



## NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Szczecinie

LSZ.410.14.3.2025

Pan  
Stanisław Gacek  
Dyrektor  
Samodzielnego Publicznego  
Zakładu Opieki Zdrowotnej  
w Choszczynie  
  
Samodzielny Publiczny Zakład  
Opieki Zdrowotnej w Choszczynie  
ul. Niedziałkowskiego 4A  
73-200 Choszczno

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

Zmienione zgodnie z treścią uchwały nr KPK-KPO.441.169.2025 Zespołu Orzekającego Komisji Rozstrzygającej w Najwyższej Izbie Kontroli z 17 października 2025 r.

**P/25/042 – System ratownictwa medycznego**

## **I. Dane identyfikacyjne**

|                                     |                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Jednostka kontrolowana              | Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Choszcznie <sup>1</sup><br>73-200 Choszczno ul. Niedziałkowskiego 4A                                                                                                                               |
| Kierownik jednostki kontrolowanej   | Stanisław Gacek, Dyrektor Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Choszcznie od 8 grudnia 2021 r.                                                                                                                                     |
| Zakres przedmiotowy kontroli        | 1. Warunki udzielania świadczeń zdrowotnych.<br>2. Udzielenie świadczeń zdrowotnych osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.                                                                                                                 |
| Okres objęty kontrolą               | Od 1 stycznia 2023 r. do dnia zakończenia kontroli <sup>2</sup> , z wykorzystaniem danych sprzed okresu objętego kontrolą.                                                                                                                          |
| Podstawa prawna podjęcia kontroli   | Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli <sup>3</sup> .                                                                                                                                                           |
| Jednostka przeprowadzająca kontrolę | Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Szczecinie                                                                                                                                                                                                     |
| Kontrolerzy                         | Krzysztof Zawadzki, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LSZ/99/2025 z 7 maja 2025 r.<br><br>Katarzyna Danielak, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LSZ/117/2025 z 24 czerwca 2025 r. |

(akta kontroli str. 1-4)

---

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

<sup>2</sup> Czynności zakończono 8 sierpnia 2025 r.

<sup>3</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 623, dalej: ustawa o NIK.

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

|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>OCENA OGÓLNA</b>        | Najwyższa Izba Kontroli <sup>5</sup> negatywnie ocenia udzielanie świadczeń zdrowotnych osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego oraz warunki udzielania tych świadczeń.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Uzasadnienie oceny ogólnej | <p>Kierownik Szpitalnego Oddziału Ratunkowego<sup>6</sup> od 1 stycznia 2025 r. nie spełniał wymagań dla zajmowanego stanowiska określonych w § 12 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego<sup>7</sup>. W ośmiu przypadkach nie wykazano, jako potencjału kadrowego, osób udzielających świadczeń zdrowotnych na oddziale w załączniku nr 2 pn. „Harmonogram – zasoby” do umowy z Zachodniopomorskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia<sup>8</sup>. Stwierdzono 24 przypadki nieterminowego zgłoszenia wyrobów medycznych do Systemu Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia<sup>9</sup> i nieprzeprowadzanie aktualizacji danych dotyczących tych wyrobów. Nad wejściem pieszych do SOR nie było zadaszenia. Pomieszczenie higieniczno-sanitarne (wyposażone w natrysk i wózek-wannę) przystosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich oraz stanowisko do dekontaminacji nie były zlokalizowane w obszarze segregacji medycznej, co było wymogiem określonym w § 6 ust. 4 pkt 4 i 5 rozporządzenia w sprawie SOR. Zidentyfikowano przypadek braku ważnego przeglądu technicznego jednego respiratora transportowego (przez okres 57 dni).</p> <p>Nie zapewniono rzetelnego przekazywania przez Szpital Wojewódzkiemu Koordynatorowi Ratownictwa Medycznego<sup>10</sup> danych ujętych w systemie informatycznym Szpitala dotyczących liczby zgonów i liczby pacjentów przekazanych przez zespoły ratownictwa medycznego.</p> <p>W latach 2023-2025 (do 30 kwietnia) w SOR rejestrowano planowych pacjentów ze skierowaniem na oddziały szpitalne, mimo iż praktyka taka była działaniem niezgodnym z art. 3 pkt 9 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym<sup>11</sup>, zgodnie z którym w SOR udziela się pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Jedna z pielęgniarek dokonująca segregacji medycznej nie posiadała uprawnień wymaganych dla tej czynności określonych w art. 33a ust. 1 ustawy o PRM i § 6 ust. 7 rozporządzenia w sprawie SOR.</p> <p>Wykorzystywany do prowadzenia segregacji medycznej system informatyczny TOPSOR spełniał minimalne wymagania infrastruktury technicznej określone w § 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2021 r. w sprawie systemu zarządzającego trybami obsługi pacjenta w szpitalnym oddziale ratunkowym<sup>12</sup>. W latach 2023-2025 (do 30 kwietnia) nie była prowadzona</p> |

---

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

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

<sup>6</sup> Dalej: SOR lub Oddział.

<sup>7</sup> Dz.U. z 2024 r. poz. 336, ze zm.; dalej: rozporządzenie w sprawie SOR.

<sup>8</sup> Dalej: ZOW NFZ.

<sup>9</sup> Dalej: SEZOZ.

<sup>10</sup> Dalej: WKRM,

<sup>11</sup> Dz.U. z 2025 r. poz. 91, ze zm. Dalej: ustawa o PRM.

<sup>12</sup> Dz.U. z 2021 r. poz. 1182; dalej: rozporządzenie w sprawie systemu zarządzającego trybami obsługi pacjenta w SOR.

segregacja medyczna pacjentów (TRIAGE) zgłaszających się do SOR ze skierowaniem, a w odniesieniu do części pacjentów, którzy zostali poddani segregacji, w systemie TOPSOR brak było informacji o przydzielonej im w wyniku przeprowadzonej segregacji kategorii stopnia pilności udzielania świadczeń zdrowotnych. Było to niezgodne z art. 33a ust. 1, 2 i 4 ustawy o PRM oraz z § 6 ust. 9 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie SOR. W ww. okresie w systemie TOPSOR nie odnotowano czasu TRIAGE wobec 19,7% pacjentów, a czasu badania lekarskiego wobec 32,9% pacjentów, czym naruszono dyspozycję § 6 ust. 15 rozporządzenia w sprawie SOR.

Dyrektor nie określił w regulaminie organizacyjnym Szpitala maksymalnego czasu na decyzję lekarza SOR, o czym mowa w § 13 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia w sprawie SOR. Przyjęte w wewnętrznych uregulowaniach Szpitala czasy oczekiwania na badanie przez lekarza, dla koloru niebieskiego określono niezgodnie z dyspozycją § 6 ust. 9 pkt. 5 rozporządzenia w sprawie SOR.

Czasy pracy lekarzy zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych był dłuższy niż 24 godziny. W ocenie NIK zatwierdzanie grafików pracy lekarzy na tak długie godziny pracy może stanowić zagrożenie zarówno dla jakości udzielanej pomocy zdrowotnej, jak i zdrowia samych lekarzy. Dyrektor Szpitala powinien wzmocnić skuteczność nadzoru nad ustalaniem grafików pracy lekarzy.

Ze względu na wagę stwierdzonych nieprawidłowości powyższej oceny nie mogły zmienić takie okoliczności jak: spełnianie wymagań dotyczących minimalnego wyposażenia SOR; utrzymywanie zasobów kadrowych zapewniających ciągłość udzielania świadczeń zdrowotnych; zapewnienie całodobowego dostępu do badań diagnostycznych, badań USG, komputerowego badania tomograficznego oraz badań endoskopowych; rzetelne informowanie WKRM o dostępnych miejscach na oddziałach szpitalnych.

Wskazać należy, iż zidentyfikowano braki w wewnętrznych procedurach dotyczących zasad rachunkowości<sup>13</sup>, które naruszały wymogi zawarte w art. 10 ust. 1 pkt 3 lit. c uor, jednak nie miały one zasadniczego wpływu na warunki udzielania świadczeń zdrowotnych.

### **III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny częściowej<sup>14</sup> kontrolowanej działalności**

#### **OBSZAR**

#### **1. Warunki udzielania świadczeń zdrowotnych**

Opis stanu faktycznego

**1.1.** W strukturze Szpitala znajdowały się następujące oddziały: Oddział Chirurgii Ogólnej, Oddział Internistyczno-Kardiologiczny, Oddział Anestezjologii i Intensywnej Opieki Medycznej, Pracownia Rentgenodiagnostyki i Pracownia Tomografii Komputerowej, Pracownia Endoskopii, Pracownia USG, Poradnia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

(akta kontroli str. 326)

SOR spełniał wymagania zawarte w § 14 ust. 1 i 4, § 17 i § 30 ust. 1, § 31, § 33, § 37 ust. 1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie

<sup>13</sup> Tj. w Polityce rachunkowości, co do której wymagania określono w ustawie z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz.U. z 2023 r., poz. 120, ze zm.), dalej: uor.

<sup>14</sup> Oceny częściowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena częściowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą<sup>15</sup>.

Ogłędziny SOR<sup>16</sup> przeprowadzone przez NIK w dniu 17 czerwca 2025 r. wykazały m.in., że pomieszczenia SOR zlokalizowane były w samodzielny budynku nr 1, w którym znajdowały się także oddziały Intensywnej Terapii, Chirurgii Ogólnej, Ginekologii oraz Blok operacyjny. Pracownia Rentgenodiagnostyki i Tomografii Komputerowej (tj. diagnostyki obrazowej) znajdowała się w budynku nr 2 (obok budynku nr 1). W budynku nr 2 znajdował się także Oddział Chorób Wewnętrznych. W budynku nr 1 nie stosowano zsypów, a pokoje chorych nie znajdowały się poniżej poziomu terenu urządzonego przy budynku. SOR zlokalizowany był na poziomie wejścia dla pieszych i podjazdu środków transportu sanitarnego. Drzwi wejściowe do SOR otwierały się automatycznie. Wjazd dla karetek był zadaszony. Podłogi i ściany pomieszczeń SOR wykonano z materiałów umożliwiających ich mycie i dezynfekcję. Przejścia pomiędzy obszarami SOR segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć, resuscytacyjno-zabiegowym, wstępnej intensywnej terapii, terapii natychmiastowej, obserwacji, konsultacyjnym, zaplecza administracyjno-gospodarczego umożliwiały swobodny ruch pacjentów. Pomieszczenia przeznaczone do wykonywania badań lub zabiegów były wyposażone w umywalkę z baterią z ciepłą i zimną wodą, dozownikiem z mydłem w płynie i środkiem dezynfekcyjnym, pojemnikiem z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnikiem (koszem) na zużyte ręczniki. Umywalki we wszystkich pomieszczeniach umieszczone były na szafkach (poza obszarem obserwacyjnym, w którym umywalka podwieszona była do ściany).

Lokalizacja SOR odpowiadała wymogom określonym w § 3 ust. 1-5 rozporządzenia w sprawie SOR, z wyjątkiem braku zadaszania przed jednym wejściem dla pacjentów na SOR, co opisano szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

W obrębie obszaru segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć SOR, nie zapewniono pomieszczenia higieniczno-sanitarnego wyposażonego dodatkowo w natrysk i wózek-wannę, przystosowanego dla osób niepełnosprawnych, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich oraz stanowiska do dekontaminacji, co opisano szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 5-9)

Przed wejściem na SOR na tablicy ogłoszeń znajdowała się kartka informująca, iż SOR SPZOZ Choszczno jest jednostką udzielającą świadczeń opieki zdrowotnej polegających na wstępnej diagnostyce oraz podjęciu leczenia w zakresie niezbędnym dla stabilizacji funkcji życiowych osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowia oraz o miejscu udzielania świadczeń w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

(akta kontroli str. 5-9)

Zgodnie z § 40 rozporządzenia w sprawie pomieszczeń i urządzeń, instalacje i urządzenia wentylacji mechanicznej i klimatyzacji podlegały okresowemu

---

<sup>15</sup> Dz.U. z 2022 r., poz. 402, ze zm.; dalej: rozporządzenie w sprawie pomieszczeń i urządzeń.

<sup>16</sup> SOR był w trakcie remontu.

przeglądowi, czyszczeniu i dezynfekcji. Wykonano przeglądy wentylacji na zewnątrz<sup>17</sup>.

(akta kontroli str. 5-9, 294-296)

W wyniku oględzin SOR potwierdzono, iż oddział był wyposażony w wyroby medyczne i urządzenia wskazane w rozporządzeniu w sprawie SOR, tj.:

- dysponował analizatorami parametrów krytycznych, przewoźnym ultrasonografem oraz przyłóżkowymi zestawami RTG (§ 4 ust. 3);
- w obszarze segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć zapewniono wyroby medyczne i urządzenia wskazane w § 6 ust. 3 i ust. 4 pkt 1-3;
- obszar resuscytacyjno – zabiegowy był wyposażony w wyroby medyczne wskazane w § 7 ust. 3 pkt 1-9 i ust. 4 pkt 1-3;
- sala zabiegowa obszaru terapii natychmiastowej wyposażona była zgodnie z wymogami § 9 ust. 3;
- w obszarze obserwacji zapewniono wyposażenie określone w § 10 ust. 1 pkt 1-5.

(akta kontroli str. 5-9, 294-296)

W wyniku analizy dokumentacji 97 wyrobów medycznych stwierdzono, że we wszystkich wymaganych przypadkach posiadały one paszporty techniczne a wpisy wykonywane były przez osoby uprawnione, co było zgodne z art. 63 ustawy z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych<sup>18</sup>.

Stwierdzono, że jeden wyrób medyczny, tj. respirator transportowy FLIGHT60 sn 20088751 nie posiadał ważnego przeglądu technicznego, co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 98, 124-214, 294-296)

**1.2.** Wyroby medyczne wykorzystywane w SOR<sup>19</sup> i podlegające obowiązkowi zgłoszenia do Systemu Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia<sup>20</sup> na podstawie wykazu zamieszczonego w I części załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2021 r. w sprawie zakresu informacji gromadzonych w SEZOZ oraz sposobu i terminów przekazywania tych informacji<sup>21</sup>, zostały – w każdym z 24 przypadków - zgłoszone do SEZOZ po terminie określonym w ww. rozporządzeniu. Nie dokonywano na bieżąco aktualizacji tych zgłoszeń do SEZOZ. Powyższe opisano szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 98-119)

**1.3.** SPZOZ Choszczno nie posiadał lądowiska/lotniska. Dyrektor wyjaśnił: *Rozpoczęcie budowy lądowiska dla śmigłowców wraz z niezbędną infrastrukturą zaplanowane zostało niezwłocznie po wyłonieniu wykonawcy robót budowlanych w toczącym się postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego. Planowany termin zakończenia inwestycji określony został na IV kwartał 2025 r., lub I kwartał 2026 r.*

---

<sup>17</sup> Tzw. Przeglądy kominowe.

<sup>18</sup> Dz. U. z 2024 r. poz. 1620, ze zm.; dalej: Ustawa o wyrobach medycznych.

<sup>19</sup> W posiadaniu SOR, tj. cztery defibrylatory, sześć kardiomonitorów, przyłóżkowy zestaw RTG, jeden respirator, jeden respirator transportowy, jeden respirator stacjonarny, siedem strzykawkowych pomp infuzyjnych, ultrasonograf, urządzenie do kompresji klatki piersiowej.

<sup>20</sup> Dalej: SEZOZ.

<sup>21</sup> Dz. U. z 2025 r., poz. 496, dalej: rozporządzenie w sprawie informacji gromadzonych w SEZOZ.

**1.4.** Badanie dokumentacji personelu medycznego udzielającego świadczeń w SOR<sup>22</sup> 1 lipca 2023 r., 1 lipca 2024 r. oraz w pierwszym dniu każdego miesiąca w okresie od stycznia do maja 2025 r., wykazało, że zapewniono minimalne zasoby kadrowe, z czego w dniu:

- 1 lipca 2023 r. świadczeń w SOR udzielał jeden lekarz (kierujący oddziałem), trzy pielęgniarki, pięciu ratowników medycznych;
- 1 lipca 2024 r. - dwóch lekarzy (w tym jeden lekarz systemu i jeden lekarz kierujący oddziałem), trzy pielęgniarki systemu, siedmiu ratowników medycznych;
- 1 stycznia 2025 r. - dwóch lekarzy systemu, jedna pielęgniarka systemu, siedmiu ratowników medycznych;
- 1 lutego 2025 r. - dwóch lekarzy systemu, dwie pielęgniarki systemu, jeden pielęgniarz, pięciu ratowników medycznych;
- 1 marca 2025 r. - dwóch lekarzy systemu, dwie pielęgniarki systemu, sześciu ratowników medycznych;
- 1 kwietnia 2025 r. - jeden lekarz kierujący oddziałem, dwie pielęgniarki, jeden pielęgniarz, czterech ratowników medycznych;
- 1 maja 2025 r. - jeden lekarz systemu, jedna pielęgniarka systemu, jeden pielęgniarz systemu, sześciu ratowników medycznych.

(akta kontroli str. 222-228)

Badanie dokumentacji odnoszącej się do kwalifikacji zawodowych wybranego personelu medycznego w łącznej liczbie 23 osób<sup>23</sup> (w tym: czterech lekarzy<sup>24</sup>, siedmiu pielęgniarek, jednego pielęgniarza<sup>25</sup>, 11 ratowników medycznych) wykazało, że 22 osoby udzielające świadczeń zdrowotnych w SOR spełniały wymagania określone w § 12 rozporządzenia w sprawie SOR w całym okresie objętym kontrolą. Lekarz kierujący oddziałem spełniał wymagania w okresie od 1 czerwca 2023 r. do 31 grudnia 2024 r., a nie spełniał w okresie od 1 stycznia 2025 r., co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 227-228, 230-251)

Ponadto ustalono, że spośród próby obejmującej 23 osoby<sup>26</sup> (w tym lekarzy, pielęgniarki i ratowników medycznych) udzielające świadczeń zdrowotnych w SOR w okresie poddanym kontroli, w ośmiu przypadkach nie wykazano osób w załączniku nr 2 pn. „Harmonogram – zasoby” do umowy z ZOW NFZ, co opisano szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 229-229a)

Odnośnie do informowania NFZ o brakach kadrowych, Dyrektor wyjaśnił: *Dyrektor SPZOZ w Choszczynie wielokrotnie informował w czasie bezpośrednich spotkań Dyrektora Zachodniopomorskiego Wojewódzkiego Oddziału Narodowego*

---

<sup>22</sup> W badaniu nie uwzględniano osób, które w SOR udzielały jedynie konsultacji, a pracowały na innym oddziale.

<sup>23</sup> Przez pracowników udzielających świadczeń w dniach: 1 lipca 2023 r., 1 lipca 2024 r., 1 stycznia 2025 r., 1 lutego 2025 r., 1 marca 2025 r., 1 kwietnia 2025 r. i 1 maja 2025 r. – łącznie 23 osoby.

<sup>24</sup> W tym lekarza kierującego oddziałem.

<sup>25</sup> W tym pielęgniarki oddziałowej.

<sup>26</sup> Udzielające świadczeń w SOR w dniach: 1 lipca 2023 r. (11 osób), 1 lipca 2024 r. (11 osób), 1 stycznia 2025 r. (10 osób), 1 lutego 2025 r. (10 osób), 1 marca 2025 r. (10 osób), 1 kwietnia 2025 r. (10 osób) i 1 maja 2025 r. (10 osób) - w tym osoby powtarzające się.

*Funduszu Zdrowia o brakach personelu medycznego (w szczególności lekarzy specjalistów) w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym SPZOZ w Choszczynie, a także konsekwencji tego stanu w postaci konieczności znacznego obciążenia godzinowego kadry będącej w naszej dyspozycji. O problemie braku kadry lekarskiej na SOR i w innych oddziałach szpitalnych informowaliśmy Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki NFZ również w formie pisemnej w ramach wzajemnej korespondencji dotyczącej sposobu organizacji świadczeń opieki zdrowotnej w naszym Zakładzie. Pisma wysyłane były głównie w okresie poprzedzającym przeprowadzenie kontroli i ze względu na krótki okres archiwizacji zostały poddane brakowaniu. W okresie zbieżnym z okresem kontrolowanym przez NIK dominowała bezpośrednia forma kontaktu na szczeblu Dyrektorów NFZ i SPZOZ w Choszczynie.*

(akta kontroli str. 1119-1121)

**1.5.** Zgodnie z § 4 ust. 4 rozporządzenia w sprawie SOR, Szpital zapewniał dla SOR całodobowy dostęp do badań diagnostycznych RTG, tomografii komputerowej, badań laboratoryjnych, USG oraz badań endoskopowych, w tym: gastrokopii, rektoskopii, bronchoskopii i laryngoskopii. Badania mogły być wykonywane w SPZOZ Choszczyno, jak i w ramach umowy z podwykonawcą. Komputerowe badania tomograficzne były dostępne całodobowo, przy czym w pierwszym tygodniu:

- lipca 2023 r. opisy były wykonywane przez podwykonawcę;
- lipca 2024 r. opisy były wykonywane przez podwykonawcę cały tydzień, a ponadto przez dwa z tych dni były wykonywane przez lekarza ze specjalizacją z radiologii z SPZOZ Choszczyno;
- stycznia 2025 r. opisy były wykonywane przez podwykonawcę cały tydzień, a ponadto przez trzy z tych dni były wykonywane przez lekarza ze specjalizacją z radiologii z SPZOZ Choszczyno;
- maja 2025 r. były wykonywane przez podwykonawcę.

W ww. tygodniach nie wykonywano badań gastrokopii oraz bronchoskopii z powodu braku takich wskazań.

Badania rezonansem magnetycznym były dostępne całodobowo w ramach umowy z podwykonawcą, W kontrolowanym okresie, SPZOZ Choszczyno nie wykonał żadnego transportu pacjenta na badania.

(akta kontroli str. 326-329)

**1.6.** Dane przekazane WKRM przez Szpital i ujęte w tabelach dotyczących liczby przyjęć pacjentów w SOR w 2023 r. i 2024 r. będących załącznikami do Planu Działania Systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego dla Województwa Zachodniopomorskiego, były zgodne z danymi źródłowymi Szpitala zamieszczonymi w systemie informatycznym:

- dla 2023 roku - w odniesieniu do liczb ujętych w kolumnach 5a i 5b (inne) oraz 6a i 6b (liczba zgonów);
- dla 2024 roku - w odniesieniu do liczb ujętych w kolumnach 5a i 5b, 6a (liczba zgonów poniżej 18 lat).

W odniesieniu do liczb ujętych w kolumnach 7a i 7b<sup>27</sup> dla 2023 roku oraz w kolumnach 6b, 7a i 7b dla 2024 roku dane te były niezgodne, co opisano szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 1052-1053, 1058-1059)

---

<sup>27</sup> Liczba pacjentów przekazanych przez zespoły ratownictwa medycznego.

**1.7.** SPZOK Choszczno wdrożył dla SOR zalecenia standardu rachunku kosztów<sup>28</sup>. Koszty funkcjonowania SOR ujmowane były na wyodrębnionym koncie 503-01 Szpitalny Oddział Rachunkowy. Zasady klasyfikacji zdarzeń gospodarczych opisano w załączniku 3 do Polityki Rachunkowości<sup>29</sup>. Natomiast zasady tworzenia rachunku kosztów opisano w załączniku nr 1 do Zarządzenia 77/2024 Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Choszczynie z dnia 20 grudnia 2024 r. w sprawie ustanowienia zasad tworzenia rachunku kosztów w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Choszczynie. We wskazanych załącznikach podano m.in. stosowane klucze podziałowe kosztów, według których alokowano koszty pośrednie.

W przyjętych zasadach polityki rachunkowości obowiązujących w okresie objętym kontrolą nie wskazano danych o aktualnej wersji oprogramowania księgowego, co opisano szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 330-598)

Koszty funkcjonowania SOR wyodrębniono jako OPK<sup>30</sup> SOR – ryczałt dobowy. Na podstawie dokumentacji Szpitala ustalono, że:

- w 2023 r. - kwota zobowiązania według umowy z NFZ wyniosła 6 865 233 zł, a kwota faktycznie uzyskana – 6 897 226 zł (więcej o 31 993 zł), przy czym koszty funkcjonowania SOR wyniosły 6 377 842,38 zł, co oznacza dodatnią różnicę w wysokości 519 383,62 zł;
- w 2024 r. - kwota zobowiązania według umowy z NFZ wyniosła 8 970 408 zł, - a kwota faktycznie uzyskana – 9 035 156,13 zł (więcej o 64 748,13 zł), przy czym koszty funkcjonowania SOR wyniosły 7 749 363,19 zł, co oznacza dodatnią różnicę w wysokości 1 285 792,94 zł;
- w 2025 r. (I kwartał) - kwota zobowiązania według umowy z NFZ wyniosła 4 833 605 zł - a kwota faktycznie uzyskana – 4 844 144 zł (więcej o 10 539 zł), przy czym koszty funkcjonowania SOR wyniosły 4 163 601,05 zł, co oznacza dodatnią różnicę w wysokości 680 542,95 zł.

(akta kontroli str. 1087-1091)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

**1.** W wyniku przeprowadzonych przez NIK 17 czerwca 2025 r. oględzin ustalono, iż przed wejściem głównym dla pieszych na SOR nie było zadaszenia. Zgodnie z § 3 ust. 2 rozporządzenia w sprawie SOR, wejście dla pieszych powinno być zadaszone, w celu ochrony przed wpływem czynników atmosferycznych.

(akta kontroli str. 5-9)

Dyrektor wyjaśnił: *W związku z realizowaną obecnie inwestycją związaną z istotną przebudową i wyposażeniem SOR zaplanowaliśmy instalację zadaszenia przed*

<sup>28</sup> Określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 października 2020 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców (Dz. U. poz. 2045); dalej: rozporządzenie w sprawie standardu rachunku kosztów.

<sup>29</sup> Przyjętej zarządzeniem nr 61/2020 Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Choszczynie z dnia 31 grudnia 2020 r. w sprawie zasad Polityki Rachunkowości SPZOK w Choszczynie oraz Zarządzeniem nr 63/2023 Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Choszczynie z dnia 29 grudnia 2023 r. w sprawie zasad Polityki Rachunkowości SPZOK w Choszczynie.

<sup>30</sup> Ośrodek powstawania kosztów.

*wejściem w celu ochrony pacjentów przed wpływem czynników atmosferycznych. Inwestycja ta zostanie zrealizowana w bieżącym roku. W okresie przed rozpoczęciem ww. inwestycji wydatkowanie środków publicznych na realizację rozwiązań tymczasowych i prowizorycznych (...) byłyby niecelowe i nieracjonalne.*

*Dyrektor wyjaśnił ponadto: Aktualnie ze względu na uzupełniający i niskokosztowy charakter inwestycji w postaci instalacji zadaszenia przed wejściem do SOR, (...) nie opracowywaliśmy odrębnej dokumentacji technicznej czy finansowo-księgowej związanej z jej wykonaniem. (...) inwestycja ta zostanie zrealizowana w bieżącym roku, po zakończeniu prac związanych z przebudową i wyposażeniem SOR. Prace polegające na wykonaniu zadaszenia przed SOR zostaną wykonane nakładem własnym (...).*

(akta kontroli str. 97, 1197-1204)

**2.** W wyniku przeprowadzonych przez NIK w dniu 17 czerwca 2025 r. oględzin ustalono, że w obrębie obszaru segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć SOR nie zapewniono pomieszczenia higieniczno-sanitarnego wyposażonego dodatkowo w natrysk i wózek-wannę, przystosowane dla osób niepełnosprawnych, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich oraz nie zapewniono stanowiska dekontaminacji, co stanowiło naruszenie wymogów określonych w § 6 ust. 4 pkt 4 i 5 rozporządzenia w sprawie SOR.

(akta kontroli str. 5-9)

*Dyrektor wyjaśnił: SOR posiada jeden dział dekontaminacji, który jest przystosowany dla pacjentów leżących wymagających pielęgnacji i mycia w wózek - wannie. Aktualnie z izby przyjęć przejeżdża się przez obszar resuscytacyjno - zabiegowy, jednak jesteśmy w trakcie gruntownego remontu, po którego przeprowadzeniu zostanie wyodrębniony stosowny obszar, do którego wjazd będzie możliwy bezpośrednio z korytarza. Planowany termin ukończenia prac budowlano - remontowych został wyznaczony na 30 listopada 2025 r. Należy zaznaczyć, że w ramach naszego SOR dostępna jest jeszcze jedna łazienka dla pacjentów poruszających się na wózkach inwalidzkich. Ze względu na umiejscowienie SOR w obiekcie zabytkowym od zawsze czyniliśmy wszystko, by całkowicie zniwelować ewentualne bariery architektoniczne i w maksymalnym stopniu sprostać wszystkim potrzebom naszych pacjentów. Dzięki pozyskaniu dofinansowania ze źródeł zewnętrznych osiągnięcie tego planu w bieżącym roku kalendarzowym stanie się w pełni możliwe.*

(akta kontroli str. 1115-1116, 1118)

**3.** Respirator transportowy typu FLIGHT60 sn 20088751 nie posiadał ważnego przeglądu technicznego przez okres 57 dni. Według art. 63 ust. 4 ustawy o wyrobach medycznych, podmiot wykonujący działalność leczniczą oraz użytkownicy wyrobów wykorzystujący wyroby do działalności gospodarczej lub zawodowej są obowiązani posiadać dokumentację określającą terminy następnych konserwacji, działań serwisowych, przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń i kontroli bezpieczeństwa wyrobu stosowanego do udzielania świadczeń zdrowotnych, wynikające z instrukcji używania wyrobu lub zaleceń podmiotów, które wykonały czynności, o których mowa w ust. 3.

(akta kontroli str. 180-183, 294-296)

*Dyrektor wyjaśnił: Najbardziej prawdopodobną przyczyną braku przeglądu respiratora transportowego typu FLIGHT60 sn 20088751 było zaniechanie*

wykonawcy w zakresie uzupełnienia i aktualizacji danych w paszporcie urządzenia. Weryfikacja braku wpisu przez pracowników Zakładu była utrudniona ze względu na fakt, że okres ten zbiegł się z odejściem na emeryturę poprzedniego pracownika działu administracyjno - gospodarczego i stopniowym przejmowaniem obowiązków przez nową kadrę. Aktualnie braki te zostały uzupełnione.

(akta kontroli str. 293)

W trakcie kontroli NIK tj. 26 czerwca 2025 r. wykonano przegląd techniczny wskazanego wyrobu medycznego i tego dnia dokonano stosownego wpisu w paszporcie technicznym.

(akta kontroli str. 180-183)

**4.** Szpital nie przekazał terminowo informacji o 24 wyrobach medycznych i środkach ochrony osobistej<sup>31</sup> do SEZOZ. Nie dokonywano ponadto na bieżąco aktualizacji tych zgłoszeń do SEZOZ.

Przepisy art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia<sup>32</sup> oraz § 4 pkt 1 rozporządzenia w sprawie informacji gromadzonych w SEZOZ stanowią, że SEZOZ jest systemem teleinformatycznym prowadzonym przez ministra właściwego do spraw zdrowia, w którym są gromadzone informacje o wyrobach medycznych i środkach ochrony osobistej posiadanych przez usługodawców (będących podmiotami leczniczymi). Informacje takie usługodawca zobowiązany jest przekazywać co miesiąc do siódmego dnia każdego miesiąca.

(akta kontroli str. 98-123)

Dyrektor wyjaśnił: *przyczyną (...) było zaburzenie obiegu informacji i zmiany organizacyjno - kadrowe, wpływające na kształtowanie się nowych zakresów czynności personelu. Aktualnie opisane przez Państwa problemy nie powinny wystąpić w naszym Zakładzie, ze względu na usunięcie występujących nieprawidłowości i wdrożenie nowej kadry w obowiązki.*

---

<sup>31</sup> W tym: 1) urządzenie do kompresji klatki piersiowej (Lukas – Stryker) nr SN:3523GP15, które powinno być zgłoszone do SEZOZ do 7 maja 2024 r. a zostało zgłoszone 6 listopada 2024 r.; 2) respirator Flight60 nr230410211- transportowy – odpowiednio 7 maja 2024 r. i 5 listopada 2024 r.; 3) defibrylator LIFEPAK 15NR sn:50658510 – odpowiednio 7 maja 2024 r. i 6 listopada 2024 r.; 4) defibrylator LIFEPAK 12 nr SN 34811935 - 7 kwietnia 2021 r. i 6 listopada 2024 r.; 5) strzykawkowa pompa infuzyjna S300 SN 300042613 - 7 maja 2024 r. i 8 listopada 2024 r.; 6) strzykawkowa pompa infuzyjna S300 SN300042615 – 7 maja 2024 r. i 8 listopada 2024 r.; 7) przyłóżkowy zestaw RTG DRGM Topaz-32D DRK2430019A - 7 maja 2024 r. i 5 listopada 2024 r.; 8) ultrasonograf Typ H540 Samsung SN S369113HX300011B - 7 czerwca 2024 r. i 5 listopada 2024 r.; 9) respirator stacjonarny SV300 NR GB-00035670 - 7 kwietnia 2021 r. i 5 listopada 2024 r.; 10) strzykawkowa pompa infuzyjna S300 sn300042614 - 7 maja 2024 r. i 8 listopada 2024 r.; 11) strzykawkowa pompa infuzyjna S300 sn 300042616 – 7 maja 2024 r. i 8 listopada 2024 r.; 12) strzykawkowa pompa infuzyjna S300 SN 300033501- 7 stycznia 2023 r. i 8 listopada 2024 r.; 13) strzykawkowa pompa infuzyjna S300 SN 300033502 - 7 stycznia 2023 r. i 8 listopada 2024 r.; 14) strzykawkowa pompa infuzyjna S300 SN 30033499 - 7 stycznia 2023 r. i 8 listopada 2024 r.; 15) kardiomonitor PM7000 sn CE-07124258 – 7 kwietnia 2021 r. i 6 listopada 2024 r.; 16) kardiomonitor PM7000 sn CE07124259 - 7 kwietnia 2021 r. i 6 listopada 2024 r.; 17) respirator transportowy Typu FLIGHT60 z tlenem z butli sn 20088751 – 7 stycznia 2022 r. i 5 listopada 2024 r.; 18) defibrylator typu LIFEPAK 15 nr 38996188 - 7 kwietnia 2021 r. i 6 listopada 2024 r.; 19) defibrylator typu lifepak 12 sn 37524489 - 7 kwietnia 2021 r. i 6 listopada 2024 r.; 20) respirator transportowy PARA PAC 200D SN 1006142 - 7 kwietnia 2021 r. i 5 listopada 2024 r.; 21) kardiomonitor Mindray BENEVISION N12 sn F8-04019362 - 7 kwietnia 2021 r. i 6 listopada 2024 r.; 22) kardiomonitor Mindray BENEVISION N12 sn F804019333 - 7 kwietnia 2021 r. i 6 listopada 2024 r.; 23) kardiomonitor Mindray BENEVISION N12 sn F804019304 - 7 kwietnia 2021 r. i 6 listopada 2024 r.; 24) kardiomonitor Mindray BENEVISION N12 sn F804019323 - 7 kwietnia 2021 r. i 6 listopada 2024 r.

<sup>32</sup> Dz. U. z 2025 r. poz. 302, ze zm.; dalej: ustawa o systemie informacji w ochronie zdrowia.

(akta kontroli str. 1176-1178, 1180)

W trakcie kontroli NIK, tj. 31 lipca i 6 sierpnia, Szpital zaktualizował informacje o wyrobach medycznych w SEZOZ.

(akta kontroli str. 1123-1172)

5. Lekarz kierujący od 1 stycznia 2025 r. oddziałem SOR (Kierownik SOR) nie spełniał wymogów dla zajmowanego stanowiska. Nie posiadał bowiem kwalifikacji określonych w § 12 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia w sprawie SOR, tj. tytułu specjalisty w dziedzinie medycyny ratunkowej albo specjalizacji I lub II stopnia lub tytułu specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, intensywnej terapii, chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, ortopedii i traumatologii, pediatrii, neurologii lub kardiologii.

(akta kontroli str. 227-228, 230-251)

Dyrektor wyjaśnił: *doktor M. uzyskał tytuł specjalisty z zakresu medycyny ratunkowej na Ukrainie. W celu uznania zdobytych przez niego uprawnień w Polsce zwrócił się on ze stosownym wnioskiem do Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, które uzależniło potwierdzenie tytułu specjalisty w dziedzinie medycyny ratunkowej od spełnienia dodatkowych wymogów (m.in. w postaci uzupełnienia niektórych kursów specjalistycznych). Aktualnie jest on w trakcie ich realizacji i oczekujemy na ostateczne potwierdzenie pełnych uprawnień z jego strony. Kwalifikacje uzyskane przez doktora M. były niezmiennie traktowane jako analogiczne do tych jakie posiadają lekarze po drugim roku specjalizacji w dziedzinie medycyny ratunkowej. Kwestia ta pozostawała bezsporna zarówno dla Narodowego Funduszu Zdrowia (który akceptował wykazywanie go jako lekarza systemu kierującego SOR), jak i dla innych placówek medycznych, w których Pan M. udzielał wcześniej świadczeń. Ze względu na wieloletnią pracę na SOR-ach (w wymiarze przekraczającym liczbę trzech tysięcy godzin w okresie ostatnich trzech lat) i stosunkowo niewielki zakres wymagań do uzupełnienia zakreślony przez CMKP, konieczny do uzyskania pełnego potwierdzenia uprawnień, można śmiało stwierdzić, że lekarz ten daje zasadniczo znacznie lepszą gwarancję prawidłowego udzielania świadczeń opieki zdrowotnej niż lekarz po ukończeniu drugiego roku specjalizacji z zakresu medycyny ratunkowej (co znalazło wyraz w braku zastrzeżeń ze strony NFZ). W kontekście powyższych wyjaśnień należałoby stwierdzić, że doktor M. spełnia wymagania konieczne dla uznania jego kwalifikacji jako „lekarza systemu” zgodnie z art. 3 pkt 3 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (...). Jednocześnie możliwość pełnienia przez niego funkcji lekarza kierującego SOR do 31 grudnia 2024 r. przyznawał mu § 16 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (...) - zgodnie z którym w okresie do 31 grudnia 2024 r. ordynatorem oddziału (lekarzem kierującym oddziałem) był lekarz systemu. Jeszcze przed 1 stycznia 2025 r. podejmowaliśmy i nieustannie podejmujemy intensywne zabiegi zmierzające do pozyskania lekarza ze wszystkimi niezbędnymi kwalifikacjami do pełnienia funkcji lekarza kierującego SOR, naciskając jednocześnie Pana M. do rychłego zakończenia procesu uzupełniania kursów specjalistycznych niezbędnych dla uzyskania pełnych kwalifikacji. Wierzymy, że w najbliższej przyszłości nasze zabiegi przyniosą pożądane rezultaty i osiągniemy pełną zgodność z obowiązującymi po 1 stycznia 2025 r. wymaganiami.*

(akta kontroli str. 285-286, 288-289)

**6.** Do ZOW NFZ nie zgłoszono jako potencjału kadrowego SOR (ujmowanego w załączniku nr 2 „Harmonogram – zasoby”): w 2023 r. w ramach aneksu nr 14 do umowy nr 16000066523007 dwóch pielęgniarek i jednego ratownika medycznego; w 2024 r. w ramach aneksu nr 26 - RY5 do umowy nr 16000066523007 - dwóch ratowników medycznych; w 2025 r. w ramach aneksu nr 66-RY8 do umowy nr 16000066524007 - trzech ratowników medycznych. Powyższe stanowiło naruszenie § 6 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej<sup>33</sup>, według którego zmiany w harmonogramie dotyczące osób, o których mowa w ust. 1, wymagają zgłoszenia Prezesowi Funduszu albo dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Funduszu, z którym świadczeniodawca zawarł umowę, najpóźniej w dniu poprzedzającym ich powstanie albo, w przypadkach losowych, niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia.  
(akta kontroli str. 229-229a, 297-325, 739-755)

Dyrektor wyjaśnił: *Brak niezwłocznego zgłoszenia Pani A.M. jako personelu SOR do Narodowego Funduszu Zdrowia spowodowany był incydentalnym zaburzeniem obiegu informacji o nowoprzyjętym personelu SOR, które skutkowało powstałym opóźnieniem. (...) brak niezwłocznego zgłoszenia ratowników medycznych: W. S, P. B, C.R oraz pielęgniarki M.S.- jako personelu SOR do Narodowego Funduszu Zdrowia spowodowany był niedociągnięciem w obiegu informacji o nowo przyjętych pracownikach. Pielęgniarka K. K była zgłoszona do umowy SOR w 2023 roku. Nie została natomiast wskutek błędnego kopiowania umów na rok 2024 prawidłowo „podpięta”.*

(akta kontroli str. 959-961, 1181, 1184)

**7.** W tabeli 9 „Liczba pacjentów w szpitalnym oddziale ratunkowym w roku 2024” w kolumnie 6b „Liczba zgonów w szpitalnym oddziale ratunkowym dla wieku powyżej 18 lat” wykazano 21, podczas gdy liczba zgonów w SOR odnotowana w sporządzonym dla NIK zestawieniu Tabela 12 - Opieka nad pacjentami w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym SPZOZ w Choszczynie (dane za okres od 1 stycznia 2023 r. do 30 kwietnia 2025 r.) – kol. O<sup>34</sup> wynosiła 22, tj. więcej o jeden. Rozbieżność w danych dotyczyła także łącznej liczby pacjentów przekazanych przez zespoły ratownictwa medycznego – w ww. tabeli 9 za 2023 r. podano 2 559 pacjentów, a w zestawieniu sporządzonym dla NIK w kol. D<sup>35</sup> odnotowano 1 776 osób, tj. mniej o 783, z kolei w 2024 r. były to odpowiednio 1820 i 1 635 osób, tj. mniej o 185.

Podawanie Wojewódzkiemu Koordynatorowi Ratownictwa Medycznego danych (w ww. tabeli 9) niezgodnych z danymi zarejestrowanymi w systemie informatycznym Szpitala było działaniem nierzetelnym.

(akta kontroli str. 1024-1051 plik nr 8, 1052-1055, 1058-1059)

---

<sup>33</sup> Dz. U. z 2025 r. poz. 400, ze zm..

<sup>34</sup> W opisie do niniejszej kolumny wskazano „Data i czas faktycznego zgonu pacjenta na SOR w systemie AMMS”.

<sup>35</sup> W opisie do niniejszej kolumny wskazano „W systemie TOPSOR pojawia się pobrany bilet na ekranie monitora personelu, który wzywa numer do rejestracji. Data i czas wezwania w systemie TOPSOR”.

Dyrektor wyjaśnił: *Różnica w liczbie zgonów wynika najprawdopodobniej z tego, że jeden ze zgonów nie został wprowadzony do systemu ze względu na oczekiwanie na wyniki sekcji zwłok.*

W sprawie rozbieżności w danych o liczbie pacjentów przekazanych przez ZRM:  
- w 2023 r., Dyrektor wyjaśnił: *Nieścisłości wynikają najprawdopodobniej z niewłaściwego wygenerowania danych w jednym z systemów ze względu na ich „ręczne” wprowadzanie przez personel w zestawieniu przygotowanym dla Wojewódzkiego Koordynatora Ratownictwa Medycznego;*  
- w 2024 r., Dyrektor wyjaśnił: *Różnice wynikają najprawdopodobniej z niewłaściwie wygenerowanych danych z systemu.*

(akta kontroli str. 1082-1083, 1085-1086)

**8.** W przyjętych w SPZOZ Choszczno Politykach rachunkowości obowiązujących w okresie objętym kontrolą nie podano obowiązującej wersji oprogramowania, i daty rozpoczęcia jego eksploatacji, co stanowiło naruszenie art. 10 ust. 1 pkt 3 lit. c uor.

(akta kontroli str. 330-598)

Główny księgowy Szpitala wyjaśnił: *dotychczas posługiwaliśmy się jedynie podaniem w polityce rachunkowości rodzaju oprogramowania, ponieważ wersje zmieniają się kilka razy w roku. Celem wypełnienia obowiązku wynikającego z art. 10 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości, stwierdziliśmy, że aktualna wersja oprogramowania będzie podana w ramach zarządzenia, bo tak mówi ustawa.*

(akta kontroli str. 1090-1091)

W trakcie kontroli NIK, tj. 24 lipca 2025 r. Dyrektor SPZOZ wydał zarządzenie nr 38/2025 zmieniające zarządzenie w sprawie ustanowienia polityki rachunkowości Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Choszczynie, w którym zawarł daty rozpoczęcia eksploatacji oraz wersje użytkowanego oprogramowania.

(akta kontroli str. 1090-1093)

#### **OCENA CZĄSTKOWA**

NIK negatywnie ocenia działania Szpitala w zakresie zapewnienia warunków udzielania świadczeń zdrowotnych przez SOR w latach 2023-2025 (do dnia zakończenia kontroli).

Kierownik SOR od 1 stycznia 2025 r. nie spełniał wymagań dla zajmowanego stanowiska określonych w § 12 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia w sprawie SOR. W ośmiu przypadkach nie wykazano, jako potencjału kadrowego, osób udzielających świadczeń zdrowotnych na oddziale w załączniku nr 2 pn. „Harmonogram – zasoby” do umowy z ZOW NFZ. Stwierdzono 24 przypadki nieterminowego zgłoszenia wyrobów medycznych do SEZOZ i nieprzeprowadzanie aktualizacji danych dotyczących tych wyrobów.

Nad wejściem dla pieszych na SOR nie było zadaszenia. Pomieszczenie higieniczno-sanitarne (wyposażone w natrysk i wózek-wannę) przystosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich oraz stanowisko do dekontaminacji nie były zlokalizowane w obszarze segregacji medycznej, co było wymogiem określonym w § 6 ust. 4 pkt 4 i 5 rozporządzenia w sprawie SOR. Zidentyfikowano przypadek braku ważnego przeglądu technicznego jednego respiratora transportowego (przez okres 57 dni). Nie zapewniono rzetelnego przekazywania WKRM przez Szpital danych

ujętych w systemie informatycznym Szpitala dotyczących liczby zgonów i liczby pacjentów przekazanych przez zespoły ratownictwa medycznego.

Ze względu na wagę stwierdzonych nieprawidłowości powyższej oceny nie mogły zmienić takie okoliczności jak: spełnianie wymagań dotyczących minimalnego wyposażenia SOR; utrzymywanie zasobów kadrowych zapewniających ciągłość udzielania świadczeń zdrowotnych; zapewnienie całodobowego dostępu do badań diagnostycznych, badań USG, komputerowego badania tomograficznego oraz badań endoskopowych.

Wskazać należy, iż zidentyfikowano braki w wewnętrznych procedurach dotyczących zasad rachunkowości, które naruszały wymogi zawarte w art. 10 ust. 1 pkt 3 lit. c uor, jednak nie miały one zasadniczego wpływu na warunki udzielania świadczeń zdrowotnych.

## OBSZAR

### **2. Udzielenie świadczeń zdrowotnych osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego**

#### Opis stanu faktycznego

**2.1.** Badanie dokumentacji dotyczącej czasu pracy personelu SOR<sup>36</sup> udzielającego świadczeń zdrowotnych w styczniu 2024 r. i 2025 r. w ramach jednomiesięcznego okresu rozliczeniowego wykazało m.in., że każdy z pięciu lekarzy pracował ponad 24 godziny od jednego do czterech razy. Łączny czas pracy lekarzy we wszystkich komórkach organizacyjnych Szpitala wynosił od 48 do 164 godzin, pielęgniarek od 48 do 295, ratowników medycznych od 168 do 264 godzin w danym okresie rozliczeniowym.

Przypadki pracy lekarzy w SOR powyżej 24 godzin bez zapewnienia wypoczynku opisano szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 686-699)

**2.2.** Przeprowadzone przez NIK w dniu 30 czerwca 2025 r. oględziny elementów infrastruktury technicznej systemu TOPSOR wykazały przestrzeganie minimalnych wymagań wynikających z § 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2021 r. w sprawie systemu zarządzającego trybami obsługi pacjenta w szpitalnym oddziale ratunkowym<sup>37</sup>. Wyposażenie SOR stanowiły:

- automat biletowy stojący z ekranem dotykowym wykonanym w technologii LCD, o przekątnej wynoszącej co najmniej 24 cale, drukarką do biletów i czytnikiem kodów kreskowych, zainstalowany przy wejściu do SOR;
- automat biletowy stojący, z przyciskami mechanicznymi i drukarką, zainstalowany przy podjeździe dla specjalistycznych środków transportu sanitarnego;
- drukarka nabiurkowa do biletów zainstalowana na stanowisku rejestracji w SOR;
- wyświetlacz zbiorczy z ekranem wykonanym w technologii LCD, o przekątnej wynoszącej co najmniej 42 cale, z jednostką sterującą, zainstalowany w obszarze segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć SOR;

<sup>36</sup> Po pięć osób w danej grupie zawodowej (tj. lekarze, pielęgniarki i ratownicy medyczni). Wszystkie osoby były zatrudnione na podstawie umów cywilnoprawnych.

<sup>37</sup> Dz. U. z 2021 r., poz. 1182; dalej: rozporządzenie w sprawie systemu zarządzającego trybami obsługi pacjenta w SOR.

- wyświetlacz stanowiskowy z ekranem wykonanym w technologii LCD, o przekątnej wynoszącej co najmniej 21 cali, zainstalowany w obszarze segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć SOR;
- terminal stanowiskowy z ekranem dotykowym wykonanym w technologii LCD, o przekątnej wynoszącej co najmniej 10 cali;
- tablet o zwiększonej odporności na uszkodzenia mechaniczne, z możliwością jego dezynfekcji;
- zestaw nagłaśniający;
- komputer centralny klasy PC dostosowany do pracy ciągłej;
- kardiomonitor stacjonarno-transportowy z ekranem LCD, o przekątnej wynoszącej co najmniej 12 cali, umożliwiający komunikację z TOPSOR przez eksport danych do KSM.

(akta kontroli str. 700-703)

**2.3.** W okresie od 1 stycznia 2023 r. do 30 kwietnia 2025 r. czynności segregacji medycznej w SOR były dokumentowane w postaci karty segregacji medycznej. Segregacja dokonywana była łącznie przez 20 osób, które wykonały od 44 do 2 416 czynności.

Na podstawie badania kwalifikacji 15 osób, które zatwierdziły w ww. okresie najmniejszą liczbę kart segregacji medycznej stwierdzono, iż 14 osób posiadało uprawnienia określone w § 6 ust. 7 rozporządzenia w sprawie SOR, a jedna osoba nie posiadała wymaganych uprawnień, co opisano szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 704-705, 706-709)

**2.4.** Zarówno w regulaminie organizacyjnym, jak i w dokumencie pn. „Procedura segregacji medycznej i kolejności przyjmowanych pacjentów w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w Choszczynie”, Dyrektor nie określił maksymalnego czasu na podjęcie decyzji, o których mowa w § 13 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia w sprawie SOR, tj. decyzji przez lekarza dyżurnego SOR o skierowaniu pacjenta na leczenie do oddziałów Szpitala lub odmowie przyjęcia do SOR osoby niebędącej w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego lub decyzji lekarza oddziału o przyjęciu pacjenta na SOR, co opisano szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 710-738, 756-887)

Kategorie pilności kwalifikowania pacjentów w zakresie kolorów czerwonego, pomarańczowego, żółtego i zielonego opisano zgodnie z § 6 ust. 9 pkt 1-4 rozporządzenia w sprawie SOR, jednak w zakresie koloru niebieskiego (pkt 5) opis był niezgodny z ww. rozporządzeniem, co opisano szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 878-887)

W okresie objętym kontrolą w Tabeli nr 8, będącej załącznikiem do Planu Działania Systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego dla Województwa Zachodniopomorskiego, wykazane zostały oddziały SPZOZ Choszczno wraz z liczbą łóżek przeznaczonych na potrzeby pacjentów w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

(akta kontroli str. 1054-1057)

W sprawie sposobu określania liczby ww. łóżek, Dyrektor wyjaśnił: *Liczba łóżek w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym została ustalona zgodnie z wymogami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego*

*oddziału ratunkowego (...), zgodnie z zasadą optymalnego dostosowania ich ilości do rzeczywistych potrzeb Pacjentów, przy uwzględnieniu możliwości organizacyjnych i lokalowych naszego Zakładu, a także dostępności kadry medycznej. Opinie lekarzy kierujących oddziałami uzyskiwane były na bieżąco w drodze bezpośrednich spotkań roboczych, podobnie jak informacje zwrotne przekazywane od Dyrektora Zakładu lekarzom kierującym oddziałami szpitalnymi i lekarzowi kierującemu Szpitalnym Oddziałem Ratunkowym w formie pisemnej. (...) Liczba łóżek w poszczególnych jednostkach organizacyjnych szpitala wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, zabezpieczanych na potrzeby osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego skierowanych do tych jednostek z oddziału, była ustalana przez Dyrektora Zakładu, po zasięgnięciu opinii ordynatorów oddziałów lub lekarzy kierujących oddziałami. Informacja o liczbie ww. łóżek była podawana do wiadomości ordynatorów oddziałów lub lekarzy kierujących oddziałami oraz lekarza dyżurnego w SOR w formie pisemnej.*

(akta kontroli str. 959-962, 1122)

**2.5.** Z informacji uzyskanych od WKRM<sup>38</sup> wynikało, że Szpital w dniach 20 - 26 maja 2025 r. o godzinie 10:00 przekazał następujące dane w zakresie liczby aktualnych wolnych stanowisk intensywnej terapii z respiratorem oraz wolnych łóżek szpitalnych na poszczególnych oddziałach:

- w raportach wskazano dane z oddziałów Szpitala m.in. o liczbie wolnych łóżek na oddziałach Pediatricznym, Chirurgii Ogólnej, Internistyczno-Kardiologicznym, Anestezjologii i Intensywnej Opieki Medycznej z respiratorem;
- we wszystkich siedmiu dniach poranny raport odbył się w wymaganym czasie.

Raportowanie następowało poprzez stronę [eszpital.zuw.szczecin.pl](http://eszpital.zuw.szczecin.pl). Pielęgniarka koordynująca SOR, wypełniała pola dotyczące łóżek na oddziałach Anestezjologii i Intensywnej Opieki Medycznej z respiratorem, Internistyczno-Kardiologicznego, Pediatrii i Chirurgii Ogólnej. Dane pozyskiwano w drodze rozmowy telefonicznej z pielęgniarkami lub lekarzami z ww. oddziałów.

(akta kontroli str. 1062-1063)

**2.6.** Z uwagi na brak w wewnętrznych uregulowaniach parametrów czasu w zakresie wskazanym w § 13 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia w sprawie SOR, NIK nie weryfikowała ich realizacji.

W zakresie zapewnienia możliwości weryfikacji realizacji nałożonych na SOR obowiązków, Dyrektor wyjaśnił: *W przyszłości planowane są próby określenia czasu na podjęcie przez lekarzy decyzji o których mowa w punktach poprzedzających, zaś weryfikacja realizacji nałożonych obowiązków dokonywana będzie w ramach bieżącej pracy Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa w oparciu o procedury zawarte w Wewnętrznym Systemie Zarządzania Jakością i Bezpieczeństwem w SPZOZ w Choszczynie.*

(akta kontroli str. 710-722, 756-877, 1114)

**2.7.** Według danych przekazanych przez Szpital w zestawieniu tabelarycznym sporządzonym dla NIK (Tabela nr 12 - Opieka nad pacjentami w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej

---

<sup>38</sup> Badanie zostało przeprowadzone na podstawie danych, które zostały zaraportowane przez jednostkę kontrolowaną w ciągu ostatnich siedmiu dni kalendarzowych poprzedzających ich uzyskanie.

w Choszczynie [dane za okres 1 stycznia 2023 r. do 30 kwietnia 2025 r.])<sup>39</sup> w okresie tym w SOR przyjęto i zarejestrowano 20 156 pacjentów<sup>40</sup>.

Według danych z systemu TOPSOR<sup>41</sup> w ww. okresie w SOR przyjęto i zarejestrowano 15 195 pacjentów.

(akta kontroli str. 921, 1024-1051 plik nr 8, 1191-1195)

Według „Procedury segregacji medycznej i kolejności przyjmowanych Pacjentów w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w Choszczynie”<sup>42</sup> w wyniku segregacji medycznej, po przeanalizowaniu zgłaszanych dolegliwości i wartości wybranych parametrów medycznych, pacjentów należało zakwalifikować do jednej z pięciu kategorii pilności (czerwonej, pomarańczowej, żółtej, zielonej lub niebieskiej).

Według danych z tabeli nr 12, w okresie od 1 stycznia 2023 r. do 30 kwietnia 2025 r., po przybyciu do SOR, w wyniku segregacji medycznej, 18 047 z ww. 20 156 pacjentów zakwalifikowano wg TRIAGE do kategorii pilności<sup>43</sup>, w tym: 132 osoby do kategorii czerwonej, 940 - pomarańczowej, 7 207 - żółtej, 8 045 - zielonej i 1 723 - niebieskiej<sup>44</sup>. W pozostałych 2 109 przypadkach (tj. 10,5%), pacjentom zarejestrowanym w SOR nie przypisano kategorii pilności.

Według danych z systemu TOPSOR<sup>45</sup> w ww. okresie 11 657 z ww. 15 195 pacjentów zakwalifikowano wg TRIAGE do kategorii pilności<sup>46</sup>, w tym: 106 osobom nadano priorytet najwyższy, 778 osobom nadano priorytet wysoki, 5 091 osobom nadano priorytet średni, 5 205 osobom nadano priorytet niski i 405 osobom nadano priorytet najniższy, a 72 osobom nadano dwa priorytety. W pozostałych 3 538 przypadkach (tj. 23,3%), pacjenci, którzy zgłaszali się na SOR ze skierowaniem, nie byli poddawani segregacji albo w systemie TOPSOR brak było informacji o przydzieleniu pacjentowi kategorii pilności, co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 878-879, 921, 923-924, 1024-1051 plik nr 8, 1191-1195)

Według danych z tabeli nr 12, w okresie od 1 stycznia 2023 r. do 30 kwietnia 2025 r. 1 235 spośród 1 723 pacjentów, którym przypisano kategorię niebieską, przyjętych w SOR bez udziału ZRM, zostało następnie przeniesionych na oddział szpitalny<sup>47</sup>, co wskazuje na planowe przyjmowanie w SOR pacjentów ze skierowaniem na leczenie na oddziale Szpitala, co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 921, 906, 908, 938-954, 1024-1051 plik nr 8)

Przeprowadzone przez NIK w dniu 22 lipca 2025 r. oględziny danych zamieszczonych w programie komputerowym AMMS<sup>48</sup> wykazały, że na Oddziale Chirurgii w okresie od 1 stycznia 2023 r. do 30 kwietnia 2025 r. przebywało 3 325

---

<sup>39</sup> Dalej: tabela nr 12.

<sup>40</sup> W tym 4 049 przekazanych zostało przez ZRM. Nie wystąpiły przypadki przekazania pacjentów przez lotnicze ZRM.

<sup>41</sup> Dane otrzymane od Koordynatora kontroli NIK.

<sup>42</sup> Zatwierdzonej przez Dyrektora SP ZOZ w dniu 24 stycznia 2013 r.

<sup>43</sup> Dane z tabeli z 30 lipca 2025 r.

<sup>44</sup> Kategoria zielona i niebieska stanowiły łącznie 54,14% zakwalifikowanych osób, czerwona 0,73%, a pomarańczowa 5,21%.

<sup>45</sup> Dane otrzymane od Koordynatora kontroli NIK.

<sup>46</sup> Kategoria pilności – nazwa priorytetu (najniższy, niski, średni, wysoki, najwyższy).

<sup>47</sup> Danymi takimi NIK nie dysponowała z systemu TOPSOR.

<sup>48</sup> AMMS - Asseco Medical Management Solutions.

pacjentów, w tym 317 przekazanych przez ZRM oraz 220 przekazanych z SOR bez skierowania.

(akta kontroli str. 925, 928-931)

Według danych z tabeli nr 12, w okresie od 1 stycznia 2023 r. do 30 kwietnia 2025 r. 11 pacjentów z rozpoznaniem udaru mózgu (I63 i I64) zakwalifikowano do kategorii zielonej, a 51 do kategorii żółtej.

Dyrektor i Kierownik SOR wyjaśnili: *udar mózgu jest stanem nagłym, wymagającym pilnej interwencji medycznej, dlatego taka kwalifikacja może wskazywać na: a) niedoszacowanie objawów klinicznych w czasie TRIAGE - objawy udaru mogą być subtelne (np. zawroty głowy, zaburzenia mowy, osłabienie kończyny), co może prowadzić do błędnej oceny pilności, b) opóźnione rozpoznanie udaru. Pacjent mógł zostać zakwalifikowany do kategorii zielonej lub żółtej na podstawie objawów niespecyficznych, a rozpoznanie udaru postawiono dopiero po uzyskaniu wyniku badań obrazowych, c) błędy w dokumentacji, zachodzi możliwość, że kategoria pilności została zmieniona w trakcie pobytu Pacjenta, ale nie została zaktualizowana w systemie, d) udar przebyty wcześniej lub o łagodnym przebiegu, w niektórych przypadkach objawy mogły być ustępujące (np. TI A), co mogło wpłynąć na niższą ocenę pilności.*

(akta kontroli str. 894, 896, 898-899, 902-903, 1024-1051 plik nr 8)

W sprawie braku możliwości wygenerowania z systemu elektronicznego funkcjonującego w Szpitalu zestawienia wskazującego na liczbę Pacjentów skierowanych do POZ (w tym nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej), Dyrektor wyjaśnił: *Pacjentom po udzielonej pomocy w SOR, wymagającym dalszego leczenia w POZ (w tym nocnej i świątecznej opiece zdrowotnej) nie jest wystawiane skierowanie, ponieważ nie jest ono wymagane w świetle przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Tutejszy zakład ma w oparciu o posiadane oprogramowanie - możliwość wydrukowania zbiorczej listy Pacjentów SOR wg obowiązujących trybów wypisu: zakończenie procesu terapeutycznego lub diagnostycznego, skierowanie do dalszego leczenia w lecznictwie ambulatoryjnym, skierowanie do dalszego leczenia w innym szpitalu, skierowanie do dalszego leczenia w innym niż szpital, zakładzie opieki stacjonarnej, wypisanie na własne żądanie, osoba leczona samowolnie opuściła zakład opieki stacjonarnej przed zakończeniem procesu terapeutycznego lub diagnostycznego, wypisanie na podstawie art. 22 ust. 1 pkt 3 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, zgon pacjenta, osoba leczona, przyjęta w trybie oznaczonym kodem „9” lub „10”, która samowolnie opuściła podmiot leczniczy, wypisanie na podstawie art. 46 albo 47 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r.*

(akta kontroli str. 909-912)

Według danych z tabeli nr 12, w okresie od 1 stycznia 2023 r. do 30 kwietnia 2025 r. czas oczekiwania pacjentów w SOR, od momentu rejestracji do przeprowadzenia TRIAGE, ustalony na podstawie 11 294 przypadków<sup>49</sup> wynosił<sup>50</sup>: mediana 00:06, średnia 00:14, wartość maksymalna 21:20. W ośmiu przypadkach czas od

<sup>49</sup> W 8 836 przypadkach nie można było ustalić czasu od rejestracji pacjenta do momentu przeprowadzenia TRIAGE z powodu niewpisania czasu TRIAGE w systemie (8 663 przypadków) oraz wpisania czasów nieprawdziwych (173 przypadków), tj. takich, wg których rejestracja pacjenta odbyła się później niż TRIAGE; ponadto nie uwzględniono do obliczeń 26 przypadków, w których czas ten wynosił powyżej 24 godzin.

<sup>50</sup> Godziny : minuty;

rejestracji pacjenta do przeprowadzenia TRIAGE wynosił powyżej 48 godzin<sup>51</sup>, w 18<sup>52</sup> - powyżej 24 godzin.

Według danych z systemu TOPSOR w ww. okresie czas oczekiwania pacjentów w SOR, od momentu rejestracji do przeprowadzenia TRIAGE, ustalony na podstawie 5 715 przypadków<sup>53</sup> wynosił<sup>54</sup>: mediana 00:03, średnia 00:07, wartość maksymalna 20:46. W trzech przypadkach czas od rejestracji pacjenta do przeprowadzenia TRIAGE wynosił powyżej 48 godzin, w siedmiu - powyżej 24 godzin.  
(akta kontroli str. 894-900, 1191-1195)

Dyrektor wyjaśnił: *Wskazane przypadki spowodowane były najprawdopodobniej błędami w dokumentacji elektronicznej, brakiem integracji systemów TOPSOR i AMMS, lub brakiem aktualizacji statusu Pacjenta w systemie.*

W kolejnych wyjaśnieniach Dyrektor wskazał: *czas badania lekarskiego w TOPSOR nie jest czasem rzeczywistym badania, lecz jego czasem potwierdzenia w systemie.* Dyrektor wyjaśnił ponadto: *we wszystkich przypadkach Pacjenci zostali zarejestrowani i TRIAGE został wykonany poprawnie według daty przyjęcia. Wygenerowane czasy TRIAGE wynikają z błędów systemu bądź awarii. W załączeniu dokumentacja czterech losowo wybranych pacjentów, gdzie widać ścieżkę od rejestracji do zakończenia pobytu pacjenta w TOPSOR.*

(akta kontroli str. 1005-1006, 1010-1020)

Przeprowadzona przez NIK weryfikacja ww. dokumentacji przekazanej przez Dyrektora i jej porównanie z danymi z systemu TOPSOR<sup>55</sup> wykazała, że: w trzech przypadkach czas oczekiwania pacjentów w SOR, od momentu rejestracji do przeprowadzenia TRIAGE, był krótszy od czasu wykazanego w sporządzonym dla NIK zestawieniu – Tabela 12, zaś w jednym był taki sam i wynosił ponad 48 godzin.

(akta kontroli str. 1191-1195)

Według danych z tabeli nr 12 w okresie od 1 stycznia 2023 r. do 30 kwietnia 2025 r. czas TRIAGE był wcześniejszy niż czas rejestracji pacjenta w 173 przypadkach<sup>56</sup>.

Według danych z systemu TOPSOR w ww. okresie czas TRIAGE był wcześniejszy niż czas rejestracji pacjenta w 320 przypadkach.

(akta kontroli str. 1024-1051 plik nr 8, 1191-1195)

Dyrektor wyjaśnił: *Wcześniejszy czas zrealizowania TRIAGE spowodowany może być tym, że na podstawie wstępnego oglądu stanu zdrowia Pacjenta nie zaobserwowano przesłanek uzasadniających podjęcie pilnej interwencji medycznej, rozważając ewentualne skierowanie do POZ lub Poradni Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej. Najprawdopodobniej po dokonaniu oceny stanu zdrowia przez lekarza dostrzeżono*

---

<sup>51</sup> W tym czterech pacjentów zakwalifikowanych wg TRIAGE jako żółtych, dwóch - zielonych i dwóch - niebieskich.

<sup>52</sup> W tym dwóch pacjentów zakwalifikowanych wg TRIAGE jako pomarańczowy, osiem - żółtych, siedem - zielonych i jeden - niebieski.

<sup>53</sup> W 9 480 przypadkach nie można było ustalić czasu od rejestracji pacjenta do momentu przeprowadzenia TRIAGE z powodu niewpisania w systemie czasu rejestracji lub czasu TRIAGE, bądź obu tych danych (9 150 przypadków) oraz wpisania czasów nieprawdziwych (320 przypadków), tj. takich, wg których rejestracja pacjenta odbyła się później niż TRIAGE; ponadto nie uwzględniono do obliczeń 10 przypadków, w których czas ten wynosił powyżej 24 godzin.

<sup>54</sup> Godziny : minuty;

<sup>55</sup> Dane otrzymane od Koordynatora kontroli NIK.

<sup>56</sup> W tym: dwóch pacjentów uzyskało kwalifikację TRIAGE jako czerwony, 10 - pomarańczowy, 91 - żółty, 63 - zielony, siedmiu - niebieski.

*potrzebę przyjęcia Pacjenta na SOR, celem przeprowadzenia dalszej diagnostyki i leczenia. Tym samym czas rejestracji był późniejszy niż czas wszczęcia procedury TRIAGE.*

(akta kontroli str. 894-900)

Według danych z tabeli nr 12, w okresie od 1 stycznia 2023 r. do 30 kwietnia 2025 r. w 8 663 przypadkach<sup>57</sup> nie wpisano czasu TRIAGE pacjenta oraz czasu badania lekarskiego.

Według danych z systemu TOPSOR w ww. okresie w 2 987 przypadkach nie wpisano czasu TRIAGE pacjenta a w 5 002 przypadkach - czasu badania lekarskiego, co opisano szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 921, 989, 1024-1051 plik nr 8, 1191-1195)

Według danych z tabeli nr 12, w okresie od 1 stycznia 2023 r. do 30 kwietnia 2025 r. czas oczekiwania pacjentów SOR, od przeprowadzenia TRIAGE do przyjęcia przez lekarza SOR, ustalony na podstawie 11 493 przypadków<sup>58</sup>, wynosił<sup>59</sup>: mediana 00:00<sup>60</sup>, średnia 00:00, wartość maksymalna 00:00.

Według danych z systemu TOPSOR w ww. okresie czas oczekiwania pacjentów SOR, od przeprowadzenia TRIAGE do przyjęcia przez lekarza SOR, ustalony na podstawie 10 154 przypadków<sup>61</sup>, wynosił<sup>62</sup>: mediana 01:03, średnia 05:42, wartość maksymalna 3 dni 14:16.

(akta kontroli str. 1024-1051 plik nr 8, 1191-1195)

Dyrektor wyjaśnił: *jednakowy czas (...) wynika ze specyfiki pracy na naszym SOR i stosunkowo niewielkiej liczby Pacjentów obsługiwanych w tym samym czasie. Niejednokrotnie lekarz obecny jest przy procedurze TRIAGE, w czasie której przystępuje również do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Czas badania lekarskiego w TOPSOR nie jest czasem rzeczywistym badania, lecz czasem potwierdzenia Pacjenta w systemie.*

(akta kontroli str. 913, 915, 921)

Przeprowadzone przez NIK w dniach 22 i 24 lipca 2025 r. oględziny danych w systemie TOPSOR, na przykładzie losowo wybranych dwunastu pacjentów wykazały, że w 11 przypadkach czasy badania pacjenta przez lekarza SOR, zarejestrowane w TOPSOR były niezgodne z czasem wskazanym w kolumnie „Badanie lekarskie” w tabeli nr 12.

Dyrektor wyjaśnił: *zaistniały problem wynika z tego, że czasy przeprowadzania badań lekarskich wykazywane w systemie TOPSOR nie są zależne od ich rzeczywistego przeprowadzenia, ale od zatwierdzenia czynności w systemie przez lekarza (dopiero wówczas system TOPSOR generuje datę). W praktyce funkcjonowania naszego SOR, gdzie liczba pacjentów jest relatywnie niewielka, lekarz*

---

<sup>57</sup> W tym: u 2 112 pacjentów brak jest kwalifikacji TRIAGE, 22 pacjentów uzyskało czerwony, 154 - pomarańczowy, 2 150 - żółty, 2 860 - zielony, 1 372 - niebieski.

<sup>58</sup> W wyliczeniach nie uwzględniono 8 663 przypadków, gdyż w tabeli nr 12 nie było czasu badania lekarskiego i TRIAGE.

<sup>59</sup> Godzin : minut

<sup>60</sup> Taka mediana jest możliwa tylko przy jednoczesnym wprowadzaniu czasu TRIAGE i czasu przyjęcia przez lekarza SOR.

<sup>61</sup> W wyliczeniach nie uwzględniono 5 041 przypadków, gdyż w systemie nie było czasu badania lekarskiego lub czasu TRIAGE.

<sup>62</sup> Godzin : minut

*praktycznie od razu przystępuje do badania pacjenta, a ostateczne zatwierdzenie w TOPSOR następuje po faktycznym zrealizowaniu świadczeń medycznych.*

(akta kontroli str. 924-925, 932-933, 1024-1051 plik nr 8, 1095, 1098-1099)

Według danych z tabeli nr 12, w okresie od 1 stycznia 2023 r. do 30 kwietnia 2025 r. zlecenie przeprowadzenia badań obrazowych wystawiono dla 8 013 pacjentów SOR<sup>63</sup>. Czas oczekiwania pacjentów od przyjęcia przez lekarza SOR do zlecenia badań obrazowych (TK<sup>64</sup>) ustalony na podstawie 3 788 przypadków<sup>65</sup> wynosił<sup>66</sup>: mediana 00:08, średnia 00:30, wartość maksymalna 21:42. W 81 przypadkach, czas od badania lekarskiego do zlecenia badań diagnostyki obrazowej TK wynosił od trzech do ponad 21 godzin, a w 24 - powyżej dziesięciu godzin (wszystkie te badania zlecono w godzinach od 6:41 do 20:10). Dyrektor wyjaśnił: *wydłużony czas oczekiwania jaki upłynął od chwili przeprowadzenia badania lekarskiego do czasu zlecenia diagnostyki obrazowej uwarunkowany był stanem zdrowia Pacjentów. W szczególności dotyczy to pacjentów w stanie ciężkim, wobec których w pierwszej kolejności przeprowadza się czynności ratownicze i wyprowadza do stanu optymalnego i względnej stabilności, zaś w dalszej kolejności zleca się diagnostykę.*

(akta kontroli str. 913, 915-916, 921, 989, 1024-1051 plik nr 8)

Według danych z tabeli nr 12, siedmiu pacjentów zakwalifikowanych wg TRIAGE jako kolor czerwony czekało od momentu badania lekarskiego do zlecenia badań obrazowych od godziny do ośmiu godzin (badanie odbyło się do 46 minut od zlecenia), a 59 pacjentów zakwalifikowanych wg TRIAGE jako pomarańczowy czekało od jednej godziny do 15 godzin (w 13 przypadkach badanie odbyło się od godziny do czterech godzin, a w 46 - w ciągu godziny).

Dyrektor wyjaśnił: *różna rozpiętość czasu jaki upłynął od chwili przeprowadzenia badania lekarskiego do czasu zlecenia diagnostyki obrazowej uwarunkowana była stanem zdrowia Pacjentów. W szczególności dotyczy to pacjentów w stanie ciężkim, wobec których w pierwszej kolejności przeprowadza się czynności ratownicze i wyprowadza do stanu optymalnego i względnej stabilności, zaś w dalszej kolejności zleca się diagnostykę.*

(akta kontroli str. 913, 916, 1024-1051 plik nr 8)

Według danych z tabeli nr 12, czas oczekiwania pacjentów od zlecenia badań obrazowych (TK) do ich wykonania<sup>67</sup> ustalony na podstawie 6 027 przypadków<sup>68</sup> wynosił<sup>69</sup>: mediana 00:15, średnia 00:37, wartość maksymalna dwa dni i 14:14. Czas od zlecenia do wykonania badania TK u 34 pacjentów wynosił od ośmiu godzin do 22 godzin 38 min., u jednego pacjenta - powyżej jednego dnia i u jednego pacjenta - powyżej dwóch dni.

(akta kontroli str. 913, 916, 989, 1024-1051 plik nr 8)

---

<sup>63</sup> Danymi takimi NIK nie dysponowała z systemu TOPSOR.

<sup>64</sup> Badanie obrazowe TK przeprowadzono u 8 013 pacjentów.

<sup>65</sup> W próbie nie uwzględniono: 1 986 pacjentów, u których w jednej komórce wpisano kilka czasów różnych badań; 1 313 pacjentów, u których nie wpisano czasu badania lekarskiego; 1 225 pacjentów, u których z systemu wynika czas zlecenia badania wcześniejszy lub równy czasowi badania lekarskiego.

<sup>66</sup> Godzin : minut.

<sup>67</sup> Danymi takimi NIK nie dysponowała z systemu TOPSOR.

<sup>68</sup> Nie uwzględniono do obliczeń 1 985 pozycji zawierających kilka różnych czasów wpisanych w zestawieniu w jednej komórce.

<sup>69</sup> Godzin : minut.

Dyrektor wyjaśnił, że *nieprawidłowości wskazane w (...) zestawieniu mają charakter pozorny, ponieważ wynikają z błędnie wygenerowanej tabeli. W rzeczywistości w pozycjach 1-3, 7-8, 11-13, 15-17, 19-21, 24-25, 28-31 oraz 33 i 34 nie przeprowadzono badań tomografii komputerowej, lecz RTG, a wskazane czasy nie odpowiadają stanowi faktycznemu. W przypadku badań z zakresu tomografii komputerowej to jest w pozycjach 4 do 6, 9, 10, 14, 18, 22, 23, 26, 27, 32, 35 i 36 czasy oczekiwania od momentu zlecenia badania do uzyskania opisu były prawidłowe i znacznie krótsze od wskazanych w przedstawionej (...) tabeli. Rzeczywiste czasy opisów są możliwe do weryfikacji w systemie MKJ teleradiologia.*

(akta kontroli str. 1095, 198-1099)

Według danych z tabeli nr 12, w okresie od 1 stycznia 2023 r. do 30 kwietnia 2025 r. w 4 297 przypadkach nie było zapisów w kolumnie „Rodzaj badania (TK/MR)”<sup>70</sup>, mimo iż w kolumnie „Przeprowadzenie badania diagnostyki obrazowej” wskazana była data i czas badania.

(akta kontroli str. 921, 1024-1051 plik nr 8)

Dyrektor wyjaśnił, że *nieścisłości wynikają z niewłaściwego wygenerowania danych w zestawieniu zaciągniętym z systemu.*

(akta kontroli str. 1023, 1024-1051 plik nr 8)

Według danych z tabeli nr 12, w okresie od 1 stycznia 2023 r. do 30 kwietnia 2025 r. czas oczekiwania pacjentów od wykonania badań do otrzymania opisu wyników badania radiologicznego badań przez lekarza SOR<sup>71</sup>, ustalony na podstawie 4 975 przypadków<sup>72</sup> wynosił<sup>73</sup>: mediana 01:09, średnia 03:32, wartość maksymalna 65 dni 16 godz. i 34 min. Czas oczekiwania co najmniej 18 pacjentów na opis badania TK wynosił od dwóch do 65 dni.

(akta kontroli str. 997-1003, 1024-1051 plik nr 8)

Dyrektor wyjaśnił: *otrzymany z systemu AMMS czas uzyskania opisu badania TK nie jest w rzeczywistości czasem zrobienia opisu, tylko czasem samej autoryzacji.*

(akta kontroli str. 1004-1007, 1009)

Przeprowadzone przez NIK oględziny 22 i 24 lipca 2025 r. w zakresie danych wykazanych w systemie mkj teleradiologia odnośnie do trzech pacjentów o najdłuższym czasie oczekiwania na opis badania TK wykazały, że w każdym przypadku opis wykonany był w ciągu 24 godzin od wykonania badania.

(akta kontroli str. 932-936)

Według danych z tabeli nr 12, w okresie od 1 stycznia 2023 r. do 30 kwietnia 2025 r. spośród 20 156 pacjentów zarejestrowanych w SOR w okresie od 1 stycznia 2023 r. do 30 kwietnia 2025 r., u 40 nastąpił zgon w SOR<sup>74</sup>. Na inny oddział

---

<sup>70</sup> Danymi takimi NIK nie dysponowała z systemu TOPSOR.

<sup>71</sup> Danymi takimi NIK nie dysponowała z systemu TOPSOR.

<sup>72</sup> Nie uwzględniono do obliczeń: 575 przypadków, w których wpisano kilka czasów różnych badań w jednej komórce w zestawieniu sporządzonym dla NIK (nazwa kolumny: czas uzyskania opisu badania diagnostyki obrazowej), 108 – gdzie czas badania TK był późniejszy niż jego opis, 1 112 – wpisano kilka czasów różnych badań w jednej komórce w zestawieniu sporządzonym dla NIK kilka czasów w jednej komórce (nazwa kolumny: przeprowadzenie badania diagnostyki obrazowej), 534 – w zestawieniu sporządzonym dla NIK nie wskazano czasu badania (kolumna: przeprowadzenie badania diagnostyki obrazowej).

<sup>73</sup> Godzin : minut.

<sup>74</sup> Danymi takimi NIK nie dysponowała z systemu TOPSOR.

Szpitala przekazano<sup>75</sup> 7 939 pacjentów - czas oczekiwania od przyjęcia pacjenta przez lekarza SOR do przekazania na inny oddział, ustalony na podstawie 1 746 przypadków<sup>76</sup>, wynosił<sup>77</sup>: mediana 02:41, średnia 03:53, wartość maksymalna 1 dzień 07 godz. i 20 min.

Czas oczekiwania pacjentów od przyjęcia pacjenta przez lekarza SOR do wypisu z SOR, ustalony na podstawie 9 326 przypadków<sup>78</sup>, wynosił<sup>79</sup>: mediana 01:54, średnia 03:36, wartość maksymalna 3 dni 21 godz. i 56 min.

(akta kontroli str. 989, 992, 996)

Porównanie losowo wybranych 20 przypadków wypisu pacjentów ze Szpitala, wykazało, że czas wypisu pacjenta zarejestrowany w systemie AMMS<sup>80</sup> różnił się od czasu zarejestrowanego w systemie TOPSOR. Przykładowo jako czas wypisu jednego pacjenta w AMMS wskazano 13:24, podczas gdy w TOPSOR wskazano 08:33, innego pacjenta – odpowiednio 10:25 i 20:17.

*Dyrektor wyjaśnił: różnice w czasach udzielania świadczeń zdrowotnych pomiędzy systemami TOPSOR i AMMS wynikają głównie z braku integracji oraz różnic w sposobie i czasie rejestracji danych. TOPSOR rejestruje dane w czasie rzeczywistym w kontekście kolejkowym, natomiast AMMS opiera się na dokumentacji medycznej, która może być uzupełniana z opóźnieniem. Dodatkowo różnica w definicji rozpoczęcia i zakończenia świadczenia oraz błędy ludzkie i techniczne wpływają na niespójność danych. W analizowanych przypadkach kluczowe staje się wdrożenie integracji i ujednolicenie procedur rejestracji danych.*

(akta kontroli str. 904, 1024-1051 plik nr 8, 1186, 1191-1195)

W okresie od 1 stycznia do 31 maja 2025 r. w Szpitalu nie wykonywano gastrokopii na rzecz pacjentów SOR. W latach 2023-2024 wykonano łącznie trzy badania<sup>81</sup> gastrokopii pacjentom SOR, wszystkie w dni robocze. Jeden z pacjentów, zarejestrowany w SOR w dzień roboczy o 15:38, miał wykonaną gastrokopię na drugi dzień (także roboczy), po 17 godzinach (tj. o 8:56) i kolejno o 9:11 został wypisany ze Szpitala. Pozostali pacjenci mieli wykonane badanie do czterech godzin od zarejestrowania w SOR.

(akta kontroli str. 919-920)

*Dyrektor wyjaśnił, że w latach 2023 – 2025 gastroscopia była dostępna dla Pacjentów SOR w godzinach nocnych. Badania te dostępne są 24 godziny na dobę.*

(akta kontroli str. 894, 895, 898, 902)

---

<sup>75</sup> Danymi takimi NIK nie dysponowała z systemu TOPSOR.

<sup>76</sup> 1 746 stanowi wynik działania: 7 939 minus 185 przypadków, w których w sporządzonym dla NIK zestawieniu - tabeli 12 podano czas badania lekarskiego późniejszy niż czas podjęcia decyzji o przyjęciu na oddział, minus siedem przypadków, w których nie było czasu podjęcia decyzji o przyjęciu na oddział; minus 6 007 przypadków, w których w ww. tabeli 12 nie wskazano czasu badania lekarskiego.

<sup>77</sup> Godzin : minut.

<sup>78</sup> 9 326 stanowi wynik działania: 12 177 pacjentów, u których wskazano czas wypisu, minus 197 pacjentów, u których data wypisu jest wcześniejsza niż data badania lekarskiego, minus 2 654 pacjentów, u których brak jest czasu badania lekarskiego.

<sup>79</sup> Godzin : minut.

<sup>80</sup> Dane o czasie wypisu pacjenta z SOR według systemu AMMS podano w sporządzonym dla NIK zestawieniu – tabeli nr 12. Dane z systemu TOPSOR pozyskano od Koordynatora niniejszej kontroli NIK.

<sup>81</sup> Dwa w 2023 r. i jedno w 2024 r.

**2.8.** W okresie od stycznia 2023 r. do 30 kwietnia 2025 r. do SOR przez ZRM zostało przywiezionych 4 049 pacjentów, z tego 32% (1 296) było następnie hospitalizowanych na innych oddziałach Szpitala.

(akta kontroli str. 1024-1051 plik nr 8)

**2.9.** Z danych zamieszczonych w Systemie Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego wynikało, że w okresie od 1 stycznia 2023 r. do 30 kwietnia 2025 r. SOR w dziesięciu przypadkach<sup>82</sup> odmówił przyjęcia pacjenta od ZRM. W wyniku analizy ww. przypadków stwierdzono, że przyczyna odmowy przyjęcia pacjenta była zgodna ze wskazanym w dokumentacji stanem faktycznym. Wszystkie odmowy były związane z brakiem możliwości leczenia tych pacjentów w Szpitalu, z powodu braku oddziałów: neurochirurgii, ginekologii, kardiologii interwencyjnej, urologii, chirurgii dziecięcej, chirurgii naczyniowej, ortopedii urazowej i toksykologii dziecięcej.

(akta kontroli str. 1187-1190)

**2.10.** W okresie od 1 stycznia 2023 r. do 8 lipca 2025 r. na Szpital nie zostały nałożone przez ZOW NFZ kary z tytułu nieprawidłowej realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie funkcjonowania SOR.

(akta kontroli str. 917-918)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

**1.** Badanie dokumentacji dotyczącej czasu pracy personelu SOR<sup>83</sup> udzielającego świadczeń zdrowotnych w styczniu 2024 r. i styczniu 2025 r. w ramach jednomiesięcznego okresu rozliczeniowego wykazało m.in., że każdy z pięciu lekarzy pracował ponad 24 godziny od jednego do czterech razy. W ocenie NIK świadczenie pracy przez tak długi czas stanowi nadmierne obciążenie i stwarzać potencjalne zagrożenie zdrowotne dla lekarzy oraz jakości udzielanej przez nich pomocy zdrowotnej.

(akta kontroli str. 692-693)

Dyrektor wyjaśnił: *Czas pracy lekarzy w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym wynikał z konieczności kierowania się dobrem pacjenta i zapewnienia ciągłości udzielanych świadczeń osobom znajdującym się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Wobec braku lekarzy specjalistów posiadających uprawnienia do udzielania świadczeń medycznych na SOR, obciążenie kadry medycznej w jednostkowych sytuacjach może wydawać się wyższe od optymalnego, jednak alternatywa w postaci pozostawienia pacjentów bez opieki lekarskiej byłaby całkowicie nie do zaakceptowania. Ze względu na fakt związania lekarzy SOR z Zakładem umowami cywilnoprawnymi, możliwe jest świadczenie przez nich usług w wymiarze przekraczającym czas jaki wynikałby z umów o pracę i w tym zakresie działalność naszego Zakładu pozostaje w pełni zgodna z przepisami prawa. Co istotne, ze względu na stosunkowo niewielką liczbę łóżek na naszym SOR, faktyczne obciążenie lekarza czasem bezpośrednio przy pacjencie, pozwala na właściwe udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej bez obniżenia ich jakości.(...) Dyrektor SPZOZ w Choszczynie wielokrotnie informował w czasie bezpośrednich spotkań Dyrektora Zachodniopomorskiego Wojewódzkiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia*

<sup>82</sup> Dwa przypadki w 2023 r., pięć przypadków w 2024 r. i trzy przypadki w 2025 r.

<sup>83</sup> Po pięć osób w danej grupie zawodowej (tj. lekarze, pielęgniarki i ratownicy medyczni).

*o braku lekarzy specjalistów w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym SPZOZ w Choszczynie, a także konsekwencji tego stanu w postaci konieczności znacznego obciążenia godzinowego kadry lekarskiej będących w naszej dyspozycji. O problemie braku kadry lekarskiej na SOR i w innych oddziałach szpitalnych informowaliśmy Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki NFZ również w formie pisemnej w ramach wzajemnej korespondencji dotyczącej sposobu organizacji świadczeń opieki zdrowotnej w naszym Zakładzie.*

(akta kontroli str. 1094-1096, 1098-1099, 1185)

W ocenie NIK oznacza to brak skutecznego nadzoru nad ustalaniem grafików pracy/ udzielania świadczeń personelu medycznego.

**2.** Segregacji medycznej w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym dokonywała pielęgniarka, która nie była pielęgniarką systemu, co stanowiło naruszenie art. 33a ust. 1 ustawy o PRM oraz § 6 ust. 7 rozporządzenia w sprawie SOR, zgodnie z którymi segregację medyczną przeprowadza pielęgniarka systemu.

(akta kontroli str. 704-709)

Dyrektor wyjaśnił: *zgodnie z relacją personelu SOR dopuszczenie do takiej możliwości podyktowane było szczególną sytuacją na oddziale, związaną z koniecznością podjęcia medycznych czynności ratunkowych wobec pacjentów. Tym samym ze względu na dobro pacjentów zdecydowanie bardziej celowe wydawało się wydelegowanie pielęgniarek systemu do pracy bezpośrednio przy nich, zaś Pani (...) do procedury triage. Dzięki temu rozwiązaniu procedura triage nie została zaniechana.*

(akta kontroli str. 1100, 1102)

**3.** W regulaminach organizacyjnych Szpitala nie określono maksymalnego czasu na podjęcie decyzji przez lekarza dyżurnego SOR, co naruszało § 13 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia w sprawie SOR, zgodnie z którym kierownik podmiotu wykonującego działalność leczniczą prowadzącego szpital, w którym działa oddział określa w regulaminie organizacyjnym maksymalny czas na podjęcie decyzji przez lekarza dyżurnego. Czasu tego nie określono także w „Procedurze segregacji medycznej i kolejności przyjmowanych pacjentów w SOR w Choszczynie”.

(akta kontroli str. 710-738, 756-887)

Dyrektor wyjaśnił: *Zgodnie z obowiązującymi przepisami, w tym § 13 ust. 1 rozporządzenia (...) kierownik podmiotu leczniczego ma obowiązek określić maksymalny czas na podjęcie decyzji przez lekarza dyżurnego w regulaminie organizacyjnym. Jednak w praktyce, w wielu szpitalach, w tym w SOR w Choszczynie, maksymalny czas oczekiwania na konsultację lekarza dyżurnego może być dodatkowo doprecyzowany w procedurze segregacji medycznej. Wynika to z faktu, że segregacja medyczna (TRIAGE) ma na celu szybką ocenę stanu pacjenta i ustalenie kolejności udzielania pomocy, a to z kolei determinuje czas oczekiwania na konsultację lekarską. (...) Nieokreślenie maksymalnego czasu na podjęcie decyzji o skierowaniu pacjenta na leczenie do oddziałów szpitala, lub odmowie przyjęcia do oddziału osoby niebędącej w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego spowodowane było tym, że arbitralne ustalenie tego czasu jest niezmiernie utrudnione ze względu na niezależne od personelu SOR okoliczności wpływające na możliwość podjęcia takiej decyzji. Okolicznościami takimi są m.in. czas oczekiwania na konsultację przez lekarza oddziału, na który Pacjent miałby być skierowany, a bez wykonania której skierowanie i przyjęcie na inny oddział szpitalny byłyby niemożliwe. Kolejną okolicznością jest konieczność przeprowadzenia diagnostyki pacjenta, bez której*

*podjęcie dalszych decyzji leczniczych jest wręcz niebezpieczne dla Pacjentów. W związku z tym, że znaczna część badań wykonywana jest przez komórki lub podmioty zewnętrzne wobec SOR, to właśnie ich praca i jej efektywność determinują uzyskanie wyniku, a w dalszej konsekwencji podjęcie właściwej decyzji przez lekarza na ich podstawie. Przyjęcie sztywnego czasu na podjęcie decyzji stanowiłoby sytuację przymusową wobec lekarza, który nawet w przypadku braku pełnej wiedzy o stanie zdrowia Pacjenta musiałby podjąć decyzję o jego dalszym leczeniu, czy nawet odmowie udzielenia świadczenia.(...) określenie sztywnych ram na podjęcie decyzji przez lekarza o przyjęciu Pacjenta na oddział mogłoby rodzić sytuację przymusową wobec lekarza, który mógłby kierować się sztywnymi ramami regulaminu, nawet w sytuacji dysponowania niepełnymi badaniami diagnostycznymi, niepozwalającymi na podjęcie właściwej decyzji. W obu ww. przypadkach bezpieczeństwo i zdrowie Pacjentów mimo niewytoczenia ścisłego okresu na podjęcie decyzji przez lekarza pozostają niezagrażone. Co więcej istniejące procedury np. w zakresie triage, gwarantują niezwłoczne udzielenie pomocy medycznej osobom znajdującym się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Ze względu na dość niewielką liczbę możliwych do przyjęcia Pacjentów, w naszym SOR pomoc medyczna w niemal każdym przypadku udzielana jest natychmiast, jednak to czas uzyskania diagnostyki i konsultacji specjalistycznych decyduje o tym jak szybko zostaną podjęte kolejne decyzje po wstępnym zaopatrzeniu pacjenta. W praktyce wyznaczanie sztywnego terminu na podjęcie decyzji przez lekarza, mogłoby wręcz zrodzić sytuację, w której w celu zachowania się zgodnie z regulaminem, musiałby podjąć decyzję niekoniecznie sprzyjającą bezpieczeństwu Pacjenta.*

(akta kontroli str. 1111-1114)

**4.** Czasy oczekiwania na badanie przez lekarza w „Procedurze segregacji medycznej i kolejności przyjmowanych pacjentów w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w Choszczynie” dla koloru niebieskiego określono na 240 minut lub dłużej, co było niezgodne z dyspozycją § 6 ust. 9 pkt 5 rozporządzenia w sprawie SOR, w którym kolor niebieski oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 240 minut.

(akta kontroli str. 878-887)

Dyrektor wyjaśnił: *W procedurze segregacji medycznej na SOR w Choszczynie, kolor niebieski oznacza pomoc odroczoną i dłuższy czas oczekiwania na badanie przez lekarza, który może wynosić do 240 minut. Jednocześnie czas ten określa zamknięty przedział czasowy gdzie czas oczekiwania nie może przekroczyć maksymalnej granicy 240 minut i w praktyce nie jest przekraczany. Zapis „240 minut lub dłużej” jest niefortunną pomyłką pisarską, która nie wpływa na rzeczywisty czas oczekiwania i która zostanie skorygowana.*

(akta kontroli str. 889-890, 891-892)

**5.** Według danych z tabeli nr 12, w okresie od 1 stycznia 2023 r. do 30 kwietnia 2025 r. w co najmniej 2 788 przypadkach, SOR przyjął i zarejestrował planowych pacjentów ze skierowaniem na oddziały szpitalne, mimo iż praktyka oceny stanu zdrowia pacjenta zgłaszającego się do szpitala ze skierowaniem w trybie planowym przez personel SOR z udziałem zasobów tego oddziału jest działaniem niezgodnym z art. 3 pkt 9 ustawy o PRM, zgodnie z którym w SOR udziela się pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Pielęgniarka oddziałowa oświadczyła, że 2788 to pacjenci przyjęci przez SOR ze skierowaniem do planowego leczenia. System AMMS nie umożliwia sortowania

według zakładki „Tryb przyjęcia”, z której wynikałby wpis o planowym przyjęciu ze skierowaniem, tylko według zakładki „Podstawa przyjęcia”, z której te informacje nie wynikają.

(akta kontroli str. (906-908, 925, 928-931, 937-954)

Dyrektor wyjaśnił, że zgodnie z wpisem w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonym przez Wojewodę Zachodniopomorskiego SP ZOZ w Choszcznie ma wykazany i zakontraktowany jedynie SOR. Wobec braku Izby Przyjęć jej zadania realizowane są przez Szpitalny Oddział Ratunkowy.

(akta kontroli str. 906, 908)

**6.** W okresie od 1 stycznia 2023 r. do 30 kwietnia 2025 r. wobec pacjentów zgłaszających się na SOR ze skierowaniem nie była przeprowadzana segregacja. Ponadto, w odniesieniu do części pacjentów, którzy byli poddani segregacji, w danych zapisanych w systemie TOPSOR brak było informacji o przydzieleniu im jednej z kategorii w pięciostopniowej skali, co było niezgodne z art. 33a ust. 1, 2 i 4 ustawy o PRM i z § 6 ust. 9 rozporządzenia w sprawie SOR, zgodnie z którym w wyniku przeprowadzonej segregacji medycznej osoba jest przydzielana do jednej z pięciu kategorii zróżnicowanych pod względem stopnia pilności udzielenia jej świadczeń zdrowotnych, zwanej »kategorią pilności«.

(akta kontroli str. 1191-1195)

Dyrektor wyjaśnił: *Nieprzypisanie kategorii pilności może wynikać z następujących przyczyn: a) błędów w dokumentacji elektronicznej. Personel mógł przeprowadzić segregację medyczną, ale nie wprowadził danych do systemu, lub zrobił to z opóźnieniem, b) braku integracji systemów TOPSOR i AMMS. Dane z segregacji mogły zostać zapisane w jednym systemie, ale nie zostały zsynchronizowane z drugim, c) rezygnacji pacjenta z oczekiwania. Pacjent mógł opuścić SOR przed przeprowadzeniem TRIAGE, a jego epizod pozostał otwarty w systemie, d) Pacjenci skierowani na oddział do planowanego zabiegu nie pobrali numeru, e) badanie Pacjenta realizowane było na potrzeby Policji (tacy Pacjenci zostają wpisani do systemu, ale nie są rozliczani z NFZ).*

(akta kontroli str. 896, 899, 903)

Przeprowadzone przez NIK 22 lipca 2025 r. oględziny systemu informatycznego AMMS w zakresie losowo wybranych dziesięciu z ww. 2 109 pacjentów, u których brak było w systemie kwalifikacji TRIAGE wykazały, że we wszystkich przypadkach pacjenci zgłosili się do SOR w trybie nagłym, w tym w siedmiu przypadkach były to osoby ze skierowaniem, w dwóch - osoby przywiezione na badanie po zatrzymaniu przez Policję, a w jednym - osoba przeniesiona z SOR na oddział wewnętrzny. W systemie nie odnotowano przeprowadzenia TRIAGE dla ww. pacjentów. Pielęgniarka oddziałowa oświadczyła: *dla pacjentów ze skierowaniem nie jest wymagane przeprowadzenie TRIAGE, a dla Pacjentów bez skierowania powinien być TRIAGE przeprowadzony.*

(akta kontroli str. 878-879, 921, 923-924, 1024-1051 plik nr 8)

NIK nie podziela wyjaśnień Dyrektora, ani oświadczenia Pielęgniarki oddziałowej. TRIAGE w SOR jest procesem obowiązkowym dla wszystkich

pacjentów i ma na celu zapewnienie szybkiej i efektywnej pomocy medycznej w sytuacjach nagłych.

7. Według danych z systemu TOPSOR w okresie od 1 stycznia 2023 r. do 30 kwietnia 2025 r. w 2 987 przypadkach nie wpisano czasu TRIAGE pacjenta, a w 5 002 przypadkach - czasu badania lekarskiego, mimo że według § 6 ust. 15 rozporządzenia w sprawie SOR, czas wykonania wszystkich czynności wobec osoby, o której mowa w § 2 ust. 1 cyt. rozporządzenia, począwszy od pobrania biletu do zakończenia udzielania świadczeń zdrowotnych w oddziale, jest odnotowywany w systemie, o którym art. 33a ust. 4 ustawy o PRM (TOPSOR).

(akta kontroli str. 1191-1195)

Dyrektor wyjaśnił: *Niewpisanie czasu TRIAGE pacjenta może wynikać z następujących czynników: a) braku wprowadzenia danych przez Personel, TRIAGE mógł zostać przeprowadzony, ale nie został odnotowany w systemie z powodu pośpiechu, przeciążenia, lub błędu ludzkiego, b) Pacjent mógł zrezygnować z oczekiwania, (...).*

(akta kontroli str. 896, 899)

NIK zauważa, że z zestawienia nie wynika, aby czasu TRIAGE nie wpisano w związku z rezygnacją pacjenta z oczekiwania, gdyż we wszystkich stwierdzonych przypadkach w systemie elektronicznym były odnotowane kolejne czynności prowadzone przy pacjencie.

W sprawie nieodnotowania czasu badania lekarskiego, Dyrektor wyjaśnił: *nie wpisano w tabeli czasu badania lekarskiego, ponieważ czas w całej tabeli został wygenerowany na podstawie zakończenia TRIAGE, a u ww. ilości tego TRIAGE nie było.*

(akta kontroli str. 894-900, 913-916)

#### **OCENA CZĄSTKOWA**

NIK negatywnie ocenia udzielanie świadczeń zdrowotnych osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

W latach 2023-2025 (do 30 kwietnia) w SOR rejestrowano planowych pacjentów ze skierowaniem na oddziały szpitalne, mimo iż praktyka taka była działaniem niezgodnym z art. 3 pkt 9 ustawy o PRM, według którego w SOR udziela się pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Jedna z pielęgniarek dokonująca segregacji medycznej nie posiadała uprawnień wymaganych dla tej czynności określonych w art. 33a ust. 1 ustawy o PRM i § 6 ust. 7 rozporządzenia w sprawie SOR.

Wykorzystywany do prowadzenia segregacji medycznej system informatyczny TOPSOR spełniał minimalne wymagania infrastruktury technicznej określone w § 4 rozporządzenia w sprawie systemu zarządzającego trybami obsługi pacjenta w SOR. W latach 2023-2025 (do 30 kwietnia) nie była prowadzona segregacja medyczna pacjentów (TRIAGE) zgłaszających się do SOR ze skierowaniem, a w odniesieniu do części pacjentów, którzy zostali poddani segregacji, w systemie TOPSOR brak było informacji o przydzielonej im w wyniku przeprowadzonej segregacji kategorii stopnia pilności udzielania świadczeń zdrowotnych. Było to niezgodne z art. 33a ust. 1, 2 i 4 ustawy o PRM oraz z § 6 ust. 9 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie. W ww. okresie w systemie TOPSOR nie odnotowano czasu TRIAGE wobec 19,7% pacjentów, a czasu

badania lekarskiego wobec 32,9% pacjentów, czym naruszono dyspozycję § 6 ust. 15 rozporządzenia w sprawie SOR.

Dyrektor nie określił w regulaminie organizacyjnym Szpitala maksymalnego czasu na decyzję lekarza SOR, o czym mowa w § 13 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia w sprawie SOR. Przyjęte w wewnętrznych uregulowaniach Szpitala czasy oczekiwania na badanie przez lekarza, dla koloru niebieskiego określono niezgodnie z dyspozycją § 6 ust. 9 pkt. 5 rozporządzenia w sprawie SOR.

Czasy pracy lekarzy zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych był dłuższy niż 24 godziny. W ocenie NIK zatwierdzanie grafików pracy lekarzy na tak długie godziny pracy może stanowić zagrożenie zarówno dla jakości udzielanej pomocy zdrowotnej, jak i zdrowia samych lekarzy. Dyrektor Szpitala powinien wzmocnić skuteczność nadzoru nad ustalaniem grafików pracy lekarzy.

Szpital rzetelnie informował WKRM o dostępnych miejscach na oddziałach szpitalnych. Podane w dokumentacji przyczyny odmowy przyjęcia pacjenta były zgodne ze stanem faktycznym.

#### **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:

|         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Uwagi   | Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Wnioski | <ol style="list-style-type: none"><li>1. Wykonanie zadaszania przed wejściem głównym dla pieszych na SOR.</li><li>2. Zapewnienie pomieszczenia higieniczno-sanitarnego wyposażonego w natrysk i wózko-wannę w obszarze segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć oraz stanowiska do dekontaminacji.</li><li>3. Terminowe zgłaszanie do SEZOZ informacji o posiadanych wyrobach medycznych oraz bieżące aktualizowanie tych danych.</li><li>4. Powołanie na lekarza kierującego SOR osoby spełniającej wymagania dla tego stanowiska.</li><li>5. Bezzwłoczne aktualizowanie danych przekazywanych do ZOW NFZ w zakresie zasobów kadrowych SOR.</li><li>6. Rzetelne przekazywanie Wojewódzkiemu Koordynatorowi Ratownictwa Medycznego danych dotyczących liczby zgonów w SOR oraz liczby pacjentów przekazanych przez zespoły ratownictwa medycznego.</li><li>7. Organizowanie pracy lekarzy w wymiarze nieprzekraczającym 24 godzin dziennie.</li><li>8. Zapewnienie zatwierdzania kart segregacji medycznej przez osoby uprawnione.</li><li>9. Określenie w regulaminie organizacyjnym Szpitala maksymalnego czasu na podjęcie przez lekarza SOR decyzji, o których mowa w § 13 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia w sprawie SOR.</li><li>10. Wskazanie w wewnętrznej procedurze Szpitala czasu oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem pacjentów oznaczonych według TRIAGE kolorem niebieskim zgodnie z czasem określonym w § 6 ust. 9 pkt 5 rozporządzenia w sprawie SOR.</li></ol> |

11. Przyjmowanie w SOR osób wyłącznie w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.
12. Odnotowywanie w systemie TOPSOR kategorii pilności w wyniku prowadzonej segregacji medycznej oraz czasu wykonania wszystkich czynności wobec pacjentów SOR.

## V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

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 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, 14 sierpnia 2025.

Zmian w wystąpieniu pokontrolnym dokonała: z up. Anna Dejk-Chojnacka  
Wicedyrektor Delegatury NIK w Szczecinie.

*/podpisano elektronicznie/*

Kontroler  
Katarzyna Danielak  
Starszy inspektor k.p.  
/-/

Najwyższa Izba Kontroli  
Delegatura w Szczecinie  
z up.  
p.o. Wicedyrektor  
Anna Dejk-Chojnacka  
/-/