalne) w ramach Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP), osobodni, punktów w ramach Terapeutycznej Skali Interwencji Medycznych (TISS) lub innych świadczeń.

²⁹ W SOR powinno wydzielić się OPK działalności pomocniczej, na którym ewidencjonuje się koszty związane z rejestracją, przyjęciem i segregacją medyczną wszystkich świadczeniobiorców SOR, następnie koszty tego OPK rozlicza się na OPK związany z ryczałem dobowym oraz na oddziały szpitalne (jeśli świadczeniobiorcy zostaną przekazani do dalszej hospitalizacji u tego samego świadczeniodawcy) proporcjonalnie do liczby świadczeniobiorców.

³⁰ Zgodnie z zapisami ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 października 2020 r.

³¹ Podjętym na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 października 2020 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców (Dz. U. poz. 2045).

helikopterów również spełniało wymagania określone w przepisach. Zasoby kadrowe były wystarczające do realizacji umowy z NFZ. Osoby te spełniały wymagania dla zajmowanych stanowisk i były zgłoszone do umowy z NFZ. Świadczeniodawca zgłaszał do NFZ zmiany w zakresie osób realizujących umowę. Wszystkie komórki organizacyjne Szpitala realizujące badania (laboratorium diagnostyczne, pracownia tomografii komputerowej oraz pracownia gastroscopii) były dostępne na potrzeby SOR całodobowo. Szpital przekazywał do Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego w Gorzowie Wielkopolskim rzetelne informacje w zakresie liczby pacjentów przyjętych w SOR w 2023 r. oraz w 2024 r.

Kontrola wykazała jednak, że oznakowanie SOR nie odpowiadało obowiązującym normom. Ustalono także, że wystąpiły przypadki nieterminowego przeprowadzania wymaganych przeglądów wyrobów wykorzystywanych przez SOR oraz nieterminowe wpisywanie urządzeń medycznych wykorzystywanych w SOR do systemu SEZOZ. Do czasu kontroli NIK, tj. przez prawie 6,5 roku od przeprowadzenia poprzedniego przeglądu nie był przeprowadzony pięcioletni przegląd lądowiska dla helikopterów znajdującego się na terenie Szpitala, w tym instalacji elektrycznej, co nie odpowiadało przepisom Prawa budowlanego. Od roku 2023 zasady przypisywania kosztów działalności SOR były niezgodne z postanowieniami stosownego rozporządzenia.

OBSZAR 2. Udzielenie świadczeń zdrowotnych osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego

Opis stanu faktycznego

2.1. Czas pracy personelu SOR został określony w art. 93–97 ustawy o działalności leczniczej. W SOR został przyjęty trzymiesięczny okres rozliczeniowy dotyczący personelu zatrudnionego w ramach stosunku pracy.

Badaniem objęto przestrzeganie norm czasu pracy – skontrolowano pierwsze (trzymiesięczne) okresy rozliczeniowe, jakie przypadły w 2024 r. i 2025 r. (analizą objęto wszystkich lekarzy, ratowników medycznych i pielęgniarki, którzy udzielali świadczeń na SOR w tych okresach).

Ustalono, że w ww. okresach rozliczeniowych nie zatrudniano w SOR lekarzy w ramach stosunku pracy. W pierwszym kwartale 2024 r. na podstawie umowy o pracę w SOR zatrudnione były trzy osoby (dwie pielęgniarki i jeden ratownik medyczny), w pierwszym kwartale 2025 r. także trzy osoby (dwie pielęgniarki i jeden ratownik medyczny).

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

1) w okresie od początku stycznia do końca marca 2024 r.: - jednej pielęgniarki 439 godzin i 20 minut; - jednej pielęgniarki 437 godzin i 20 minut; - jednego ratownika medycznego 460 godzin i 20 minut;

2) w okresie od początku stycznia do końca marca 2025 r.: - jednej pielęgniarki 447 godzin; - jednej pielęgniarki 439 godzin i 10 minut; - jednego ratownika medycznego 391 godzin i 50 minut.

W ww. przypadkach nie wystąpiły sytuacje nieprzerwanego świadczenia pracy (biorąc pod uwagę pracę we wszystkich komórkach organizacyjnych Szpitala) ponad normy wynikające z przepisów. Czasy pracy tych osób i okresy

odpoczynku pomiędzy kolejnymi okresami świadczenia pracy były zgodne z normami wynikającymi z przepisów. W odniesieniu do osób objętych badaniem zatrudnionych na podstawie umowy o pracę nie wystąpiły przypadki przekroczenia norm czasu pracy.

Kolejnym badaniem objęto czas udzielania świadczeń przez osoby świadczące pracę na podstawie innej umowy niż umowa o pracę (umowy cywilnoprawne).

W pierwszym kwartale 2024 r. pracę na podstawie umów cywilnoprawnych świadczyło: - czterech lekarzy, - 18 ratowników medycznych, - trzy pielęgniarki.

W pierwszym kwartale 2025 r. pracę na podstawie umów cywilnoprawnych świadczyło: - czterech lekarzy, - 21 ratowników medycznych, - trzy pielęgniarki.

Skontrolowano pierwsze (trzymiesięczne) okresy rozliczeniowe, jakie przypadały w 2024 r. i 2025 r. (analizą objęto wszystkich lekarzy, ratowników medycznych i pielęgniarki, którzy udzielali świadczeń w SOR w tych okresach).

W objętym analizą NIK pierwszym kwartale 2024 r. oraz w pierwszym kwartale 2025 r. najdłuższy nieprzerwany czas udzielania świadczeń w SOR w przypadku jednej osoby (lekarza) wynosił 144 godziny (sześć dób - jeden przypadek). Ten sam lekarz nieprzerwanie udzielał świadczeń na SOR także przez 120 godzin (pięć dób - siedem przypadków). Łącznie w 58 przypadkach świadczenia były udzielane nieprzerwanie przez lekarzy przez czas dłuższy niż 24 godziny.

W styczniu 2024 r. w SOR oraz w pozostałych komórkach organizacyjnych SPZOZ w Sulęcinie dwóch ratowników medycznych udzielało świadczeń zdrowotnych nieprzerwanie powyżej 24 godzin (odpowiednio: 36 i 36 godzin), w lutym 2024 r. jeden ratownik medyczny (48 godzin), w marcu 2024 r. jeden ratownik medyczny (36 godzin), w styczniu 2025 r. jeden ratownik medyczny (odpowiednio: 48 i 36 godzin), w lutym 2025 r. jeden ratownik medyczny (36 godzin). Łącznie w siedmiu przypadkach świadczenia były udzielane nieprzerwanie przez ratowników medycznych przez czas dłuższy niż 24 godziny.

Powyższe opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 126-193, 421)

2.2. W art. 33a ust. 4 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym³² (dalej: ustawa o PRM) określono, iż do prowadzenia segregacji medycznej w SOR wykorzystuje się system TOPSOR.

Jednostki SOR, zgodnie z przepisami ww. ustawy, są zobowiązane do stosowania segregacji medycznej (triażu), przy wykorzystaniu systemu TOPSOR. W ramach systemu TOPSOR są przetwarzane m.in. dane dotyczące zdrowia pacjenta, dane o liczbie osób i czasie oczekiwania na udzielenie świadczenia zdrowotnego w SOR. Od 1 lipca 2021 r. każdy SOR w kraju ma obowiązek przeprowadzania segregacji medycznej pacjentów z wykorzystaniem systemu TOPSOR.

W § 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2021 r. w sprawie systemu zarządzającego trybami obsługi pacjenta w szpitalnym oddziale

³² Dz. U. z 2025 r. poz. 91, ze zm.

ratunkowym³³ określono minimalne wymagania infrastruktury technicznej wykorzystywanej w TOPSOR.

Podczas kontroli NIK trwał remont pomieszczeń SOR w Szpitalu w Sulęcinie.

Oględziny przeprowadzone podczas kontroli NIK wykazały, że w SOR znajdowała się następująca infrastruktura techniczna, która była wykorzystywana w TOPSOR (urządzenia podłączone i działające w TOPSOR): - drukarka nabiurkowa do biletów zainstalowana na stanowisku rejestracji w SOR; sztuk: 1; - wyświetlacz stanowiskowy z ekranem wykonanym w technologii LCD, zainstalowany w obszarze segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć SOR; sztuk: 1; - terminal stanowiskowy Q-NSK³⁴; sztuk: 1; - tablet o zwiększonej odporności na uszkodzenia mechaniczne, z możliwością jego dezynfekcji; sztuk: 2; - komputer centralny klasy PC dostosowany do pracy ciągłej; sztuk: 1; - kardiomonitor stacjonarno-transportowy z ekranem LCD, umożliwiający komunikację z TOPSOR przez eksport danych do KSM (karty segregacji medycznej); sztuk: 1.

W Szpitalu znajdowała się infrastruktura techniczna (elementy systemu TOPSOR), która podczas oględzin nie była wykorzystywana w TOPSOR. Urządzenia nie były podłączone do zasilania i nie działały w TOPSOR. Ponadto terminal stanowiskowy Q-NSK (terminal, o którym mowa w § 4 pkt 6 ww. rozporządzenia), nie był terminalem z ekranem dotykowym wykonanym w technologii LCD, lecz był terminalem obsługiwany przy pomocy myszy komputerowej. Było to niezgodne z zapisami § 4 ww. rozporządzenia.

Powyższe było także niezgodne z zapisami § 4 Regulaminu SOR, w którym zapisano, iż osoby m.in. z zespołów ratownictwa medycznego, osoba będąca w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego lub osoba jej towarzysząca pobierają w automacie biletowym bilet z oznaczeniem indywidualnego numeru oraz czasu przybycia do oddziału. Osoby te nie pobierały biletów w automacie biletowym, gdyż takich automatów biletowych nie było przed oraz w SOR.

Powyższe opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 197-211)

2.3. Zasady segregowania pacjentów przez personel SOR zostały określone w: - art. 33a ust. 1 ustawy o PRM, - § 20 a rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej, - § 6 ust. 7 rozporządzenia w sprawie SOR, - *Dobrych praktykach*.

W okresie od 01.01.2023 r. do 30.04.2025 r. czynności segregacji medycznej (dokumentowane w postaci zapisów w kartach segregacji medycznej) dokonywane były ogółem przez 17 osób. Wszystkie osoby zatwierdzające w tym okresie karty segregacji medycznej posiadały odpowiednie kwalifikacje – były to pielęgniarki systemu oraz ratownicy medyczni.

³³ Dz. U. poz. 1182.

³⁴ Terminal stanowiskowy - urządzenie przeznaczone do przywoływania pacjentów. Wykorzystywany, gdy dane stanowisko nie posiada komputera lub nie można na nim zainstalować aplikacji przywoławczej. W SOR w Sulęcinie wykorzystywany jest do tego celu komputer z zainstalowaną aplikacją przywoławczą.

2.4. W § 13 rozporządzenia w sprawie SOR zamieszczono uregulowania dotyczące określenia przez kierownika podmiotu wykonującego działalność leczniczą prowadzącego szpital, w którym działa SOR maksymalnego czasu na podjęcie decyzji oraz liczby łóżek na potrzeby osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego skierowanych do tych jednostek z SOR. Zasady te powinny wynikać z regulaminu organizacyjnego podmiotu leczniczego³⁵.

Obowiązujące w okresie objętym kontrolą regulaminy organizacyjna Szpitala nie określały 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) ww. rozporządzenia. Powyższe opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Dyrektor Szpitala nie ustalił liczby łóżek w poszczególnych jednostkach organizacyjnych Szpitala wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, w którym znajduje się SOR, zabezpieczanych na potrzeby osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego skierowanych do tych jednostek ze szpitalnego oddziału ratunkowego. Liczba ta powinna być ustalona przez kierownika podmiotu wykonującego działalność leczniczą prowadzącego szpital, po zasięgnięciu opinii ordynatorów oddziałów tych jednostek (lekarzy kierujących oddziałami), i podawana do wiadomości ordynatorów oddziałów jednostek (lekarzy kierujących oddziałami) oraz lekarza dyżurnego oddziału.

Nie odpowiadało to zapisom § 13 ust. 3 rozporządzenia w sprawie SOR. Powyższe opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

2.5. Uprawnienie wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego do uzyskiwania danych dotyczących liczby aktualnie wolnych stanowisk intensywnej terapii z respiratorem oraz liczbie aktualnie wolnych łóżek szpitalnych na poszczególnych oddziałach wynika z § 1 pkt 1 litera d) i e) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie szczegółowego zakresu zadań wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego³⁶.

W Szpitalu ustanowiony został mechanizm informowania wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego o dostępnych miejscach na oddziałach.

Na podstawie § 5 *zarządzenia Wojewody Lubuskiego z dnia 11.10.2018 r. w sprawie zasad i zakresu współpracy wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego z jednostkami systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego oraz*

³⁵ Obowiązek ustalenia regulaminu organizacyjnego wynika z art. 24 ust. 2 ww. ustawy o działalności leczniczej.

³⁶ Dz. U. poz. 1655.

jednostkami współpracującymi, zgodnie z obowiązkiem przekazywania drogą elektroniczną do systemu informatycznego INFOMED danych dotyczących stanu wolnych łóżek na wszystkich oddziałach szpitalnych, raport ten był składany dwa razy na dobę. Pielęgniarki pełniące dyżur na danym oddziale lub sekretarki medyczne przekazywały dwa razy dziennie (do godziny 8.00 oraz do godziny 14.00) drogą telefoniczną informacje o stanie łóżek na danym oddziale dla personelu medycznego SOR. Po zebraniu informacji ze wszystkich oddziałów personel medyczny SOR przekazywał te dane za pomocą systemu INFOMED. I tak np. za okres od 6 do 12 maja 2025 r. zamieszczano w systemie INFOMED dane z oddziałów Szpitala m.in. o: - liczbie łóżek, - liczbie wolnych łóżek, - liczbie łóżek OIOM, - liczbie wolnych łóżek OIOM.

(akta kontroli str. 228-230)

2.6. W związku z nieokreśleniem parametrów w zakresie wskazanym w § 13 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia w sprawie SOR ani parametrów określonych w pkt 5 – 7 *Dobrych praktyk*, o czym w pkt 2.4 wystąpienia pokontrolnego, podczas kontroli NIK nie dokonywano sprawdzenia, czy parametry te (odpowiednio czasy podjęcia decyzji przez lekarza dyżurnego SOR oraz przez lekarzy oddziałów) były przestrzegane.

(akta kontroli str. 20-80, 422)

2.7. Zasady wykonywania badań zleconych przez lekarza SOR zostały określone w § 4 ust. 4 oraz § 6 ust. 9 rozporządzenia w sprawie SOR oraz w pkt 5 – 7 *Dobrych praktyk*.

Analizą NIK objęto wykonywanie badań dla wszystkich pacjentów, którzy w okresie objętym kontrolą zostali przyjęci na SOR i którzy jako rozpoznanie zasadnicze mieli ustalony udar mózgu³⁷. Przyjęto 37 takich pacjentów, w tym jednemu pacjentowi triażysta przydzielił kategorię pilności *czerwony* i 15 pacjentom triażysta przydzielili kategorię pilności *pomarańczowy*.

W analizowanych 16 przypadkach (pacjenci z przydzieloną kategorią pilności *czerwony* oraz *pomarańczowy*) maksymalny czas od przyjęcia pacjenta do SOR do zlecenia badań diagnostycznych (RTG/TK/laboratoryjnych) wynosił 25 minut³⁸.

I tak: W 13 z 16 przypadków czas ten był równy lub krótszy niż 15 minut (w tym jedna osoba z kategorią ESI³⁹ 1 – *czerwony*, czas pomiędzy przyjęciem pacjenta, a zleceniem badań wynosił sześć minut). W pozostałych trzech przypadkach czas pomiędzy przyjęciem pacjenta do SOR, a zleceniem badań diagnostycznych (RTG/TK/laboratoryjnych) wynosił poniżej 25 minut.

Dla każdego z ww. pacjentów po zleceniu badań diagnostyki (RTG/TK/laboratoryjnych) przez lekarza SOR zostały one wykonane niezwłocznie

³⁷ Dane wygenerowane z systemu Eskulap.

Według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 kody: I62, I63, I64.

³⁸ W systemie wykorzystywanym w SOR w Sulęcinie (w systemie *Eskulap*), odnotowuje się m.in. czas przyjęcia pacjenta do SOR, oraz czas zlecenia przez lekarza wykonania badań diagnostycznych. Nie odnotowuje się natomiast czasu przeprowadzenia przez lekarza badania pacjenta.

³⁹ ESI (Emergency Severity Index) - system segregacji medycznej stosowany na szpitalnych oddziałach ratunkowych, który pomaga w ustaleniu priorytetów udzielania pomocy pacjentom.

i priorytetowo. Zasadą jest, że badania diagnostyczne dla pacjentów SOR wykonywane są priorytetowo (przed pacjentami z innych oddziałów oraz przed pacjentami przyjmowanymi w trybie ambulatoryjnym).

W systemie TOPSOR nie odnotowywano daty, godziny i minuty uzyskania pierwszego kontaktu pacjenta z lekarzem SOR. Powyższe opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 424-432)

Analiza dotycząca przeprowadzania badań gastrokopii dla pacjentów SOR w pierwszych czterech miesiącach 2025 r. (od 1 stycznia 2025 r. do 30 kwietnia 2025 r.) wykazała, że w ww. okresie nie wykonywano w SOR badań gastrokopii na rzecz pacjentów.

(akta kontroli str. 125, 194)

Ratownik medyczny, p.o. koordynator SOR wyjaśniła m.in., że: Nie wykonywano badań gastrokopii dla pacjentów SOR w pierwszych czterech miesiącach 2025 r. (od 01 stycznia 2025 r. do 30 kwietnia 2025 r.), ponieważ lekarze w tym okresie nie zlecali wykonywania takich badań. W Szpitalu funkcjonuje pracownia endoskopii dyżurująca całodobowo, w tym całodobowo wykonuje badania dla pacjentów SOR. Dodaje, że w kontrolowanym przez NIK okresie badania takie były wykonywane. O każdorazowym wykonaniu takich badań decyduje lekarz SOR.

(akta kontroli str. 433)

2.8. W 2023 r. Zespoły Ratownictwa Medycznego (ZRM) przywiozły do SOR 1.527 pacjentów, z tego 629 pacjentów pozostało w Szpitalu lub zostało przewiezionych do innych podmiotów leczniczych celem dalszego leczenia. Na pięciu oddziałach Szpitala pozostało 535 pacjentów (tj. 85,0%), do innych podmiotów leczniczych przewieziono 94 pacjentów (tj. 15,0%).

W 2024 r. ZRM przywiozły do SOR 1.507 pacjentów, z tego 609 pacjentów pozostało w Szpitalu lub zostało przewiezionych do innych podmiotów leczniczych celem dalszego leczenia. Na sześciu oddziałach Szpitala pozostało 500 pacjentów (tj. 82,1%), do innych podmiotów leczniczych przewieziono 109 pacjentów (tj. 17,9 %).

W 2025 r. (do 30.04.2025 r.) ZRM przywiozły do SOR 471 pacjentów, z tego 220 pacjentów pozostało w Szpitalu lub zostało przewiezionych do innych podmiotów leczniczych celem dalszego leczenia. Na pięciu oddziałach Szpitala pozostało 195 pacjentów (tj. 88,6%), do innych podmiotów leczniczych przewieziono 25 pacjentów (tj. 11,4%).

(akta kontroli str. 373)

2.9. Według danych Szpitala w latach 2023-2024 odnotowano trzy przypadki odmowy przejęcia pacjentów do SOR. Wszystkie odmowy wynikały z konieczności przekazania pacjentów do innych jednostek leczniczych, tj. jednostek o wyższym poziomie referencyjnym. W 2025 r. (do 06.06.2025 r.) nie odnotowano przypadków odmowy przyjęcia pacjentów do SOR.

(akta kontroli str. 372)

2.10. W okresie od 01.01.2023 r. do 31.05.2025 r. nie nakładano na SPZOZ kar umownych z tytułu nieprawidłowej realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie funkcjonowania SOR⁴⁰.

(akta kontroli str. 125, 195)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Badaniem objęto przestrzeganie norm czasu pracy – skontrolowano pierwsze (trzymiesięczne) okresy rozliczeniowe, jakie przypadły w 2024 r. i 2025 r. (analizą objęto wszystkich lekarzy, ratowników medycznych i pielęgniarek/pielęgniarzy, którzy udzielali świadczeń na SOR w tych okresach).

Zbadano czas udzielania świadczeń przez osoby świadczące pracę na podstawie innej umowy niż umowa o pracę (umowy cywilnoprawne). Łącznie w 58 przypadkach świadczenia były udzielane przez lekarzy nieprzerwanie przez okres dłuższy niż 24 godziny⁴¹. W ww. liczbie uwzględniono także poniżej opisane przypadki udzielania świadczeń przez lekarza przez sześć dób (jeden przypadek, oraz przez pięć dób (siedem przypadków).

W objętym analizą NIK pierwszym kwartale 2024 r. oraz w pierwszym kwartale 2025 r. najdłuższy nieprzerwany okres udzielania świadczeń w SOR wystąpił u jednej osoby (lekarza) i wynosił 144 godziny (sześć dób - jeden przypadek⁴²) i u tego samego lekarza 120 godzin (pięć dób - siedem przypadków⁴³).

⁴⁰ Nie nakładano takich kar w całym okresie objętym kontrolą. Nie wystąpiły także sytuacje, aby NFZ potrącał kary umowne z tytułu nieprawidłowej realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie funkcjonowania SOR z wynagrodzenia przysługującego Szpitalowi.

⁴¹ I tak:

W styczniu 2024 r. w SOR: - jeden lekarz udzielał świadczeń nieprzerwanie powyżej 24 godzin (odpowiednio: 48, 48, 48, 47, 48, 47 godzin); - jeden lekarz udzielał świadczeń nieprzerwanie powyżej 24 godzin (47 godzin); - jeden lekarz udzielał świadczeń nieprzerwanie powyżej 24 godzin (49 godzin);
W lutym 2024 r. w SOR: - jeden lekarz udzielał świadczeń nieprzerwanie powyżej 24 godzin (odpowiednio: 48, 48, 48, 47, 48 godzin); - jeden lekarz udzielał świadczeń nieprzerwanie powyżej 24 godzin (49 godzin); - jeden lekarz udzielał świadczeń nieprzerwanie powyżej 24 godzin (47 godzin);
W marcu 2024 r. w SOR: - jeden lekarz udzielał świadczeń nieprzerwanie powyżej 24 godzin (odpowiednio: 48, 48, 48, 48 godzin); - jeden lekarz udzielał świadczeń nieprzerwanie powyżej 24 godzin (47 godzin); - jeden lekarz udzielał świadczeń nieprzerwanie powyżej 24 godzin (96, 49, 96 godzin).

W styczniu 2025 r. w SOR: - jeden lekarz udzielał świadczeń nieprzerwanie powyżej 24 godzin (odpowiednio: 96, 96, 96, 48 godzin); - jeden lekarz udzielał świadczeń nieprzerwanie powyżej 24 godzin (48, 48, 48, 47 godzin); - jeden lekarz udzielał świadczeń nieprzerwanie powyżej 24 godzin (48, 25 godzin).

W lutym 2025 r. w SOR: - jeden lekarz udzielał świadczeń nieprzerwanie powyżej 24 godzin (49 godzin); - jeden lekarz udzielał świadczeń nieprzerwanie powyżej 24 godzin (47 godzin); - jeden lekarz udzielał świadczeń nieprzerwanie powyżej 24 godzin (48, 47, 48, 48, 48 godzin); - jeden lekarz udzielał świadczeń nieprzerwanie powyżej 24 godzin (96, 48 godzin).

W marcu 2025 r. w SOR: - jeden lekarz udzielał świadczeń nieprzerwanie powyżej 24 godzin (72, 49 godzin); - jeden lekarz udzielał świadczeń nieprzerwanie powyżej 24 godzin (47, 48, 48, 48 godzin); - jeden lekarz udzielał świadczeń nieprzerwanie powyżej 24 godzin (48, 47 godzin).

⁴² Sześć dób - od godz. 7.00 w dniu 31.01.2024 r. do godz. 7.00 w dniu 05.02.2024 r.

⁴³ Pięć dób - od godz. 7.00 w dniu 04.01.2024 r. do godz. 7.00 w dniu 08.01.2024 r.; pięć dób - od godz. 7.00 w dniu 08.02.2024 r. do godz. 7.00 w dniu 12.02.2024 r.; pięć dób - od godz. 7.00 w dniu 08.02.2024 r. do godz. 7.00 w dniu 12.02.2024 r.; pięć dób - od godz. 7.00 w dniu 14.03.2024 r. do godz. 7.00 w dniu 18.03.2024 r.; pięć dób - od godz. 7.00 w dniu 13.02.2025 r. do godz. 7.00 w dniu 17.02.2025 r.; pięć dób - od godz. 7.00 w dniu 13.03.2025 r. do godz. 7.00 w dniu 17.03.2025 r.; pięć dób - od godz. 7.00 w dniu 27.03.2025 r. do godz. 7.00 w dniu 31.03.2025 r.

W styczniu 2024 r. w SOR oraz w pozostałych komórkach organizacyjnych SPZOZ w Sulęcinie dwóch ratowników medycznych udzielało świadczeń zdrowotnych nieprzerwanie powyżej 24 godzin (odpowiednio: 36 i 36 godzin), w lutym 2024 r. jeden ratownik medyczny (48 godzin), w marcu 2024 r. jeden ratownik medyczny (36 godzin), w styczniu 2025 r. jeden ratownik medyczny (odpowiednio: 48 i 36 godzin), w lutym 2025 r. jeden ratownik medyczny (36 godzin). W opisanych powyżej siedmiu przypadkach świadczenia były udzielane nieprzerwanie przez ratowników medycznych przez czas dłuższy niż 24 godziny.

Najwyższa Izba Kontroli ocenia, że nierzetelnie zorganizowano pracę osób udzielających świadczeń zdrowotnych na podstawie umów cywilnoprawnych (lekarzy i ratowników medycznych). Świadczenie 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.

(akta kontroli str. 126-193, 393, 421)

Dyrektor Szpitala wyjaśniła: Lekarze i ratownicy medyczni pracowali w SOR w ww. przypadkach bez odpoczynku powyżej 24 godzin głównie z uwagi na braki kadrowe, a także częściowo z uwagi na taki układ grafików pracy tych osób. Już podjęłam działania mające na celu niedopuszczenie do pracy lekarza pracującego bez odpoczynku 5 lub nawet 6 dni. Dodatkowo wyjaśniam, iż przepisy dotyczące 11 – godzinnego okresu odpoczynku, zawarte w Kodeksie pracy oraz ustawie o działalności leczniczej, nie dotyczą bezpośrednio umów cywilnoprawnych, takich jak kontrakt, umowa zlecenie czy umowa o dzieło. Odpoczynek dobowy w kontekście umów cywilnoprawnych nie jest uregulowany ustawowo.

(akta kontroli str. 434-437)

2. Podczas przeprowadzania oględzin NIK część infrastruktury technicznej posiadanej przez Szpital nie była wykorzystywana w TOPSOR (urządzenia te nie były podłączone do zasilania i nie działały w TOPSOR), co nie odpowiadało postanowieniom § 4 rozporządzenia w sprawie SOR. I tak:

- automat biletowy stojący z ekranem dotykowym wykonany w technologii LCD, drukarka do biletów i czytnik kodów kreskowych, powinny być zainstalowane przy wejściu do SOR. Automat biletowy stojący z ekranem dotykowym wykonany w technologii LCD, drukarka do biletów i czytnik kodów kreskowych znajdowały się poza SOR, tj. w budynku, w którym udzielana była nocna i świąteczna opieka zdrowotna;

- automat biletowy stojący, z przyciskami mechanicznymi i drukarką, powinien być zainstalowany przy podjeździe dla specjalistycznych środków transportu sanitarnego. Automat biletowy stojący, z przyciskami mechanicznymi, drukarka do biletów i czytnik kodów kreskowych znajdowały się poza SOR, tj. w budynku, w którym udzielana była nocna i świąteczna opieka zdrowotna;

- wyświetlacz zbiorczy z ekranem wykonany w technologii LCD, z jednostką sterującą, powinien być zainstalowany w obszarze segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć SOR. Wyświetlacz zbiorczy znajdował się w obszarze

segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć SOR, jednak nie był podłączony do zasilania i nie działał;

- zestaw nagłaśniający. Zestaw nagłaśniający znajdował się w obszarze segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć SOR, jednak nie był podłączony do zasilania i nie działał.

Ponadto terminal stanowiskowy Q-NSK (terminal, o którym mowa w § 4 pkt 6 ww. rozporządzenia), nie był terminalem z ekranem dotykowym wykonanym w technologii LCD, o przekątnej wynoszącej co najmniej 10 cali, lecz był terminalem obsługiwany przy pomocy myszy komputerowej.

(akta kontroli str. 197-211, 227)

Ratownik medyczny, p.o. koordynator SOR wyjaśniła: Nie zapewniono pełnej funkcjonalności systemu TOPSOR z uwagi na przeprowadzany remont SOR. Z uwagi na trwający remont część urządzeń (biletomaty, wyświetlacz zbiorczy oraz nagłośnienie) nie były wykorzystywane do obsługi pacjentów w systemie TOPSOR. Bilety dla pacjentów zgłaszających się do SOR są drukowane przez personel SOR w momencie zgłoszenia się pacjentów przez videodomofon znajdujący się przy wejściu do SOR. Bilety dla pacjentów przywożonych przez zespoły ratownictwa medycznego są drukowane przez personel SOR w momencie wjazdu karetki na podjazd SOR (o transporcie pacjenta SOR jest powiadamiany wiadomością email i/lub łącznością radiową i/lub przez videodomofon znajdujący się przy podjeździe dla karetek). Czas wydruku biletu przez personel medyczny jest tożsamy z czasem zgłoszenia się ww. pacjentów do SOR. Z uwagi na czasowe niewykorzystywanie nagłośnienia i wyświetlacza zbiorczego pacjenci do poszczególnych gabinetów są przywoływani przez personel medyczny wykonujący TRIAGE poprzez bezpośredni kontakt z zachowaniem zasad rozporządzenia o ochronie danych osobowych.

(akta kontroli str. 433)

3. Żaden z obowiązujących w okresie objętym kontrolą regulaminów organizacyjnych 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.

(akta kontroli str. 10-80)

Dyrektor Szpitala wyjaśniła m.in., że: Brak zapisów w tym zakresie wynika z niedopatrzenia zarówno w zakresie zamieszczenia takich zapisów w poprzednio obowiązującym Regulaminie organizacyjnym, jak i Regulaminie organizacyjnym obowiązującym obecnie. Deklaruję, że dokonam zmiany Regulaminu organizacyjnego polegającej na zawarciu w nim odpowiednich zapisów w tym zakresie. Przygotowano projekt zmiany w Regulaminie organizacyjnym SPZOZ w Sulęcinie, zgodnie z propozycją koordynatora SOR, który zostanie przedstawiony Radzie Społecznej działającej przy SPZOZ w Sulęcinie.

(akta kontroli str. 434-437, 439)

4. Dyrektor Szpitala nie ustalił liczby łóżek w poszczególnych jednostkach organizacyjnych Szpitala wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, w którym znajduje się szpitalny oddział ratunkowy, zabezpieczanych na potrzeby osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego skierowanych do tych jednostek ze szpitalnego oddziału ratunkowego. Liczba ta powinna być ustalona przez kierownika podmiotu wykonującego działalność leczniczą prowadzącego szpital, po zasięgnięciu opinii ordynatorów oddziałów tych jednostek (lekarzy kierujących oddziałami), i podawana do wiadomości ordynatorów oddziałów jednostek (lekarzy kierujących oddziałami) oraz lekarza dyżurnego oddziału.

Nie odpowiadało to zapisom § 13 ust. 3 rozporządzenia w sprawie SOR⁴⁴.

(akta kontroli str. 10-80)

Dyrektor Szpitala wyjaśniła m.in., że: Brak ustalenia na poszczególnych oddziałach Szpitala liczby łóżek zabezpieczonych na potrzeby SOR wynika z niedopatrzenia zarówno w zakresie ustalenia liczby takich łóżek przez poprzednią Dyrektora Szpitala, a także przeze mnie. Deklaruję, że w porozumieniu z lekarzami kierującymi oddziałami ustale i podam im oraz lekarzom dyżurnym SOR te liczby do wiadomości. Z dniem 26.06.2025 r. wprowadziłam w tej sprawie Zarządzenie Dyrektora SPZOZ w Sulęcinie nr 13/2025.

(akta kontroli str. 434-437)

Przedmiotowym zarządzeniem Dyrektor wprowadziła do stosowania zabezpieczenie na potrzeby pacjentów leczonych w SOR, którzy w związku z nagłym zagrożeniem życia wymagają dalszego leczenia w innych oddziałach SPZOZ w Sulęcinie, po jednym łóżku szpitalnym w następujących oddziałach: - chorób wewnętrznych, - chirurgii ogólnej i onkologicznej, - pediatrii, - położniczo ginekologiczny rooming-in, - anestezjologii i intensywnej terapii.

(akta kontroli str. 438)

5. W systemie TOPSOR nie zapisywano w kontrolowanym przez NIK okresie (próbą objęto udzielanie świadczeń 37 pacjentom udarowym) dnia, godziny

⁴⁴ § 13 rozporządzenia w sprawie SOR:

1. Kierownik podmiotu wykonującego działalność leczniczą prowadzącego szpital, w którym działa oddział: 1) określa w regulaminie organizacyjnym tego podmiotu maksymalny czas na podjęcie 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. 2) zapewnia w tym szpitalu kontynuację leczenia osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, skierowanych na leczenie z oddziału. 2. Informacje, o których mowa w pkt 1, są podane do publicznej wiadomości przez zamieszczenie na stronie internetowej podmiotu wykonującego działalność leczniczą prowadzącego szpital, w którym działa oddział, i wywieszenie na tablicy ogłoszeń w obszarze segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć. 3. Liczba łóżek w poszczególnych jednostkach organizacyjnych szpitala wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, w którym znajduje się oddział, zabezpieczanych na potrzeby osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego skierowanych do tych jednostek z oddziału, jest ustalana przez kierownika podmiotu wykonującego działalność leczniczą prowadzącego szpital, po zasięgnięciu opinii ordynatorów oddziałów tych jednostek (lekarzy kierujących oddziałami), i podawana do wiadomości ordynatorów oddziałów jednostek (lekarzy kierujących oddziałami) oraz lekarza dyżurnego oddziału.

i minuty uzyskania pierwszego kontaktu pacjenta z lekarzem. Nie pozwalało to na ustalenie, czy każdy z pacjentów z badanej populacji, któremu przydzielono kategorię pilności *czerwony* lub *pomarańczowy*, uzyskał kontakt z lekarzem odpowiednio natychmiastowy lub do 10 minut. Z zapisów w systemie TOPSOR wynikało, że nie można było także ustalić w jakim czasie pacjentom, którym przydzielono inne kategorii pilności (*żółty*, *zielony* lub *niebieski*) uzyskali pierwszy kontakt z lekarzem SOR⁴⁵. Czasy te nie były odnotowywane w systemie TOPSOR. Nie odpowiadało to zapisom § 2 ust. 5 rozporządzenia w sprawie systemu zarządzającego trybami obsługi pacjenta w szpitalnym oddziale ratunkowym, który stanowi, że: *Minimalne wymagania funkcjonalne dla TOPSOR użytkowanego w szpitalnym oddziale ratunkowym, zwanym dalej „SOR”, obejmują: (...). 5) pomiar indywidualnego czasu oczekiwania pacjenta w SOR na pierwszy kontakt z lekarzem.*

(akta kontroli str. 524-432)

Dyrektor Szpitala wyjaśniła: Czas ten nie był mierzony przez obsługę SOR, oraz nie był zapisywany w systemie TOPSOR. Wynikało to z zaszłości oraz nieznamomości przepisów przez osoby obsługujące ten system. Deklaruję, że czasy te będą ustalane i zamieszczane w systemie TOPSOR. W dniu 10 czerwca 2025 r. wszystkim lekarzom dyżurującym w SOR Sulęcina przywrócono bądź nadano funkcję przywoływania pacjentów do obsługi lekarskiej w TOPSOR. Od dnia 11 czerwca 2025 r. czas pierwszego kontaktu pacjenta z lekarzem jest odnotowywany w systemie TOPSOR.

(akta kontroli str. 434-437)

OCENA CZĄSTKOWA

Czasy pracy pielęgniarek i ratownika medycznego zatrudnionych w SOR na podstawie umowy o pracę oraz okresy odpoczynku pomiędzy kolejnymi okresami świadczenia pracy tych osób były zgodne z normami wynikającymi z przepisów. Wszystkie osoby zatwierdzające w tym okresie karty segregacji medycznej posiadały odpowiednie kwalifikacje – były to pielęgniarki systemu oraz ratownicy medyczni. Szpital przekazywał Wojewódzkiemu Koordynatorowi Ratownictwa Medycznego w Gorzowie Wlkp. rzetelne dane dotyczące liczby aktualnie wolnych stanowisk intensywnej terapii z respiratorem oraz liczbie aktualnie wolnych łóżek szpitalnych na poszczególnych oddziałach. Każdemu objętemu analizą pacjentowi udarowemu niezwłocznie i priorytetowo udzielono zleconego badania diagnostycznego (RTG/TK/laboratoryjnych). W latach 2023-2024 odnotowano trzy przypadki odmowy przejścia pacjentów do SOR, która w każdym przypadku były uzasadnione.

Kontrola wykazała jednak, że w badanej próbie w 58 przypadkach lekarze zatrudnieni na podstawie umów cywilnoprawnych i w siedmiu przypadkach ratownicy medyczni zatrudnieni na podstawie umów cywilnoprawnych pracowali powyżej 24 godzin. W Szpitalu nie zapewniono pełnej funkcjonalności systemu TOPSOR. Część infrastruktury technicznej nie była wykorzystywana w TOPSOR, co nie odpowiadało postanowieniom rozporządzenia w sprawie SOR. Regulamin organizacyjny Szpitala, ani poprzednio obowiązujący Regulamin organizacyjny Szpitala nie określały maksymalnego czasu podjęcia decyzji przez: a) lekarza dyżurnego oddziału o skierowaniu pacjenta na leczenie do oddziałów

⁴⁵ Czasy te wynoszą: - dla kategorii pilności *żółty* do 60 minut, - dla kategorii pilności *zielony* do 120 minut, - dla kategorii pilności *niebieski* do 240 minut lub dłużej.

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. Dyrektor Szpitala nie ustalił także liczby łóżek w poszczególnych jednostkach organizacyjnych Szpitala wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, w którym znajduje się szpitalny oddział ratunkowy, zabezpieczanych na potrzeby osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego skierowanych do tych jednostek ze szpitalnego oddziału ratunkowego, co nie odpowiadało zapisom § 13 ust. 3 ww. rozporządzenia. W systemie TOPSOR w całym okresie objętym kontrolą NIK nie odnotowywano daty, godziny i minuty uzyskania pierwszego kontaktu pacjenta z lekarzem SOR, co nie odpowiadało obowiązującym przepisom i uniemożliwiało ustalenie, czy czas wynikający z przepisów jest przestrzegany.

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 | <ol style="list-style-type: none">1. Przeprowadzanie przeglądów technicznych wyrobów medycznych przypisanych i wykorzystywanych przez SOR w terminach wynikających z dokumentacji tych urządzeń.2. Terminowe wpisywanie wyrobów medycznych wykorzystywanych w SOR do SEZOZ.3. Przeprowadzanie obowiązkowych kontroli lądowiska dla helikopterów stosownie do wymogów wynikających z przepisów art. 62 ust. 1 pkt 2 Prawa budowlanego.4. Ewidencjonowanie kosztów działalności SOR zgodnie z postanowieniami rozporządzenia w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców.5. Zapewnienie osobom świadczącym pracę na podstawie umów cywilnoprawnych czasu wypoczynku w wymiarze gwarantującym bezpieczne dla nich i dla pacjentów udzielanie świadczeń zdrowotnych.6. Doprowadzenie do pełnej funkcjonalności systemu TOPSOR, zgodnie z § 4 rozporządzenia w sprawie SOR.7. Określenie w Regulaminie organizacyjnym Szpitala maksymalnych czasów na podjęcie decyzji przez lekarza dyżurnego SOR oraz lekarzy oddziałów, stosownie do wymogów rozporządzenia w sprawie SOR.8. Odnotowywanie w systemie TOPSOR daty, godziny i minuty uzyskania pierwszego kontaktu pacjenta z lekarzem SOR. |
|---------|--|

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia

pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do Dyrektora delegatury NIK w 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
pokontrolnych

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 28 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

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

Zielona Góra, 16 lipca 2025 r.

Kontroler

Zdzisław Szafrąński
główny specjalista kontroli
państwowej

/podpisano elektronicznie/

Najwyższa Izba Kontroli

Delegatura w Zielonej Górze

p. o. Dyrektor

Andrzej Aleksandrowicz

/podpisano elektronicznie/