



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Szczecinie

LSZ.410.026.01.2019

Pan
Roman Pałka
Dyrektor
Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego
w Szczecinie
ul. Mieszka I 33
70-011 Szczecin

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/19/105 – Funkcjonowanie systemu ratownictwa medycznego

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego (ul. Mieszka I 33,70-011 Szczecin) ¹ .
Kierownik jednostki kontrolowanej	Roman Pałka, dyrektor Pogotowia od 1.05.1997 r. ²
Zakres przedmiotowy kontroli	Przygotowanie i realizacja Państwowego Ratownictwa Medycznego przez dysponentów zespołów ratownictwa medycznego.
Okres objęty kontrolą	Od 1 stycznia 2018 r. do 18 grudnia 2019 r., z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Artykuł 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ³ .
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Szczecinie ⁴
Kontroler	Bogumiła Mędrzak, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LSZ/186/2019 z 22.10.2019 r.

(akta kontroli str. 1-2)

II. Ocena ogólna⁵ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych w rodzaju ratownictwo medyczne była zgodna z Planem działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne dla województwa zachodniopomorskiego⁶ i warunkami określonym w umowie zawartej z Zachodniopomorskim Oddziałem Narodowego Funduszu Zdrowia⁷. Pogotowie dysponowało kadrą medyczną oraz specjalistycznymi środkami transportu sanitarnego, spełniającymi wymagane normy techniczne i jakościowe (w tym 42% rezerwowych). Dyspozytornia medyczna w Szczecinie została wyposażona i zorganizowana zgodnie z wymogami określonymi w § 2 i § 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 października 2018 r. w sprawie organizacji dyspozytorni medycznej⁸ w związku z art. 25b ust. 6 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym⁹. Pogotowie opracowało wewnętrzne procedury postępowania dotyczące m.in. zlecenia wyjazdów, realizacji usług ratownictwa medycznego i prowadzenia dokumentacji medycznej. Wdrożyło wytyczne i dobre praktyki opracowane przez Ministerstwo Zdrowia¹⁰.

Pogotowie, jako dysponent zespołów ratownictwa medycznego¹¹, zabezpieczyło realizację świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne na terenie województwa zachodniopomorskiego. Skład osobowy wszystkich objętych badaniem zespołów ratownictwa medycznego¹² był zgodny z art. 36 ustawy o PRM.

¹ Dalej: Pogotowie.

² Dalej: dyrektor.

³ Dz. U. z 2019 r. poz.489 ze zm. Dalej: ustawa o NIK.

⁴ Dalej: NIK.

⁵ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną, jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej. W niniejszym wystąpieniu pokontrolnym zastosowano ocenę opisową.

⁶ Dalej: wojewódzki plan działania.

⁷ Dalej: ZOW NFZ.

⁸ Dz. U. z 2018 r. poz. 2001. Dalej: rozporządzenie w sprawie organizacji dyspozytorni.

⁹ Dz. U. z 2019 r. poz. 993, ze zm. Dalej: ustawa o PRM.

¹⁰ Dotyczące: obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień kierowanych do dyspozytorni medycznej; postępowania dyspozytorów medycznych z pacjentem z podejrzeniem udaru mózgu oraz leczenia bólu dzieci i dorosłych.

¹¹ Zgodnie z art. 32 ustawy PRM jednostkami systemu są zespoły ratownictwa medycznego, w tym lotnicze zespoły ratownictwa, wchodzące w skład podmiotu leczniczego.

¹² Badaniem objęto 50 wybranych losowo kart zleceń wyjazdów realizowanych w październiku 2019 r., tj. po 25 wyjazdów zespołów specjalistycznych i podstawowych.

Wszystkie objęte badaniem zespoły ratownictwa medycznego¹³ były wykorzystywane do wykonywania zadań dotyczących ratownictwa medycznego.

Pogotowie podejmowało zadania przypisane dysponentowi, jako administratorowi Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego¹⁴, w § 9 ust. 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 lipca 2019 r. w sprawie Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego¹⁵. Dokumentacja medyczna¹⁶ była prowadzona zgodnie z wymogami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania¹⁷.

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły:

- nieprawidłowego logowania statusu kierownika zespołu przez jedną osobę z 18 pełniących funkcję kierownika zespołu¹⁸, która nie posiadała wymaganego doświadczenia w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zespole ratownictwa medycznego, lotniczym zespole ratownictwa medycznego lub szpitalnym oddziale ratunkowym, w wymiarze 5 000 godzin w okresie ostatnich pięciu lat, co stanowiło naruszenie art. 36 ust. 5 ustawy o PRM;
- nieprawidłowego logowania statusu członków zespołu w 20 z 50 objętych badaniem kartach zlecenia wyjazdu (40%)¹⁹ stanowiących dokumentację medyczną, zgodnie z § 47 ust.1 pkt 2 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej;
- przekroczenia w latach 2017-2018 maksymalnych czasów dotarcia zespołów ratownictwa medycznego²⁰ na miejsce zdarzenia, określonych w art. 24 ust. 1 pkt 3 ustawy o PRM.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

OBSZAR

Dysponenci zespołów ratownictwa medycznego

Opis stanu faktycznego

Pogotowie było samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej, utworzonym przez Zarząd Województwa Zachodniopomorskiego, zgodnie z wymogiem określonym w art. 32 ust. 1 pkt 2 ustawy o PRM. (akta kontroli str. 5)

W okresie od 1.01.2018 r. do 31.03.2019 r. Pogotowie zabezpieczyło realizację świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne w siedmiu rejonach operacyjnych²¹ na terenie województwa zachodniopomorskiego. Pogotowie zapewniło działania dwóch dyspozytorni medycznych w Szczecinie i Kołobrzegu. Świadczenia realizowało 79 zespołów ratownictwa medycznego²².

Od 1.04.2019 r. Pogotowie (wraz z trzema podwykonawcami²³) zabezpieczyło realizację świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne na terenie całego województwa zachodniopomorskiego w dwóch rejonach operacyjnych (Zachodnim i Wschodnim). Pogotowie zapewniło działania dwóch dyspozytorni medycznej (w Szczecinie i Kołobrzegu). Świadczenia realizowało przez

¹³ We wszystkich 100 objętych badaniem kartach zleceń wyjazdów realizowanych w sierpniu 2019 r. (wybranych losowo).

¹⁴ Dalej: SWD PRM.

¹⁵ Dz. U. poz. 1310. Dalej: rozporządzenie w sprawie SWD PRM.

¹⁶ Tj. 100 objętych badaniem kartach zleceń wyjazdów i kart medycznych czynności ratunkowych oraz odpowiadające im wpisy w księdze dysponenta (w sierpniu 2019 r.).

¹⁷ Dz. U. z 2015 r. poz. 2069. Dalej: rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej.

¹⁸ Z 25 objętych badaniem kart zlecenia wyjazdu podstawowego zespołu ratownictwa medycznego (realizowanych w październiku 2019 r.) – siedem z 25 osób będących kierownikiem zespołu było kierownikiem w więcej niż jednym zespole.

¹⁹ Realizowanych w październiku 2019 r.

²⁰ Tj. ponad piętnastominutowego czas dotarcia – w miastach powyżej 10 tys. mieszkańców, który dotyczył w 2017 r. 749 wyjazdów (co odpowiadało 0,8% wyjazdów ogółem), w 2018 r. – 370 (0,4%) i w 2019 r. (do 30.09.) – 216 (0,3%) oraz ponad dwudziestominutowego – poza miastami powyżej 10 tys. mieszkańców, który dotyczył w 2017 r. 1 211 wyjazdów (co odpowiadało 2,8% wyjazdów ogółem), w 2018 r. – 813 (1,6%) i w 2019 r. (do 31.10.) – 435 (1,1%).

²¹ To rejon działania dyspozytorni medycznej, określony w wojewódzkim planie działania systemu.

²² 65 podstawowych i 14 specjalistycznych.

²³ Na podstawie umów o podwykonawstwo.

89 zespołów²⁴. Podwykonawcy zobowiązali byli do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne na obszarze 14 miejscowości.

Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne, zawarta z ZOW NFZ (z 28.03.2019 r.)²⁵ była zgodna z warunkami określonymi w wojewódzkim planie działania (z 9.08.2019 r.). Organizacja udzielania ww. świadczeń przez Pogotowie była zgodna z warunkami ww. umowy i wojewódzkim planem działania zatwierdzonym przez Ministra Zdrowia.

(akta kontroli str. 101-113, 126-135)

Wartość umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju ratownictwo medyczne wynosiła: w 2018 r. – 99 183,1 tys. zł²⁶; od 1.01. do 31.03.2019 r. – 25 064,6 tys. zł²⁷; a od 1.04. do 31.12.2019 r. (wg stanu na 31.10.2019 r.) – 88 236,6 tys. zł²⁸.

Wartość (ryczałt) świadczeń udzielnych przez podstawowe i specjalistyczne zespoły była zróżnicowana. Wartość świadczeń udzielnych przez podstawowe zespoły wynosiła w 2018 r. i I kwartale 2019 r. – od 2 947,36 zł²⁹ do 3 399,88 zł³⁰, a od 1.04.2019 r. – 3 152,42 zł. Wartość (ryczałt) świadczeń udzielnych przez specjalistyczne zespoły wynosiła w 2018 r. i w I kwartale 2019 r. – od 3 929,82 zł³¹ do 4 382,34 zł³², a od 1.04.2019 r. – 4 203,81 zł. W I kwartale 2019 r. wartość świadczeń udzielnych przez specjalistyczne zespoły w rejonie operacyjnym Szczecińsko-Kamieńskim wzrosła o 36 zł (0,9%) w odniesieniu do 2018 r.

(akta kontroli str. 114-121)

Zbigniew Michalczuk - zastępca dyrektora³³ wyjaśnił m.in.: (...) *Wyższe stawki obowiązywały w rejonach (...), w których funkcjonowały dyspozytornie medyczne, tj. w Szczecinie i Kołobrzegu. Środki finansowe wynikające z różnicy w stosunku do pozostałych rejonów operacyjnych przeznaczone były na funkcjonowanie dyspozytorni medycznych (...). (...) wartość świadczeń (...) w rejonie operacyjnym 32/01 (Szczecińsko-Kamieńskim) określił ZOW NFZ.*

(akta kontroli str. 351-352)

W okresie od 1.04. do 31.10.2019 r. zgłoszono do ZOW NFZ pięć zmian dotyczących potencjału wykonawczego przeznaczonego do realizacji umowy. Dane o potencjale wykonawczym były na bieżąco zgłaszane dyrektorowi ZOW NFZ.

(akta kontroli str. 123-124)

Pogotowie zawarło umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń medycznych.

(akta kontroli str. 122)

2. Pogotowie opracowało i wdrożyło wewnętrzne procedury postępowania w zakresie zlecenia wyjazdów zespołom ratownictwa medycznego, realizacji usług ratownictwa medycznego oraz prowadzenia dokumentacji medycznej³⁴. W Pogotowiu wprowadzono opracowane przez Ministra Zdrowia³⁵:

²⁴ 73 podstawowych i 16 specjalistycznych.

²⁵ Nr 16-00-00380-19-03/09-02-11-001.

²⁶ Z tego: 69 255,2 tys. zł na świadczenia udzielane przez podstawowe zespoły, 21 233,9 tys. zł – przez specjalistyczne i 8 694 tys. zł na wypłatę dodatków do wynagrodzeń ratowników medycznych i pielęgniarek systemu.

²⁷ Z tego: 16 819,7 tys. zł na świadczenia udzielane przez podstawowe zespoły, 5 269,1 tys. zł – przez specjalistyczne i 2 975,8 tys. zł na wypłatę dodatków do wynagrodzeń ratowników medycznych i pielęgniarek systemu.

²⁸ Z tego: 58 907,6 tys. zł na świadczenia udzielane przez podstawowe zespoły, 18 496,8 tys. zł – przez specjalistyczne i 10 832,2 tys. zł na wypłatę dodatków do wynagrodzeń ratowników medycznych, dyspozytorów medycznych i pielęgniarek systemu

²⁹ Dla pięciu rejonów: Gryfińsko-Stargardzkiego, Choszczeńskiego, Drawsko-Waleckiego, Świdwińskiego i Białogardzkiego.

³⁰ Dla rejonu Łobesko-Koszalińskiego.

³¹ Dla trzech rejonów: Gryfińsko-Stargardzkiego, Drawsko-Waleckiego, Świdwińskiego.

³² Dla rejonu Łobesko-Koszalińskiego.

³³ Od 20.08.2014 r.

³⁴ M.in.: 11.04.2017 r. – procedurę pn. „Realizacja zgłoszeń (...); 11.04.2017 r. – „Przyjęcie zgłoszenia i przekazania do realizacji”; 11.04.2017 r. – „Rozpoczęcie i zakończenie dyżuru (...); 11.02.2013 r. „Dobowy wykaz zleceń”; 15.06.2018 r. –

- „Wytyczne do obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach kierowanych do dyspozytorni medycznej w SWD PRM” – 7.08.2017 r.³⁶;
- „Dobre praktyki postępowania dyspozytorów medycznych z pacjentem z podejrzeniem udaru mózgu” wraz z wprowadzoną zmianą od 6.09.2019 r. dotyczącą postępowanie dyspozytora w zakresie przyjmowania zgłoszeń i dysponowania zespołów ratownictwa medycznego³⁷ (20.02.2018 r., zaktualizowano 20.09.2019 r.);
- „Dobre praktyki leczenia bólu – dzieci oraz dorosłych w podstawowych i specjalistycznych zespołach ratownictwa medycznego” (15.07.2019 r.);
- „Dobre praktyki postępowania w szpitalnych oddziałach ratunkowych i w izbach przyjęć”, w części dotyczącej zespołów ratownictwa medycznego, z tego:
 - standardy postępowania zespołów ratownictwa medycznego i kierującego akcją medyczną (obejmujące m.in.: zasady ustalania kolejności udzielania pomocy poszczególnym osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego – segregacji medycznej, ich transportu i udzielania wsparcia psychicznego tym osobom)³⁸;
 - procedurę postępowania w przypadku zbyt długiego czasu oczekiwania na przekazanie pacjenta przez zespół ratownictwa medycznego do szpitalnego oddziału ratunkowego³⁹/izby przyjęć.

W opracowanych przez Ministerstwo Zdrowia „Dobrych praktykach postępowania w szpitalnych oddziałach ratunkowych i w izbach przyjęć” w części dotyczącej zespołów ratownictwa medycznego, zalecano wprowadzenie ewidencji czasu: przyjazdu na podjazd SOR/izby przyjęć i przekazanie pacjenta do SOR/izby przyjęć. Ww. ewidencja miała pozwolić na analizę przypadków wydłużonego czasu oczekiwania na przekazanie pacjenta w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego przez zespoły ratownictwa medycznego do SOR/izby przyjęć. W Pogotowiu ewidencjonowano w karcie medycznej pacjenta czas przyjazdu do SOR⁴⁰. Pogotowie nie prowadziło ewidencji czasu przyjazdu zespołu ratownictwa medycznego na podjazd SOR/izby przyjęć.

(akta kontroli str. 46-51, 57-100)

Dyrektor wyjaśnił m.in.: *Nie mamy możliwości wprowadzenia ewidencji czasu przyjazdu na podjazd do SOR/izby przyjęć w karcie medycznej czynności ratunkowych. Karta (...) jest dokumentem medycznym obowiązującym zgodnie z przepisami prawa, więc nie możemy samodzielnie dokonywać zmian i wprowadzać korekt ani prowadzić odrębnej dokumentacji, jako dodatek do karty (...).*

(akta kontroli str. 290, 292)

Pogotowie opracowało i wdrożyło wewnętrzną procedurę dotyczącą przypadków wydłużonego (ponad 10-minutowego) oczekiwania na przyjęcie pacjenta do SOR/izby przyjęć (tj. zaleceniem dyrektora z 23.07.2011 r., zaktualizowanym poleceniem dyrektora Nr 7/2019 – „Procedura postępowania w sytuacji zbyt długiego oczekiwania zespołów na przekazanie pacjenta do SOR/izby przyjęć”)⁴¹.

³⁵ „Procedura postępowania w sytuacji braku obsady w zespołach S (...)”; 30.06.2017 r. – „Procedura postępowanie w sytuacji braku obsady w zespołach P (...)”; 11.04.2017 r. - „Przyjęcia zgłoszenia i przekazania do realizacji”; 11.04.2017 r. - „Realizacja zgłoszenia”; 11.02.2013 r. - „Przygotowanie zespołu (...) – zgłoszenie gotowości do wyjazdu”.

³⁶ Przekazane przez Wojewodę Zachodniopomorskiego.

³⁷ „Procedura postępowania na stanowisku dyspozytora ratownictwa medycznego z wykorzystaniem systemu SWD PRM w województwie zachodniopomorskim”.

³⁸ Określonego w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 19 sierpnia 2019 r. w sprawie ramowych procedur przyjmowania, obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach przez dyspozytora medycznego oraz dysponowania zespołami ratownictwa medycznego (Dz. U. poz. 1703).

³⁹ M.in.: polecenie służbowe nr 3/2018 r. dotyczące stosowania procedury postępowania na wypadek wystąpienia zdarzenia mnogiego/masowego z 1.03.2018 r.

⁴⁰ Dalej: SOR.

⁴¹ Określony w ww. dobrych praktykach Ministra Zdrowia.

⁴² Członkowie zespołu powinni odnotować w karcie medycznych czynności ratunkowych fakt przedłużonego czasu oczekiwania (i przyczyny) oraz powiadomić dyspozytora medycznego. Dyspozytor medyczny zobowiązany był poinformować

W latach 2018-2019 Pogotowie analizowało przypadki wydłużonego (ponad 10-minutowego) czasu oczekiwania na przekazanie pacjenta przez zespoły do SOR/izby przyjęć, w tym w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. W 2018 r. stwierdzono trzy takie przypadki (od 20 do 40 minut), a w 2019 r. – 29 (w tym 16 przypadków – od 20 do 135 minut). We wszystkich pięciu objętych badaniem przypadkach członkowie zespołów, dyspozytorzy medyczni i kierownicy dyspozytorni postępowali zgodnie z procedurą wewnętrzną dotyczącą postępowanie w sytuacji zbyt długiego oczekiwania zespołów na przyjęcie pacjenta do SOR/izby przyjęć. (akta kontroli str. 50-56, 481)

3. Według stanu na 31.10.2019 r. na terenie województwa zachodniopomorskiego świadczeń zdrowotnych udzielało 89 zespołów ratownictwa medycznego (w tym 73 podstawowych i 16 specjalistycznych) w 48 miejscach stacjonowania, z tego:

- 83 zespoły należące do Pogotowia (w tym 15 zespołów specjalistycznych i 68 – podstawowych) w 43 miejscach stacjonowania w rejonach operacyjnych: Zachodnim i Wschodnim,
- sześć zespołów należących do trzech podwykonawców (w tym jeden zespół specjalistyczny i pięć – podstawowych) w pięciu miejscach stacjonowania w rejonie Wschodnim.

Do wojewódzkiego planu działania Pogotowie zgłosiło dodatkowo pięć zespołów ratownictwa medycznego (jeden – specjalistyczny i cztery – podstawowe)⁴².

Wszystkie zespoły ratownictwa medycznego Pogotowia były wyposażone w specjalistyczne środki transportu sanitarnego (ambulanse), spełniające cechy techniczne i jakościowe określone w Polskich Normach (PN 1789), zgodnie z załącznikiem nr 3 do zarządzenie Nr 14/2019/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 7 lutego 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ratownictwo medyczne⁴³. Według stanu na 31.10.2019 r. Pogotowie posiadało 132 ambulanse, m.in:

- 76 ambulansów przeznaczonych do realizacji świadczeń w ramach umowy zawartej z ZOW NFZ;
- 32 ambulanse dodatkowe (rezerwowe) przeznaczone m.in. do realizacji świadczeń w ramach umowy zawartej z ZOW NFZ.

Ambulanse stanowiące rezerwę zostały ujęte w ewidencji środków trwałych i przypisane do następujących jednostek organizacyjnych (filii): Szczecin (10), Drawsko Pomorskie, Gryfice, Kamień Pomorski, Koszalin, Sławno (po dwa); Białogard, Chojna, Choszczno, Goleniów, Gryfino, Łobez, Nowogard, Międzyzdroje, Myślibórz, Stargard, Świnoujście, Wałcz (po jednym).

Pogotowie wykorzystywało do realizacji świadczeń ambulanse wyprodukowane w latach 2011-2018 (z tego z: 2011 r. – jeden⁴⁴, 2012 r. – jeden, 2013 r. – 12, 2014 r. – dziewięć, 2015 r. – 23, z lat 2016-2018⁴⁵ – po 10). Najmniejszy przebieg kilometrów ambulansu wynosił 13 687 km (z 2015 r.)⁴⁶, a największy – 70 032 km (z 2017 r.)⁴⁷.

Pogotowie prowadziło ewidencję kosztów eksploatacyjnych ambulansów (m.in. przeglądów technicznych, gwarancyjnych i napraw) wg ośrodków – miejsc ich

wojewódzkiego koordynatora medycznego o przypadku wydłużonego (ponad 10-minutowego) oczekiwania na przyjęcie pacjenta do SOR/izby przyjęć (w celu ustalenia sposobu postępowania) i odnotować fakt w raporcie dyspozytorskim. Kierownik dyspozytorni medycznej zobowiązany był sporządzić notatkę służbową i przekazać ją głównemu koordynatorowi medycznemu Pogotowia (w celu analizy przypadków odmów przyjęcia pacjentów do SOR/izby przyjęć oraz wydłużonego czasu oczekiwania na przyjęcie pacjenta do SOR/izby przyjęć).

⁴² Oraz dwa dodatkowe podstawowe zespoły ratownictwa medycznego należące do podwykonawców.

⁴³ Dz. Urz. NFZ z 2019 r. poz. 14 ze zm. Dalej: „zarządzenie Prezesa NFZ Nr 14/2019/DSM”.

⁴⁴ O przebiegu odpowiednio: 45 556 km (wg stanu na 29.10.2019 r.).

⁴⁵ O przebiegu od 15 750 km do 50 267 km (wg stanu na 29.10.2019 r.).

⁴⁶ Stacjonującego w filii Stargard.

⁴⁷ Stacjonującego w filii Gryfino.

stacjonowania (tj. filii). W okresie od 1.01. do 31.10.2019 r. najniższe koszty wynosiły łącznie 1,9 tys. zł (w filii Pyrzyce), a największe – 198,7 tys. zł (w filii Szczecin).

W okresie od 1.01. do 31.10.2019 r. Pogotowie zgłosiło do ZOW NFZ 184 awarii ambulansów oraz urządzeń do obsługi zgłoszeń (w tym 29 zgłoszeń odwołano z powodu usunięcia awarii). Zgłoszone awarie dotyczyły 61 zespołów, u których wystąpiły od jednej do 10 awarii łącznie ww. okresie. Pogotowie nie prowadziło ewidencji przerw ambulansów spowodowanych awariami technicznymi.

(akta kontroli str. 136-197, 352)

Zastępca dyrektora wyjaśnił m.in.: *W celu zapobieżenia przerwom w dyspozycyjności członków zespołu ratownictwa medycznego spowodowanych m.in. chorobami, urlopami (...), oprócz zatrudnienia w ramach umowy o pracę Pogotowie zatrudnia również ratowników medycznych i kierowców z uprawnieniami medycznymi w formie umów cywilno-prawnych. Są to osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje, zatrudnione w innych jednostkach służby zdrowia, policjanci, strażacy, czy żołnierze podejmujący w Pogotowiu dodatkowe zatrudnienie. Zarządzeniem dyrektora (...) wprowadzony został „Protokół przekazania ambulansu”, który reguluje przekazywanie ambulansu pomiędzy zdającymi i przyjmującymi dyżur oraz w przypadku wyłączenia z eksploatacji lub pobrania ambulansu rezerwowego. W filiach koordynator medyczny, z-ca kierownika lub kierownik na bieżąco weryfikują protokoły przekazania ambulansów. (...) Pogotowie posiada odpowiednią ilość ambulansów rezerwowych w miejscach stacjonowania zespołów (...). W przypadku awarii ambulansu podstawiany jest ambulans rezerwowy i przerwa w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej przez zespół (...) ograniczona jest czasem przełożenia sprzętu i aparatury medycznej do ambulansu rezerwowego.*

(akta kontroli str. 294, 352)

Dyrektor wyjaśnił, że *nie wystąpiły problemy z nabyciem ambulansów spełniających wymagane kryteria, określone w załączniku nr 3 do zarządzenia Prezesa NFZ Nr 14/2019/DSM.*

(akta kontroli str. 45)

4. Wyposażenie specjalistycznej karetki (ZO 101), objętej oględzinami w trakcie kontroli NIK⁴⁸, było zgodne z wymogami określonymi w zarządzeniu Prezesa NFZ Nr 14/2019/DSM oraz rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 kwietnia 2016 r. w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być podejmowane przez ratownika medycznego⁴⁹. Znajdowały się w niej m.in. urządzenia do przenoszenia pacjenta (m.in. nosze podbierające, materac próżniowy, długa deska stabilizująca kręgosłup); urządzenia do wentylacji (m.in. przenośny zbiornik tlenu, mechaniczne urządzenie do odsysania, stacjonarny pojemnik tlenu); urządzenia i wyroby medyczne do postępowania w nagłych stanach zagrożenia zdrowotnego (m.in. defibrylator z rejestratorem rytmu i danych pacjenta oraz kaniule do wkuć centralnych); wyroby do bandażowania i pielęgnacji (m.in. plastikowy pojemnik na mocz i zgłębnik żołądkowy z wyposażeniem); zestaw do cewnikowania pęcherza moczowego oraz zestaw do konikopunkcji⁵⁰. Karetka wyposażona była dodatkowo w urządzenie do mechanicznej kompresji klatki piersiowej, czujnik gazu, igły doszpikowe oraz moduł do defibrylatora do teletransmisji zapisów EKG do siedmiu ośrodków kardiologii

⁴⁸ W trakcie oględzin, przeprowadzonych 8.11.2019 r. przez kontrolera NIK, na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. c ustawy o NIK.

⁴⁹ Dz. U. z 2016 r. poz. 587, ze zm. – dalej: rozporządzenie w sprawie medycznych czynności ratunkowych.

⁵⁰ Zabieg polegający na (...) wprowadzenia kaniuli do światła tchawicy. Wskazania do wykonania zabiegu - niemożność udrożnienia dróg oddechowych w jakikolwiek inny sposób – http://www.ratownikmed.pl/czynności/czynności_droznosc_przyrzadowa_konikopunkcja.html.

inwazyjnej (w tym dwóch sąsiadujących z województwem zachodniopomorskim, tj. w Pile i Gorzowie Wielkopolskim).

Karetka wyposażona została w terminal mobilny wraz ze stacją dokującą i urządzeniem systemu nawigacji satelitarnej (do korzystania z SWD PRM) oraz drukarkę współpracującą z terminalem mobilnym i SWD PRM (drukującą na formacie A4), stosownie do wymogów określonych w § 10 ust. 3 rozporządzenia w sprawie SWD PRM.

Zgodnie z wykazem leków określonych w rozporządzeniu w sprawie medycznych czynności ratunkowych na wyposażeniu karetki były m.in. następujące leki: ibuprofenum, ketoprofenum, lidocaini hydrochloridum, mannitolum (15%), paracetamolum, salbutamolum oraz gliceroli trinitras w aerozolu. W kartce nie było leku gliceroli trinitras w formie tabletek.

(akta kontroli str. 262-272)

Dyrektor wyjaśnił m.in., że *brak leku o nazwie Gliceroli trinitras w formie podjęzykowej na wyposażeniu zespołu Z0101 wynika z braku na polskim rynku farmaceutycznym.*

(akta kontroli str. 290, 292, 301-302)

Pogotowie posiadało dodatkowo specjalistyczny sprzęt medyczny wykorzystywany do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej – ratownictwo medyczne, m.in: dwie ciepłarki dla noworodków i niemowlaków, dwa krzesła kardiologiczne z systemem płozowym, trzy szyny próżniowe do unieruchamiania złamanych kończyn (w rejonach operacyjnych: Zachodnim i Wschodnim) oraz transporter do przewożenia zakaźnie chorych i ambulans bariatryczny do transportu chorych z otyłością (w rejonie operacyjnym Zachodnim).

(akta kontroli str. 273)

5. Stanowisko pracy członków zespołu ratownictwa medycznego w miejscu stacjonowania ww. karetki⁵¹ (tj. w Szczecinie, przy ul. Wojska Polskiego) było wyposażone w trzy stacje robocze z monitorami umożliwiającymi korzystanie z SWD PRM oraz drukarkę, zgodnie z wymogami określonymi w § 10 ust. 2 rozporządzenia w sprawie SWD PRM.

(akta kontroli str. 262-267)

6. Badanie 100 kart zleceń wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego⁵² realizowanych w sierpniu 2019 r. (oraz w odpowiadających im wpisach w księdze dysponenta) wykazało, że wszystkie zgłoszenia dotyczyły wyjazdu ambulansów do wykonywania medycznych czynności ratunkowych. Nie stwierdzono przypadków wykorzystywania ambulansów do innych celów.

(akta kontroli str. 457-461)

7. W okresie od 01.01.2017 r. do 30.09.2019 r. świadczenia opieki zdrowotnej udzielało:

- w 2017 r. – 474 ratowników medycznych zatrudnionych na podstawie umowy o pracę i 479 – na podstawie umów zleceń lub kontraktów; 71 pielęgniarek/pielęgniarzy – na podstawie umowy o pracę i 30 – na podstawie innych umów; 10 lekarzy – na podstawie umowy o pracę i 135 – na podstawie innych umów;
- w 2018 r. – 473 ratowników medycznych zatrudnionych na podstawie umowy o pracę i 498 – na podstawie umów zleceń lub kontraktów; 64 pielęgniarek/pielęgniarzy – na podstawie umowy o pracę i 29 pielęgniarek/pielęgniarzy – na podstawie innych umów; 11 lekarzy – na podstawie umowy o pracę i 109 – na podstawie innych umów;

⁵¹ Tj. Miejsce oczekiwania zespołu ratownictwa medycznego i karetki na zadysponowanie – w trakcie oględzin przeprowadzonych 15.11.2019 r. przez kontrolera NIK, na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. c ustawy o NIK.

⁵² Wybranych w sposób losowy.

- w 2019 r. (w III kwartale) – 467 ratowników medycznych zatrudnionych na podstawie umowy o pracę i 583 – na podstawie innych umów zleceń lub kontraktów; 56 pielęgniarek/pielęgniarzy – na podstawie umowy o pracę i 27 – na podstawie innych umów; 10 lekarzy – na podstawie umowy o pracę i 107 – na podstawie innych umów.

(akta kontroli str. 198)

W zespołach ratownictwa medycznego świadczenia udzielało:

- w 2017 r. – 462 ratowników medycznych zatrudnionych na podstawie umowy o pracę i 478 – na podstawie umowy zlecenia lub kontraktu; 16 pielęgniarek/pielęgniarzy systemu – na podstawie umowy o pracę i osiem – na podstawie innych umów; dziewięciu lekarzy systemu – na podstawie umowy o pracę i 115 – na podstawie innych umów;
- w 2018 r. – 453 ratowników medycznych zatrudnionych na podstawie umowy o pracę i 497 ratowników medycznych – na podstawie umów zleceń lub kontraktów; 14 pielęgniarek/pielęgniarzy systemu – na podstawie umowy o pracę i dziewięć – na podstawie innych umów; 10 lekarzy systemu – na podstawie umowy o pracę i 104 – na podstawie innych umów;
- w 2019 r. (w III kwartale) – 443 ratowników medycznych zatrudnionych na podstawie umowy o pracę i 543 – na podstawie umów zleceń lub kontraktów; 11 pielęgniarek/pielęgniarzy systemu – na podstawie umowy o pracę i 12 – na podstawie innych umów; dziewięciu lekarzy systemu – na podstawie umowy o pracę i 99 – na podstawie innych umów.

(akta kontroli str. 199)

Według stanu na 31.10.2019 r. 10 lekarzy systemu, 10 pielęgniarek/pielęgniarzy systemu oraz 10 ratowników medycznych⁵³, posiadało wymagane kwalifikacje zawodowe, określone w art. 3 pkt 3 i 6 oraz art. 10 ustawy o PRM.

(akta kontroli str. 216-222)

Miesięczny czas pracy (od stycznia do października 2019 r.) 10 pielęgniarek/pielęgniarzy systemu wynosił:

- od 72 do 180 godzin – trzech osób zatrudnionych na podstawie umowy o pracę (w tym maksymalnie do: 168 i 180 godzin miesięcznie),
- od 12 do 336 godzin – siedmiu osób świadczących usługi na podstawie umowy zlecenia lub kontraktu (w tym maksymalnie do: 84, 96, 108, 145, 156, 170, 336 godzin miesięcznie).

Siedem z 10 ww. osób świadczyło pracę i usługi na dwóch stanowiskach, z tego:

- cztery osoby – na stanowiskach: dyspozytora medycznego (na podstawie umowy o pracę) oraz pielęgniarki/pielęgniacza systemu w zespołach ratownictwa medycznego (na podstawie umowy zlecenia/kontraktu) – łącznie miesięczny czas pracy na ww. stanowiskach wynosił od 96 do 315 godzin (w tym maksymalnie do: 241, 273, 300, 315 godzin);
- jedna osoba na stanowiskach: pielęgniarki/pielęgniacza systemu w zespołach ratownictwa medycznego (na podstawie umowy o pracę) oraz dyspozytora medycznego (na podstawie umowy zlecenia) – łącznie miesięczny czas pracy na ww. stanowiskach wynosił od 96 do 204 godzin;
- jedna osoba – na stanowiskach: pielęgniarki/pielęgniacza systemu w zespołach ratownictwa medycznego (na podstawie umowy o pracę) oraz pielęgniarki/pielęgniacza systemu w zespołach ratownictwa medycznego i kierowcy z uprawnieniami (na podstawie umowy zlecenia) – łącznie miesięczny czas pracy na ww. stanowiskach wynosił od 128 do 257 godzin;

⁵³ Objętych badaniem i wybranych w sposób losowy.

- jedna osoby – na stanowiskach: pielęgniarki/pielęgniarka systemu w zespołach ratownictwa medycznego i kierowcy z uprawnieniami (na podstawie umowy o pracę) oraz pielęgniarki/pielęgniarka systemu w zespołach ratownictwa medycznego (na podstawie umowy zlecenia) – łącznie miesięczny czas pracy na ww. stanowiskach wynosił od 144 do 362 godzin.

Pozostałe trzy osoby świadczyły usługi na jednym stanowisku, tj. pielęgniarki/pielęgniarka systemu na podstawie umów zlecenia lub kontraktu.

(akta kontroli str. 223-224)

Miesięczny czas pracy (od stycznia do października 2019 r.) 10 ratowników medycznych wynosił:

- od 60 do 204 godzin – pięciu osób zatrudnionych na podstawie umowy o pracę (w tym maksymalnie do: 156, 169, 180, 185, 204 godzin),
- od 12 do 266 godzin – pięciu osób świadczących usługi na podstawie umowy zlecenia/kontraktu (w tym maksymalnie do: 50, 96, 168, 193, 266 godzin).

Pięć z 10 ww. osób świadczyło pracę i usługi na dwóch stanowiskach, z tego:

- cztery osoby – na stanowiskach: ratownika medycznego (na podstawie umowy o pracę) oraz ratownika medycznego i kierowcy z uprawnieniami (na podstawie umowy zlecenia/kontraktu) – łącznie miesięczny czas pracy na ww. stanowiskach wynosił od 108 do 360 godzin (w tym maksymalnie do: 230, 264, 312 i 360 godzin);
- jedna osoba – na stanowiskach: ratownika medycznego i kierowcy z uprawnieniami (na podstawie umowy o pracę) oraz ratownika medycznego (na podstawie umowy zlecenia) – łącznie miesięczny czas pracy na ww. stanowiskach wynosił od 96 do 276 godzin.

Pozostałe pięć osób świadczyło usługi na jednym stanowisku, tj. ratownika medycznego lub ratownika medycznego i kierowcy z uprawnieniami na podstawie umów zlecenia lub kontraktu.

(akta kontroli str. 229-230)

W Pogotowiu przyjęto czteromiesięczny okres rozliczeniowy⁵⁴ czasu pracy pracowników zatrudnionych w zespołach ratownictwa medycznego i dyspozytorów medycznych (w wymiarze – siedmiu godzin i 35 minut na dobę, przeciętnie 37 godzin i 55 minut na tydzień w przeciętnym pięciodniowym tygodniu pracy) – zgodnie z art. 94 ust. 1 i ust. 2 w związku z art. 93 ust. 1-3 i ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁵⁵. Ośmiu pracowników zatrudnionych na podstawie umowy o pracę (z 20 objętych badaniem)⁵⁶ – nie przekroczyło wymiaru czasu określonego w art. 93 ust. 1 ww. ustawy w czteromiesięcznym okresie rozliczeniowym. Pozostałe 12 osób świadczyło usługi na podstawie umowy zlecenia lub kontraktu.

(akta kontroli str. 223, 225-229)

W Pogotowiu nie wprowadzono procedury wykluczającej udzielanie świadczeń zdrowotnych przez osoby będące w stanie przepracowania, tj. po wcześniejszym udzieleniu świadczeń medycznych dla innego podmiotu leczniczego.

(akta kontroli str. 46-49, 96-100, 486)

Dyrektor wyjaśnił m.in. *Czas pracy ratowników medycznych/pielęgniarek systemu to tzw. dyżury 12-godzinne, w wyjątkowych przypadkach dopuszcza się pracę 24-godzinną, po wyrażeniu zgody przez pracownika, z zachowaniem zasady 12-godzinnej pracy kierowcy (...) ratownik medyczny. Pogotowie (podobnie jak i inne jednostki związane ze służbą zdrowia) nie dysponuje danymi dotyczącymi średniej liczby godzin przepracowanych przez poszczególnych ratowników medycznych,*

⁵⁴ Tj. kalendarzowy.

⁵⁵ Dz. U. z 2018 r., poz. 2190 ze zm. Dalej: ustawa o działalności leczniczej.

⁵⁶ Tj. trzy osoby zatrudnione na stanowisku pielęgniarki/pielęgniarka systemu i pięć – na stanowisku ratowników medycznych.

uwzględniającymi wszystkie miejsca pracy. Nie dysponujemy narzędziami i uprawnieniami do gromadzenia takich danych. Ewidencja czasu pracy prowadzona jest dla wszystkich pracowników zatrudnionych (...) na umowę o pracę oraz na umowę cywilno prawną – zlecenie, kontrakt.

(akta kontroli str. 290, 292, 294)

Zastępca dyrektora wyjaśnił m.in.: Brak trzeciej osoby w zespole (...) nie prowadzi do pogorszenia rokowań pacjenta. W Pogotowiu w Szczecinie od 1997 roku tworzone były dwuosobowe zespoły ratownictwa medycznego. W czasie transportu pacjenta nie prowadzi się medycznych czynności ratunkowych. Ratownik w czasie transportu pacjenta prowadzi monitoring. W prowadzonej resuscytacji używany jest m.in. aparat do masażu klatki piersiowej (aparat ten jest „trzecim” ratownikiem w zespole). Jakość prowadzonej resuscytacji nie jest niższa od tej, która prowadzona by była w zespole trzyosobowym bez aparatury. Wszystkie zespoły (...) Pogotowia posiadają aparaty do masażu klatki piersiowej. W przypadku postępowania z pacjentem urazowym, czynności związane ze stabilizacją kręgosłupa wykonywane przez zespół dwuosobowy, nie muszą wydłużać czasu potrzebnego do zabezpieczenia pacjenta. Transport pacjentów z miejsca zdarzenia do ambulansu w sytuacjach trudnych (duża waga pacjenta, schody i temu podobne) wzmacniany jest poprzez wsparcie drugiego zespołu (...) ambulansu bariatrycznego lub straży pożarnej.

(akta kontroli str. 352)

Zgodnie z 15 ust. 1 pkt 1 ustawy o PRM jednostkami współpracującym z systemem są jednostki organizacyjne Państwowej Straży Pożarnej.

8. Badanie dokumentacji 10 ratowników medycznych, wykazało, że sześciu z nich przedstawiło dyrektorowi Pogotowia pisemne potwierdzenie zrealizowania obowiązku stałego aktualizowania wiedzy i umiejętności (doskonalenia zawodowego), o którym mowa w art. 12h ustawy o PRM. Kopie kart doskonalenia zawodowego ratowników medycznych (w tym zaświadczenia wydane przez właściwego wojewodę) potwierdzające realizację obowiązku stałego aktualizowania wiedzy i umiejętności załączone były do akt osobowych pracowników.

Trzech ratowników (wg stanu na 13.11.2019 r.) było w trakcie realizowania obowiązku doskonalenia zawodowego, z tego: dwóch w nowym okresie edukacyjnym (tj. od 25.01.2019 r. i 1.02.2019 r.), a jeden – w okresie edukacyjnym, który rozpoczął 1.01.2015 r. Było to zgodne z § 3 ust. 1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 października 2017 r. w sprawie doskonalenia zawodowego ratowników medycznych⁵⁷.

Jeden ratownik nie przedstawił dokumentu potwierdzającego zrealizowanie obowiązku aktualizowania wiedzy i umiejętności w ostatnim okresie edukacyjnym – od 1.01.2013 r. do 31.12.2017 r.

(akta kontroli str. 217-220)

Zastępca dyrektora wyjaśnił m.in.: (...) Z jednym z ratowników objęty badaniem NIK z dniem 31.01.2018 r. umowa cywilno prawną została rozwiązana z przyczyn niezaliczenia okresu rozliczeniowego. W czerwcu 2019 r. ww. pracownik złożył ofertę pracy, przedstawiając kartę doskonalenia zawodowego na nowy okres rozliczeniowy (ustawa nie precyzuje sprawdzania wstecz okresu edukacyjnego).

(akta kontroli str. 485-486)

W sprawie poświadczenia realizacji obowiązku doskonalenia zawodowego ratowników medycznych, dyrektor wyjaśnił m.in.: Pogotowie wymagało i nadal wymaga poświadczenia realizacji obowiązku doskonalenia zawodowego od ratowników medycznych (...) ratownicy medyczni nie mają już obowiązku dodatkowego, papierowego dokumentowania odbytych kursów, szkoleń,

⁵⁷ Dz. U. poz. 1884. Dalej: „rozporządzenie w sprawie doskonalenia zawodowego ratowników medycznych”.

warsztatów, czy innych form kształcenia, a jedynie ich poświadczenie poprzez odpowiedni wpis dokonany w książeczce doskonalenia zawodowego. (...) wpisu potwierdzającego realizację doskonalenia zawodowego dokonuje obecnie Wojewoda. Ratownicy medyczni zatrudnieni (...) są zobowiązani do dostarczenia dokumentu potwierdzającego dopełnienie tego obowiązku.

(akta kontroli str. 290, 294)

W latach 2018-2019 (do 31.10.) Pogotowie skierowało na szkolenia zewnętrzne dotyczące doskonalenia zawodowego pracowników medycznych (w tym ratowników medycznych) 936 osób, z tego: w 2018 r. – 552 osób na 12 szkoleń/konferencji itp., a do 30.11.2019 r. – 386 osób na 11 szkoleń/konferencji. Pogotowie współfinansowało udział 101 ratowników medycznych w 17 formach doskonalenia zawodowego (m.in. szkoleniach, konferencjach, mistrzostwach w ratownictwie medycznym) w łącznej kwocie 69,1 tys. zł, z tego:

- w 2018 r. – 37,4 tys. zł (52 ratowników – w 10 szkoleniach/konferencjach itp.),
- w 2019 r. (do 31.10.) – 31,7 tys. zł (49 ratowników – w siedmiu szkoleniach/konferencjach itp.).

(akta kontroli str. 232-237)

Dyrektor wyjaśnił, że ułatwia ratownikom aktualizowanie wiedzy i umiejętności po przez: organizację szkoleń przez Dział Szkoleń (bezpłatnych), możliwość uczestnictwa w różnych sesjach, dostosowanie szkoleń w terminach priorytetowych, tak, aby umożliwić wzięcie udziału w szkoleniu przez każdego ratownika medycznego, informowanie o różnych formach doskonalenia organizowanych na terenie całego kraju, oddelegowywanie ratowników medycznych na ww. szkolenia, umożliwienie ułożenia czasu pracy zgodnie z życzeniem pracownika na odbycie szkolenie (dwa – cztery dni wolne), korzystanie z ośrodków szkoleniowych Pogotowia (m.in. Szczecin, Kołobrzeg, Międzyzdroje, Myślibórz, Wałcz, Goleniów) i pomieszczeń każdej filii w przypadku szkolenia z firmy zewnętrznej, współfinansowanie szkoleń, konferencji, warsztatów, mistrzostw w ratownictwie medycznym.

(akta kontroli str. 292-293)

9. Badanie listy wynagrodzeń z sierpnia 2019 r. 10 pielęgniarek systemu i 469 ratowników medycznych (w tym 11 dyspozytorów medycznych) zatrudnionych na podstawie umowy o pracę oraz rachunków przedłożonych przez 10 ratowników medycznych i 10 pielęgniarek systemu świadczących usługi na podstawie umowy zlecenia/kontraktu – wykazało, że Pogotowie prawidłowo wypłaciło środki finansowe na wzrost wynagrodzeń na podstawie § 16 ust. 4a, 4b, 4c załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁵⁸. Wypłacono dodatki do wynagrodzeń (za sierpień 2019 r.) w łącznej kwocie 1 257,5 tys. zł (m.in. 1 030,8 tys. zł – ratownikom medycznym, 19,2 tys. zł – dyspozytorom medycznym, 137,5 tys. zł – pielęgniarkom/pielęgniarzom).

Według stanu na 21.11.2019 r. Pogotowie nie posiadało zobowiązań z ww. tytułów.

(akta kontroli str. 238-261)

10. Badania 50 kart zleceń wyjazdów w październiku 2019 r.⁵⁹ wykazało, że we wszystkich przypadkach skład osobowy zespołów ratownictwa medycznego był zgodny z wymaganiami określonymi w art. 36 ust. 1 ustawy o PRM. Skład zespołów specjalistycznych był trzyosobowy: lekarz systemu (kierownik zespołu) oraz dwóch

⁵⁸ Dz. U. z 2016 r. poz. 1146, ze zm.

⁵⁹ Tj. po 25 dotyczących zespołów specjalistycznych i podstawowych oraz odpowiadających im wpisach w księdze dysponenta.

ratowników medycznych (w tym jeden z nich, jako kierowca z uprawnieniami⁶⁰). W skład zespołów podstawowych wchodziły dwie osoby: ratownik medyczny (kierownik zespołu) oraz ratownik medyczny (kierowca), a w trzech przypadkach⁶¹ kierownik (członek) podstawowego zespołu był jednocześnie kierowcą z uprawnieniami. (akta kontroli str. 304-307)

Przepis art. 36 ust. 3 ustawy o PRM stanowi, że w skład zespołów, o których mowa w ust. 1, wchodzi kierowca w przypadku, gdy żaden z członków zespołów ratownictwa medycznego nie spełnia warunków, o których mowa w art. 106 ust. 1 ustawy o kierujących pojazdami. Kierownikiem zespołu ratownictwa medycznego, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, może być osoba wskazana przez dysponenta jednostki, będąca ratownikiem medycznym lub pielęgniarzką systemu, która posiada doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zespole ratownictwa medycznego, lotniczym zespole ratownictwa medycznego lub szpitalnym oddziale ratunkowym, w wymiarze, co najmniej 5 000 godzin w okresie ostatnich pięciu lat (art. 36 ust. 5).

Zastępca dyrektora wyjaśnił: *Przepisy prawne nie zakazują pełnienia funkcji kierownika zespołu przez kierowcę. W przedstawianych trzech przypadkach członek zespołu (ratownik medyczny) nie spełniał wymogów ustawowych do pełnienia roli „kierowników ZRM”, a „kierowca – ratownik” tak. Dokumentacja medyczna (karta zlecenia wyjazdu i karta medycznych czynności ratunkowych) jest podpisana i podstemplowana przez dwóch członków zespołu. Takie sytuacje zdarzają się sporadycznie. W systemie SWD PRM brak możliwości logowania się kierowcy, jako „kierownika ZRM”. Te problemy były zgłaszane przed funkcjonowaniem Krajowego Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego.*

(akta kontroli str. 485, 488-489)

W 20 przypadkach (40%) z 50 objętych badaniem⁶² członkowie zespołów ratownictwa medycznego nieprawidłowo logowali swój status w SWD PRM, z tego:

- w 10⁶³ przypadkach (z 25 objętych badaniem) w specjalistycznych zespołach ratownictwa medycznego – jeden z dwóch ratowników medycznych (członków trzyosobowego zespołu) nie zalogował się, jako członek zespołu i jednocześnie kierowca (zalogował się jako kierowca);
- w 10 przypadkach⁶⁴ (z 25 objętych badaniem) w podstawowych zespołach ratownictwa medycznego – jeden z dwóch członków zespołu nie zalogował się jednocześnie, jako członek zespołu i kierowca (zalogował się jako kierowca).

(akta kontroli str. 304-307)

W 25 objętych badaniem kartach zlecenia wyjazdu podstawowych zespołów ratownictwa medycznego, 17 (z 18)⁶⁵ osób pełniących funkcję kierownika zespołu było ratownikami medycznymi, którzy posiadali doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zespole ratownictwa medycznego/lotniczym zespole ratownictwa medycznego/szpitalnym oddziale ratunkowym, w wymiarze ponad 5 000 godzin w okresie ostatnich pięciu lat, zgodnie z art. 36 ust. 5 ustawy o PRM. Jedna osoba zalogowana, jako kierownik zespołu była ratownikiem medycznym

⁶⁰ Tj. zezwoleniem na kierowanie pojazdem uprzywilejowanym w zakresie określonej kategorii prawa jazdy, zgodnie z wymogiem określonym w art. 106 ust. 1 ustawy z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami (Dz. U. z 2017 r., poz. 978). Dalej: ustawa o kierujących pojazdami.

⁶¹ KZW/19/P/02542449 (Z0 104); KZW/19/P/02543900 (Z0108) i KZW/19/P/02544432 (Z0108).

⁶² W październiku 2019 r.

⁶³ KZW/19/P/02537620 (Z0101); KZW/19/P/02615701 (Z0101); KZW/19/P/02494029 (Z0101); KZW/19/P/02496358 (Z0101); KZW/19/P/02568890 (Z0101); KZW/19/P/02616169 (Z0101); KZW/19/P/02495441 (Z0101); KZW/19/P/02569167 (Z0101); KZW/19/P/02608369 (Z0101); KZW/19/P/02609765 (Z0101).

⁶⁴ KZW/19/P/02533626 (Z0106); KZW/19/P/02538904 (Z0102); KZW/19/P/02456861 (Z0108); KZW/19/P/02499142 (Z0102); KZW/19/P/02505842 (Z0116); KZW/19/P/02532972 (Z0108); KZW/19/P/02538725 (Z0116); KZW/19/P/02538953 (Z0108); KZW/19/P/02561315 (Z0118); KZW/19/P/02568809 (Z0112).

⁶⁵ Z 25 osób będących kierownikiem (członkiem) zespołu, siedem osób było kierownikiem w więcej niż jednym zespole.

z doświadczeniem w udzielaniu świadczeń w wymiarze 3 296 godzin w okresie ostatnich pięciu lat (stan na 30.09.2019 r.).

(akta kontroli str. 304-305)

Badanie 50 wyjazdów zespołu ratownictwa medycznego wykazało, że osoby będące kierowcą (i członkiem zespołu – ratownikiem medycznym/pielęgniarem) posiadały zezwolenie na kierowanie pojazdem uprzywilejowanym, zgodnie z wymogiem określonym w art. 106 ust. 1 ustawy o kierujących pojazdami.

Wszystkie (77)⁶⁶ osoby wchodzących w skład 50 objętych badaniem zespołów, posiadały wymagane kwalifikacje zawodowe, określone w art. 3 pkt 3 i 6 oraz art. 10 ustawy o PRM.

(akta kontroli str. 304-307)

W latach 2018-2019 (do 31.10.) Pogotowie zgłosiło do ZOW NFZ 6 289,30 godzin zadysponowania podstawowego zespołu zamiast specjalistycznego, z powodu braku lekarza, z tego:

- w 2018 r. – 33 godzin w grudniu, co odpowiadało 0,3% godzin, w których zespoły specjalistyczne powinny być dostępne w grudniu 2018 r. (11 904);
- w 2019 r. (do 31.10.) – 6 256,30 godzin (w okresie marzec – październik), co odpowiadało 6,6% godzin ogółem, w których zespoły specjalistyczne powinny być dostępne w ww. okresie (94 080).

W 2019 r. (wg stanu na 31 października) nastąpił 37-krotny wzrost przypadków zadysponowania podstawowego zespołu ratownictwa medycznego zamiast specjalistycznego (tj. z 48 godzin w marcu do 1 806,30 godzin w październiku).

W październiku 2019 r. Pogotowie zgłosiło do ZOW NFZ 1 806,30 godzin zadysponowania podstawowego zespołu zamiast specjalistycznego, co odpowiadało 15,2% godzin, w których zespoły specjalistyczne powinny być dostępne (11 904). Analiza zaewidencjonowanych w SWD PRM wyjazdów zespołów specjalistycznych, jako podstawowych z powodu braków kadrowych (tj. bez lekarza) wykazała, że w październiku 2019 r zarejestrowano 333 takich wyjazdów (zleceń), a faktycznie wyjechało 328 zespołów specjalistycznych, jako podstawowych (tj. bez lekarza). W pozostałych pięciu przypadkach zespół specjalistyczny był kompletny z tym, że kierownik zespołu – lekarz zalogował się jako kierownik – członek zespołu, zamiast kierownik zespołu – lekarz. Dyrektor wyjaśnił, że *może wystąpić duże prawdopodobieństwo w popełnieniu błędu z uwagi na kilka możliwości wyboru opcji.*

(akta kontroli str. 308-346, 485, 489, 502-514)

Zastępca dyrektora wyjaśnił m.in.: *W 2019 r. nastąpił dalszy drastyczny spadek lekarzy chętnych i spełniających warunki bycia lekarzem systemu (...). Z jednej strony pozbawiono uprawnień lekarzy systemu z dniem 1.04.2019 r. lekarzy dotychczas pracujących, którzy spełniali wymogi wg „starych zasad” (ukończyli staże specjalizacyjne, lecz nie zdążyli złożyć egzaminu końcowego). Na ich miejsce dopuszczono do pracy „nowych lekarzy”, którzy się specjalizują i po ukończeniu modułu podstawowego wyłącznie w dziedzinie chorób wewnętrznych, pediatrii i chirurgii ogólnej nie spełniło oczekiwań. Nikt nie zgłosił się do pracy. Dodatkowym problemem w zapewnieniu lekarza w zespołach wyjazdowych są zbyt niskie środki przekazywane na funkcjonowanie zespołu „S” wynikające z umowy z ZOW NFZ, gdzie godzina pracy lekarza z jego obsługą wyceniono na 43,62 zł. Pogotowie zwiększa tą kwotę kosztem innych pracowników (...). Od 10 lat poziom finansowania na ratownictwo przedszpitalne znajduje się na tym samym poziomie. W tym samym czasie wzrosło finansowanie usług zdrowotnych kontraktowanych przez NFZ. W 2019 r podmioty lecznicze inne niż pogotowie ratunkowe uzyskało kilkumiliardowe przychody, co przełożyło się na zwiększenie finansowania lekarzy, więc płace lekarzy stały się niekonkurencyjne w stosunku do ratownictwa*

⁶⁶ Ze 125 osób będących członkami zespołów ratownictwa medycznego, 48 osób było członkiem w więcej niż jednym zespole.

przedszpitalnym. Brak lekarzy nie tylko spełniających warunki bycia lekarzem systemu jest powszechnie znany i dotyczy to całego kraju. Na chwilę obecną możemy mówić o „podkupowaniu” lekarzy. Od 2007 r. od dnia wejścia w życie ustawy nie zatrudniano się młodych lekarzy, przez 12 lat kryteria były ostre i wygórowane, „nowi” nie spełniają warunków, a „starzy” z przyczyn naturalnych zaprzestawali i zaprzestają pracować. Pomimo usilnych i wielokierunkowych intensywnych działań mających na celu pozyskanie lekarzy spełniających warunki bycia lekarzem systemu (...) nie uzyskano poprawy. W 2019 r. pozyskano jednego lekarza. (akta kontroli str. 484, 499)

Pogotowie dokonało zwrotu środków finansowych za godziny udzielania świadczeń bez lekarza systemu w specjalistycznym zespole (za okres od kwietnia do września 2019 r.) w łącznej kwocie 182,1 tys. zł, co odpowiadało 0,2% wartości kontraktu (88 236,6 tys. zł – wg stanu na 31.10.2019 r.⁶⁷). Z tytułu nienależytego wykonania umowy (tj. zadysponowania specjalistycznego, jako podstawowego zespołu), ZOW NFZ nałożył karę umowną za nienależyte wykonanie umowy w tym okresie w kwocie 73 852,81 zł⁶⁸. (akta kontroli str. 345-346)

Dyrektor, w sprawie sposobu kompletowania składu specjalistycznego zespołu w sytuacjach przerw w dyspozycyjności lekarzy systemu wskutek m.in. chorób, urlopów, wakatów, wyjaśnił m.in.: *ze względu na olbrzymie braki lekarzy, nie tylko w województwie zachodniopomorskim, ale w całym kraju, Pogotowie stale próbuje zapewnić pełen skład zespołu ratownictwa medycznego typu „S”. Większość lekarzy jest zatrudniona w formie umów cywilno-prawnych, a Pogotowie stanowi dla tych osób miejsce dodatkowego zatrudnienia. Regularnie w prasie i specjalistycznych biuletynach lekarskich zamieszczane są oferty pracy (...) dla tej grupy pracowników. Mimo usilnych starań ofertę pracy w roku 2019 złożył jeden lekarz.* (akta kontroli str. 290, 294)

Zachodniopomorski Komendant Państwowej Straży Pożarnej w Szczecinie poinformował⁶⁹, że: *w latach 2018-2019 na terenie województwa zachodniopomorskiego jednostki organizacyjne Państwowej Straży Pożarnej oraz jednostki ochrony przeciwpożarowej włączone do krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego (Ochotnicza Straż Pożarna) udzieliły pomocy Państwowemu Ratownictwu Medycznemu 906 razy. Udzielona pomoc w większości przypadków dotyczyła pomocy w zniesieniu pacjenta do karetki. Wskutek braku możliwości zadysponowania zespołów ratownictwa medycznego dysponowanie zastępów Państwowej Straży Pożarnej lub Ochotniczej Straży Pożarnej miało miejsce 166 razy (w 2018 r. – 76, w 2019 r. – 90).* (akta kontroli str. 39-43)

Zastępca dyrektora wyjaśnił m.in.: *Państwowa Straż Pożarna i Ochotnicza Straż Pożarna są jednostkami współpracującymi z systemem. Dyspozytor medyczny może zadysponować te jednostki do zdarzenia w przypadku braku, zajętości zespołu (...) na terenie działania jednostek bądź do pomocy w transporcie do karetki lub z karetki pacjentów o dużej masie ciała, jak również jeżeli czas dojazdu do miejsca zdarzenia (...) jest krótszy niż zespołu (...).* (akta kontroli str. 485, 494)

11. W celu poprawy parametrów dojazdu zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zgłoszenia, dyrektor wydał zarządzenie Nr 14/2019 z 23.10.2019 r. w sprawie maksymalnego czasu wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego, w którym zobowiązano członków zespołów do przestrzegania maksymalnych

⁶⁷ Obowiązującej w okresie od 1.04. do 31.12.2019 r.

⁶⁸ W wysokości od 0,1246% do 0,18042% w kwietniu 2019 r. oraz 0,1% w okresie od maja do września 2019 r.

⁶⁹ W trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK.

czasów wyjazdów (w zależności od kodu pilności nadanego przez dyspozytora), tj. 60 sekund (kod 1) i 180 sekund (kod 2). (akta kontroli str. 60)

Zastępca dyrektora wyjaśnił m.in.: *W celu poprawy czasu dojazdu zespoły ratownictwa medycznego wyposażone są w GSP-y wskazujące kierowcy najszybszą drogę dojazdu do zdarzenia, monitorowana jest prędkość oraz czas dojazdu-od wyjazdu zespołu (...) do jego dojazdu w miejsce zdarzenia. Kierownicy i Koordynatorzy medyczni Filii Pogotowia weryfikują przekroczone czasy dojazdu zespołów (...) do miejsca zdarzenia i wyjaśniają ich przyczyny.*

(akta kontroli str. 351)

W 2017 r. zrealizowano 140 991 wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego (z tego: 98 237 w miastach powyżej 10 tys. mieszkańców i 42 754 poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców); w 2018 r. – 142 703 (odpowiednio: 82 467 i 50 237), a w 2019 r. (do 30.09.) – 104 682 (odpowiednio: 66 072 i 38 610).

Mediana czasu dotarcia zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia (w skali każdego miesiąca) wynosiła:

- w miastach powyżej 10 tys. mieszkańców – od 05:48 do 07:14 w latach 2017-2019 (III kwartał), zgodnie z art. 24 ust. 1 pkt 1 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tj. nie przekraczał ośmiu minut);
- poza miastami powyżej 10 tys. mieszkańców – 13:32 w 2017 r. i 14:53 w III kwartale 2019 r., zgodnie z art. 24 ust. 1 pkt 1 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tj. nie przekraczała 15 minut). W 2018 r. mediana czasu dotarcia na tym obszarze wynosiła 15:03 minut, tj. o trzy sekundy dłużej niż czas określony w art. 24 ust. 1 pkt 2 ustawy (15 minut). (akta kontroli str. 471)

Zastępca dyrektora wyjaśnił m.in.: (...) *Pomiar GPS jest obarczony błędem pomiaru nawet do 20 sekund. Mediana czasu dotarcia na miejsce zdarzenia poza miastem 10-tysięcznym przekroczyła o trzy sekundy. Przekroczony parametr czasu dotarcia można zaliczyć do błędu pomiaru a nie opóźnienia.* (akta kontroli str. 485, 487)

Maksymalny czas dotarcia zespołów ratownictwa na miejsce zdarzenia wynosił:

- w miastach powyżej 10 tys. mieszkańców – 02:30:47 w 2017 r.; 01:33:15 w 2018 r. i 01:23:27 w III kwartale 2019 r. Był on od 01:08:27 do 02:15:47 dłuższy niż maksymalny czas dotarcie określony na tym obszarze w art. 24 ust. 1 pkt 3 ww. ustawy (15 minut). Przekroczenie maksymalnego czasu dotarcia na miejsce zdarzenia dotyczyło w 2017 r. 749 wyjazdów (0,8% wyjazdów ogółem), w 2018 r. – 370 (0,4%) i w III kwartale 2019 r. – 216 (0,3%);
- poza miastami powyżej 10 tys. mieszkańców – 01:14:50 w 2017 r.; 01:10:20 w 2018 r. i 01:21:51 w III kwartale 2019 r. Był on od 50:20 do 01:01:51 dłuższy niż maksymalny czas dotarcie określony na tym obszarze w art. 24 ust. 1 pkt 3 ww. ustawy (20 minut). Przekroczenie maksymalnego czasu dotarcia na miejsce zdarzenia dotyczyło w 2017 r. 1 211 (2,8% wyjazdów ogółem), w 2018 r. – 813 (1,6%) i w III kwartale 2019 r. – 435 (1,1%).

(akta kontroli str. 471)

Zastępca dyrektora wyjaśnił m.in., że: *przewodzona jest analiza miesięczna przekroczonej czasów dotarcia do miejsca zdarzenia. Na bieżąco pracownicy funkcyjni – koordynatorzy medyczni 21 Filii na terenie swojej jednostki monitorują, analizują wszystkie czasy dojazdu.* (akta kontroli str. 485, 487)

Średni czas interwencji zespołów ratownictwa medycznego od przyjęcia zgłoszenia o zdarzeniu do przekazania pacjenta do szpitala wynosił:

- w miastach powyżej 10 tys. mieszkańców – 00:41:00 w 2017 r.; 00:42:00 w 2018 r. i 00:39:00 w III kwartale 2019 r.;
- poza miastami powyżej 10 tys. mieszkańców – 01:03:00 w 2017 r.; 01:02:30 w 2018 r. i 01:00:30 w III kwartale 2019 r.

Maksymalny czas interwencji zespołu od przyjęcia zgłoszenia o zdarzeniu do przekazania pacjenta do szpitala wynosił:

- w miastach powyżej 10 tys. mieszkańców – 03:28:00 w 2017 r., 02:49:30 w 2018 r. i 03:15:00 w III kwartale 2019 r.;
- poza miastami powyżej 10 tys. mieszkańców – 03:49:00 w 2017 r.; 03:25:30 w 2018 r. i 02:55:00 w III kwartale 2019 r.

(akta kontroli str. 471)

12. Pogotowie otrzymało od Wojewody Zachodniopomorskiego niezbędny sprzęt do uruchomienia SWD PRM⁷⁰. Pogotowie nie posiadało dokumentów potwierdzających dokonania przez Wojewodę Zachodniopomorskiego weryfikacji instalacji systemu, jego uruchomienia i konfiguracji w dyspozytorniach oraz zespołach ratownictwa medycznego.

(akta kontroli str. 275-286, 478-479)

13. Oględziny dyspozytorni medycznej w Szczecinie (rejonu operacyjnego Zachodniego)⁷¹ wykazały, że została ona wyposażona i zorganizowana zgodnie z wymogami określonymi w § 2 i § 3 rozporządzenia w sprawie organizacji dyspozytorni medycznej w związku z art. 25b ust. 6 ustawy o PRM. W pomieszczeniu dyspozytorni znajdowały się zorganizowane stanowiska dyspozytorów medycznych, z podziałem na: część operacyjną (z wydzielonymi stanowiskami dyspozytorów medycznych przyjmujących zgłoszenia alarmowe i powiadomienia o zdarzeniach) oraz część dyspozytorską (z wydzielonymi stanowiskami dyspozytorów medycznych dysponujących zespoły ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia). Stanowiska dyspozytorów medycznych części operatorskiej i dyspozytorskie zostały przedzielone niskimi ściankami działowymi i rozmieszczone z zachowaniem zasad ergonomii. W dyspozytorni wydzielone było rezerwowe stanowisko dyspozytorskie. Wszystkie stanowiska dyspozytorów (w tym rezerwowe) zostały podłączone do systemem łączności i internetu oraz zostały wyposażone w urządzenia techniczne i środki łączności (m.in. konsole, po dwa monitory i aparaty telefoniczne). W dyspozytorni zapewniono dostęp do niezależnej stacji roboczej z zainstalowanym programem do rejestracji i udostępniania nagrań rozmów prowadzonych przez dyspozytorów medycznych.

Pomieszczenie dyspozytorni było klimatyzowane oraz wyposażone w monitoring wizyjny i system kontrolujący dostęp do jej pomieszczeń. Na potrzeby dyspozytorni zapewniono system zasilania, dostęp do pomieszczenia administracyjnego i pomieszczeń socjalnych (z węzłem sanitarnym).

(akta kontroli str. 356-358)

14. W sprawie prowadzenia analiz dotyczących czasu obsługi zgłoszeń na podstawie danych z SWD PRM zastępca dyrektora wyjaśnił m.in.: *Przepisy ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym nie obligują dysponenta do przeprowadzenia analiz dotyczących czasu obsługi zgłoszeń i odsetek zgłoszeń bezpodstawnych (...). Te dane zbierane są do wojewódzkiego planu działania. Zgodnie z art. 26 ustawy z dnia 10 maja 2018 o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych ustaw do jednych z zadań głównego dyspozytora medycznego będzie należała bieżąca analiza zadań realizowanych przez dyspozytora medycznego. Stanowisko głównego dyspozytora medycznego*

⁷⁰ Na podstawie umowy użyczenia 10.06.2016 r. oraz aneksów do tej umowy (m.in. z 2.12.2016 r., 2.11.2017 r., 11.06.2018 r., 18.06.2019 r.).

⁷¹ W trakcie oględzin, przeprowadzonych 29.11.2019 r. przez kontrolera NIK, na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. c ustawy o NIK.

będzie obowiązywać z dniem 1.01.2020 r. (...) dane (...), których dotyczy przesłane zapytanie (...) nie znajdują się w żadnym z dostępnych modułów SWD PRM włącznie z modułem raportowym, jednak są one dostępne z poziomu zewnętrznego systemu INTAR dostarczanego przez firmę D(...), jako część systemu telekomunikacyjnego wykorzystywanego przez dyspozytornie medyczne. Brak możliwości wygenerowania raportu dotyczącego statystyk połączeń telefonicznych, jest bezpośrednio spowodowany brakiem dostępu administratorów dysponenta, zarówno z ramienia Pogotowia, jak i podwykonawcy świadczącego usługi informatyczne dla dysponenta (...) do systemu INTAR. Wspomniany dostęp powinien być nadany osobom odpowiedzialnym za generowanie raportów jednakże nie został przekazany. Dnia 23.07.2019 wpłynęło do Pogotowia pismo (...) od Wojewody Zachodniopomorskiego (...) informujące (...) „w dniu 4 lipca 2019 r. Ministerstwo Zdrowia wysłało na adresy e-mail osób wskazanych przez dysponenta, instrukcję oraz loginy i hasła do ww. aplikacji”. Niestety w żadnym momencie do administratorów dysponenta (...) nie wpłynęło zapytania o wskazanie osób odpowiedzialnych za dostęp do raportów, w związku z czym dostęp ten nie został nam przekazany. Z informacji pozyskanych w późniejszym czasie od administratora wojewódzkiego SWD PRM (...) te dostępy zostały przekazane tylko kierownikom dyspozytorni, de facto osobom, które nie są odpowiedzialne za zbieranie danych statystycznych tego rodzaju. Po zweryfikowaniu dostępów przekazanych kierownikom dyspozytorni 4 lipca 2019 r., okazało się, iż nie działają one, co uniemożliwiło nam wygenerowanie danych (...). W momencie zlecenia nam zebrania danych (...) w związku z brakiem dostępu do systemu raportowego INTAR skontaktowaliśmy się z administratorem wojewódzkim celem uzyskania dostępu do systemu, jednakże uzyskaliśmy informację, iż nadawanie tych dostępów jest poza zakresem jego uprawnień. W obecnej chwili jesteśmy w trakcie uzyskiwania dostępu do wymienionego systemu (...) jest on uzyskiwany na poziomie krajowym i prawdopodobnie będzie wymagał specjalnego pisma od dyrektora Pogotowia, wskazującego osoby, które mają otrzymać wyżej wymieniony dostęp. Podsumowując gdyby dostęp do systemu statystycznego INTAR był w rzeczywistości zrealizowany zgodnie z przesłanym przez Urząd Wojewódzki pismem, takie dane mogłyby być wygenerowane we własnym zakresie (...).

(akta kontroli str. 485, 488, 515, 517-519)

Liczba odebranych połączeń w dyspozytorni w Szczecinie⁷² zwiększyła się o 87 096 (163%) w III kwartale 2019 r. (140 485) w odniesieniu do 2017 r. (53 389). Łączny średni czas oczekiwania na połączenie⁷³ był na tym samym poziomie (11 sekund). Łączny średni czas trwania połączenia zwiększył się o jedną minutę i jedną sekundę, tj. 129,8 % (z 47 sekund do jednej minuty i 48 sekund). Łączny średni czas obsługi zgłoszeń zwiększył się o jedną minutę i dwie sekundy, tj. 108,8% (z 57 sekund do jednej minuty i 59 sekund).

Liczba odebranych połączeń⁷⁴ w dyspozytorni w Kołobrzegu zwiększyła się o 59 721 (226%) w III kwartale 2019 r. (86 101) w odniesieniu do 2017 r. (26 380). Łączny średni czas oczekiwania na połączenie⁷⁵ zwiększył się o cztery sekundy (z siedmiu do 11 sekund). Łączny średni czas trwania połączenia zwiększył o jedną minutę i 18 sekund, tj. 229 % (z 34 sekund do jednej minuty i 52 sekund). Łączny średni czas obsługi zgłoszeń zwiększył o jedną minutę i 22 sekundy, tj. 200% (z 41 sekund do dwóch minut i dwóch sekund).

⁷² Łącznie z nr 112 i 997.

⁷³ Tj. z nr 112 i 997.

⁷⁴ Łącznie z nr 112 i 997.

⁷⁵ Tj. z nr 112 i 997.

Liczba połączeń przyjętych⁷⁶ w obu dyspozytorniach Pogotowia zwiększyła się o 134 969 (tj. 192%) w III kwartale 2019 r. (205 151) w odniesieniu do 2017 r. (70 182), a liczba niezasadnych zgłoszeń (kończących się odmową zadysponowania zespołu) – o 14 724, tj. 228% (z 6 446 do 21 170). Odsetek zgłoszeń niezasadnych (kończących się odmową zadysponowania zespołu) wyniósł 9% w 2017 r. oraz 10% w latach 2018-2019 (w III kwartale)⁷⁷.

(akta kontroli str. 515-516)

W latach 2018-2019 (31.10.) wpłynęły dwie skargi dotyczące odmowy zadysponowania zespołów ratownictwa medycznego, które po ich rozpatrzeniu przez dyrektora Pogotowia zostały uznane za niezasadne (nie wystąpiły przypadki wypłaty odszkodowań z tytułu braku zadysponowania zespołu).

(akta kontroli str. 359-363)

Zastępca dyrektora, w sprawie udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom nieznajującym się w stanie zagrożenia zdrowotnego, wyjaśnił: *określenie nagłe zagrożenie zdrowotne jest określeniem trudnym do zdefiniowania, a tym samym do wykluczenia takiego stanu. Dla osoby wzywającej, chorej, poszkodowanej każdy stan będzie to stan zagrożenia zdrowotnego. Dyspozytor medyczny po zebraniu wywiadu przyjmując zgłoszenie do realizacji ustala kod pilności „1” lub „2”, więc kwalifikuje, jako nagłe zagrożenie zdrowotne. Zespół (...) ratownik medyczny udzielając pomocy medycznej wykonuje medyczne czynności ratunkowe i stawia diagnozę ratowniczą, a nie określa czy ten przypadek jest stanem nagłym, stabilnym lub przewlekłym. Pacjent jest przewoźny do SOR/izby przyjęć, a niekiedy pozostawiony w miejscu zdarzenia po zaopatrzeniu medycznym. Występują przypadki wezwania pogotowia ratunkowego przez osoby tzw. „trzecie” do osób, które na miejscu zdarzenia nie wymagają pomocy, odmawiają udzielenia pomocy. Tych przypadków nie można zakwalifikować do nieuzasadnionych, czy braku stanu zagrożenia zdrowotnego.*

(akta kontroli str. 485, 487)

15. Pogotowie podejmowało zadania przypisane dysponentowi⁷⁸, jako administratorowi SWD PRM, zgodnie z § 9 ust. 6 rozporządzenia w sprawie SWD PRM, w szczególności w zakresie:

- współpracy z administratorem centralnym i wojewódzkim SWD PRM; zgłaszania incydentów do administratora wojewódzkiego i centralnego SWD PRM, zgodnie z procedurami – poprzez system „helpdesk” (przed jego wdrożeniem poprzez kontakt e-mailowy oraz telefoniczny);
- instalacji i konfiguracji sprzętu wchodzącego w skład systemu SWD PRM (komputerów miejsc stacjonowania, terminali mobilnych) – dokonywali pracownicy serwisu terenowego poprzez konfigurację i instalację sprzętów w miejscach docelowych (od lipca 2017 r. do listopada 2019 r. zarejestrowano 105 zgłoszeń dotyczących konfiguracji i instalacji komputerów oraz 1 983 zgłoszeń dotyczących konfiguracji i instalacji terminali mobilnych, z uwzględnieniem instalacji sprzętu po usterkach);
- instalacji oprogramowania, w tym jego aktualizacji i bieżącej obsługi technicznej w dyspozytorniach medycznych, miejscach stacjonowania i w specjalistycznych środkach transportu sanitarnego oraz instalacji i aktualizacji certyfikatów wewnętrznych na stacjach roboczych i terminalach mobilnych – zdalnie poprzez system ITSM (od lipca 2017 r. do listopada 2019 r. zarejestrowano 352 zgłoszeń dotyczących instalacji, aktualizacji, obsługi technicznej oraz obsługi certyfikatów SWD PRM);

⁷⁶ Łącznie z nr 112 i 997.

⁷⁷ Na podstawie danych sporządzonych przez wojewódzkiego administratora SWD PRM (Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki).

⁷⁸ Dysponent zespołów ratownictwa medycznego.

- konfigurowania systemu nawigacji satelitarnej w specjalistycznych środkach transportu sanitarnego – dokonywali pracownicy serwisu terenowego, przez konfigurację i instalację sprzętu w pojazdach (od lipca 2017 r. do listopada 2019 r. zarejestrowano 282 zgłoszeń dotyczących konfigurowania systemu nawigacji satelitarnej);
- zarządzania kontami użytkowników oraz ich uprawnieniami i rolami systemowymi w SWD PRM; tworzenia i aktualizacji kont użytkowników – poprzez moduł Administrator systemu SWD PRM dokonywano ze stanowisk administratorskich (od lipca 2017 r. do listopada 2019 r. zarejestrowano 554 zgłoszeń dotyczących zarządzania kontami użytkowników oraz ich uprawnieniami, a pierwotne wprowadzenie użytkowników do systemu zrealizowano w zbiorczym zgłoszeniu);
- administrowania siłami i środkami dysponenta przez zarządzanie elementami konfiguracji SWD PRM, określonymi w dokumentacji technicznej SWD PRM – realizowano je przy pierwotnej konfiguracji SWD PRM. Siły i środki definiowano przy uruchomieniu SWD PRM (za pośrednictwem modułu Administrator) oraz w kwietniu 2019 r. przy utworzeniu nowej bazy danych;
- generowania raportów predefiniowanych i swobodnych w module raportowym – generowano w module raportowym SpagoBI (od lipca 2017 r. do listopada 2019 r. zarejestrowano 12 zgłoszeń dotyczących generowania raportów swobodnych);
- przyjmowania zgłoszeń o incydentach od użytkowników końcowych SWD PRM i ich weryfikacji – dokonywano za pośrednictwem połączeń telefonicznych, wiadomości e-mail oraz systemu zgłoszeniowego „helpdesk” (od lipca 2017 r. do listopada 2019 r. zarejestrowano 5 805 zgłoszeń dotyczących incydentów przyjętych o użytkowników końcowych oraz 412 zgłoszeń dotyczących np. zmiana hasła);
- weryfikacji błędów ewidencji miejscowości, ulic i adresów, zgłaszanych przez użytkowników SWD PRM – weryfikację danych przeprowadzano przez dyspozytorów medycznych;
- utrzymania poprawności danych wprowadzanych do SWD PRM – realizowano je przez koordynatorów medycznych 20 filii Pogotowia (m.in. weryfikację zawartości kart medycznych czynności ratunkowych).

(akta kontroli str. 376-392)

W latach 2017-2019 (do 30.11.) Pogotowie, jako administrator SWD PRM, podejmowało przedsięwzięcia niezbędne do zapewnienia funkcjonowania systemu, m.in. poprzez bieżące zgłaszanie problemów związanych z funkcjonowaniem tego systemu⁷⁹. W okresie od 29.01.2018 r. do 21.02.2019 r. zgłaszano Wojewodzie Zachodniopomorskiemu problemy dotyczące obciążenia dyspozytorni medycznej w Szczecinie (DM1601) zgłoszeniami wpływającymi z obszaru dyspozytorni

⁷⁹ M.in.: W 2017 r. – skierowano do Wojewody Zachodniopomorskiego pismo w sprawie braku funkcjonalności systemu dotyczących: powiadamiania zespołów o wezwaniu oraz rozliczania z ZOW NFZ udzielanych świadczeń (poprzez automatyczne przesyłanie danych z dokumentacji SWD PRM do systemu rozliczeniowego z ZOW NFZ). W 2018 r. – skierowano do Wojewody Zachodniopomorskiego pismo w sprawie awarii systemu, tj. braku możliwości obsługi 41 zgłoszeń w SWD PRM (25.06.2018 r. – od 09:41 do 10:15), które obsługiwano drogą radiową i telefoniczną; braku możliwości odebrania formatki „przesłanie oraz zadysponowanie zespołu” w 39 zgłoszeniach (26.07.2018 r. – od 13:59 do 14:44); w sprawie problemów dotyczących korzystania z gwarancji uszkodzonych drukarek zainstalowanych w ambulansach do obsługi SWD PRM (10.10.2018 r.); w sprawie połączeń wpływających do dyspozytorni medycznej w Szczecinie (DM1601) z obszaru dyspozytorni w Poznaniu (DM1502), m.in. z powodu zmniejszenia ilości dyspozytorów medycznych na dyżurach w Poznaniu (m.in.: 26.09.2018 r., 18.09.2018 r., 29.08.2019 r., 3.08.2018 r., 26.07.2018 r., 24.07.2018, 17.07.2018 r., 29.01.2018 r.). W 2019 r. – skierowano do Wojewody Zachodniopomorskiego pismo w sprawie: połączeń wpływających do dyspozytorni medycznej w Szczecinie (DM1601) z obszaru (DM1502) dyspozytorni w Poznaniu (4.01.2019 r. i 21.02.2019 r.); awarii systemu (28.05.2019 r. – od 09:18 do 09:25); awarii modułu „UMM- mapy” (od 14.06.2019 r. od 21:00 do 16.06.2019 r. do 22:00 oraz 10.07.2019 r. od 19:52 do 11.07.2019 r. do 03:00); awarii systemu dotyczącej przesyłania na tablety informacji o zadysponowaniu zespołu (25.06.2019 r. od 09:30 do 10:20); awarii systemu (6.08.2019 r. od 01:34 do 05:26); utrudnień w logowaniu statusu członków podstawowego zespołu po aktualizacji systemu (15.11.2019 r.).

w Poznaniu (DM1502), spowodowanej m.in. zmniejszeniem ilości dyspozytorów medycznych na dyżurach w Poznaniu. (akta kontroli str. 394-435)

Wojewoda Zachodniopomorski nie odniósł się do pism skierowanych przez dyrektora Pogotowia w 2018 r. w sprawie zgłoszeń (połączeń) wpływających do dyspozytorni medycznej w Szczecinie z obszaru dyspozytorni w Poznaniu. W odniesieniu do zgłoszeń wpływających w I kwartale 2019 r. do dyspozytorni medycznej w Szczecinie z obszaru dyspozytorni w Poznaniu, Dyrektor Wydziału Bezpieczeństwa i Zarządzenia Kryzysowego Zachodniopomorskiego Urzędu Wojewódzkiego, przekazał dyrektorowi Pogotowia (1.04.2019 r.) wyjaśnienia Dyrektora Departamentu Ratownictwa Medycznego i Obronności Ministerstwa Zdrowia (z 25.03.2019 r.), który wyjaśnił m.in., że (...) *zintensyfikowane przekazywanie zgłoszeń z DM15-02 w Poznaniu do DM-16-01 w Szczecinie związane było z rozpoczęciem w I kwartale 2019 r. na terenie województwa wielkopolskiego koncentracji dyspozytorni medycznych i wygaszaniem funkcjonowania trzech dyspozytorni medycznych w Pile, Kaliszu i Lesznie oraz uruchomieniem od 15.03.2019 r. dwóch dyspozytorni: (...) Poznań oraz (...) Konin (...).* (akta kontroli str. 436-437)

W sprawie sprawności i funkcjonalności SWD PRM, Dyrektor wyjaśnił min., że *na chwilę obecną moduły systemu SWD PRM funkcjonują następująco: Moduł „ZRM Miejsce Stacjonowania” – bez większych zarzutów, aplikacja działa sprawnie; „Moduł ZRM Mobilny” – bez większych zarzutów jedynie problemy z aplikacją w przypadku braku łączności GSM, co jest stosunkowo częstym problemem w terenach o małej gęstości nadajników BTS operatora (...); „Moduł Dyspozytor” – bez większych zarzutów, aplikacja działa sprawnie; „Moduł Analityk” – bez większych zarzutów, aplikacja działa sprawnie. „Moduł Raportowy SpagoBI” – bardzo długi czas oczekiwania na wygenerowanie raportów, zupełnie nieintuicyjny interfejs, raporty swobodne praktycznie niemożliwe do zdefiniowania przez osoby zajmujące się statystyką bez pomocy osób z działu IT, nawet w przypadku próby zdefiniowania raportu i jego wykonania przez informatyków wychodzi masa błędów, często konieczny jest kontakt z administratorem wojewódzkim i kilkukrotne zgłaszanie kolejnych następujących błędów. Brak predefiniowanych raportów niezbędnych na potrzeby statystyki, np. ksiąg dyspozytorskich sprzed jakiegoś czasu etc. Moduł raportowy jest absolutnie niezbędny, a jego funkcjonowanie znacząco utrudnia generowanie raportów wymaganych przykładowo od urzędów kontrolujących lub wspomagających kontrolę zespołów ratownictwa medycznego.* (akta kontroli str. 290, 295)

Z załączonego do ww. wyjaśnień wykazu zgłoszeń awarii od użytkowników poprzedniego systemu SWD (2015-2017)⁸⁰ w porównaniu do funkcjonującego SWD PRM (2017-2019)⁸¹ wynika, że do obecnego systemu zgłoszono prawie siedmiokrotnie więcej awarii niż do poprzedniego (tj. o 5 397 zgłoszeń.). Najwięcej zgłoszeń awarii systemu SWD PRM dotyczyło terminali mobilnych – 2 608 (do poprzedniego systemu zgłoszono 243 takich awarii), drukarek mobilnych (2 183) oraz aplikacji SWD PRM (do poprzedniego systemu zgłoszono 158 awarii aplikacji). (akta kontroli str. 295-296)

Dyrektor wyjaśnił, m.in.: *ogromną wadą SWD PRM jest brak otwartego protokołu komunikacji, co powoduje brak możliwości zintegrowania systemu przykładowo z systemami nagłośnienia budynków (paging) lub systemami automatyzacji (np. otwieranie bram, automatyczny wydruk KZW etc.), które były wykorzystywane w przypadku poprzednich systemów dyspozytorskich. Ponadto, SWD PRM nie ma*

⁸⁰ 820 zgłoszeń.

⁸¹ 6 217 zgłoszeń.

funkcjonalności umożliwiającej wyświetlanie historii wcześniejszych zgłoszeń z danego numeru telefonu tak jak posiadały ją poprzednie systemy. Ponadto moduł mobilny systemu opiera się na niepriorytetowanej sieci komórkowej całkowicie zależnej od jednego operatora, co powoduje bardzo duże zagrożenie niedostępności systemu w przypadku problemów operatora a także skutkuje dużymi opóźnieniami w komunikacji w rejonach gdzie jest bardzo duże natężenie abonentów operatora GSM przykładowo w miejscowościach nadmorskich w sezonie. Jednym z dużych skutków braku możliwości integracji systemu z systemami paging oraz braku dodatkowego powiadamiania zespołu (...), np. poprzez SMS na telefony służbowe a jedynie powiadomienie na tablicie (zależnym od zasięgu sieci GSM) oraz na komputerze MS (znajdującym się w jednym pomieszczeniu) jest zwiększenie ryzyka niedotarcia automatycznego powiadomienia o wyjeździe członków zespołu (...). Dużym problemem jest jakość sprzętu SWD PRM (tablety/drukarki) – ciągle się psuje, duże problemy z prawidłowym działaniem. Poza powyższymi jest jeszcze jeden problem natury rozliczeniowej jednakże bardzo poważny i bardzo negatywnie wpływający na użyteczność systemu. System SWD PRM w żaden sposób nie wspiera raportowania i rozliczania z NFZ. Powyższe muszą być realizowane przez zewnętrzne systemy co: 1) Generuje dla członków (...) dodatkową pracę – dane muszą wprowadzić do dwóch systemów – SWD PRM oraz rozliczeniowego; 2) Generuje dodatkowy nakład finansowy na środki techniczne umożliwiające dostęp do systemu rozliczeniowego (w przypadku połączenia komputera obsługującego system SWD PRM do systemu OST łączność z systemami w sieci lokalnej jest wycięta więc istnieje konieczność dostawienia dodatkowego komputera); 3) W przypadku informacji z NFZ o błędach w raporcie rozliczeniowym występuje konieczność poprawienia danych w systemie rozliczeniowym, a nie w systemie SWD, powyższe powoduje rozbieżność danych pomiędzy systemami. Zaletą systemu SWD PRM jest jego scentralizowane działanie oraz funkcjonalność zastępowalności dyspozytorni. Funkcja pozycjonowania miejsca zdarzenia nie jest nową funkcją – była ona dostępna już w poprzednich systemach dyspozytorskich, ponadto w poprzednich systemach była również możliwość lokalizacji abonenta za pomocą PLI CBD.).

(akta kontroli str. 290, 296)

W sprawie zgłaszania do administratora wojewódzkiego i centralnego problemów dotyczących funkcjonowania SWD PRM, dyrektor wyjaśnił m.in.: (...) W przypadku zespołów ratownictwa medycznego, większość zgłoszeń dotyczy problemów z synchronizacją baz danych aplikacji, przykładowo zespół otrzymuje zlecenie wyjazdu wyłącznie na komputerze MS, bez żadnej informacji o otrzymanym zleceniu na tablicie. Istnieją również inne problemy związane z brakiem pełnej kompatybilności aplikacji z systemem operacyjnym, przykładowo różnica w czasie lokalnym urządzenia, a SWD PRM, lub wymóg operowania aplikacji w określonej wersji programu Java. Dla stanowisk dyspozytorów, częstym problemem ponownie są błędy w synchronizacji bazy danych – w tym wypadku widoczności otrzymywanych zleceń pomiędzy stanowiskami, problemy z konsolami dyspozytorskimi (głównie problemy z połączeniami wychodzącymi) oraz problemy z aplikacją mapową (błędy podczas próby uruchamiania aplikacji, widocznością karetek oraz nazw ulic). Analitycy dysponenta zgłaszają natomiast problem z możliwością edycji zamkniętych kart w systemie. Częstotliwość wyżej wymienionych problemów jest losowa, z czego większość występuje od początku wdrożenia aplikacji.

(akta kontroli str. 290, 296-297)

16. Zastępca Dyrektora Lotniczego Pogotowia Ratunkowego ds. Krajowego Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego poinformował⁸², że: w SWD PRM w październiku 2019 r.:

a) w dyspozytorni w Szczecinie – przyjęto 10 241 zgłoszeń (2 506 w kodzie „1” i 7 735 w kodzie „2”). Liczba zgłoszeń w kodzie „1” przyjętych z przekroczonym limitem 120 sekund na przyjęcie zgłoszenia⁸³ dotyczyła 796 przypadków (tj. 31,8%).

Czas zadysponowania w kodzie „1” zespołu ratownictwa medycznego przez dyspozytora wysyłającego z przekroczonym limitem 30 sekund na jego zadysponowanie⁸⁴ dotyczył 805 przypadków (32,1%).

Czas wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego do miejsca zdarzenia w kodzie „1” z przekroczonym limitem 60 sekund⁸⁵ dotyczył 643 przypadków (25,7%).

W odniesieniu do 10 przypadków o najdłuższym czasie trwania poszczególnych zdarzeń w kodzie „1”:

- najdłuższy czas przyjmowania zgłoszeń wynosił od 350 do 1 227 sekund (tj. od pięciu do 20 minut);
- najdłuższy czas zadysponowania zespołów – od 847 do 2 404 sekund (tj. od 14 do 40 minut);
- najdłuższy czasu wyjazdu zespołu – od 351 do 658 sekund (tj. od pięciu do 10 minut).

Czas zadysponowania w kodzie „2” zespołu ratownictwa medycznego przez dyspozytora wysyłającego z przekroczonym limitem 90 sekund na jego zadysponowanie⁸⁶ dotyczył 683 przypadków (8,8%).

Czas wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego do miejsca zdarzenia w kodzie „2” z przekroczonym limitem 180 sekund⁸⁷ dotyczył 151 przypadków (2%).

W odniesieniu do 10 przypadków o najdłuższym czasie trwania poszczególnych zdarzeń w kodzie „2”:

- najdłuższy czas zadysponowania zespołów wynosił od 2 214 do 5 226 sekund (tj. od 36 minut do 1 godziny i 27 minut);
- najdłuższy czasu wyjazdu zespołu – od 440 do 746 sekund (tj. od siedmiu do 12 minut).

b) w dyspozytorni w Kołobrzegu – przyjęto 5 977 zgłoszeń (777 w kodzie „1” i 5 200 w kodzie „2”). Liczba zgłoszeń w kodzie „1” przyjętych z przekroczonym limitem 120 sekund na przyjęcie zgłoszenia dotyczyła 440 przypadków (tj. 56,6%).

Czas zadysponowania w kodzie „1” zespołu ratownictwa medycznego przez dyspozytora wysyłającego z przekroczonym limitem 30 sekund na jego zadysponowanie dotyczył 120 przypadków (15,4%).

Czas wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego do miejsca zdarzenia w kodzie „1” z przekroczonym limitem 60 sekund dotyczył 155 przypadków (19,9%).

⁸² W trybie określonym w art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK.

⁸³ Zgodnie z § 5 ust. 3 pkt 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 sierpnia 2019 r. w sprawie ramowych procedur obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach przez dyspozytora medycznego (Dz. U. poz. 1703) – czas przyjęcia zgłoszenia nie powinien być dłuższy niż 120 sekund. Dalej: „rozporządzenie w sprawie ramowych procedur przyjmowania i obsługi zgłoszeń alarmowych”.

⁸⁴ Zgodnie z § 8 ust. 2 pkt 1a rozporządzenia w sprawie ramowych procedur przyjmowania i obsługi zgłoszeń alarmowych – czas zadysponowania zespołu ratownictwa medycznego przez dyspozytora wysyłającego wynosi nie dłużej niż 30 sekund od momentu przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora przyjmującego.

⁸⁵ Zgodnie z § 8 ust. 2 pkt 1b rozporządzenia w sprawie ramowych procedur przyjmowania i obsługi zgłoszeń alarmowych – czas wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego do miejsca zdarzenia wynosi nie dłużej niż 60 sekund od zadysponowania przez dyspozytora wysyłającego.

⁸⁶ Zgodnie z § 8 ust. 2 pkt 2a rozporządzenia w sprawie ramowych procedur przyjmowania i obsługi zgłoszeń alarmowych – czas zadysponowania zespołu ratownictwa medycznego przez dyspozytora wysyłającego wynosi nie dłużej niż 90 sekund od momentu przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora przyjmującego.

⁸⁷ Zgodnie z § 8 ust. 2 pkt 2b rozporządzenia w sprawie ramowych procedur przyjmowania i obsługi zgłoszeń alarmowych – czas wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego do miejsca zdarzenia wynosi nie dłużej niż 180 sekund od zadysponowania przez dyspozytora wysyłającego.

W odniesieniu do 10 przypadków o najdłuższym czasie trwania poszczególnych zdarzeń w kodzie „1”:

- najdłuższy czas przyjmowania zgłoszeń wynosił od 312 do 450 sekund (tj. od pięciu do siedmiu minut);
- najdłuższy czas zadysponowania zespołów – od 298 do 1 068 sekund (tj. od czterech do 17 minut);
- najdłuższy czasu wyjazdu zespołu – od 177 do 369 sekund (tj. od dwóch do sześciu minut).

Czas zadysponowania w kodzie „2” zespołu ratownictwa medycznego przez dyspozytora wysyłającego z przekroczonym limitem 90 sekund na jego zadysponowanie dotyczył 133 przypadków (2,6%).

Czas wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego do miejsca zdarzenia w kodzie „2” z przekroczonym limitem 180 sekund dotyczył 100 przypadków (1,9%).

W odniesieniu do 10 przypadków o najdłuższym czasie trwania poszczególnych zdarzeń w kodzie „2”:

- najdłuższy czas zadysponowania zespołów – od 1 202 do 2 432 sekund (tj. od 20 do 40 minut);
- najdłuższy czasu wyjazdu zespołu – od 445 do 1 323 sekund (tj. od siedmiu do 22 minut).

(akta kontroli str. 438-452)

W odniesieniu do ww. przypadków najdłuższego czasu trwania zdarzeń, zastępca dyrektora wyjaśnił, m.in., że: *Do (...) przyczyn przekroczenia limitu czasowego (120 sekund) przyjęcia zgłoszenia (...) należą: trudny wywiad, (...) udzielanie instrukcji pierwszej pomocy (np. resuscytacji), łączenie się ponownie. Do (...) przyczyn przekroczenia limitów czasowych zadysponowania (...) należą: zajętość zespołów, lokalizacja danego zdarzenia, oczekiwania na zwolnienie zespołu, odwoływanie zespołu zadysponowanego i w to miejsce zadysponowanie innego bliższego zespołu (czas zadysponowania następnego zespołu liczony jest od pierwszego zadysponowania). Do (...) przyczyn przekroczenia limitów czasowych wyjazdu zespołu należą: infrastruktura architektoniczna budynków Pogotowia (budynki piętrowe, znaczna odległości do garaży); awarie, usterki sprzętu elektronicznego (awarie – tabletów, brak łączności internetowej – zasięgu), nieprawidłowości w obsłudze sprzętu komputerowego (błędnie wpisane czasy, błędnie zaznaczone statusy, poprawiane czasy po zakończonym zleceniu); czynności porządkowe i sanitarne w ambulansie (przygotowanie zespołu do wyjazdu – uzupełnianie sprzętu, leków, dezynfekcja (...)).* (akta kontroli str. 485, 496-498)

17. Pogotowie prowadziło księgę dysponenta (w SWD PRM), która zawierała m.in.: datę wezwania (ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinny); oznaczenie: pacjenta, wzywającego, miejsca zdarzenia; wskazanie przyczyny wezwania (objawy); oznaczenie godziny i minuty przekazania zlecenia zespołowi oraz godziny i minuty wyjazdu zespołu na miejsce zdarzenia (w systemie 24-godzinny), zgodnie z § 48 pkt 2-6, 7-9, 11 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej. Oznaczenia zespołu, który został zadysponowany na miejsce zdarzenia odbywało się poprzez określenie symbolu literowego województwa, numeru rejonu operacyjnego, numeru identyfikacyjnego zespołu (numer nieparzysty to zespół specjalistyczny, a numer parzysty to podstawowy). Księga dysponenta nie była opatrzona numerem księgi oraz nie zawierała: oznaczenia podmiotu określonego w § 10 ust. 1 pkt 1 w związku z § 48 pkt 1 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej oraz informacji o zaleceniach, co do dalszego postępowania w razie odmowy wysłania zespołu ratownictwa medycznego – § 48 pkt 10 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej. (akta kontroli str. 456)

Zastępca dyrektora wyjaśnił m.in., że *Księga dysponenta SWD PRM jest częścią składową systemu SWD PRM administrowaną przez Lotnicze Pogotowie Ratunkowe (...).* (akta kontroli str. 485, 494)

Zastępca Dyrektora Lotniczego Pogotowia Ratunkowego ds. Krajowego Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego poinformował⁸⁸ m.in., że: (...) *Ministerstwo Zdrowia nie wskazało wymagania w zakresie zmian, jakie mają być wprowadzone w 2019 r. ramach modyfikacji SWD PRM, które miałyby obejmować księgę dysponenta (...). Obecnie w SWD PRM wygenerowana księga dysponenta (...) nie zawiera kolumny z informacjami o zaleceniach, co do dalszego postępowania w razie odmowy wysłania zespołu ratownictwa medycznego. Taka informacja dostępna jest z poziomu formatki zdarzenia stworzonej przez dyspozytora medycznego za pomocą Modułu Dyspozytora oraz Modułu. Ministerstwo Zdrowia tak jak w przypadku poprzedniej odpowiedzi nie wskazało takiego wymagania w zakresie zmian, jakie mają być wprowadzone w 2019 r (...).* (akta kontroli str. 472-475)

W sierpniu 2019 r. zespoły ratownictwa medycznego wyjeżdżały do 16 667 zgłoszeń. W 9 717 przypadkach (58,3%) zespoły przekazały pacjentów do SOR/izby przyjęć (w tym w dwóch przypadkach odmówiono przyjęcia pacjenta, którego zespół przekazał do innego podmiotu leczniczego), a w 5 564 przypadkach (33,4%) udzielono pomocy w miejscu zdarzenia (1 386 zgłoszeń – dotyczyło odwołania zgłoszenia, zgłoszeń fałszywych lub takich, w których nie było pacjenta w miejscu zdarzenia). (akta kontroli str. 480)

Badanie 100 kart zleceń wyjazdu i kart medycznych czynności ratunkowych⁸⁹ oraz odpowiadających im wpisów do księgi dysponenta wykazało, że w 50 przypadkach przekazano pacjenta na SOR/izbę przyjęć (nie stwierdzono przypadków odmowy przyjęcia pacjenta przez podmiot leczniczy), w 45 udzielono pacjentowi pomocy w miejscu zdarzenia. Jedno zgłoszenie ratownik po przybyciu na miejsce zdarzenie uznał za niezasadne. W pozostałych czterech: nastąpił zgon pacjenta; pacjent oddalił się z miejsca zdarzenia; pacjenta nie było w miejscu zdarzenia oraz odwołano zgłoszenie.

Badana dokumentacja medyczna była prowadzona zgodnie z wymogami rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej. Wszystkie zapisy w kartach zlecenia wyjazdu i kartach medycznych czynności ratunkowych (w odniesieniu do odpowiadających im wpisów w księdze dysponenta) były kompletne i potwierdzały podjęte czynności. W 92 przypadkach kartę medycznych czynności ratunkowych przekazano pacjentowi lub jego przedstawicielowi oraz podmiotowi leczniczemu. W jednym przypadku dotyczącym zgonu pacjenta kartę przekazano policji przybyłej na miejsce zdarzenia, w trzech przypadkach odmówiono jej odebrania (informację o odmowie odebrania karty odnotowano na karcie medycznej oraz karcie zlecenia wyjazdu), a w trzech przypadkach: pacjent oddalił się z miejsca zdarzenia, pacjenta nie było w miejscu zdarzenia oraz odwołano zgłoszenie. Na jednej karcie medycznej czynności ratunkowych (z 50) dotyczących przekazania pacjenta podmiotowi leczniczemu, nie potwierdzono przejęcia pacjenta przez podmiot leczniczy poprzez podpis osoby przyjmującej pacjenta. (akta kontroli str. 348, 457-461)

Zastępca dyrektor wyjaśnił m.in.: (...), że *nie uzyskano potwierdzenia przyjęcia pacjenta przez szpital z powodu zajętości zespołu SOR bezzwłocznie pacjentem (pacjent z wypadku komunikacyjnego – kierujący samochodem osobowym uderzył*

⁸⁸ W trybie określonym w art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK.

⁸⁹ Losowo wybranych z sierpnia 2019 r., w tym 50 kart dotyczących przyjęcia przez podmiot leczniczy pacjenta przywiezionego przez zespół ratownictwa medycznego i 50 dotyczących udzielenia pomocy w miejscu zdarzenia.

w ciągnik). Kierownik zespołu powinien odnotować w karcie (...) powyższą przyczynę (zwrócono uwagę zespołowi). (akta kontroli str. 485, 494-495)

18. W 2018 r. w 10 przypadkach podmioty lecznicze odmówiły przyjęcia pacjenta przywiezionego przez zespół ratownictwa medycznego, a w 2019 r. (do 31.10) – w siedmiu⁹⁰. Pacjenci zostali przekazani do innego podmiotu leczniczego.

W latach 2018-2019 (do 31.10.) do Pogotowia nie wpłynęły skargi w sprawie odmowy przyjęcia do SOR/izby przyjęć pacjentów przywiezionych przez zespół ratownictwa medycznego. Do Pogotowia wpłynęły cztery pisma dotyczące skierowania pacjenta do niewłaściwego podmiotu leczniczego (z tego: jedno od podmiotu leczniczego, jedno – ZOW NFZ i dwa – Zachodniopomorskiego Urzędu Wojewódzkiego⁹¹). Dotyczyły one m.in. przypadków: skierowania pacjenta z udarem mózgu do niewłaściwego podmiotu leczniczego, niezasadnego przywożenia pacjentów w stanie niestanowiącym nagłego zagrożenia zdrowotnego oraz przypadków przywożenia pacjentów po upojeniu alkoholowym. We wszystkich ww. przypadkach dyrektor Pogotowia udzielił informacji, w których po przeprowadzonym postępowaniu wyjaśniającym potwierdził prawidłowość postępowania zespołów.

(akta kontroli str. 291, 347-348, 359-374)

Zastępca dyrektora wyjaśnił m.in.: (...) Najczęstszymi problemami w przekazywaniu pacjentów w SOR/izby przyjęć polegającymi na zbyt długim okresem oczekiwania na lekarza lub odmowie przyjęcia pacjenta są: brak dostępności lekarza, odmowy badania pacjenta przez lekarza, brak wolnych miejsc, brak możliwości diagnostyki (m.in. awaria aparatu RTG, TK, USG), zamykanie drzwi przed wjazdem zespołów ratownictwa medycznego, oczekiwanie na pacjenta po diagnostyce w IP celem dalszego, transportu do innego szpitala, nierespektowanie przepisów, zasad i zaleceń Ministra Zdrowia (m.in. odsyłanie pacjenta z jednej izby na drugą), nieetyczne zachowanie personelu w stosunku do członków zespołów (...). O przypadkach zbyt długiego oczekiwania (...) na przyjęcie pacjenta oraz odmów przyjęcia pacjenta do SOR/izby przyjęć, informowaliśmy Dyrektora Wydziału Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego Zachodniopomorskiego Urzędu Wojewódzkiego, wcześniej informowaliśmy dyrektora ZOW NFZ. Wysyłane były pisma z prośbą o stosowne interwencje. Efektem tego postępowania są znacznie ograniczone przetrzymywania zespołów ratownictwa medycznego w SOR/izby przyjęć oraz mniejsza ilość odmów przyjęcia pacjenta.

(akta kontroli str. 290-291, 352)

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

Stwierdzone
nieprawidłowości

1) W 25 objętych badaniem kartach zlecenia wyjazdu podstawowego zespołu ratownictwa medycznego, jedna osoba (z 18)⁹² zalogowana jako kierownik zespołu, nie posiadała doświadczenia w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zespole ratownictwa medycznego, lotniczym zespole ratownictwa medycznego lub szpitalnym oddziale ratunkowym, w wymiarze 5 000 godzin w okresie ostatnich pięciu lat. Osoba ta posiadała doświadczenie zawodowe w wymiarze 3 296 godzin w ww. okresie (wg stanu na 30.09.2019 r.).

(akta kontroli str. 304-305)

⁹⁰ Na podstawie informacji przekazywanych do dyrektora ZOW NFZ i Wojewody Zachodniopomorskiego. Zgodnie z pismem dyrektora ZOW NFZ, dotyczącym wytycznych Prezesa NFZ w sprawie monitorowania zjawiska odmów przyjęć przez podmioty lecznicze pacjentów przywożonych przez zespoły ratownictwa medycznego, Pogotowie zobowiązane zostało do przekazywania miesięcznych informacji o takich przypadkach. Zgodnie z pismem dyrektora ZOW NFZ (znak WSM-III.425.19.2019 z 16.07.2019 r.) od lipca 2019 r. Pogotowie zobowiązane zostało do przekazywania do Wojewody Zachodniopomorskiego informacji o przypadkach odmów przyjęcia przez podmioty lecznicze.

⁹¹ Wydziału Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego.

⁹² Z 25 osób będących kierownikiem (członkiem) zespołu – siedem osób było kierownikiem w więcej niż jednym zespole (tj. zlecenie wyjazdu nr KZW/19/P/02575601).

Zgodnie z art. 36 ust. 5 ustawy o PRM kierownikiem zespołu ratownictwa medycznego, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, może być osoba wskazana przez dysponenta jednostki, będąca ratownikiem medycznym lub pielęgniarką systemu, która posiada doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zespole ratownictwa medycznego, lotniczym zespole ratownictwa medycznego lub szpitalnym oddziale ratunkowym, w wymiarze co najmniej 5 000 godzin w okresie ostatnich 5 lat.

Zastępca dyrektora wyjaśnił m.in: *Podczas realizacji przedstawionego zlecenia (...) „kierownikiem ZRM” powinien być „członek ZRM – kierowca”, który spełniał wymogi ustawy – błąd w logowaniu ratownika medycznego. Przedstawione błędy w logowaniu pracowników do systemu nie wpływają na medyczne czynności ratunkowe w udzielaniu pomocy medycznej. (...) Są to nieprawidłowości w dokumentacji medycznej dotyczącej wyłącznie części karty wyjazdowej w wybranej opcji: „skład osobowy”. Przygotowano i wprowadzono zalecenia dla personelu medycznego o prawidłowym logowaniu się do systemu jak również wzmoczenie nadzoru przez pracowników funkcyjnych (koordynatorów i kierowników).*
(akta kontroli str. 485, 489-493)

2) W 20 przypadkach z 50 badanych dokumentacji wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego⁹³ wynikało, że członkowie zespołów nieprawidłowo logowali swój status w SWD PRM, z tego:

- w 10⁹⁴ przypadkach (z 25 objętych badaniem) w specjalistycznych zespołach ratownictwa medycznego – jeden z dwóch ratowników medycznych (członków trzyosobowego zespołu) nie zalogował się jednocześnie jako członek zespołu i kierowca (zalogował się jako kierowca);
- w 10⁹⁵ przypadkach (z 25 objętych badaniem) w podstawowych zespołach ratownictwa medycznego – jeden z dwóch członków zespołu nie zalogował się jednocześnie jako członek zespołu i kierowca (zalogował się jako kierowca).

Miało to wpływ na niewłaściwe określanie składu zespołu w 20 kartach zlecenia wyjazdu – w pkt II „Podjęcie decyzji”. Karta zlecenia wyjazdu stanowi dokumentację medyczną (indywidualną), zgodnie z § 47 ust.1 pkt 2 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej.
(akta kontroli str. 304-307)

Zgodnie z § 47 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej dysponent zespołów ratownictwa medycznego sporządza i prowadzi dokumentację indywidualną w formie karty zlecenia wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego, karty medycznych czynności ratunkowych albo karty medycznej lotniczego zespołu ratownictwa medycznego.

Zastępca dyrektora wyjaśnił m.in: *W Pogotowiu zatrudniani są wyłącznie ratownicy z uprawnieniami do prowadzenia samochodów uprzywilejowanych, wszystkie osoby z zespołów (...) posiadają uprawnienia do wykonywania medycznych czynności ratunkowych. Braki w obsadzie (...) dotyczą nieprawidłowości w logowaniu się do systemu (błędnie wybrana opcja), m.in. ratownik z uprawnieniami do prowadzenia karetki powinien zalogować się jako: „członek zespołu ZRM – kierowca”, a nie „kierowca ZRM”.*
(akta kontroli str. 485, 488)

⁹³ W październiku 2019 r.

⁹⁴ KZW/19/P/02537620 (Z0101); KZW/19/P/02615701 (Z0101); KZW/19/P/02494029 (Z0101); KZW/19/P/02496358 (Z0101); KZW/19/P/02568890 (Z0101); KZW/19/P/02616169 (Z0101); KZW/19/P/02495441 (Z0101); KZW/19/P/02569167 (Z0101); KZW/19/P/02608369 (Z0101); KZW/19/P/02609765 (Z0101).

⁹⁵ KZW/19/P/02533626 (Z0106); KZW/19/P/02538904 (Z0102); KZW/19/P/02456861 (Z0108); KZW/19/P/02499142 (Z0102); KZW/19/P/02505842 (Z0116); KZW/19/P/02532972 (Z0108); KZW/19/P/02538725 (Z0116); KZW/19/P/02538953 (Z0108); KZW/19/P/02561315 (Z0118); KZW/19/P/02568809 (Z0112).

3) W latach 2017-2018 przekroczone maksymalne czasy dotarcia zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia, określone w art. 24 ust. 1 pkt 3 ustawy o PRM, z tego:

- ponad piętnastominutowy czas dotarcia zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia w miastach powyżej 10 tys. mieszkańców, które dotyczyło w 2017 r. 749 wyjazdów (co odpowiadało 0,8% wyjazdów ogółem), w 2018 r. – 370 (0,4%) i w 2019 r. (do 30.09.) – 216 (0,3%).

Maksymalny czas dotarcia w miastach powyżej 10 tys. mieszkańców wynosił: 02:30:47 w 2017 r.; 01:33:15 w 2018 r. i 01:23:27 w III kwartale 2019 r. Był on od 01:08:27 do 02:15:47 dłuższy niż maksymalny czas dotarcie określony w art. 24 ust. 1 pkt 3 ww. ustawy (15 minut);

- ponad dwudziestominutowy czas dotarcia zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia poza miastami powyżej 10 tys. mieszkańców, które dotyczyło w 2017 r. 1 211 wyjazdów (co odpowiadało 2,8% wyjazdów ogółem), w 2018 r. – 813 (1,6%) i w 2019 r. (do 31.10.) – 435 (1,1%).

Maksymalny czas dotarcia zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia poza miastami powyżej 10 tys. mieszkańców wynosił: 01:14:50 w 2017 r.; 01:10:20 w 2018 r. i 01:21:51 w III kwartale 2019 r. Był on od 50:20 do 01:01:51 dłuższy niż maksymalny czas dotarcie określony w art. 24 ust. 1 pkt 3 ww. ustawy (20 minut).

(akta kontroli str. 471)

Przepis art. 24 ust. 1 pkt 3 ustawy o PRM stanowi, że wojewoda podejmuje działania organizacyjne zmierzające do zapewnienia następujących parametrów czasu dotarcia na miejsce zdarzenia dla zespołu ratownictwa medycznego od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego – maksymalny czas dotarcia nie może być dłuższy niż 15 minut w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców i 20 minut poza miastem powyżej 10 tysięcy mieszkańców.

Zastępca dyrektora wyjaśnił m.in.: *Do głównych przyczyn przekroczenia czasu dotarcia na miejsce zdarzenia zaliczmy: błędy systemowe (dysponowanie drugiego zespołu w miejsce oddysponowanego zespołu bliższego do miejsca zdarzenia, zadysponowanie drugiego zespołu np. S lub P do pomocy) – czas naliczany jest od czasu przyjęcia zgłoszenia, problemy z łącznością internetową jak również awarią sprzętową (tablet), wyjazdy poza rejon stacjonowania zespołu dużą odległością od miejsca stacjonowania zespołu do miejsca zdarzenia, utrudnieniami z dojazdem spowodowanymi zwiększonym natężeniem ruchu, złą nawierzchnią, planowymi i nagłymi robotami drogowymi jak również warunkami atmosferycznymi – są to przyczyny niezależne od nas. Można zauważyć, iż przekroczone maksymalne czasy dojazdu w latach 2017, 2018 i 2019 uległy zmniejszeniu.*

(akta kontroli str. 485-487)

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 wnioski:

Wnioski

- 1) *Podjęcie działań nadzorczych zobowiązujących członków zespołów ratownictwa medycznego do prawidłowego logowania statusu w SWD PRM, w celu poprawnego sporządzenia karty zlecenia wyjazdu.*
- 2) *Wzmocnienie nadzoru nad przestrzeganiem przez zespoły ratownictwa medycznego maksymalnych czasów dotarcia na miejsce zdarzenia.*

Uwagi

Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ust. 1 i 2 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 Szczecinie. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykonania wniosków

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

Szczecin, 16 stycznia 2020 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Szczecinie

Kontroler

Bogumiła Mędrzak
główny specjalista kontroli państwowej

Dyrektor