

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

DEPARTAMENT PRACY, SPRAW SOCJALNYCH I ZDROWIA

Nr kontroli: KPZ-41012-2006
Nr ewid. 138/2007/P/06/091/KPZ

Informacja o wynikach kontroli działań administracji rządowej i samorządowej w tworzeniu i organizacji systemu ratownictwa medycznego w Polsce

W a r s z a w a s i e r p i e ń 2 0 0 7 r .

Misją *Najwyższej Izby Kontroli jest dbałość o gospodarność i skuteczność w służbie publicznej dla Rzeczypospolitej Polskiej*

Wizją *Najwyższej Izby Kontroli jest cieszący się powszechnym autorytetem najwyższy organ kontroli państwowej, którego raporty będą oczekiwanymi poszukiwanym źródłem informacji dla organów władzy i społeczeństwa*

Informacja o wynikach kontroli
działań administracji rządowej i samorządowej
w tworzeniu i organizacji systemu ratownictwa
medycznego w Polsce

Dyrektor Departamentu Pracy, Spraw
Socjalnych i Zdrowia:

Lech Rejnus

Zatwierdzam:

Jacek Jezierski

Prezes
Najwyższej Izby Kontroli

Warszawa, 2007 r.

Najwyższa Izba Kontroli
ul. Filtrowa 57
00-950 Warszawa
tel./fax: 0-prefiks-22-825 44 81
www.nik.gov.pl

Spis treści	str.
1. Wprowadzenie	4
2. Podsumowanie wyników kontroli	4
2.1. Ogólna ocena kontrolowanej działalności	4
2.2. Synteza wyników kontroli	5
2.3. Wnioski	8
3. Ważniejsze wyniki kontroli	9
3.1. Charakterystyka stanu prawnego oraz uwarunkowań ekonomicznych i organizacyjnych	9
3.1.1. Stan prawny	9
3.1.2. Uwarunkowania ekonomiczno-organizacyjne	13
3.2. Istotne ustalenia kontroli	14
3.2.1. Działania Ministra Zdrowia w zakresie wdrażania i funkcjonowania systemu ratownictwa medycznego	14
3.2.2. Działania organów administracji publicznej w zakresie wdrażania systemu ratownictwa medycznego	21
3.2.3. Działania zakładów opieki zdrowotnej w zakresie wdrażania systemu ratownictwa medycznego	27
3.2.4. Działania Lotniczego Pogotowia Ratunkowego w zakresie funkcjonowania systemu ratownictwa medycznego	35
4. Postępowanie kontrolne i działania podjęte po zakończeniu kontroli	36
5. Załączniki	39

1. Wprowadzenie

Tematem kontroli były działania administracji rządowej i samorządowej w tworzeniu i organizacji systemu ratownictwa medycznego w Polsce.

Kontrola została podjęta z inicjatywy Najwyższej Izby Kontroli, w ramach priorytetowych kierunków kontroli, jakimi są rozwiązywanie najważniejszych problemów społecznych oraz wykorzystanie środków publicznych.

Jej celem była ocena działań administracji rządowej i samorządu terytorialnego w organizowaniu systemu ratownictwa medycznego. Oceniono również wykorzystanie przez zakłady opieki zdrowotnej, oraz inne jednostki, środków finansowych, otrzymanych w ramach programu „Zintegrowane Ratownictwo Medyczne”.

Kontrolę przeprowadzono w okresie od 31 maja 2006 r. do 25 stycznia 2007 r. w Ministerstwie Zdrowia, urzędach wojewódzkich, samodzielnych publicznych szpitalach klinicznych i Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Lotnicze Pogotowie Ratunkowe – pod względem legalności, gospodarności, celowości i rzetelności oraz w organach samorządu terytorialnego i w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej (dla których organami założycielskimi są organy samorządu terytorialnego) – pod względem legalności, gospodarności i rzetelności¹.

Objęto nią lata 2003-2006 (stan na 31 grudnia 2006 r.). Uczestniczyło w niej 15 delegatur² Najwyższej Izby Kontroli oraz Departament Pracy, Spraw Socjalnych i Zdrowia. Skontrolowano: Ministerstwo Zdrowia, 12 urzędów wojewódzkich, 3 centra zdrowia publicznego i 1 Centrum Monitorowania Ochrony Zdrowia, 33 urzędy administracji samorządowej, 32 zakłady opieki zdrowotnej, 210 szpitalnych oddziałów ratunkowych (SOR) i 136 centrów powiadamiania ratunkowego (CPR).

2. Podsumowanie wyników kontroli

2.1. Ogólna ocena kontrolowanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli negatywnie oceniła proces organizowania systemu ratownictwa medycznego w Polsce w latach 2003 – 2006.

¹ Por. art. 5 ust. 1 i 2, ustawy z 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz. U. z 2001 r. Nr 85, poz. 937 ze zm.), zwanej dalej „ustawą o NIK”. Podstawa prawna przeprowadzenia kontroli: art. 2 ust. 1 ustawy o NIK – Ministerstwo Zdrowia, urzędy wojewódzkie i „Lotnicze Pogotowie Ratunkowe”, art. 2 ust. 2 – samorządy terytorialne i samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej.

² Z wyjątkiem Delegatury NIK we Wrocławiu.

Główną przyczyną nieprawidłowości w realizowanym od 1999 r. programie „Zintegrowane Ratownictwo Medyczne” był fakt, że ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym³, która w sposób kompleksowy regulowała zadania państwa w podejmowaniu medycznych działań ratowniczych weszła w życie (od stycznia 2003 r.) tylko w ograniczonym zakresie i w tym stanie obowiązywała aż do 31 grudnia 2006 r.; uniemożliwiło to m.in. organizację i zarządzanie systemem w sposób jednolity na różnych szczeblach organizacyjnych.

Najwyższa Izba Kontroli negatywnie oceniła działania Ministra Zdrowia, organów administracji publicznej (województw, starostw) oraz dyrektorów zakładów opieki zdrowotnej w badanym zakresie.

Minister Zdrowia nie koordynował i w niedostatecznym stopniu kontrolował ten proces, mimo iż w okresie od 1999 r. do 2006 r. wydatkował na ten cel łącznie 647,0 mln zł⁴ (m. in. na wyposażenie 210 SOR, 136 CPR i 1.229 Zespołów Ratownictwa Medycznego).

Organy administracji publicznej (województwie, starostwie) nie tworzyły na swoim terenie spójnie działającego systemu, a zakłady opieki zdrowotnej – mimo iż utworzyły szpitalne oddziały ratunkowe (210), to jednak w 131 przypadkach (63 %) nie zapewniły spełnienia przez nie wymagań w zakresie strukturalno-organizacyjnym oraz wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną.

Podkreślić należy, że istotne – ale negatywne – znaczenie dla organizowanego systemu ratownictwa medycznego miał fakt, że od początku jego wdrażania (1999 r.) funkcję Ministra Zdrowia pełniło 12 osób.

2.2. Synteza wyników kontroli

2.2.1. Minister Zdrowia nie wykonał ustawowego obowiązku – co NIK oceniła jako nierzetelne - i do 31 grudnia 2006 r. (tj. przez cały czas obowiązywania ustawy o ratownictwie medycznym) nie wydał 3 aktów prawnych, istotnych dla określenia kształtu i parametrów docelowego systemu organizacji systemu ratownictwa medycznego, mimo iż przepisy, z których wynikał ten obowiązek, weszły w życie 1 lipca 2002 r. (por. przypis 29).

³ Por. ustawę z dnia 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 113, poz. 1207 ze zm.), zwaną dalej również „ustawą o ratownictwie medycznym”; **ustawa miała wejść w życie z dniem 1 stycznia 2003 r. (z wyjątkiem: patrz art. 45)**; termin przesunięty został na dzień 1 stycznia 2005 r. i ponownie na 1 stycznia 2006 r. Ostatecznie ustawa nie weszła w całości w życie do 31 grudnia 2006 r.

⁴ W okresie 1999-2002 na wdrożenie systemu Ministerstwo wydatkowało 373,5 mln zł, a skutkiem stwierdzonych nieprawidłowości było wydatkowanie z naruszeniem przepisów prawa 112,6 mln zł.

Minister nie zrealizował w terminie także innych zadań, mających istotne znaczenie dla wdrażania tego systemu. Mimo ustawowego obowiązku nie opracował krajowych planów zabezpieczenia medycznych działań ratowniczych na lata 2003-2006, oraz uregulowań dotyczących zasad sporządzania i realizacji Programu „Zintegrowane Ratownictwo Medyczne”. (szczegóły str. 14-16)

2.2.2. Minister Zdrowia nie koordynował i w niedostatecznym stopniu kontrolował proces wdrażania i funkcjonowania systemu ratownictwa medycznego, co NIK oceniła również jako działanie nierzetelne.

W okresie 1999-2005 r. Ministerstwo przeprowadziło tylko 99 kontroli w jednostkach uczestniczących w Programie, które dotyczyły wyłącznie wykorzystania środków przekazanych im do roku 2002. Nie przeprowadzono natomiast żadnej kontroli Programu realizowanego w latach 2003, 2004 i 2006.

Dopiero w trakcie kontroli NIK Minister Zdrowia wystąpił do wojewodów o przekazanie aktualnej i kompleksowej informacji o stanie i wyposażeniu jednostek uczestniczących w Programie. Jak się jednak okazało otrzymane informacje różniły się znacznie od stanu faktycznego ustalonego przez NIK. (szczegóły str. 16-20)

2.2.3. Organy administracji publicznej (województwie, starostowie) nie wykonywały zadań mających istotny wpływ na docelowy kształt i skuteczność systemu ratownictwa medycznego, gdyż brakowało niektórych przepisów wykonawczych do obowiązującej już od 1 lipca 2002 r. części ustawy o ratownictwie medycznym oraz nieobowiązującej aż do 31 grudnia 2006 r. tej części ustawy, w której określone zostały dla nich zadania. (szczegóły str. 21-22)

2.2.4. Wojewodowie nie zapewniali prawidłowej współpracy podmiotom, którym powierzyli wykonywanie zadań z zakresu ratownictwa medycznego. W niedostatecznym też stopniu koordynowali proces jego wdrażania i funkcjonowania.

Dotyczyło to zarówno tworzenia i funkcjonowania szpitalnych oddziałów ratunkowych (SOR) jak i centrów powiadamiania ratunkowego (CPR). (szczegóły str. 22)

2.2.5. Wojewodowie (8 spośród 15 objętych kontrolą) nie przestrzegali ustawowego obowiązku występowania do oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu

Zdrowia o wydanie opinii na temat sieci szpitalnych oddziałów ratunkowych na terenie województwa. (szczegóły str. 22-23)

2.2.6. Wojewodowie włączali SOR-y do systemu ratownictwa medycznego bez uprzedniego upewnienia się czy spełniają one określone wymogi do udzielania świadczeń ratowniczych; do systemu włączano SOR-y, które nawet nie istniały. (szczegóły str. 27-34)

2.2.7. Wojewodowie przekazywali starostom środki na wydatki pozapłacowe w centrach powiadamiania ratunkowego, nie sprawdzając czy spełniają one warunki do ich otrzymania. Przekazywali je również tym starostom, którzy CPR-ów nie utworzyli lub utworzonych nie uruchomili. Nie egzekwowali również rzetelnego rozliczania przekazanych środków. (szczegóły str. 23-24)

2.2.8. Starostowie tworzyli centra powiadamiania ratunkowego według własnych ustaleń, z pominięciem propozycji wojewodów dotyczącej utworzenia wspólnego dla kilku powiatów centrum oraz jego lokalizacji.

W 43 % kontrolowanych powiatów, utworzone CPR-y nie spełniały wymogów pozwalających na pełną realizację zadań.

System powiadamiania ratunkowego również nie funkcjonował dostatecznie ponieważ w żadnym CPR nie wprowadzono jednolitego numeru alarmowego „112”; nie została określona wspólna koncepcja dotycząca wprowadzenia i użytkowania numeru „112”, koordynacji i współdziałania służb ustawowo powołanych do niesienia pomocy oraz wykorzystywanych przez te służby systemów łączności (szczegóły str. 25-26).

2.2.9. Zakłady opieki zdrowotnej nie wywiązywały się z obowiązku utworzenia szpitalnych oddziałów ratunkowych i centrów powiadamiania ratunkowego, w terminach ustalonych przez Ministra Zdrowia. Pomimo tych opóźnień Minister sukcesywnie przekazywał im środki na wyposażenie nawet nieistniejących oddziałów i CPR-ów. (szczegóły str. 26-27)

2.2.10. W ocenie NIK 62,4 % funkcjonujących szpitalnych oddziałów ratunkowych nie spełniało wymagań określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego.

Minister nie posiadał wiedzy o skali tego zjawiska, a z danych, które zebrał w tym zakresie dla potrzeb kontrolujących, wynika, że było ich jedynie 18,9 %. (szczegóły str. 16-17, 28-34)

2.2.11. Dyrektorzy 42 szpitali (32 %) spośród 131, w których SOR-y nie spełniały wymogów określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie szpitalnych oddziałów ratunkowych, składali w NFZ niezgodne ze stanem faktycznym oświadczenia w tym zakresie; gwarantowało to korzystniejszy finansowo kontrakt dla tych szpitali. Np. w woj. Podlaskim 9 spośród 13 funkcjonujących SOR nie spełniało wymogów organizacyjnych i wyposażenia oraz nie złożyło programów dostosowawczych, a wartość ich kontraktów zawartych z NFZ na skutek poświadczenia nieprawdy w tym zakresie w ofertach wyniosła 20,5 mln zł (por. przypis 58 i 61).

Ustalono również, że bywało odwrotnie, kiedy to SOR-y, spełniające określone wymogi nie podjęły właściwej działalności ratowniczej w ramach systemu, ze względu na zbyt niską stawkę ryczałtową oferowaną im przez NFZ (zakontraktowane one zostały jako szpitalna izba przyjęć). (szczegóły str. 32-34)

2.2.12. Działalność Lotniczego Pogotowia Ratunkowego, w zakresie funkcjonowania systemu ratownictwa medycznego, jest niewystarczająca. Nie obejmuje ono swoim zasięgiem całego kraju, a stan użytkowanych statków powietrznych uniemożliwia realizację wszystkich zadań statutowych.

Minister Zdrowia nie realizował programu wymiany śmigłowców Lotniczego Pogotowia Ratunkowego, według przyjętego harmonogramu.

Tym samym zagrożony jest termin realizacji wymiany śmigłowców, a w konsekwencji poprawa funkcjonowania Lotniczego Pogotowia Ratunkowego. (szczegóły str. 20, 35-36)

2.3. Wnioski

Oprócz wniosków zmierzających do usunięcia nieprawidłowości ujawnionych w wyniku kontroli, przedstawionych w wystąpieniach pokontrolnych skierowanych do kierowników skontrolowanych jednostek, jej ustalenia uzasadniają sformułowanie pod adresem Ministra Zdrowia następujących wniosków:

- pilne przeprowadzenie rzetelnej inwentaryzacji stanu wdrożenia systemu ratownictwa medycznego (SOR i CPR),
- zweryfikowanie sieci szpitali zakwalifikowanych do realizacji zadań w systemie ratowniczym,
- zintensyfikowanie działań mających na celu wymianę śmigłowców ratowniczych w SP ZOZ Lotnicze Pogotowie Ratunkowe.

3. Ważniejsze wyniki kontroli

3.1. Charakterystyka stanu prawnego oraz uwarunkowań ekonomicznych i organizacyjnych

3.1.1. Stan prawny

3.1.1.1. Do 31 grudnia 2006 r. organizację i zasady funkcjonowania systemu zintegrowanego ratownictwa medycznego określała ustawa z 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym⁵, która weszła w życie 1 stycznia 2003 r., w ograniczonym zakresie⁶.

Z uwagi na trudną sytuację finansów publicznych, i brak środków na realizację zadań wynikających z powyższej ustawy, 1 stycznia 2003 r. weszła w życie – ustawa o świadczeniu usług ratownictwa medycznego⁷, zgodnie z którą zawieszono stosowanie przepisów ustawy o ratownictwie medycznym (które jeszcze nie weszły w życie) do stycznia 2005 r. (z możliwością kontynuowania procesu tworzenia systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego, przy jednoczesnym określeniu zasad finansowania jednostek świadczących usługi ratownictwa medycznego).

Kolejnych przesunięć terminu wejścia w życie zawieszonych przepisów ustawy o ratownictwie medycznym dokonano w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej

⁵ Ustawa z 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 113, poz. 1207 ze zm.), zwana dalej również „ustawą o ratownictwie medycznym” utraciła moc 31 grudnia 2006 r.

⁶ Zgodnie z art. 44b ww. ustawy do 31 grudnia 2006 r. nie stosuje się przepisów ustawy z wyjątkiem art. 3, art. 22 i 23, art. 24 ust. 1-5 i 9-13, art. 35, art. 39 pkt 2, art. 41 i art. 44 ust. 1-3.

⁷ Ustawa z 6 grudnia 2002 r. o świadczeniu usług ratownictwa medycznego (Dz. U. Nr 241, poz. 2073 ze zm.), zwana dalej „ustawą o usługach ratowniczych”

finansowanych ze środków publicznych⁸ (do stycznia 2006 r.), a następnie w ustawie o zmianie ustawy o ratownictwie medycznym⁹ (do 31 grudnia 2006 r.).

Według ustawy o ratownictwie medycznym organami administracji publicznej właściwymi w zakresie wykonywania zadań systemu był¹⁰: minister właściwy do spraw zdrowia, wojewoda i starosta. Były one zobowiązane do zorganizowania systemu oraz zapewnienia jego nieprzerwanej gotowości, odpowiednio na obszarze kraju, województwa i powiatu.

Do zadań ministra właściwego do spraw zdrowia - w świetle obowiązujących wówczas przepisów¹¹ - należało w szczególności: sprawowanie nadzoru nad funkcjonowaniem systemu, zatwierdzanie wojewódzkich planów zabezpieczenia medycznych działań ratowniczych, przygotowywanie i aktualizacja przynajmniej raz w roku, krajowego planu zabezpieczenia medycznych działań ratowniczych, finansowanie medycznych działań ratowniczych lotniczego pogotowia ratunkowego, prowadzenie rejestru jednostek lotniczego pogotowia ratunkowego i lotniczych grup poszukiwawczo-ratowniczych, włączonych do systemu, udział w finansowaniu kosztów inwestycyjnych związanych z systemem.

Do zadań wojewody należało m.in.¹² określenie liczby i rozmieszczenia centrów powiadamiania ratunkowego, szpitalnych oddziałów ratunkowych oraz zespołów ratownictwa medycznego, sprawowanie nadzoru nad funkcjonowaniem systemu na obszarze województwa, prowadzenie rejestru jednostek systemu (z wyjątkiem jednostek lotniczego pogotowia ratunkowego i lotniczych grup poszukiwawczo-ratowniczych), uzgadnianie i zatwierdzanie rocznych powiatowych planów zabezpieczenia medycznych działań ratowniczych, przygotowywanie i aktualizacja, przynajmniej raz w roku, wojewódzkiego planu zabezpieczenia medycznych działań ratowniczych i wojewódzkiego programu ratownictwa medycznego oraz przedstawianie ich ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.

⁸ Ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 ze zm.) – w art. 219 zawieszono stosowanie niektórych przepisów ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

⁹ Art. 1 ustawy z 16 grudnia 2005 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 267, poz. 2256).

¹⁰ Por. art. 14 ustawy o ratownictwie medycznym.

¹¹ Por. przypis art. 22-23 ustawy o ratownictwie medycznym oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z 23 maja 2002 r. w sprawie trybu tworzenia powiatowych, wojewódzkich i krajowych rocznych planów zabezpieczenia medycznych działań ratowniczych (Dz. U. Nr 79, poz. 721) zwane dalej „rozporządzeniem w sprawie tworzenia planów ratowniczych”.

¹² Tamże oraz ustawa o usługach ratowniczych.

Do zadań starosty należało m.in.¹³ zarządzanie systemem na obszarze powiatu, organizacja i finansowanie bieżącej działalności centrum powiadamiania ratunkowego¹⁴, przygotowywanie i aktualizacja, przynajmniej raz w roku, powiatowego planu zabezpieczenia medycznych działań ratowniczych oraz przedstawianie go wojewodzie, współdziałanie z organami gmin leżących na obszarze powiatu i starostami powiatów sąsiadujących w celu zawarcia porozumień.

Wyżej wymienione czynności starosta wykonywał jako zadania z zakresu administracji rządowej. Zarządzał systemem przy pomocy centrum, zintegrowanym stanowiskiem dyspozytorskim służb ratowniczych¹⁵, które mogło obejmować swym zasięgiem obszar powiatu, na podstawie porozumienia, lub powiatów sąsiadujących, ale nie mogło wykraczać poza granice województwa. Porozumienie pomiędzy powiatami wymagało zatwierdzenia przez wojewodę.

Do zadań centrum należało m.in.¹⁶ przyjmowanie powiadomień o stanach nagłego zagrożenia życia lub zdrowia, ustalanie priorytetów i niezwłoczne dysponowanie jednostkami systemu, przekazywanie niezbędnych informacji osobom udzielającym pierwszej pomocy, w szczególności przed przybyciem zespołu ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia, przekazywanie kierującemu działaniami ratowniczymi niezbędnych informacji, ułatwiających podejmowanie rozstrzygnięć na miejscu zdarzenia, przekazywanie niezbędnych informacji o stanach zagrożenia życia lub zdrowia innym jednostkom wykonującym zadania w zakresie ratownictwa medycznego, koordynacja medycznych działań ratowniczych podejmowanych przez poszczególne jednostki systemu, a także działań podejmowanych przez inne jednostki uczestniczące w działaniach ratowniczych.

Minister właściwy do spraw zdrowia określił w drodze rozporządzenia tryb tworzenia powiatowych, wojewódzkich oraz krajowych rocznych planów zabezpieczenia medycznych działań ratowniczych. Nie określił natomiast szczegółowych działań ratowniczych, uwzględniających sposób współdziałania jednostek systemu z innymi jednostkami i służbami uczestniczącymi w medycznej akcji ratowniczej, w szczególności z jednostkami

¹³ Tamże oraz ustawa o usługach ratowniczych.

¹⁴ Zwanego dalej również „CPR”.

¹⁵ Por. art. 4 ust. 1, 3-6 ustawy o usługach ratowniczych.

¹⁶ Tamże – art. 4 ust. 2.

krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego i policji oraz zasad funkcjonowania systemu w przypadku zdarzeń masowych¹⁷.

Jednostkami systemu są szpitalne oddziały ratunkowe i zespoły ratownictwa medycznego. Do systemu mogły być one włączone jeżeli ich lokalizacja była zgodna z wojewódzkim planem zabezpieczenia medycznych działań ratowniczych oraz były zdolne m.in. do¹⁸ wykonywania medycznych działań ratowniczych w ramach systemu, zachowania spójności i ciągłości procedur ratowniczych, koordynacji medycznych działań ratowniczych, podejmowanych wspólnie z innymi jednostkami systemu, poprzez zapewnienie odpowiedniego standardu procedur ratowniczych i wyposażenia.

Minister właściwy do spraw zdrowia określił w drodze rozporządzenia m.in.:¹⁹ szczegółowe zadania szpitalnych oddziałów ratunkowych i strukturę organizacyjną szpitalnego oddziału ratunkowego.

Włączenie do systemu jednostki (szpitalnego oddziału ratunkowego, zespołu ratownictwa medycznego), odmowa włączenia, wyłączenie jednostki z systemu oraz odmowa wyłączenia następowała w drodze decyzji właściwego wojewody.²⁰

Rejestr jednostek systemu prowadził wojewoda, z wyjątkiem jednostek lotniczego pogotowia ratunkowego i lotniczych grup poszukiwawczo-ratowniczych, których rejestr prowadził minister właściwy do spraw zdrowia.

3.1.1.2. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Lotnicze Pogotowie Ratunkowe (zwany dalej „Zakładem”) jest samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej, utworzonym przez Ministra Zdrowia.²¹ Nadzór nad działalnością Zakładu sprawuje Minister Zdrowia. Obszarem działania Zakładu jest cały kraj, a w uzasadnionych przypadkach również obszar poza jego granicami.²²

Celem Zakładu jest udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz realizowanie zadań z zakresu ratownictwa medycznego, a w szczególności: wykonywanie lotów do wypadków, lotów ratowniczych, sanitarnych, udział w akcjach w systemie SAR (poszukiwanie

¹⁷ Por. art. 22 ust. 6 ustawy o ratownictwie medycznym (rozporządzenie Ministra Zdrowia z 23 maja 2002 r. w sprawie trybu tworzenia powiatowych, wojewódzkich i krajowych rocznych planów zabezpieczenia medycznych działań ratowniczych – Dz. U. Nr 79 poz. 721 – **weszło w życie 1 lipca 2002 r.**) oraz art. 22 ust. 7 (rozporządzenie nie zostało wydane).

¹⁸ Tamże – art. 23 ust. 1 i art. 24 ust. 1.

¹⁹ Tamże – art. 23 ust. 4 i rozporządzenie Ministra Zdrowia z 10 maja 2002 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. Nr 74, poz. 687 ze zm.), zwane dalej również „rozporządzeniem w sprawie SOR”.

²⁰ Tamże – art. 24 ust. 2 (**wszedł w życie 1 lipca 2002 r.**).

²¹ Por. zarządzenie Ministra Zdrowia z 3 marca 2000 r. w sprawie utworzenia Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej „Lotnicze Pogotowie Ratunkowe” (Dz. Urz. MZ Nr 1, poz. 4), zwanego dalej „Zakładem”.

²² Tamże – § 3.

i ratownictwo), udział w akcjach niesienia pomocy w czasie klęsk żywiołowych oraz inne usługi lotnicze.²³

Od 2002 r. jednostki lotniczego pogotowia ratunkowego są finansowane z budżetu państwa, z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia. Finansowanie odbywało się na podstawie umowy między ministrem właściwym do spraw zdrowia i jednostką lotniczego pogotowia ratunkowego, do której nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych.²⁴

3.1.1.3. Szczegółowe warunki przekazywania samodzielnym publicznym zakładom opieki zdrowotnej środków publicznych na realizację odpłatnych świadczeń zdrowotnych, programów zdrowotnych i programu Zintegrowane Ratownictwo Medyczne (w tym na niezbędne do ich wykonania wydatki inwestycyjne lub zakup specjalistycznych wyrobów medycznych), a także sposób rozliczania tych środków oraz sprawowania kontroli nad prawidłowością ich wykorzystania, określił Minister Zdrowia w drodze rozporządzenia, które obowiązywało od dnia 22 czerwca 2002 r.²⁵

3.1.1.4. Ministrowi Zdrowia przysługiwało prawo przeprowadzania czynności kontrolnych w zoz i podmiotach, które utworzyły takie zakłady²⁶ i wydawania zaleceń pokontrolnych, mających na celu usunięcie stwierdzonych nieprawidłowości, a także, w miarę potrzeby wydawania decyzji administracyjnych, nakazujących ich usunięcie.

3.1.2. Uwarunkowania ekonomiczno-organizacyjne

1. W latach 2003-2006 na realizację programu zintegrowane ratownictwo medyczne (zwanego dalej „Programem”) Minister wydatkował 118.990,3 tys. zł (w latach 1999-2002 na finansowanie Programu wydatkowano 201.809 tys. zł).

Ponadto na zadania związane z funkcjonowaniem systemu ratownictwa medycznego w latach 2003-2006 wydatkowano:

- z dotacji na restrukturyzację zakładów opieki zdrowotnej - 7.726,8 tys. zł,

²³ Tamże § 6 ust. 1.

²⁴ Por. art. 44a ustawy o ratownictwie medycznym (**wszedł w życie 1 stycznia 2002 r**) oraz art. 5 ust. 4-6 ustawy o usługach ratowniczych.

²⁵ Por. art. 54 ustawy z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408 ze zm.) zmieniony przez art. 39 pkt 2 ustawy o ratownictwie medycznym, rozporządzenie Ministra Zdrowia z 19 kwietnia 2002 r. w sprawie szczegółowych warunków przekazywania samodzielnym publicznym zakładom opieki zdrowotnej środków publicznych, sposobu rozliczania tych środków oraz sprawowania kontroli nad prawidłowością ich wykorzystania (Dz. U. Nr 69, poz. 642) (**weszło w życie 22 czerwca 2002 r.**) oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z 1 lipca 2005 r. w sprawie szczegółowych warunków przekazywania samodzielnym publicznym zakładom opieki zdrowotnej środków publicznych na realizację programów zdrowotnych i programu Zintegrowane Ratownictwo Medyczne (Dz. U. Nr 131, poz. 1099) (weszło w życie 2 sierpnia 2005 r.).

- na lotnicze pogotowie ratunkowe – 146.785,8 tys. zł.

Nadmienić należy, że w 2005 r. nie finansowano zadań w ramach Programu ponieważ w ustawie budżetowej na 2005 r. nie przewidziano na ten cel środków finansowych (mimo iż Minister Zdrowia zgłaszał na nie zapotrzebowanie w kwocie 32.500 tys. zł).

Łącznie w okresie 2003-2006 na wdrożenie i funkcjonowanie systemu ratownictwa medycznego Minister wydatkował 273.502,9 tys. zł.²⁷

Całkowita realizacja Programu według Ministra Zdrowia miała nastąpić w roku 2003. Założono, że do prawidłowego działania tego systemu, konieczne było utworzenie 281 szpitalnych oddziałów ratunkowych (SOR), 255 centrów powiadamiania ratunkowego (CPR) i 600 zespołów ratownictwa medycznego (ZRM), wyposażonych w niezbędny sprzęt medyczny.

Do końca 2006 r. liczba planowanych do utworzenia jednostek systemu uległa zmianie i wynosiła – wg Ministra Zdrowia – 203 SOR i 130 CPR. Nadmienić jednak należy, że wg stanu faktycznego ustalonego przez NIK, dane te wynoszą: 251 SOR, 178 CPR i 1280 ZRM²⁸.

3.2. Istotne ustalenia kontroli

3.2.1. Działania Ministra Zdrowia w zakresie wdrażania i funkcjonowania systemu ratownictwa medycznego

3.2.1.1. Minister Zdrowia do 31 grudnia 2006 r. nie wydał 3 rozporządzeń²⁹, mimo iż przepisy, z których wynikał ten obowiązek, weszły w życie 1 lipca 2002 r.

Brak przepisów wykonawczych, wymienionych w ustawie o ratownictwie medycznym uniemożliwiał prawidłową organizację jednostek systemu (np. SOR, CPR), a także utrudniał wykonywanie zadań Programu organom odpowiedzialnym za jego

²⁶ Tamże – art. 65.

²⁷ W okresie 1999-2002 na wdrożenie tego systemu Ministerstwo wydatkowało 373,5 mln zł (Informacja o wynikach kontroli wdrażania systemu ratownictwa medycznego w Polsce – NIK wrzesień 2003 r.).

²⁸ Więcej o wynikach kontroli NIK w tym zakresie w pkt. 3.2.1.3. Zestawienie jednostek wchodzących w skład systemu „Zintegrowane Ratownictwo Medyczne” stanowi załącznik Nr 2.

²⁹ Od 1 lipca 2002 r. Ministerstwo Zdrowia nie wydało rozporządzenia w sprawie: szczegółowych elementów planów działań ratowniczych uwzględniających sposób współdziałania jednostek systemu z innymi jednostkami i służbami uczestniczącymi w medycznej akcji ratowniczej (art. 22 ust. 7), standardów medycznych procedur ratowniczych (art. 23 ust. 4 pkt 5), rodzajów zespołów ratownictwa medycznego oraz niezbędnych wymagań w zakresie ich składu osobowego i wyposażenia (art. 23 ust. 4 pkt 6).

wdrażanie, tj. wojewodom i starostom. Tylko od ich inwencji i zaangażowania zależał postęp w tym zakresie.

Do wydania powyższych rozporządzeń Minister był dodatkowo zobowiązany wnioskiem zawartym w wystąpieniu pokontrolnym Najwyższej Izby Kontroli z 14 kwietnia 2003 r., sporządzonym w związku z kontrolą przeprowadzoną w Ministerstwie w zakresie „wdrażania systemu ratownictwa medycznego w Polsce w latach 1999 – 2002”.

Powoływanie się Ministra Zdrowia na występujące w 2005 r. trudności przy opracowaniu projektów rozporządzeń oraz na rozpoczęcie prac nad nową ustawą o ratownictwie medycznym, zdaniem NIK, nie usprawiedliwia 4-letniej zwłoki.

Minister Zdrowia nie wykonał w terminie również innych zadań mających istotne znaczenie dla wdrażania systemu ratownictwa medycznego. Nie opracował bowiem krajowych planów zabezpieczenia medycznych działań ratowniczych na lata 2003-2006³⁰, mimo iż miał je sporządzać do 1 maja danego roku na rok następny. Istotą tych planów było m.in. „ustalenie sposobu kierowania oraz zasad współdziałania, a także procedur podejmowania działań zmierzających do ograniczenia czynników wywołujących stany nagłe oraz do ograniczenia następstw tych stanów”.

3.2.1.2. Minister nie wprowadził żadnych uregulowań dotyczących sposobu opracowania i realizacji Programu „Zintegrowane Ratownictwo Medyczne” (w przeciwieństwie do programów polityki zdrowotnej, dla których – na wniosek NIK – wydał zarządzenie z 24 grudnia 2002 r. w sprawie zasad prowadzenia prac nad opracowaniem i realizacją programów zdrowotnych³¹).

W efekcie, w Programie zamieszczano zapisy, które dość dowolnie rozszerzały możliwość finansowania zadań nie związanych bezpośrednio z ratownictwem medycznym. W ocenie Izby, nie sprzyjało to przejrzystości wydatkowania środków publicznych na ten cel.

Na przykład w 2003 r. zapisano w Programie możliwość wydatków na zakup sprzętu medycznego niestanowiącego wyposażenia szpitalnych oddziałów

³⁰ Por. art. 22 ust.2 i 3 ustawy o ratownictwie medycznym oraz § 1 i 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 23 maja 2002 r. w sprawie trybu tworzenia powiatowych, wojewódzkich i krajowych rocznych planów zabezpieczenia medycznych działań ratowniczych (Dz. U. Nr 79, poz. 721), zwanego dalej „rozporządzeniem w sprawie tworzenia planów ratowniczych”.

³¹ Zarządzenie Ministra Zdrowia z 24 grudnia 2002 r. w sprawie zasad prowadzenia prac nad opracowaniem i realizacją programów zdrowotnych (Dz. Urz. MZ 02.11.85) oraz z 22 grudnia 2003 r. w tej samej sprawie (Dz. Urz. MZ.04.1.2). Określono w nim m. in. procedurę wdrożenia programu do realizacji, okres jego realizacji, zasady finansowania programu, sposób sprawowania nadzoru nad jego realizacją.

ratunkowych. Wykraczały one jednak poza ustawowe uregulowanie³². Posiłkując się Programem wydano 2.640,1 tys. zł³³ na wymianę i montaż lampy w aparacie angiograficznym (422,3 tys. zł), dofinansowanie zakupu angiografu (1.417,8 tys. zł) i kardioangiografu (500 tys. zł) oraz doposażenie oddziału intensywnej terapii (300 tys. zł).

NIK nie kwestionowała celowości doposażenia oddziałów intensywnej terapii, czy też zakupu aparatury do zabiegów kardiologicznych, zwróciła jedynie uwagę, że przyjęta przez Ministra praktyka pozwalała na nadmierną dowolność w wydatkowaniu środków publicznych, co mogło sprzyjać wystąpieniu korupcji.

Programy były zatwierdzane dopiero pod koniec roku, którego dotyczyły. Umowy z jego wykonawcami zawierano w okresie październik-grudzień. W istotny sposób – zdaniem Izby – utrudniało to sprawną i rzetelną ich realizację.

Nadmienić należy, że w toku kontroli nie można było ustalić daty zaakceptowania Programu na 2003 rok, natomiast w przypadku Programu na 2006 rok nie uczyniono tego do czasu zakończenia kontroli (listopad 2006 r.).

Opóźnienia w zatwierdzaniu Programu na lata 2003, 2004 i 2006 Minister tłumaczył licznymi zmianami i poprawkami, zarówno w treści Programu, jak i w środkach przyznanych na jego realizację (przesunięcia w klasyfikacji budżetowej). Świadczy to, że podejmowane doraźnie działania legitymizowano przyjętymi w końcu roku Programami.

3.2.1.3. NIK negatywnie oceniła stan sieci szpitalnych oddziałów ratunkowych (SOR) i centrów powiadamiania ratunkowego (CPR). Do 2006 r., a więc 7 lat od rozpoczęcia wdrażania systemu ratownictwa medycznego i poniesienia dużych nakładów finansowych, nie udało się stworzyć planowanej liczby jednostek systemu o ustalonych parametrach jakościowych, a Minister nie miał również aktualnej wiedzy o liczbie i rozmieszczeniu SOR oraz CPR na terenie kraju.

Są bowiem wyraźne przesłanki wskazujące, że istniejąca sieć SOR-ów (zarówno ich liczba, jak i stan organizacyjny) nie zapewnia pomocy ratowniczej zgodnie z obowiązującymi standardami. Dane, zebrane przez Ministra na wniosek kontrolera NIK, świadczą, że liczba planowanych do utworzenia do 2006 r. SOR-ów oraz CPR była

³² Por. art. 35 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 113, poz. 1207 ze zm.); utraciła moc 1 stycznia 2007 r.

³³ Dotyczyło to szpitali: SP ZOZ Szpital Kliniczny Nr 1 Akademickiego Centrum Klinicznego Akademii Medycznej w Gdańsku (422,3 tys. zł), SP CSK Akademii Medycznej w Warszawie (1.417,8 tys. zł), Szpital Zespolony im. L. Perzyny w Kaliszu (500 tys. zł), SP ZOZ w Garwolinie (300 tys. zł).

w poszczególnych województwach bardzo zróżnicowana i nie wynikała z ich wielkości lub zaludnienia.

Np. w Mazowieckiem – zaplanowano do utworzenia – 27 SOR i 8 CPR, w Śląskiem odpowiednio – 7 i 15, Podkarpackiem – 8 i 16, a w Zachodniopomorskiem – 3 i 3.

Według danych Ministra do 2006 r. zaplanowano utworzenie łącznie 203 SOR i 130 CPR, a funkcjonuje odpowiednio 201 i 108. Spośród 201 SOR-ów 38 nie spełniało warunków określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie SOR, ale w przypadku każdego z nich został opracowany program dostosowawczy³⁴.

Ogłędziny oraz oceny wszystkich SOR i CPR dokonano w 15 województwach³⁵ przez kontrolerów NIK – wykazały znaczne rozbieżności w stosunku do liczby tych jednostek podanych przez Ministra.

Ustalono bowiem, że do utworzenia do 2006 r. zaplanowano 251 SOR i 178 CPR, a funkcjonuje ich – odpowiednio – 210 (83,7 %) i 136 (76,4 %). Podkreślić jednak należy, że spośród 210 funkcjonujących SOR tylko 79 (37,6 %) spełnia wymogi rozporządzenia w sprawie SOR. Natomiast spośród 131 SOR (62,4 %) nie spełniających tych wymogów – tylko 89 (68 %) złożyło „programy dostosowawcze”.

Ustalono również, że do czasu zakończenia kontroli (listopad 2006 r.) nie zostały utworzone centra powiadamiania ratunkowego (np. w Ustrzykach Dolnych, Końskich, Bielsku Białej), na wyposażenie których Minister Zdrowia przekazywał środki z budżetu państwa w latach 2000-2002. W umowach o przekazanie środków Minister nie określił terminu ich utworzenia.

3.2.1.4. Przy podziale, dystrybucji i rozliczaniu środków przeznaczonych na ratownictwo medyczne występowały przypadki, które, w ocenie NIK, naruszały przepisy prawa lub były nierzetelne.

Zgłoszenie przez Ministra 4 grudnia 2003 r. kwoty 575,0 tys. zł w rozdziale 85112 (Szpitale kliniczne), jako wydatki niewygasające z końcem roku budżetowego 2003 r., podczas gdy środki te były faktycznie ujęte w rozdziale 85141 (ratownictwo medyczne), Izba oceniła jako nielegalne. Dopiero 18 grudnia 2003 r. zostały one przeniesione do

³⁴ Por. § 15 rozporządzenia w sprawie SOR; „program dostosowania oddziału do wymagań rozporządzenia” – zwany dalej „programem dostosowawczym”.

³⁵ Województwo Dolnośląskie nie było objęte kontrolą NIK; wszystkie dane liczbowe dotyczące tego województwa otrzymano z Ministerstwa Zdrowia i zostały one uwzględnione w zestawieniach zbiorczych i analizie w wersji otrzymanej.

rozdziału 85112. Tymczasem rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie wydatków budżetu państwa, które w 2003 r. nie wygasają z upływem roku budżetowego zostało wydane 11 grudnia 2003 r., tydzień przed wydaniem decyzji przez Ministra w sprawie przesunięcia ww. kwoty. Tym samym Minister naruszył obowiązujące wówczas przepisy ustawy o finansach publicznych³⁶. Całą kwotę (575,0 tys. zł) Minister wydatkował w 2004 r.

Minister nie prowadził egzekucji środków wydatkowanych niezgodnie z zawartymi umowami, nawet zakwestionowanych w wyniku przeprowadzonych kontroli.

Np. od 3 skontrolowanych zoż-ów Minister nie wyegzekwował środków wydatkowanych w latach 2000-2002 niezgodnie z zawartymi umowami, w łącznej kwocie 132,1 tys. zł (od Miejskiego Szpitala Specjalistycznego w Krakowie – 15,3 tys. zł, SP ZOZ w Wołominie – 87,4 tys. zł i Szpitala Powiatowego w Sochaczewie – 29,4 tys. zł).

W 2003 r. Minister również nie zażądał zwrotu kwoty 9 tys. zł wydatkowanej przez SP Szpital Kliniczny Nr 1 Akademickie Centrum Kliniczne AM w Gdańsku na zakup laryngoskopu.

NIK nie kwestionowała celowości wydatkowanych środków. Biorąc jednak pod uwagę niedopełnienie obowiązku aneksowania zawartych umów, uznała te działania za nielegalne i niegospodarne.

W 2005 r. Minister Zdrowia zawarł 32 umowy o udzielenie dotacji na wsparcie restrukturyzacji w publicznych zakładach opieki zdrowotnej w ramach ratownictwa medycznego na łączną kwotę 7.928,5 tys. zł (wydatki z tego tytułu wyniosły 7.726,8 tys. zł), w tym 2 stacjom pogotowia ratunkowego: w Jeleniej Górze i we Wrocławiu.

Finansując tym stacjom zakup środków łączności i sprzętu medycznego, nie ujętych w zawartych umowach (odpowiednio za kwotę 108,3 tys. zł i 7,5 tys. zł), naruszył ich postanowienia, które ściśle określały przeznaczenie przyznanych środków i obowiązek ich celowego wykorzystania³⁷.

3.2.1.5. Minister Zdrowia w sposób niedostateczny sprawował nadzór nad procesem wdrażania systemu ratownictwa medycznego oraz realizacją zawartych umów.

³⁶ Por. art. 102 ustawy z 26 listopada 1998 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2003 r. Nr 15, poz. 148 ze zm.).

³⁷ W wystąpieniach pokontrolnych NIK wnioskowała o zwrot środków wydatkowanych niezgodnie z umowami.

W okresie objętym kontrolą Minister nie przeprowadził żadnej kontroli Programu realizowanego w latach 2003, 2004 i 2006³⁸. Tym samym pozbawił się możliwości weryfikowania informacji przekazywanych przez zoz-y, m. in. o sposobie i poprawności wydatkowania otrzymanych środków (ponad 62 mln zł). W 2003 r. przeprowadził wprawdzie 49 kontroli, dotyczących problematyki ratownictwa medycznego, ale 35 odnosiło się do wykorzystania środków przekazanych zoz w ramach Programu w latach 2000 – 2002, a 14 sposobu i organizacji udzielania przez zoz-y świadczeń zdrowotnych oraz transportu w stanach zagrożenia życia lub zdrowia pacjentów.

Minister nie zobowiązał jednak wszystkich skontrolowanych jednostek do usunięcia nieprawidłowości³⁹. Wystąpienia pokontrolne, zawierające stwierdzone nieprawidłowości, zostały bowiem sporządzone jedynie z 10 kontroli (na 35 przeprowadzonych), mimo iż w pozostałych 25 również były ujawnione nieprawidłowości. 2 wystąpienia pokontrolne zostały opracowane dopiero po 10 miesiącach od zakończenia kontroli (w obu przypadkach kontrole przeprowadzono w marcu 2003 r., a wystąpienia sporządzono w styczniu 2004 r.), co NIK oceniła również negatywnie.

Minister nie zrealizował również w pełni wniosku NIK zawartego w wystąpieniu pokontrolnym z 14 kwietnia 2003 r., dotyczącego przeprowadzenia kontroli w jednostkach, które nie utworzyły szpitalnych oddziałów ratunkowych bądź centrów powiadamiania ratunkowego, a otrzymały na ten cel środki finansowe od Ministra, i podjęcia wobec nich działań wynikających z umów o przekazanie tych środków. Ze 100 jednostek, które nie utworzyły SOR, skontrolowano tylko 16. Żadnej kontroli nie przeprowadzono zaś w 38 jednostkach, które nie utworzyły CPR, a otrzymały środki finansowe.

Minister Zdrowia nie nadzorował również utworzonych szpitalnych oddziałów ratunkowych pod kątem ich przeznaczenia, tj. udzielania medycznych świadczeń ratunkowych.

Niektóre szpitalne oddziały ratunkowe – wg Ministra spełniające wszystkie formalne wymogi (np. w SP CSK AM w Warszawie, Szpitalu Wojewódzkim w Opolu, Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Szczecinie, ZOZ w Kołobrzegu) – od 2005 r.

³⁸ W latach 1999-2002 Minister przeprowadził 64 kontrole w jednostkach uczestniczących w Programie; Informacja NIK o wynikach kontroli wdrażania systemu ratownictwa medycznego w Polsce (wrzesień 2003 r.).

³⁹ Por. art. 8 ust. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 19 kwietnia 2002 r. w sprawie szczegółowych warunków przekazywania samodzielnym publicznym zakładom opieki zdrowotnej środków publicznych, sposobu rozliczania tych środków oraz sprawowania kontroli nad prawidłowością ich wykorzystania (Dz. U. Nr 69 poz. 642).

nie miały zawartych kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia na ich finansowanie - tym samym nie funkcjonowały zgodnie z przeznaczeniem.

Swoją bierną postawę, Minister tłumaczył brakiem wpływu na warunki kontraktowania szpitalnych oddziałów ratunkowych, gdyż to należy do zadań oddziałów wojewódzkich NFZ.

Zauważyć jednak należy, że to na Ministrze Zdrowia ciąży obowiązek organizacji i nadzoru nad systemem Państwowego Ratownictwa Medycznego⁴⁰. Finansowanie SOR-ów przez NFZ w żaden sposób nie zwalnia go z obowiązku reagowania na wszelkie nieprawidłowości. Nadzór zaś nad działalnością Funduszu sprawuje minister właściwy do spraw zdrowia⁴¹.

3.2.1.6. Minister Zdrowia opieszale realizował program wymiany śmigłowców Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej – Lotnicze Pogotowie Ratunkowe⁴².

Zgodnie z przyjętym przez Ministra Zdrowia harmonogramem prac przetarg na zakup śmigłowców miał być ogłoszony w listopadzie 2005 r. Nastąpiło to jednak z rocznym opóźnieniem, w listopadzie 2006 r. Tym samym zaplanowane w 2006 r. wydatki w kwocie 61 mln zł na zakup pierwszych 8 śmigłowców, który wg zapisów specyfikacji, miał być sfinalizowany już w 2007 r. nie został zrealizowany⁴³.

O tę kwotę została zmniejszona pula środków na sfinansowanie programu wymiany śmigłowców (496,45 mln zł); pozostała kwota może nie wystarczyć na realizację całego tego programu.

Według Ministra opóźnienia te wynikały z trudności wyłonienia podmiotu realizującego postępowanie o udzielenie zamówienia publicznego (ostatecznie wybrano Zakład Zamówień Publicznych przy Ministrze Zdrowia).

⁴⁰ Por. art. 33 ust. 1 pkt 3 ustawy z 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej (Dz. U. z 2003 r. Nr 159, poz. 1548 ze zm.).

⁴¹ Por. art. 162 i następną ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 ze zm.).

⁴² Por. ustawę z 3 czerwca 2005 r. o ustanowieniu programu wieloletniego „Wymiana śmigłowców Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej – Lotnicze Pogotowie Ratunkowe w latach 2005-2010” (Dz. U. Nr 122, poz. 1022), zwaną dalej „ustawą o wymianie śmigłowców”.

⁴³ Środki w kwocie 61 mln zł przeznaczone zostały na zakupy inwestycyjne jednostek budżetowych oraz zwiększenie dotacji celowych przeznaczonych na inwestycje budowlane i zakupy inwestycyjne realizowane w dziale „Ochrona zdrowia”.

NIK zwróciła uwagę, że dalsze opóźnienie zakupu śmigłowców może istotnie zagrozić realizacji programu wymiany śmigłowców i tym samym funkcjonowaniu lotniczego pogotowia ratunkowego w Polsce⁴⁴.

3.2.2. Działania organów administracji publicznej w zakresie wdrażania systemu ratownictwa medycznego

3.2.2.1. Wojewodowie i starostowie nie mogli prawidłowo i skutecznie wykonywać zadań związanych z wdrażaniem i funkcjonowaniem systemu ratownictwa medycznego z uwagi na brak przepisów wykonawczych do ustawy. Do 31 grudnia 2006 r. nie obowiązywała ta część ustawy, w której kompleksowo⁴⁵ zostały określone dla nich zadania.

Wejście w życie 1 lipca 2002 r. rozporządzenia w sprawie tworzenia planów ratowniczych nie zapewniło ich prawidłowego i terminowego sporządzania przez wojewodów i starostów.

W planach tych najczęściej nie określano: sposobu koordynowania działań jednostek systemu i innych jednostek wykonujących zadania w zakresie ratownictwa medycznego lub pomocy doraźnej, sposobu kierowania oraz zasad współdziałania, a także procedur podejmowania działań zmierzających do ograniczenia czynników wywołujących stany nagłego zagrożenia życia lub zdrowia oraz do ograniczenia następstw tych stanów, przydziału zadań jednostkom systemu, rejonów operacyjnych zespołów ratownictwa medycznego, pełnych kosztów funkcjonowania tego systemu.

Wojewodowie (9 spośród 15 objętych kontrolą) nie przestrzegali obowiązku przekazania do 1 kwietnia (roku poprzedzającego ich obowiązywanie) Ministrowi Zdrowia wojewódzkich planów zabezpieczenia medycznych działań ratowniczych w celu ich uzgodnienia i zatwierdzenia⁴⁶, oraz trybu ich sporządzenia, tj. na podstawie zatwierdzonych

⁴⁴ Od 2010 r. dalsze używanie śmigłowców Mi-2 będzie niemożliwe z uwagi na obowiązujące w Polsce przepisy lotnicze, tj. ustawę z 3 lipca 2002 r. Prawo Lotnicze (j.t. Dz. U. z 2006 r. Nr 100, poz. 696 ze zm.) i rozporządzenie Ministra Infrastruktury z 5 listopada 2004 r. w sprawie bezpieczeństwa eksploatacji statków powietrznych (Dz. U. Nr 262, poz. 2609). Konieczność wymiany śmigłowców wynika z dostosowania polskich przepisów lotniczych do przepisów Unii Europejskiej. Podstawowym wymogiem w świetle tych przepisów jest możliwość startu śmigłowca ratowniczego przy niepracującym jednym silniku. Ponadto śmigłowce te muszą gwarantować stabilny „zawis” oraz pionowy start i lądowanie. Konstrukcja obecnie używanych śmigłowców Mi-2 nie daje możliwości technicznych dostosowania ich do powyższych wymogów.

⁴⁵ Por. art. 16 i 17 ustawy o ratownictwie medycznym.

⁴⁶ Por. § 5 ust. 4 rozporządzenia w sprawie tworzenia planów ratowniczych.

uprzednio planów powiatowych⁴⁷. Opóźnienia w ich przekazywaniu wynosiły w poszczególnych latach od kilku dni do ponad 5 miesięcy.

Np. do Wielkopolskiego Urzędu Wojewódzkiego – tylko 11 spośród 35 starostów złożyło plany na 2006 r. w obowiązującym terminie (do 1 marca). Opóźnienia w przekazaniu pozostałych 24 planów wynosiły do 72 dni.

Opóźnienia te wojewodowie tłumaczyli nieterminowym otrzymywaniem, a ponadto niekompletnych planów powiatowych. Wykazywali również, że nie mają narzędzi prawnych do skutecznego egzekwowania terminowego składania planów powiatowych, mimo licznych ponagieł w tej sprawie.

Niektórzy wojewodowie przekazywali Ministrowi plany wojewódzkie przed uzgodnieniem i zatwierdzeniem planów powiatowych (województwa: Zachodniopomorski, Podkarpacki, Opolski, Kujawsko-Pomorski).

Brak przepisów wykonawczych dotyczących CPR (w tym określających standardy postępowania, wyposażenia w szczególności w sprzęt telekomunikacyjny oraz warunki techniczne pomieszczeń), był główną przeszkodą w tworzeniu Centrów w rozumieniu postanowień ustawy o ratownictwie medycznym (przy pomocy którego starosta powinien zarządzać systemem ratownictwa medycznego na obszarze powiatu).

3.2.2.2. Wykonywanie zadań z zakresu ratownictwa medycznego, określonych w ustawie o ratownictwie medycznym, wojewodowie powierzali różnym podmiotom (np. pełnomocnikowi ds. Ratownictwa Medycznego, dyrektorowi wydziału zarządzania kryzysowego, innym dyrektorom wydziałów w urzędzie, dyrektorom centrum zdrowia publicznego)⁴⁸, nie ustalając prawidłowej współpracy między tymi podmiotami oraz koordynacji prowadzonych przez nich działań.

W ocenie NIK, była to jedna z istotnych przyczyn braku prawidłowego zorganizowania systemu ratownictwa medycznego na danym terenie.

Zadania Wojewody Zachodniopomorskiego Urzędu Wojewódzkiego wykonywane były przez Wydział Polityki Społecznej Urzędu, Pełnomocnika ds. Zdrowia – lekarza wojewódzkiego oraz Pełnomocnika ds. Ratownictwa Medycznego. Wojewoda nie ustalił zasad współpracy i koordynacji realizowanych

⁴⁷ Tamże § 5 ust. 1.

⁴⁸ W celu ujednoczenia i uproszczenia zapisów w Informacji ilekroć będzie mowa o zadaniach należących do wojewody, przywoływany będzie „wojewoda”, niezależnie od tego, któremu podmiotowi powierzono wykonywanie tych zadań.

przez nich zadań, skutkiem czego był nieprawidłowo zorganizowany i funkcjonujący system ratownictwa na terenie tego województwa.

Niektórzy wojewodowie (np. Śląski) „czuli” się zwolnieni ze sprawowania kompleksowego nadzoru nad organizowaniem systemu ratownictwa medycznego w województwie, powołując się na art. 16 ust. 1 pkt 4 ustawy o ratownictwie medycznym, który nie wszedł w życie; wg nich wojewoda nie miał umocowań prawnych do wykonywania tego zadania. Działania w ramach systemu ratownictwa medycznego realizowali doraźnie lub w zakresie wynikającym z innych przepisów prawa (np. ustawy o świadczeniu usług ratowniczych, rozporządzenia w sprawie tworzenia planów ratowniczych, niektórych art. ustawy o PRM, które już weszły w życie).

3.2.2.3. Nie wszyscy wojewodowie (8 spośród 15 objętych kontrolą) występowali do oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia o wydanie opinii w sprawie rozmieszczenia szpitalnych oddziałów ratunkowych i umieszczenia ich w wojewódzkich planach zabezpieczenia medycznych działań ratowniczych⁴⁹.

Tłumaczyli to tym, że obowiązek konsultacji z instytucją finansującą usługi medyczne powstał dopiero po wejściu w życie ustawy o PRM (1 lipca 2002 r.), podczas gdy sieć szpitali, w których miały być utworzone te oddziały została już wcześniej ustalona (w latach 1999-2001) i w większości przypadków była już w trakcie organizacji.

3.2.2.4. Wojewodowie przekazywali starostom środki na wydatki pozapłacowe w centrach powiadamiania ratunkowego, nie weryfikując czy spełniają one warunki do ich otrzymania⁵⁰. Nie egzekwowali także rzetelnego ich rozliczenia.

W efekcie, środki przekazywane były również CPR, które albo nie były dofinansowywane od 2002 r. w ramach programu „Zintegrowane Ratownictwo Medyczne”, albo nie funkcjonowały w okresie, którego dotyczyło rozliczenie środków.

***Wojewoda Zachodniopomorski** – w latach 2003-2005 przekazał na wydatki pozapłacowe w 4 CPR łącznie 686 tys. zł, wiedząc, że nie spełniają one wymogów. Stwierdzono bowiem, że 2 CPR uruchomione zostały dopiero w 2004 r. (w Drawsku Pomorskim – we wrześniu i w Gryficach – w grudniu), a 1 – w 2005 r. (w Pyrzycach*

⁴⁹ Por. art. 22 ust. 4 ustawy o PRM.

⁵⁰ Por. art. 7 ustawy z 6 grudnia 2002 r. o świadczeniu usług ratownictwa medycznego, który stanowi, że wydatki pozapłacowe w centrach powiadamiania ratunkowego, które spełniają wymagania ustawy oraz zostały dofinansowane od roku 2002 w ramach programu „Zintegrowane Ratownictwo Medyczne”, finansowane są z rezerwy celowej budżetu państwa w formie dotacji celowej na zadania z zakresu administracji rządowej dla właściwej jednostki samorządu terytorialnego.

– w maju). Czwarty CPR utworzony został w grudniu 2005 r., ale nie został uruchomiony do października 2006 r. (tj. do zakończenia kontroli NIK).

Wojewoda Podlaski – w latach 2003-2006 przekazał na funkcjonowanie 4 CPR (z których 1 w ogóle nie rozpoczął działalności) łącznie 981,4 tys. zł. Służby wojewody akceptowały rozliczenie dotacji, mimo iż dotyczyło również okresów, w których CPR nie funkcjonowały, a także – jak wynika z ustaleń kontroli NIK – została ona wykorzystana częściowo niezgodnie z przeznaczeniem.

Np. **WSPR w Białymstoku** otrzymała w latach 2003-2005 dotację celową na dofinansowanie CPR w Białymstoku w kwocie łącznie 350 tys. zł, tj. w 2003 r. – 150 tys. zł mimo, iż w tym roku CPR nawet nie rozpoczęło działalności, w 2004 r. – 100 tys. zł mimo, iż CPR rozpoczęło swoją działalność dopiero w grudniu (WSPR w rozliczeniu dotacji wykazała, że 84 tys. zł stanowiły koszty CPR w okresie od stycznia do listopada, a w rzeczywistości – jak ustalono w toku kontroli NIK – 80,4 tys. zł tej dotacji WSPR wykorzystwała na swoje bieżące wydatki, tj. opłacenie rachunków telefonicznych, energii elektrycznej, ogrzewanie, wywóz nieczystości) i w 2005 r. – 100 tys. zł (z których 76,1 tys. zł WSPR również wykorzystwała na swoje bieżące wydatki, np. remont dachu swojej siedziby).

Podobnie **SP ZOZ WSPR w Łomży** – rozliczając 50 tys. zł dotacji otrzymanej w 2004 r. na dofinansowanie funkcjonowania CPR w Łomży – wykazał, że 16,3 tys. zł stanowiły koszty poniesione w okresie od stycznia do czerwca 2004 r. – gdy faktycznie CPR rozpoczęło działalność dopiero w lipcu 2004 r.

W ocenie NIK powyższe działania były nielegalne i niecelowe.

3.2.2.5. Spośród 178 zaplanowanych do utworzenia centrów powiadamiania ratunkowego, nie utworzono ich w 42 powiatach, mimo iż upłynął termin ich uruchomienia, ustalony przez Ministra Zdrowia w umowie o przekazanie środków na ich wyposażenie.

Przyczyną był m.in. brak środków finansowych w budżetach powiatów, przeznaczonych na realizację tego zadania⁵¹ (uniemożliwiło to przygotowanie pomieszczeń CPR i zakup pełnego wyposażenia).

⁵¹ Por. art. 35 ust. 1 pkt 3 ustawy o ratownictwie medycznym (wszedł w życie 1 stycznia 2002 r.).

Środki na zakup sprzętu łączności i komputerowego – stanowiących wyposażenie CPR – pochodziły głównie od Ministra Zdrowia; przekazywane one były za pośrednictwem zakładu opieki zdrowotnej z danego powiatu, na podstawie umowy zawieranej przez Ministra Zdrowia z dyrektorem zoz.

CPR tworzono na bazie stanowisk kierowania Powiatowej Państwowej Straży Pożarnej (ze względu na dobrze rozwiniętą infrastrukturę techniczną oraz funkcjonujące sieci łączności radiowej i teleinformatycznej), dlatego dyrektorzy zoz nie mogli narzucać terminów przygotowania pomieszczeń CPR (wykonywania prac adaptacyjno-remontowo-budowlanych), gdyż zadania te, realizowane jako samorządowe, finansowane są z budżetów komend powiatowych PSP. Dowodzi to braku koordynacji działań różnych ogniw administracji publicznej.

Województwo świętokrzyskie na utworzenie i wyposażenie w sprzęt łączności 7 CPR otrzymało w latach 2002-2006 z budżetu państwa 1.337 tys. zł. Do października 2006 r. (zakończenie kontroli NIK) utworzono tylko 4 CPR. Nie zapewniono w nich jednak pełnienia stałych dyżurów przez dyspozytorów medycznych. Całodobowe dyżury pełnili tylko dyspozytorzy straży pożarnej, którzy przekierowywali telefony o zaistniałych zdarzeniach do innych służb (policji i pogotowia ratunkowego).

3.2.2.6. Nie wszyscy starostowie dostosowywali się do propozycji wojewody w sprawie utworzenia wspólnego dla kilku powiatów centrum powiadamiania ratunkowego oraz jego lokalizacji.

Uważali, iż ogranicza to ich kompetencje w realizacji ustawowych zadań. Dlatego też każdy starał się o utworzenie Centrum na swoim terenie. Zauważyć należy, że obowiązujące w tym czasie przepisy⁵² nie precyzowały kto ma doprowadzić do zawarcia tego porozumienia, ani też jak należy postępować w przypadku porozumień z powiatami grodzkimi, posiadającymi wspólne służby z powiatami ziemskimi.

Trudności w ustaleniu zasad ponoszenia kosztów utrzymania i finansowania wspólnego CPR były również przyczyną niezawierania porozumień między starostami.

Niektóre natomiast CPR-y, mimo zawartych porozumień, zobowiązujących je do zapewnienia nieprzerwanej gotowości wykonywania zadań ratownictwa medycznego na obszarze powiatów określonych w porozumieniach – ograniczały się do realizacji tych zadań na rzecz powiatu, na terenie którego zostały zlokalizowane.

Np. tak postępowano w CPR w Nysie, mimo zawartego porozumienia ze starostą prudnickim.

3.2.2.7. Starostowie, mimo iż utworzyli na swoim terenie CPR-y, nie w każdym przypadku zadbali aby były one zintegrowanymi stanowiskami dyspozytorskimi⁵³ w pełni realizującymi określone zadania (43 % utworzonych CPR).

W województwie lubuskim tylko w 2 CPR, spośród 5 objętych Programem „Zintegrowane Ratownictwo Medyczne”, całodobowe dyżury dyspozytorskie pełnione były wspólnie przez funkcjonariuszy straży pożarnej i przeszkolonych dyspozytorów medycznych (dyżury takie pełnione były jeszcze w 2 CPR nie ujętych jednak w Programie i nie otrzymujących dofinansowania z budżetu państwa).

CPR w Urzędzie Miejskim w Białymstoku, utworzone w grudniu 2004 r., od 1 kwietnia 2006 r. czas dyżurów dyspozytorów medycznych ograniczyło z całodobowego do godzin 7⁰⁰ - 19⁰⁰, zaś w soboty i dni ustawowo wolne od pracy Centrum pozostawało bez obsady.

Działania te NIK oceniła jako nierzetelne.

3.2.2.8. System powiadamiania ratunkowego na terenie poszczególnych województw nie funkcjonował w sposób dostateczny.

Z reguły CPR (80 % objętych kontrolą) spełniały swoje funkcje jedynie na terenie powiatów będących ich siedzibami, w pozostałych powiatach zadania te pełni dyspozytorzy Pogotowia Ratunkowego.

W województwach nie wprowadzono jednolitego numeru alarmowego „112”. Łączność z CPR z numerem alarmowym „112” zapewniona była wyłącznie z telefonów stacjonarnych. Z telefonów komórkowych wszystkich operatorów telefonii cyfrowej można było uzyskać połączenie z oficerem dyżurnym komendy policji⁵⁴.

⁵² Por. art. 19 ust. 3 i 5 ustawy o ratownictwie medycznym (miał wejść w życie od 1 stycznia 2003 r.) i art. 4 ust. 3-6 ustawy o usługach ratowniczych.

⁵³ Por. art. 4 ust. 1 ustawy z 6 grudnia 2002 r. o świadczeniu usług ratownictwa medycznego (Dz. U. Nr 241, poz. 2073) oraz § 3 ust. 1 rozporządzenia MZ z 27 stycznia 2006 r. w sprawie kwalifikacji zawodowych dyspozytora medycznego i lekarza koordynatora medycznego, trybu pełnienia przez nich funkcji oraz odpłatności z tego tytułu (Dz. U. Nr 22, poz. 168), utraciło moc 1.01.2007 r.

⁵⁴ Główną przyczyną opóźnień we wdrożeniu i uruchomieniu numeru alarmowego „112” było nieokreślenie na szczeblu międzyresortowym dysponenta tego numeru odpowiedzialnego w skali kraju za powszechny system ratownictwa ludności. W 2006 roku NIK przeprowadziła kontrolę w MSWiA w zakresie „działań Ministra na rzecz ścisłego współdziałania Policji, Straży Granicznej i Państwowej Straży Pożarnej poprzez integrację ich systemów łączności i informatyki” (P/06/082); z ustaleń kontroli wynika, że nie została określona wspólna koncepcja dotycząca wprowadzenia i użytkowania numeru „112”, koordynacji i współdziałania służb ustawowo powołanych do niesienia pomocy oraz wykorzystywanych przez te służby systemów łączności.

3.2.3. Działania zakładów opieki zdrowotnej w zakresie wdrażania systemu ratownictwa medycznego

3.2.3.1. Szpitale nie dotrzymywały ustalonego w umowach terminu uruchomienia szpitalnych oddziałów ratunkowych i centrów powiadamiania ratunkowego. Opóźnienia wynosiły od kilku miesięcy (6-10) do nawet 3 lat lub nie uruchomiono ich do czasu opracowania Informacji. Biorąc zaś pod uwagę stan zaawansowania prac adaptacyjno-remontowych nie można nawet określić realnego terminu ich uruchomienia.

Szpitale z reguły nie informowały Ministra o niedotrzymaniu ustalonego terminu uruchomienia SOR i Centrum. Minister uzyskiwał te informacje dopiero ze sprawozdań pełnomocników wojewodów ds. ratownictwa medycznego bądź w wyniku przeprowadzanych kontroli realizacji umów, lub – do czasu kontroli NIK – wiedzy takiej nie posiadał.

Według wojewódzkich planów zabezpieczenia medycznych działań ratowniczych w Świętokrzyskiem do 2006 r. planowano uruchomienie 12 SOR, funkcjonuje ich tylko 8. Pozostałe 4 szpitale nie utworzyły SOR do października 2006 r. (zakończenie kontroli NIK), – mimo pierwotnego terminu określonego na 2003 r. Sprzęt zakupiony na ich wyposażenie (łącznie na kwotę 2.079 tys. zł) był wykorzystywany na innych oddziałach tych szpitali.

3.2.3.2. Szpitalne oddziały ratunkowe włączane były do systemu ratownictwa medycznego kiedy trwały w nich jeszcze prace adaptacyjno-remontowe.

W efekcie takiego postępowania, ich liczba sukcesywnie się powiększała. Były one uwzględniane w wojewódzkich planach zabezpieczenia medycznych działań ratowniczych, a w rzeczywistości jeszcze nie istniały.

SOR w Jędrzejowie (woj. Świętokrzyskie) został wpisany do systemu PRM w maju 2003 r., mimo iż w tym czasie trwały prace budowlane; do października 2006 r. (zakończenie kontroli NIK) nie zostały ukończone.

Zakupiony w latach 2000-2001 sprzęt medyczny za 714 tys. zł wykorzystywany był na innych oddziałach szpitala.

W lipcu 2006 r. starosta jędrzejowski wystąpił do wojewody świętokrzyskiego i Ministra Zdrowia o dofinansowanie doposażenia SOR w profesjonalny sprzęt

medyczny, warunkując tym jego uruchomienie. Koszty zakupu określił na 2.131 tys. zł.

3.2.3.3. 62,4 % funkcjonujących szpitalnych oddziałów ratunkowych utworzonych jako jednostki systemu ratownictwa medycznego nie spełniało wymagań określonych w rozporządzeniu⁵⁵, mimo poniesionych znacznych nakładów finansowych na utworzenie każdego z nich.

W rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie SOR określono szczegółowo wymagania dotyczące ich lokalizacji w strukturze szpitala oraz warunków technicznych i budowlanych, struktury organizacyjnej oraz wyposażenia.

Spśród 210 SOR funkcjonujących w kraju⁵⁶, aż 131 nie spełniało tych wymagań; w tym wszystkie SOR: na terenie województwa kujawsko-pomorskiego – 13, łódzkiego – 13, lubuskiego – 10, podlaskiego – 13, zachodniopomorskiego – 9. Jednak tylko 89 dyrektorów szpitali złożyło „programy dostosowania tych oddziałów do wymagań rozporządzenia”⁵⁷ (w tym 32 – dopiero w związku z kontrolą NIK).

Najczęściej powtarzające się odstępstwa to:

- za mały metraż poszczególnych obszarów SOR (co ma wpływ na liczbę stanowisk w obszarze);
- brak niektórych obszarów SOR (np. laboratoryjno-diagnostycznego, krótkotrwałej intensywnej terapii, obserwacji);
- brak stanowiska dekontaminacji;
- niekompletne wyposażenie w specjalistyczny sprzęt i aparaturę medyczną niezbędną do ratowania życia pacjentów (np. brak defibrylatorów, respiratorów, kardiomonitorów, pomp infuzyjnych, analizatorów parametrów krytycznych, aparatów do znieczulania, przewoźnych aparatów usg, trzyłożkowych zestawów rtg);
- brak zadaszonych wejścia oraz wjazdu otwieranego i zamykanego automatycznie;
- brak lądowisk (jeśli są – to nie zostały zarejestrowane w Urzędzie Lotnictwa Cywilnego).

Niektóre szpitale część środków otrzymanych na wyposażenie szpitalnych oddziałów ratunkowych wydatkowały niezgodnie z zawartymi umowami. Kupowano sprzęt i aparaturę medyczną nie wyszczególnioną w specyfikacjach, stanowiących załącznik do

⁵⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 10 maja 2002 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. Nr 74, poz. 687 ze zm.), zwane rozporządzeniem w sprawie SOR.

⁵⁶ Z uwzględnieniem danych Ministerstwa Zdrowia dotyczących województwa dolnośląskiego, które nie było objęte kontrolą NIK (wg tych danych planowano do uruchomienia 7 SOR, funkcjonuje 9 i spełniają one wymogi rozporządzenia).

tych umów, oraz na wyposażenie innych oddziałów szpitala – bez uzgodnienia z Ministrem Zdrowia.

Żaden z 13 uruchomionych w województwie podlaskim SOR nie spełniał wymogów w zakresie organizacji i wyposażenia, a mimo to do 30 czerwca 2006 r. tylko 2 szpitale złożyły programy dostosowawcze, a kolejne 2 – dopiero w trakcie kontroli NIK.

W 10 SOR nie było sprzętu medycznego o wartości 2.588 tys. zł, którego zakup został sfinansowany dotacjami celowymi z budżetu państwa w ramach realizacji programu ZRM. Sprzęt ten wykorzystywano na innych oddziałach szpitalnych.

W SOR-ach nie utworzono obszaru laboratoryjno-diagnostycznego, obszaru krótkotrwałej intensywnej terapii, stanowiska dekontaminacji, za małe były powierzchnie sal obserwacyjnej i zabiegowej.

SOR utworzony w 2004 r. w ZOZ MSWiA w Białymstoku⁵⁸ od początku nie spełniał wymogów pod względem organizacyjnym, wyposażenia w sprzęt i aparaturę oraz funkcjonowania⁵⁹. M. in. nie zorganizowano w nim oddzielnego obszaru krótkotrwałej intensywnej terapii, nie utworzono obszaru laboratoryjno-diagnostycznego zapewniającego natychmiastowe wykonanie podstawowych badań laboratoryjnych i diagnostykę obrazową. Oddziału nie wyposażono m. in. w ultrasonograf, analizator parametrów krytycznych, aparat do znieczulenia z wyposażeniem, kapnograf, aparat do szybkiego przetaczania płynów infuzyjnych, strzykawki automatyczne, wykorzystywany w SOR trzyłożkowy aparat rtg nie spełniał natomiast wymogów bezpieczeństwa i powinien zostać wycofany z eksploatacji (ekspertyza z 14 stycznia 2006 r.).

W SOR nie zapewniono także całodobowej dostępności do bronchofiberoskopu i laryngoskopu – których szpital nie posiada (wykonanie tych badań wymagało przewiezienia pacjenta do innego szpitala lub przyjazdu lekarza

⁵⁷ Por. § 15 rozporządzenia w sprawie SOR; „program dostosowania oddziału do wymagań rozporządzenia” – zwany dalej „programem dostosowawczym”.

⁵⁸ W związku z ustaleniami kontroli, Delegatura NIK w Białymstoku skierowała zawiadomienie do Prokuratury Rejonowej w Białymstoku o poświadczeniu nieprawdy w ofertach złożonych w NFZ w celu zawarcia umów na świadczenia SOR w latach 2004, 2005 i 2006 o wartości 549,0 tys. zł, 1.825,0 tys. zł i 1.825,0 tys. zł. Ponadto Podlaski Oddział NFZ przeprowadził – na wniosek NIK – kontrolę w tym Szpitalu w zakresie realizacji umów na świadczenia wykonywane w SOR; w efekcie nałożył karę umowną na szpital w kwocie 77,5 tys. zł, a następnie z dniem 31 marca 2007 r. rozwiązał ze szpitalem umowę w zakresie SOR.

⁵⁹ Por. § 7 ust. 8 pkt 1-3, 4, § 11, § 7 ust. 4, § 5 pkt 3, § 6 ust. 2, 4, § 9 ust. 1, § 3 ust. 7 i 8, § 13 ust. 1 i 2 pkt 2 rozporządzenia w sprawie SOR.

specjalisty) oraz gastrofiberoskopu (w godzinach od 15⁰⁰ do 8⁰⁰, tj. poza godzinami pracy pracowni endoskopowej). Z braku odpowiedniego wyposażenia, w szpitalu nie można było wykonać 19 ze 172 procedur ratunkowych, zaś z powodów organizacyjnych – kolejnych 8 procedur laryngologicznych i okulistycznych można wykonywać tylko w godzinach pracy odpowiednich poradni.

Szpital nie opracował programu dostosowującego SOR. We wniosku o włączenie go do systemu PRM dyrektor szpitala oświadczył, że spełnia on wymogi, jest wyposażony w odpowiedni sprzęt (m. in. wymieniony powyżej, którego faktycznie brakowało).

W ofertach złożonych do NFZ w celu zawarcia umów na świadczenie usług w SOR potwierdzono, iż spełnia on wymogi określone w rozporządzeniu w sprawie SOR, a jego ordynator ma kwalifikacje w dziedzinie medycyny ratunkowej, choć faktycznie posiadał specjalizację II⁰ w dziedzinie medycyny rodzinnej⁶⁰.

SP Centralny Szpital Kliniczny w Warszawie w sierpniu 1999 r. podjął działania związane z utworzeniem SOR. Do 30 listopada 2002 r. wydano 2.248,9 tys. zł (w tym 650,5 tys. zł na wyposażenie SOR). Udział środków budżetowych w sfinansowaniu tych nakładów wyniósł 66,2 % (1.489,8 tys. zł). Wprawdzie SOR nie spełniał pod względem wyposażenia wszystkich wymogów, ale na wniosek dyrektora szpitala – decyzją Wojewody Mazowieckiego z 25 marca 2003 r. – został włączony do systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego. Do wniosku dyrektor nie dołączyła – mimo takiego obowiązku – programu dostosowującego. Ograniczyła się jedynie do sporządzenia wykazu brakującego sprzętu i aparatury, którego wartość oszacowała na 1.675,5 tys. zł. Braki te nie stanowiły jednak przeszkody w zawarciu kontraktu z NFZ na udzielanie świadczeń w SOR ze stawką ryczałtową 6.000 zł/doba.

Od 2004 r. szpital nie kontraktuje już świadczeń ratowniczych w NFZ na udzielanie ich w SOR tylko w szpitalnej izbie przyjęć (również ze stawką ryczałtową 6.000 zł/doba). Izbę przyjęć faktycznie stanowią te same pomieszczenia i wyposażenie co poprzednio SOR.

W wyjaśnieniach dyrektor szpitala stwierdziła, że w izbie przyjęć wykonywane są wszystkie niezbędne czynności i zabiegi ratujące życie, bez

⁶⁰ Por. § 10 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 17 maja 2000 r. w sprawie wymagań jakim powinny odpowiadać osoby na stanowiskach kierowniczych w zakładach opieki zdrowotnej określonego rodzaju (Dz. U. Nr 44, poz. 520 ze zm.).

konieczności uzyskiwania statusu oddziału ratunkowego. SOR nie spełniał wymagań ponieważ brak było środków finansowych na zakup sprzętu medycznego koniecznego do jego wyposażenia.

Podkreślić należy, że obecne wyposażenie tej izby przyjęć nie różni się od stanu z 2003 r. w SOR ani od wyposażenia SOR w innych szpitalach, które mają kontrakty w NFZ i funkcjonują jako typowe SOR-y.

SP ZOZ w Siemiatyczach⁶¹ – SOR funkcjonował od lutego 2002 r. i mimo, iż nie spełniał wszystkich wymogów zarówno pod względem organizacyjnym jak i wyposażenia⁶² to jednak dyrektor nie opracował programu dostosowawczego do czasu kontroli NIK. Ponadto, dyrektor we wniosku do Wojewody Podlaskiego (22 maja 2003 r.) o włączenie SOR do systemu państwowego ratownictwa medycznego oraz w corocznych ofertach do Podlaskiego OW NFZ na udzielanie świadczeń zdrowotnych stwierdzał, że SOR spełnia warunki określone w rozporządzeniu. W rzeczywistości zaś w SOR nie utworzono obszarów krótkotrwałej intensywnej terapii, segregacji medycznej, laboratoryjno-diagnostycznego, konsultacyjnego, nie zapewniono również całodobowej dostępności do bronchoskopu i laryngofiberoskopu (w sytuacjach koniecznych pacjentów przewożono – w zależności od badania – do SP ZOZ w Hajnówce i do Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. J. Śniadeckiego w Białymstoku, oddalonych odpowiednio o 60 i 90 km) nie wyposażono oddziału również m. in. w analizator parametrów krytycznych.

Nadmienić należy, że z powodu m. in. braku odpowiedniego wyposażenia, zarówno w SOR jak i na innych oddziałach szpitala nie ma możliwości wykonania 24 spośród 172 procedur ratunkowych wymienionych w wykazie sporządzonym przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Województwo Zachodniopomorskie – Wojewoda włączył do systemu 11 SOR (9 w 2003 r. i po 1 w 2004 r. i 2005 r.), które nie spełniały wymogów i nie złożyły również programów dostosowawczych (dopiero w trakcie kontroli NIK podjęto działania zmierzające do opracowania programów). Wojewoda miał informacje, iż SOR-y te nie spełniają określonych wymogów (przeprowadzono w nich kontrole) ale rejestracji dokonano na podstawie niekompletnych wniosków.

⁶¹ W związku z ustaleniami kontroli, Delegatura NIK w Białymstoku skierowała zawiadomienie do Prokuratury Rejonowej w Siemiatyczach o poświadczeniu nieprawdy w ofertach złożonych w NFZ w celu zawarcia umów na świadczenia w SOR w latach 2004, 2005 i 2006 o wartości 549,0 tys. zł, 730,0 tys. zł i 730,0 tys. zł.

⁶² § 5 pkt 1, 3, 5, 6, § 6 ust. 2 i 4, § 7 ust. 4 pkt 8 i 9, ust. 8 pkt 2, 4, § 11.

Żaden z 9 SOR, w których NIK przeprowadziła oględziny nie spełniał wszystkich wymagań; ustalono, że 1 SOR (w Goleniowie) mimo wpisania go do rejestru nie został jeszcze utworzony, a w 4 szpitalach SOR działały w ramach ogólnodostępnej izby przyjęć.

W żadnym SOR nie był wydzielony obszar laboratoryjno-diagnostyczny, niekompletne było wyposażenie w aparaturę medyczną m. in. tylko 5 SOR posiadało analizator parametrów krytycznych (a w 2 szpitalach urządzenie to znajdowało się poza SOR), w 3 SOR – znajdował się przewoźny ultrasonograf (a w 5 szpitalach – urządzenie to znajdowało się w pracowniach diagnostycznych szpitali). W żadnym z 9 SOR nie zatrudniono ordynatora⁶³.

Wg rejestru jednostek systemu na terenie województwa małopolskiego funkcjonuje 21 SOR-ów, z których 12 – spełnia wymogi rozporządzenia. Wyniki kontroli NIK wykazały natomiast, że żaden SOR nie spełniał wymogów (pod względem organizacyjnym oraz/lub wyposażenia) i tylko 11 z nich złożyło programy dostosowujące.

Niepełne wyposażenie szpitalnych oddziałów ratunkowych nie było traktowane przez ich dysponentów jako niespełnienie wymogów rozporządzenia, ponieważ – wg nich – brakujące wyposażenie znajdowało się w innych oddziałach szpitala.

W rozporządzeniu w sprawie SOR jednoznacznie określono jaki sprzęt i aparatura medyczna muszą się znajdować w SOR i nie ma odniesienia, że alternatywnie mogą być na innych oddziałach.

Z ustaleń kontroli wynika, że przed wydaniem decyzji o włączeniu poszczególnych SOR do systemu nie sprawdzano czy jednostki te spełniają wymogi określone w rozporządzeniu w sprawie SOR; kierowano się tylko opiniami Państwowych Powiatowych Inspektorów Sanitarnych (PIS).

Zauważyć należy, że zarówno w rozporządzeniu w sprawie SOR jak i rozporządzeniu w sprawie rejestrów jednostek systemu PRM⁶⁴ brak było delegacji dla PIS, zobowiązującej do wydawania wiążących opinii w tym zakresie. Jednostki PIS w trakcie kontroli realizowanych w ramach nadzoru sanitarnego, sprawdzają w szpitalnych oddziałach ratunkowych stan higieniczno-sanitarny. Natomiast wymagania, które nie

⁶³ Por. § 13 ust. 2 rozporządzenia w sprawie SOR.

⁶⁴ Por. rozporządzenie z dnia 30 maja 2003 r. w sprawie rejestrów jednostek systemu PRM (Dz. U. Nr 100, poz. 932).

wpływają na ten stan (np. lokalizacja w strukturze szpitala, organizacja oddziału, wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną) nie są przedmiotem tych kontroli.

W ocenie NIK, brak kontroli SOR ze strony służb wojewody przed wydaniem decyzji o włączeniu ich do systemu ratownictwa medycznego umożliwiał włączenie do niego nawet tych SOR, w których trwały dopiero prace adaptacyjno-remontowe, a więc faktycznie nie istniały. Efektem powyższego była duża liczba SOR (131), nie spełniających określonych wymogów.

3.2.3.4. Dyrektorzy 32 % szpitali, w których funkcjonujące SOR-y nie spełniały wymogów, składali niezgodne ze stanem faktycznym oświadczenia o spełnieniu przez SOR wszelkich wymogów warunkujących zawarcie umów z oddziałami Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) o świadczenie usług z zakresu ratownictwa medycznego.

Wbrew tym oświadczeniom w oddziałach nie zapewniano codziennej i całodobowej gotowości świadczenia usług ratowniczych, oraz całodobowej obsady lekarskiej⁶⁵. Oddziały nie były włączone do systemu PRM⁶⁶, nie spełniały wymagań pod względem organizacyjnym, wyposażenia i zatrudnienia (np. osoby na stanowiskach ordynatorów nie posiadały niezbędnych kwalifikacji)⁶⁷.

Z ustaleń kontroli wynika, że powodem takiego postępowania dyrektorów szpitali była głównie chęć zawarcia korzystniejszych kontraktów z NFZ na świadczenie usług. Stawka ryczałtowa dobowej gotowości do udzielania świadczeń w SOR była bowiem większa od stawki w izbie przyjęć danego szpitala.

Żaden spośród 13 SOR funkcjonujących w województwie podlaskim nie spełniał wymogów w zakresie organizacji i wyposażenia, określonych w rozporządzeniu w sprawie SOR. Wszystkie SOR miały jednak zawarte umowy z NFZ, w tym 1 – który nie został włączony do systemu PRM (SP Szpital Kliniczny AM w Białymstoku – wartość zakontraktowanych świadczeń dla SOR na 2006 r.

⁶⁵ § 13 ust. 1 i 2 pkt 2 rozporządzenia w sprawie SOR oraz § 1 ust. 1 pkt 5 umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawartej z NFZ na rok 2005 i § 1 ust. 2 umowy zawartej na 2006 r. w związku z wymogami załącznika 3a do „Szczegółowych materiałów informacyjnych o przedmiocie postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz o realizacji i finansowaniu umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: leczenie szpitalne”, a także postanowień § 1 i 2 rozporządzenia MZ z 7 maja 2003 r. w sprawie szczegółowych warunków finansowania świadczeń zdrowotnych udzielanych w SOR i ZRM (Dz. U. Nr 103, poz. 961).

⁶⁶ Por. art. 5 ust. 2 ustawy z 6 grudnia 2002 r. o świadczeniu usług ratownictwa medycznego (Dz. U. Nr 241, poz. 2073 ze zm.), który stanowi, że „NFZ zawiera umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w SOR oraz przez ZRM włączone do systemu PRM”.

⁶⁷ Por. rozporządzenie Ministra Zdrowia z 17 maja 2000 r. w sprawie wymagań jakim powinny odpowiadać osoby na stanowiskach kierowniczych w zakładach opieki zdrowotnej określonego rodzaju (Dz. U. Nr 44, poz. 520 ze zm.).

określono na 2.476,3 tys. zł (365 dni x 6.787,5 zł). Dyrektor szpitala, składając ofertę w NFZ na udzielanie świadczeń w SOR, stwierdził, że spełnia on wymagania formalne, w tym dotyczące rejestracji w systemie PRM). 4 SOR na terenie Białegostoku nie pełniły codziennych całodobowych dyżurów, ale miały wyznaczone przez marszałka Województwa Podlaskiego dni dyżurowania (tzw. dyżury „ostre”), zaś w pozostałe dni (tzw. dyżury „tępe”) ewentualne potrzeby z zakresu ratownictwa medycznego zapewniali lekarze dyżurujący w innych oddziałach szpitalnych. Mimo to NFZ opłacił w tym SOR codzienną stawkę ryczałtową przez 365 dni w roku (np. SOR w ZOZ MSWiA w Białymstoku w 2005 r. i I połowie 2006 r. dyżurował – dyżury „ostre” – odpowiednio przez 186 i 66 dni, zaś przez pozostałe dni 179 i 127 pełnił dyżury „tępe”, podczas których w godzinach od 15⁰⁰ do 7⁰⁰ dnia następnego na oddziale nie było obsady lekarskiej, a w godzinach od 19⁰⁰ do 8⁰⁰ nie było nawet możliwości wykonania zdjęć usg i tomografii komputerowej. Mimo to za dni, w które pełniono dyżur „tępy” szpital otrzymał z NFZ pełną stawkę, jak w przypadku dyżurów „ostrych”, tj. odpowiednio – 895 tys. zł i 635 tys. zł).

Podlaski Oddział NFZ zakontraktował także na 2006 r. udzielanie świadczeń przez 51 ZRM⁶⁸ (zarejestrowane w tym czasie w systemie) ale w marcu 2006 r. 4 ZRM wyłączone zostały z systemu; mimo tego wartość kontraktu z NFZ pozostała niezmienną (3 x „W” ryczałtowa wartość kontraktu – 1.880,2 tys. zł i 1 x „N” – 748,3 tys. zł). Tym samym od marca 2006 r. – 4 ZRM udzielały świadczeń z zakresu ratownictwa medycznego, mimo że nie były w systemie PRM lub nie udzielały tych świadczeń, a mimo to NFZ opłacał ich gotowość⁶⁹.

W skład osobowy SOR winni wchodzić m. in. ordynator oddziału oraz personel lekarski w liczbie zabezpieczającej prawidłowe jego funkcjonowanie. Co najmniej jeden lekarz powinien przebywać stale w SOR⁷⁰.

Wyniki kontroli wskazały, że wymóg ten nie był przestrzegany.

Z 10 funkcjonujących SOR w województwie lubuskim w 1 nie zatrudniono ordynatora, w 5 skład osobowy stanowił wyłącznie kierownik SOR, a w 2 – lekarz

⁶⁸ „ZRM” – zespół ratownictwa medycznego, „W” – karetka wypadkowa, „N” – karetka noworodkowa.

⁶⁹ W związku z ustaleniami kontroli, Podlaski Oddział NFZ przeprowadził – na wniosek Delegatury NIK w Białymstoku – kontrolę w SP Szpitalu Klinicznym AM w Białymstoku i w SP ZOZ Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Białymstoku w zakresie realizacji umów na świadczenia zdrowotne i w przypadku szpitala nałożył karę umowną w kwocie 24,8 tys. zł (z tytułu udzielania świadczeń w SOR, który nie był w tym czasie włączony do rejestru jednostek systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego), a w przypadku Stacji Pogotowia Ratunkowego – karę umowną w kwocie 419,6 tys. zł z tytułu nieprawidłowej realizacji umowy w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny w 2006 r.).

zarządzający. W 4 SOR nie zatrudniono lekarzy, a świadczenia udzielali lekarze pełniący okresowe dyżury na podstawie umowy cywilnoprawnej.

3.2.4. Działania Lotniczego Pogotowia Ratunkowego⁷¹ w zakresie funkcjonowania systemu ratownictwa medycznego

NIK pozytywnie oceniła funkcjonowanie Zakładu w badanym zakresie, mimo niepełnej realizacji zadań statutowych – nie wynikającej jednak z jego winy.

W okresie objętym kontrolą (2003-2006 I półrocze) Zakład realizując statutowe zadania wykonał ogółem:

- 21.339 misji (lotów) zespołów HEMS⁷², trwających łącznie 14.509,10 godzin; w strukturze misji dominowały loty do zdarzeń - 14.658 (68,7 %) i loty transportowe międzyszpitalne - 4.825 (22,6 %),
- 2.375 misji samolotowych zespołów transportowych, w tym głównie: 1.289 lotów transportowych międzyszpitalnych (54,3 %) i 800 lotów ratowniczych międzyszpitalnych (33,7 %).

W tym okresie Zakład udzielił świadczeń zdrowotnych łącznie 20.609 osobom, m.in. w ramach usług ratownictwa medycznego - 13.687 osobom (66,4 % ogółem) i transportu sanitarnego - 6.907 osobom (33,5 % ogółem). W poszczególnych latach udzielono świadczeń – odpowiednio – 5.775 osobom, 6.331, 5 865 i 2.638 (I półrocze 2006 r.).

Według stanu na dzień 30 czerwca 2006 Zakład użytkował 21 statków powietrznych, w tym 17 śmigłowców (16 Mi-2 Plus i 1 Agusta A109 Power) oraz 4 samoloty (3 M-20 Mewa⁷³ i 1 Piaggio P-180). Tylko dwa z nich (śmigłowiec Agusta i samolot Piaggio) mogą wykonywać zadania w nocy. Eksploatacja pozostałych jest ograniczona (niemożliwość wykonywania operacji nocą, niewielki zasięg i udźwig oraz brak wymaganego nadmiaru mocy w przypadku konieczności kontynuowania lotu po awarii jednego silnika).

Z powodu tych ograniczeń w eksploatacji, rozmieszczenia śmigłowców (po 1 w każdej bazie HEMS), braku śmigłowców zapasowych oraz w przypadku

⁷⁰ Por. § 13 ust. 2 rozporządzenia w sprawie SOR.

⁷¹ Zwanego dalej „Zakładem” lub „LPR”.

⁷² Śmigłowcowa Służba Ratownictwa Medycznego (Helikopter Emergency Medical Service)

⁷³ Wiek śmigłowców Mi-2 Plus wynosi od 2 do 33 lat a samolotów M-20 Mewa od 13 do 16 lat.

niekorzystnych warunków meteorologicznych, Zakład nie może realizować wszystkich misji.

W okresie 2003- 2006 (I półrocze) Zakład nie zrealizował 144 misji przez zespoły HEMS (odpowiednio w latach – 35, 41, 45, 23) i 10 – przez samolotowe zespoły transportowe (odpowiednio – 1, 5, 3, 1).

Liczba i rozmieszczenie baz HEMS (16 stałych i 1 sezonowa)⁷⁴ nie pokrywa swoim zasięgiem operacyjnym⁷⁵ całego obszaru Polski. Wynika to głównie z ograniczonej liczby śmigłowców oraz ustalonego kryterium czasowego dolotu zespołu HEMS do miejsca zdarzenia (do 20 minut).

Z powyższego wynika, że poprawa sytuacji w zakresie lotów do zdarzeń może nastąpić dopiero po wymianie i zwiększeniu liczby śmigłowców⁷⁶, a w konsekwencji po zwiększeniu liczby ich baz.

4. Postępowanie kontrolne i działania podjęte po zakończeniu kontroli

Kierownicy skontrolowanych jednostek nie skorzystali z przysługującego im⁷⁷ prawa zgłoszenia zastrzeżeń do ustaleń opisanych w protokołach kontroli – wszystkie protokoły zostały podpisane bez zastrzeżeń.

Ustalenia kontroli oraz wynikające z nich propozycje wniosków pokontrolnych omówione zostały na 12 naradach pokontrolnych.

W wyniku kontroli skierowano⁷⁸ 86 wystąpień pokontrolnych zawierających uwagi, oceny oraz wnioski w sprawie usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości, w tym 83 - do kierowników jednostek kontrolowanych i 3 do innych właściwych organów.

Adresaci 82 wystąpień pokontrolnych nie skorzystali z przysługującego im⁷⁹ prawa zgłoszenia zastrzeżeń do zawartych w wystąpieniach ocen, uwag i wniosków.

⁷⁴ Rozmieszczenie baz Śmigłowcowej Służby Ratownictwa Medycznego – załącznik Nr 3.

⁷⁵ Zasięg operacyjny zespołów HEMS wynosi 60 km przy założonym czasie dolotu do miejsca zdarzenia do 20 minut

⁷⁶ Ustawa z 3 czerwca 2005 r. o ustanowieniu programu wieloletniego „Wymiana śmigłowców Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej – Lotnicze Pogotowie Ratunkowe w latach 2005-2010” (Dz. U. Nr 122, poz. 1022), w której przewidziano zakup 23 śmigłowców i symulatora lotów do szkolenia pilotów.

⁷⁷ Por. art. 55 ust. 1 i art. 56 ust. 1 ustawy o NIK.

⁷⁸ Tamże – art. 60.

⁷⁹ Tamże – art. 61 ust. 1.

Zastrzeżenia zgłosili adresaci 4 wystąpień, tj. Minister Zdrowia, Starosta w Brzezinach, Dyrektor ZOZ w Kołobrzegu i Dyrektor SPZ ZOZ w Gryficach.

Zastrzeżenia Ministra Zdrowia (7 zastrzeżeń) dotyczyły zawartych w wystąpieniu ocen i zostały uwzględnione w części (1) oraz oddalone (6); zastrzeżenia Dyrektora SPZ ZOZ w Gryficach (7) także zostały przyjęte w części (2) i oddalone (5); zastrzeżenie (1) Dyrektora ZOZ w Kołobrzegu zostało oddalone w całości. Delegatura NIK w Łodzi odmówiła przyjęcia zastrzeżeń Starosty w Brzezinach z przyczyn proceduralnych (wplynęły po terminie).

W związku z wynikami kontroli Delegatura NIK w Białymstoku skierowała 2 zawiadomienia o popełnieniu przestępstwa, tj. do Prokuratury Rejonowej w Białymstoku po kontroli ZOZ MSWiA w Białymstoku i do Prokuratury Rejonowej w Siemiatyczach po kontroli ZOZ w Siemiatyczach; w obu przypadkach wnioskami objęto po 1 osobie (zajmującej stanowisko kierownicze).

Ponadto, skierowane zostały 2 zawiadomienia o naruszeniu dyscypliny finansów publicznych: przez Delegaturę NIK w Białymstoku po kontroli Pogotowia Ratunkowego w Białymstoku i przez Delegaturę NIK w Łodzi po kontroli Szpitala Wojewódzkiego w Bełchatowie (w obu przypadkach zawiadomieniami objęto po 1 osobie).

We wnioskach skierowanych do Ministra Zdrowia NIK postulowała m. in. o:

- zweryfikowanie sieci szpitalnych oddziałów ratunkowych i centrów powiadamiania ratunkowych w odniesieniu do wymogów wynikających z ustawy z 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410),
- podjęcie działań organizacyjnych, które umożliwią zwiększenie nadzoru i kontroli środków finansowych wydatkowanych na ratownictwo medyczne,
- zintensyfikowanie działań mających na celu wymianę śmigłowców SP ZOZ Lotnicze Pogotowie Ratunkowe.

Wnioski skierowane do wojewodów, dotyczyły m.in.:

- właściwego nadzoru i koordynacji działań w zakresie realizacji zadań wojewody dotyczących wdrażania i funkcjonowania systemu ratownictwa medycznego na terenie województwa,
- terminowego sporządzania rocznych wojewódzkich planów zabezpieczenia medycznych działań ratowniczych i uwzględniania w ich treści zadań wyszczególnionych w ustawie o ratownictwie,

- ustalania sieci SOR w planach zabezpieczenia medycznych działań ratowniczych po uzyskaniu opinii oddziałów wojewódzkich NFZ,
- wyegzekwowania od zakładów opieki zdrowotnej obowiązku umiejscowienia w szpitalnych oddziałach ratunkowych aparatury medycznej, której zakup sfinansowano dotacjami celowymi z budżetu państwa z przeznaczeniem na potrzeby SOR,
- wyegzekwowania od dyrektorów szpitali obowiązku złożenia programów dostosowujących SOR do wymogów rozporządzenia w sprawie SOR.

Wnioski skierowane do dyrektorów zakładów opieki zdrowotnej dotyczyły m.in.:

- rzetelnego dokumentowania i rozliczania dotacji otrzymanych na tworzenie systemu ratownictwa medycznego,
- dostosowania SOR do wymagań określonych w rozporządzeniu w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego,
- dokonania pełnego i rzetelnego rozliczenia realizacji umów zawartych z Ministrem Zdrowia na zakup wyposażenia SOR ze wskazaniem miejsca użytkowania zakupionego sprzętu i uzyskania stanowiska resortu w sprawie sposobu zagospodarowania sprzętu przekazanego na inne oddziały szpitalne,
- zintensyfikowania działań organizacyjnych zmierzających do zakończenia procesu tworzenia SOR i CPR,
- dokonania zmian w statucie szpitala w związku z utworzeniem SOR.

Finansowe rezultaty kontroli wynoszą 36.687,0 tys. zł, w tym: nieprawidłowości w wymiarze finansowym – 35.999,6 tys. zł, a korzyści finansowe – 687,4 tys. zł.

5. Załączniki

- | | |
|----------------|---|
| Załącznik Nr 1 | Wykaz jednostek objętych kontrolą i jednostek organizacyjnych uczestniczących w kontroli |
| Załącznik Nr 2 | Zestawienie jednostek wchodzących w skład systemu „Zintegrowane Ratownictwo Medyczne” |
| Załącznik Nr 3 | Rozmieszczenie baz Śmigłowcowej Służby Ratownictwa Medycznego (HEMS) |
| Załącznik Nr 4 | Ważniejsze normatywne akty prawne dotyczące kontrolowanej działalności |
| Załącznik Nr 5 | Wykaz organów, który przekazano informację o wynikach kontroli |
| Załącznik Nr 6 | Wykaz osób pełniących funkcje Ministra Zdrowia w okresie objętym kontrolą (2003 – 2006 r.). |

Wykaz jednostek objętych kontrolą

1. Departament Pracy, Spraw Socjalnych i Zdrowia – Ministerstwo Zdrowia
2. Delegatura NIK w Białymstoku
 - Podlaski Urząd Wojewódzki w Białymstoku
 - ZOZ MSWiA w Białymstoku
 - SP ZOZ Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Białymstoku
 - SP ZOZ w Siemiatyczach
 - Urząd Miejski w Białymstoku
 - Starostwo Powiatowe w Bielsku Podlaskim
3. Delegatura NIK w Bydgoszczy
 - Kujawsko-Pomorski Urząd Wojewódzki w Bydgoszczy
 - Wojewódzki Szpital Dziecięcy w Toruniu
 - Szpital Wojewódzki we Włocławku
 - Urząd Miejski w Grudziądzu
 - Starostwo Powiatowe w Grudziądzu
 - Starostwo Powiatowe w Brodnicy
4. Delegatura NIK w Gdańsku
 - Pomorskie Centrum Zdrowia Publicznego w Gdańsku
 - Pomorskie Centrum Traumatologii Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Kopernika w Gdańsku
 - SP Specjalistyczny ZOZ w Lęborku
 - Starostwo Powiatowe w Pucku
 - Starostwo Powiatowe w Tczewie
5. Delegatura NIK w Katowicach
 - Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach
 - SP ZOZ Szpital Specjalistyczny im. Sz. Starkiewicza w Dąbrowie Górniczej
 - SP ZOZ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 3 w Rybniku
 - Starostwo Powiatowe w Kłobucku
 - Starostwo Powiatowe w Żywcu
6. Delegatura NIK w Kielcach

- Świętokrzyskie Centrum Monitorowania Ochrony Zdrowia w Kielcach
 - SP Zespół ZOZ w Staszowie
 - Powiatowy ZOZ w Starachowicach
 - Starostwo Powiatowe w Końskich
 - Starostwo Powiatowe w Sandomierzu
7. Delegatura NIK w Krakowie
- Małopolski Urząd Wojewódzki w Krakowie
 - Szpital Specjalistyczny im. M. Klimontowicza w Gorlicach
 - ZOZ w Olkuszu
 - Starostwo Powiatowe w Bochni
 - Starostwo Powiatowe w Limanowej
8. Delegatura NIK w Lublinie
- Lubelski Urząd Wojewódzki w Lublinie
 - SP ZOZ w Parczewie
 - SP Szpital Wojewódzki im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu
 - Starostwo Powiatowe w Kraśniku
 - Starostwo Powiatowe w Radzynie Podlaskim
9. Delegatura NIK w Łodzi
- Łódzki Urząd Wojewódzki w Łodzi
 - Szpital Wojewódzki im. Jana Pawła II w Bełchatowie
 - ZOZ w Łęczycy
 - Starostwo Powiatowe w Bełchatowie
 - Starostwo Powiatowe w Brzezinach
 - Starostwo Powiatowe w Łęczycy
 - Starostwo Powiatowe w Łodzi
10. Delegatura NIK w Olsztynie
- Warmińsko-Mazurski Urząd Wojewódzki w Olsztynie
 - SP ZOZ Szpital Powiatowy w Piszcu
 - Szpital Powiatowy im. M. Kajki w Mrągowie
 - Starostwo Powiatowe w Iławie
 - Starostwo Powiatowe w Nidzicy

11. Delegatura NIK w Opolu
 - Opolski Urząd Wojewódzki w Opolu
 - Opolskie Centrum Zdrowia Publicznego w Opolu
 - Opolskie Centrum Ratownictwa Medycznego w Opolu
 - ZOZ w Strzelcach Opolskich
 - Starostwo Powiatowe w Brzegu
 - Starostwo Powiatowe w Strzelcach Opolskich
12. Delegatura NIK w Poznaniu
 - Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu
 - SP ZOZ w Gnieźnie
 - Wojewódzki Szpital Zespolony w Koninie
 - Starostwo Powiatowe w Lesznie
 - Starostwo Powiatowe w Pile
13. Delegatura NIK w Rzeszowie
 - Podkarpacki Urząd Wojewódzki w Rzeszowie
 - SP ZOZ w Sanoku
 - Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. Jana Pawła II w Krośnie
 - Starostwo Powiatowe w Przeworsku
 - Starostwo Powiatowe Ropczycko-Sędziszowskie
14. Delegatura NIK w Szczecinie
 - Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki w Szczecinie
 - SP Zespół ZOZ w Gryficach
 - ZOZ w Kołobrzegu
 - Starostwo Powiatowe w Drawsku Pomorskim
 - Starostwo Powiatowe w Pyrzycach
15. Delegatura NIK w Warszawie
 - Mazowieckie Centrum Zdrowia Publicznego w Warszawie
 - SP ZOZ Wojewódzki Szpital Bródnowski Warszawie
 - SP Zespół ZOZ w Kozienicach
 - Starostwo Powiatowe w Mławie
 - Starostwo Powiatowe w Sochaczewie

16. Delegatura NIK w Zielonej Górze

- Lubuski Urząd Wojewódzki w Gorzowie Wielkopolskim
- SP ZOZ w Kostrzynie n/Odrą
- SP ZOZ w Świebodzinie
- Starostwo Powiatowe w Strzelcach Krajeńskich
- Starostwo Powiatowe w Żarach

Zestawienie
jednostek wchodzących w skład systemu „Zintegrowane Ratownictwo Medyczne”

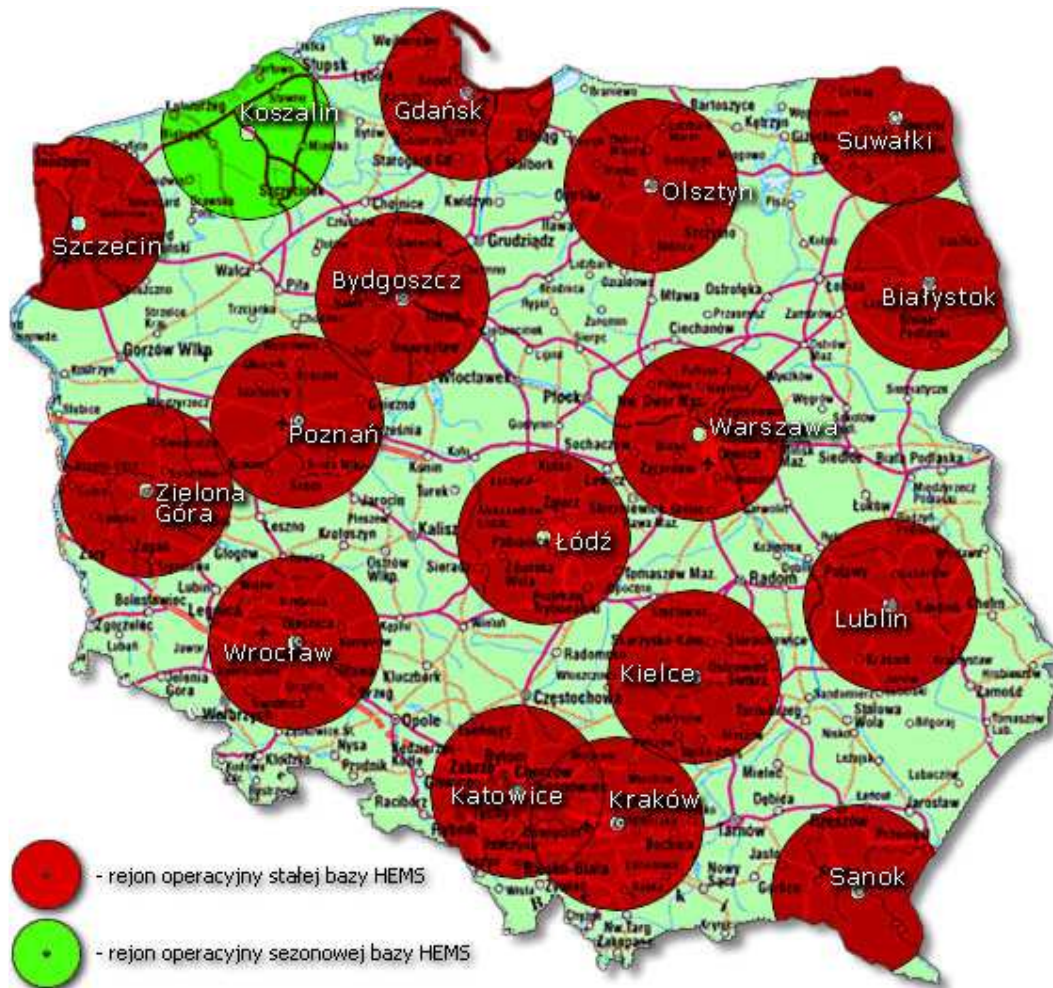
Lp	Województwo	S O R								C P R				Z R M	
		Planowane do uruchomienia		Uruchomione				Szpitale, które złożyły programy dostosowawcze		Planowane do uruchomienia		Uruchomione		Planowane	Funkcjonujące
				Spełniające wymagania		Nie spełniające wymagań									
		MZ*	NIK*	MZ	NIK	MZ	NIK	MZ	NIK	MZ	NIK	MZ	NIK		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1	Dolnośląskie*	7	7	9	9	-	-	-	-	6	6	6	6	-	-
2	Kujawsko-Pomorskie	11	13	11	-	-	13	-	13	4	8	6	6	71	67
3	Lubelskie	20	20	13	14	7	6	7	6	6	6	6	6	89	87
4	Lubuskie	10	10	8	-	2	10	2	-	11	5	6	8	43	38
5	Łódzkie	13	16	13	-	2	13	2	3	5	5	4	5	90	90
6	Małopolskie	21	22	16	9	3	12	3	11	13	19	12	15	108	101
7	Mazowieckie	27	27	24	14	-	10	-	14	8	14	8	8	171	170
8	Opolskie	7	5	4	2	-	3	-	2	6	6	6	6	37	37
9	Podkarpackie	8	18	6	3	2	6	2	5	16	20	16	16	93	83
10	Podlaskie	13	13	10	-	3	13	3	4	4	4	4	3	47	47
11	Pomorskie	13	13	10	7	2	6	2	6	10	10	2	8	72	67
12	Śląskie	7	26	7	5	-	3	-	3	15	31	6	16	167	152
13	Świętokrzyskie	8	12	4	1	4	7	4	7	4	7	3	4	42	42
14	Warmińsko-Mazurskie	11	11	6	7	5	4	5	4	11	16	11	11	64	62
15	Wielkopolskie	24	24	18	8	5	16	5	8	8	16	9	14	107	107
16	Zachodniopomorskie	3	14	4	-	3	9	3	3	3	5	3	4	79	79
R a z e m		203	251	163	79	38	131	38	89	130	178	108	136	1280	1229

* Województwo Dolnośląskie nie było objęte kontrolą NIK; wszystkie dane liczbowe dotyczące tego województwa otrzymano z Ministerstwa Zdrowia i zostały one uwzględnione w zestawieniu

* MZ – dane liczbowe otrzymane z Ministerstwa Zdrowia

* NIK – dane liczbowe ustalone w toku kontroli NIK

Roźmieszczenie baz Śmigłowcowej Służby Ratownictwa Medycznego (HEMS)



Wykaz podstawowych aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności

1. Ustawa z dnia 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 113, poz. 1207 ze zm.).
2. Ustawa z dnia 6 grudnia 2002 r. o świadczeniu usług ratownictwa medycznego (Dz. U. Nr 241, poz. 2073 ze zm.).
3. Ustawa z dnia 3 czerwca 2005 r. o ustanowieniu programu wieloletniego „Wymiana śmigłowców Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej – Lotnicze Pogotowie Ratunkowe w latach 2005-2010” (Dz. U. Nr 122, poz. 1022).
4. Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. Nr 45, poz. 391 ze zm.) uchylona z dniem 1.10.2004 r.
5. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 ze zm.).
6. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (j.t. Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89).
7. Ustawa z dnia 26 listopada 1998 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2003 r. Nr 15, poz. 148 ze zm.).
8. Ustawa z dnia 30 czerwca 2005 r. o finansach publicznych (Dz. U. Nr 249, poz. 2104 ze zm.).
9. Ustawa z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2002 r. Nr 76, poz. 694 ze zm.).
10. Ustawa z dnia 10 czerwca 1994 r. o zamówieniach publicznych (Dz. U. z 2002 r. Nr 72, poz. 664 ze zm.) – uchylona z dniem 2 marca 2004 r.
11. Ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. Nr 19, poz. 177 ze zm.) – weszła w życie z dniem 2 marca 2004 r.

12. Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz. U. Nr 16, poz. 93 ze zm.).
13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 maja 2002 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. Nr 74, poz. 687 ze zm.).
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 maja 2002 r. w sprawie górnego i dolnego limitu zryczałtowanej stawki dobowej oraz algorytmu określenia zryczałtowanej stawki dobowej za świadczenia zdrowotne przedszpitalne udzielane przez zespoły ratownictwa medycznego (Dz. U. Nr 71, poz. 662).
15. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 maja 2002 r. w sprawie trybu tworzenia powiatowych, wojewódzkich i krajowych rocznych planów zabezpieczenia medycznych działań ratowniczych (Dz. U. Nr 79 poz. 721).
16. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 maja 2003 r. w sprawie szczegółowych warunków finansowania świadczeń zdrowotnych udzielanych w szpitalnym oddziale ratunkowym i zespole ratownictwa medycznego (Dz. U. Nr 103, poz. 961).
17. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 maja 2003 r. w sprawie rejestrów jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne (Dz. U. Nr 100, poz. 932).
18. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 31 grudnia 1998 r. w sprawie warunków i trybu przekazywania samodzielnemu publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej środków publicznych oraz sposobu kontroli ich wykorzystania (Dz. U. Nr 166, poz. 1266); uchylone z dniem 22.06.2002 r.
19. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 kwietnia 2002 r. w sprawie szczegółowych warunków przekazywania samodzielnym publicznym zakładom opieki zdrowotnej środków publicznych, sposobu rozliczania tych środków oraz sprawowania kontroli nad prawidłowością ich wykorzystania (Dz. U. Nr 69, poz. 642).
20. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 lipca 2005 r. w sprawie szczegółowych warunków przekazywania samodzielnym publicznym zakładom opieki zdrowotnej środków publicznych na realizację programów zdrowotnych i programu Zintegrowane Ratownictwo Medyczne (Dz. U. Nr 131, poz. 1099).
21. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2002 r. w sprawie trybu składania ofert przez zespoły ratownictwa medycznego, sposobu przeprowadzania konkursu oraz zgłaszania i rozpatrywania skarg i protestów związanych z tymi czynnościami (Dz. U. Nr 173, poz. 1420 ze zm.).

22. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2003 r. w sprawie szczegółowych zadań zespołów ratownictwa medycznego (Dz. U. Nr 130, poz. 1197).
23. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie szczegółowych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 164, poz. 1194).
24. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 listopada 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad sprawowania nadzoru nad samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej i nad jednostkami transportu sanitarnego (Dz. U. Nr 94, poz. 1097).
25. Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 marca 2000 r. w sprawie utworzenia Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej „Lotnicze Pogotowie Ratunkowe” (Dz. Urz. MZ Nr 1, poz. 4).

Wykaz organów, którym przekazano informację o wynikach kontroli

1. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej
2. Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
3. Marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej
4. Prezes Rady Ministrów
5. Rzecznik Praw Obywatelskich
6. Prezes Trybunału Konstytucyjnego
7. Minister Zdrowia
8. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
9. Przewodnicząca Sejmowej Komisji Zdrowia
10. Przewodniczący Sejmowej Komisji Odpowiedzialności Konstytucyjnej
11. Przewodniczący Sejmowej Komisji do Spraw Kontroli Państwowej
12. Przewodnicząca Senackiej Komisji Zdrowia

**Wykaz osób pełniących funkcje Ministra Zdrowia
w okresie objętym kontrolą (2003 – 2006 r.)**

- 1. Mariusz Łapiński** - powołany z dniem 19.10.2001 r. – odwołany z dniem 17.01.2003 r.,
- 2. Marek Balicki** - powołany z dniem 17.01.2003 r. – odwołany z dniem 2.04.2003 r.,
- 3. Leszek Sikorski** - powołany z dniem 2.04.2003 r. – odwołany 2.05.2004 r.,
- 4. Wojciech Rudnicki** - powołany z dniem 2.05.2004 r. – odwołany z dniem 11.06.2004 r.,
- 5. Jerzy Hauser** - Wiceprezes Rady Ministrów, Minister Gospodarki i Pracy, powierzenie zastępstwa Ministra Zdrowia od dnia 20.05.2004 r. do dnia 10.06.2004 r. w związku z chorobą Ministra Wojciecha Rudnickiego,
- 6. Marian Czakański** - powołany z dniem 15.07.2004 r. – odwołany z dniem 31.10.2005 r.,
- 7. Marek Balicki** - powołany z dniem 15.07.2004 r. – odwołany z dniem 31.10.2005 r.,
- 8. Zbigniew Religa** - powołany z dniem 31.10.2005 – do czasu zakończenia kontroli.