



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI  
Delegatura w Szczecinie

LSZ.410.026.04.2019

Andrzej Kondaszewski  
Dyrektor Szpitala Wojewódzkiego  
im. Mikołaja Kopernika w Koszalinie  
ul. Chałubińskiego 7, 75-950 Koszalin

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/19/105 – Funkcjonowanie ratownictwa medycznego

## I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Szpital Wojewódzki im. Mikołaja Kopernika w Koszalinie <sup>1</sup> , ul. Chałubińskiego 7, 75-950 Koszalin
Kierownik jednostki kontrolowanej	Andrzej Kondaszewski, Dyrektor Szpitala <sup>2</sup> , od 1 września 2009 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	Przygotowanie i realizacja zadań Państwowego Ratownictwa Medycznego przez szpitale prowadzące szpitalny oddział ratunkowy.
Okres objęty kontrolą	Od 1.01.2018 r. do 13.01.2020 r. (tj. do czasu zakończenia kontroli) z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli <sup>3</sup> .
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Szczecinie.
Kontrolerzy	Maciej Mikulski, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LSZ/192/2019 z 13 listopada 2019 r. Sławomir Żudro, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LSZ/205/2019 z 3 grudnia 2019 r.

(akta kontroli str. 1-3)

## II. Ocena ogólna<sup>4</sup> kontrolowanej działalności

### OCENA OGÓLNA

Szpitalny Oddział Ratunkowy Szpitala<sup>5</sup> w zakresie organizacji i lokalizacji spełniał wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego<sup>6</sup>. Natomiast nie miał na wyposażeniu dwóch aparatów do znieczuleń i jednego respiratora stacjonarnego, które były wymagane przepisami ww. rozporządzenia. Aparaty te były zlokalizowane w przyległym Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii Szpitala, do których SOR miał stały dostęp.

W prowadzonej w SOR segregacji medycznej pacjentów stosowano cztery kategorie pilności, podczas gdy rozporządzenie w sprawie sor w § 6 ust. 9 określało wymóg segregacji w pięciu kategoriach, natomiast w dwóch kategoriach ustalono dłuższy niż wymagany czas pierwszego kontaktu z lekarzem<sup>7</sup>.

Pomimo braków kadrowych w Szpitalu zapewniono obsadę wykwalifikowanego personelu medycznego na stałe przebywającego na SOR. Stwierdzono jednakże nadmierne obciążenie pracą lekarzy i pozostałego personelu.

Szpital nie wprowadził do stosowania wytycznych Ministra Zdrowia w sprawie poprawy funkcjonowania szpitalnych oddziałów ratunkowych<sup>8</sup> i nie wdrożył systemu monitorującego czas obsługi pacjenta.

<sup>1</sup> Dalej: Szpital.

<sup>2</sup> Dalej: Dyrektor.

<sup>3</sup> Dz.U. z 2019 r. poz. 489 ze zm., dalej: ustawa o NIK

<sup>4</sup> Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

<sup>5</sup> Dalej: SOR.

<sup>6</sup> Dz. U. z 2019 r. poz. 1213, dalej: rozporządzenie w sprawie sor.

<sup>7</sup> Nie stosowano koloru pomarańczowego (pierwszy kontakt z lekarzem w czasie nie dłuższym niż 10 minut), a dopuszczalny czas oczekiwania na kontakt z lekarzem przy kolorach: zielonym określono na 4 godziny, a przy niebieskim na 8 godzin, tj. był dłuższy niż ustalono we wskazanym przepisie (odpowiednio 120 i 240 minut).

<sup>8</sup> Dokument pn. Dobre praktyki postępowania w szpitalnych oddziałach ratunkowych i w izbach przyjęć opublikowany został na stronie internetowej Ministra Zdrowia: <https://www.gov.pl/web/zdrowie>.

Sposób prowadzenia dokumentacji medycznej nie odpowiadał niektórym wymogom rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania<sup>9</sup>. Badanie dokumentacji 64 pacjentów SOR wykazało, że nie zawierała ona informacji na temat stopnia natężenia bólu, opisu działań podjętych w zakresie leczenia bólu i ich skuteczności, oraz nie była podpisana przez lekarza kierującego oddziałem SOR<sup>10</sup>.

### **III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz ocena kontrolowanej działalności**

#### **OBSZAR Przygotowanie i realizacja zadań Państwowego Ratownictwa Medycznego przez szpitale prowadzące szpitalny oddział ratunkowy.**

Opis stanu faktycznego

1. Szpital nie posiadał i nie ubiegał się o akredytację Ministra Zdrowia, o której mowa w art. 3 ust. 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia<sup>11</sup>, potwierdzającą spełnianie standardów w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania Szpitala. Obowiązek posiadania takiej akredytacji nie wynikał z obowiązujących przepisów.

Dyrektor wyjaśnił, że Szpital od 2007 r. posiada certyfikowany system zarządzania jakością zgodny z wymaganiami normy ISO 9001, który corocznie oceniany był przez audytorów firmy zewnętrznej i systematycznie doskonalony.

(akta kontroli str. 4-9)

Zarządzeniem nr 32.2018 z dnia 13 marca 2018 r. Dyrektor powołał Komitet Jakości<sup>12</sup>, którego praca oparta była na funkcjonujących interdyscyplinarnych zespołach problemowych. Do zadań Komitetu należało m.in. inicjowanie, koordynowanie, nadzorowanie i wspieranie przedsięwzięć związanych z podnoszeniem jakości świadczonych usług medycznych oraz organizacji pracy Szpitala. Szczegółowy zakres zadań, strukturę oraz prawa i obowiązki Komitetu określał „Regulamin Komitetu Jakości” stanowiący załącznik nr 1 do ww. zarządzenia. Dyrektor 28.03.2018 r. zatwierdził procedurę „Zintegrowanego systemu zarządzania jakością według normy ISO 9001:2015”<sup>13</sup>.

(akta kontroli str. 1-25)

2. Szpital posiadał opracowane i stosował zasady postępowania dotyczące:

- analizy zdarzeń niepożądanych – zatwierdzone zarządzeniem Dyrektora nr 60.2009 z dnia 18 maja 2009 r. w sprawie wprowadzenia standardu postępowania na wypadek zdarzeń niepożądanych oraz zapobiegania występowaniu zdarzeń niepożądanych. Nadzór nad realizacją ww. standardu Dyrektor powierzył członkom Zespołu ds. Praw Pacjenta;
- analizy przyczyn zgonów — obowiązek wprowadzony na podstawie załącznika nr 2 do zarządzenia Dyrektora nr 32.2018 z dnia 13 marca 2018 r. ze szczególnym zwróceniem uwagi na zgony 24-godzinne, okołoperacyjne i zgony następujące w wyniku zakażenia. Personel medyczny oddziałów Szpitala, zobowiązany został do bieżącego zgłaszania Dyrektorowi informacji o takich zgonach na obowiązującym ujednoliconym wzorze karty zgłoszenia. Opracowywanie analiz przyczyn zgonów pacjentów zostało przypisane członkom Zespołu ds. Analiz Przyczyn Zgonów, do zadań którego należało również formułowanie wniosków na podstawie przeprowadzonej analizy oraz przedstawianie nowych rozwiązań

<sup>9</sup> Dz.U. z 2015 r., poz. 2069, dalej rozporządzenie w sprawie dokumentacji.

<sup>10</sup> Zwanego dalej: Koordynatorem SOR.

<sup>11</sup> Dz. U. z 2016 r. poz. 2135.

<sup>12</sup> Dalej: Komitet.

<sup>13</sup> Dalej: Procedura systemu zarządzania.

dotyczących identyfikacji i postępowania ze zwłokami osób zmarłych;

- oceny satysfakcji pacjentów - na podstawie załącznika nr 2 do zarządzenia Dyrektora nr 32.2018 z dnia 13 marca 2018 r. w Szpitalu badana była satysfakcja klientów (pacjentów i ich rodzin lub osób bliskich), zarówno korzystających ze świadczeń udzielanych w trybie stacjonarnym, jak i ambulatoryjnym. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankietowy, który modyfikowano w zależności od badanego zagadnienia lub grupy docelowej. Za opracowanie i aktualizację kwestionariusza ankietowego „Twoje zdanie nas interesuje”, jak również za analizę wyników przeprowadzanego badania satysfakcji, odpowiedzialni byli członkowie Zespołu ds. Praw Pacjenta;
- programu działań dla poprawy jakości świadczonych usług – wprowadzonego zarządzeniami nr 116.2007 z dnia 20 września 2007 r., nr 32.2018 z dnia 13 marca 2018 r. oraz nr 98.2018 z dnia 2 lipca 2018 r. W ramach tego programu Dyrektor zatwierdził Księgę jakości Szpitala, powołał Komitet oraz wdrożył dokumentację Zintegrowanego Systemu Zarządzania Jakością zgodnie z wymaganiami Normy ISO 9001. Dokumentację stanowiły m.in. Księga jakości, Polityka jakości, Procedura systemu zarządzania, Karty celów jakościowych oraz procesów i podprocesów. Ww. uregulowania wprowadzały możliwość corocznego przeprowadzania „Przeglądu Zarządzania”. Polegał on m.in. na analizie elementów systemu mających wpływ na jakość, tj.: stopnia realizacji celów strategicznych i jakościowych wynikających z Polityki jakości; wyników audytów wewnętrznych; informacji zwrotnych od klientów (w tym ankiet, reklamacji i skarg); niezgodności w procesach; ankietyzacji wewnętrznej „Twoje zdanie nas interesuje”; informacji dotyczących procesów i zgodności usług z wymaganiami (miary procesów, skuteczność procesów, itp.); kontroli zewnętrznych i zaleceń z Audytu Nadzoru; planowanych zmian; sprawozdań z działalności zespołów, które mają strategiczne znaczenie dla działalności Szpitala; oceny dostawców; stopnia realizacji szkoleń; identyfikacji, szacowania i monitorowania ryzyka w zakresie systemu zarządzania jakością oraz oceny aktualności dokumentacji.

(akta kontroli str. 6-55)

Dyrektor wyjaśnił m.in, że (...) w Szpitalu nie jest wdrożona procedura w zakresie analizy przedłużonych pobytów pacjentów. Koordynatorzy oddziałów szpitalnych na bieżąco dokonywali analizy przedłużonych pobytów. W SOR przeprowadzono analizę przedłużonych pobytów pacjentów za II kwartał 2019 r. (...) Ponadto systematycznie odbywają się spotkania z kadrą kierowniczą, podczas których omawiane były kwestie związane z jakością udzielanych świadczeń.

(akta kontroli str. 6-7)

Kierownik Działu Rozliczeń i Statystyki Medycznej Szpitala przedstawił w ww. analizie przedłużonych pobytów następujące wnioski: w każdym dniu tygodnia w SOR przyjmowana była podobna liczba pacjentów; najtrudniejszą porą dnia w SOR były godziny wczesnopopołudniowe i wieczorne (blisko połowa pacjentów stawała się tym czasie); codziennie na SOR trafiało ok. 4-5 pacjentów, którzy byli diagnozowani ponad 24 godziny (połowa z tych pacjentów ostatecznie trafiała na inny oddział Szpitala); pacjenci SOR przekazani na inne oddziały byli hospitalizowani przez 7 - 10 dni, co potwierdzało właściwą diagnozę postawioną w SOR.

(akta kontroli str. 381)

W latach 2018-2019 w Szpitalu dokonano:

- analiz zidentyfikowanych zdarzeń niepożądanych za I półrocze 2018 r. (6.09.2018 r.), II półrocze 2018 r. (19.02.2019 r.) i za I półrocze 2019 r. (10.09.2019 r.) – w których zidentyfikowano w SOR 92 takie zdarzenia w I półroczu 2018 r. (67,6%

zdarzeń w Szpitalu), 479 zdarzeń w II półroczu 2018 r. (94,5% zdarzeń w Szpitalu) i 413 zdarzeń w I półroczu 2019 r. (91,4% zdarzeń w Szpitalu). Większość, tj. 91,1% wszystkich zdarzeń niepożądanych w 2018 r. i I półroczu 2019 r. stanowiło samowolne opuszczenie SOR przez pacjenta oraz rezygnacja ze świadczeń bez powiadomienia personelu. Natomiast 7,6% zdarzeń niepożądanych było wynikiem upadków i osunięć. Podjęte działania zapobiegawcze polegały m.in. na: bezpośrednim udzieleniu pomocy, wykonaniu niezbędnych badań diagnostycznych, opisie zdarzenia w dokumentacji medycznej, przeprowadzeniu szkoleń wewnątrzoddziałowych;

(akta kontroli str. 59-63)

- analiz przyczyn zgonów – za I półrocze 2018 r. (11.10.2018 r.), za II półrocze 2018 r. (23.03.2019 r.) i za I półrocze 2019 r. (12.09.2019 r.). Łącznie w ww. okresie w Szpitalu zanotowano 345 zgonów, z czego 291 to zgony 24-godzinne (w tym 177 w SOR). Członkowie Zespołu ds. Analizy Przyczyn Zgonów nie wnieśli uwag do przyczyn zgonów w SOR określonych w analizie;

(akta kontroli str. 64-72)

- analiz ankiet satysfakcji pacjenta p.n. „Twoje zdanie nas interesuje” – za I półrocze 2018 r. (16.09.2018 r.), za II półrocze 2018 r. (17.01.2019 r.) i za I półrocze 2019 r. (10.09.2019 r.). Zespół ds. Praw Pacjenta ze wszystkich ocen sformułował następujące uwagi do pracy SOR: długi czas oczekiwania na świadczenie; brak zainteresowania pacjentem oraz opieszałość i arogancja personelu. W wyniku tych analiz w SOR podjęto działania korygujące, a także omawiano uwagi na zebraniach pracowniczych i umieszczano na tablicach informacyjnych dane o czasie diagnostycznym i liczbie pacjentów. W ww. okresie liczba pacjentów oceniających bardzo dobrze działanie SOR wzrosła z 9,95% w I półroczu 2018 r. do 41% w I półroczu 2019 r. Natomiast liczba pacjentów oceniających negatywnie SOR zmalała z 42,7% do 23,1%;

(akta kontroli str.73-111)

- przeglądu Zintegrowanych systemów zarządzania jakością - raport z 25.06.2019 r., zawierał m.in. analizę przeprowadzonych audytów wewnętrznych.

(akta kontroli str. 112-127)

W dniach 24.05. i 17.10.2018 r. oraz 12.03. i 26.09.2019 r. w SOR podczas audytów wewnętrznych dokonano sprawdzenia czy personel postępuje zgodnie przepisami prawa i procedurą systemu zarządzania m.in. w zakresie: nadzoru nad dokumentami i wyposażeniem; szkoleń personelu; procesu dokonywania zakupów i oceny dostawców; badania opinii pacjentów; monitoringu pomieszczeń SOR; działań zapobiegawczych korygujących. W toku prac audytowych nie stwierdzono nieprawidłowości oraz nie wystawiono kart niezgodności.

(akta kontroli str. 128-137)

3. SOR został zarejestrowany w ewidencji, o której mowa w art. 23a ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym<sup>14</sup>, prowadzonej przez Wojewodę Zachodniopomorskiego<sup>15</sup>, jako jednostka systemu ratunkowego. Ewidencja zawierała aktualne informacje w zakresie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz informację o nieposiadaniu zespołów ratownictwa medycznego.

(akta kontroli str. 138-140, 145-149)

4. W latach 2018-2019 w Szpitalu prowadziły działalność oddziały niezbędne przy prowadzeniu SOR, o których mowa w § 4 ust. 1 rozporządzenia w sprawie sor, tj. Oddział: Chirurgii Ogólnej; Chirurgii Urazowej i Ortopedycznej; Chirurgii Dziecięcej i Urazowo-Ortopedycznej; Wewnętrzny; Anestezjologii i Intensywnej

<sup>14</sup> Dz. U. z 2019 r., poz. 993, dalej: ustawa o ratownictwie medycznym.

<sup>15</sup> Dalej: Wojewoda.

Terapii Dorosłych, Anestezjologii; Intensywnej Terapii Dziecięcej i Neonatologicznej oraz Zakład Diagnostyki Obrazowej.

(akta kontroli str. 150-167, 170)

Według danych na 30.09.2019 r. liczba lekarzy wykonujących pracę na ww. oddziałach Szpitala w ramach umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia wyniosła łącznie 58, przy czym na sześciu (z siedmiu) oddziałach Szpitala nie było pełnego zatrudnienia lekarzy. Brakująca liczba lekarzy na tych oddziałach dotyczyła następującej liczby etatów: na Oddziale: Chirurgii Ogólnej – trzech, Chirurgii Dziecięcej i Urazowo-Ortopedycznej – trzech, Wewnętrznym – dwóch, Anestezjologii i Intensywnej Terapii Dorosłych – czterech, Anestezjologii, Intensywnej Terapii Dziecięcej i Neonatologicznej – trzech; Zakładzie Diagnostyki Obrazowej – czterech. Również w SOR wg stanu na koniec września 2019 r. wystąpiły dwa wakaty.

Szpital udzielał świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej dla osób do 19 roku życia. Świadczenia tego typu dla pacjentów powyżej 19 roku życia udzielane były w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej MSWiA w Koszalinie przy ul. Szpitalnej<sup>16</sup>.

akta kontroli str. 168-170)

*Dyrektor wyjaśnił, że problemy kadrowe związane z obsadą lekarską występowały we wszystkich wymienionych komórkach organizacyjnych. Przyczynami była wysoka średnia wieku doświadczonych specjalistów, brak młodej, chętnej do nauki kadry, brak ośrodków szkoleniowych w Koszalinie, a co za tym idzie konieczność wyjazdów na staże specjalizacyjne, koszty z tym związane (brak uczelni medycznej i ośrodków akademickich), chęć kontynuowania przez lekarzy specjalizacji za granicą. Lepsze wynagrodzenie nie były jedynym powodem migracji lekarzy. Do wyjazdu przekonuje ich organizacja i stabilność systemu, możliwość rozwoju zawodowego i szybsze uzyskanie specjalizacji oraz poczucie bezpieczeństwa wykonywanego zawodu za granicą.*

*Brak kadry lekarskiej w oddziałach szpitalnych jest zjawiskiem trwającym od około 15 lat, a w ostatnim okresie jeszcze bardziej się pogłębiał. O przyczynie tego stanu proszę zwrócić się do Ministerstwa Zdrowia, Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego Lekarzy oraz Izby Lekarskich w kwestii wyjaśnienia tego niepokojącego zjawiska. Szpital w latach 2018-2019 podjął szereg działań mających na celu pozyskanie lekarzy do pracy. Systematycznie i wielokrotnie zamieszczane były informacje o zatrudnieniu w portalach internetowych, na stronie internetowej Szpitala oraz w prasie branżowej. Ponadto za pośrednictwem Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego informowani byli konsultanci wojewódzcy, którzy posiadają informacje i podejmują decyzje w zakresie zasobów kadrowych.*

(akta kontroli str. 8, 173)

**5.** Lokalizacja i organizacja SOR była zgodna z wymogami przepisów § 3 i § 5 rozporządzenia w sprawie sor. Podjazd dla specjalistycznych środków transportu sanitarnego mieścił się w budynku, w którym znajdował się SOR, a brama podjazdu otwierała się automatycznie. Wejście dla pieszych było zadaszone. Pomieszczenia w których udzielane były świadczenia medyczne, mieściły się na parterze i pierwszym piętrze trzykondygnacyjnego budynku wyposażonego w schody i windę. Na parterze znajdowały się:

- obszar segregacji medycznej, rejestracji, informacji i przyjęć - zlokalizowany bezpośrednio przy wejściu dla pieszych i podjeździe dla specjalistycznych środków transportu, wyposażony w cztery stanowiska segregacji,

<sup>16</sup> Oddalonego od Szpitala o 3 km.

- obszar resuscytacyjno-zabiegowy obejmujący trzy sale wyposażone w cztery stanowiska,
- obszar wstępnej intensywnej terapii obejmujący dwie sale dwustanowiskowe,
- obszar terapii natychmiastowej obejmujący gabinet zabiegowy i gipsownię,
- obszar konsultacyjny obejmujący cztery gabinety.

Na piętrze znajdował się:

- obszar obserwacyjny składający się z: pięciu sal obserwacyjnych wyposażonych łącznie w 12 stanowisk,
- część administracyjna SOR,
- Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii Medycznej.

Budynek, w którym mieścił się SOR był połączony łącznikiem z budynkiem głównym Szpitala, w którym zlokalizowany był Blok Operacyjny i Zakład Diagnostyki Obrazowej.

(akta kontroli str. 174-194)

**6.** Zgodnie z § 4 ust. 4 rozporządzenia w sprawie sor, Szpital zapewnił całodobowy dostęp do:

- badań diagnostycznych wykonywanych przez podmiot zewnętrzny na podstawie umowy z 10.01.2014 r.,
- badań USG i komputerowych badań tomograficznych – które wykonywane były przez Zakład Diagnostyki Obrazowej Szpitala,
- badań endoskopowych - które wykonywane były przez Oddziały Szpitala: Chirurgii Ogólnej (gastroskopia, rektoskopia) i Laryngologii (laryngoskopia i bronchoskopia).

(akta kontroli str. 145-149, 195-207, 214-215)

Od 1.01.2019 r. na rzecz pacjentów Szpitala realizowano usługi badań bronchofiberoskopii z pobraniem wycinków, które wykonywane były w dni robocze od 8.00 do 13.00 przez Specjalistyczny Zespół Gruźlicy i Chorób Płuc w Koszalinie<sup>17</sup> na podstawie umowy nr 170/1/2018 z 27.12.2018 r.

(akta kontroli str. 210-213)

Dyrektor wyjaśnił, że badania endoskopowe bronchoskopii wykonywane były całodobowo w Oddziale Laryngologii Szpitala przez lekarzy laryngologów i anestezjologów.

(akta kontroli str. 214-215)

**7.** W obszarze segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć SOR odbywała się segregacja medyczna, którą przeprowadzali ratownicy medyczni. SOR nie posiadał procedur regulujących sposób prowadzenia segregacji. Stosowana praktyka polegała na ocenie stanu ogólnego pacjenta, stanu świadomości (na podstawie rozmowy/wywiadu), wyglądu skóry, stanu higienicznego. Badano podstawowe parametry życiowe: ciśnienie, tętno, saturację, temperaturę ciała oraz wykonywano zapis EKG. Podczas segregacji pytano o podstawowe choroby, uczulenie na leki, alergię, przyjmowane leki.

Po wykonaniu ww. czynności pracownik przeprowadzający segregację, określał kategorię pilności udzielenia świadczeń i informował pacjenta o szacunkowym czasie oczekiwania na kontakt z lekarzem.

W wyniku segregacji, pacjenci byli przydzielani do czterech kategorii pilności oznaczonych kolorami: czerwonym – pacjenci przyjmowani w pierwszej kolejności, żółtym – pomoc pilna, czas oczekiwania do 60 minut, zielonym – pomoc odroczone, czas oczekiwania do czterech godzin, niebieskim – wyczekujący, czas oczekiwania do ośmiu godzin.

(akta kontroli str. 179-194)

<sup>17</sup> Dalej: Zespół Chorób Płuc.

Wojewoda wprowadził na terenie województwa obowiązek stosowania *Dobrych praktyk postępowania w SOR i w izbach przyjęć*, zatwierdzonych i zaleconych do stosowania przez Ministerstwo Zdrowia w 2018 r.<sup>18</sup>. Szpital nie wdrożył tych zaleceń.

Koordinator SOR wyjaśnił, że przyczyną były względów praktyczne i posiadane zasoby kadrowe.

(akta kontroli str. 145-149)

8. Dyrektor zgodnie z wymogiem § 6 ust. 12 § 13 ust. 1 pkt 1 i ust. 2 rozporządzenia w sprawie sor określił w Regulaminie Organizacyjnym Szpitala zasady kierowania osób do miejsc udzielania świadczeń zdrowotnych, którym przydzielono kategorie pilności oznaczone kolorem zielonym lub niebieskim. Maksymalny czas na podjęcie przez lekarza dyżurnego SOR decyzji o skierowaniu pacjenta na leczenie do innych oddziałów Szpitala określił na 72 godziny. Natomiast maksymalny czas na podjęcie decyzji o odmowie przyjęcia do oddziałów Szpitala osoby niebędącej w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego na 24 godziny. Informacje te zamieszczone były na stronie internetowej Szpitala i wywieszenie na tablicy ogłoszeń w obszarze rejestracji i przyjęć SOR.

(akta kontroli str. 150-167, 216-217)

Zarządzeniami nr 117/14 z dnia 29 lipca 2014 r.<sup>19</sup>, i 55.2017 z dnia 13 marca 2017 r.<sup>20</sup> Dyrektor zatwierdził system raportowania o liczbie wolnych łóżek w poszczególnych jednostkach organizacyjnych. Zgodnie z postanowieniami ww. zasad ordynatorzy wszystkich oddziałów Szpitala zostali zobowiązani do codziennego raportowania stanu wolnych łóżek, w tym łóżek intensywnego nadzoru oraz liczby lekarzy na dyżurze i godzinach normalnej ordynacji oddziału do Izby Przyjęć Dziecięcej Szpitala i SOR. Personel Izby Przyjęć (Dziecięcej i Ogólnej) oraz SOR został zobowiązany do codziennego raportowania ww. danych w „Systemie informacji o szpitalach”. W sytuacji wystąpienia zerowego stanu łóżek w Oddziałach: Neurologii, Kardiologii, Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Anestezjologii i Intensywnej Terapii Dziecięcej i Neonatologicznej oraz Neurochirurgii Koordynator Oddziału lub lekarz dyżurny zobowiązani zostali do przekazania pisemnej informacji o tym fakcie lekarzowi dyżurnemu SOR, który powinien zgłaszać zaistniałą sytuację Koordynatorowi Ratownictwa Medycznego Zachodniopomorskiego Urzędu Wojewódzkiego w Szczecinie.

Pismem z 18.01.2019 r. Dyrektor zobowiązał Oddziały Szpitala do rzetelnego i terminowego przekazywania ww. informacji zgodnie z obowiązującymi procedurami.

(akta kontroli str. 218-225)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że *Koordinator SOR był informowany przez oddziały szpitalne o ilości wolnych łóżek. Nałożenie takiego obowiązku wynika wprost z zarządzeń nr 117/2014 oraz z pisma z dnia 18.01.2019 r. Ponadto, Koordynator SOR może na bieżąco pozyskać informację w tym zakresie, w systemie informatycznym.*

(akta kontroli str. 171-173)

Koordinator SOR wyjaśnił, że (...) *Mamy wgląd w systemie informatycznym do informacji o liczbie wolnych łóżek w poszczególnych oddziałach Szpitala. Klasyfikacja pacjenta czy powinien być już pacjentem danego Oddziału czy powinien przebywać na SOR jest płynna. Częsty brak miejsc w oddziałach np. w oddziałach wewnętrznych czy neurologii wynika nierzadko z niewydolności*

<sup>18</sup> Z podaniem strony internetowej.

<sup>19</sup> W sprawie raportowania do Wydziału Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego informacji o Szpitalu w „Systemie informacji o szpitalach”.

<sup>20</sup> W sprawie zmiany zarządzenia nr 117/2014 z dnia 29.07.2014 r.



*placówek medycznych znajdujących się w okolicach Koszalina (tj. Białogard czy Sławno), które także borykają się z niedostateczną liczbą miejsc oddziałowych, jak również z brakami w kadrze lekarskiej. W przypadku braku wolnych łóżek na danym Oddziale i wolnych łóżek w części obserwacyjnej SOR pacjent zostaje na SOR. Nie było przypadku braku łóżka na SOR dla pacjenta, który tego by potrzebował.*

(akta kontroli str. 146)

9. Obszary SOR były wyposażone w urządzenia i sprzęt gwarantujący wstępną diagnostykę oraz podjęcie leczenia w zakresie niezbędnym dla stabilizacji funkcji życiowych osób (które znajdowały się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego), wyszczególnione w rozporządzeniu w sprawie sor, z wyjątkiem mobilnego aparatu do znieczulania z wyposażeniem stanowiska do znieczulania, respiratora stacjonarnego na obszarze resuscytacyjno-zabiegowym oraz aparatu do znieczulania z wyposażeniem stanowiska do znieczulania wraz z zestawem monitorującym na obszarze terapii natychmiastowej.

(akta kontroli str. 179-194)

Wymieniony sprzęt znajdował się do marca 2018 r. na wyposażeniu SOR. W dniu 7.03.2018 r. respiratory i 20.03.2018 r. aparat do znieczuleń zostały przekazane do Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii zlokalizowanego obok SOR.

(akta kontroli str. 226-229)

*Koordinator SOR wyjaśnił: SOR towarzyszy Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, któremu te aparaty przekazano z powodu ekonomiki postępowania, ponieważ tam aparaty te wykorzystywane są intensywnie i są w pełni wykorzystywane. Z racji lokalizacji OAIT przy SOR – te aparaty są wykorzystywane w miarę potrzeby dla pacjentów SOR.*

(akta kontroli str. 146)

10. Minimalne zasoby kadrowe SOR, zgodnie z § 12 w związku z § 16 rozporządzenia w sprawie sor oraz § 3 regulaminu SOR z Izba Przyjęć Szpitala, to:

- ordynator oddziału (lekarz kierujący oddziałem) będący lekarzem posiadającym tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny ratunkowej lub do 31.12.2020 r. lekarz systemu;
- pielęgniarka oddziałowa będąca pielęgniarką systemu<sup>21</sup> koordynująca pracę pielęgniarek, ratowników medycznych, rejestratorek medycznych oraz personelu pomocniczego;
- lekarze w liczbie niezbędnej do zabezpieczenia prawidłowego funkcjonowania oddziału, w tym do spełnienia warunków dotyczących czasu oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem w poszczególnych kategoriach pilności, przy czym co najmniej jeden lekarz przebywający stale w oddziale będący lekarzem systemu;
- pielęgniarki lub ratownicy medyczni w liczbie niezbędnej do zabezpieczenia prawidłowego funkcjonowania oddziału, w tym do zapewnienia realizacji zadań związanych z segregacją medyczną;
- rejestratorki medyczne oraz personel pomocniczy oddziału w liczbie niezbędnej do zabezpieczenia prawidłowego funkcjonowania oddziału, w tym do spełnienia warunków dotyczących czasu oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem w poszczególnych kategoriach pilności.

Lekarze SOR podlegali bezpośrednio Koordynatorowi SOR. Inni pracownicy SOR podlegali bezpośrednio Pielęgniarsce Oddziałowej SOR, która kierowała pracami personelu medycznego (pielęgniarki, ratownicy medyczni i sanitariusze) oraz personelu administracyjnego.

(akta kontroli str. 174-178)

<sup>21</sup> Albo ratownik medyczny lub pielęgniarka systemu, posiadający wykształcenie wyższe i co najmniej 5-letni staż pracy w SOR.

W okresie objętym kontrolą:

- Koordynatorem SOR i Izby Przyjęć Szpitala był do 31.08.2018 r. lekarz specjalista w zakresie ratownictwa medycznego, a od 1.09.2018 r. lekarz specjalista w zakresie chirurgii urazowej,
  - Pielęgniarką Oddziałową SOR była pielęgniarka specjalistka w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego,
- którzy spełniali wymogi §12 ust. 1 pkt 1 i 2 rozporządzenia w sprawie sor.

(akta kontroli str. 230-245)

Według danych na 30.09.2019 r. stan kadrowy personelu medycznego Szpitala wynosił 276 lekarzy (w tym 12 w SOR), 512 pielęgniarek (w tym 30 w SOR) i 33 ratowników (w tym 28 w SOR).

(akta kontroli str. 248)

Koordynator SOR i Pielęgniarka Oddziałowa SOR wyjaśnili, że minimalna obsada personelu niezbędna do zabezpieczenia prawidłowego funkcjonowania SOR wynosi trzech lekarzy, osiem pielęgniarek i/lub ratowników medycznych, trzech sanitariuszy oraz dwie sekretarki medyczne.

(akta kontroli str. 145, 250)

Analiza obsady personelu lekarskiego w SOR w okresie od 1 lipca do 31 października 2019 r. (obejmującą zwykłą ordynację i dyżury) wykazała, że:

- liczba lekarzy przebywających stale w SOR wyniosła od dwóch do sześciu, przy czym co najmniej jeden lekarz był lekarzem systemu,
- wszyscy lekarze pracujący w ww. okresie na SOR świadczyli usługi na podstawie zawartych kontraktów,
- średnia obsada lekarska w czasie zwykłej ordynacji wyniosła 3,88 (w lipcu), 4,26 (w sierpniu), 3,74 we wrześniu i 4,01 (w październiku), zaś w trakcie dyżurów odpowiednio: 3,06; 3,51; 3,97 i 4,03, przy czym w jednym dniu tj. 12.09.2019 r. liczba lekarzy pracujących w SOR w godzinach 7.25-15.00 wyniosła dwóch,
- czterech lekarzy (zatrudnionych na podstawie kontraktu) pracowało w SOR powyżej 300 godzin miesięcznie, tj. pierwszy - 429 godzin w lipcu, 507 godzin w sierpniu, 366 godzin we wrześniu, 428 godzin w październiku; drugi - 350 godzin w lipcu, 317 godzin w sierpniu, 327 godzin we wrześniu i 342 godziny w październiku; trzeci - 374 godziny w lipcu oraz czwarty - 336 godzin w sierpniu, 313 godzin we wrześniu i 337 godzin w październiku,
- ww. czterech lekarzy niejednokrotnie pełnili wielodobowe dyżury na SOR bez przerwy. Przykładowo pierwszy z ww. lekarzy pracował w okresie:
  - od 21 lipca do 2 sierpnia w ciągu czterech dyżurów trwających kolejno przez 55,6 godzin, 55,6 godzin, 79,6 godzin i 55,6 godzin, przedzielonych 8 godzinnymi przerwami w pracy,
  - od 4 do 16 sierpnia w ciągu czterech dyżurów trwających kolejno przez: 55,6 godzin, 55,6 godzin, 79,6 godzin i 55,6 godzin, przedzielonych 8 godzinnymi przerwami w pracy,
  - od 14 do 27 września w ciągu czterech dyżurów trwających kolejno przez: 79,6 godzin, 55,6 godzin, 79,6 godzin i 72 godziny, przedzielonych 8 godzinnymi przerwami w pracy,
  - od 7 do 18 października w ciągu czterech dyżurów trwających kolejno przez: 31,5 godzin, 55,6 godzin, 79,6 godzin i 55,6 godzin, przedzielonych 8 godzinnymi przerwami w pracy.

(akt a kontroli str. 246-247, 251-263)

W sprawie dopuszczenia ww. czterech lekarzy do pracy w SOR we wskazanym wymiarze czasowym i czy nie stanowiło to zagrożenia dla ich zdrowia oraz zagrożenia udzielania przez nich nieodpowiedniej jakości świadczeń na rzecz pacjentów, Koordynator SOR wyjaśnił, że (...) *praca na dyżurze ma specyfikę*

*pozwalającą na wypoczynek w trakcie pracy i Ci lekarze wypoczywali w miarę możliwości w trakcie trwania dyżuru. Ta liczba godzin wynikała z trudnej sytuacji kadrowej na Oddziale. W sytuacji obecnej po pozyskaniu w 2020 roku nowych lekarzy grafiki od miesiąca lutego przewidują mniejsze obciążenie lekarzy i maksymalny dyżur będzie wynosił 48 godzin.*

(akta kontroli str. 146)

W sprawie zasad obsady lekarskiej oraz niezapewnienia trzech lekarzy 12.09.2019 r. w SOR, Koordynator SOR wyjaśnił, że: *W sytuacji kiedy dyżuruje dwóch lekarzy ja sam osobiście pełnię obowiązki lekarza dyżurnego odkładając obowiązki ordynacji SOR i tak było 12 września między 7.25-15.00. Nie mamy procedury obsady dyżurów. Większa obsada wynika z konieczności przeprowadzania szkoleń lekarzy oraz personelu medycznego przez lekarzy i innych spraw organizacyjnych. Dla zapewnienia komfortu pracy staramy się zapewnić większą liczbę lekarzy na dyżurze niż trzech, ale nie zawsze było to możliwe.*

(akta kontroli str. 145)

Analiza obsady pozostałego personelu stale przebywającego na SOR w okresie od 1 lipca do 31 października 2019 r. wykazała, że:

a) obsada pielęgniarsko-ratownicza

- obsada pielęgniarek i ratowników wyniosła od siedmiu do 11,
- średnia obsada w godzinach od 7.00-19.00 wyniosła 9,16 (w lipcu), 9,26 (w sierpniu), 9,43 we wrześniu i 9,42 (w październiku), zaś w trakcie dyżurów w godzinach od 19.00 do 7.00 wyniosła odpowiednio: 8,81; 8,94; 8,7 i 9,03, przy czym w jednym dniu tj. 5.10.2019 r. liczba pielęgniarek pracujących w SOR w godzinach 7.00-19.00 wyniosła siedem osób,
- w ww. okresie nie zapewniono dobowego odpoczynku lub dopuszczono do przekroczenia limitu 48 godzin w pracy w tygodniu u zatrudnionych na podstawie umowy o pracę: 17 pielęgniarek i sześciu ratowników medycznych w miesiącu lipcu, 10 pielęgniarek i pięciu ratowników w miesiącu sierpniu, dziewięciu pielęgniarek i sześciu ratowników w miesiącu wrześniu, siedmiu pielęgniarek i pięciu ratowników w miesiącu październiku,

(akta kontroli str. 264-275)

b) obsada sekretarek medycznych i sanitariuszy

- obsada przebywających stale w oddziale: sanitariuszy - wyniosła od dwóch do siedmiu, sekretarek medycznych – od dwóch do pięciu,
- średnia obsada w godzinach od 7.00-19.00 wyniosła w miesiącach lipiec-październik odpowiednio 2,97; 2,71; 2,47; 2,29 (sekretarki) i 5; 4,45; 4,43; 4,61 (sanitariusze), zaś w godzinach od 19.00 do 7.00 wyniosła odpowiednio: 2,03; 2,13; 2; 2,03, (sekretarki) i 4,61; 4,35; 4,5; 3,84 (sanitariusze), przy czym w jednym dniu tj. 24.10.2019 r. liczba sanitariuszy pracujących w SOR w godzinach 19.00-7.00 wyniosła dwie osoby,
- w ww. okresie nie zapewniono dobowego odpoczynku lub dopuszczono do przekroczenia limitu 48 godzin w pracy w tygodniu u zatrudnionych na podstawie umowy o pracę: jednej sekretarki i pięciu sanitariuszy w miesiącu lipcu, trzech sekretarek i siedmiu sanitariuszy w miesiącu sierpniu, sześciu sanitariuszy w miesiącu wrześniu, pięciu sekretarek i czterech sanitariuszy w miesiącu październiku.

(akta kontroli str. 276-281)

W sprawie braku dopuszczalnego dobowego odpoczynku lub przekroczenia dopuszczalnego limitu 48 godzin w pracy w tygodniu personelu medycznego Zastępca Pielęgniarki Oddziałowej SOR wyjaśniła, że takie sytuacje wynikały z braków kadrowych i długoterminowych zwolnień lekarskich, o czym informowała

Naczelną Pielęgniarkę Szpitala.

(akta kontroli str. 268-275, 281-287)

W dniach 28.09.2018 r., 3.06., 27.06, 30.07, 29.08 i 4.10.2019 r. Pielęgniarka Oddziałowa SOR informowała Dyrektora Szpitala za pośrednictwem Naczelnej Pielęgniarki Szpitala o brakach kadrowych personelu. Według stanu na 30.09.2019 r. braki te wyniosły: 11 etatów w grupie pielęgniarek i ratowników medycznych, 4 etaty – sanitariuszy i 1 etat – sekretarki medyczne.

Naczelna Pielęgniarka Szpitala w okresie objętym kontrolą w odpowiedzi na ww. informacje podejmowała działania w celu uzupełnienia zatrudnienia polegające m.in. na: umieszczaniu ogłoszeń na stronach internetowych Szpitala i Izb Pielęgniarskich, w prasie lokalnej, składaniu zapotrzebowania do Urzędu Pracy i Polskiego Towarzystwa Ratownictwa Medycznego. Według Pielęgniarki Naczelnej pozyskanie pracowników na ww. stanowiska było utrudnione ze względu na brak chętnych do pracy.

(akta kontroli str. 288-295)

Koordinator SOR w sprawie obsady pielęgniarek i ratowników w liczbie mniejszej niż osiem (5.10.2019 r.) i sanitariuszy w liczbie mniejszej niż trzech (24.10.2019 r.) wyjaśnił, że: *Wynikało to z nieprzewidzianych absencji chorobowych zatrudnionych ratowników i sanitariuszy w tych dniach. Są to zdarzenia incydentalne i występują jedynie w sytuacjach późnego powiadomienia o takich zdarzeniach kierownictwa SOR i brakiem możliwości zorganizowania zastępstw.*

(akta kontroli str. 148-149)

W dniu 1.07.2019 r. SOR został skontrolowany przez zespół wizytujący Zachodniopomorskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia<sup>22</sup>. W wyniku wizytacji stwierdzono, że Szpital posiadał wymagany sprzęt oraz spełnił zadeklarowane warunki organizacyjne i kadrowe.

(akta kontroli str. 296-305)

11. Zasady prowadzenia dokumentacji medycznej w SOR zostały ustalone w instrukcjach wprowadzonych zarządzeniami Dyrektora Szpitala nr 29.2017 z dnia 26 stycznia 2017 r.<sup>23</sup> obowiązującym do 27.01.2019 r. i zarządzeniem nr 12.2019 z dnia 28 stycznia 2019 r.<sup>24</sup>. Dokumentacja indywidualna i zbiorcza była prowadzona w formie elektronicznej w programie Eskulap oraz w formie papierowej.

(akta kontroli str. 306-315)

Przeprowadzone w toku kontroli NIK badanie dokumentacji medycznych 64 pacjentów SOR<sup>25</sup> wykazało, że we wszystkich przypadkach:

- wpisy były dokonywane czytelnie, w porządku chronologicznym,
- wpisy były opatrzone oznaczeniem osoby dokonującej wpisu,
- strony dokumentacji były ponumerowane,
- wpisano nazwę i numer statystyczny rozpoznania choroby wg ICD10<sup>26</sup>,
- pacjent podpisał oświadczenie o upoważnieniu do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia i do uzyskiwania dokumentacji, lub była adnotacją o braku świadomości pacjenta,
- było oznaczenie Szpitala (nazwa, kod resortowy, nazwa komórki organizacyjnej, adres),
- było oznaczenie pacjenta (nazwisko, imię, data urodzenia, oznaczenie płci, adres

<sup>22</sup> Dalej. NFZ.

<sup>23</sup> Zarządzenie w sprawie prowadzenia dokumentacji medycznej w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym i Izbie Przyjęć Ogólnej.

<sup>24</sup> Zarządzenie zmieniające Zarządzenie nr 137.2018 z dnia 10.10.2018 r. w sprawie wprowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej zwanej dalej „EDM”

<sup>25</sup> Wybrane uznawo za wrzesień i październik 2018 r. i 2019 r., po 13 miesięcznie.

<sup>26</sup> Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych.

- miejsca zamieszkania, numer PESEL),
- było oznaczenie osoby udzielającej świadczeń oraz kierującej na badania, konsultacje lub leczenie,
  - była data dokonania wpisu.

Ponadto stwierdzono, że historie choroby zawierały:

- informacje dotyczące przyjęcia pacjenta (numer w księdze, tryb przyjęcia, datę i godzinę przyjęcia, dane z wywiadu, rozpoznanie wstępne, oznaczenie lekarza przyjmującego),
- informacje dotyczące przebiegu hospitalizacji (dane z wywiadu i badania przedmiotowego, wyniki badań z opisem, wyniki konsultacji),
- informacje dotyczące wypisania pacjenta (rozpoznanie kliniczne, nr statystyczny choroby wg ICD10, opis zastosowanego leczenia, wykonanych badań i zabiegów, epikryza, data wypisu),
- zawierały dołączoną dokumentację dodatkową (kartę medycznych czynności ratunkowych).

Natomiast karty informacyjne zawierały oznaczenie podmiotu, pacjenta i osoby udzielającej świadczeń, datę wpisu, rozpoznanie z numerem.

W przypadku wszystkich badanych 64 dokumentacji stwierdzono, że:

- historie choroby w części dotyczącej przebiegu hospitalizacji nie zawierały informacji na temat stopnia natężenia bólu, działań podjętych w zakresie leczenia bólu oraz skuteczności tego leczenia, w przypadkach wymagających monitorowania bólu,
- historie choroby i karty informacyjne wystawione przez lekarza wypisującego nie były podpisane przez lekarza kierującego SOR albo lekarza przez niego upoważnionego,

wbrew wymogom określonym w § 17 ust. 1 pkt 4, § 24 ust. 2 i § 26 ust. 1 rozporządzenia w sprawie dokumentacji.

(akta kontroli str. 316-318)

Analiza ww. dokumentacji medycznych w zakresie czasu wykonywania poszczególnych czynności związanych z obsługą 64 pacjentów wykazała:

- 9 przypadków, ponadgodzinnego okresu pomiędzy zarejestrowaniem pacjenta, a przeprowadzeniem segregacji, np. pacjent zarejestrowany w księdze oddziału pod poz. 56385/2019, został zarejestrowany 11.10.2019 r. o godz. 13:16, a segregację przeprowadzono o 14:17, tj. po ponad godzinie, podobnie było w przypadku pacjentów zarejestrowanych pod poz. 57463/2019, 48989/2019, 49779/2019, 61806/2018, 59932/2018, 56262/2018, 52785/2018, 52772/2018, w których czas oczekiwania wynosił od godziny i 4 minut do godziny i 55 minut,
- 6 przypadków przekroczenia czasu oczekiwania na kontakt z lekarzem określonego w § 6 ust. 9 rozporządzenia w sprawie sor, i tak: pacjent zarejestrowany pod pozycją nr 56385/2019, w wyniku segregacji przeprowadzonej 11.10.2019 r. o godz. 14:17 został przydzielony do kategorii „czerwony”, a kontakt z lekarzem nastąpił o 15:01, tj. 44 minuty po przeprowadzeniu segregacji. Pozostałe przypadki dotyczyły pacjentów o kategorii „żółty”, których kontakt z lekarzem nastąpił odpowiednio: 57565/2019 - po godzinie i 45 minutach, 56522/2019 - po godzinie i 32 minutach, 50029/2019 - po 3 godzinach i 35 minutach, 59932/2018 - po godzinie i 21 minutach, 54412/2018 po godzinie i 8 minutach,
- 3 przypadki ponadgodzinnego czasu pomiędzy pobraniem materiału do badań laboratoryjnych a dostarczeniem go do laboratorium analitycznego, co dotyczyło pacjentów: 57772/2019, któremu badania laboratoryjne zlecono 19.10.2019 r. o godz. 12:05, pobranie materiału do badania nastąpiło o 12:17, materiał

przekazano po upływie godziny i 52 minut, oraz 56245/2018 i 58095/2018 których materiał przekazano godzinę i 50 minut po pobraniu.

(akta kontroli str. 316-318)

Koordinator SOR wyjaśnił, że: *Długie okresy pomiędzy zarejestrowaniem pacjenta a przeprowadzeniem segregacji wynikały z dużej ilości pacjentów zarejestrowanych w danym momencie. Długie okresy pomiędzy segregacją, a kontaktem z lekarzem przekraczające czasy określone w § 6 ust. 9 rozporządzenia wynikają prawdopodobnie z późnego wpisu do dokumentacji medycznej przez lekarza, który w pierwszej kolejności zaopatrywał pacjenta a często później uzupełniał wpisy w systemie informatycznym. Dokonanie takiego wpisu jest czasochłonne ze względu na wymagania systemu i lekarz często priorytetowo dokonuje świadczeń medycznych na rzecz pacjentów. Długie okresy czasu pomiędzy pobraniem materiału do badań a dostarczaniem go do laboratorium analitycznego występowały incydentalne i wynikały z potrzeby dokonania w tym czasie transportu wielu pacjentów na badania obrazkowe, co było bardziej pilne i angażowało wszystkich sanitariuszy odpowiedzialnych także za transport materiału do badań, obecnych na dyżurze.*

(akta kontroli str. 148)

**12-13.** W latach 2018-2019 nie wystąpiły przypadki czasowego zawieszenia działalności SOR. W ww. okresie w Szpitalu nie odnotowano także przypadków odmowy udzielenia świadczenia w SOR lub przekazania pacjenta do innego SOR, czy innego podmiotu leczniczego.

(akta kontroli str. 8, 319-324)

Koordinator SOR wyjaśnił, że: *SOR nie odmawia przyjęcia pacjenta. Każdy pacjent był zaopatrzony na SOR. W ww. okresie mogły wystąpić jedynie przypadki przekazania zaopatrzonego pacjenta zakwalifikowanego po diagnozie w SOR na Oddział innego podmiotu leczniczego, jeśli Szpital Wojewódzki w Koszalinie nie świadczył danych świadczeń (np. embolektomie). W takiej sytuacji pacjentowi SOR zapewnia się transport medyczny.*

(akta kontroli str. 146)

**14.** Liczba przyjęć pacjentów SOR wyniosła 49.133 w 2017 r., 47.821 w 2018 r. oraz 34.458 w okresie od 1.01. do 30.09 2019 r., z tego liczba pacjentów w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego wyniosła odpowiednio 7.838 (15,6%); 7.803 (16,3%); 4.893 (14,2%). Pacjenci którzy zostali przekazani na SOR przez zespoły ratownictwa medycznego stanowili 23,9% (11.746) wszystkich pacjentów SOR w 2017 r., 24,6% (11.936) - w 2018 r. oraz 29% (10.000) - w 2019 r. (do 30.09). W latach 2017-2019 (do 30.09) liczba pacjentów SOR, którzy zgłosili się sami, a po badaniu skierowano ich do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, wyniosła odpowiednio 29.601; 31.412 i 19.739. W ww. okresie w SOR zanotowano 419 zgonów, z tego 174 w 2017 r., 145 w 2018 r. i 100 w 2019 r. (do 30.09).

(akta kontroli str. 325)

**15.** SOR posiadał dostęp do znajdującego się na terenie Szpitala lądowiska dla śmigłowców, wpisanego do ewidencji lądowisk decyzją Urząd Lotnictwa Cywilnego z 14.08.2014 r.

(akta kontroli str. 326)

Dyrektor wyjaśnił, że (...) *lądowisko oddalone jest od budynku z SOR o 300 m w linii prostej, bez bezpośredniego połączenia jak np. tunel czy łącznik (...) przyjęcie osób, które znajduje się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego odbywa się za pośrednictwem specjalistycznego środka transportu, który Szpital posiada. Czas trwania takiego transportu od momentu przekazania pacjenta przez Zespół Transportu Lotniczego do SOR wynosi od jednej do dwóch minut.*

(akta kontroli str. 8)

16. Szpital świadczył dwa zakresy usług związanych z udzielaniem pomocy medycznej pacjentom SOR, tj.: świadczenia SOR (płatność ryczałtowa) oraz świadczenia SOR dla pacjentów UE (płatność wg faktycznie poniesionych kosztów). W ramach ww. zakresów Szpital uzyskał płatności od NFZ w łącznej kwocie: 11.726 tys. zł w 2017 r., 12.742,6 tys. zł w 2018 r. oraz 13.064,8 tys. zł na 2019 r.

Szpital w latach 2017-2019 otrzymał środki finansowe na wydatki inwestycyjne związane z funkcjonowaniem SOR, które wpłynęły na rachunek Szpitala:

- 1.158,9 tys. zł w 2018 r. - dotacja ze środków Funduszy Europejskich<sup>27</sup> za pośrednictwem Ministerstwa Finansów, na podstawie umowy na realizację Projektu „Poprawa jakości świadczonych usług i bezpieczeństwa pacjentów poprzez zakup wyrobów medycznych oraz wyposażenia do SOR w Szpitalu” nr POIS.09.01.00-00-0215/17;
- 4,8 tys. zł w 2019 r. – dotacja ze środków POIS na podstawie umowy na realizację Projektu. „Dofinansowanie zakupu sprzętu medycznego dla SOR w Szpitalu” nr POIS.09.01.00-00- 0353/18.

(akta kontroli str. 8-9, 327-359)

Przychody Szpitala kształtowały następująco:

- 202.877,3 tys. zł w 2018 r., z tego przychody SOR - 12.355,8 tys. zł w 2018 r. (6,1% przychodów Szpitala);
- 159.218,3 tys. zł w okresie od 1.01. do 30.09.2019 r., z tego przychody SOR - 9.621,6 tys. zł (6,04% przychodów Szpitala).

W ww. okresie Szpital zanotował stratę na działalności SOR w wysokości: 2.234,1 tys. zł (za 2018 r.) i 2.755,2 tys. zł (za III kwartały 2019 r.).

(akta kontroli str. 360)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że (...) Szpital otrzymuje stałą płatność ryczałtową z NFZ za tzw. „gotowość” SOR. Rokrocznie NFZ podejmuje decyzję o zwiększeniu/zmniejszeniu ryczałtu w zależności od zadeklarowanych zasobów Szpitala (liczba personelu, liczba stanowisk diagnostycznych itp.), ale przede wszystkim o liczby sprawozdanych pacjentów i ich „wartości” (każdy pacjent jest przeliczany na punkty). Taka konstrukcja refundacji za świadczenia wykonane na SOR nie daje Szpitalowi podstaw do żądania zwiększenia płatności w trakcie trwania roku rozliczeniowego. Najczęściej Szpital w trakcie roku składa wnioski/pisma o: uznanie konkretnych świadczeń odrzuconych z refundacji przez NFZ; zestawienia więźniów i aresztantów za których świadczenie płacą zleceniodawcy; renegocjację kontraktu w zakresie pacjentów SOR-UE; płatność za wykonaną usługę medyczną w SOR dla innych jednostek medycznych (najczęściej wynika to z zawartych umów); objęcie pacjentów SOR decyzją Ośrodków Pomocy Społecznej o ubezpieczenie; do pacjentów nieubezpieczonych - o płatność za wykonane świadczenie medyczne.(...)

(akta kontroli str. 8-9)

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

Stwierdzone  
nieprawidłowości

1. W prowadzonej w SOR segregacji medycznej pacjentów stosowano cztery kategorie pilności oraz dłuższe czasy pierwszego kontaktu z lekarzem w dwóch kategoriach oznaczanych kolorem zielonym i niebieskim. W SOR nie stosowano koloru pomarańczowego (pierwszy kontakt z lekarzem w czasie nie dłuższym niż 10 minut), a dopuszczalny czas oczekiwania na kontakt z lekarzem określono do 4 godzin (240 minut) przy kolorze zielonym i do 8 godzin (480 minut) przy kolorze niebieskim.

<sup>27</sup> W ramach działania 9.1. Infrastruktura ratownictwa medycznego, oś priorytetowa IX - Wzmocnienie strategicznej infrastruktury ochrony zdrowia Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2014-2020, dalej: „środki POIS”.

Rozporządzenie w sprawie sor w § 6 ust. 9 określało wymóg segregacji w pięciu kategoriach i czasy pierwszego kontaktu w kategorii oznaczanej kolorem zielonym i niebieskim odpowiednio do 120 i do 240 minut.

(akta kontroli str. 179-194)

Koordinator SOR wyjaśnił, że *Zasady triagu w SOR funkcjonują od kilku lat, a wskazany przepis funkcjonuje od lipca 2019 r. Nie wprowadziliśmy zmian, ponieważ oczekujemy na wprowadzenie zasad TOPSOR, które usystematyzują ten temat w całości.*

(akta kontroli str. odp. 147)

Zasady funkcjonowania SOR zostały unormowane w rozporządzeniu w sprawie sor i od 1.07.2019 r. SOR miał obowiązek stosowania w segregacji medycznej pacjentów kategorii pilności określonych w tym rozporządzeniu.

2. Badana indywidualna dokumentacja medyczna we wszystkich 64 przypadkach nie spełniała niektórych wymogów określonych w § 17 ust. 1 pkt 4, § 24 ust. 2 i § 26 ust. 1 rozporządzenia w sprawie dokumentacji, gdyż:

- historie choroby w części dotyczącej przebiegu hospitalizacji nie zawierały informacji na temat stopnia natężenie bólu, działań podjętych w zakresie leczenia bólu oraz skuteczności tego leczenia, w przypadkach wymagających monitorowania bólu,
- karty informacyjne wystawione przez lekarza wypisującego nie były podpisane przez lekarza kierującego SOR albo lekarza przez niego upoważnionego,
- historie choroby nie były przedstawiane przez lekarza wypisującego do oceny i podpisu lekarzowi kierującemu SOR.

(akta kontroli str. 316-318)

Koordinator Oddziału wyjaśnił, że *Specyfika pracy na SOR jest taka, że karty nie są wydawane planowo tylko na bieżąco, zatem trudno by każdą kartę podpisywał Ordynator. Na SOR zostaną wprowadzone upoważnienia do podpisywania w moim imieniu tych kart przez lekarzy dyżurujących, aby ten problem rozwiązać. Stopień natężenia bólu jest monitorowany i ból jest uśmierzany każdemu pacjentowi. Przy tylu tysiącach obsługiwanych pacjentów rocznie, zaopatrywanych dynamicznie trudno jest na bieżąco wypełniać w dokumentacji informacje na temat stopnia natężenia bólu. Wypełnianie dokumentacji na bieżąco skutkować mogłoby wydłużeniem oczekiwania na świadczenie dla pacjenta.*

(akta kontroli str. 146-147)

#### **IV. Uwagi i wnioski**

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, wnosi o wdrożenie:

Wnioski

- 1) koloru pomarańczowego w procesie segregacji medycznej oraz właściwego czasu oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem w kolorze zielonym i niebieskim,
- 2) mechanizmów zapewniających prowadzenie dokumentacji medycznej zawierającej informacje dotyczące bólu i wymagane podpisy.

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 dni 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, 5 lutego 2020 r.

Kontroler  
Maciej Mikulski  
Główny specjalista k.p.

Najwyższa Izba Kontroli  
Delegatura Szczecin  
Dyrektor