



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Lublinie

LLU.410.9.3.2025

Pan

Jarosław Ostrowski

Dyrektor Samodzielnego Publicznego

Zakładu Opieki Zdrowotnej

Ministerstwa Spraw Wewnętrznych

i Administracji

w Lublinie

ul. Grenadierów 3

20-331 Lublin

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/25/042 – System ratownictwa medycznego

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Lublinie

ul. Okopowa 7, 20-022 Lublin

tel. 48814613120, llu@nik.gov.pl

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Lublinie (dalej: Szpital MSWiA lub Szpital), ul. Grenadierów 3, 20-331 Lublin.
Kierownik jednostki kontrolowanej	Jarosław Ostrowski, Dyrektor Szpitala MSWiA od 1 sierpnia 2024 r. (dalej: Dyrektor), pełniący obowiązki Dyrektora od 26 lutego do 31 lipca 2024 r., w tym podczas usprawiedliwionej nieobecności poprzedniego Dyrektora Szpitala. W okresie od 1 stycznia 2023 r. do 7 czerwca 2024 r. stanowisko Dyrektora zajmował Konrad Sawicki.
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Warunki udzielania świadczeń zdrowotnych. 2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.
Okres objęty kontrolą	Od 1 stycznia 2023 r. do 25 lipca 2025 r., tj. do zakończenia czynności kontrolnych, z wykorzystaniem danych sporządzonych sprzed okresu objętego kontrolą.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ¹
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Lublinie
Kontroler	Małgorzata Kosińska, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do przeprowadzenia kontroli nr LLU/55/2025 z 6 maja 2025 r. (akta kontroli tom I str. 6-7, tom II str. 6)

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA	Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie warunki udzielania świadczeń zdrowotnych oraz udzielanie świadczeń zdrowotnych osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (dalej: SOR lub Oddział) Szpitala MSWiA w Lublinie.
Uzasadnienie oceny ogólnej	Oddział spełniał wymagania lokalowe dla szpitalnych oddziałów ratunkowych. Wyodrębniono w nim wymagane obszary wyposażone w niezbędne wyroby medyczne utrzymywane w należyтым stanie technicznym. Zatrudniony personel posiadał wymagane kwalifikacje, a jego czas pracy nie przekraczał dopuszczalnych norm. W Oddziale zapewniono minimalną obsadę medyczną, a nieprzewidziane absencje zastępowano posiłkując się personelem zatrudnionym na podstawie umów cywilnoprawnych. Mimo niewystarczającej obsady SOR nie stwierdzono zagrożeń dla zapewnienia ciągłości świadczeń. Oddział zapewniał całodobowy dostęp do badań diagnostycznych. W procesie udzielania świadczeń wykorzystywano system TOPSOR, a oddział dysponował wszystkimi wymaganymi jego elementami. Mimo że segregacji medycznej dokonywały osoby uprawnione, to w 2023 r. w systemie nie było oznaczenia

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

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

kategorii pilności w przypadku 2073 pacjentów, co było niezgodne z § 6 ust. 9 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego³. Przy udzielaniu świadczeń na SOR zachowywano kolejność związaną z nadaną kategorią pilności oraz priorytetowo udzielano pomocy medycznej pacjentom przywiezionym przez zespół ratownictwa medycznego (dalej: ZRM). W Szpitalu określono czas na podjęcie decyzji przez lekarzy odnośnie do dalszego sposobu postępowania z pacjentem w *Procedurze przyjęcia pacjenta do szpitala w trybie nagłym* oraz w *Regulaminie organizacyjnym*, choć w tym drugim dokumencie zapis ten pozostawał wykreślony przez 13 miesięcy okresu objętego kontrolą, co było niezgodne z § 13 ust. 1 lit. a-b rozporządzenia ws. SOR. W innych oddziałach szpitalnych przewidziano sześć miejsc dla osób znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Najdłuższe pobyty na SOR do czasu wypisu lub przyjęcia na inny oddział szpitalny były uzasadnione względami medycznymi oraz społecznymi. Zlecone badania laboratoryjne i obrazowe wykonywano niezwłocznie. Szpital przekazywał Wojewodzie Lubelskiemu dane o funkcjonowaniu SOR do *Planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne dla województwa lubelskiego*, które były zgodne z dokumentacją źródłową. Oddział posiadał lądowisko dla helikopterów, jednakże nie było ono wykorzystywane ze względu na zastrzeżenia Lotniczego Pogotowia Ratunkowego (dalej: LPR).

Pozostałe stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły niewdrożenia w pełnym zakresie zaleceń standardu rachunku kosztów (niedokonanie wyceny procedur medycznych), co nie pozwoliło na rzetelne ustalenie wyniku finansowego SOR; nieterminowego wpisania informacji o wyrobach medycznych do Systemu Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia (dalej: SEZOZ); nieudokumentowania przeprowadzenia przeglądów okresowych instalacji i urządzeń wentylacji mechanicznej i klimatyzacji w Oddziale w 2023 i 2024 r.; nieprzekazania Wojewódzkiemu Koordynatorowi Ratownictwa Medycznego (dalej: WKRM) informacji o aktualnie wolnych łóżkach w Oddziale Otolaryngologii oraz nieustalenia do 25 marca 2025 r. liczby łóżek dla osób znajdujących w stanie zagrożenia życia.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny częściowej⁴ kontrolowanej działalności

OBSZAR	1. Warunki udzielania świadczeń zdrowotnych
Opis stanu faktycznego	1.1. Pomieszczenia Oddziału znajdowały się w zespole budynków Szpitala na parterze, powyżej poziomu terenu. Zapewniono bezkolizyjny dojazd specjalistycznych środków transportu pod SOR. Wejście dla pieszych oraz podjazd były zadaszone i niezależne od innych wejść i podjazdów do Szpitala. Bezpośrednio z Oddziału zapewniono łatwą komunikację z Działem Diagnostyki Obrazowej (na poziomie SOR), a w przypadku bloku operacyjnego oraz Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii zlokalizowanych na II piętrze zapewniono

³ Dz. U. z 2024 r. poz. 336, ze zm., dalej: rozporządzenie ws. SOR.

⁴ Oceny częściowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena częściowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

dostęp windą. W SOR wyodrębniono następujące obszary, o których mowa w § 5 ust. 1 rozporządzenia ws. SOR, tj.:

- a) segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć, zlokalizowany bezpośrednio przy wejściu dla pieszych i podjeździe dla specjalistycznych środków transportu⁵, składający się z: poczekalni dla pacjentów z wyświetlaczem zbiorczym systemu TOPSOR oraz tablicą ogłoszeń, na której zawarto informacje o miejscach i godzinach przyjęć w ramach nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej; stanowiska rejestracji, przy którym zlokalizowano biletomat TOPSOR dla pacjentów, którzy samodzielnie dotarli na SOR oraz tablicę z informacją o maksymalnym czasie oczekiwania pacjentów w zależności od ustalonej kategorii pilności, wyposażonego w radiotelefon z dostępem do kanałów bezpośredniej łączności ze służbami ratowniczymi oraz telefon stacjonarny z bezprzewodowymi słuchawkami służący przywoływaniu osób stanowiących minimalne zasoby kadrowe⁶; pokoju przyjęć lekarskich; sanitariatu z miską ustępową i umywalką oraz pokoju do dekontaminacji wyposażonego miskę ustępową, prysznic oraz wózek-wannę. Obszar zapewniał prowadzenie jednoczesnej segregacji medycznej, rejestracji oraz przyjęcia co najmniej dwóch osób. W obrębie obszaru nie zamieszczono informacji odnoszącej się do czasu podejmowania decyzji przez lekarzy co do dalszego postępowania z pacjentem;
- b) resuscytacyjno-zabiegowy, składający się z sali resuscytacyjnej wyposażonej w dwa stanowiska oraz wyroby medyczne: analizator parametrów krytycznych; trzy respiratory transportowe⁷; dwa respiratory stacjonarne⁸; dwa aparaty do ogrzewania płynów infuzyjnych⁹; dwa wózki transportowe z funkcją stołu zabiegowego; aparat do znieczulania; dwa kardiomonytory; dwa defibrylatory, w tym jeden z kardiowersją i opcją elektrostymulacji serca; dwa zestawy do przetaczania i dawkowania leków oraz zestaw do szybkiego przetaczania płynów; ssak elektryczny; aparat do powierzchniowego ogrzewania pacjenta, zestaw do trudnej intubacji oraz lampę operacyjną;
- c) wstępnej intensywnej terapii, składający się z sali intensywnej terapii wyposażonej w trzy stanowiska oraz wyroby medyczne umożliwiające monitorowanie i podtrzymywanie funkcji życiowych; prowadzenie resuscytacji krążeniowo-oddechowo-mózgowej; wykonywanie pełnego zakresu wczesnej diagnostyki i wstępnego leczenia; prowadzenie resuscytacji płynowej; leczenie bólu oraz wstępne leczenie zatruc, w tym: trzy kardiomonytory, cztery respiratory stacjonarne, defibrylator, ssak elektryczny, aparat do ogrzewania płynów infuzyjnych oraz zestaw do trudnej intubacji;
- d) terapii natychmiastowej składający się z sali zabiegowej i sali opatrunków gipsowych. Na wyposażenie sali zabiegowej składały się: stół zabiegowy, lampa operacyjna, ssak elektryczny, aparat do znieczulania oraz przewoźny ultrasonograf. Sala opatrunków gipsowych została wyposażona w stół do gipsowania oraz lampę operacyjną, przechowywano tam również deskę ortopedyczną z kompletem pasów;

⁵ Do obszaru prowadziły dwa wejścia, odrębnie dla pacjentów, którzy samodzielnie dotarli na SOR oraz dla pacjentów przywiezionych przez zespół ratownictwa medycznego (dalej: ZRM).

⁶ Do komunikacji bezprzewodowej z personelem SOR wykorzystywano również telefony komórkowe.

⁷ Wymóg jednego na dwa stanowiska (§ 7 ust. 4 pkt 1 rozporządzenia ws. SOR).

⁸ Wymóg jednego na cały obszar (§ 7 ust. 4 pkt 2 rozporządzenia ws. SOR).

⁹ Wymóg jednego na dwa stanowiska (§ 7 ust. 4 pkt 3 rozporządzenia ws. SOR).

e) obserwacji, składający się z sali obserwacyjno-konsultacyjnej wyposażonej w siedem stanowisk oraz wyroby medyczne: siedem kardiomonitorów, dwa ssaki elektryczne, dwa defibrylatory, w tym jeden półautomatyczny, przenośny zestaw resuscytacyjny z niezależnym źródłem tlenu i respiratorem transportowym oraz aparat EKG;

f) obszaru konsultacyjnego wyposażonego w trzy gabinety lekarskie, sanitariat z miską ustępową oraz umywalką oraz poczekalni z miejscami siedzącymi dla pacjentów o ustalonej kategorii pilności, niewymagających miejsca leżącego;

g) zaplecza administracyjno-gospodarczego, składającego się z sanitariatu z miską ustępową i natryskiem, toalety dla osób niepełnosprawnych, brudownika, pomieszczenia porządkowego oraz pokoju socjalnego.

SOR dysponował również przyłóżkowym zestawem RTG.

Wyposażenie Oddziału w wyroby medyczne spełniało wymagania, o których mowa w § 4 ust. 3, § 6 ust. 4, § 7 ust. 1, 3-4, § 8 ust. 2, § 9 ust. 1 i 3 oraz § 10 ust. 1 rozporządzenia ws. SOR. Przeglądy ww. wyrobów medycznych przeprowadzano w terminach wynikających z zaleceń producentów.

Ściany sali zabiegowej oraz resuscytacyjno-zabiegowej zostały obłożone płytami typu DF z blachą ołowianą stosowanymi do zabezpieczania powierzchni przed promieniowaniem rentgenowskim oraz ułatwiające zmywanie powierzchni. Ściany i sufity zostały pomalowane dyspersyjnymi farbami lateksowymi odpornymi na szorowanie. We wszystkich pomieszczeniach SOR na podłogach wykonano wykładziny PCV, a połączenie podłóg ze ścianami wykończono wyobleniem, co ułatwiało mycie i dezynfekcję. Szerokość drzwi w świetle (118 cm) w obrębie SOR umożliwiała transport pacjentów na łóżkach. Pomieszczenia, w których wykonywano badania lub zabiegi (sale i gabinety lekarskie) zostały wyposażone w umywalkę z baterią z ciepłą i zimną wodą oraz zlewozmywak, dozownik z mydłem w płynie, dozownik ze środkiem dezynfekcyjnym, pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte ręczniki. W obrębie SOR prowadzono segregację odpadów.

Zgodnie z § 4 ust. 1 rozporządzenia SOR, w Szpitalu funkcjonowały¹⁰ niezbędne do utworzenia SOR oddziały: chirurgii ogólnej i urazowo-ortopedyczny, chorób wewnętrznych, anestezjologii i intensywnej terapii oraz pracownię diagnostyki obrazowej (m.in. rentgenodiagnostyki, tomografii, USG, rezonansu magnetycznego). Szpital nie udzielał świadczeń w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej¹¹.

Ostatni przegląd oraz czynności konserwacyjne systemów wentylacji mechanicznej oraz klimatyzacji w Oddziale miały miejsce 25 marca 2025 r. Dział Administracyjno-Techniczny (dalej: DAT) nie dysponował protokołami dotyczącymi przeglądów i konserwacji ww. instalacji z 2023 i 2024 r. Zagadnienie to opisano szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli tom I str. 23-45, 170-171, tom II str. 333, 358)

1.2. Wyroby medyczne wykorzystywane do udzielania świadczeń zdrowotnych w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego nie zostały terminowo wprowadzone

¹⁰ Księga rejestrowa nr 000000018670 (stan na 21 lipca 2025 r.), udostępniona w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (<https://rpwdl2.ezdrowie.gov.pl>).

¹¹ Zgodnie z § 15 pkt 4a rozporządzenia ws. SOR oddziały spełniają wymagania, o których mowa w § 4 ust. 1 pkt 5 do 31 grudnia 2026 r.

do SEZOZ, co opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli tom I str. 125, tom III str. 83-84 – pliki 17-73)

1.3. SOR dysponował lądowiskiem dla helikopterów, które zostało otwarte 9 sierpnia 2013 r. i było użytkowane do 26 listopada 2014 r., kiedy to LPR zdecydowało o zawieszeniu wykonywania operacji lotniczych.

Dyrektor LPR udzielił NIK informacji, że projekt lądowiska był obarczony wieloma wadami, które w wyniku realizacji obiektu stwarzały istotne zagrożenie dla operacji lotniczych. Mimo uwag LPR, wadliwy projekt został zrealizowany, a Szpital powiadomił LPR o wpisaniu lądowiska do ewidencji lądowisk prowadzonej przez Prezesa Urzędu Lotnictwa Cywilnego, pod numerem 222. Dyrektor LPR zaznaczył, że zgodnie z art. 93 ustawy z dnia 3 lipca 2002 r. Prawo lotnicze¹² – wpisanie lądowiska do ewidencji nie jest równoznaczne z automatycznym włączeniem lądowiska do jego eksploatacji. Obowiązek oceny przydatności użytkowanych lądowisk narzuca na LPR rozporządzenie Komisji (UE) nr 965/2012 z dnia 5 października 2012 r. ustanawiające wymagania techniczne i procedury administracyjne odnoszące się do operacji lotniczych zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 216/2008¹³, w przepisie CAT.OP.MPA.105 oraz alternatywnym sposobie spełnienia wymagań AMC1 CAT.OP.MPA.105. Mimo wad obiektu, a wskutek deklaracji ich usunięcia, LPR rozpoczął wykonywanie operacji lotniczych na lądowisku. Szpital nie podjął jednak odpowiednich działań, czego skutkiem było zawieszenie wykonywania operacji lotniczych¹⁴. Powodem tego był brak możliwości bezpiecznego kontynuowania startu śmigłowca po awarii krytycznego zespołu napędowego, zagrażający bezpieczeństwu wykonywania operacji lotniczych (na kierunku podejścia, za miejscem przyziemienia znajduje się strefa wyłączona z wykonywania operacji lotniczych), co jest sprzeczne z wymaganiami dotyczącymi osiągow w operacjach Śmigłowcowej Służby Ratownictwa Medycznego na lądowiskach przyszpitalnych, położonych w gęsto zaludnionym środowisku nieprzyjaznym. W dniu 7 maja 2015 r. LPR wskazał Szpitalowi¹⁵ możliwości takiego przeprojektowania lądowiska, aby przywrócić je do eksploatacji. W kwietniu 2016 r. na zlecenie Szpitala, opracowano dokumentację pt. „Opracowanie wyznaczające możliwe kierunki podejść głównych lądowiska dla śmigłowców LPR przy Szpitalu MSWiA w Lublinie” określającą główne kierunki lądowania i startu oraz konieczną przebudowę infrastruktury wskazującą możliwość przywrócenia lądowiska do eksploatacji. Opracowanie uzyskało pozytywną opinię Działu Operacji lotniczych LPR. Szpital nie podjął dalszych działań zmierzających do przywrócenia lądowiska do eksploatacji. Stan zawieszenia wykonywania lotów na lądowisko Szpitala nie uległ zmianie i trwał do zakończenia kontroli.

Dyrektor wyjaśnił, że Szpital będzie aplikował o środki finansowe w ramach Funduszu Medycznego przeznaczone na budowę i modernizację całodobowych lądowisk dla śmigłowców ratunkowych przy szpitalnych oddziałach ratunkowych. Departament Oceny Inwestycji w Ministerstwie Zdrowia

¹² Dz. U. z 2023 r., poz. 2110, ze zm.

¹³ Dz. U. UE.L.2012.296.1 z dnia 25 października 2012 r.

¹⁴ Szpital został o tym poinformowany pismem znak LPR-5-2098(I)/14/BF z 26 listopada 2014 r.

¹⁵ Pismo znak LPR.DOL.52.45-2.2015.

poinformował, iż ogłosi na przełomie I i II kw. 2025 r. konkurs w ramach Funduszu Medycznego, w którym do rozdysponowania będzie 126 mln zł. Szpital aktualnie jest na etapie opracowywania opisu przedmiotu zamówienia na opracowanie dokumentacji projektowej ładowiska.

Zgodnie z § 15 pkt 5 w związku z § 3 ust. 7-10 rozporządzenia ws. SOR oddziały mają spełnić warunek posiadania całodobowego ładowiska do 31 grudnia 2026 r.

(akta kontroli tom I str. 110-115, 166-167, 478-484, 486-487, 495-511)

1.4. Według stanu na 1 czerwca 2025 r. zasoby kadrowe SOR stanowili: lekarz kierujący Oddziałem będący lekarzem systemu; pielęgniarka oddziałowa będąca pielęgniarką systemu; 15 lekarzy, w tym 10 będących lekarzami systemu; cztery pielęgniarki systemu, 24 ratowników medycznych, dwóch sanitariuszy oraz sekretarka medyczna.

SOR spełniał minimalne wymagania dotyczące zasobów kadrowych, o których mowa w § 12 ust. 1 rozporządzenia ws. SOR.

Lekarz kierujący oddziałem posiadał tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych, a tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny ratunkowej otrzymał 1 lutego 2023 r. Zgodnie z § 12 ust. 1 pkt 2 ww. rozporządzenia, lekarzem kierującym Oddziałem, może być m.in. lekarz, który posiada tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych i jednocześnie jest po drugim roku specjalizacji w dziedzinie medycyny ratunkowej, kontynuującym szkolenie specjalizujące w tej dziedzinie. Dyrektor wyjaśnił, że na mocy § 16 rozporządzenia ws. SOR (w brzmieniu obowiązującym na dzień 1 stycznia 2023 r.) do dnia 30 czerwca 2023 r. dopuszczono możliwość pełnienia funkcji lekarza kierującego SOR przez lekarza systemu, nawet jeżeli nie spełniał on wszystkich wymagań określonych w § 12 ww. rozporządzenia.

Pielęgniarka oddziałowa posiadała tytuł magistra pielęgniarstwa od 1995 r., kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki z 2013 r. oraz 30-letni staż pracy, co kwalifikowało ją, jako pielęgniarkę systemu.

Przeprowadzona analiza wykonanych dyżurów¹⁶ w oddziale w dniach: 1 lipca 2023 r. i 2024 r. oraz w pierwszym dniu każdego z miesięcy od stycznia do maja 2025 r. wykazała, że osoby te faktycznie udzielały świadczeń w te dni, spełniały wymagania dla zajmowanych przez nie stanowisk oraz zostały terminowo zgłoszone do NFZ. Stosownie do § 12 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia SOR w Oddziale stale przebywał co najmniej jeden lekarz systemu.

(akta kontroli tom I str. 87-109, 168-169, 171-185, 459-477, tom II str. 7-101, 341-347, 351-357, 359-360, 425)

Według pkt 4 *Dobrych praktyk postępowania w szpitalnych oddziałach ratunkowych z izbą przyjęć* zapewnienie minimalnej liczby personelu w SOR powinno wynosić: minimum trzech-czterech lekarzy oraz minimum 10 ratowników medycznych lub pielęgniarek na stałe przebywających w SOR, obejmującym populację 150-

¹⁶ Na próbie 10 osób udzielających świadczeń w każdym z dni objętych badaniem, w tym: w 2023 r. i 2024 r. (1 lipca): dwóch lekarzy, jednej pielęgniarki oraz siedmiu ratowników medycznych oraz w 2025 r.: (1 stycznia) jednego lekarza, jednej pielęgniarki oraz ośmiu ratowników medycznych; (1 lutego i 1 kwietnia): dwóch lekarzy, dwie pielęgniarki oraz sześciu ratowników medycznych; (1 marca): dwóch lekarzy oraz ośmiu ratowników medycznych; (1 maja): dwóch lekarzy, jedną pielęgniarkę oraz siedmiu ratowników medycznych.

200 tys. mieszkańców; personel pomocniczy w SOR oraz minimum dwa stanowiska TRIAGE.

Konsultant Wojewódzki w dziedzinie medycyny ratunkowej, po przeprowadzonej w Szpitalu 30 stycznia 2024 r. kontroli, zalecił m.in. rozważenie możliwości zwiększenia zatrudnienia personelu lekarskiego w SOR poprzez zatrudnienie dodatkowych lekarzy na podstawie umowy o pracę (co najmniej lekarza zastępcę ordynatora SOR) niezależnie od lekarzy zatrudnionych dotychczas do pełnienia dyżurów w Oddziale na podstawie umowy cywilnoprawnej oraz podjęcie działań w celu bezproblemowego zapewnienia obsady dwóch pionów dyżurowych w SOR (zachowawczego i zabiegowego)¹⁷.

W Oddziale planowano obsadę medyczną w liczbie dwóch lekarzy przebywającego na stałe na SOR, w tym jednego systemu oraz sześć i pięć pielęgniarek lub/i ratowników medycznych przebywających na stałe odpowiednio na dziennej oraz nocnej zmianie. Spośród siedmiu dni objętych badaniem, w sześciu dniach zapewniono obsadę dwóch lekarzy, a w jednym dniu (1 lipca 2023 r.) na Oddziale przebywał jeden lekarz (systemu), w pozostałe dni zapewniono obsadę lekarską w liczbie dwóch lekarzy, w tym jednego systemu.

W ocenie Dyrektora aktualne zasoby kadrowe w SOR nie są w pełni wystarczające dla bezproblemowego realizowania przyjętych w Szpitalu rozwiązań organizacyjnych, jednak w chwili obecnej nie stwarzają zagrożenia dla utrzymania ciągłości udzielania świadczeń. Przyznał, że zdarzają się sytuacje, w których Szpital nie jest w stanie zapewnić odrębnej obsady lekarskiej dla tzw. pionu zabiegowego. Lekarza dyżurującego w SOR w pionie zachowawczym w takich sytuacjach wspierają lekarze dyżurujący w innych oddziałach zabiegowych Szpitala. Zgodnie z zawartymi umowami, lekarze udzielający świadczeń zdrowotnych w Szpitalu są zobowiązani w szczególności do realizacji specjalistycznych konsultacji dla pacjentów hospitalizowanych w pozostałych oddziałach szpitalnych, w tym również w SOR. Dyrektor poinformował również, że obsady dyżurowe pielęgniarek i ratowników medycznych pozwalają na właściwe funkcjonowanie wszystkich obszarów SOR. Jednocześnie wykazał, że pomimo występujących trudności kadrowych, Szpital uzyskiwał w ostatnich miesiącach pozytywne oceny i opinie zarówno ze strony Departamentu Zdrowia MSWiA, jak i właściwych izb zawodowych, w tym Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych, co potwierdza, że Szpital zapewniał należytą organizację pracy oraz wysoką jakość udzielanych świadczeń. Z uwagi na powyższe Dyrektor nie informował NFZ o bieżących problemach kadrowych, gdyż nie stwarzały one zagrożenia dla funkcjonowania SOR.

(akta kontroli tom II str. 333, 358-359, 366-375, tom III str. 149-150)

Kontrola NIK nie wykazała zagrożeń dla zapewnienia ciągłości świadczeń w SOR.

1.5. Szpital, zgodnie z § 4 ust. 4 rozporządzenia ws. SOR, zapewnił całodobowy dostęp do badań diagnostycznych wykonywanych w medycznym laboratorium

¹⁷ Pismo z 8 kwietnia 2024 r., znak: ZD-I.9612.1.1.2024.AK.

diagnostycznym. Badania laboratoryjne wykonywano dla pacjentów SOR przez całą dobę.

W okresie objętym kontrolą Pracownia tomografii komputerowej była czynna od poniedziałku do piątku w godz. 8:00-18:00 oraz w soboty w godz. 7:00-13:00.

W pierwszym tygodniu miesięcy: lipiec 2023 r., lipiec 2024 r. oraz styczeń-maj 2025 r. dla pacjentów SOR wykonano łącznie 533 badania tomografii komputerowej¹⁸ (dalej: TK). Badania przeprowadziło 17 lekarzy, z czego siedmiu posiadało dyplom specjalisty w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej, jeden posiadał dyplom specjalisty II stopnia w dziedzinie radiodiagnostyki, dwóch było w trakcie szkolenia specjalizacyjnego i w okresie objętym kontrolą uzyskało dyplom specjalisty w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej, a siedmiu odbywało szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej. Lekarze będący w trakcie szkolenia specjalizacyjnego, którzy przeprowadzali badania TK, posiadali zgodę kierownika specjalizacji na samodzielną pracę i pełnienie dyżurów medycznych. Analiza czasu wykonania badań TK w ww. okresie wykazała, że badania dla pacjentów SOR były wykonywane również poza godzinami funkcjonowania pracowni, w tym w porze nocnej.

W okresie objętym kontrolą pracownia endoskopowa funkcjonowała: w poniedziałki w godz. 15:00-17:30, we wtorki w godz. 7:30-9:30 oraz 14:00-18:00, w środy w godz. 7:30-9:30 oraz 14:00-15:30, we czwartki w godz. 7:30-10:30 oraz 15:00-16:30, w piątki w godz. 7:30-10:30 oraz 15:00-16:30. W okresie od 1 stycznia 2023 r. do 5 maja 2025 r. na potrzeby SOR przeprowadzono cztery badania gastrokopii w porze dziennej, w tym dwa¹⁹ badania poza godzinami pracy pracowni endoskopowej. Badania zostały przeprowadzone przez dwóch lekarzy posiadających dyplom specjalisty w dziedzinie chirurgii ogólnej oraz legitymujących się certyfikatem potwierdzającym umiejętności wykonywania badań endoskopowych przewodu pokarmowego. W Szpitalu pracowało trzech lekarzy specjalistów posiadających kwalifikacje do przeprowadzania badań endoskopowych oraz jeden lekarz będący w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie chirurgii ogólnej, który posiadał certyfikat potwierdzający umiejętności wykonywania badań endoskopowych przewodu pokarmowego. Ww. lekarze udzielali świadczeń zarówno w Pracowni endoskopowej, jak i na Oddziale Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Urazowo-Ortopedycznym (dalej: OCh).

W okresie objętym kontrolą nie odnotowano przeprowadzenia badań bronchoskopii na potrzeby pacjentów SOR. Pracownia endoskopii wyposażona była w bronchofiberoskopy umożliwiające realizację procedur zgodnie z wymaganiami wskazanymi w załączniku nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej²⁰ – tabela II. Badania endoskopowe – poz. 11, kod ICD-9: 31.42 Laryngoskopia i inne wziernikowanie tchawicy²¹. W strukturach szpitala zatrudnionych było 18 lekarzy specjalistów

¹⁸ Z czego: 29 od 1 do 2 lipca 2023 r.; 150 od 1 do 7 lipca 2024 r.; 110 od 1 do 5 stycznia 2025 r.; 28 od 1 do 2 lutego 2025 r.; 41 od 1 do 2 marca 2025 r.; 104 od 1 do 6 kwietnia 2025 r. oraz 71 od 1 do 4 maja 2025 r.

¹⁹ W poniedziałek 11 marca 2024 r. o godz. 09:19; w poniedziałek 4 listopada 2024 r. o godz. 12:07.

²⁰ Dz. U. z 2016 r. poz. 357, ze zm.

²¹ Gdzie wskazano w warunkach realizacji świadczeń – pracownię lub gabinet endoskopii lub

oraz 13 lekarzy w trakcie specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, którzy zgodnie z programem specjalizacji posiadali kompetencje oraz praktyczne przygotowanie do wykonywania bronchoskopii diagnostycznej i terapeutycznej oraz zabezpieczania dróg oddechowych. Ponadto Szpital posiadał zawartą umowę na realizację konsultacji torakochirurgicznych z doświadczonym specjalistą torakochirurgii, w tym związanymi z procedurą bronchoskopii.

(akta kontroli tom I str. 126-140, 445-451, 468, tom II str. 330, 334, 361-362, tom III str. 124-125)

1.6. Szpital przekazał Wojewodzie Lubelskiemu dane o funkcjonowaniu SOR za 2023 r. i 2024 r. służące do aktualizacji *Planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne dla województwa lubelskiego* obejmujące dane historyczne w układzie Tabeli nr 9 *Liczba przyjęć pacjentów w szpitalnym oddziale ratunkowym w roku*

W 2023 r. Szpital wykazał, że 13 347 pacjentów znajdowało się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, w tym dotyczyło to 2535 pacjentów urazowych. Liczba pacjentów przekazanych przez ZRM wyniosła 6416 osób. Zmarło 25 osób.

W 2024 r. Szpital wykazał, że 15 477 pacjentów znajdowało się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, w tym dotyczyło to 2307 pacjentów urazowych. Liczba pacjentów przekazanych przez ZRM wyniosła 6366 osób. Zmarło 38 osób.

Przekazane Wojewodzie dane były zgodne z dokumentacją źródłową²².

(akta kontroli tom II str. 291-323, 423-424, tom III str. 81-82 – plik 1, tom III str. 127-128 – plik 1; str. 133-134 – plik 1)

1.7. W Szpitalu MSWiA nie wdrożono w pełnym zakresie zaleceń standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców. SOR został wyodrębniony jako ośrodek powstawania kosztów (dalej: OPK) – 503. Do kosztów bezpośrednich, przypisywanych do konta 503, zaliczano: amortyzację środków trwałych, płace, wynagrodzenia pracowników kontraktowych, koszty badań osób zatrzymanych oraz zakup wyrobów medycznych. Koszty bezpośrednie badań diagnostycznych ewidencjonowano na koncie 507 Pracownie lub zakłady diagnostyczne, dla właściwego OPK dotyczącego odpowiednio, np. 507-7100-0 Dział Diagnostyki Laboratoryjnej, 507-7220-0 Pracownia Tomografii Komputerowej, 507-7250-0 Pracownia Rezonansu Magnetycznego. Nie wprowadzono natomiast rozdziału kosztów świadczeń w SOR oraz kosztów OPK proceduralnego rozliczanych w ramach ryczałtu dobowego na SOR z Izbą Przyjęć oraz na oddziały szpitalne, co było niezgodne z załącznikiem nr 2 pkt 1.2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 października 2020 r. w sprawie zleceń dotyczących standardu

poradnia specjalistyczna, zgodne z profilem świadczenia gwarantowanego.

²² Stwierdzone różnice były marginalne. Powodem mogła być np. zmiana danych w systemie stanowiąca sprostowanie wcześniejszej omyłki, bądź zmiana polegająca na uzupełnieniu danych pierwotnie nie wprowadzona do systemu, czy też zmiany techniczno-konfiguracyjne w poszczególnych funkcjonalnościach systemu mogące zachodzić podczas cyklicznych aktualizacji udostępnianych przez dostawcę oprogramowania. Liczba pacjentów znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego w 2024 r. (15 477/15 480 pobyty, co stanowiło różnicę pomiędzy stanem raportowanym, a rzeczywistym 0,02%). Liczba przekazanych przez ZRM pacjentów w 2023 r. (6416/6413 pacjentów, co stanowiło różnicę pomiędzy stanem raportowanym, a rzeczywistym 0,05%). Liczba przekazanych przez ZRM pacjentów w 2024 r. (6366/6359 pacjentów, co stanowiło różnicę pomiędzy stanem raportowanym, a rzeczywistym 0,11%).

rachunku kosztów w świadczeniodawców²³. Nie wprowadzono także podziału kosztów działalności pomocniczej na podstawie standardowych kluczy podziałowych, o których mowa w załączniku nr 7 do ww. rozporządzenia. Zagadnienie to opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Ze względu na powyższe, nie było możliwe ustalenie wyniku finansowego SOR, z zastosowaniem zaleceń standardu rachunku kosztów. Ustalony przez Szpital wynik był ujemny i wyniósł w okresie objętym kontrolą odpowiednio: (-)1941,6 tys. zł w 2022 r., (-)3044,7 tys. zł w 2023 r., (-)1937,2 tys. zł w 2024 r. oraz (-)882,8 w I kwartale 2025 r.²⁴

(akta kontroli tom I str. 186-439)

Stwierdzone nieprawidłowości

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

1. Nieudokumentowanie przeprowadzenia obowiązkowych przeglądów okresowych instalacji i urządzeń wentylacji i klimatyzacji w 2023 i 2024 r. Zgodnie z § 40 rozporządzenia ws. pomieszczeń i urządzeń ww. przeglądy przeprowadza się nie rzadziej niż raz na 12 miesięcy, a dokonanie tych czynności wymaga udokumentowania. Ponadto zgodnie z art. 64 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane²⁵ protokoły z przeglądów instalacji klimatyzacji powinny zostać dołączone do książki obiektu budowlanego.

Dyrektor wyjaśnił, że było to spowodowane zmianami kadrowymi. Ze względu na znaczne zaległości w wykonywaniu spraw bieżących oraz nierzetelne prowadzenie dokumentacji przez pracowników DAT pracujących w 2023 r. oraz do końca kwietnia 2024 r., nadrobienie zaległości przez obecnych pracowników wymagało dużego nakładu pracy i czasu. Nie odnaleziono protokołów przeglądowych instalacji wentylacji mechanicznej i klimatyzacji znajdującej się w obrębie SOR z 2023 r. oraz 2024 r. Ze względu na brak dokumentacji, nie można potwierdzić, iż dane przeglądy były wykonywane w okresie objętym kontrolą. Po stwierdzeniu tego faktu przeprowadzono okresowe przeglądy i konserwacje. Sporządzony został także harmonogram przeglądów instalacji i urządzeń wentylacji mechanicznej oraz klimatyzacji w celu uniknięcia podobnej sytuacji w przyszłości.

Z uwagi na pozytywną ocenę sprawności instalacji i urządzeń wentylacji i klimatyzacji wynikającą z protokołów przeglądów okresowych z 25 marca 2025 r. NIK odstępuje od sformułowania wniosku pokontrolnego w tym zakresie.

(akta kontroli tom I str. 170-171, tom II str. 333, 358)

2. Nieterminowe wprowadzenie do SEZOZ informacji o wyrobach medycznych wykorzystywanych na SOR do udzielania świadczeń zdrowotnych w stanie

²³ Dz. U. z 2020 r. poz. 2045, dalej: rozporządzenie ws. standardu rachunku kosztów.

²⁴ Koszty proceduralne (z konta 507) przyjęto proporcjonalnie do zaewidencjonowanych kosztów bezpośrednich na kontach 500-504 oraz 540. Koszty działalności pomocniczej medycznej z konta 530 przyjęto proporcjonalnie do zaewidencjonowanych kosztów bezpośrednich na kontach 500-504 oraz 540 zwiększonych o koszty proceduralne zaewidencjonowane na kontach 507. Koszty działalności pomocniczej niemedycejskiej (konto 535) oraz koszty zarządu (konto 550) przyjęto proporcjonalnie do zaewidencjonowanych kosztów bezpośrednich na kontach 500-504 oraz 540 zwiększonych o koszty proceduralne zaewidencjonowane na kontach 507 oraz kosztów działalności dydaktycznej (konto 529).

²⁵ Dz. U. z 2025 r. poz. 418.

nagłego zagrożenia zdrowotnego. Obowiązek przekazywania informacji o wyrobach medycznych posiadanych przez szpitale co miesiąc do siódmego dnia każdego miesiąca, wynika z § 4 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2021 r. w sprawie zakresu informacji gromadzonych w Systemie Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia oraz sposobu i terminów przekazywania tych informacji²⁶. Kontrola wykazała, że z 28 wyrobów medycznych, stanowiących wyposażenie SOR podlegających obowiązkowi wpisu do SEZOZ (mobilny aparat RTG, cztery defibrylatory, dziewięć respiratorów, 13 kardiomonitorów oraz przewoźny ultrasonograf), trzy wyroby (ultrasonograf oraz dwa respiratory) wprowadzono do SEZOZ 6 września 2024 r., zaś pozostałe 25 w dniach 13-23 maja 2025 r., tj. w trakcie kontroli NIK, podczas gdy wszystkie wyroby zostały przyjęte do użytkowania w latach 2007-2020.

Dyrektor wyjaśnił, że główną przyczyną takiego stanu rzeczy były nadzwyczajne okoliczności organizacyjne związane z pandemią COVID-19. Na podstawie decyzji Wojewody Lubelskiego²⁷ od dnia 12 listopada 2020 r. SOR Szpitala MSWiA w Lublinie został przekształcony w jednostkę przeznaczoną wyłącznie do udzielania świadczeń osobom z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. W konsekwencji, działalność oddziału została istotnie zmodyfikowana, co skutkowało ograniczeniem niektórych standardowych procedur, w tym sprawozdawczości sprzętowej. W wyniku kolejnych decyzji Wojewody Lubelskiego cały Zakład stał się Szpitalem jednoimiennym, przeznaczonym wyłącznie do leczenia pacjentów z wirusem SARS-CoV-2. Dodatkowo, w latach 2022-2024 wystąpiły liczne zmiany kadrowe dotyczące kadry zarządzającej oraz pracowników administracyjnych odpowiedzialnych za raportowanie do SEZOZ, co również wpłynęło na występujące opóźnienia. W dniu 4 września 2024 r. Dyrektor polecił personelowi²⁸ uzupełnianie danych w SEZOZ. W związku ze stwierdzonym nierzetelnym i nieterminowym przekazaniem danych w celu przywrócenia prawidłowego obiegu informacji oraz uszczelnienia systemu, Dyrektor wydał 3 czerwca 2025 r. zarządzenie wewnętrzne nr 24/2025 w sprawie aktualizacji danych w SEZOZ.

(akta kontroli tom I str. 125, 166-167, 485-486, tom III str. 83-84 – pliki 17-73)

3. Niewdrożenie z dniem 1 stycznia 2021 r. zaleceń standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców, w zakresie:

- rozdziału kosztów zaopatrzenia świadczeniobiorców w SOR z Izbą Przyjęć rozliczanych w ramach ryczału dobowego od kosztów zaopatrzenia świadczeniobiorców w SOR z Izbą Przyjęć rozliczanych (po przekazaniu na oddziały szpitalne) w ramach Jednorodnych Grup Pacjentów, osobodni, punktów w ramach Terapeutycznej Skali Interwencji Medycznych lub innych świadczeń;
- rozliczania kosztów OPK proceduralnych na OPK związany z ryczałem dobowym oraz na oddziały szpitalne proporcjonalnie do liczby i wartości wykonanych procedur medycznych;

²⁶ Dz. U. z 2025 r. poz. 496.

²⁷ Z dnia 10 listopada 2020 r. (znak: ZD-967.156.113.2020.MK2).

²⁸ Pismo znak PNSOP-156-6/2024, w którym zostały wskazane osoby odpowiedzialne za uzupełnienie danych związanych z realizacją ww. zadania.

- podziału kosztów działalności pomocniczej na podstawie standardowych kluczy podziałowych.

Było to niezgodne z wytycznymi zawartymi w załączniku nr 2 pkt 1.2 oraz załączniku nr 7 do rozporządzenia ws. standardu rachunku kosztów.

Dyrektor wyjaśnił, że główną przyczyną ww. uchybień były nadzwyczajne okoliczności organizacyjne związane z pandemią COVID-19. Na podstawie decyzji Wojewody Lubelskiego²⁹ Szpital MSWiA w Lublinie w latach 2020-2023 funkcjonował jako jednostka przeznaczona wyłącznie do udzielania świadczeń osobom z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. W konsekwencji, działalność Szpitala została istotnie zmodyfikowana, co skutkowało ograniczeniami jego normalnego funkcjonowania. Dodatkowo, w latach 2022-2024 wystąpiły liczne zmiany kadrowe dotyczące personelu medycznego i administracyjnego. Powyższe okoliczności wpłynęły na opóźnienia w pełnym wdrożeniu zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów. W tym okresie zostały wyodrębnione ośrodki powstawania kosztów (dalej: OPK) działalności podstawowej, działalności pomocniczej i zarządu, zgodnie z kodami funkcji, zasadami wyodrębniania OPK i przypisywania kodów charakteryzujących funkcje i specjalności komórek organizacyjnych. Wprowadzono ewidencję kosztów OPK w układzie podmiotowo-funkcjonalnym (konta zespołu 5). Wprowadzono ewidencję kosztów bezpośrednich OPK według kryterium rodzajowego (konta zespołu 4). Wstrzymano natomiast pracę nad opracowaniem rozdzielników kosztów wspólnych, wprowadzeniem kluczy podziałowych OPK działalności pomocniczej, wyceną procedur medycznych, które służy rozliczeniu kosztów OPK proceduralnego w celu uzyskania poprawnych wyników finansowych poszczególnych OPK. W 2024 r. rozpoczęto prace nad jak najszybszym uzupełnieniem brakujących zaleceń dotyczących Standardu Rachunku Kosztów (dalej: SRK). W celu intensyfikacji prac nad tym uzupełnieniem, w ramach wsparcia kadrowego, zatrudniono dodatkową osobę, której w zakresie czynności powierzono to zadanie. Przeprowadzono szkolenia w zakresie prawidłowości funkcjonowania SRK, w których brały udział osoby niezbędne do wyceny procedur medycznych. W chwili obecnej komputerowy system księgowo-finansowy (jak zapewnia jego dostawca) jest przygotowany do automatycznego lokowania kosztów na wyodrębnione OPK. Dostawca programu, w ramach podpisanej umowy na wsparcie informatyczne, gwarantuje pomoc w pracach nad ukończeniem wdrożenia SRK. Trwają prace nad wyceną procedur medycznych w OPK proceduralnych. Jednak duża ilość i rodzaj wykonywanych procedur oraz zakres niezbędnych danych do ich wyceny, wymagają ogromnego nakładu pracy personelu. Jest to proces, który wymaga rozłożenia w czasie, którego pełne wprowadzenie może trwać do 12 miesięcy, a poprawne efekty jego funkcjonowania będzie można zauważyć nawet po upływie 24 miesięcy. Po uzupełnieniu brakujących zaleceń dotyczących SRK, wszystkie ww. problemy zostaną rozwiązane.

(akta kontroli tom I str. 186-441, tom II str. 102-111)

OCENA CZĄSTKOWA

NIK ocenia pozytywnie warunki udzielania świadczeń zdrowotnych na SOR. Oddział spełniał warunki techniczne w zakresie wymagań ogólnobudowlanych, instalacyjnych oraz przestrzennych. W Oddziale wyodrębniono wymagane

²⁹ M.in. z 10 listopada 2020 r., znak: ZD-II.967.156.113.2020.MK2.

obszary, a sposób wykończenia pomieszczeń umożliwiał ich mycie i dezynfekcję. Poszczególne obszary SOR wyposażono w wymagane wyroby medyczne, które utrzymywano w należytej sprawności, co było dokumentowane w paszportach technicznych tych urządzeń. Wyroby medyczne stanowiące wyposażenie Oddziału podlegające wpisaniu do SEZOZ, zostały do niego wprowadzone nieterminowo. SOR posiadał lądowisko dla helikopterów, lecz nie było ono wykorzystywane ze względu na zastrzeżenia LPR. Oddział dysponował odpowiednim personelem wymaganym rozporządzeniem ws. SOR oraz zapewniał całodobowy dostęp do badań diagnostycznych (laboratoryjnych i obrazowych). Szpital przekazywał Wojewodzie Lubelskiemu dane o funkcjonowaniu SOR do *Planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne dla województwa lubelskiego*, które odpowiadały dokumentacji źródłowej. Szpital nie wdrożył w pełnym zakresie zaleceń standardu rachunku kosztów.

OBSZAR

2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego

Opis stanu faktycznego

2.1. Personel medyczny zatrudniony w SOR (lekarze, pielęgniarki, ratownicy medyczni) nie udzielali świadczeń w innych komórkach organizacyjnych Szpitala. Czas pracy personelu SOR zatrudnionego na umowie o pracę³⁰ nie przekraczał dopuszczalnych norm. Zapewniono pracownikom okres co najmniej 11 godzin odpoczynku pomiędzy okresami udzielania świadczenia, które każdorazowo nie przekraczały 24 godzin.

W grupie pielęgniarek świadczących pracę w I kw. 2024 r. i 2025 r. średnia liczba przepracowanych godzin wyniosła odpowiednio 406 godz. i 457 godz., najwięcej godzin przepracowała pielęgniarka oddziałowa, która świadczyła pracę przez 159 godz. w styczniu i lutym 2024 r. oraz w styczniu 2025 r.

W grupie ratowników medycznych świadczących pracę w ww. okresach średnia liczba przepracowanych godzin wyniosła odpowiednio 405 godz. i 456 godz., najwięcej godzin przepracował ratownik medyczny, który świadczył pracę przez 176 godz. w marcu 2025 r.

Wśród personelu zatrudnionego na podstawie umów cywilnoprawnych³¹ stwierdzono trzy³² przypadki niezapewnienia co najmniej 11 godzin odpoczynku pomiędzy okresami udzielania świadczenia dla ratowników medycznych oraz

³⁰ Badanie przeprowadzono dla dwóch okresów rozliczeniowych: od 1 stycznia do 31 marca 2024 r. na grupie pięciu pielęgniarek oraz pięciu ratowników medycznych oraz od 1 stycznia do 31 marca 2025 r. na grupie czterech pielęgniarek oraz pięciu ratowników medycznych.

³¹ Badanie przeprowadzono dla dwóch okresów rozliczeniowych: od 1 stycznia do 31 marca 2024 r. i 2025 r. na grupie pięciu lekarzy oraz pięciu ratowników medycznych.

³² (1) Ratownik medyczny pełnił dyżur w karetce specjalistycznej od 27 marca 2024 r. od godz. 23:30 do 28 marca 2024 r. do godz. 15:30, następnie rozpoczął nocną zmianę z 28 marca 2024 r. od godz. 19:00 do 29 marca 2024 r. do godz. 7:00, tj. okres odpoczynku pomiędzy okresami udzielania świadczenia przez ratownika medycznego trwał 3 godz. i 30 min.; (2) Ratownik medyczny pełnił dyżur w karetce specjalistycznej od 12 marca 2025 r. od godz. 9:00 do godz. 13:00, następnie rozpoczął nocną zmianę 12 marca 2025 r. od godz. 19:00 do 13 marca 2025 r. do godz. 7:00, tj. okres odpoczynku pomiędzy okresami udzielania świadczenia przez ratownika medycznego trwał 6 godz.; (3) Ratownik medyczny rozpoczął nocną zmianę od 16 lutego 2025 r. od godz. 19:00 do 17 lutego 2025 r. do godz. 7:00, następnie pełnił dyżur w karetce specjalistycznej od 17 lutego 2025 r. od godz. 15:00 do 17 lutego 2025 r. do godz. 19:00, tj. okres odpoczynku pomiędzy okresami udzielania świadczenia przez trwał 8 godz.

jeden przypadek dotyczący lekarza³³.

W grupie ratowników medycznych świadczących pracę w ww. okresach średnia liczba przepracowanych godzin wyniosła odpowiednio 523 godz. i 478 godz., najwięcej godzin przepracował ratownik medyczny zatrudniony na podstawie umowy cywilnoprawnej, który świadczył pracę przez 348 godz. w styczniu 2024 r. Dyrektor wyjaśnił, że obowiązujące przepisy prawa nie przewidują ograniczeń dotyczących czasu świadczenia usług przez personel medyczny zatrudniony na podstawie umów cywilnoprawnych. Wydłużony czas świadczenia usług przez ratowników/lekarzy na kontraktach wynika najczęściej z konieczności zabezpieczenia ciągłości obsady w sytuacjach braku dostępnych kadr medycznych w danym dniu lub potrzeb nagłych wynikających z absencji innych członków zespołu (np. choroby, zdarzenia losowe), ratownicy i lekarze na kontraktach podejmują się wydłużonych dyżurów, w celu zapewnienia ciągłości funkcjonowania zespołów). Dyrektor zaznaczył, że przedłużone zmiany mają charakter wyjątkowy i nie są normą w organizacji pracy. Podsumował również, że pomimo powyższego Szpital podejmuje działania mające na celu ograniczenie liczby przedłużonych dyżurów i sukcesywnie zwiększa liczbę osób zatrudnionych na umowach o pracę, co sprzyja stabilizacji czasu pracy i odpoczynku.

(akta kontroli tom II str. 112-267, 335, 363-364, 468, tom III str. 124)

2.2. W Szpitalu wykorzystywano system TOPSOR służący do prowadzenia segregacji medycznej pacjentów, który spełniał minimalne wymagania, o których mowa w § 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2021 r. w sprawie systemu zarządzającego trybami obsługi pacjenta w szpitalnym oddziale ratunkowym³⁴. Zainstalowany w Szpitalu system TOPSOR składał się z: automatu biletowego stojącego, z przyciskiem mechanicznym i drukarką, zlokalizowanego w przedsionku przy podejździe dla specjalistycznych środków transportu sanitarnego, przeznaczonego dla ZRM; automatu biletowego stojącego, z ekranem dotykowym, drukarką do biletów i czytnikiem kodów kreskowych, znajdującego się przy wejściu do SOR obok rejestracji; drukarki nabiurkowej do biletów na stanowisku rejestracji w SOR; wyświetlaczy: zbiorczego z jednostką sterującą oraz stanowiskowego z ekranem wykonanym w technologii LCD zainstalowanych w obszarze segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć SOR; terminala stanowiskowego z ekranem dotykowym; tabletu o zwiększonej odporności na uszkodzenia mechaniczne, z możliwością jego dezynfekcji; zestawu nagłaśniającego; komputera centralnego klasy PC dostosowanego do pracy ciągłej oraz kardiomonitora stacjonarno-transportowego, umożliwiającego komunikację z TOPSOR przez eksport danych do karty segregacji medycznej.

Na wyświetlaczu zbiorczym zlokalizowanym w poczekalni w obszarze segregacji medycznej i przyjęć wyświetlany był komunikat o następującej treści: „SOR, tu ratujemy życie. Czas oczekiwania na kontakt z lekarzem zależy od przydzielonego priorytetu podczas triażu – odpowiedni kolor. Sprawdź prognozowany czas oczekiwania skanując kod QR na automacie biletowym.

³³ Lekarz pełnił dyżur 13 stycznia 2024 r. od godz. 8:00 do 16:00, kolejny dyżur pełnił 13 stycznia 2024 r. od godz. 20:00 do 14 stycznia 2024 r. do godz. 8:00, tj. okres odpoczynku pomiędzy okresami udzielania świadczenia przez lekarza trwał 4 godz.

³⁴ Dz. U. poz. 1182.

Prognozowane czasy oczekiwania mogą się zmieniać wskutek pojawiania się pacjentów o wyższych priorytetach: czerwony, pomarańczowy, żółty.”

(akta kontroli tom I str. 51-61)

2.3. W okresie od 1 stycznia 2023 r. do 30 kwietnia 2025 r. w systemie informatycznym dokumentacji medycznej karty segregacji medycznej zatwierdzało 28 osób. Przeprowadzona analiza posiadanych kwalifikacji 15 z nich³⁵ wykazała, że karty segregacji medycznej zostały zatwierdzone przez 14 ratowników medycznych oraz jednego pielęgniarza systemu, tj. przez osoby do tego uprawnione na podstawie § 6 ust. 7 rozporządzenia ws. SOR.

(akta kontroli tom I str. 78, tom II str. 326-327)

2.4. W § 71 ust. 3 *Regulaminu organizacyjnego* Szpitala, obowiązującego od 31 maja 2022 r.³⁶, stosownie do zapisów § 13 ust. 1 lit. a-b rozporządzenia ws. SOR, Dyrektor określił w SOR maksymalny czas na podjęcie decyzji przez lekarza dyżurnego SOR o:

- skierowaniu pacjenta na leczenie do oddziałów szpitalnych – 24 godz.;
- odmowie przyjęcia do oddziału osoby niebędącej w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego – 12 godz.

oraz przez lekarza oddziału o przyjęciu pacjenta na oddział – 12 godz.

Dyrektor dokonał 14 czerwca 2024 r. zmian w *Regulaminie organizacyjnym* poprzez wykreślenie ww. informacji, co opisano szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

W Szpitalu obowiązywała od 11 lutego 2013 r. *Procedura przyjęcia pacjenta do szpitala w trybie nagłym* nr PJ 41/PL, która zawierała ww. informacje, a ostatnia jej aktualizacja miała miejsce 26 lutego 2025 r. Informacje dotyczące maksymalnego czasu na podjęcie decyzji o dalszym postępowaniu z pacjentami SOR zostały opublikowane na stronie internetowej Szpitala³⁷. Ww. informacje wywieszono na tablicy ogłoszeń SOR w obszarze segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć, w dniu 24 lipca 2025 r. po przywróceniu stosownych zapisów w *Regulaminie organizacyjnym*.

Dyrektor określił w oddziałach szpitalnych sześć miejsc dla pacjentów znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego dopiero 25 marca 2025 r., podczas gdy obowiązek ten powstał z 1 lipca 2019 r. Zagadnienie to opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli tom I str. 23-62, 518-525, tom III str. 83 – plik 11, 142-151, str. 136, 138-141)

2.5. Szpital informował WKRM o dostępnych miejscach na oddziałach poprzez raportowanie w systemie informatycznym trzy razy dziennie, o godz. 8:00, 14:00 i 20:00. Informacje te przekazywali pracownicy SOR.

Lekarz kierująca SOR wyjaśniła, że dane w przedmiotowym zakresie pozyskiwane są z oddziałów drogą mailową, pisemną lub telefoniczną. Najczęściej odbywa się to drogą telefoniczną, gdzie lekarz dyżurny danego oddziału zgłasza ratownikowi medycznemu w obszarze rejestracji, segregacji i przyjęć, ilość wolnych miejsc na daną godzinę.

³⁵ Do analizy wybrano 15 osób, które zatwierdziły od 10 do 409 kart segregacji medycznej.

³⁶ Załącznik nr 1 do obwieszczenia nr 2/2022 Dyrektora Szpitala MSWiA w Lublinie z dnia 31 maja 2022 r.

³⁷ <https://szpitalmsw.pl/oddzialy-szpitalne/szpitalny-oddzial-ratunkowy-z-izba-przyjec/>

Na stronie internetowej *Systemu informacji o szpitalach*³⁸ nie zamieszczono wskazówek odnośnie do określenia przez szpitale liczby aktualnie wolnych łóżek. Szpital przekazując WKRM informacje o dostępności miejsc uwzględniał planowe przyjęcia pacjentów oraz inne nieprzewidziane okoliczności, np. choroby zakaźne. Analiza przekazanych w okresie od 21 do 27 maja 2025 r. raportów dotyczących liczby wolnych łóżek według stanu na godz. 8:00 w ośmiu oddziałach³⁹ wykazała, że przekazane WKRM dane były niższe niż wynikające z elektronicznej księgi oddziałowej⁴⁰. OR nie przekazał informacji o liczbie łóżek sześciokrotnie (z wyjątkiem 22 maja 2025 r.).

Dyrektor wyjaśnił, że Szpital nie uwzględnia w OR ogólnoustrojowej przyjęć pacjentów w stanie zagrożenia życia. Ponadto wskazał na następujące możliwe przyczyny rozbieżności w danych przekazanych WKRM o dostępnych miejscach na oddziałach:

- w przypadku izolacji chorych zakaźnie w salach dwuosobowych, jeśli nie jest możliwa kohortacja pacjentów, w sali tej przebywa jeden pacjent zamiast dwóch. Po zakończeniu izolacji należy pomieszczenie i sprzęt poddać myciu i procesowi dezynfekcji. Przeprowadza się także dezynfekcję metodą zamgławiania, co wydłuża czas niedostępności łóżek dla pacjentów;
- realizując kolejkę oczekujących w poszczególnych oddziałach, konieczne jest zapewnienie adekwatnej ilości łóżek na przyjęcie zaplanowanych na dany dzień pacjentów;
- w związku z wdrożeniem systemu wczesnej identyfikacji pacjentów zagrożonych nagłym pogorszeniem stanu zdrowia, hospitalizowanych w oddziałach szpitala, w OAiT konieczne jest zapewnienie co najmniej jednego wolnego łóżka na potrzeby tych pacjentów;
- w oddziale rehabilitacji ogólnoustrojowej nie uwzględniamy przyjęć pacjentów w stanie zagrożenia życia;
- w przypadku zgonu pacjenta teoretycznie łóżko jest już wolne, ale praktycznie zwłoki przebywają tam jeszcze przez 2 godziny do powtórnego potwierdzenia zgonu.

Ordynator OL wyjaśnił, że liczba pacjentów na oddziale jest odzwierciedlona w systemie informatycznym (data i godzina przyjęcia oraz wypisu pacjentów). Różnice w raportowaniu o liczbie pacjentów wynikają z fizycznej obecności pacjenta na oddziale. Pacjenci, którzy zostali wypisani, opuszczają oddział w godzinach dla nich dogodnych. Niektórzy oczekują należnego im posiłku bądź czekają na transport. W tym samym czasie przyjmowani są kolejni z listy oczekujących. Raportowanie o wolnych miejscach na oddziale jest ściśle

³⁸ szpitale.lublin.uw.gov.pl

³⁹ Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii (dalej: OAiT); OCh; Oddział Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Diabetologicznym (dalej: OW); Oddział Ginekologiczny (dalej: OG); Oddział Kardiologiczny i Oddział Intensywnej Opieki Kardiologicznej (dalej: OK); Oddział Neurologiczny z Pododdziałem Udarowym (dalej: ON); Oddział Otorinolaryngologiczny (dalej: OL); Oddział Rehabilitacyjny (OR).

⁴⁰ Liczba wolnych łóżek zaraportowana WKRM do liczby wolnych łóżek wg elektronicznej księgi oddziałowej wyniosła: 21 maja 2025 r. – w ON 3/7; w OAiT 2/4; w OG 1/3; 22 maja 2025 r. – w ON (-1)/4; w OAiT 2/4; w OR 1/13; w OG 1/0; w OL 1/4; 23 maja 2025 r. – w ON 3/6; w OAiT 2/4; 24 maja 2025 r. – w OW 1/2; w OK 3/6; w ON 2/6; w OAiT 2/3; w OCh 0/3; 25 maja 2025 r. – w OW 0/1; w OK 1/7; w ON 1/7; w OAiT 1/3; w OCh 1/10; 26 maja 2025 r. – w OW 0/2; w ON 3/5; w OAiT 2/3; w OG 1/2; w OCh 0/3; w OL 1/3; 27 maja 2025 r. – w OW 0/2; w ON 3/2; w OAiT 2/3; w OG 1/0; w OCh 0/3; w OL 4/2.

związane z planowanymi przyjęciami pacjentów. Codziennie dochodzi do sytuacji, że pacjent nie zgłasza się na oddział, ale Szpital jest zobowiązany do zarezerwowania takiego miejsca.

Analiza NIK wykazała również, że również, że w OL nie przekazano na potrzeby raportu do WKRM informacji o liczbie dostępnych łóżek w dniach 21, 23-25 maja 2025 r., co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli tom I str. 147-163, tom II str. 428-455, tom III str. 108-111, 126)

2.6. W latach 2023-2025 (do 30 kwietnia) na SOR udzielono łącznie 33 829 świadczeń⁴¹. Analizą objęto 32 444⁴² świadczeń, z czego 14 800 dotyczyło pacjentów przywiezionych przez ZRM. W wyniku przeprowadzonej segregacji medycznej⁴³ przyznano kategorii stopnia pilności udzielania świadczeń zdrowotnych w następującym podziale: czerwoną w 605, pomarańczową w 2219, żółtą w 19 079, zieloną w 7428, a niebieską w 1040 przypadkach. W badanej próbie dla 15,6% udzielonych 2023 r. świadczeń (tj. w 2073 przypadkach), w systemie TOPSOR nie było oznaczenia kategorii pilności, co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

W okresie objętym kontrolą nie odnotowano przypadku odesłania pacjenta do podstawowej opieki zdrowotnej.

W okresie od 1 stycznia 2023 r. do 30 kwietnia 2025 r. 76 pobyków na SOR zakończyło się zgonem pacjenta, 6551 skierowaniem na inny oddział szpitalny, a 25 817 wypisem z SOR, w tym z powodu: braku wskazań do hospitalizacji – 21 345; odmowy hospitalizacji przez pacjenta – 2104; samowolnego opuszczenia izby przyjęć – 1056; skierowania do innego szpitala – 1132; braku możliwości hospitalizacji ze strony szpitala – 41; ustalenia terminu (przyjęcia w trybie planowym) – 38; braku wolnych łóżek – 19; braku odpowiedniego zakresu świadczeń – 15; wskazań epidemiologicznych – jeden, a z innych powodów – 66.

Analiza NIK przeprowadzona na podstawie danych pobranych z systemu informatycznego Szpitala wykazała, że nie było możliwe określenie w sposób jednoznaczny czasu podjęcia decyzji przez lekarza dyżurnego SOR o skierowaniu pacjenta na leczenie do oddziałów szpitalnych lub odmowie przyjęcia do oddziału osoby niebędącej w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego oraz przez lekarza oddziału o przyjęciu pacjenta na oddział.

⁴¹ Na podstawie pełnej bazy systemu informatycznego Szpitala stwierdzono, że na SOR: w 2023 r. udzielono 13 347 świadczeń (13 155 sfinansowanych przez NFZ, 121 nieubezpieczonych, 65 sfinansowanych przez inną placówkę medyczną, a sześć przez służby mundurowe); w 2024 r. udzielono 15 480 świadczeń (14 181 sfinansowanych przez NFZ, 146 nieubezpieczonych, 36 sfinansowanych przez inną placówkę medyczną, a 1117 przez służby mundurowe); w 2025 r. (do 30 kwietnia) udzielono 5302 świadczeń (4830 sfinansowanych przez NFZ, 55 nieubezpieczonych, a 416 sfinansowanych przez służby mundurowe).

⁴² Do badania udzielonych świadczeń na SOR przyjęto pacjentów ubezpieczonych i nieubezpieczonych, w tym 13 276 w 2023 r., 14 283 w 2024 r. oraz 4885 w 2025 r. (do 30 kwietnia). W 2024 r. dodatkowo nie ujęto 44 świadczeń udzielonych pacjentom, którzy stawili się na SOR ze skierowaniem.

⁴³ Przydzielana jest jedna z pięciu kategorii stopnia pilności udzielania świadczeń zdrowotnych, o których mowa w § 6 ust. 9 rozporządzenia ws. SOR, gdzie: 1) kolor czerwony oznacza natychmiastowy kontakt z lekarzem; 2) kolor pomarańczowy oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 10 minut; 3) kolor żółty oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 60 minut; 4) kolor zielony oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 120 minut; 5) kolor niebieski oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 240 minut.

Rejestracja pacjentów na SOR odbywała się na bieżąco. Segregację medyczną przeprowadzano podczas rejestracji pacjenta. Średni czas liczony od momentu rejestracji pacjenta do momentu zlecenia pierwszego badania diagnostycznego lub konsultacji wyniósł 47 minut⁴⁴, przy czym dla pacjentów przywiezionych na SOR przez ZRM czas ten wynosił 41 min. i 30 sek.⁴⁵, a w przypadku pacjentów, którzy dotarli na SOR samodzielnie czas ten wyniósł 52 min. i 36 sek.⁴⁶ W systemie nie utrwalano momentu pierwszego kontaktu lekarza z osobą znajdującą się w stanie zagrożenia zdrowotnego, która przybyła na SOR. Karta badania przedmiotowego pacjenta była sporządzana przez lekarzy po zleceniu badań, a średni czas liczony od rejestracji pacjenta do wypełnienia karty wyniósł 2 godz. 15 min. i 49 sek.⁴⁷

Średni czas przebywania na SOR⁴⁸ w przypadku pacjentów, których pobyt zakończył się wypisem ze szpitala z powodu braku podstaw do hospitalizacji (21 345 pobyków) wyniósł 5 godz. i 48 minut, a jego mediana 4 godz. i 17 minut. Najkrótszy pobyt trwał 3 minuty, a najdłuższy 135 godz. i 35 minut, przy czym wśród 1955 (tj. 9,2%) pacjentów przebywających na SOR dłużej niż 12 godz., średni czas pobytu wyniósł 20 godz. i 2 minuty, a dla pozostałych pacjentów, których czas pobytu na SOR nie przekroczył 12 godz., średni czas pobytu wyniósł 4 godz. i 22 minuty.

Dyrektor wyjaśnił, że znacząca większość hospitalizacji w SOR odbywa się zgodnie z przyjętymi proceduralnie czasami. Jednakże zdarzają się przypadki pacjentów, których pobyt w SOR wydłuża się. Wynika to z napotkanych trudności procesu diagnostyczno-leczniczego, połączonego z brakiem wolnych łóżek w dedykowanych oddziałach, ewentualnie z przyczyn społecznych. W przytoczonym przypadku (czas pobytu 135 godz. i 25 min.) wymagał reżimu sanitarnego z powodu infekcji RSV, a w Oddziale Chorób Wewnętrznych przez kilka dni nie było możliwości jego izolacji, z powodu pełnego obłożenia oddziału (sezon tzw. „grypowy”). Oddziały zakaźne województwa również nie posiadały wolnych łóżek, odmówiły przyjęcia chorego. Pacjent leczony w SOR, został wypisany po ustąpieniu objawów oraz uzyskaniu ujemnego testu w kierunku RSV.

Średni czas przebywania na SOR⁴⁹ w przypadku pacjentów, których pobyt zakończył się przyjęciem pacjenta na inny oddział szpitala (6551 pobyków) wyniósł 7 godz. i 5 minut, a jego mediana 3 godz. i 57 minut. Najkrótszy pobyt trwał jedną minutę, a najdłuższy 86 godz. i 38 minut, przy czym wśród 369 (tj. 5,6%) pacjentów czekających na przyjęcie ich na oddział dłużej niż 24 godz., średni czas pobytu wyniósł 35 godz. i 38 minut, a dla pozostałych pacjentów, których czas pobytu na SOR do czasu przyjęcia ich na oddział w czasie do 24 godz., średni czas pobytu wyniósł 5 godz. i 23 minuty.

Dyrektor wyjaśnił, że pobyt na SOR trwający 86 godz. i 38 min. do czasu skierowania pacjenta na inny oddział szpitalny dotyczył pacjenta z nawracającym

⁴⁴ Obliczono dla 27 060 pobyków pacjentów, którym zlecono badania na SOR.

⁴⁵ Obliczono dla 13 195 pobyków pacjentów.

⁴⁶ Obliczono dla 13 865 pobyków pacjentów.

⁴⁷ Obliczono dla 32 065 pobyków pacjentów, którym wypełniono kartę badania przedmiotowego na SOR.

⁴⁸ Czas obliczony od daty i godziny rejestracji pacjenta do czasu i godziny wypisu pacjenta z SOR.

⁴⁹ Czas obliczony od daty i godziny rejestracji pacjenta do czasu i godziny przyjęcia pacjenta na oddział.

częstoskurczem nadkomorowym. Próby leczenia w SOR początkowo wydawały się skuteczne, jednak w dalszej obserwacji powodowały nawrót dolegliwości pacjenta. Oddział Kardiologii i Oddział Chorób Wewnętrznych nie posiadały wolnych łóżek. Po kolejnym epizodzie arytmii chory został przeniesiony na Oddział Kardiologii, po uzyskaniu łóżka.

Analiza NIK dotycząca pobytów pacjentów na SOR trwających ponad 12 godz. w przypadku braku podstaw do hospitalizacji oraz 24 godz. w przypadku skierowania na inny oddział szpitalny, wykazała, że gromadzone w systemie teleinformatycznym dane nie pozwalają na ustalenie czy parametry określone przez Dyrektora dotyczące czasu na podjęcie decyzji przez lekarza dyżurnego SOR o skierowaniu pacjenta na leczenie do oddziałów szpitalnych (24 godz.) lub odmowie przyjęcia do oddziału osoby niebędącej w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego (12 godz.) oraz przez lekarza oddziału o przyjęciu pacjenta na oddział (12 godz.), były w każdym przypadku przestrzegane⁵⁰.

Dyrektor wyjaśnił, że weryfikacja nałożonych na lekarzy czasów dotyczących podjęcia przez nich decyzji o dalszym postępowaniu z pacjentem jest przeprowadzana na bieżąco przez lekarza kierującego oddziałem i przez Dyrektora ds. leczenia. Analizie poddaje się indywidualną dokumentację medyczną pacjenta przebywającego na SOR, w tym czas rejestracji pacjenta, czas odbycia konsultacji zleconej przez lekarza dyżurnego SOR lekarzowi dyżurnemu oddziału, do którego został skierowany pacjent oraz czas przyjęcia chorego do oddziału lub czas odmowy i wypisu z SOR. Dyrektor dodał, że ze względu na dynamiczny charakter pracy na SOR proces ten nie jest dokumentowany na piśmie, a polega na interwencji w momencie przedłużającego się pobytu. Wtedy następuje ustalenie na czym polega problem i szukanie możliwości jego rozwiązania np. wydanie decyzji ustnej o przyjęciu pacjenta w oddział szpitalny lub pomoc w znalezieniu miejsca w innym szpitalu, zaproponowanie poszerzenia diagnostyki, zlecenia dodatkowych konsultacji, które pozwoliłyby na szybsze podjęcie decyzji o przyjęciu lub wypisie. Proces ten odbywa się codziennie i jego dokumentowanie na piśmie w ocenie Zakładu stanowiłoby zbędne czynności, w trakcie zabezpieczania pacjentów znajdujących się w stanie zagrożenia życia i zdrowia.

(akta kontroli tom II str. 331-332, 467, tom III str. 123-124, 130-131, 136)

2.7. Dane rejestrowane w systemie informatycznym Szpitala nie pozwoliły na określenie czasu uzyskania przez pacjentów kontaktu z lekarzem w odniesieniu do nadanej kategorii pilności.

Średni czas przebywania pacjenta (25 497 pobytów) liczony od momentu jego rejestracji do czasu zlecenia pierwszego badania obrazowego lub konsultacji dla pięciu kategorii pilności (od czerwonej do niebieskiej) w latach 2023-2025 (do 30 kwietnia) wyniósł odpowiednio: 20 min. i 14 sek.; 22 min. i 3 sek.; 45 min. i 50 sek.; 56 min. i 11 sek. i 1 godz. 9 min i 46 sek.

⁵⁰ Np. analiza pobytu trwającego 62 godz. i 18 min. do czasu przeniesienia na inny oddział szpitalny, wykazała, że pacjent zarejestrowany 10 września 2023 r. o godz. 00:32, ostatnią konsultację na SOR przeszedł 11 września 2023 r. o godz. 21:07, a 12 września 2023 r. o godz. 14:50 został przyjęty na Oddział Chirurgii, tj. czas od ostatniej konsultacji do czasu przyjęcia na oddział wyniósł 17 godz. 43 min.

Średni czas oczekiwania pacjentów od zlecenia do wykonania badania TK wyniósł 37 min. i 24 sek.⁵¹ Analiza 320 wykonanych na zlecenie SOR badań TK⁵², wykazała, że 52 z nich przeprowadzono w porze nocnej, a średni czas oczekiwania pacjentów na to badanie wyniósł 26 min. i 39 sek. Za dnia czas ten był dłuższy i wyniósł 36 min. i 52 sek.

Badanie 92 pobyków pacjentów zakwalifikowanych do kategorii pilności *czerwony* o rozpoznaniu ICD-10: G45.9 oraz I61 do I64 wykazało, że 84 z nich zakończyło się skierowaniem na inny oddział szpitalny, pięć skierowaniem do innego szpitala, dwa brakiem podstaw do hospitalizacji, a jeden zgonem pacjenta. Średni czas przebywania pacjenta na SOR do czasu przyjęcia na inny oddział szpitalny wyniósł 1 godz. i 58 min., a jego mediana 1 godz. i 39 min. Badanie TK na zlecenie SOR wykonano u 91 z ww. pacjentów. Średni czas od rejestracji pacjenta do ich wykonania wyniósł 27 min. (mediana 31 min.).

(akta kontroli tom II str. 337-340, tom III str. 83 – plik 1; str. 112-113, 122, 135)

Szczegółowe badanie dokumentacji medycznej 12 pacjentów z ww. 84, których pobyt na SOR do czasu ich przyjęcia na inny oddział szpitalny trwał najdłużej (od 2 godz. i 59 min. od 8 godz. 22 min.) wykazało, że:

- czas zlecenia pierwszego badania diagnostycznego lub konsultacyjnego wyniósł średnio 18 min. i 30 sek. (od 3 do 36 min);
- badanie TK wykonano w średnim czasie od jego zlecenia wynoszącym 22 min. i 5 sek. (od 6 do 48 min.);
- średni czas od zlecenia badań laboratoryjnych do otrzymania przez lekarza wyników wyniósł 1 godz. 3 min. i 24 sek. (od 38 min do 1 godz. i 52 min.);
- w trzech przypadkach zlecenie badań laboratoryjnych nastąpiło w porze nocnej⁵³;
- w ośmiu z 12 przypadków po diagnostyce na oddziale szpitalnym dokonano zmiany rozpoznania ICD-10.

(akta kontroli tom III str. 5-33, 114-121)

Szczegółowe badanie dokumentacji medycznej 15 pacjentów niewymagających hospitalizacji, których pobyt na SOR do czasu wypisu trwał najdłużej (od 11 godz. i 46 min. do 135 godz. i 35 min.) wykazało, że:

- czas zlecenia pierwszego badania diagnostycznego lub konsultacyjnego wyniósł średnio 34 min. i 12 sek. (od 15 min. do 1 godz. i 2 min.);
- badanie TK zlecono dziewięciu pacjentom i wykonano je w średnim czasie od jego zlecenia wynoszącym 37 min. (od 7 min do 1 godz. i 15 min.);
- średni czas od zlecenia badań laboratoryjnych do otrzymania przez lekarza wyników wyniósł 1 godz. 14 min. i 53 sek. (od 37 min. do 4 godz. i 3 min.);
- w jednym przypadku zlecenie badań laboratoryjnych nastąpiło w porze nocnej⁵⁴;
- w celu diagnostyki przeprowadzono następujące konsultacje: internistyczną i kardiologiczną w przypadku pięciu pacjentów; neurologiczną w przypadku siedmiu pacjentów; chirurgiczną oraz ortopedyczną w przypadku dwóch pacjentów.

⁵¹ Obliczono dla 11 334 pobyków pacjentów, którym wykonano badanie TK.

⁵² 1-2 lipca 2023 r.; 1-7 lipca 2024 r. oraz 1-5 stycznia; 1-2 lutego; 1-2 marca; 1-6 kwietnia 2025 r.

⁵³ Tj. 28 stycznia 2023 r. o godz. 04:14; 5 stycznia 2023 r. o godz. 03:15; 5 sierpnia 2024 r. o godz. 00:17;.

⁵⁴ Tj. 1 grudnia 2024 r. o godz. 22:47.

Badanie NIK wykazało, że w przypadku dwóch pacjentów rzeczywisty czas pobytu był krótszy, niż wynikało to z danych pobranych z systemu (pacjenci zostali wytypowani do badania z powodu pobytu na SOR odpowiednio 1534 godz. i 38 min. oraz 743 godz. i 33 min.) i wyniósł odpowiednio 11 godz. i 46 min. oraz 3 godz. i 56 min. Z opisu w epikryzie wynikało, że o przedłużonym pobycie pacjentów na SOR decydowały przede wszystkim względy medyczne, ale również społeczne. W ww. grupie znalazły się trzy osoby bezdomne, którym po zaopatrzeniu medycznym uzgodniono miejsce w noclegowni lub w schronisku; jedna osoba wymagała stałej opieki, dla której uzgodniono miejsce w domu opieki społecznej oraz jedna osoba, która doświadczyła przemocy domowej.

(akta kontroli tom III str. 34-80, 114-121)

2.8. W latach 2023-2025 (do 30 kwietnia), wśród pacjentów przekazanych na SOR przez ZRM, 4020 zostało skierowanych do innych oddziałów Szpitala, a 841 do innego szpitala.

(akta kontroli tom II str. 332, 348-350)

2.9. W okresie objętym kontrolą ZRM-y raportowały do Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego łącznie 145 przypadków odmowy przyjęcia pacjenta na SOR. Wskazane przez ZRM przyczyny odmowy przyjęcia 20 pacjentów, które miały miejsce w okresie od 13 stycznia do 24 marca 2025 r., znalazły odzwierciedlenie w Księdze przyjęć chorych i odmów w izbie przyjęć (SOR) lub w karcie medycznych czynności. W czterech przypadkach przyczyną odmowy była awaria sprzętu (TK, aparat do gazometrii, laboratorium), w trzech powodem był brak miejsc na oddziałach, w pozostałych pojedynczych przypadkach pacjent wymagał: oceny toksykologicznej, zapewnienia diagnostyki pulmonologicznej (lekarz złożył wyjaśnienia w tej sprawie do NFZ), izolacji (na SOR przebywał w tym czasie inny pacjent wymagający izolacji), pilnej konsultacji psychiatrycznej, trombektomii, a w jednym przypadku nie doszło do odmowy, gdyż pacjent został przyjęty na Oddział Chirurgii. Czterech z 20 pacjentów zostało przyjętych na inny oddział Szpitala, pozostali zostali przetransportowani do innych szpitali, w tym: trzech do Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 1 w Lublinie; ośmiu do Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 4 w Lublinie; czterech do Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. S. Kardynała Wyszyńskiego w Lublinie, a jeden do Szpitala Neuropsychiatrycznego im. Prof. Mieczysława Kaczyńskiego w Lublinie.

(akta kontroli tom I str. 19-21, 145-146, tom II str. 335, 362, 378-379, 408-410)

2.10. W okresie objętym kontrolą NFZ nie nałożył na Szpital MSWiA kar umownych z tytułu nieprawidłowej realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie funkcjonowania SOR.

(akta kontroli tom I str. 22, 116-124)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Nieokreślenie w okresie od 14 czerwca 2024 r. do 11 lipca 2025 r. w *Regulaminie organizacyjnym* Szpitala stanowiącym załącznik nr 1 do obwieszczenia nr 2/2022 Dyrektora Szpitala MSWiA w Lublinie z dnia 31 maja 2022 r. maksymalnego czasu na podjęcie decyzji przez lekarza dyżurnego SOR o skierowaniu pacjenta na leczenie do oddziałów szpitalnych lub odmowie przyjęcia do oddziału osoby niebędącej w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego oraz przez lekarza oddziału o przyjęciu pacjenta na oddział, co było

niezgodne z § 13 ust. 1 lit. a-b rozporządzenia ws. SOR. Przedmiotowe informacje zostały wykreślone z *Regulaminu organizacyjnego* zarządzeniem wewnętrznym nr 38/2014 Dyrektora Szpitala z 14 czerwca 2024 r., które weszło w życie z dniem podpisania. Ww. informacje nie zostały również wywieszone na tablicy ogłoszeń w obszarze segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć, do czego Szpital był zobowiązany na podstawie § 13 ust. 2 rozporządzenia ws. SOR.

Dyrektor wyjaśnił, że skreślenie ww. informacji wynikało z zaleceń zawartych w piśmie Departamentu Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 14 marca 2024 r.⁵⁵, w którym została wydana taka rekomendacja. W związku z powyższym, w celu dostosowania *Regulaminu* do aktualnych wytycznych podmiotu tworzącego, wskazane zapisy zostały usunięte. Dyrektor podkreślił, że wytyczne podmiotu tworzącego są dla niego wiążące i dlatego takie zmiany zostały wprowadzone. Jednocześnie poinformował, że przedmiotowe kwestie pozostają uregulowane w wewnętrznej procedurze funkcjonowania SOR nr PJ41/PL, która cały czas obowiązuje. Dodatkowo, w celu dostosowania *Regulaminu organizacyjnego* do obowiązujących przepisów, planowane jest przedstawienie zagadnienia podczas posiedzenia Rady Społecznej, gdzie po uzyskaniu pozytywnej opinii, przedmiotowe zapisy zostaną przywrócone w treści *Regulaminu organizacyjnego*.

W dniu 11 lipca 2025 r. Dyrektor wydał zarządzenie wewnętrzne nr 31/2025, w którym dokonał zmian w *Regulaminie organizacyjnym* Szpitala przywracając w § 71 ust. 3 ww. regulaminu zapisy o ustalonych czasach na podjęcie przez lekarzy decyzji o dalszym postępowaniu z pacjentem. Ww. informacja została także zamieszczona na tablicy ogłoszeń w obszarze segregacji medycznej pacjentów, rejestracji i przyjęć SOR.

Z uwagi na usunięcie nieprawidłowości w trakcie czynności kontrolnych, NIK odstępuje od sformułowania wniosku pokontrolnego w tym zakresie.

(akta kontroli tom I str. 167, 488, 518-525, tom II str. 456-466, tom III str. 83 –
plik 11, 142-151, str. 144-145)

2. Nieprzekazanie WKRM za pomocą systemu informatycznego informacji o liczbie wolnych łóżek według stanu na godz. 8:00 w dniach 21, 23-24 maja 2025 r. w Oddziale Otolaryngologii. Uprawnienie WKRM do uzyskania takich danych wynika z § 1 pkt 1 lit. d) i e) rozporządzenia Ministra Zdrowia z 16 sierpnia 2018 r. w sprawie szczegółowego zakresu zadań wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego.

Ordynator OL wyjaśnił, że niezareportowanie o liczbie dostępnych miejsc w ww. okresie wynikało z przyczyn organizacyjnych. W godz. 7:30-8:30 praca w oddziale jest najbardziej intensywna: następują przyjęcia i wypisy pacjentów; obchód oraz przygotowanie pacjentów do operacji. Liczba pacjentów na oddziale jest odzwierciedlona w systemie informatycznym (data i godzina przyjęcia oraz wypisu pacjentów).

(akta kontroli tom I str. 147-163, tom II str. 428-455, tom III str. 108-111, 126)

3. Nieokreślenie w okresie od 1 stycznia 2023 r. do 25 marca 2025 r. z zachowaniem formy pisemnej liczby łóżek w poszczególnych oddziałach przeznaczonych na potrzeby pacjentów w stanie nagłego zagrożenia

⁵⁵ Znak: DZ-WN.01225.8.1.2024.

zdrowotnego. Zgodnie z § 13 ust. 3 rozporządzenia ws. SOR, obowiązującym od 1 lipca 2019 r., ww. liczba łóżek jest ustalana przez kierownika podmiotu wykonującego działalność leczniczą prowadzącego szpital, po zasięgnięciu opinii ordynatorów oddziałów tych jednostek (lekarzy kierujących oddziałami), i podawana do wiadomości ordynatorów oddziałów jednostek (lekarzy kierujących oddziałami) oraz lekarza dyżurnego oddziału. Udokumentowanie tego faktu umożliwiłoby monitorowanie i nadzorowanie oraz egzekwowanie realizacji tego obowiązku.

Dyrektor wyjaśnił, że po przeprowadzeniu analizy w marcu 2025 r. dla potrzeb odpowiedzi na pismo z 17 marca 2025 r. z Lubelskiego Urzędu Wojewódzkiego określono w oddziałach szpitalnych sześć miejsc dla pacjentów w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego w tym dwa na OK, dwa na OAiT oraz dwa na OCh. O ww. ustaleniach zostali poinformowani lekarze kierujący oddziałami na odprawie z Dyrekcją Szpitala 25 marca 2025 r. (nie sporządzono protokołu z tego spotkania). Informacja o ilości zabezpieczonych miejsc w oddziałach szpitalnych, na potrzeby pacjentów z SOR oraz ewentualnych zmianach w tym zakresie wynikających z bieżącego zapotrzebowania, przekazywana była do wiadomości lekarzy kierujących oddziałami. Dyrektor dodał również, że mając na uwadze optymalizację działań w tym zakresie, rozważa sformalizowanie sposobu przekazywania przedmiotowych informacji.

(akta kontroli tom I str. 23-62, 518-525, tom III str. 83 – plik 11, 142-151, str. 136, 138-141)

4. Nieoznaczenie w systemie TOPSOR kategorii pilności dla 2073 (15,6%) udzielonych w 2023 r. świadczeń, co było niezgodne z § 6 ust. 9 rozporządzenia ws. SOR, według którego w wyniku przeprowadzonej segregacji medycznej, pacjent przydzielany jest do jednej z pięciu kategorii zróżnicowanych pod względem stopnia pilności udzielania mu świadczeń zdrowotnych.

Dyrektor wyjaśnił, że brak kategorii pilności w systemie wynika z niedokonania przez pracowników pełniących dyżur w obszarze rejestracji kliknięcia w pole koloru kategorii. Działanie miało charakter niezawiniony. Zostało to zauważone przez Dział Statystyki przy rozliczeniach rocznych. System informatyczny nie informował o braku nadania kategorii pilności i pozwalał na dalsze procedowanie. Z początkiem 2024 r. zmieniono ustawienia, które uniemożliwiają rejestrację pacjenta, w przypadku pominięcia tego etapu.

Z uwagi na usunięcie nieprawidłowości przed rozpoczęciem kontroli, NIK odstępuje od sformułowania wniosku pokontrolnego w tym zakresie.

(akta kontroli tom II str. 331, 335, 362; tom III str. 83 – plik 1)

OCENA CZĄSTKOWA

Szpital zapewnił niezbędną pomoc medyczną osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Czas pracy personelu medycznego nie przekraczał dopuszczalnych norm. Pracownikom zapewniono wymagany odpoczynek pomiędzy okresami udzielania świadczeń, które każdorazowo nie przekraczały 24 godzin. Zasady te stosowano również w przypadku personelu zatrudnionego na podstawie umów cywilnoprawnych, choć stwierdzono trzy przypadki skierowania ratowników medycznych zatrudnionych w tej formie na dyżur w zespole karetki specjalistycznej, który był organizowany poza systemem. Segregacji medycznej pacjentów dokonywały osoby uprawnione. W Szpitalu określono czas na podjęcie decyzji przez lekarzy odnośnie dalszego sposobu

postępowania z pacjentem w *Procedurze przyjęcia pacjenta do szpitala w trybie nagłym* oraz w *Regulaminie organizacyjnym*, choć w tym drugim zapis ten pozostawał wykreślony przez 13 miesięcy okresu objętego kontrolą. W innych oddziałach szpitalnych przewidziano sześć miejsc dla osób znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego dopiero od marca 2025 r. Monitorowano i podejmowano działania w celu realizacji parametrów czasu podjęcia decyzji przez lekarzy. Najdłuższe pobyty na SOR do czasu wypisu (15 przypadków) lub przyjęcia na inny oddział szpitalny (12) były uzasadnione względami medycznymi bądź społecznymi. Przy udzielaniu świadczeń na SOR zachowywano kolejność związaną z nadaną kategorią pilności oraz priorytetowo udzielano pomocy medycznej pacjentom przywiezionym przez ZRM. Zlecone badania laboratoryjne i obrazowe wykonywano niezwłocznie w zależności od ustalonej kategorii pilności. W okresie objętym kontrolą NFZ nie nałożył na Szpital kar umownych z tytułu nieprawidłowej realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie funkcjonowania SOR.

IV. Uwagi i wnioski

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

Uwagi	Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag.
Wnioski	1. Terminowe przekazywanie do SEZOZ wymaganych informacji o wyrobach medycznych wykorzystywanych na SOR. 2. Wdrożenie zaleceń standardu rachunku kosztów w pełnym zakresie, umożliwiającym rzetelne ustalenie wyniku finansowego SOR. 3. Zorganizowanie pracy w OL w sposób umożliwiający zapewnienie realizacji obowiązku przekazywania WKRM informacji o aktualnie wolnych łóżkach. 4. Dokumentowanie procesu ustalania liczby łóżek dla osób znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego oraz przekazywania tej informacji lekarzom ordynatorom/kierującym oddziałem w celu zapewnienia realizacji tego obowiązku.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia zastrzeżeń	Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Delegatury NIK w Lublinie. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.
-----------------------------	--

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania
uwag i wykonania
wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

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

Lublin, 5 sierpnia 2025 r.

Kontroler

Małgorzata Kosińska
Główny specjalista kontroli
państwowej

/podpisano elektronicznie/

Dyrektor

**Delegatury Najwyższej Izby
Kontroli w Lublinie**

z up.
Rafał Padrak

Wicedyrektor

/podpisano elektronicznie/