



Nr ewid. 149/2012/P11094/KZD

Informacja o wynikach kontroli

FUNKCJONOWANIE SYSTEMU RATOWNICTWA MEDYCZNEGO

MISJA

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

WIZJA

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

Dyrektor Departamentu Zdrowia:

Lech Rejnuś

Akceptuję:

Wojciech Misiąg

Wiceprezes Najwyższej Izby Kontroli

Zatwierdzam:

Jacek Jezierski

Prezes Najwyższej Izby Kontroli

dnia 24.09.2012

Najwyższa Izba Kontroli
ul. Filtrowa 57
02-056 Warszawa
T/F +48 22 444 50 00

www.nik.gov.pl

1. WPROWADZENIE	6
1.1. Cele i zakres kontroli	6
2. PODSUMOWANIE WYNIKÓW KONTROLI	8
2.1. Ogólna ocena kontrolowanej działalności	8
2.2. Synteza wyników kontroli.....	8
2.3. Uwagi końcowe i wnioski	11
3. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI	13
3.1. Charakterystyka stanu prawnego oraz uwarunkowań ekonomicznych i organizacyjnych	13
3.1.1. Stan prawny	13
3.1.2. Uwarunkowania organizacyjne i ekonomiczne.....	13
3.2. Istotne ustalenia kontroli	18
3.2.1. W urzędach wojewódzkich	18
3.2.1.1. Organizacja systemu powiadamiania ratunkowego.....	18
3.2.1.2. Finansowanie zespołów ratownictwa medycznego	21
3.2.1.3. Rozmieszczenie zespołów ratownictwa medycznego	22
3.2.1.4. Nadzór nad funkcjonowaniem systemu ratownictwa medycznego	23
3.2.2. W oddziałach wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia.....	25
3.2.2.1. Zawieranie umów dotyczących finansowania zespołów ratownictwa medycznego.....	25
3.2.2.2. Zawieranie umów dotyczących finansowania SOR.....	28
3.2.2.3. Nadzór nad realizacją umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych.....	29
3.2.3. W zakładach opieki zdrowotnej	30
3.2.3.1. W szpitalach	30
3.2.3.2. W stacjach pogotowia ratunkowego.....	37
3.2.3.3. W SP ZOZ Lotnicze Pogotowie Ratunkowe	44
4. INFORMACJE DODATKOWE O PRZEPROWADZONEJ KONTROLI	47
4.1. Przygotowanie kontroli	47
4.2. Postępowanie kontrolne i działania podjęte po zakończeniu kontroli	47
4.3. Finansowe rezultaty kontroli	49
5. ZAŁĄCZNIKI	50

Wykaz stosowanych skrótów i pojęć¹

Ustawa o PRM	ustawa z 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410 ze zm.)
Ustawa o świadczeniach zdrowotnych	ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (jt. Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.)
PRM	Państwowe Ratownictwo Medyczne
SOR	szpitalny oddział ratunkowy
ZRM	zespół ratownictwa medycznego
Zespół „S”	specjalistyczny ZRM
Zespół „P”	podstawowy ZRM
NFZ lub „Fundusz”	Narodowy Fundusz Zdrowia
OW NFZ lub „Oddział”	oddział wojewódzki NFZ
UW lub „Urząd”	urząd wojewódzki
LPR	Lotnicze Pogotowie Ratunkowe
SP ZOZ	samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
Stacja PR	stacja pogotowia ratunkowego
PSP	Państwowa Straż Pożarna
CPR	centrum powiadamiania ratunkowego
WCPR	wojewódzkie centrum powiadamiania ratunkowego
SI	System Informatyczny
SWD	System Wspomagania Dowodzenia
OST 112	Ogólnopolski System Teleinformatyczny (do obsługi numeru alarmowego 112)
CPI	Centrum Projektów Informatycznych
WBiZK	Wydział Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego
CZK	Centrum Zarządzania Kryzysowego
CU	Centrum Urazowe
poz	podstawowa opieka zdrowotna
EFRR	Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego
EFS	Europejski Fundusz Społeczny

¹ Definicja pojęć specjalistycznych – wg definicji z ustawy o PRM.

Lekarz systemu

lekarz posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny ratunkowej albo który ukończył co najmniej drugi rok specjalizacji w dziedzinie: medycyny ratunkowej. Do dnia 31 grudnia 2020 r. lekarzem systemu może być lekarz posiadający specjalizację lub tytuł specjalisty albo który ukończył co najmniej drugi rok specjalizacji w dziedzinie: anestezjologii i intensywnej terapii, chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, ortopedii i traumatologii lub pediatrii

Jednostki systemu

jednostkami systemu są: szpitalne oddziały ratunkowe oraz zespoły ratownictwa medycznego, w tym lotnicze zespoły ratownictwa medycznego, na których świadczenia zawarto umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

Stan nagłego zagrożenia zdrowotnego

stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych czynności ratunkowych i leczenia

Szpitalny oddział ratunkowy

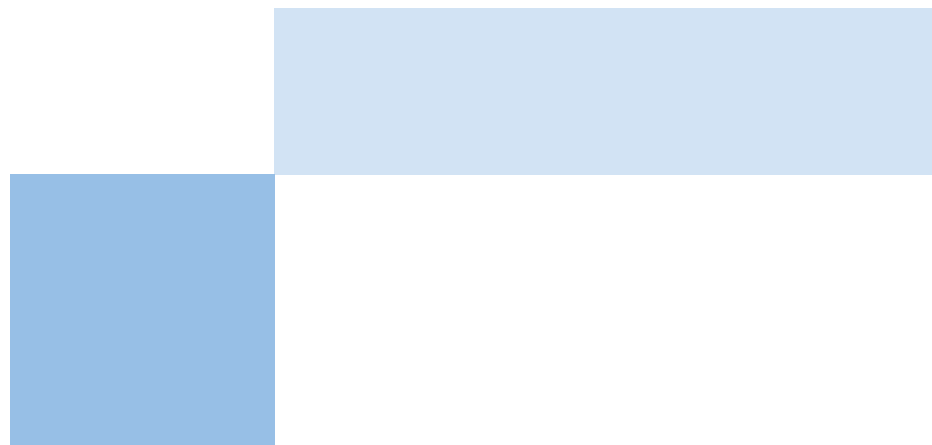
komórka organizacyjna szpitala udzielająca świadczeń opieki zdrowotnej osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, spełniająca wymagania określone w ustawie o PRM

Zespół ratownictwa medycznego

jednostka systemu podejmująca medyczne czynności ratunkowe w warunkach pozaszpitalnych, spełniająca wymagania określone w ustawie o PRM

Centrum urazowe

wydzielona funkcjonalnie część szpitala, w którym działa szpitalny oddział ratunkowy, w której to części specjalistyczne oddziały są powiązane ze sobą organizacyjnie oraz zakresem zadań, w sposób pozwalający na szybkie diagnozowanie i leczenie pacjenta urazowego, spełniająca wymagania określone w ustawie o PRM



System Państwowego Ratownictwa Medycznego² stworzono w celu zapewnienia pomocy każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Wdrażanie systemu rozpoczęto w 1999 r., w ramach przygotowanego w Ministerstwie Zdrowia programu „Zintegrowane Ratownictwo Medyczne na lata 1999–2003”, kiedy nie obowiązywały jeszcze żadne przepisy w tej dziedzinie. Pierwszą ustawę o Państwowym Ratownictwie Medycznym Sejm RP uchwalił 25 lipca 2001 r.³

Od tego czasu wielokrotnie zmieniały się przepisy regulujące organizację oraz zasady funkcjonowania i finansowania systemu ratownictwa medycznego.

Najwyższa Izba Kontroli przeprowadziła dotychczas dwie kontrole ratownictwa medycznego⁴. Dotyczyły one oceny działań administracji rządowej i samorządu terytorialnego podejmowanych na rzecz wdrażania systemu ratownictwa medycznego oraz wykorzystania środków finansowych na ten cel, w tym również środków budżetowych przekazanych zakładom opieki zdrowotnej i innym jednostkom w ramach programu „Zintegrowane Ratownictwo Medyczne”. Badaniom kontrolnym poddano również programowanie oraz realizację działań restrukturyzacyjnych i dostosowawczych w jednostkach wchodzących w skład systemu ratownictwa medycznego.

Obecna kontrola ratownictwa medycznego dotyczyła działania systemu na różnych szczeblach organizacyjnych, a także wykorzystania środków publicznych przeznaczonych na jego funkcjonowanie.

1.1 Cele i zakres kontroli

Celem głównym kontroli P/11/094 była ocena stanu systemu ratownictwa medycznego w Polsce. Cele szczegółowe obejmowały badanie i ocenę realizacji zadań systemu ratownictwa medycznego, jego finansowanie oraz funkcjonowanie jednostek systemu ratownictwa medycznego (tj. szpitalnych oddziałów ratunkowych i zespołów ratownictwa medycznego, w tym lotniczych zespołów ratownictwa medycznego).

Kontrolą objęto lata 2009–2011, przeprowadzając ją w okresie od 4 sierpnia do 19 grudnia 2011 r. Uczestniczyło w niej dziesięć delegatur oraz Departament Zdrowia NIK. Kontrolowano 37 jednostek⁵, w tym:

- 8 urzędów wojewódzkich (art. 2 ust. 1 ustawy o NIK)⁶, pod względem legalności, gospodarności, celowości i rzetelności;
- 11 oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia (art. 2 ust. 1 ustawy o NIK), pod względem legalności, gospodarności, celowości i rzetelności;

² Zwany dalej również „systemem ratownictwa medycznego”.

³ Por. ustawa z dnia 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 113, poz. 1207 ze zm.), która utraciła moc 31 grudnia 2006 r. i została zastąpiona przez ustawę z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410 ze zm.) zwaną dalej również „ustawą o PRM”.

⁴ W obu przypadkach wyniki kontroli dały podstawę do negatywnej oceny zarówno sposobu jak i stanu wdrażania tego systemu (na koniec 2002 r. i 2006 r.). Na ten cel wydatkowano z budżetu państwa łącznie 647 mln zł (w tym 143 mln zł – z naruszeniem przepisów prawa). „Informacja o wynikach kontroli wdrażania systemu ratownictwa medycznego w Polsce” (wrzesień 2003 r. KPZ-441012-2002, Nr ewid. 164/2003/P/02/127/KPZ) i „Informacja o wynikach kontroli działań administracji rządowej i samorządowej w tworzeniu i organizacji systemu ratownictwa medycznego w Polsce” (sierpień 2007 r. KPZ-41012/2006, Nr ewid. 138/2007/P/06/091/KPZ).

⁵ Wykaz jednostek objętych kontrolą stanowi załącznik nr 1 do Informacji.

⁶ Ustawa z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz. U. z 2012 r., poz. 82).

- 4 samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (art. 2 ust. 1 ustawy o NIK), pod względem legalności, gospodarności, celowości i rzetelności;
- 14 samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej – 6 szpitali i 8 stacji pogotowia ratunkowego (art. 2 ust. 2 ustawy o NIK), pod względem legalności, gospodarności i rzetelności.

Kontrola została podjęta przez NIK z własnej inicjatywy⁷.

⁷ W toku kontroli zbadano również skargi, które wpłynęły do NIK, w których sygnalizowano nieprawidłowości w funkcjonowaniu systemu ratownictwa medycznego (głównie kontraktowania przez OW NFZ świadczeń zdrowotnych udzielanych przez zespoły ratownictwa medycznego).

2.1 Ogólna ocena kontrolowanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie, pomimo stwierdzonych nieprawidłowości, ocenia funkcjonowanie systemu ratownictwa medycznego.

System zapewniał szybkie udzielenie pomocy na miejscu zdarzenia osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego (ok. 90 % badanych dojazdów zrealizowanych w czasie, który nie przekraczał maksymalnego przewidzianego w ustawie⁸), transport i leczenie w szpitalnych oddziałach ratunkowych, gdzie obok kontynuacji akcji ratowniczej możliwa była odpowiednia diagnostyka, a następnie podjęcie decyzji o sposobie dalszej terapii. W badanym okresie liczba szpitalnych oddziałów ratunkowych wzrosła o 6,3%, stworzono 14 centrów urazowych służących leczeniu osób, które doznały ciężkich, mnogich lub wielonarządowych obrażeń ciała, a zakup nowoczesnych śmigłowców EC – 135 umożliwił misje nocne, których nie można było wykonywać na dotychczas używanych śmigłowcach Mi-2.

Efektywność działania systemu obniżały jednak stwierdzone przez NIK nieprawidłowości polegające m.in. na obciążaniu systemu obowiązkami wykraczającymi poza zadania ustawowe, niewystarczającej obsadzie osobowej w przypadku niektórych wyjazdów ZRM, przypadkach przekraczania ustawowego czasu dojazdu na miejsce zdarzenia oraz braku zintegrowanego, jednolitego systemu powiadamiania ratunkowego.

2.2 Synteza wyników kontroli

2.2.1. Szpitalne oddziały ratunkowe udzielały świadczeń zdrowotnych wszystkim zgłaszającym się pacjentom z zachowaniem obowiązujących standardów. Udzielano ich również osobom, które nie znajdowały się w stanie zagrożenia zdrowotnego, a więc nie kwalifikowały się do takiej formy pomocy. Działanie takie stanowiło naruszenie art. 3 pkt 9 oraz art. 33 ust. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

Sytuacja ta stwarza zagrożenie dla pacjentów, którzy faktycznie potrzebują pomocy ze strony SOR i grozi likwidacją tych oddziałów w sytuacji, gdy na skutek wzrostu kosztów stają się deficytowe dla szpitali. Powoduje również nieuprawnione pokrywanie ze środków przeznaczonych na finansowanie leczenia zamkniętego kosztów diagnostyki i leczenia osób, które ze względu na swój stan zdrowia powinny korzystać z podstawowej oraz specjalistycznej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. W poszczególnych kontrolowanych szpitalach stanowiły one szacunkowo od 30% do 80% zgłaszających się.

W ocenie NIK sytuacja ta była konsekwencją ograniczonej dostępności ambulatoryjnej opieki zdrowotnej oraz braku skutecznego mechanizmu pozwalającego na ograniczenie świadczeń dla osób, które nie znajdowały się w stanie zagrożenia zdrowotnego. Osobom tym powinny być udzielone świadczenia w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, poradni specjalistycznych lub nocnej i świątecznej pomocy doraźnej. (str. 30–33)

2.2.2. Rosnąca liczba pacjentów niekwalifikujących się do leczenia w SOR, a także przypadki długotrwałego hospitalizowania w nich niektórych osób (w skrajnym przypadku nawet 81 dni) miały wpływ na wysokość kosztów funkcjonowania tych oddziałów. Świadczenia udzielane w SOR finansowane były według dobowej stawki ryczałtowej, której wysokość wyliczana była indywidualnie

⁸ Art. 24 ust. 1 pkt 3 ustawy o PRM stanowi, że maksymalny czas dotarcia na miejsce zdarzenia dla ZRM od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego nie może być dłuższy niż 15 minut w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców i 20 minut poza miastem powyżej 10 tysięcy mieszkańców.

dla każdego szpitala. Na wysokość tej stawki wpływ miała m.in. średnia dobowa liczba pacjentów zaopatrzonych w SOR oraz średnia waga punktowa wykonanych czynności, na podstawie danych z poprzedniego okresu sprawozdawczego. Stawki te, w kontrolowanych województwach, wahały się od 2.550 zł do 13.821 zł – w 2009 r., od 2.400 zł do 15.537 zł – w 2010 r. i od 2.400 zł do 20.132 zł – w 2011 r. (str. 28–29, 33–34)

2.2.3. Do centrów urazowych (CU) kontrolowanych szpitali kierowani byli wszyscy pacjenci z urazami, mimo precyzyjnie opisanych kryteriów kwalifikacji i transportu pacjentów do ośrodka urazowego. Stanowiło to obciążenie dla personelu i powodowało dodatkowe koszty. Jednocześnie zasady finansowania świadczeń zdrowotnych udzielonych w centrum urazowym, przewidziane w obowiązujących przepisach, nie pozwalały na rozliczenie ich w odniesieniu do pacjentów poniżej 17 roku życia oraz pacjentów hospitalizowanych poniżej wymaganych 15 dni. (str. 34–36)

2.2.4. W okresie objętym kontrolą sukcesywnie rosła liczba wyjazdów realizowanych przez ZRM, ale część z nich (w niektórych przypadkach nawet ok. 30%) nie dotyczyła stanów nagłego zagrożenia zdrowotnego, a więc w świetle ustawy o PRM budziło wątpliwości, co do konieczności ich realizacji przez ZRM.

W ocenie NIK stan ten wynikał z braku skutecznego mechanizmu pozwalającego na eliminowanie wyjazdów ZRM do zadań, które wykraczały poza zakres wskazany w ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz w zarządzeniach Prezesa NFZ (były to wyjazdy do stwierdzenia zgonów; wyjazdy do zachorowań niekwalifikujących się do świadczeń ratowniczych; przewozy międzyszpitalne pacjentów niebędących w stanie zagrożenia zdrowotnego⁹). NIK zwraca również uwagę, że maksymalny czas dotarcia ZRM na miejsce zdarzenia był przekraczany średnio w przypadku ok. 10% realizowanych wyjazdów.¹⁰ (str. 37–42)

2.2.5. Stan zatrudnienia pracowników stacji pogotowia ratunkowego, w poszczególnych grupach zawodowych systemu (lekarze, pielęgniarki, ratownicy medyczni, dyspozytorzy medyczni), nie zawsze zabezpieczał potrzeby stacji. W konsekwencji, w niektórych przypadkach, ZRM wyjeżdżały do zdarzeń w niepełnym składzie osobowym (szczególnie w święta i dni ustawowo wolne od pracy), tj. niezgodnie z wymogami art. 36 ust. 1 ustawy o PRM. W przypadku braków kadrowych uzupełniano je osobami pracującymi na podstawie umów cywilnoprawnych. Niektórzy lekarze pracowali w ten sposób kilkaset godzin miesięcznie (w skrajnym przypadku stwierdzono, iż były to 662 godziny).

W ocenie NIK nadmierne obciążenie pracą personelu medycznego, nawet przyjmując iż część dyżuru pozostaje jedynie w gotowości do wykonywania obowiązków, zagraża jego zdrowiu i bezpieczeństwu oraz może mieć negatywny wpływ na jakość świadczeń udzielanych pacjentom.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę na różnice poziomów kształcenia ratowników medycznych w szkołach policealnych (minimum 2100 godzin) i szkołach wyższych (minimum 3800 godzin). Różnice te nie miały jednak praktycznego znaczenia przy kompletowaniu obsady ZRM. (str. 42–44)

2.2.6. Wojewodowie finansowali funkcjonowanie zespołów ratownictwa medycznego ze środków przewidzianych w budżecie państwa w części, której byli dysponentami. W 2009 r. trzech wojewodów

⁹ Każdy zakład opieki zdrowotnej udzielający świadczeń zdrowotnych powinien mieć zawartą umowę z innym podmiotem świadczącym usługi transportu sanitarnego.

¹⁰ Art. 24 ust. 1 pkt 3 ustawy o PRM stanowi, że maksymalny czas dotarcia na miejsce zdarzenia dla ZRM od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego nie może być dłuższy niż 15 minut w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców i 20 minut poza miastem powyżej 10 tysięcy mieszkańców.

przekazało środki na ten cel (oddziałom wojewódzkim NFZ, którym powierzono zawarcie umów z dysponentami ZRM) z opóźnieniem¹¹, co skutkowało zapłatą odsetek.

W latach 2010–2011 środki niewykorzystane na finansowanie ZRM, po zmianie planu wydatków, wojewodowie wydatkowali głównie na inne cele wskazane przez Ministra Finansów, niezwiązane z ratownictwem medycznym (m.in. na spłatę zobowiązań wymagalnych Skarbu Państwa). (str. 21–21)

2.2.7. Wojewodowie decydowali o liczbie i rodzaju ZRM, a także ich rozmieszczeniu na terenie województwa. Dienne obciążenie jednego zespołu specjalistycznego wynosiło (w zależności od miejsca stacjonowania) od 4,8 do 11 wyjazdów na wezwanie, a zespołu podstawowego – od 2 do 14,2 wyjazdów. Wojewoda Lubuski nie podjął skutecznych działań mających na celu równomierne – pod względem liczby wyjazdów – obciążenie ZRM. (str. 22–23)

2.2.8. Wszyscy wojewodowie sprawowali nadzór nad funkcjonowaniem systemu ratownictwa medycznego na terenie poszczególnych województw. Przeprowadzali kontrole jednostek systemu zarówno we własnym zakresie, jak również otrzymywali informacje o wynikach kontroli zrealizowanych przez OW NFZ.

Trzech wojewodów, spośród ośmiu objętych kontrolą, nie korzystało z uprawnień do przeprowadzania kontroli jednostek współpracujących z systemem, tj. społecznych organizacji ratowniczych, które w ramach swoich zadań ustawowych lub statutowych są obowiązane do niesienia pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Pozostałych pięciu wykorzystywało tę możliwość w znikomym stopniu. Wojewodowie sporadycznie korzystali także z uprawnień do przeprowadzenia kontroli podmiotów prowadzących kursy/szkolenia w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy. Ich działania w tym zakresie ograniczały się do zatwierdzania programów kursów, natomiast nie kontrolowali ich jakości, ani też kwalifikacji kadry dydaktycznej. (str. 23–25 oraz 29–30)

2.2.9. W żadnym województwie nie funkcjonował system powiadamiania ratunkowego w rozumieniu obecnie obowiązujących przepisów. Zadania centrów powiadamiania ratunkowego wykonywane były przez jednostki organizacyjne Policji i Państwowej Straży Pożarnej (PSP)¹². Prace zmierzające do stworzenia jednolitego, zintegrowanego systemu powiadamiania ratunkowego nie zostały zakończone, na co wpływ miała zmiana przepisów dotyczących tworzenia i funkcjonowania CPR. Najwyższa Izba Kontroli już wielokrotnie wskazywała na wady dotychczas funkcjonujących rozwiązań opartych na niekompatybilnych systemach, różnorodnym oprogramowaniu i łączności. (str. 18–20)

2.2.10. Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia wyposażenie SP ZOZ Lotnicze Pogotowie Ratunkowe w 23 nowe śmigłowce EC 135. W znaczący sposób poprawiło to operacyjny zasięg Śmigłowcowej Służby Ratownictwa Medycznego (HEMS) oraz wpłynęło na zwiększenie liczby lotów (z 4.359 w 2009 r. do 5.888 w 2011 r.¹³). Ponadto, w 2011 r., przeprowadzono 262 misje nocne, których nie można było wykonywać na dotychczas używanych śmigłowcach Mi-2. (str. 44–46)

¹¹ Było to następstwem nieprzekazania odpowiednich środków przez Ministra Finansów.

¹² Na podstawie art. 7 ustawy z 5 grudnia 2008 r. o zmianie ustawy o ochronie przeciwpożarowej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2009 r. Nr 11, poz. 59).

¹³ Do 30 września.

2.3 Uwagi końcowe i wnioski

2.3.1. Kontrolowane jednostki systemu (SOR, ZRM) w znacznym stopniu obciążane były udzielaniem świadczeń zdrowotnych pacjentom, którzy nie znajdowali się w stanie zagrożenia zdrowotnego, głównie z powodu niedostatecznie zorganizowanej ambulatoryjnej opieki medycznej. Problem ten dotyczył szczególnie szpitalnych oddziałów ratunkowych, które odgrywają kluczową rolę w systemie ratownictwa medycznego. Ograniczenie wykorzystywania SOR do celów niezwiązanych z ratownictwem medycznym uzależnione jest od zmian systemowych poprawiających organizację i funkcjonowanie ambulatoryjnej opieki zdrowotnej.

Doraźną poprawę sytuacji mogą przynieść działania na poziomie poszczególnych szpitali podejmowane przez ich kierowników. Jednym z rozwiązań może być wprowadzenie wstępnej oceny medycznej pacjentów (tylko tych zgłaszających się samodzielnie do SOR), np. przez lekarza dyżurnego, który potwierdziłby konieczność udzielenia świadczeń w SOR i sam kierowałby tam pacjenta lub wykluczałby taką konieczność ze wskazań medycznych i kierował pacjenta do ambulatoryjnej opieki medycznej. Uzupełnieniem tej wstępnej weryfikacji osób zgłaszających się do SOR powinien być sprawny system selekcji pacjentów w ramach samego oddziału, funkcjonujący już w niektórych szpitalach, pozwalający na natychmiastowe udzielenie pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego i sprawne wyodrębnienie grupy osób, którym stan zdrowia pozwala na oczekiwanie na taką pomoc.

Zakontraktowanie nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej w tym samym szpitalu, w którym funkcjonuje SOR ułatwia odsyłanie pacjentów, którzy nie kwalifikują się do udzielenia świadczeń z zakresu medycyny ratunkowej, jak wskazał na przykładzie kierowanego przez siebie szpitala, jeden z ekspertów uczestniczących w zorganizowanym przez NIK panelu.

2.3.2. Najwyższa Izba Kontroli zwraca się do Ministra Zdrowia i Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia o rozważenie wprowadzenia zmian w systemie finansowania SOR.

Dotychczasowy system, przy znacznej liczbie zgłaszających się pacjentów, którzy nie kwalifikują się do leczenia na tych oddziałach, powoduje, że ich działalność staje się deficytowa. Stan ten stwarza zagrożenie dla dalszego funkcjonowania SOR, niezbędnych dla prawidłowej realizacji zadań systemu ratownictwa medycznego.

W trakcie panelu ekspertów przedstawiciel NFZ wskazał, że obowiązujące regulacje prawne nie przesądzają, że każda komórka organizacyjna podmiotu leczniczego powinna być dochodowa. Szpital jako całość powinien bilansować swoją działalność, a niekoniecznie jego poszczególne komórki organizacyjne. Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, iż na wynik finansowy danej jednostki organizacyjnej szpitala istotny wpływ ma NFZ, ustalając wycenę świadczeń, które są w niej realizowane. Trwała deficytowość niektórych obszarów działalności szpitala utrudnia racjonalne ustalenie jego struktury przez kierownictwo danej placówki.

2.3.3. W ocenie NIK kierujący poszczególnymi jednostkami systemu ratownictwa medycznego powinni podejmować działania dyscyplinujące w stosunku do ZRM oraz personelu szpitali, w celu wyegzekwowania przestrzegania kryteriów ciężkości urazu, które kwalifikują do udzielenia pomocy przez centra urazowe.

W kontrolowanych szpitalach kierowani byli tam wszyscy pacjenci z urazami, mimo precyzyjnie opisanych kryteriów kwalifikacji i transportu pacjentów do ośrodka urazowego. Centra powinny leczyć głównie poszkodowanych z obrażeniami wielonarządowymi, którymi są najczęściej ofiary wypadków, wymagające szybkiej diagnostyki i odpowiedniej pomocy specjalistycznej.

2.3.4. Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę na różnice w liczbie godzin kształcenia ratowników medycznych w szkołach policealnych i wyższych. W przypadku ratownika medycznego nie obowiązuje staż podyplomowy, a także nie ma konieczności uzyskania prawa do wykonywania takiego zawodu. Szczególne znaczenie ma zatem odpowiednie kształcenie przed uzyskaniem dyplomu, a także odpowiednie przygotowanie praktyczne. W związku z powyższym NIK zwraca się do Ministrów Edukacji i Zdrowia o dokonanie wnikliwej oceny dotychczasowego modelu kształcenia ratowników i na jej podstawie rozważenia wprowadzenia jednolitego modelu kształcenia w tym zakresie z uwzględnieniem odpowiednich wymogów jakościowych.

3.1 Charakterystyka stanu prawnego oraz uwarunkowań ekonomicznych i organizacyjnych

3.1.1. Stan prawny

Zasady organizacji, funkcjonowania i finansowania systemu „Państwowe Ratownictwo Medyczne” określa ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

W ramach systemu działają organy administracji rządowej, właściwe w zakresie wykonywania zadań systemu (tj. Minister Zdrowia i wojewodowie) oraz jednostki systemu, którymi są: szpitalne oddziały ratunkowe (SOR) i zespoły ratownictwa medycznego (ZRM), w tym lotnicze zespoły ratownictwa medycznego.¹⁴ Z systemem współpracują służby ustawowo powołane do niesienia pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego¹⁵: w szczególności jednostki organizacyjne Państwowej Straży Pożarnej (PSP) i jednostki ochrony przeciwpożarowej włączone do krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego, podmioty uprawnione do wykonywania ratownictwa górskiego na podstawie przepisów ustawy z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie i ratownictwie w górach i na zorganizowanych terenach narciarskich¹⁶, podmioty uprawnione do wykonywania ratownictwa wodnego na podstawie przepisów ustawy z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie osób przebywających na obszarach wodnych¹⁷, inne jednostki podległe lub nadzorowane przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych i Ministra Obrony Narodowej. Jednostki te udzielają kwalifikowanej pierwszej pomocy osobom znajdującym się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Nadzór nad systemem na terenie kraju sprawuje Minister Zdrowia. Natomiast planowanie, organizowanie i koordynowanie systemu oraz nadzór nad systemem na terenie województwa jest zadaniem wojewody¹⁸.

System działa na obszarze województwa na podstawie wojewódzkiego planu działania systemu (zwanego dalej „planem”) sporządzanego przez wojewodę (plan w razie potrzeb podlega aktualizacji)¹⁹.

Szczegółowe przepisy prawne regulujące zagadnienia związane z funkcjonowaniem systemu ratownictwa medycznego przedstawione zostały w załączniku nr 2 do Informacji.

3.1.2. Uwarunkowania organizacyjne i ekonomiczne

1. W poszczególnych latach objętych kontrolą wydatki na ratownictwo medyczne, finansowane z budżetu państwa (z wyłączeniem wydatków na centra powiadamiania ratunkowego), wynosiły: w 2009 r. – 1.937.917,0 tys. zł (co stanowiło 99,92% planu po zmianach), w 2010 r. – 2.102.332,6 tys. zł (tj. 99,98% planu po zmianach), a w 2011 r. według danych z listopada – 1.818.589,6 tys. zł (tj. 98,67% planu po zmianach)²⁰. W wydatkach tych największą pozycję stanowiły wydatki bieżące przeznaczone na finansowanie zadań zespołów ratownictwa medycznego, finansowane ze środków dotacji budżetowej przekazywanej Narodowemu Funduszowi Zdrowia²¹.

¹⁴ Art. 2 ust. 2, art. 18 i art. 32 ust. 1 ustawy o PRM.

¹⁵ Art. 2 ust. 3 i art. 15 ust. 1 ustawy o PRM.

¹⁶ Dz.U. Nr 208, poz. 1241.

¹⁷ Dz. U. Nr 208, poz. 1240.

¹⁸ Art. 19 ustawy o PRM.

¹⁹ Art. 21 ust. 1 i 2 ustawy o PRM.

²⁰ W stosunku do planu na listopad 2011 r., który wynosił 1.843.114,9 mld zł.

²¹ Na podstawie informacji z Ministerstwa Finansów pismo z dnia 17 lutego 2012 r. znak: FS6-800/1/MYB/CWO/2012/632 – otrzymanej w trybie art. 29 pkt 2 lit. f ustawy o NIK. Zestawienie wydatków na ratownictwo medyczne finansowane z budżetu państwa – stanowi załącznik Nr 4 do Informacji.

W latach 2009–2010, w ramach wspomnianych kwot, ujęte zostały wydatki na realizację programu wieloletniego pn. „Wymiana śmigłowców Samodzielnego Publicznego ZOZ Lotnicze Pogotowie Ratunkowe na lata 2005–2010”.

Od roku 2008 inwestycje w systemie ratownictwa medycznego (w tym także inwestycje w centrach urazowych) finansowane są głównie ze środków Unii Europejskiej²².

Ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego (EFRR) na zakup 342 specjalistycznych środków transportu sanitarnego (ambulansów) wraz z wyposażeniem na potrzeby specjalistycznych i podstawowych ZRM zakontraktowano środki w kwocie 100,8 mln zł (całkowita wartość projektów – 121,1 mln zł) i wydatkowano 96,5 mln zł²³ (zakupiono 328 ambulansów). Na dostosowanie szpitalnych oddziałów ratunkowych do wymogów określonych w przepisach prawa (ich przebudowę, rozbudowę lub remont oraz wyposażenie), a także na budowę i remont lądowisk przyszpitalnych dla helikopterów zakontraktowano środki w kwocie 439,7 mln zł (wartość całkowita projektu 587,1 mln zł), a wydatkowano już 301,3 mln zł.

Ponadto, na budowę i remont oraz doposażenie baz Lotniczego Pogotowia Ratunkowego (etap I i II) zakontraktowano 58,0 mln zł z EFRR (wartość całkowita projektu – 78,7 mln zł) i wydatkowano 5,5 mln zł, a na budowę oraz wyposażenie Wojewódzkich Centrów Powiadamiania Ratunkowego i Centrów Powiadamiania Ratunkowego zakontraktowano 204,5 mln zł z EFRR (całkowita wartość projektu – 263,9 mln zł), wydatkowano 62,4 mln zł, ale żadne WCPR i CPR do czasu zakończenia kontroli nie zostało jeszcze w pełni ukończone.

Ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego (EFS)²⁴ na wsparcie systemu ratownictwa medycznego poprzez kształcenie zawodowe lekarzy, ratowników medycznych i dyspozytorów medycznych zakontraktowano środki w kwocie 30,2 mln zł (wartość całkowita projektu 35,5 mln zł), a wydatkowano 10 mln zł. Natomiast na profesjonalne pielęgniarstwo systemu ratownictwa medycznego w Polsce (wsparcie kształcenia podyplomowego) zakontraktowano środki w wysokości 17,2 mln zł (wartość całkowita projektu 20,3 mln zł), a wydatkowano dotychczas 3,6 mln zł.

2. W latach 2009–2011 liczba szpitalnych oddziałów ratunkowych na terenie kraju wzrosła z 221 do 235²⁵ (tj. o 6,3%). Najwięcej SOR przybyło w województwie mazowieckim (ich liczba wzrosła z 26 do 33) i zachodniopomorskim (z 5 do 12), a najwięcej SOR zlikwidowano w województwie kujawsko-pomorskim (ich liczba zmniejszyła się z 12 do 10) i w pomorskim (z 14 do 12).

Wysokość środków przeznaczonych na finansowanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia świadczeń udzielonych w SOR wzrosła w tym okresie o 98,8 mln zł (o 17,7%) i wynosiła 557,9 mln zł – w 2009 r., 604,9 mln zł – w 2010 r. i 656,5 mln zł – w 2011 r.²⁶

²² Na podstawie informacji Ministra Zdrowia, uzyskanej w trybie art. 29 pkt 2 lit. f ustawy o NIK; pismo z dnia 19 stycznia 2012 r., znak MZ-DNM-0911-15153-3/AK/12 i pismo z dnia 3 lutego 2012 r. znak: MZ-DNM-0911-15153-6/KCZ/12.

²³ W ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko Priorytetu XII Bezpieczeństwo zdrowotne i poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia Działania 12.1 Rozwój systemu ratownictwa medycznego.

²⁴ W ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki Priorytet II Rozwój zasobów ludzkich i potencjału adaptacyjnego przedsiębiorstw oraz poprawa stanu zdrowia osób pracujących Działanie 2.3. Wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących oraz poprawa jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia Poddziałanie 2.3.2. Doskonalenie zawodowe kadr medycznych.

²⁵ W 2010 r. funkcjonowało 229 SOR.

²⁶ Na podstawie informacji z NFZ, pismo z dnia 2 stycznia 2012 r., znak: NFZ/CF/DSOZ/2011/076/1068/W/32743/MKI – otrzymanej w trybie art. 29 pkt 2 lit. f ustawy o NIK. Zestawienie wysokości środków przeznaczonych na finansowanie świadczeń w SOR w poszczególnych latach i w podziale na województwa oraz zestawienie ilościowe SOR – stanowi załącznik Nr 5 do Informacji.

Nadmienić należy, że w okresie objętym kontrolą, NFZ finansował również realizację świadczeń w rodzaju „pomoc doraźna i transport sanitarny”. W roku 2009 koszty realizacji tych świadczeń wyniosły 34,0 mln zł (plan wynosił 35,4 mln zł), w 2010 r. – 35,8 mln zł (plan – 37,1 mln zł), a w 2011 r. – 36,2 mln zł (plan na 2011 r. – 36,8 mln zł). Dane te wskazują, że świadczeniodawcy, udzielając świadczeń pacjentom niebędącym w stanie zagrożenia zdrowotnego mogli je realizować w ramach tych właśnie środków, a nie wykorzystywać do tego celu zespoły ratownictwa medycznego²⁷.

W okresie objętym kontrolą, łączna liczba zespołów ratownictwa medycznego (specjalistycznych „S” i podstawowych „P”) funkcjonujących w ramach systemu PRM utrzymywała się na zbliżonym poziomie; w roku 2009 – było ich 1.455, w 2010 r. – 1.451, a w 2011 r. – 1469. Zmieniła się natomiast – choć również w niewielkim stopniu – struktura tych zespołów: zwiększyła się liczba zespołów P (o 31), a zmniejszyła – liczba zespołów S (o 17). W roku 2009 – zespołów S było 834, a zespołów P – 621, w 2010 r. – odpowiednio – 833 i 618, a w 2011 r. – 865 i 604²⁸.

W 2011 r., na 1 ZRM (bez podziału na S i P) najmniej pacjentów przypadało w woj. warmińsko-mazurskim (19430 osób), a najwięcej w województwie małopolskim (31247 osób – w I półroczu i 30684 osoby – w II półroczu)²⁹.

Na realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego NFZ otrzymywał dotację celową z budżetu państwa. W poszczególnych latach jej wysokość kształtowała się na zbliżonym poziomie; w roku 2009 – dotacja wyniosła 1.722,5 mln zł, i koszty realizacji świadczeń – 1.722,5 mln zł, w roku 2010 – dane te wyniosły – odpowiednio – 1.726,1 mln zł i 1.726,0 mln zł, a w 2011 r. – 1.787,6 mln zł i 1.758,5 mln zł³⁰.

3. W 2009 r. Ministerstwo Zdrowia podjęło działania zmierzające do wyłonienia szpitali, których organizacja, wyposażenie i zasoby kadrowe pozwalały na utworzenie na ich bazie centrów urazowych³¹.

Celem utworzenia tych centrów było zabezpieczenie ciągłości szybkiego postępowania diagnostycznego oraz kompleksowego leczenia w jednym, wysokospecjalistycznym szpitalu, osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego spowodowanego działaniem czynnika zewnętrznego, którego następstwem są ciężkie, mnogie lub wielonarządowe obrażenia ciała. Miało to sprzyjać zmniejszeniu odsetka powikłań urazów, a także obniżeniu wysokiej śmiertelności i kalectwa pourazowego.

Wytypowane szpitale uzyskały status centrum urazowego i zostały ujęte w wojewódzkich planach działania systemu PRM, zatwierdzonych przez Ministra Zdrowia. Umożliwiło to rozpoczęcie organizacji i funkcjonowania centrum urazowego na bazie wskazanego szpitala.

Organizacja CU winna opierać się na sprawnie funkcjonującym SOR, do którego trafia pacjent urazowy i gdzie dokonuje się wstępnej diagnostyki, stabilizacji i leczenia. Dalszą opiekę nad pacjentem winien przejąć oddział, który odpowiedzialny jest za leczenie najcięższych obrażeń u pacjenta. Decyzję o kwalifikacji do leczenia w określonej klinice podejmuje zespół urazowy.

²⁷ Zestawienie środków na finansowanie świadczeń w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny – stanowi załącznik Nr 6 do Informacji.

²⁸ Wykaz ZRM funkcjonujących w ramach systemu PRM – stanowi załącznik Nr 7 do Informacji.

²⁹ Zestawienie liczby osób przypadających na 1 ZRM – przedstawia załącznik nr 9 do Informacji.

³⁰ Wysokość dotacji celowej z budżetu państwa na realizację zadań ZRM stanowi załącznik Nr 8 do Informacji.

³¹ Na podstawie informacji z Ministerstwa Zdrowia – pismo z dnia 3 lutego 2012 r. znak: MZ-DNM-0911-15153-6/KCZ/12 – otrzymanej w trybie art. 29 pkt 2 lit. f ustawy o NIK.

Oddziały wojewódzkie NFZ przeprowadziły w czerwcu 2011 r. (tj. przed rozpoczęciem kontroli NIK) w szpitalach o statusie centrum urazowego, kontrole mające na celu ustalenie, czy te centra urazowe spełniają określone wymogi³².

Wyniki tych kontroli wskazały, że do 30 czerwca 2011 r. w województwach kujawsko-pomorskim, świętokrzyskim i zachodniopomorskim nie funkcjonowały jednostki organizacyjne ochrony zdrowia posiadające status centrum urazowego. W sześciu CU (spośród 13) stwierdzono uchybienia i nieprawidłowości w ich organizacji i funkcjonowaniu³³.

Nadmienić jednak należy, że ustawa o zmianie ustawy o PRM³⁴ przewiduje okres dostosowawczy dla centrów urazowych do końca 2013 r. (m.in. w zakresie lądowiska lub lotniska dla śmigłowców ratunkowych, które muszą być zlokalizowane w takiej odległości aby możliwe było przyjęcie pacjenta urazowego, bez pośrednictwa specjalistycznego środka transportu sanitarnego).

Wartość rozliczonych świadczeń związanych z leczeniem obrażeń mnogich w 14 centrach urazowych (w okresie kwiecień-grudzień 2011 r.) – według grupy urazowej T – wyniosła 6.540,6 tys. zł (największa była w województwie mazowieckim – 1.404,5 tys. zł, śląskim – 992,1 tys. zł, a w pozostałych – od 178,1 tys. zł do 681,5 tys. zł).

Na uwagę zasługuje fakt, że finansowania świadczeń według grupy urazowej T nie można stosować (na podstawie obowiązujących przepisów) w przypadku pacjentów poniżej 17 roku życia, pacjentów hospitalizowanych w czasie krótszym od wymaganych 15 dni i pacjentów zakwalifikowanych do grupy T07.

4. Według stanu na dzień 31 grudnia 2011 r. w ewidencji Urzędu Lotnictwa Cywilnego (ULC) wpisanych było 51 lądowisk przyszpitalnych i 26 „innych miejsc” przyszpitalnych przystosowanych do startów i lądowań³⁵.

ULC, przed wydaniem decyzji wpisu lądowiska do ewidencji, przeprowadzał inspekcję na lądowisku, w celu potwierdzenia, że odpowiada ono właściwym wymaganiom³⁶.

Z dniem 18 września 2011 r. ULC zaprzestał prowadzenia wykazu „innych miejsc” przystosowanych do startów i lądowań statków powietrznych³⁷.

Jednocześnie, jeśli te „inne miejsca” spełniały do tego czasu (tj. 18 września 2011 r.) wymagania określone dla lądowisk, to mogły być wpisane – na wniosek zgłaszającego lądowisko (w tym przypadku szpitala) złożony do dnia 31 grudnia 2011 r. – do ewidencji lądowisk. Jednak żaden szpital nie skorzystał z tej możliwości.

³² Wymogi określone w rozdziale 4a ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410 z późn. zm.), § 2, 3, 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 czerwca 2010 r. w sprawie centrum urazowego (Dz. U. Nr 118, poz. 803), pkt 7.4, 7.5 załącznika nr 4 do zarządzenia nr 17/2011/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 6 kwietnia 2011 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne.

³³ Na podstawie informacji z NFZ, pismo z dnia 5 grudnia 2011 r. znak: NFZ/CF/DSOZ/2011/076/0957W/30025/EW – otrzymane w trybie art. 29 pkt 2 lit. f ustawy o NIK.

³⁴ Por. art. 3 ustawy z 17 lipca 2009 r. o zmianie ustawy o PRM (Dz. U. Nr 122, poz. 1007).

³⁵ Pisma Prezesa Urzędu Lotnictwa Cywilnego z dnia 3 listopada 2011 r. znak: ULC-LTL-1/512-0077/01/11 i z dnia 25 stycznia 2012 r. znak: ULC-LTL-1/511-0013/01/12 – otrzymane w trybie art. 29 ustawy o NIK.

³⁶ Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 20 lipca 2004 r. w sprawie wymagań dla lądowisk (Dz. U. Nr 170, poz. 1791 ze zm.) i rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 2 czerwca 2010 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie wymagań dla lądowisk (Dz. U. Nr 100, poz. 640)

³⁷ Por. art. 93 ustawy z 30 czerwca 2011 r. o zmianie ustawy – Prawo Lotnicze oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 170, poz. 1015).

Według obecnie obowiązujących przepisów ustawy Prawo Lotnicze³⁸, wpis lądowiska do ewidencji ULC jest obligatoryjny w przypadku wykorzystywania go częściej niż przez 14 dni w ciągu kolejnych 12 miesięcy. W pozostałych przypadkach wpisu do ewidencji dokonuje się tylko na wniosek zgłaszającego lądowisko (tj. szpitala), pod warunkiem, że ma on zgodę posiadacza nieruchomości na której znajduje się lądowisko, uzyskał pozytywną opinię instytucji zapewniającej służby ruchu lotniczego i właściwej miejscowo gminy (wójta, burmistrza, prezydenta miasta).

5. Według stanu na 31 grudnia 2011 r. w żadnym województwie nie funkcjonował system powiadamiania ratunkowego³⁹, zgodny z wymogami określonymi w obecnie obowiązujących w tym zakresie przepisach⁴⁰ ponieważ:

- nie została przygotowana ostateczna wersja Systemu Informatycznego (SI) Wojewódzkich Centrów Powiadamiania Ratunkowego (WCPR),
- nie została zapewniona współpraca SI WCPR z systemem wspomaganie dowodzenia (SWD) Policji, PRM i PSP (brak interfejsów oraz gotowych SWD),
- CPR/WCPR nie zostały wyposażone – w docelowej konfiguracji – w urządzenia niezbędne do realizacji ustawowych zadań systemu powiadamiania ratunkowego,
- komendy miejskie i powiatowe PSP nie zostały włączone do sieci teletransmisyjnej budowanej na potrzeby obsługi numeru 112 (OST 112), celem zapewnienia przekazu zgłoszeń oraz przekierowania wywołań alarmowych,
- brakowało wspólnego dla wszystkich służb modułu mapowego,
- brakowało systemu lokalizacji abonenta dzwoniącego.

Obecnie zadania centrum powiadamiania ratunkowego realizują powiatowe i miejskie stanowiska kierowania (PSP, Policji i dyspozytorów medycznych) na podstawie porozumień zawartych pomiędzy wojewodami a Komendantami Wojewódzkimi PSP i Policji (w sprawie powierzenia wykonywania zadań CPR).

Od roku 2007 realizowany jest program „Koncepcja systemu 112”; od tego czasu z budżetu państwa wydatkowano na budowę i funkcjonowanie systemu powiadamiania ratunkowego (tj. m.in. na rozbudowę i modernizację obiektów CPR / WCPR, zakupy sprzętu i wyposażenia, na wynagrodzenia i szkolenie operatorów) kwotę 178.946,0 tys. zł, co stanowi 63,8% kwoty zaplanowanej na ten cel (280.400,0 tys. zł)⁴¹.

Ponadto, w latach 2009–2011 uruchamiane były z rezerw celowych środki na realizację projektu pn. „Ogólnopolska Sieć Teleinformatyczna na potrzeby obsługi numeru alarmowego 112”.

Powyższy projekt realizowany jest od 2009 roku w ramach Programu Operacyjnego Innowacyjna Gospodarka przez Centrum Projektów Informatycznych MSWiA (obecnie przez CPI MAiC).

³⁸ Ustawa z dnia 3 lipca 2002 r. Prawo Lotnicze (Dz. U. z 2006 r. Nr 100, poz. 696 ze zm.).

³⁹ Na podstawie ustaleń kontroli NIK w ośmiu województwach (dolnośląskim, lubuskim, łódzkim, mazowieckim, opolskim, pomorskim, warmińsko-mazurskim i wielkopolskim) oraz informacji uzyskanych w trybie art. 29 pkt 2 lit. f ustawy o NIK od ośmiu wojewodów nie objętych kontrolą NIK (Kujawsko-Pomorskiego, Lubelskiego, Małopolskiego, Podkarpackiego, Podlaskiego, Śląskiego, Świętokrzyskiego, Zachodniopomorskiego).

⁴⁰ Ustawa z 5 grudnia 2008 r. o zmianie ustawy o ochronie przeciwpożarowej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2009 r. Nr 11, poz. 59); art. 4 uchylił art. 25 ustawy o PRM mówiący o organizacji CPR na terenie województwa w myśl tej ustawy.

⁴¹ Według pisma Ministra Finansów z dnia 17 lutego 2012 r. znak FS6-800/1/MYB/CWO/2012/632 otrzymanego w trybie art. 29 pkt 2 lit. f ustawy o NIK. Podział kwot na realizację programu „Koncepcja systemu 112” na poszczególne województwa przedstawia załącznik nr 3.

Na przedmiotowy projekt uruchomiono: w 2009 r. – 500,0 tys. zł, w 2010 r. – 66.436,6 tys. zł i w 2011 r. – 12.958,4 tys. zł.

Ogółem na realizację przedmiotowego projektu uruchomiono środki w wysokości 79.895,0 tys. zł, w tym z budżetu środków europejskich uruchomiona została kwota 67.485,8 tys. zł.

3.2 Istotne ustalenia kontroli

3.2.1. W urzędach wojewódzkich

3.2.1.1. Organizacja systemu powiadamiania ratunkowego

Podstawą organizacji i działania systemu ratownictwa medycznego na terenie każdego województwa były wojewódzkie plany działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne.⁴² Dokumenty te oraz wszystkie ich aktualizacje i aneksy były uzgadniane z dyrektorami oddziałów wojewódzkich NFZ oraz komendantami/szefami jednostek współpracujących z systemem⁴³ i po zatwierdzeniu przez Ministra Zdrowia ich ujednoczone teksty były podawane do publicznej wiadomości przez zamieszczenie w Biuletynie Informacji Publicznej⁴⁴.

Dwaj wojewodowie – spośród ośmiu objętych kontrolą – nie wywiązali się w pełni z tego obowiązku. **Wojewoda Dolnośląski** opublikował plan wojewódzki w BIP dopiero w trakcie kontroli NIK, a **Wojewoda Opolski** zamieścił w BIP jedynie pierwotną treść planu i kolejne aneksy tego dokumentu.

W żadnym województwie, do grudnia 2011 r., nie funkcjonował system powiadamiania ratunkowego w rozumieniu przepisów ustawy o ochronie przeciwpożarowej⁴⁵.

W okresie objętym kontrolą zadania CPR/WCPR wykonywane były przez jednostki organizacyjne Policji i PSP na podstawie porozumień zawartych pomiędzy wojewodami a komendantami wojewódzkimi Policji i PSP. Do zadań tych należało głównie przyjmowanie zgłoszeń z numeru alarmowego 112 i ich kwalifikacja, podejmowanie działań zgodnie z określonymi procedurami, w tym dysponowanie siłami ratowniczymi oraz koordynowanie i monitorowanie działań ratowniczych. Zadania te miały być realizowane do 31 grudnia 2011 r.⁴⁶ ale termin ten został przedłużony do 31 grudnia 2013 r.⁴⁷

Wszyscy wojewodowie podjęli działania na rzecz dostosowania organizacji systemu powiadamiania ratunkowego do wymogów określonych w rozporządzeniu w sprawie CPR i WCPR, które weszło w życie z dniem 2 września 2009 r.⁴⁸ Sekretarz stanu w MSWiA, pismem z dnia 12 stycznia 2010 r., poinformował wojewodów, że system powiadamiania ratunkowego będzie wprowadzany etapowo na terenie całego kraju. Planując siedzibę centrów wojewodowie mieli brać pod uwagę takie obiekty, które wymagałyby najmniejszych nakładów finansowych związanych z adaptacją budynku na potrzeby centrów.

⁴² Zwane dalej „Plany działania systemu PRM” lub „Plany wojewódzkie”.

⁴³ Zgodnie z art. 21 ust. 5 ustawy o PRM, tj. z komendantami wojewódzkimi PSP, Policji, komendantami oddziałów Straży Granicznej, szefami Wojewódzkich Sztabów Wojskowych, komendantami Wojskowych Obwodów Profilaktyczno-Leczniczych.

⁴⁴ Art. 21 ust. 16 ustawy o PRM.

⁴⁵ Ustawa z 24 sierpnia 1991 r. o ochronie przeciwpożarowej (Dz. U. z 2009 r. Nr 178, poz. 1380 ze zm.), zwana dalej „ustawą p/pożarową”.

⁴⁶ W oparciu o zapisy art. 7 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zmianie ustawy o ochronie przeciwpożarowej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2009 r. Nr 11, poz. 59).

⁴⁷ Na podstawie art. 7 zmienionego przez art. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 grudnia 2011 r. (Dz. U. Nr 288, poz. 1688) zmieniającej ustawę wymienioną w przypisie j.w. z dniem 31 grudnia 2011 r.

⁴⁸ Rozporządzenie MSWiA z 31 lipca 2009 r. w sprawie organizacji i funkcjonowania centrów powiadamiania ratunkowego (Dz. U. Nr 130, poz. 1073 ze zm.); weszło w życie z dniem 2 września 2009 r.

Wojewodowie opracowali „Koncepcję systemu powiadamiania ratunkowego” (dla danego województwa), w której określili liczbę i rozmieszczenie CPR/WCPR.

W związku z wejściem w życie, z dniem 16 marca 2011 r., rozporządzenia⁴⁹ zmieniającego rozporządzenie w sprawie CPR i WCPR założenia zawarte w wymienionej wcześniej „Koncepcji systemu powiadamiania ratunkowego” dla danego województwa stały się nieaktualne, m.in. ze względu na zmianę przepisu dotyczącego liczby mieszkańców objętych działaniem centrum (co najmniej 1 mln mieszkańców). Tym samym w poszczególnych województwach nie zostały utworzone CPR i WCPR w liczbie i lokalizacjach przyjętych w „Koncepcji”.

Wojewodowie w oparciu o wspomniane rozporządzenie zmieniające rozporządzenie w sprawie CPR i WCPR podjęli działania zmierzające do realizacji nowych założeń systemu powiadamiania ratunkowego.

Opolski Urząd Wojewódzki – W II połowie 2011 r. utworzone zostało WCPR (jako komórka organizacyjna Wydziału Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego Urzędu), ale, do czasu zakończenia kontroli, nie rozpoczęło realizacji przypisanych mu zadań, w tym w szczególności zadania⁵⁰ dotyczącego przyjmowania zgłoszeń alarmowych oraz obsługi numeru alarmowego 112, gdyż nie otrzymało z Centrum Projektów Informatycznych tzw. urządzenia brzegowego niezbędnego do połączenia światłowodu z serwerami Państwowej Straży Pożarnej i Policji. Ciągłość obsługi wywołań alarmowych kierowanych do numeru 112 zapewniała obsługa wywołań numeru 112 odbieranych przez komendy powiatowe Policji lub komendy powiatowe PSP.

Dolnośląski Urząd Wojewódzki – w listopadzie 2009 r. Dolnośląski Komendant Wojewódzki Państwowej Straży Pożarnej przedstawił do akceptacji Wojewody Dolnośląskiego „Koncepcję systemu powiadamiania ratunkowego dla województwa dolnośląskiego”, która zakładała utworzenie na obszarze województwa 12 CPR (obsługujących obszar od jednego do czterech powiatów i jednego WCPR).

Wydatki poniesione z budżetu województwa na tworzenie CPR-ów, w latach 2009–2010, wyniosły ogółem 2.360 tys. zł, w tym w 2009 r. 1.260 tys. zł dla 11 planowanych lokalizacji CPR oraz w 2010 r. 1.100 tys. zł dla UM Wrocławia na utworzenie CPR w CZK UM.

W związku z wejściem w życie z dniem 16 marca 2011 r. znowelizowanego rozporządzenia w sprawie CPR i WCPR⁵¹, założenia wyżej wymienionej Koncepcji stały się nieaktualne i w wojewódzkim Planie obowiązującym od 1 lipca 2011 r. założono funkcjonowanie jednego WCPR i dwóch CPR oraz przyjęto, że będą one stanowiły jeden system odbierania zgłoszeń, bez konieczności ustalania rejonów działania, w związku z możliwościami systemu informatycznego powiadamiania ratunkowego w zakresie odbierania zgłoszenia z dowolnego miejsca i przekierowywania do właściwej służby uprawnionej do niesienia pomocy. Założono również utworzenie dwóch zintegrowanych dyspozytorni medycznych (we Wrocławiu i w Legnicy).

Do czasu zakończenia kontroli, CPR/WCPR we Wrocławiu znajdował się na etapie testowania oprogramowania i urządzeń, umożliwiających przyjęcie zgłoszenia z numeru alarmowego, przy czym bez możliwości ich przekazania, ze względu na brak przyłączenia SWD Policji, PSP i PRM⁵² do systemu OST-112⁵³.

Mazowiecki Urząd Wojewódzki – w oparciu o Koncepcję zatwierdzoną przez Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji, w 2010 r. Wojewoda Mazowiecki podjął decyzję o uruchomieniu na terenie województwa dwóch WCPR, tj. w Warszawie i Radomiu. Organizacja WCPR w Warszawie została powierzona Prezydentowi m.st. Warszawy, na mocy porozumienia z 12 lipca 2010 r. natomiast organizacja WCPR w Radomiu należy

⁴⁹ Rozporządzenie MSWiA z 18 lutego 2011 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie organizacji i funkcjonowania centrów powiadamiania ratunkowego i wojewódzkich centrów powiadamiania ratunkowego (Dz. U. Nr 50, poz. 262) zwane dalej „rozporządzeniem zmieniającym rozporządzenie w sprawie CPR i WCPR”; weszło w życie z dniem 16 marca 2011 r.

⁵⁰ Zadanie określone w art. 14a ust. 1 pkt 2 ustawy z 24 sierpnia 1991 r. o ochronie przeciwpożarowej (Dz. U. z 2009 r. Nr 178, poz. 1380 ze zm.).

⁵¹ Rozporządzenie zmieniające rozporządzenie w sprawie CPR i WCPR.

⁵² Systemy Wspomagania Dowodzenia dla Policji, PSP i PRM realizowane odpowiednio przez KG Policji, KG PSP, Ministra Zdrowia.

⁵³ Ogólnopolski System Teleinformatyczny na potrzeby obsługi telefonu alarmowego.

do Komendanta Wojewódzkiego PSP⁵⁴. Do zakończenia kontroli WCPR nie zostały uruchomione i znajdowały się w końcowej fazie budowy infrastruktury. W latach 2009–2011 (do 30 listopada), na organizację WCPR i CRP na terenie województwa mazowieckiego, wydatковано ze środków rezerwy celowej (przeznaczonej na budowę i funkcjonowanie systemu powiadamiania ratunkowego na terenie kraju) kwotę 5.299,1 tys. zł oraz z budżetu Wojewody – kwotę 2.200,0 tys. zł (do 31 października 2011 r.). Środki z budżetu Wojewody wydatkowano na realizację inwestycji pn. „Budowa Wojewódzkiego Centrum Koordynacji Ratownictwa Komendy Wojewódzkiej PSP i WCPR w Warszawie”.

Łódzki Urząd Wojewódzki; na terenie województwa łódzkiego nie dostosowano organizacji CPR do wymogów określonych w rozporządzeniu MSWiA⁵⁵.

Według „Koncepcji Systemu Powiadamiania Ratunkowego dla województwa łódzkiego” z 2009 r. system ten miało tworzyć WCPR i osiem CPR. W marcu 2011 r. koncepcja ta została zaniechana z uwagi na zmianę przepisu dotyczącego liczby mieszkańców objętych działaniem CPR⁵⁶.

Zgodnie z Planem wojewódzkim – zatwierdzonym przez Ministra Zdrowia w dniu 2 marca 2011 r., na terenie województwa mają docelowo funkcjonować dwa CPR. Do czasu zakończenia kontroli NIK nie zostały one uruchomione, mimo iż CPR w Łodzi miało rozpocząć działalność w II kwartale 2011 r. (zostało ono utworzone na bazie WCPR, które jest w strukturze Urzędu).

Dyrektor WBiZK wyjaśnił, że opóźnienie w uruchomieniu CPR w Łodzi wynika z braku środków finansowych na utrzymanie i wątpliwości prawnych dotyczących jego funkcjonowania w strukturze Urzędu.

Wojewodowie podejmowali działania mające na celu zapewnienie odpowiedniej liczby lekarzy koordynatorów ratownictwa medycznego. Działania te nie w każdym województwie dawały oczekiwane efekty. W dwóch województwach (spośród ośmiu objętych kontrolą) liczba zatrudnionych lekarzy koordynatorów nie zapewniała całodobowej realizacji przypisanych im zadań⁵⁷.

Opolski Urząd Wojewódzki – zatrudnienie lekarzy koordynatorów ratownictwa medycznego (4 osoby na 2,5 etatu) nie zapewniało całodobowej realizacji przypisanych im zadań. Przerwy w dyżurach lekarzy koordynatorów⁵⁸ wynosiły od 8 do 14 godzin, łącznie przez 145 godzin. Działania wojewody podejmowane w celu zwiększenia zatrudnienia na tym stanowisku, w tym także decyzja o zatrudnieniu lekarza nieposiadającego specjalizacji z zakresu ratownictwa medycznego⁵⁹, nie przyniosły spodziewanych efektów: próby naboru (4 ogłoszenia) okazały się nieskuteczne, a ww. lekarz bez specjalizacji mimo upływu 2,5 roku od zatrudnienia nie udokumentował uzyskania stosownych kwalifikacji. Wg wyjaśnień dyrektora generalnego stan ten wynikał z małej liczby osób posiadających wymagane kwalifikacje i nieadekwatne do oczekiwań lekarzy koordynatorów wynagrodzenie.

Warmińsko-Mazurski Urząd Wojewódzki – w okresie objętym kontrolą liczba zatrudnionych lekarzy koordynatorów ratownictwa medycznego sukcesywnie malała, z 10 – w roku 2009 do 6 – 2011 r. (wg stanu na 1 września); w efekcie nie zawsze mogli oni zapewnić pełną obsadę dyżurów. W takich przypadkach zastępowali ich pracownicy Urzędu posiadający uprawnienia ratownika medycznego lub pielęgniarki systemu PRM, a lekarze koordynatorzy pełnili dyżur „pod telefonem”. W 2011 r. sytuacja taka wystąpiła w 45 dyżurach (14,9%), tj. siedmiu – w styczniu, po cztery w lutym i marcu, ośmiu w czerwcu i 22 w sierpniu.

⁵⁴ Zgodnie z art. 14c ust. 1 ustawy o ochronie p/pożarowej.

⁵⁵ Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 31 lipca 2009 r. w sprawie organizacji i funkcjonowania centrów powiadamiania ratunkowego i wojewódzkich centrów powiadamiania ratunkowego (Dz. U. Nr 130, poz. 1073 ze zm.) zmienionego rozporządzeniem MSWiA z dnia 18 lutego 2011 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie organizacji i funkcjonowania centrów powiadamiania ratunkowego i wojewódzkich centrów powiadamiania ratunkowego (Dz. U. Nr 50, poz. 262).

⁵⁶ Przypis jw. (§ 29 i § 30 – normują kryteria tworzenia centrów powiadamiania ratunkowego).

⁵⁷ Określonych w art. 29 ustawy o PRM, a także zadań wynikających z § 17 ust. 2 pkt 1 rozporządzenia MSWiA z dnia 31 lipca 2009 r. w sprawie organizacji i funkcjonowania centrów powiadamiania ratunkowego i wojewódzkich centrów powiadamiania ratunkowego (Dz. U. Nr 130, poz. 1073 ze zm.) oraz w § 1 do § 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 24 lutego 2009 r. w sprawie szczegółowego zakresu uprawnień i obowiązków lekarza koordynatora ratownictwa medycznego (Dz. U. Nr 39, poz. 322).

⁵⁸ Ustalono na przykładzie grafiku dyżurów lekarzy koordynatorów z września 2011 r.

⁵⁹ Określonej w art. 3 pkt 3 i art. 57 ustawy o PRM.

3.2.1.2. Finansowanie zespołów ratownictwa medycznego

Zadania zespołów ratownictwa medycznego na terenie każdego województwa finansowane były ze środków przewidzianych w budżecie państwa, w części której dysponentem był wojewoda.

Wojewodowie do dnia 31 marca roku poprzedzającego rok budżetowy, przedstawiali Ministrowi Zdrowia założenia dotyczące finansowania zespołów ratownictwa medycznego⁶⁰ (uwzględniały one: koszty działalności zespołów ratownictwa medycznego w roku ubiegłym, założenia do kalkulacji kosztów na rok następny, kalkulację i przewidywane koszty funkcjonowania specjalistycznych i podstawowych ZRM na rok następny). Liczba ZRM przyjęta do wyliczenia kosztów ich funkcjonowania wynikała z obowiązującego w danym okresie „wojewódzkiego planu działania systemu ratownictwa medycznego”.

Wojewodowie powierzali⁶¹ dyrektorom OW NFZ przeprowadzenie postępowania o zawarcie umów z dysponentami ZRM na wykonywanie zadań przez te zespoły, zawieranie, rozliczanie i kontrolę wykonania tych umów.

Umowy zawierane były na rejony operacyjne ustalone w wojewódzkich planach działania systemu PRM i na określoną liczbę specjalistycznych i podstawowych ZRM (w ramach otrzymanych środków). Dotacja celowa, jaką wojewodowie otrzymywali na finansowanie zadań ZRM nie była wykorzystywana w pełnej wysokości na ten cel. Kwota dotacji niewykorzystanej była następstwem zakontraktowania przez oddział wojewódzki NFZ świadczeń realizowanych przez ZRM za kwotę niższą od planowanej (wysokość dobowej stawki ryczałtowej ZRM ustalana była w trybie konkursu ofert)⁶².

W latach 2010–2011⁶³ środki niewykorzystane na finansowanie ZRM wydatkowane były na inny cel związany z ratownictwem medycznym lub na zadania wskazane przez Ministra Finansów, niezwiązane z ratownictwem medycznym. Minister Finansów, w piśmie skierowanym do wszystkich wojewodów⁶⁴, stwierdził m.in., że „regulowanie zobowiązań wymagalnych Skarbu Państwa powinno stanowić priorytetowe zadania w gospodarowaniu środkami budżetowymi ...”. Stąd też w ramach zagospodarowania „wolnych” środków, wojewodowie musieli uregulować zobowiązania wynikające z wyroków sądowych i nieprzewidzianych wydatków z tytułu zobowiązań publicznoprawnych (np. składki na ubezpieczenia społeczne).

Pomorski Urząd Wojewódzki – w 2011 r., z uwagi na zakontraktowanie przez OW NFZ świadczeń realizowanych przez zespoły za kwotę niższą od planowanej, Wojewoda Pomorski, na polecenie Ministra Finansów⁶⁵, dokonał zmian w budżecie, polegających na zmniejszeniu zaplanowanej kwoty dotacji celowej na finansowanie zadań zespołów o 3.408,8 tys. zł⁶⁶ i zwiększeniu w ramach działu 851 – Ochrona zdrowia: wydatków na sfinansowanie składek na ubezpieczenie zdrowotne oraz świadczenia dla osób nieobjętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego (o 3.058,8 tys. zł) i wydatków bieżących inspekcji sanitarnej (o 350 tys. zł). Wojewoda planował natomiast przeznaczyć te środki na „organizację i funkcjonowanie łączności radiowej ratownictwa medycznego

⁶⁰ Art. 46 ust. 3 ustawy o PRM.

⁶¹ Art. 49 ust. 1 ustawy o PRM.

⁶² Biorąc pod uwagę fakt, że w postępowaniu konkursowym uczestniczy wielu oferentów, to efektem tej konkurencji jest obniżenie stawek dobowej gotowości ZRM. Dysponenci wyłonieni w trybie konkursu, z którymi OW NFZ zawierają umowy, w ostatecznym rozrachunku „narzekają”, że działalność ZRM przynosi im straty, bo stawka ryczałtowa jest za niska w stosunku do faktycznych kosztów ich funkcjonowania.

⁶³ W roku 2009 – dotacja celowa na finansowanie zadań ZRM pochodziła z rezerwy celowej budżetu państwa i środki niewykorzystane musiały być zwrócone do budżetu państwa. W latach 2010 – 2011 dotacja celowa na powyższy cel włączana była do budżetu wojewody, który mógł decydować o sposobie wydatkowania niewykorzystanej kwoty tej dotacji.

⁶⁴ Pismo Ministra Finansów nr FS8/065/86/ULK/2010 z 6 grudnia 2010 r.

⁶⁵ Pisma Ministra Finansów z dnia 6 września i 24 października 2011 r.

⁶⁶ Na dzień 30 listopada 2011 r.

na terenie województwa oraz na zakupy inwestycyjne dla wdrożenia zintegrowanego systemu informatycznego służącego do zarządzania i monitoringu satelitarnego dla PRM”.

Mazowiecki Urząd Wojewódzki – we wrześniu 2011 r. OW NFZ poinformował Wojewodę Mazowieckiego o powstałych oszczędnościach w wydatkach zaplanowanych na działalność ZRM w kwocie 1.213,4 tys. zł (ujętych w planie na II półrocze 2011 r.), wynikających z obniżenia stawek dobowej gotowości zespołów w toku procedur konkursowych. Wojewoda podjął działania zmierzające do przeniesienia ww. kwoty, z wydatków bieżących – na wydatki inwestycyjne (zakup sprzętu). W związku z brakiem zgody Ministra Finansów na ww. zmianę i zaleceniem wykorzystania oszczędności na sfinansowanie innych zobowiązań w dziale 851 – Ochrona zdrowia, Wojewoda dokonał zmian w budżecie⁶⁷, przenosząc kwotę 1.213,4 tys. zł z rozdziału 85141 – Ratownictwo medyczne do rozdziału 85156 – Składki na ubezpieczenie zdrowotne oraz świadczenia dla osób nieobjętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego.

Wysokość stawki dobowej gotowości ZRM w poszczególnych latach objętych kontrolą była zróżnicowana między województwami. Różniła się ona również między dysponentami ZRM na terenie czterech województw⁶⁸ (spośród ośmiu objętych kontrolą); w pozostałych⁶⁹ wysokość zakontraktowanych stawek ryczałtowych dla zespołów S i P u wszystkich dysponentów w danym województwie była jednakowa i równa wysokości ustalonej przez wojewodę.

W **województwie łódzkim** – stawka ryczałtowa ZRM odpowiednio w poszczególnych latach okresu objętego kontrolą – wynosiła dla zespołu „S” – 3.560,2 zł, 3.511,9 zł i 3.503,0 zł, a dla zespołu „P” – 2.975,6 zł, 2.914,6 zł i 2.899,9 zł, w województwie opolskim – dla zespołu „S” – 4.017 zł, 3.784 zł i 3.816 zł, a dla zespołu „P” – 2.809,3 zł, 2.822 zł i 2.862 zł.

3.2.1.3. Rozmieszczenie zespołów ratownictwa medycznego

Zasadniczym czynnikiem decydującym o liczbie i rozmieszczeniu ZRM na terenie województwa była analiza czasów dotarcia ZRM do miejsca zdarzenia i przyczyn przekroczenia parametrów czasu dotarcia. W oparciu o te informacje wojewodowie podejmowali decyzje dotyczące liczby i rozmieszczenia zespołów oraz działania organizacyjne zmierzające do zapewnienia ustawowych parametrów czasu dotarcia ZRM do miejsca zdarzenia od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego⁷⁰ (np. poprzez zmniejszanie liczby rejonów operacyjnych przy jednoczesnym zwiększeniu liczby miejsc stacjonowania/wyczekiwania tych zespołów, odpowiednią ich alokację oraz organizację centrów dyspozytorskich).

Szczegółowa analiza powyższych danych stanowiła dla wojewodów podstawę przy wnioskowaniu do Ministra Zdrowia o dodatkowe ZRM (np. w województwie łódzkim w efekcie tych wniosków, od II kwartału 2009 r. – zwiększyła się liczba podstawowych ZRM z 59 do 64).

W toku kontroli wyjaśniono (np. w Mazowieckim UW), że zdarzający się czas dojazdu dłuższy niż przewidziany ustawą o PRM dotyczył zdarzeń nie stanowiących zagrożenia zdrowotnego (ale będących następstwem niewydolnej podstawowej opieki zdrowotnej, nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej). W poszczególnych latach objętych kontrolą średnie dzienne obciążenie jednego zespołu specjalistycznego – w zależności od miejsca stacjonowania – wynosiło od 4,8 do 11 wyjazdów na wezwanie, a zespołu podstawowego – od 2 do 14,2 wyjazdów.

⁶⁷ Korzystając z uprawnień art. 171, ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. Nr 157, poz. 1240 z późn. zm.) w brzmieniu; dysponenti części budżetowych mogą dokonywać przeniesień wydatków między rozdziałami i paragrafami klasyfikacji wydatków.

⁶⁸ Łódzkim, Mazowieckim, Opolskim i Wielkopolskim.

⁶⁹ Dolnośląskim, Lubuskim, Pomorskim i Warmińsko-Mazurskim.

⁷⁰ Art. 24 ust. 1 pkt 3 ustawy o PRM stanowi, że maksymalny czas dotarcia nie może być dłuższy niż 15 minut w mieście powyżej 10 tys. mieszkańców i 20 minut poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców.

Wojewoda Lubuski nie podjął skutecznych działań aby obciążenie dysponentów ZRM na terenie województwa było równomierne pod względem liczby wyjazdów poszczególnych zespołów ratownictwa medycznego, a tym samym aby zapewnić ustawowy czas dojazdu w każdym rejonie operacyjnym, przy zachowaniu optymalnej liczby zespołów.

Każdy z pięciu zespołów Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego SP ZOZ w Zielonej Górze wyjeżdżał średnio 6,8 razy dziennie – w 2009 r. i 7 razy dziennie w 2010 r. Natomiast najmniej obciążonymi dysponentami w 2009 r. były **NZOZ w Słubicach i w Dreźnie** gdzie każdy z czterech zespołów wyjeżdżał średnio 2,4 i 2,5 razy dziennie, a w 2010 r. **NZOZ w Skwierzynie** – średnio 2 wyjazdy dziennie na każdy z 2 zespołów i **NZOZ w Słubicach** – średnio 2,4 wyjazdów dziennie na zespół.

Już w styczniu 2009 r. Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia zwracał Wojewodzie uwagę na konieczność corocznego monitorowania rozmieszczenia i alokacji ZRM w województwie, aby zapewnić ustawowe czasy dojazdu w każdym rejonie operacyjnym, przy zachowaniu optymalnej liczby zespołów. Także Zarząd Województwa oraz Starostowie w Zielonej Górze i Żarach wskazywali, że rozmieszczenie ZRM nie jest adekwatne do potrzeb i wskazywali m.in. na konieczność utworzenia Zespołu w Nowogrodzie Bobrzańskim, obsługiwanym przez wspomnianą Stację Pogotowia w Zielonej Górze.

W okresie objętym kontrolą Wojewoda dwukrotnie podejmował próby zmierzające do wzmocnienia niektórych rejonów, w tym Nowogrodu Bobrzańskiego, jednakże polegały one głównie na staraniach o zwiększenie liczby zespołów z 51 do 52, w tym m.in. poprzez przekwalifikowanie dwóch zespołów „S” w celu utworzenia trzech zespołów „P”. Minister Zdrowia na takie zmiany nie wyraził zgody. Najpierw w czerwcu 2009 r., a następnie w maju 2010 r. wskazał na niskie wykorzystanie ZRM i na brak dodatkowych potrzeb w tym zakresie. Zabezpieczenie rejonu Nowogrodu Bobrzańskiego było możliwe – zdaniem Ministra – poprzez przestawienie jednego zespołu z sąsiednich powiatów lub alokację dotychczasowych ZRM w województwie. Wyraził zgodę na przekwalifikowanie 2 ZRM z „S” na „P”.

Wojewoda Lubuski nie wykorzystał dotychczas żadnego z możliwych sposobów rozwiązania ww. problemu przedstawionych przez Ministra Zdrowia. W uzasadnieniu podał, że zmiana rejonów operacyjnych i miejsc wyczekiwania ZRM może nastąpić dopiero po uruchomieniu CPR i przeprowadzeniu analizy parametrów czasu dotarcia, uzyskanych od dysponentów na podstawie elektronicznej rejestracji interwencji zespołów, co będzie możliwe po 2011 r.

O konieczności alokacji ZRM Wojewoda wiedział już w kwietniu 2009 r., kiedy to dokonano analizy funkcjonowania Systemu PRM na terenie województwa za rok 2008 i stwierdzono, iż zespoły stacjonujące m.in. w Kostrzynie nad Odrą i Zielonej Górze przekraczają maksymalne ustawowe czasy dotarcia do zdarzenia. Przyjęto jednak, iż alokacja zespołów będzie nieracjonalna, gdyż w 2010 r. planowane jest oddanie do użytku części trasy ekspresowej S 3, co spowoduje większe obciążenie zespołów m.in. z Gorzowa Wlkp., Międzyrzecza i Sulechowa. Tymczasem, stosownie do informacji publikowanych na stronie internetowej BIP GDDKiA, trasa S 3 z Międzyrzecza do Sulechowa będzie oddana do użytku w połowie 2013 r., a z Gorzowa Wlkp. do Międzyrzecza w połowie 2014 r.

3.2.1.4. Nadzór nad funkcjonowaniem systemu ratownictwa medycznego

Wojewodowie sprawowali nadzór nad organizacją i funkcjonowaniem systemu ratownictwa medycznego na terenie poszczególnych województw, korzystając z uprawnień do przeprowadzania kontroli dysponentów jednostek systemu działających na obszarze województwa⁷¹.

Warmińsko-Mazurski Urząd Wojewódzki – przeprowadził 34 kontrole dysponentów ZRM, w wyniku których stwierdzono przypadki nieprzebrzegania dat ważności przydatności leków i wyrobów medycznych, braku wymaganego wyposażenia i sprzętu medycznego w ambulansach i torbach medycznych, nieprawidłowego prowadzenia dokumentacji medycznej, braków w wyposażeniu zespołów ratunkowych w przenośne alarmowe układy przywołujące, służbowe telefony komórkowe i modemy umożliwiające transmisję danych z EKG z miejsca pomiaru do Pracowni Hemodynamiki. W niektórych podmiotach, w umowach cywilnoprawnych zawartych z pracownikami nie określono liczby ich godzin pracy w miesiącu, w związku z czym, mimo iż pracownicy skarżyli

⁷¹ Art. 31 ust. 1 pkt 2 ustawy o PRM.

się na przepracowanie (pracowali powyżej 200 godz. miesięcznie), to nie mieli podstaw do zakwestionowania liczby przepracowanych godzin.

Pomorski Urząd Wojewódzki – w okresie objętym kontrolą przeprowadził 31 kontroli dysponentów jednostek systemu; stwierdzono szereg nieprawidłowości w ich funkcjonowaniu, polegających m.in. na nieaktualizowaniu przez dysponentów ZRM w portalu NFZ zmian, dotyczących ich potencjału wykonawczego, świadczeniu przewozów asekuracyjnych przez te zespoły, udzielaniu świadczeń w SOR pacjentom nie będącym w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Mazowiecki Urząd Wojewódzki – w badanym okresie przeprowadzono 27 kontroli w jednostkach systemu PRM; stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły w szczególności: realizowania przez ZRM zleceń innych podmiotów i udzielanie świadczeń nocnej i świątecznej wyjazdowej pomocy lekarskiej oraz transportu sanitarnego, sposobu prowadzenia dokumentacji medycznej oraz kart zleceń wyjazdu ZRM, prowadzenia kart drogowych przez kierowców ZRM, braków w wyposażeniu ZRM, niezapewnienia obsady specjalistycznych ZRM (brak lekarzy), niespełnienia wymagań organizacyjnych SOR.

Kontrolowane jednostki podejmowały działania w celu usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości.

Trzech Wojewodów (Warmińsko-Mazurski, Dolnośląski, Pomorski) nie korzystało z uprawnień do przeprowadzania kontroli jednostek współpracujących z systemem, tj. społecznych organizacji ratowniczych, które w ramach swoich zadań ustawowych lub statutowych są obowiązane do niesienia pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego (jeśli zostały wpisane do rejestru tych jednostek prowadzonego przez wojewodę)⁷². Kontrole te powinny wykazać, czy dana jednostka zapewnia gotowość operacyjną, dysponuje odpowiednio wykwalifikowanymi ratownikami w liczbie niezbędnej do zapewnienia gotowości operacyjnej oraz środkami łączności umożliwiającymi tę gotowość. Pozostali wojewodowie korzystali z tej możliwości w znikomym stopniu.

Wszyscy wojewodowie informowali natomiast, w trakcie kontroli, o bieżącej współpracy z tymi jednostkami, polegającej na: omawianiu projektów przepisów dotyczących ratownictwa medycznego; udziale w szkoleniach organizowanych przez PSP w zakresie ratownictwa medycznego; udziale w niesieniu pomocy ofiarom zdarzeń (w przypadku niewystarczającej liczby jednostek systemowych); udziale w ćwiczeniach jednostek systemu, mających na celu podnoszenie poziomu wyszkolenia; zbieraniu informacji na temat liczby ratowników medycznych, środków transportu sanitarnego i ich wyposażenia; liczby stanowisk obsługujących numery alarmowe (112 i 997); organizowaniu i przeprowadzaniu wspólnych ćwiczeń oraz analizowaniu działań ratowniczych w przypadku zdarzeń pojedynczych, mnogich i masowych.

Społeczne jednostki ratownicze informowały⁷³ natomiast NIK, że współpraca taka faktycznie istnieje, ale nie odpowiada w pełni ich oczekiwaniom.

Wojewodowie sporadycznie korzystali z przysługujących uprawnień nadzorczych do przeprowadzania kontroli podmiotów prowadzących kursy/szkolenia w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy⁷⁴. Pomimo zatwierdzania tym podmiotom programów kursów, nie kontrolowano ich jakości oraz kwalifikacji kadry dydaktycznej. Wiedza wojewodów ograniczała się do liczby zatwierdzonych programów kursów i liczby osób, które po ukończeniu kursu uzyskały tytuł ratownika.

Wojewoda Wielkopolski dopiero w trakcie kontroli NIK uzyskał informacje o liczbie kursów przeprowadzonych przez te podmioty, liczbie osób uczestniczących w kursach, a także o liczbie wydanych zaświadczeń stwierdzających uzyskanie tytułu ratownika (w badanym okresie na terenie województwa działało 15 podmiotów prowadzących kursy w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy i wojewoda zatwierdził 10 programów takich kursów).

⁷² Art. 31 ust. 1 pkt 1 ustawy o PRM.

⁷³ W trybie art. 29 pkt 2 lit. f ustawy o NIK.

⁷⁴ Art. 31 ust. 1 pkt 3 ustawy o PRM.

Wojewoda Lubuski zatwierdził 23 programy kursu kwalifikowanej pierwszej pomocy i przeprowadził (w latach 2010–2011) pięć kontroli w podmiotach prowadzących te kursy na terenie województwa. Ustalenia tych kontroli wykazały m.in. niestaranne prowadzenie list obecności uczestników kursu, niezgłoszenie zmian w składzie komisji egzaminacyjnej, brak formalnego zaliczenia przez uczestników kursu poszczególnych modułów realizowanych w formie zajęć teoretycznych i praktycznych, a następnie zaliczanych w formie ćwiczeń, odstąpienie organizatora od przeprowadzenia kursu bez podania przyczyn i bez powiadomienia o tym fakcie Wojewody.

Wojewoda nie posiadał informacji na temat liczby osób, które uzyskały tytuł ratownika po ukończeniu kursów, co utrudniało określenie dalszych potrzeb szkoleniowych.

Wojewoda Opolski zatwierdził 10 programów kursów (tytuł ratownika uzyskało 256 osób), ale nie przeprowadził żadnej kontroli podmiotu prowadzącego taki kurs.

Wojewodowie byli na bieżąco informowani przez OW NFZ o wszelkich nieprawidłowościach w działalności dysponentów ZRM stwierdzonych w toku kontroli realizacji umów na finansowanie ZRM. Nieprawidłowości stwierdzone przez OW NFZ w funkcjonowaniu ZRM dotyczyły najczęściej: nierzetelnego prowadzenia kart zleceń wyjazdów zespołów, zatrudnianiu lekarzy jednocześnie (w tym samym czasie) w innych komórkach organizacyjnych dysponenta, co niejednokrotnie prowadziło do opóźnienia wyjazdów ZRM na wezwanie, wykorzystywania ZRM do przewozów międzyszpitalnych (pacjentów nie będących w stanie zagrożenia zdrowotnego), brak zabezpieczenia obsady lekarskiej w specjalistycznych ZRM (szczególnie w godzinach nocnych), wykorzystywania lekarzy zespołów „S” do wyjazdów w ramach poz, nieprzestrzegania harmonogramu pracy lekarzy (częste zamiany lekarzy), braku ratownika lub pielęgniarki w obsadzie ZRM.

Mazowiecki OW NFZ – w okresie objętym kontrolą wymierzył, z tytułu stwierdzonych nieprawidłowości, kary umowne w łącznej wysokości 722,4 tys. zł, a Lubuski OW NFZ – 456,2 tys. zł⁷⁵.

Dyrektorzy OW NFZ, mimo stwierdzonych nieprawidłowości, nie rozwiązywali, poza jednym przypadkiem⁷⁶, umów z dysponentami na finansowanie ZRM, ponieważ waga tych nieprawidłowości, w ich ocenie, była nieproporcjonalna do możliwych konsekwencji rozwiązania tych umów i pozostawienia rejonu operacyjnego bez zabezpieczenia medycznego.

3.2.2. W oddziałach wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia

3.2.2.1. Zawieranie umów dotyczących finansowania zespołów ratownictwa medycznego

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie oceniła działania związane z finansowaniem – przez oddziały wojewódzkie NFZ – zespołów ratownictwa medycznego, mimo stwierdzonych w tym zakresie pojedynczych przypadków uchybień i nieprawidłowości.

Dyrektorzy OW NFZ – na podstawie porozumień zawartych z wojewodami⁷⁷ – zostali zobowiązani do zawierania umów z dysponentami ZRM, na rejon operacyjny ustalone w wojewódzkim planie działania systemu PRM, w ramach środków przewidzianych w budżecie państwa, w części której dysponentem jest wojewoda, i ujętych w planie finansowym NFZ.

Zasady i tryb przekazywania oraz rozliczania dotacji celowej przeznaczonej na finansowanie zadań ZRM oraz obowiązek przedłożenia rocznego sprawozdania z ich realizacji, były określone w tych porozumieniach lub w odrębnych umowach zawartych z wojewodami⁷⁸.

⁷⁵ Lubuski OW NFZ wymierzył łącznie 28 kar na łączną kwotę 456,2 tys. zł, w tym w 2009 r. – 6 kar na kwotę 54,9 tys. zł, w 2010 r. – 4 kary na kwotę 70,3 tys. zł i w 2011 r. (do 31 października) – 18 kar na kwotę 331,0 tys. zł.

⁷⁶ Warmińsko-Mazurski OW NFZ rozwiązał umowę ze świadczeniodawcą (tj. 108 Szpitalem Wojskowym z Przychodnią SP ZOZ w Elku).

⁷⁷ Art. 49 ustawy o PRM.

⁷⁸ Dotacja celowa przekazywana była w transzach miesięcznych do 10 dnia miesiąca następującego po okresie, którego płatność dotyczyła oraz do 20 grudnia za grudzień. Wysokość przekazywanych transz określał harmonogram wynikający z umów z dysponentami ZRM.

OW NFZ otrzymywały od wojewodów dotację na realizację zadań ZRM:

- w transzach miesięcznych, w wysokości wynikającej z zawartych umów (z dysponentami ZRM), zgodnie z przekazanymi przez OW NFZ wykazem miesięcznych wartości tych umów,
- w terminach określonych w porozumieniu zawartym z wojewodą.

Dysponenci ZRM, z którymi zawierano umowy „o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ratownictwo medyczne” wyłaniani byli w trybie konkursu ofert⁷⁹.

W okresie od 1 stycznia 2009 r. do 31 grudnia 2010 r. usługi ratownictwa medycznego świadczone były przez dysponentów ZRM wyłonionych w konkursie ofert przeprowadzonym pod koniec 2007 r. (lub 2008 r.), z którymi zawarto umowy na okres od 1 stycznia 2008 r. (lub 1 stycznia 2009 r.) do 31 grudnia 2010 r.

Obowiązywanie tych umów przedłużone zostało do 30 czerwca 2011 r.⁸⁰

Od 1 lipca 2011 r. usługi ratownictwa medycznego świadczone były na podstawie umów (o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne), zawartych na okres od 1 lipca 2011 r. do 31 grudnia 2012 r.⁸¹ z dysponentami ZRM wyłonionymi w trybie konkursu ofert przeprowadzonego w I połowie 2011 r.

Zadania ZRM finansowane były w formie stawki ryczałtowej ustalonej przez wojewodów (innej dla zespołów „S” i „P”) na „swoim” terenie. Wysokość stawki ryczałtowej w poszczególnych województwach była zróżnicowana odpowiednio do środków przewidzianych w budżecie państwa na realizację tych zadań, w części której dysponentem jest wojewoda.

W pięciu OW NFZ⁸², spośród 11 objętych kontrolą, wysokość zakontraktowanych stawek ryczałtowych dla zespołów „S” i „P” u wszystkich dysponentów w danym województwie była jednakowa i równa wysokości ustalonej przez wojewodę (wyjątek stanowiły Stacje Pogotowia w Gdańsku i Olsztynie – w których stawki te były 50% – 60% wyższe dla każdego zespołu „S” i „P”).

W Dolnośląskim OW NFZ stawka ryczałtowa dla zespołów „S” u wszystkich dysponentów ZRM wynosiła 3.887,42 zł – w 2009 r., 3.770,17 zł – w 2010 r. i I półroczu 2011 r. oraz 4.035,4 zł – od 1 lipca 2011 r.

Natomiast dla zespołów „P” – stawka ryczałtowa wynosiła 3.006,1 zł – w 2009 r., 2.915,8 zł – w 2010 r. i I półroczu 2011 r. oraz 3.110 zł – od 1 lipca 2011 r.

W Pomorskim OW NFZ – stawki ryczałtowe dla zespołów „S” wynosiły odpowiednio – 3.735 zł, 3.718 zł i 3.671 zł, a dla zespołów „P” – 2.950 zł, 2.936,5 zł i 2.753,36 zł.

Natomiast w SP ZOZ Stacji Pogotowia Ratunkowego w Gdańsku od 1 lipca 2011 r. stawki te były o ok. 52% wyższe niż u innych dysponentów ZRM na terenie województwa pomorskiego i wynosiły dla zespołów „S” – 5.568,05 zł, a dla zespołów „P” – 4.176,04 zł.

W pozostałych OW NFZ umowy z dysponentami ZRM zawierane były według wynegocjowanych stawek ryczałtu dobowego, w wysokościach nieprzekraczających wartości maksymalnych, ustalonych przez wojewodów dla poszczególnych zakresów świadczeń.

Łódzki OW NFZ – ryczałt dobowy dla zespołów „P” wynosił od 2.600 zł do 3.015 zł – w 2009 r. (przy maksymalnej stawce 3.015 zł) i od 2.404,32 zł do 2.975 zł w 2010 r. i 2011 r. (przy stawce maksymalnej 2.975 zł). Natomiast

⁷⁹ Art. 139 ust. 1 ustawy o świadczeniach zdrowotnych i rozporządzenie Ministra Zdrowia z 15 grudnia 2004 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zapraszania do udziału w rokowaniach, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej oraz jej zadań (Dz. U. Nr 273, poz. 2719).

⁸⁰ Na podstawie art. 5 ust. 1 ustawy z 22 października 2010 r. o zmianie ustawy o PRM oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 219, poz. 1443) w drodze aneksów podpisanych z dysponentami ZRM do zawartych umów.

⁸¹ W przypadku Pomorskiego OW NFZ – umowy z dysponentami ZRM w Gdańsku zawarte zostały (po uzyskaniu zgody Prezesa NFZ) na okres do 30 czerwca 2016 r.

⁸² Dolnośląskim, Lubuskim, Pomorskim, Śląskim i Warmińsko-Mazurskim.

ryczałt dobowy na finansowanie zespołów „S” wynosił od 3.200 zł do 3.605 zł w 2009 r., 2010 r. i 2011 r. (przy stawce maksymalnej 3.605 zł).

Liczba realizowanych wyjazdów ratowniczych nie miała wpływu na przysługującą świadczeniodawcy należność.

OW NFZ nie miały rozeznania, na ile wysokość stawki ryczałtowej ZRM wpływa na ogólną sytuację finansową dysponentów ZRM. Natomiast z informacji uzyskanej (w trybie art. 29 pkt 2 lit. f ustawy o NIK) od 22 dysponentów ZRM z terenu województwa Warmińsko-Mazurskiego wynika, że tylko 11 z nich prowadziło wyodrębnioną księgowość dotyczącą ZRM, w tym sześciu – uzyskało dodatni wynik na działalności tych zespołów wynoszący od 144 tys. zł do 2.247 tys. zł. Dwóch dysponentów odmówiło podania powyższych danych, a dziewięciu – poinformowało, że nie prowadzi szczegółowego rozliczenia kosztów ZRM.

U dysponentów ZRM, biorących udział w postępowaniach konkursowych, prowadzone były kontrole w celu potwierdzenia prawdziwości i prawidłowości danych zawartych w ofercie. Komisje przeprowadzały kontrole obligatoryjnie u oferentów, którzy dotychczas nie mieli zawartej umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej z OW NFZ w zakresie, na który została złożona oferta⁸³. Stwierdzono pojedyncze przypadki naruszenia przeprowadzenia procedury konkursowej mającej na celu wyłonienie dysponentów ZRM.

W Śląskim OW NFZ – dyrektor wyraził zgodę na odstąpienie od przeprowadzenia wizytacji u oferentów, którzy dotychczas nie mieli podpisanej umowy z NFZ na świadczenia będące przedmiotem konkursu ofert. Umowy zostały zawarte ze świadczeniodawcami wskazanymi przez Wojewodę poprzez umieszczenie ich w „Wojewódzkim Planie Działania Systemu PRM” jako dysponentów ZRM obsługujących dany rejon operacyjny⁸⁴; odrzucono oferty (w 4 przypadkach) dysponentów ZRM, którzy wcześniej wykonywali świadczenia w zakresie ratownictwa medycznego, motywując to rażąco niską ceną stawek podanych w ich ofertach

W ocenie NIK, założenia Oddziału, że „niższa” cena nie pozwoli na prawidłowe funkcjonowanie ZRM i odrzucenie oferty z powodu rażąco niskiej ceny – bez analizy faktycznych kosztów świadczeniodawcy, nie było uzasadnione z punktu widzenia kryteriów gospodarności.

W 2009 r. trzy OW NFZ (Mazowiecki, Pomorski i Warmińsko-Mazurski) otrzymywały z opóźnieniem i w wysokości innej niż określona w umowie z wojewodą, środki dotacji celowej na finansowanie zadań ZRM.

Wojewodowie wyjaśniali, że przyczyną był brak środków w ich budżecie.

Mazowiecki OW NFZ – w 2009 r. za miesiące: styczeń, luty, maj i czerwiec otrzymał od wojewody środki z opóźnieniem (wynoszącym od 1 do 27 dni) i z tego tytułu Oddział naliczył odsetki za zwłokę w kwocie 266,1 tys. zł. Przyczyną opóźnień – jak wyjaśnił Wojewoda – był brak środków finansowych.

W latach 2010–2011 (I półrocze) należne dotacje przekazywane były zgodnie z harmonogramem.

Pomorski OW NFZ – w 2009 r. Oddział nie otrzymywał od Wojewody środków dotacji w wysokościach i terminach wynikających z odnośnych umów i aneksów do nich (za maj, czerwiec, lipiec, sierpień, wrzesień i grudzień). Brakujące kwoty lub ich nadwyżka były rozliczane w kolejnych transzach. W sytuacji, gdy Wojewoda przekazywał środki z dotacji nieterminowo, Oddział dokonywał płatności świadczeniodawcom (dysponentom ZRM) ze środków własnych NFZ (aby wywiązać się z terminów względem nich i uniknąć karnych odsetek z tego tytułu).

⁸³ Stosownie do pkt 3.1.4.15 „Procedury konkursu ofert” (prowadzonej na podstawie ustawy o świadczeniach zdrowotnych).

⁸⁴ Spowodowało to naruszenie zasady określonej w art. 134 ust. 1 ustawy o świadczeniach zdrowotnych, w myśl której NFZ jest obowiązany zapewnić równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych i prowadzić postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji.

3.2.2.2. Zawieranie umów dotyczących finansowania SOR

W latach 2009–2011 funkcjonujące w szpitalach szpitalne oddziały ratunkowe, jednostki organizacyjne szpitali wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego oraz centra urazowe były finansowane w ramach kontraktów na finansowanie świadczeń zdrowotnych zawartych przez dany szpital. W powyższych kontraktach wyodrębniono tylko kwoty na finansowanie SOR, a sposób wyliczenia stawki ryczału dobowego dla tych oddziałów został określony w zarządzeniach Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne⁸⁵ i nie podlegał negocjacjom.

Do roku 2009 kontraktowano SOR tylko w szpitalach umieszczonych w „Planie działania systemu PRM”⁸⁶, a od 2010 r. takiego wymogu już nie było⁸⁷.

Oddziały NFZ zawierały takie umowy ze wszystkimi szpitalami, w których funkcjonują SOR i których dyrekcje wystąpiły z wnioskiem do oddziału wojewódzkiego NFZ o zawarcie umowy na SOR, po przeprowadzeniu właściwych postępowań weryfikujących spełnienie wymagań. Stawki w SOR ustalane były na podstawie jednolitych przepisów obowiązujących wszystkich świadczeniodawców, niezależnie czy SOR umieszczony został w planie wojewódzkim czy też nie.

Finansowanie świadczeń udzielanych w SOR odbywało się w oparciu o stawkę ryczału dobowego, którego wysokość stanowiła sumę dwóch składowych: składowa ryczału za strukturę oraz składowa ryczału za funkcję⁸⁸.

Zgodnie z procedurą konkursu ofert lub rokowań prowadzonych na podstawie ustawy o świadczeniach zdrowotnych, komisja prowadząca postępowanie konkursowe lub rokowania obligatoryjnie przeprowadza kontrolę u oferentów, którzy dotychczas nie mieli zawartej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Funduszu w zakresie, na który została zgłoszona oferta⁸⁹. Jej celem jest porównanie informacji zawartych w ofercie ze stanem faktycznym.

W ocenie NIK, OW NFZ w trakcie postępowań konkursowych, przed zawarciem kontraktów na świadczenia zdrowotne udzielane w SOR, w niewystarczającym stopniu korzystały z możliwości przeprowadzenia kontroli u oferentów w zakresie zgodności stanu faktycznego z przedstawionym w ofercie, jak też spełnienia warunków określonych w rozporządzeniu MZ w sprawie SOR⁹⁰.

Dolnośląski OW NFZ – w okresie objętym kontrolą – przeprowadził zaledwie 2 takie kontrole (w 2009 r.), tj. Akademickiego Szpitala Klinicznego im. J. Mikulicza-Radeckiego (ASK) we Wrocławiu oraz Zespołu Opieki Zdrowotnej w Bolesławcu, przy czym w dokumentacji nie zawarto jednoznacznych stwierdzeń, co do zakresu tej kontroli, tj. porównania stanu faktycznego z przedstawionym w ofercie, czy również pod kątem spełnienia wymogów ww. rozporządzenia w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego.

⁸⁵ Zarządzenia Prezesa NFZ nr 32/2008/DSOZ z 11.06.2008 r., nr 93/2008/DSOZ z 22.10.2008 r. (umowy na rok 2009) oraz nr 69/2009/DSOZ z 3.11.2009 r. (umowy na lata 2011-2011).

⁸⁶ Zarządzenie Prezesa NFZ Nr 93/2008/DSOZ z 22 października 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne. Zgodnie z pkt 47.1.1. Załącznika nr 3 do tego zarządzenia określającym warunki wymagane dla zakontraktowania SOR, wymogiem formalnym było uwzględnienie oddziału w wojewódzkim planie zabezpieczenia medycznych działań ratowniczych.

⁸⁷ Zarządzenie nr 69/2009/DSOZ Prezesa NFZ z 3 listopada 2009 r.

⁸⁸ Ryczałt za strukturę jest równy dobowej wartości stawki bazowej dla SOR określonej przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ. Suma punktów przyjętych do określenia składowej za funkcję, na podstawie danych z poprzedniego okresu sprawozdawczego, jest iloczynem średniej dobowej liczby pacjentów zaopatrzonych w SOR oraz średniej wagi punktowej wykonanych czynności.

⁸⁹ Zarządzenia Prezesa NFZ dotyczące finansowania SOR – procedura na 2009 r. – nr 2008/001/BO/KONTR/5.2. procedura na 2011 r. – nr CF/DSOZ/KAC/2010/075/0830/W/18141.

⁹⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 marca 2007 r. w sprawie SOR (Dz. U. Nr 55, poz. 365) i z dnia 3 listopada 2011 r. – w tej samej sprawie (Dz. U. Nr 237, poz. 1420).

Ponadto, w dokumencie „Wyniki kontroli oferenta” (z kontroli w ASK we Wrocławiu), pomimo wykazania, że Szpital nie dopełnił formalności związanych z zatrudnieniem wymienionych w ofercie pracowników, nie zawarto jednoznacznego stwierdzenia odnośnie zgodności, bądź niezgodności stanu faktycznego z ofertą, mimo takiego obowiązku wynikającego z pkt 3.1.4.15 Procedury konkursu ofert. Oferta w całości oceniona została pozytywnie pod względem spełnienia wymogów formalno-prawnych oraz merytorycznych i została wybrana w postępowaniu konkursowym.

3.2.2.3. Nadzór nad realizacją umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych

W badanym okresie OW NFZ przeprowadzały kontrole u dysponentów jednostek systemu PRM obejmujące zagadnienia związane z funkcjonowaniem systemu ratownictwa medycznego oraz kontraktowaniem świadczeń w rodzaju „ratownictwo medyczne”. Kary nałożone na dysponentów ZRM w związku z nieprawidłowym wywiązywaniem się z umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych były przekazywane na rachunek urzędów wojewódzkich.

Szczególną uwagę OW NFZ zwracały na wykorzystywanie ZRM do wykonywania zadań wskazanych w zarządzeniu Prezesa NFZ⁹¹ jako niedozwolone do realizacji przez te zespoły. Według tego zarządzenia zespoły ratownictwa medycznego zapewniające dobową gotowość do udzielania świadczeń nie mogą realizować w tym czasie zleceń od innych podmiotów oraz udzielać świadczeń wynikających z realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w innych rodzajach świadczeń, a w szczególności leczenia szpitalnego, nocnej i świątecznej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej, transportu sanitarnego w podstawowej opiece zdrowotnej.

Stwierdzano również przypadki nieprawidłowości polegających na: realizowaniu świadczeń w niepełnym składzie osobowym ZRM (dotyczyło to głównie lekarzy), realizowaniu świadczeń przez ten sam personel medyczny w różnych zespołach wyjazdowych – w czasie tego samego dyżuru, nieokreśleniu w harmonogramach godzin pracy poszczególnych lekarzy, realizowaniu świadczeń przez osoby nieuprawnione, długim czasie reakcji ZRM na wezwanie, realizowaniu świadczeń z wykorzystaniem ambulansów niezgłoszonych w umowach, realizowaniu świadczeń poz, nieprawidłowościach w prowadzeniu dokumentacji medycznej/kartach zleceń wyjazdów, niezgłoszeniu do OW NFZ zmian ambulansów i personelu medycznego, brakach w wyposażeniu ambulansów, korzystaniu ze środków transportu – w przypadku awarii ambulansu ZRM – niespełniających normy PN-EN1789:2008 (i jednocześnie nieinformowaniu OW NFZ o fakcie awarii ambulansu), wykorzystywaniu ZRM do transportów międzyszpitalnych w przypadkach, które nie wynikały ze wskazań zdrowotnych, rozbieżności w obsadzie ZRM dotyczących lekarzy i ratowników medycznych w porównaniu z ich harmonogramem pracy i wpisami w kartach zleceń wyjazdów, nakładaniu się dyżurów ratowników medycznych zabezpieczających obsadę zespołów ratowniczych z równoczesnymi dyżurami w karetkach transportowych.

Mazowiecki OW NFZ – w okresie 2009–2011 (I półrocze) nałożył na świadczeniodawców kary umowne z tytułu nieprawidłowej realizacji umów przez ZRM w łącznej wysokości 722,4 tys. zł (w tym: w 2009 r. – 145 tys. zł, w 2010 r. – 118,1 tys. zł i w I półroczu 2011 r. – 459,3 tys. zł).

Pomorski OW NFZ – w badanym okresie przeprowadził 22 kontrole u dysponentów ZRM, a nałożone kary z tytułu stwierdzonych nieprawidłowości wyniosły łącznie 114,5 tys. zł (w tym 68,1 tys. zł za przewozy asekuracyjne pacjentów nie będących w stanie zagrożenia zdrowotnego).

Lubuski OW NFZ – w toku kontroli (17) wykorzystania dotacji na finansowanie ZRM stwierdzono m.in. brak właściwej liczebnie załogi i kwalifikacji członków ambulansu (np. w 2011 r. na WSPR SP ZOZ w Zielonej Górze nałożono karę z tego tytułu w wysokości 33,3 tys. zł), brak obsady lekarskiej w specjalistycznych ZRM na nocnym

⁹¹ § 8 pkt 13 zarządzenia nr 53/2009/DSM Prezesa NFZ z dnia 28 października 2009 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ratownictwo medyczne.

dyżurze w każdym z czterech zespołów (np. w 2011 r. na WSPR SP ZOZ w Zielonej Górze nałożono z tego tytułu karę w wysokości 65,1 tys. zł). Łączna wysokość kar nałożonych przez Oddział wyniosła 384,6 tys. zł.

Z ustaleń kontroli NIK wynika, że w jednym przypadku OW NFZ skorzystał z prawa do rozwiązania umowy ze świadczeniodawcą – w porozumieniu z wojewodą – w związku z nienależytym wywiązaniem się przez niego z obowiązku wynikającego z zawartej umowy.

Warmińsko-Mazurski OW NFZ – w 2009 r. Oddział rozwiązał z jednym świadczeniodawcą umowę na realizację zadań ZRM (tj. 108 Szpital Wojskowy z Przychodnią SP ZOZ w Elku) ponieważ Komendant Szpitala nie wywiązał się z deklaracji złożonej w ofercie (w 2009 r.) i nie zawarł umów z trzema lekarzami (na pięciu) ze specjalnością medycyny ratunkowej, zabezpieczając tym samym tylko 30% ogólnego czasu pracy lekarzy w ramach ZRM. Rozwiązanie umowy nastąpiło w porozumieniu z Wojewodą.

Kontrole przeprowadzone przez OW NFZ w szpitalnych oddziałach ratunkowych wykazały m.in. przypadki:

- niezgodnej z wymogami kwalifikacji personelu medycznego w SOR,
- niezabezpieczenia na dyżurze co najmniej jednego lekarza systemu,
- nieprawidłowości i braków w sposobie prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej (np. brak pieczętki i podpisu lekarza w karcie konsultacji, karcie informacyjnej i historii choroby, brak chronologii zapisów obserwacji i odbytych konsultacji w historii choroby),
- nieprawidłowości w kwalifikowaniu i sprawozdawaniu procedur i świadczeń,
- braków w zakresie wymaganego sprzętu lub aparatury,
- niespełnienia przez pomieszczenia SOR wymaganych norm.

Jednostki kontrolowane podejmowały działania w celu usunięcia nieprawidłowości.

Najwyższa Izba Kontroli negatywnie ocenia brak kontroli wykorzystania środków przekazywanych na działalność szpitalnych oddziałów ratunkowych, jednostek organizacyjnych szpitali oraz centrum urazowego na terenie województwa dolnośląskiego. W latach 2009–2011 (do zakończenia kontroli) Dolnośląski OW NFZ nie przeprowadził żadnej kontroli w tym zakresie, a przyczyną takiego stanu było – wg wyjaśnień Dyrektor OW NFZ – nieuwzględnienie ich w planach kontroli.

3.2.3. W zakładach opieki zdrowotnej

3.2.3.1. W szpitalach

3.2.3.1.1. Udzielanie świadczeń w szpitalnych oddziałach ratunkowych

Szpitalne oddziały ratunkowe działające w strukturze organizacyjnej kontrolowanych szpitali (9), zostały zarejestrowane w ewidencji jednostek systemu PRM zlokalizowanych na obszarze danego województwa⁹².

Struktura, organizacja i warunki techniczne oraz wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną SOR, spełniały – z pewnymi wyjątkami – wymagania określone w rozporządzeniu w sprawie SOR⁹³.

W Szpitalu Bielańskim im. ks. Jerzego Popiełuszki SP ZOZ w Warszawie⁹⁴; w sali zabiegowej SOR znajdowało się po jednym – zamiast wymaganych dwóch – gnieździe poboru tlenu, powietrza i próżni, a żadne z 4 stanowisk w obszarze obserwacji nie było wyposażone w gniazdo poboru powietrza (posiadały wyłącznie po 1 gnieździe poboru tlenu i próżni).

⁹² Stosownie do wymogów art. 23 ust. 1 ustawy o PRM.

⁹³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 marca 2007 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. Nr 55, poz. 365) uchylone przez rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. Nr 237, poz. 1420).

⁹⁴ Szpital Bielański im. ks. Jerzego Popiełuszki SP ZOZ w Warszawie – zwany dalej „**Szpitałem Bielańskim w Warszawie**”.

Uwagi NIK dotyczyły również oznakowania wejścia do SOR tablicą „Izba Przyjęć”, a także umieszczenia w obrębie obszaru segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć – „punktu przyjęć pacjentów planowych” (zgodnie z art. 1 ustawy o PRM, SOR powinien zapewnić pomoc osobom znajdującym się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, a zatem winien być właściwie oznakowany, stosownie do zadań wynikających z tego artykułu)⁹⁵.

W Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Gdańsku; brakowało automatycznie otwieranego i zamykanego wjazdu dla karettek, a miejsce dekontaminacji znajdowało się przy tylnym wejściu do SOR zamiast w obszarze segregacji medycznej⁹⁶.

W okresie objętym kontrolą, od 30% do 80% spośród pacjentów badanych SOR, nie kwalifikowało się do udzielania im świadczeń na tych oddziałach. Osobom tym (nie znajdującym się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego) powinny być udzielone świadczenia w ramach poradni lekarza rodzinnego, poradni specjalistycznych lub nocnej i świątecznej pomocy doraźnej. W ocenie NIK, w kontrolowanym okresie, nie funkcjonował skuteczny mechanizm pozwalający na eliminowanie spośród pacjentów SOR, osób niewymagających udzielania świadczeń ratowniczych.

Szpital Bielański w Warszawie; w okresie 2009–2011 (do 30 września) do SOR zgłosiło się 157.128 pacjentów, w tym 3.923⁹⁷ (2,5%) w związku z planową hospitalizacją⁹⁸.

Pacjenci hospitalizowani w SOR stanowili tylko – odpowiednio w latach 2009–2011 1,9%, 2,0% i 1,8%⁹⁹, a pacjenci, którym udzielono w SOR świadczeń w trybie ambulatoryjnym, a następnie przekazano do hospitalizacji w innych oddziałach szpitala – 13,9%, 19,3% i 18,5%¹⁰⁰. Natomiast pacjenci, którym udzielono świadczeń tylko w trybie ambulatoryjnym (nie zakończonych hospitalizacją) stanowili 84,2%, 78,7% i 79,7%¹⁰¹.

Nie odnotowano przypadków odmowy przyjęcia pacjentów zgłaszających się do SOR, ale 1.726 pacjentów zostało przekazanych do innego SOR lub zakładu stacjonarnej opieki zdrowotnej (z powodu braku miejsca we właściwych oddziałach szpitala lub braku w strukturze szpitala oddziału odpowiedniego do stwierdzonego schorzenia).

Spośród osób przyjętych w SOR w latach 2009–2011 (do 30 września), odpowiednio: 50,1%, 63,7% i 74,2% osób¹⁰², nie kwalifikowało się do udzielenia im medycznych świadczeń ratowniczych¹⁰³.

Liczba pacjentów przyjmowanych dziennie w SOR¹⁰⁴ wynosiła od 46 do 210 osób – w 2009 r., od 36 do 238 – w 2010 r. i od 73 do 206 osób – w 2011 r. ale liczba pacjentów wymagających faktycznie medycznych świadczeń ratowniczych wynosiła odpowiednio – 33, 39 i 40 osób.

Wszyscy pacjenci hospitalizowani w SOR (1.082 osoby) w analizowanym okresie, przebywali w nim poniżej 24 godzin; średni czas hospitalizacji wahał się od 4 godz. i 54 min. (lipiec 2009 r.) do 10 godz. i 56 min. (styczeń 2009 r.), od 4 godz. i 48 min. (lipiec 2010 r.) do 6 godz. i 41 min. (styczeń 2010 r.), zaś w 2011 r. – od 5 godz. i 16 min. (wrzesień 2011 r.) do 7 godz. i 21 min. (lipiec 2011 r.).

⁹⁵ § 6 ust. 1 i 2, § 7 ust. 3 pkt 7, § 10 pkt 4 rozporządzenia w sprawie SOR.

⁹⁶ § 3 ust. 2 i § 6 ust. 2 pkt 3 i ust. 6 rozporządzenia w sprawie SOR.

⁹⁷ Odpowiednio w latach: 60.007 i 1.502 osoby – w 2009 r., 55.677 i 1.462 osoby w 2010 r. oraz 41.444 i 959 osób – w 2011 r. (do 30 września)

⁹⁸ Pacjentom tym nie udzielano w SOR świadczeń medycznych, a jedynie rejestrowano ich (przy wyodrębnionym stanowisku przyjęć planowych) w systemie „Hipokrates”, z którego generowano formularz z historią choroby.

⁹⁹ W 2009 r. – 1.124 osoby, w 2010 r. – 1.109 osób, w 2011 r. (do 30 września) 716 osób.

¹⁰⁰ W 2009 r. – 8.133 osoby, w 2010 r. – 10.442 osoby, w 2011 r. (do 30 września) 7.477 osób.

¹⁰¹ W 2009 r. – 49.248 osób, w 2010 r. – 42.664 osoby i w 2011 r. (do 30 września) – 32.292 osoby.

¹⁰² W 2009 r. – 24,7 tys. osób, w 2010 r. – 27,2 tys. osób, w 2011 r. (do 30 września) – 24,0 tys. osób.

¹⁰³ Dyrektor szpitala wyjaśniła, że liczba pacjentów, którzy nie kwalifikowali się do udzielenia medycznych świadczeń ratowniczych ustalona została w oparciu o „Wykaz czynności wykonywanych w szpitalnym oddziale ratunkowym i szpitalne izbie przyjęć” (zawarty w załączniku nr 5a do zarządzenia nr 69/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 listopada 2009 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne), określający wagę punktową poszczególnych czynności. Przyjęto, że pacjent, u którego łączna waga punktowa wynosi mniej niż 5, jest pacjentem niekwalifikującym się do udzielenia medycznych świadczeń ratowniczych.

¹⁰⁴ Dane ze stycznia, kwietnia, lipca i października 2009 r. i 2010 r. oraz stycznia, kwietnia, lipca i września 2011 r.

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie. W latach 2009–2011 (do 30 września) SOR przyjął łącznie 44,4 tys. pacjentów¹⁰⁵, a jednocześnie 1,3 tys. osobom (3,0%) odmówiono przyjęcia¹⁰⁶ (spośród nich 694 pacjentów przewieziono do innych placówek medycznych celem kontynuacji specjalistycznego leczenia i diagnostyki, a 607 osób wymagających długotrwałej opieki lekarsko-pielęgniarskiej, przewieziono do domów pomocy społecznej). W SOR przyjmowano dziennie średnio 45 pacjentów¹⁰⁷.

Przeprowadzona jednocześnie analiza kodów chorobowych pacjentów przyjętych w SOR w 2011 r. (do 30 września) wykazała, że spośród średniomiesięcznie przyjętych 1.629 pacjentów aż 814 (50%) nie wymagało świadczeń ratujących życie. W wyjaśnieniach na temat realizacji zadań w SOR, koordynator w SOR stwierdził, że w oddziale tym wykonywanych jest zaledwie 50-60% zadań wynikających z ustawy o PRM.

Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. J. Strusia w Poznaniu. W okresie 2009–2011 (do 30 października) w SOR przyjęto łącznie 114,3 tys. pacjentów (w tym odpowiednio – 37,5 tys. osób, 38,8 tys. osób i 38,0 tys. osób). W ocenie dyrektora szpitala – z medycznego punktu widzenia – do udzielenia świadczeń w SOR kwalifikowało się 60-70% pacjentów (tj. osób będących w stanie zagrożenia zdrowotnego).

Analiza dokumentacji 1.468 pacjentów przyjętych w SOR w 2011 r.¹⁰⁸ wykazała¹⁰⁹, że tylko 979 pacjentów (66,7% objętych kontrolą) kwalifikowało się (z medycznego punktu widzenia) do udzielenia im świadczeń w SOR, a więc co trzeci pacjent nie znajdował się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego i tym samym nie wymagał podjęcia leczenia w zakresie niezbędnym dla stabilizacji jego funkcji.

Szpital Wojewódzki SP ZOZ w Zielonej Górze – w okresie objętym kontrolą liczba pacjentów przyjmowanych miesięcznie w SOR¹¹⁰ wynosiła od 2.128 do 2.541, ale leczonych z powodu nagłego zagrożenia zdrowotnego było od 382 do 500 osób (średnio 440 miesięcznie). Tak więc ok. 80% pacjentów przyjętych w SOR nie było w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia.

Wojskowy Instytut Medyczny w Warszawie. W badanym okresie SOR przyjął 89.761 pacjentów¹¹¹; nikomu z nich nie odmówiono udzielenia pomocy, ale od 37% do 45% pacjentów miesięcznie nie kwalifikowało się do udzielenia świadczeń w SOR (nie byli w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego). Najczęściej byli to pacjenci z dolegliwościami trwającymi od kilku tygodni, a nawet miesięcy, którzy nie uzyskali skutecznej pomocy od lekarza poz i/lub specjalisty w ramach ambulatoryjnej opieki medycznej oraz pacjenci skierowani przez lekarzy w celu weryfikacji rozpoznania, które winno być przeprowadzone na etapie podstawowej opieki zdrowotnej (np. weryfikacja rozpoznania zapalenia płuc, kamicy nerkowej, zaburzeń rytmu serca, niedokrwistości, kamicy pęcherzyka żółciowego). Prawie 100% pacjentów wypisywanych było z SOR przed upływem 24 godzin. Powyżej jednej doby (ale nie dłużej niż 48 godzin) przebywało tam maksymalnie do 13 pacjentów w skali miesiąca (w lipcu 2011 r. stanowiło to zaledwie 0,4% ogółu pacjentów); miało to miejsce ze względu na konieczność obserwacji, konsultacji oraz ostatecznej decyzji, co do miejsca hospitalizacji pacjenta, jak też z powodu przejściowego braku miejsc w klinikach docelowych. Średni czas leczenia pacjenta w SOR wynosił od 3 do 5,5 godz.

Liczba pacjentów przyjmowanych dziennie w SOR¹¹² wynosiła od 32 do 186 (średnio dziennie 63 osoby).

Akademicki Szpital Kliniczny im. Mikulicza Radeckiego we Wrocławiu. W okresie od grudnia 2009 r.¹¹³ do października 2011 r. SOR przyjął łącznie 42.722 pacjentów. Analiza przyjęć pacjentów w ciągu 9 miesięcy kontrolowanego okresu¹¹⁴ wykazała, że przeciętnie w miesiącu SOR przyjmował 1.884 pacjentów, a dziennie od 36 do 94 pacjentów, czas pobytu w SOR wynosił od 10 min. do 11 godzin.

¹⁰⁵ W 2009 r. – 14,5 tys. osób, w 2010 r. – 15,2 tys. osób i w 2011 r. (do 30.09.) – 14,8 tys. osób

¹⁰⁶ Przyczyną odmowy przyjęcia pacjentów w SOR był brak odpowiednich oddziałów szpitalnych, chwilowy brak miejsc w szpitalu, zapewnienie długoterminowej opieki lekarsko-pielęgniarskiej.

¹⁰⁷ Analizowano przyjęcia pacjentów w miesiącach: styczeń, kwiecień, lipiec i październik 2009–2010 i styczeń, kwiecień, lipiec i wrzesień 2011 r.

¹⁰⁸ Analizowano dokumentację pacjentów przyjętych w SOR w ciągu 6 dni stycznia i 6 dni października 2011 r. – tj. łącznie 1.468 kart, co stanowiło 3,9% ogółu pacjentów przyjętych do października 2011 r.

¹⁰⁹ Analizę dokumentacji pacjentów i ocenę diagnozy końcowej przeprowadził Kierownik SOR (w obecności kontrolera NIK).

¹¹⁰ Analizowano przyjęcia pacjentów w miesiącach styczeń, kwiecień, lipiec i październik – w roku 2009 i 2010 oraz styczeń, kwiecień, lipiec i sierpień w 2011 r.

¹¹¹ W 2009 r. – 25.830 osób, w 2010 r. – 33.301 osób, w 2011 r. (do 18 października) – 30.630 osób.

¹¹² Analizowano miesiące: styczeń, kwiecień, lipiec i październik w latach 2009, 2010 i 2011.

¹¹³ SOR uruchomiony został w grudniu 2009 r.

¹¹⁴ Analizowano przyjęcia pacjentów w miesiącach: grudzień 2009 r., styczeń, kwiecień, lipiec i październik w 2010 i 2011 r.

Analiza 1.658 kart pacjentów (tj. 33% dowiezionych do SOR przez zespoły ratownictwa medycznego w analizowanym okresie 9 miesięcy)¹¹⁵ wykazała, że 576 osób (34,7%) nie wymagało udzielenia świadczeń ratujących życie i zdrowie (zostali tego samego dnia wypisani do domu lub otrzymali skierowanie do lekarza poz), a w przypadku 101 kart, brak było wpisu w dokumentacji o trybie i przyczynach wypisania bądź przekazania pacjenta (do dalszego leczenia). W badanych przypadkach nie stwierdzono jednak odmowy przyjęcia pacjenta w SOR lub przekazania go do innego SOR.

W ocenie Dyrektora Szpitala ds. Lecznictwa, od ok. 40% do 60% osób zgłaszających się samodzielnie do SOR w ogóle nie wymagało udzielenia świadczeń ratujących życie i zdrowie lub ich stan kwalifikował ich do uzyskania świadczeń w ramach poz lub poradni specjalistycznej. Podobnie w ok. 30-40% pacjentów dowiezionych do SOR przez zespoły ratownictwa medycznego, nie znajdowało się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego (nie wymagały świadczeń w zakresie czynności ratowniczych).

Głównymi przyczynami przedłużonego czasu pobytu pacjentów w SOR – wg dyrektorów szpitali – były m.in. poszerzona diagnostyka w SOR (np. w przypadku braku miejsc w oddziale docelowym), poszerzona diagnostyka pacjentów pod wpływem alkoholu (w celu wykluczenia zmian chorobowych niezwiązanych z upojeniem alkoholowym), konieczność wykonania badań wymagających powtórzeń.

Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku. W latach 2009–2011 (do 31 października) Kliniczny Oddział Ratunkowy (KOR) przyjął łącznie 52.066 pacjentów, nikomu nie odmówił udzielenia świadczenia medycznego i żadnego z nich nie przekazał do innego SOR.

Maksymalny czas pobytu pacjentów na Oddziale, przyjętych w 11 miesiącach spośród 12 objętych badaniami przekroczył 72 godziny (w 1 miesiącu wyniósł 68 godzin), w tym w 5 miesiącach – przekroczył 2 tygodnie (stwierdzono m.in., że pacjent przyjęty w październiku 2010 r. przebywał na Oddziale 1.966 godzin, tj. ponad 81 dni, a pacjent przyjęty w styczniu 2011 r. – 989 godzin, tj. ponad 41 dni). Kierownik KOR wyjaśnił, że chorzy przebywali w tym Oddziale tak długo ponieważ w tym czasie nie było możliwości przekazania ich na Oddział Intensywnej Terapii UCK (w Oddziale tym znajduje się 10 łóżek, które nie zabezpieczają wszystkich potrzeb związanych z hospitalizacją najcięższych chorych pacjentów

3.2.3.1.2. Finansowanie świadczeń udzielanych w szpitalnych oddziałach ratunkowych

Świadczenia opieki zdrowotnej udzielane w SOR finansowane były na zasadach i w trybie określonym w ustawie o świadczeniach zdrowotnych, w ramach środków określonych w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia¹¹⁶.

Podstawą finansowania tych świadczeń były – zawierane z właściwym terytorialnie oddziałem wojewódzkim NFZ – „umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne”, na zasadach określonych powołanymi w nich zarządzeniami Prezesa NFZ¹¹⁷. W umowach tych ustalony był ryczałt dobowy na działalność SOR, którego wysokość określona była indywidualnie dla każdego szpitala.

Stawki te wynosiły od 2.550 zł do 13.821 zł w 2009 r., od 2.400 zł do 15.537 zł w 2010 r. i od 2.400 zł do 20.132 zł w 2011 r.

Z ustaleń kontroli wynika, że środki, które szpitale otrzymywały z NFZ na funkcjonowanie szpitalnych oddziałów ratunkowych nie pokrywały na ogół kosztów działalności tych oddziałów.

Dyrektorzy szpitali wskazywali również, że sposób ustalania wysokości ryczałtu dla SOR, nie jest korzystny w przypadkach, gdy pobyt pacjenta przyjętego w SOR, kończy się jego hospitalizacją w innym oddziale szpitalnym. W takich przypadkach świadczenia udzielane w SOR nie są brane pod

¹¹⁵ Analiza przeprowadzona została przy udziale pracowników SOR.

¹¹⁶ Art. 47 ust. 1 ustawy o PRM.

¹¹⁷ Zarządzenia Prezesa NFZ: nr 93/2008/DSOZ z dnia 22.10.2008 r. (ze zm.) i nr 69/2009/DSOZ z dnia 3.11.2009 r. (ze zm.)

uwagę przy wyznaczaniu stawki ryczałtu dobowego, podczas gdy ich wykonanie wpływa na koszty funkcjonowania SOR.

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie; na realizację świadczeń w SOR, szpital otrzymał łącznie 7.116,2 tys. zł (2009-2011 do 30 września)¹¹⁸, przy stawce ryczałtowej 7.335 zł w 2009 r. i 2010 r. oraz 6.453 zł w 2011 r. Natomiast faktycznie poniesione koszty przez SOR w tym okresie wyniosły 14.238,1 tys. zł¹¹⁹ (tak więc strata wyniosła 7.121,8 tys. zł). Pomimo ujemnego wyniku finansowego SOR w poszczególnych latach, szpital zachował płynność finansową, pokrywając straty dodatnimi wynikami finansowymi innych oddziałów.

Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. J. Strusia w Poznaniu; w okresie 2009–2011 (do 30 września) dobowy ryczałt SOR wynosił 11.819 zł¹²⁰ (mimo iż oferta szpitala wynosiła 20.000 zł). Koszty funkcjonowania SOR w poszczególnych latach były wyższe od kwoty środków otrzymywanych z NFZ – odpowiednio – o 41,9%, 47,3% i 56,8% (w III kwartale 2011 r.); **Szpital Wojewódzki SP ZOZ im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze;** ustalone umowami kwoty dobowej stawki ryczałtowej w SOR (8.448 zł. w 2009 r. oraz 10.500 zł w 2010 r. i 2011 r.) nie pokrywały faktycznie poniesionych kosztów oddziału, a niedobór środków, w okresie objętym kontrolą, wynosił: w 2009 r. – 4,1 mln zł, w 2010 r. – 3,9 mln zł i w 2011 r. (do 31 sierpnia) – 1,4 mln zł.

Wojskowy Instytut Medyczny w Warszawie; w okresie objętym kontrolą, wysokość stawki ryczałtowej SOR wzrosła z 10.838 zł do 16.383 zł. Przychody uzyskiwane z tego tytułu pokrywały koszty SOR: w 42% (w 2009 r.), 48% (w 2010 r.) i w 53% (w 2011 r. do 31 sierpnia). Straty na działalności SOR (odpowiednio w wysokości 5.563,8 tys. zł, 4.989,6 tys. zł i 3.226,4 tys. zł) pokrywane były z przychodów uzyskanych z bieżącej działalności WIM.

Akademicki Szpital Kliniczny im. Mikulicza Radeckiego we Wrocławiu; na wykonywanie świadczeń w SOR, ASK otrzymywał ryczałt dobowy w wysokości 11.250 zł (w latach 2009–2011), który nie pokrywał faktycznie ponoszonych kosztów. W efekcie koszty realizacji świadczeń w SOR pokrywane były w 2009 r. – tylko w 60%, w 2010 r. – w 58,6% i w 2011 r. (III kwartały) w 49,6%. W wyniku ponoszenia kosztów wyższych od uzyskiwanych przychodów na działalności SOR wystąpiła strata w wysokości odpowiednio: 201,7 tys. zł, 2.903,7 tys. zł i 3.088,8 tys. zł.

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Kopernika w Łodzi; ryczałt dobowy ustalony dla SOR wynosił 8.601 zł w 2009 r. i 9.490 zł w 2010 i 2011 r. Przychody z kontraktu na realizację świadczeń w SOR pokrywały rzeczywiste koszty ich wykonania w 47,4% w 2009 r., 47,4% w 2010 r. i 42,3% w 2011 r. (do końca lipca). Skutkiem niedofinansowania działalności SOR była strata wynosząca odpowiednio: 3,5 mln zł, 3,8 mln zł i 2,7 mln zł.

Na wysokość ponoszonej straty wpływ miała przede wszystkim wzrastająca liczba pacjentów zgłaszających się do SOR niewymagających udzielenia świadczeń ratowniczych. Ponoszonych w związku z tym kosztów nie rekompensowała w pełni rosnąca stawka ryczałtu dobowego.

3.2.3.1.3. Funkcjonowanie centrów urazowych

Szpital, wyznaczone jako jednostki pełniące rolę centrum urazowego w danym województwie, posiadały umowy z uczelniami – stosownie do wymogu ustalonego dla centrum urazowego¹²¹ – na mocy, których udostępniano im oddziały szpitalne dla realizacji celów dydaktycznych i naukowo-badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń medycznych.

Centra urazowe nie spełniały jeszcze wszystkich warunków określonych w ustawie o PRM¹²² i wymagań wskazanych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia¹²³.

Ustawa o zmianie ustawy o PRM przewiduje jednak okres dostosowawczy dla centrów urazowych do końca 2013 r. (m.in. w zakresie lądowiska lub lotniska dla śmigłowców ratunkowych, które

¹¹⁸ W 2009 r. i 2010 r. – po 2.677,3 tys. zł, a w 2011 r. (do 30 września) 1.761,7 tys. zł.

¹¹⁹ W 2009 r. koszty SOR wyniosły 4.525,2 tys. zł (przekroczenie o 60%), w 2010 r. – 5.072,3 tys. zł (przekroczenie o 89%) i w 2011 r. (do 30 września) – 4.640,5 tys. zł (przekroczenie o 163%).

¹²⁰ Tylko w styczniu 2009 r. dobowy ryczałt w SOR wynosił 11.000 zł.

¹²¹ Art. 39b pkt 2 ustawy o PRM.

¹²² Art. 39b ustawy o PRM.

¹²³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 czerwca 2010 r. w sprawie centrum urazowego (Dz. U. Nr 118, poz. 803).

muszą być zlokalizowane w takiej odległości aby możliwe było przyjęcie pacjenta urazowego bez pośrednictwa specjalistycznego środka transportu sanitarnego).

Środki finansowe na stworzenie koniecznej infrastruktury technicznej i wyposażenie CU, szpitale otrzymały m.in. z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko (na lata 2007-2013).

Centra urazowe rozpoczęły swoje funkcjonowanie w szpitalach w różnych miesiącach 2011 r., począwszy od 1 kwietnia 2011 r. (np. w Wojskowym Instytucie Medycznym w Warszawie – od 1 kwietnia 2011 r., w Akademickim Szpitalu Klinicznym im. M. Radeckiego we Wrocławiu i Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie – od 1 lipca 2011 r.).

Wojskowy Instytut Medyczny w Warszawie; utworzone centrum urazowe spełniało zarówno warunki określone w ustawie o PRM, jak też wymagania wskazane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie centrum urazowego. W WIM powołany został zespół urazowy w składzie spełniający wymogi § 4 rozporządzenia w sprawie centrum urazowego. Jednakże w ponad połowie skontrolowanych dni¹²⁴, WIM nie miał faktycznie możliwości zapewnienia obsady dyżurowej lekarza specjalisty medycyny ratunkowej w składzie wspomnianego zespołu¹²⁵, z uwagi na – jak wyjaśniono – ogólny brak tych specjalistów na rynku pracy. NIK pozytywnie ocenił działania podjęte na rzecz ich pozyskania (w trybie procedury konkursowej, jak też poprzez kształcenie lekarzy już zatrudnionych w WIM w zakresie specjalizacji z medycyny ratunkowej).

Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. J. Strusia w Poznaniu; centrum urazowe funkcjonuje w szpitalu od 1 kwietnia 2011 r., ale w dniu 12 sierpnia 2011 r. OW NFZ stwierdził, że CU nie spełnia warunków określonych w ustawie o PRM i rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie CU¹²⁶. W szczególności NFZ stwierdził, że CU nie zapewniało gotowości co najmniej dwóch stanowisk intensywnej terapii do udzielania świadczeń pacjentowi urazowemu, czynnej całodobę pracowni endoskopii diagnostycznej i zabiegowej oraz pracowni laboratoryjnej, całodobowego dostępu do badań rezonansem magnetycznym, a także lekarza SOR (w składzie zespołu urazowego). Od wyeliminowania stwierdzonych nieprawidłowości, NFZ uzależnił rozpoczęcie finansowania świadczeń zdrowotnych udzielanych w CU.

Świadczenia udzielane w CU są finansowane na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia¹²⁷ i wydanego na tej podstawie zarządzenia Prezesa NFZ¹²⁸ umożliwiającego rozliczenie ciężkich, mnogich lub wielonarządowych obrażeń ciała – poprzez wprowadzenie do „katalogu grup” grupy T „obrażenia, urazy” (od T01 do T09).

Przepisy zarządzenia Prezesa NFZ nie pozwalały jednak na rozliczenie wszystkich świadczeń zdrowotnych udzielanych pacjentom w CU, tj. w przypadku pacjentów poniżej 17 r.ż., pacjentów hospitalizowanych poniżej wymaganych 15 dni, i pacjentów zakwalifikowanych do grupy T07.

Wojskowy Instytut Medyczny w Warszawie; w okresie kwiecień-wrzesień 2011 r. szpital rozliczył 86 pacjentów w ramach grupy T, w tym liczba hospitalizowanych z obrażeniami mnogimi (tj. z wyłączeniem grupy T-07 „leczenie zachowawcze urazów”) wyniosła 29.

Nadmienić należy, że 6 pacjentów, którzy spełniali warunki do leczenia w CU (zgodnie z rozporządzeniem w sprawie CU) nie zostało rozliczonych przez grupę T ponieważ trzech z nich nie spełniało kryterium wieku, jeden nie spełniał limitu dni hospitalizacji (przebywał poniżej 15 dni), a dwóch rozliczono przez grupę z katalogu jednorodnych grup pacjentów (JGP).

¹²⁴ W losowo wybranym okresie 5 miesięcy (październik 2010 r., marzec, kwiecień, czerwiec, lipiec 2011 r.).

¹²⁵ W październiku 2010 r. – 15 dni, marcu i kwietniu – po 19 dni, czerwcu – 18 dni, lipcu – 16 dni.

¹²⁶ Por. art. 39b pkt 3a, 3c i 4 ustawy o PRM oraz § 2 ust. 1 pkt 5 i § 4 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie CU.

¹²⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 lutego 2011 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa szpitalnego (Dz. U. Nr 40, poz. 212 ze zm.) wprowadziło do załącznika nr 4 świadczenia gwarantowane „leczenie ciężkich, mnogich lub wielonarządowych obrażeń ciała”.

¹²⁸ Zarządzenie Prezesa NFZ Nr 17/2011/DSOZ z dnia 6 kwietnia 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne (wprowadzono do „katalogu grup grupę T „obrażenia, urazy”)

W ocenie NIK CU leczą obecnie także tych pacjentów, którzy ze względu na swój stan zdrowia powinni być hospitalizowani na innych oddziałach szpitalnych. Ocenę NIK potwierdzają wyjaśnienia na temat organizacji i funkcjonowania CU udzielane przez lekarzy SOR (np. ze Szpitala w Zielonej Górze), w których stwierdzali m.in., że: „... obecnie obserwowaną sytuacją jest kierowanie do szpitali, które podjęły się organizacji CU – wszystkich pacjentów z urazami”, pomimo dość precyzyjnie opisanych kryteriów kwalifikacji i transportu pacjenta do ośrodka urazowego. Powoduje to, że duża grupa pacjentów z lekkimi obrażeniami, które powinny zostać zaopatrzone w innych szpitalach, obciąża personel CU.

3.2.3.1.4. Zatrudnienie w szpitalnych oddziałach ratunkowych

Kadra medyczna – lekarze, pielęgniarki i ratownicy medyczni – zatrudniona w SOR zabezpieczała prawidłowe jego funkcjonowanie. Lekarze posiadali specjalności¹²⁹ w zakresie medycyny ratunkowej, chirurgii ogólnej, anestezjologii i intensywnej terapii, chorób wewnętrznych. Ustalony dla pracowników podstawowej działalności medycznej system pracy zapewniał – poza pojedynczymi doraźnymi przypadkami – stałą obecność na oddziale lekarzy systemu oraz pielęgniarek.

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Kopernika w Łodzi; w okresie objętym kontrolą w SOR zatrudnionych było m.in.: 15 lekarzy, w tym 6 – ze specjalizacją II^o w zakresie medycyny ratunkowej (w tym 1 – dodatkowo ze specjalizacją II^o w zakresie chirurgii ogólnej, 1 – dodatkowo ze specjalizacją I^o w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii), 1 – ze specjalizacją II^o w dziedzinie chorób wewnętrznych, 2 – bez specjalizacji i 6 rezydentów, 30 pielęgniarek i 3 ratowników medycznych.

Analiza zabezpieczenia funkcjonowania SOR pod względem kadrowym¹³⁰ nie wykazała nieprawidłowości.

Szpital Bielański w Warszawie; w latach 2009–2011 (do 30 września) zasoby kadrowe SOR stanowili: kierownik (ordynator) oddziału, pielęgniarka oddziałowa oraz odpowiednio: 52, 57 i 60 lekarzy 48, 47 i 48 pielęgniarek oraz 11, 8 i 7 ratowników medycznych; w czasie zmiany dziennej w oddziale pracowało 4 lekarzy (w tym 1 lekarz systemu), 8 pielęgniarek i 1 ratownik medyczny, zaś w czasie zmiany nocnej – 4 lekarzy (w tym 1 lekarz systemu), 6 pielęgniarek i 1 ratownik medyczny.

3.2.3.1.5. Wykorzystanie lądowisk przyszpitalnych

Żaden szpital (spośród 9 objętych kontrolą) nie dysponował lądowiskiem dla śmigłowców ratunkowych, zlokalizowanym w takiej odległości, aby możliwe było przyjęcie osób znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, bez pośrednictwa specjalistycznych środków transportu sanitarnego¹³¹.

Szpital Bielański w Warszawie – mimo iż zapewnił teren przeznaczony do lądowania¹³² i zabezpieczył specjalistyczny środek transportu sanitarnego¹³³, w okresie objętym kontrolą, śmigłowce ratunkowe transportujące pacjentów¹³⁴, lądowały na lotnisku w bazie stałej HEMS przy ul. Księżycowej 5, skąd do SOR przewoziły ich zespoły ratownictwa medycznego. Zastępca dyrektora ds. lecznictwa wyjaśnił, że szpital nie brał udziału

¹²⁹ Art. 57 ustawy o PRM – lekarzem systemu może być lekarz posiadający specjalizację lub tytuł specjalisty albo który ukończył co najmniej drugi rok specjalizacji w dziedzinie: anestezjologii i intensywnej terapii, chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, pediatrii.

¹³⁰ Analizę przeprowadzono w miesiącach: styczeń, kwiecień, lipiec, październik w 2009 r. i 2010 r. oraz styczeń, kwiecień, lipiec i sierpień w 2011 r.

¹³¹ § 3 ust. 7 rozporządzenia w sprawie SOR.

¹³² Na podstawie umowy z 01.02.2008 r. zawartej z Akademią Wychowania Fizycznego w Warszawie, dotyczącej nieodpłatnego udostępniania dla potrzeb szpitala związanych z ratowaniem życia lub zdrowia ludzkiego, terenu boiska do piłki nożnej, jako lądowiska dla śmigłowców ratunkowych.

¹³³ Na podstawie umów o świadczenie usług z zakresu transportu sanitarnego zawartych 27.06.2008 r. i 30.06.2011 r. z Wojewódzką Stacją Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego „MEDITRANS” SPZOZ w Warszawie.

¹³⁴ Ogółem 75 osób, w tym 49 w 2009 r., 51 w 2010 r. i 75 do 30.09.2011 r.

w podejmowaniu decyzji dotyczących miejsca lądowania śmigłowca oraz wzywania zespołów ratownictwa medycznego do transportu pacjentów z lotniska Lotniczego Pogotowia Ratunkowego do SOR.

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie; w związku z rozbudową budynku głównego szpitala, zawieszono zostało (od 21 stycznia 2011 r.) użytkowanie lądowiska dla śmigłowców ratunkowych, znajdującego się na terenie szpitala; uruchomiono równocześnie zastępcze lądowisko zapewniające transport pacjentów do SOR w czasie 10 min. od wylądowania śmigłowca.

Wg dyrektora szpitala bezpośrednie przyjęcie pacjenta do SOR bez konieczności korzystania z dodatkowego środka transportu ma być możliwe po uruchomieniu zmodernizowanego lądowiska przyszpitalnego (było planowane na koniec listopada 2011 r.).

Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. J. Strusia w Poznaniu; w dniu 28 czerwca 2011 r. na terenie szpitala zakończona została budowa lądowiska dla śmigłowców (realizowanego w ramach projektu współfinansowanego ze środków Europejskiego funduszu Rozwoju Regionalnego). Do czasu zakończenia kontroli NIK (23 listopad 2011 r.) lądowisko nie było użytkowane, ponieważ nie zostało wpisane do ewidencji Urzędu Lotnictwa Cywilnego.

W ocenie NIK – pomimo wskazanych nieprawidłowości – lokalizacja, organizacja, warunki techniczne, wyposażenie oraz zasoby kadrowe SOR pozwalały na wykonywanie przez te oddziały zadań polegających na wstępnej diagnostyce oraz podjęciu leczenia w zakresie niezbędnym dla stabilizacji funkcji życiowych osób znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

3.2.3.2. W stacjach pogotowia ratunkowego

3.2.3.2.1. Realizacja zadań przez zespoły ratownictwa medycznego

Liczba i struktura rodzajowa zespołów ratownictwa medycznego, funkcjonujących w danej stacji pogotowia ratunkowego, określana była w umowach „o udzielanie świadczeń ratownictwa medycznego” zawieranych z właściwym (na danym terenie) oddziałem wojewódzkim NFZ.

Wszystkie ambulanse użytkowane przez ZRM poddane oględzinom w toku kontroli, były sprawne technicznie i spełniały wymagania określone w ustawie o PRM¹³⁵, a ich wyposażenie w wyroby i sprzęt medyczny było zgodne z wymaganiami Polskiej Normy¹³⁶ i odpowiadało także warunkom określonym w zarządzeniu Prezesa NFZ¹³⁷.

W okresie objętym kontrolą u niektórych dysponentów zmieniała się liczba i struktura ZRM jak również liczba miejsc wyczekiwania (na wezwanie).

Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego „Meditrans” SP ZOZ w Warszawie¹³⁸, w latach 2009-2011 (do 30 września) liczba ZRM wzrosła z 45 do 55 (w tym zespołów podstawowych z 15 do 31) ale zmalała liczba zespołów specjalistycznych – z 30 do 24, a liczba miejsc wyczekiwania – z 17 do 23.

W badanym okresie, sukcesywnie rosła liczba realizowanych wyjazdów ogółem, ale jednocześnie – jak wynika z ustaleń kontroli – w niektórych jednostkach nawet 30% tych wyjazdów nie dotyczyło stanów nagłego zagrożenia zdrowotnego¹³⁹.

¹³⁵ Art. 36 ust. 2 ustawy o PRM.

¹³⁶ Polska Norma PN-EN 1789: 2008 określa wymagania dla kategorii ambulansów drogowych wyznaczonych na podstawie wzrastającego poziomu leczenia, tj. ambulanse typu B (wyposażony w sprzęt podstawowy) oraz ambulanse typu C (wyposażony w sprzęt specjalistyczny).

¹³⁷ Zarządzenie Nr 12/2011/DSM Prezesa NFZ z dnia 14 marca 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów dotyczących ratownictwa medycznego określające szczegółowe wymagania dotyczące wyposażenia medycznego środka transportu.

¹³⁸ Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego „Meditrans” SP ZOZ w Warszawie – zwana dalej również „Meditrans” w Warszawie.

¹³⁹ Zgodnie z art. 1 w zw. z art. 3 pkt 8 ustawy o PRM, pierwsza pomoc powinna być zapewniona każdej osobie znajdującej się **w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego**; jest to stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiast medycznych czynności ratunkowych i leczenia.

Dyrektorzy stacji pogotowia ratunkowego wyjaśniali, że przyczyną dużej liczby tego rodzaju wezwań był brak możliwości uzyskania szybkiej porady w przychodni (duża kolejka oczekujących, długi czas oczekiwania w przypadku nocnej pomocy lekarskiej – NLP, lekarza z poz), wskazywali również, iż pacjenci pouczeni przez rejestratorki i/lub lekarzy w przychodni/NLP dzwonią do pogotowia i niekiedy wyolbrzymiają swoje dolegliwości, istotne jest również przekonanie pacjentów, że w SOR lub izbach przyjęć szpitali „załatwieni” zostaną w pierwszej kolejności, jeśli przywiezie ich pogotowie ratunkowe. Wyjaśniali, że ze względu na niewydolny system poz oraz nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej, pacjenci bądź rodziny wymuszają przyjazd ZRM. Wielokrotnie żądają też przyjazdu ze względu na brak poprawy stanu zdrowia po wizycie u lekarza poz. Dyrektorzy wskazywali również, iż w ramach wewnętrznego nadzoru kart wyjazdowych zespołów ratownictwa medycznego wielokrotnie stwierdzali inny zgłoszony powód wezwania zespołów RM w stosunku do rozpoznania ostatecznego.

Dyrektor WSPR w Łodzi stwierdził, że taka sytuacja jest następstwem prób omięcia przez pacjentów kolejki do szpitala (pacjent oczekujący wzywa ZRM, który ma obowiązek zabezpieczenia i wykonania przewozu do SOR lub izby przyjęć), bezradności nocnej i świątecznej opieki lekarskiej, której dyspozytorzy instruuja pacjentów jak „uruchościć” system RM, który wyręczy ich w przypadkach zachorowań.

Kolejnym problemem sygnalizowanym przez dyrektorów są wyjazdy do osób po spożyciu alkoholu, bez żadnych obrażeń, którymi faktycznie winna zająć się straż miejska; funkcjonariusze ci, asekurując się przed wzięciem na siebie odpowiedzialności za te osoby – nie sprawdzając nawet czy jest ona nieprzytomna, czy tylko śpi – przesuwają ciężar tej odpowiedzialności na pogotowie ratunkowe, oczekując skierowania do izby wytrzeźwień. Takich wyjazdów jest szacunkowo około 10%.

Dyrektorzy zwracali również uwagę na znaczną liczbę wyjazdów „do stwierdzenia zgonu” (kilka w ciągu doby; wezwanie oznaczone jest kodem 1 i wyjeżdża zespół specjalistyczny), do pacjentów hospicjum, pensjonariuszy domów pomocy społecznej (państwowych i prywatnych), bezdomnych w noclegowniach w sytuacji pogorszenia się ich stanu zdrowia (głównie pod nieobecność lekarzy – gdy ośrodek nie zatrudniał ich wcale lub tylko w ograniczonym czasie). Takich wyjazdów również jest szacunkowo nawet około 10%.

Podkreślić jednak należy, iż zgodnie z umowami zawartymi z NFZ, zespoły ratownictwa medycznego nie mogły realizować zleceń od innych podmiotów oraz udzielać świadczeń, wynikających z realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w innych rodzajach świadczeń. Ponadto, każdy zakład opieki zdrowotnej – zgodnie z umową zawartą z OW NFZ na realizację świadczeń zdrowotnych – winien mieć zawartą umowę z innym podmiotem na transport sanitarny.

„Meditrans” w Warszawie; w badanym okresie liczba zrealizowanych wyjazdów ZRM wzrosła ze 159,7 tys. w 2009 r. do 169,2 tys. w 2010 r., a w I półroczu 2011 r. wyniosła już 85,7 tys.¹⁴⁰

Spośród wszystkich interwencji, zrealizowanych w tym okresie, (414.6 tys.) 35,2 tys. zgłoszeń (8,5%) miało nadany kod 5 i 3¹⁴¹, a więc powodem wezwania nie był stan nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Analiza 1.800 kart zleceń wyjazdów ZRM wykazała¹⁴², że w 342 przypadkach (19,0%) zespoły wyjeżdżały do innych świadczeń niż ratujących życie lub zdrowie pacjenta, w tym m.in. bólów brzucha, nadużycia alkoholu, nadciśnienia tętniczego, reakcji sytuacyjnych (nerwic), a w 22 przypadkach (1,2%) wykorzystywane były do transportu sanitarnego zleconego przez przychodnie podstawowej opieki zdrowotnej.

¹⁴⁰ Liczba zarejestrowanych w stacji połączeń przychodzących (wezwań) była jeszcze większa gdyż wynosiła dziennie od 940 do 1.300.

¹⁴¹ Do 30 marca 2011 r. obowiązująca w stacji „instrukcja kodyfikacji zdarzeń” określała 5 kodów (kod 5 nadawany był zgłoszeniom o charakterze nie zagrażającym życiu, które powinny być realizowane przez poz). Od 31 marca 2011 r. w ww. instrukcji określono 3 kody (1 – tryb alarmowy, 2 – tryb pilny, 3 – tryb inny).

¹⁴² Analiza przeprowadzona została przy udziale lekarza koordynatora w stacji pogotowia ratunkowego.

Rejonowa Stacja Pogotowia Ratunkowego w Poznaniu; analiza 5.790 wpisów w „Dzienniku Pracy” dotyczących zleceń wyjazdów zespołów RM¹⁴³ wykazała, że tylko w 946 przypadkach (16,6%) zespoły te wyjeżdżały do wypadków, a w 4.107 przypadkach (70,9%) do „zachorowań”. Ponadto w 339 przypadkach (5,9%) zespoły wykorzystane zostały do transportu pacjentów, a w 380 przypadkach (6,6%) wyjazdy były związane „z udzieleniem świadczeń z zakresu pediatrii, psychiatrii i położnictwa” lub dotyczyły wezwań fałszywych.

Opolskie Centrum Ratownictwa Medycznego w Opolu; w badanym okresie liczba wyjazdów realizowanych łącznie przez 9 zespołów RM (4 x S i 5 x P) sukcesywnie rosła z 16,2 tys. w 2009 r. do 17,3 tys. w 2010 r. i 10,1 tys. – w I półroczu 2011 r. Liczba wyjazdów do wypadków wynosiła – odpowiednio – 3,4 tys. 3,5 tys. i 1,8 tys., wyjazdów do zachorowań – 11,9 tys., 12,5 tys. i 6,3 tys., a liczba przewozów – 1,0 tys., 1,3 tys. i 0,5 tys.

Analiza wykorzystania zespołów RM do przewozu pacjentów¹⁴⁴ wykazała, że w 39 przypadkach (18,8%) spośród 207 analizowanych, przewozy te w ocenie lekarza ratownictwa (z-cy dyrektora centrum) nie były związane z nagłym zagrożeniem zdrowotnym (a zatem budziły wątpliwości co do ich zasadności) wynikały natomiast z dostępności zespołów. Średnio w ciągu doby każdy zespół RM wyjeżdżał – odpowiednio w badanym okresie – do 4,9 zdarzeń, do 5,3 zdarzeń i do 6,1 zdarzeń.

Miejska Stacja Pogotowia Ratunkowego w Gdyni; analiza wpisów w dzienniku wezwań ZRM wykazała, że w 230 przypadkach w dokumentacji Stacji określono wyjazdy zespołów RM jako przewozy asekuracyjne; wprawdzie dyrektor Stacji wyjaśnił, że 191 z nich dotyczyło interwencji udzielonych pacjentom przychodni w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego, to jednak pozostałe 39 nie dotyczyło takich sytuacji.

Dyrektor Stacji nie informował dotychczas oddziału NFZ o realizacji przewozów asekuracyjnych; skierował jednak pisma do zakładów opieki zdrowotnej, które zamawiały takie przewozy o zaniechanie tych praktyk, gdyż w przeciwnym razie będzie informował o powyższym oddział NFZ wskazując jednocześnie, który zoz narusza postanowienia umowy zawartej z oddziałem NFZ w części dotyczącej transportu sanitarnego.

Wyniki kontroli wskazały, że liczba wyjazdów ZRM w poszczególnych przedziałach czasowych (przedpołudniem, po południu i w nocy) była zbliżona względem siebie, co może potwierdzać, iż ZRM są wzywane do realizacji świadczeń zdrowotnych, których winna udzielić ambulatoryjna opieka zdrowotna.

WSRM w Łodzi; analiza wyjazdów zespołów RM w wybranych miesiącach okresu objętego kontrolą¹⁴⁵ wykazała, że podstawowy zespół RM (P-30) wykonał średnio 33,9% wyjazdów w godzinach 6⁰⁰-14⁰⁰, 37,8% wyjazdów w godzinach 14⁰⁰-22⁰⁰ i 28,3% – w godzinach 22⁰⁰-6⁰⁰. Natomiast specjalistyczny zespół RM (S-1) wykonał – odpowiednio w analogicznym czasie – 37,6%, 44,8% i 17,6% wyjazdów.

W okresie objętym kontrolą maksymalny czas dotarcia ZRM na miejsce zdarzenia był przekraczany w poszczególnych stacjach pogotowia ratunkowego średnio w ok. 10% realizowanych wyjazdów; niekiedy nawet o godzinę¹⁴⁶.

Dyrektorzy stacji pogotowia ratunkowego wyjaśniali ten fakt remontami ulic, brakiem przejezdności w godzinach szczytu przez większość z nich, zamykaniem osiedli strzeżonych (szlabanami i ogrodzeniem), niekorzystnymi warunkami atmosferycznymi w miesiącach zimowych.

Podkreślali również, że ustawowy czas dojazdu ZRM dotyczy tylko pacjentów w stanie bezpośredniego zagrożenia zdrowotnego (a nie przypadków „innych” i „niepilnych”).

Zauważyć jednak należy, że ustawa o PRM nie przewiduje innych wyjazdów/interwencji zespołów ratownictwa medycznego niż do pacjentów w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Tym samym wszystkie pozostałe wyjazdy ZRM w świetle ustawy o PRM są niezasadne.

¹⁴³ Analizowano wszystkie wpisy dotyczące 2 specjalistycznych i 2 podstawowych zespołów RM z miesięcy kwiecień, sierpień i grudzień 2010 r. oraz luty i kwiecień 2011 r. co stanowiło 9% wszystkich wpisów.

¹⁴⁴ Analizowano przewozy zrealizowane w maju 2009 r., sierpniu 2010 r. i kwietniu 2011 r.

¹⁴⁵ Miesiące objęte kontrolą: wrzesień 2009 r., sierpień 2010 r. i czerwiec 2011 r.

¹⁴⁶ Art. 24 ust. 1 pkt 3 ustawy o PRM stanowi, że maksymalny czas dotarcia na miejsce zdarzenia dla ZRM od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego nie może być dłuższy niż 15 minut w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców i 20 minut poza miastem powyżej 10 tysięcy mieszkańców.

„Meditrans” w Warszawie; w latach 2009–2010 przekroczenie maksymalnego czasu dojazdu na miejsce zdarzenia przez specjalistyczne ZRM, w miastach powyżej 10 tysięcy mieszkańców, dotyczyło 15,4 tysięcy interwencji (9,9% interwencji ogółem), a poza miastami powyżej 10 tysięcy mieszkańców – 1,2 tys. interwencji (0,7%). Natomiast liczba interwencji podstawowych ZRM, w których przekroczone maksymalny czas dojazdu do miejsca zdarzenia wynosiła – odpowiednio – 20,8 tys. (11,9% interwencji ogółem) i 0,6 tys. (0,4%).

W 2011 r. liczba interwencji specjalistycznych i podstawowych zespołów RM przekraczających maksymalny czas dotarcia na miejsce zdarzenia znacznie się zmniejszyła (w I półroczu 2011 r. dla specjalistycznych ZRM wynosiła 1,0 tys., tj. 2,7%, a dla podstawowych ZRM – 2,2 (4,6%), ale wynikało to głównie ze zmiany sposobu wyliczania czasu dotarcia ZRM na miejsce zdarzenia; w latach 2009–2010 czas ten liczono od momentu przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora, a w 2011 r. od momentu wyjazdu ZRM.

Analiza 600 kart zleceń wyjazdów ZRM wykazała, że w 46 przypadkach (7,6%) czas dotarcia na miejsce zdarzenia w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców wynosił od 16 do 67 minut (zamiast 15 minut określonych w ustawie o PRM). Natomiast w 61 przypadkach (10% badanych) przekroczone został od 1 do 37 minut czas reakcji na zgłoszenie (czas od przyjęcia wezwania do momentu wyjazdu ZRM określony w „Instrukcji kodyfikacji zdarzeń”, który wynosił od 1 do 2 minut w zależności od kodu zdarzenia).

Stwierdzono również w 53 przypadkach (8,8% badanych), że dyspozytor przekazał informację zespołowi RM o przyjęciu zgłoszenia w okresie od 3 do 53 minut, przekraczając tym samym czas reakcji na zgłoszenie.

W ocenie NIK fakt ten mógł mieć wpływ na wydłużenie lub przekroczenie maksymalnego czasu dotarcia ZRM na miejsce zdarzenia.

Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Olsztynie¹⁴⁷; analiza „Dziennika Pracy Stacji” i kart zleceń wyjazdów 2 zespołów RM (specjalistycznego S3 i podstawowego P2), które w badanych miesiącach¹⁴⁸ wykonały najwięcej interwencji, wykazała, że czas od wezwania do przybycia na miejsce zdarzenia wynosił: dla karetki S3 od 2 do 58 minut i przekroczone czas dojazdu wystąpił w 89 przypadkach (13,8%) ogółem zrealizowanych w tym czasie (646), a dla karetki P1 – od 1 do 62 minut i przekroczone czas dojazdu wystąpił w 78 przypadkach (12,4%) ogółem zrealizowanych (629) przez ten zespół. Karetka S3 wyjeżdżała średnio 7,1 razy na dobę, a karetka P2 – 6,9 razy.

Analiza wyjazdów wszystkich zespołów RM w badanych miesiącach (4.047) wykazała, że liczba interwencji, w których przekroczone został czas dotarcia na miejsce zdarzenia od chwili przyjęcia zgłoszenia wynosiła 612 (15,1%)¹⁴⁹

Miejska Stacja Pogotowia Ratunkowego w Gdyni; w okresie 2009–2011 (I półrocze) zespoły ratownictwa medycznego 1.440 razy (3,2% wyjazdów ogółem) dotarły na miejsce zdarzenia po upływie maksymalnego czasu określonego w ustawie o PRM; przekroczenie czasu wynosiło od 28 do 50 minut.

WSRM w Łodzi; w II półroczu 2009 r. maksymalny czas dotarcia zespołów RM do miejsca zdarzenia przekroczone był w 29,7% wszystkich wyjazdów, w II półroczu 2010 r. – w 13,2%, a w I półroczu 2011 r. – w 8,6%.

Dyrektor WSRM w Łodzi wyjaśnił przekroczenie czasu dojazdów ZRM do miejsca zdarzenia niewystarczającą liczbą zespołów wyjazdowych ratownictwa medycznego, ich „złym” rozmieszczeniem w terenie, trudnościami komunikacyjnymi. Stwierdził, że nie ma wpływu na dyslokacje i liczbę ZRM w poszczególnych rejonach operacyjnych gdyż decyzje w tej sprawie podejmuje Wojewoda Łódzki. Dyrektor nadmieniał, że wielokrotnie występował do Wydziału Zarządzania Kryzysowego ŁUM, ale jego propozycje nie przyniosły oczekiwanych efektów.

Opolskie Centrum Ratownictwa Medycznego w Opolu; analiza 1.104 kart zleceń¹⁵⁰ wyjazdów ZRM wykazała, że w 74 przypadkach (6,7%) czas dojazdu zespołu do miejsca zdarzenia przekroczył limit określony w ustawie o PRM (15 min. i 20 min.). Zauważyć należy, że w 31 przypadkach (tj. 42%) spośród 74, czas od zgłoszenia zdarzenia do przekazania zespołowi RM polecenia wyjazdu wynosił od 10 min. do 44 min.

Z wyjaśnień wynika, że zachorowania, które były przyczyną wezwania nie stanowiły bezpośredniego zagrożenia zdrowotnego, a w 2 przypadkach mimo iż taki stan zaistniał – nie potrafiono wyjaśnić przyczyn opóźnienia.

¹⁴⁷ Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Olsztynie – zwana dalej także „WSPR w Olsztynie i „Stacja PR”.

¹⁴⁸ Badane miesiące: wrzesień 2009 r., sierpień 2010 r. i czerwiec 2011 r.

¹⁴⁹ We wrześniu 2009 r. – 1.209 interwencji, w tym 145 (12%) z przekroczonym czasem dotarcia na miejsce zdarzenia, w sierpniu 2010 r. – odpowiednio – 1.403 interwencji i 216 (15,4%) i w czerwcu 2011 r. – 1.435 interwencji i 251 (17,5%).

¹⁵⁰ Analiza kart zleceń wyjazdów zespołów S i P w miesiącach wrzesień 2009 r., sierpień 2010 r. i czerwiec 2011 r.

Analiza kart zleceń wyjazdów zespołów RM wykazała, że na czas dojazdu do miejsca zdarzenia istotne znaczenie ma czas przekazania (przez dyspozytora) wezwania do wyjazdu od momentu jego przyjęcia.

Opolskie Centrum Ratownictwa Medycznego w Opolu; w 31 przypadkach – spośród 327, w których stwierdzono przekroczenie czasu dojazdu do miejsca zdarzenia – zgłoszenie przekazane zostało w czasie od 10 do 44 minut¹⁵¹.

Analiza kart zleceń wyjazdów ZRM wykazała przypadki nierzetelnego ich wypełniania, co uniemożliwiało ustalenie składu liczebnego i osobowego zespołów, czasu ich dojazdu do miejsca zdarzenia. – w kartach zleceń był wpisany inny czas wyjazdu (od momentu wezwania) niż w dzienniku stacji PR, stwierdzono również przypadki, że czas przyjęcia zgłoszenia wpisany do karty był późniejszy niż czas wyjazdu ZRM.

Ponadto niektóre wpisy w kartach były nieczytelne, poprawiane (szczególnie czas dojazdu ZRM do pacjenta), bez zachowania czytelności zapisu i parafowania dokonanych zmian.

Miejska Stacja Pogotowia Ratunkowego w Gdyni; analiza 2.250 kart zleceń wykazała, że w 16 – nie wpisano składu osobowego zespołu, a w 7 – był on niepełny, w 4 – czas dojazdu nie odpowiadał chronologicznie czasowi wezwania, wyjazdu i powrotu zespołów, wykazany w dzienniku pracy stacji.

Według wyjaśnień dyrektora stacji, nieprawidłowości te były „efektem braku zaangażowania członków zespołów w dokładne wypełnianie kart oraz niewyznaczenie żadnemu z pracowników stacji zadania bieżącej kontroli ich wypełniania” (dopiero w trakcie kontroli NIK, zadanie to powierzono pracownikowi działu statystyki medycznej). W ocenie NIK wpływ na powstanie ww. nieprawidłowości miało również nieokreślenie w stacji procedur postępowania i dokumentowania prac zespołów RM i dyspozytorów medycznych.

Opolskie Centrum Ratownictwa Medycznego w Opolu; np. w karcie zleceń (Nr 13822 zespół P-1) wpisano, że zgłoszenie wezwania było o godz. 22¹⁰, a zespół wyjechał o godz. 21⁴⁸ i do miejsca zdarzenia dojechał o godz. 21⁵³. W innej karcie zleceń (Nr 14027 zespół P-1) wpisano godzinę zgłoszenia 15¹², a wyjazd zespołu – 14⁵⁶ i przyjazd na miejsce zdarzenia – 14⁵⁸.

Podobne nieprawidłowości stwierdzono w kartach zleceń w **Stacji Pogotowia Ratunkowego we Wrocławiu**.

3.2.3.2.2. Finansowanie zadań zespołów ratownictwa medycznego

Według dyrektorów siedmiu stacji PR – spośród ośmiu objętych kontrolą – stawki ryczałtowe dobokaretek były za małe, ponieważ koszty funkcjonowania ZRM były większe od przychodów uzyskanych z oddziałów wojewódzkich NFZ.

Nadmienić jednak należy, że dysponenci ZRM ubiegając się o zawarcie umowy z OW NFZ na finansowanie zadań ZRM, przedstawiali w ofercie wysokość stawki ryczałtowej dla ZRM, która gwarantowałaby im wygraną konkursu. Po podpisaniu umowy stwierdzali, że zakontraktowana stawka nie pokrywa jednak faktycznych kosztów funkcjonowania ZRM.

Pogotowie Ratunkowe we Wrocławiu; stawki ryczałtowe dla podstawowego ZRM wynosiły od 2.695 zł (w I kwartale 2009 r.) i 3.006 zł (w II-IV kwartale 2009 r.) do 2.916 zł (w 2010 r. i 2011 r.), a dla specjalistycznego ZRM – od 3.485 zł (w I kwartale 2009 r.) i 3.887 zł (w II-IV kwartale 2009 r.) do 3.770 zł (w 2010 r. i 2011 r.). Koszty całodobowego funkcjonowania zespołów RM były wyższe od przychodów uzyskiwanych z kontraktów z NFZ o 6.857 tys. zł w 2009 r., o 8.080 tys. zł – w 2010 r. i 2.289 tys. zł w I półroczu 2011 r. Według wyjaśnień dyrektora pogotowia, wpływ na kształtowanie się kosztów całodobowego funkcjonowania zespołów RM miała m.in. konieczność utrzymywania 4 i 3 osobowych składów zespołów w związku z brakiem uprawnień do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych przez personel medyczny.

Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego SP ZOZ w Zielonej Górze; stawka ryczałtowa dla specjalistycznego ZRM wynosiła od 3.877 (w 2009 r.) do 3.825 zł (od lipca 2011 r.), a podstawowego – od 2.908 zł (w 2009 r.) do 2.869 zł (od lipca 2011 r.).

¹⁵¹ Analizowano wyjazdy zespołu P-1 we wrześniu 2009 r., w sierpniu 2010 r. i październiku 2011 r.

Miejska Stacja Pogotowia Ratunkowego w Gdyni; koszty funkcjonowania ZRM były większe od przychodów uzyskanych z Oddziału NFZ w ramach zawartej umowy o 261,7 tys. zł w 2009 r., o 1.642,4 tys. zł w 2010 r. i o 362,6 tys. zł w 2011 r. (I półrocze).

WSRM w Łodzi; w 2009 r. dochód stacji z tytułu funkcjonowania ZRM wyniósł 1.038 tys. zł, w 2010 r. strata stacji z tego samego tytułu wyniosła 2.552 tys. zł, a za I półrocze 2011 r. strata wyniosła już 656 tys. zł¹⁵².

Tylko w jednej stacji PR (spośród 8 objętych kontrolą) koszty funkcjonowania ZRM były mniejsze od przychodów uzyskiwanych z OW NFZ na ten cel.

„Meditrans” w Warszawie; w okresie objętym kontrolą, przychody uzyskane z tytułu udzielania świadczeń ratownictwa medycznego wyniosły 153.301,8 tys. zł¹⁵³, a koszty – ogółem 141.943,3 tys. zł¹⁵⁴. Wynik finansowy z tego tytułu stanowił kwotę 11.358,5 tys. zł¹⁵⁵. Środki te zostały przeznaczone na zakupy inwestycyjne (np. ambulansów) oraz inne cele (np. spłatę pożyczek, zaległych należności ZUS z tytułu składek na ubezpieczenia społeczne). Stawka za „dobokaretkę” specjalistycznego ZRM wynosiła od 4.040 zł (w 2009 r.) do 4.474 zł (w lipcu 2011 r.), a podstawowego ZRM – od 3.030 zł. (w 2009 r.) do 3.360 zł (w lipcu 2011 r.).

3.2.3.2.3. Zatrudnienie w ramach systemu ratownictwa medycznego

Pracownicy wszystkich stacji pogotowia ratunkowego objętych kontrolą – poza pojedynczymi przypadkami – posiadali wymagane kwalifikacje określone w ustawie o PRM, bądź byli w trakcie ich uzupełniania¹⁵⁶.

Dyrektorzy stacji wyjaśniali, że przyczyną zatrudniania osób nie spełniających wszystkich wymogów określonych w ustawie o PRM (np. na stanowisko pielęgniarek systemu, dyspozytorów, ratowników medycznych) był brak zainteresowania innych osób pracą na tych stanowiskach. W okresie objętym kontrolą, stan zatrudnienia pracowników stacji PR we wszystkich grupach zawodowych systemu (lekarze, pielęgniarki, ratownicy medyczni, dyspozytorzy medyczni) nie zabezpieczał w pełni potrzeb stacji.

Skutkiem powyższego były przypadki wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego w niepełnym składzie osobowym, co dotyczyło głównie zespołów specjalistycznych, którym zdarzało się wyjeżdżać na wezwanie bez lekarzy (szczególnie w święta i dni ustawowo wolne od pracy), co było niezgodne z wymogami ustawy o PRM¹⁵⁷.

Należy podkreślić, że dyrektorzy stacji/dysponenci ZRM z reguły nie informowali OW NFZ o „brakach” w obsadzie ZRM – mimo takiego obowiązku. Przyczyną tego była, jak można było domniemywać, chęć uniknięcia finansowych skutków tych nieprawidłowości, tj. obniżenia przez OW NFZ stawki ryczałtowej lub naliczenie kary umownej z tytułu nierzetelnego wykonania umowy. Takie właśnie działania podejmowały OW NFZ w przypadkach, gdy w toku kontroli realizacji umów zawartych na finansowanie ZRM, stwierdzali wykonywanie zadań w niepełnym składzie.

¹⁵² W 2009 r. wartość kontraktu na funkcjonowanie 44 zespołów ratownictwa medycznego wynosiła 47.623 tys. zł, a koszty ich funkcjonowania – 46.585 tys. zł; w 2010 r. kwoty te wynosiły – odpowiednio – 49.701 tys. zł i 52.252 tys. zł, a w 2011 r. – 50.382 tys. zł i 25.847 tys. zł (koszty funkcjonowania ZRM w I połowie 2011 r.).

¹⁵³ W 2009 r. – 61.136,3 tys. zł, w 2010 r. – 61.227,8 tys. zł, a w I półroczu 2011 r. – 30.937,7 tys. zł.

¹⁵⁴ W 2009 r. – 56.206,3 tys. zł, w 2010 r. – 56.572,4 tys. zł, a w I półroczu 2011 r. – 29.164,7 tys. zł.

¹⁵⁵ W 2009 r. – 4.930,0 tys. zł, w 2010 r. – 4.655,5 tys. zł, a w I półroczu 2011 r. – 1.773,0 tys. zł.

¹⁵⁶ Zgodnie z art. 57 ustawy o PRM „do dnia 31 grudnia 2020 r. lekarzem systemu może być lekarz posiadający specjalizację lub tytuł specjalisty, albo który ukończył co najmniej drugi rok specjalizacji w dziedzinie: anesteziologii i intensywnej terapii. Chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej. Ortopedii i traumatologii narządu ruchu, ortopedii i traumatologii lub pediatrii”. Natomiast zgodnie z art. 63 ustawy o PRM „dysponenci zespołów ratownictwa medycznego dostosują kwalifikacje członków tych zespołów do wymagań (o których mowa w art. 36 ust. 1) do dnia 31 grudnia 2012 r.

¹⁵⁷ Art. 36 ust. 1 pkt 1 ustawy o PRM stanowi, że w skład specjalistycznego ZRM wchodzi co najmniej trzy osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym lekarz systemu oraz pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny.

Rejonowa Stacja Pogotowia Ratunkowego w Poznaniu; analiza 1.370 kart zlecenia wyjazdu¹⁵⁸ dwóch zespołów specjalistycznych wykazała, że w 123 przypadkach (9%) zespół wyjeżdżał bez lekarza, w 30 przypadkach (2,2%) skład zespołu był mniejszy niż 3 osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, a w 16 przypadkach (1,2%) nie można było ustalić składu zespołu. Przeprowadzona natomiast analiza 1.311 kart zlecenia wyjazdu¹⁵⁹ dwóch podstawowych ZRM wykazała, że aż w 24 przypadkach (1,8%) nie można było ustalić składu zespołu.

Nadmienić należy, że liczba zatrudnionych lekarzy systemu zmniejszyła się w okresie objętym kontrolą z 53 osób (w 2009 r.) do 45 osób (VI 2011 r.). Przyczyną powyższego – jak wyjaśnił dyrektor stacji – jest wysokość wynagrodzenia oferowana lekarzom, która odbiega od ich oczekiwań.

Pogotowie Ratunkowe we Wrocławiu; zespół S-08 wyjeżdżał np. w maju 2009 r. 21 razy bez lekarza (7,8% wyjazdów ogółem tego zespołu w tym miesiącu) i we wrześniu 2009 r. – 6 razy (2,4%), a zespół S-11 wyjeżdżał np. 24 grudnia 2010 r. – 12 razy, w tym 5 – bez udziału lekarza (41,7%).

Według wyjaśnień dyrektora pogotowia, braki lekarzy w obsadzie zespołów specjalistycznych występują głównie w święta oraz dni wolne i wynikają z trudności w zabezpieczeniu pełnej obsady lekarskiej w tym okresie.

Podkreślić należy, że pogotowie nie informowało oddziału NFZ o niepełnej obsadzie zespołów RM (mimo takiego obowiązku).

W okresie objętym kontrolą zmniejszyła się liczba zatrudnionych lekarzy z 206 (w 2009 r.) do 154 (w 2011 r.), przy czym wzrosła liczba lekarzy systemu ratownictwa medycznego z 71 do 92; 50 z nich posiadało specjalizację inną niż określona w ustawie o PRM, a 11 – w ogóle nie posiadało żadnej specjalizacji. Zwiększyła się natomiast liczba zatrudnionych ratowników medycznych z 331 do 367 (w tym posiadających uprawnienia kierowcy – ze 102 do 200); liczba pielęgniarek zatrudnionych w badanym okresie była stała i wynosiła 53 ale wzrosła liczba pielęgniarek systemu z 33 do 41.

Dyrektorzy stacji, ubiegając się o zawarcie umowy z OW NFZ na realizację zadań przez ZRM, wykazywali w ofercie, że stan zatrudnienia personelu medycznego w pełni zabezpieczy potrzeby, tj. obsadę tych zespołów; w innym przypadku OW NFZ nie zawarłby z nimi takiej umowy.

Według wyjaśnień dyrektorów stacji PR, zmiany w liczbie zatrudnionych lekarzy nie miały wpływu na obsadzenie specjalistycznych zespołów RM. W sytuacji braku lub rezygnacji z pracy któregoś z lekarzy, jego godziny dyżurów były przejmowane przez innych, na co pozwalały odpowiednie zapisy w umowach cywilnoprawnych.

Zauważyć jednak należy, że niektórzy z nich wypracowywali w ten sposób nawet do 662 godzin miesięcznie¹⁶⁰.

„Meditrans” w Warszawie – w roku 2009 – 7 lekarzy świadczących usługi ratownictwa medycznego na podstawie umowy cywilnoprawnej wykonywało je przez ponad 400 godzin miesięcznie (tj. od 401,25 godzin do 662 godzin). W roku 2010 – 8 lekarzy zatrudnionych na kontrakcie udzielało świadczeń ratowniczych w wymiarze od 402,83 godziny do 618,42 godziny miesięcznie, a w 2011 r. (w miesiącach styczeń-wrzesień) – 7 lekarzy realizowało te zadania w wymiarze od 403,92 godziny do 578,08 godziny.

W kontrolowanym okresie ta sama sytuacja wystąpiła również w odniesieniu do ratowników medycznych – wypracowali 1.890,7 godzin, kierowców (łącznie z kierowcami ratownikami medycznymi) – 32.663,7 godzin i dyspozytorów medycznych – 9.758,8 godzin.

W ocenie NIK – tak duża liczba godzin wypracowanych (nieprzerwanie nawet przez 12 miesięcy) przez lekarzy oraz ratowników medycznych, dyspozytorów i kierowców (zatrudnianych na umowach cywilnoprawnych) zagraża ich zdrowiu i bezpieczeństwu oraz może mieć negatywny wpływ na jakość świadczeń udzielanych pacjentom.

¹⁵⁸ Karty zlecenia wyjazdu dwóch specjalistycznych ZRM z miesięcy: styczeń, maj, wrzesień 2009 r., kwiecień, sierpień, grudzień 2010 r. i luty 2011 r.

¹⁵⁹ Karty zlecenia wyjazdu dwóch podstawowych ZRM z miesięcy: styczeń, maj, wrzesień 2009 r., kwiecień, sierpień, grudzień 2010 r. i luty 2011 r.

¹⁶⁰ Co w skrajnym przypadku daje 3 godziny dziennie przerwy na odpoczynek (miesiąc ma 720 godzin lub 744 godziny).

Dyrektorzy wyjaśniali, że czas dyżuru jest czasem gotowości, co nie jest równoznaczne z czasem wykonywania faktycznej pracy, a ponadto w miejscach wyczekiwania zespołów RM zabezpieczone są warunki socjalne i wypoczynkowe dla członków zespołu.

Zdaniem NIK, nie jest to jednak równoznaczne z właściwym (nie zakłóconym wezwaniem) odpoczynkiem i regeneracją organizmu w pełnym zakresie.

Ustalono, że ratownicy medyczni zatrudniani w ramach systemu posiadają wykształcenie policealne i/lub wyższe w tym zakresie.

Wyniki kontroli wskazały, że dla pracodawcy większe znaczenie ma doświadczenie i staż ratowników medycznych niż rodzaj ich wykształcenia (policealne czy wyższe). Ma to również swoje odzwierciedlenie w wysokości wynagrodzenia tych osób. Uposażenie doświadczonych ratowników medycznych z wykształceniem policealnym było równe, a niejednokrotnie nawet wyższe od tych z wykształceniem wyższym.

„Meditrans” w Warszawie; według stanu na 30 czerwca 2011 r. w ramach systemu zatrudnionych było 248 ratowników medycznych, w tym 195 po szkole policealnej i 53 po szkole wyższej. W 2011 r. średnioroczne wynagrodzenie brutto ratownika medycznego z wykształceniem wyższym wynosiło 3.442,95 zł i było niższe o 510,63 zł od średniorocznego wynagrodzenia ratownika medycznego z wykształceniem policealnym, które wynosiło 3.953,58 zł.

Dyrektor Stacji wyjaśnił, że „... poziom wykształcenia średniego personelu medycznego nie był uwzględniany przy obsadzeniu ZRM. Z punktu widzenia pracodawcy, ratownik medyczny posiadający dyplom studium zawodowego ale np. z 10-letnim stażem pracy w zawodzie, wartościowany jest wyżej niż ratownik medyczny z wyższym wykształceniem z zerowym stażem w zawodzie”.

3.2.3.3. W SP ZOZ Lotnicze Pogotowie Ratunkowe

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie oceniła funkcjonowanie LPR w systemie ratownictwa medycznego w latach 2009–2011.

Do września 2009 r. LPR użytkował śmigłowce Mi-2 Plus do udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach usług ratownictwa medycznego. Ich eksploatacja była jednak ograniczona (z uwagi na niemożliwość wykonywania operacji nocą, niewielki zasięg i udźwig oraz brak wymaganego nadmiaru mocy w przypadku konieczności kontynuowania lotu po awarii jednego silnika). Z powodu m.in. tych ograniczeń, LPR nie mógł realizować wszystkich misji. Liczba i rozmieszczenie baz Śmigłowcowej Służby Ratownictwa Medycznego HEMS¹⁶¹ (16 stałych i 1 sezonowa) nie pokrywały swoim zasięgiem operacyjnym całego obszaru Polski. Wynikało to głównie z ograniczonej liczby śmigłowców (17) oraz ustalonego kryterium czasowego dolutu zespołu HEMS do miejsca zdarzenia (do 20 minut).

Poprawa sytuacji w zakresie lotów do zdarzeń nastąpiła dopiero po wymianie i zwiększeniu liczby śmigłowców, a w konsekwencji po zwiększeniu liczby ich baz.

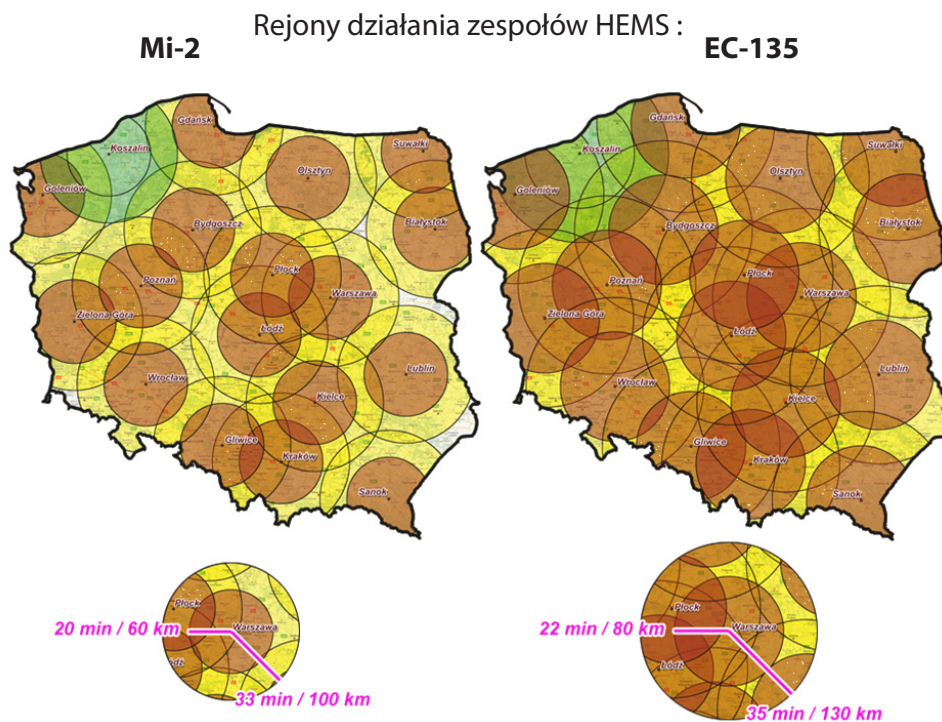
Wyposażenie LPR w 23 nowe śmigłowce (EC 135)¹⁶², w latach 2009–2010, w znaczący sposób poprawiło operacyjny zasięg¹⁶³ HEMS oraz wpłynęło na zwiększenie liczby lotów z 4.359 w 2009 r. do 5.170 w 2010 r. oraz 5.888 w 2011 r. (do 30 września). W 2011 r. przeprowadzono 262 misje nocne, których nie można byłoby wykonać na dotychczas używanych śmigłowcach Mi-2.

¹⁶¹ Helikopter Emergency Medical Service

¹⁶² Ustawa z 3 czerwca 2005 r. o ustanowieniu programu wieloletniego „Wymiana śmigłowców Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej – Lotnicze Pogotowie Ratunkowe w latach 2005-2010 (Dz.U. Nr 122, poz. 1022), w której przewidziano zakup 23 śmigłowców i symulatora lotów do szkolenia pilotów.

¹⁶³ Zasięg EC 135 w gotowości 4 min. wynosi 318 km. Dla porównania zasięg Mi-2 wynosił 220 km.

Zespoły HEMS działają obecnie w 17 bazach stałych i jednej sezonowej, przy czym gotowość do realizacji czynności ratunkowych i lotniczego transportu sanitarnego przez całą dobę posiada tylko jedna baza HEMS zlokalizowana w Warszawie.



W 2011 r. LPR wydłużył dyżury w porze nocnej do godziny 23.00 w bazach HEMS w Gdańsku i we Wrocławiu, a także planuje ich wydłużenie w Krakowie i Szczecinie.

Najwyższa Izba Kontroli podzieliła stanowisko Dyrektora LPR, że ocenę zasadności wydłużenia dyżurów (do godziny 23.00 lub całodobowo) musi poprzedzać szczegółowa analiza wykonanych lotów nocnych. Zdaniem NIK należy jednak rozważyć, czy planowany termin wykonania powyższej analizy, ustalony na koniec 2012 r., nie jest zbyt odległy, z uwagi na rolę którą spełnia LPR w systemie ratownictwa medycznego.

W siedzibie w Warszawie funkcjonuje Ośrodek Szkolenia Lotniczego, wyposażony m.in. w symulator lotu dla pilotów posiadający certyfikat Urzędu Lotnictwa Cywilnego, a obsługę techniczną statków powietrznych i ich podzespołów prowadzi, w ramach LPR, tzw. Organizacja Obsługowa PART.

LPR współpracuje, na podstawie Porozumień, z jednostkami powołanymi do niesienia pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia życia, o których mowa w art. 15 ustawy o PRM, tj. z Komendantem Głównym Straży Pożarnej, Górkim Pogotowiem Ratunkowym, Mazurskim Wodnym Pogotowiem Ratunkowym i Legionowskim Wodnym Ochotniczym Pogotowiem Ratunkowym.

W badanym okresie LPR wykonywał, zgodnie ze statutem – poza świadczeniami ratownictwa medycznego – usługi m.in. transportu sanitarnego chorych do innych ZOZ, krwi, środków medycznych, organów oraz chorych do przeszczepów, na podstawie umów zawartych z dysponentami tych środków, uzyskując z tego tytułu 2.680,4 tys. zł. Realizował również odpłatny transport lotniczy, na podstawie jednorazowych zleceń obywateli polskich lub cudzoziemców.

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie oceniła wykonanie przez LPR zadań określonych w Porozumieniu¹⁶⁴, zawartym dnia 8 grudnia 2008 r. z Ministrem Zdrowia, w zakresie odbioru dostaw śmigłowców, potwierdzania prawidłowości dostaw oraz przekazywania Ministrowi wszystkich dokumentów niezbędnych do uruchomienia płatności.

LPR dokonał, w latach 2009 – 2010, odbioru 23 śmigłowców i wyposażenia dodatkowego dla każdego z nich, jednego symulatora lotu, a także systemu komunikacji i śledzenia lotu dla każdego śmigłowca o wartości ogółem 496.449,5 tys. zł.

Na podstawie informacji LPR o stanie realizacji zobowiązań kontraktowych, wynikających z zawartej umowy na zakup śmigłowców, Ministerstwo Zdrowia¹⁶⁵, z tytułu nieterminowego wykonania zobowiązań umownych, obciążyło Konsorcjum Spółek Eurocopter karami umownymi w kwocie ogółem 1.512,4 tys. zł. Kary te stanowią należność budżetu państwa i są w trakcie egzekwowania. LPR wniósł natomiast w listopadzie 2010 r. pozwy do sądu, które dotyczyły niepełnego wykonania zobowiązań umownych przez Konsorcjum, w zakresie m.in. dostaw kasków, żarówek/diod LED i obsługi silników śmigłowcowych na terenie Polski. Cztery pozwy oczekiwały na wyznaczenie terminów pierwszych rozpraw¹⁶⁶.

Ponadto LPR trzema notami obciążył Konsorcjum karami umownymi z tytułu nieterminowego usunięcia usterek wyposażenia medycznego w dostarczonych śmigłowcach¹⁶⁷. Należności z tytułu tych kar przysługują LPR¹⁶⁸.

Z ustaleń kontroli wynika, że (według stanu na 17 października 2011 r.) na terenie kraju funkcjonowały 32 lądowiska przyszpitalne (wpisane do ewidencji Urzędu Lotnictwa Cywilnego) i 310 tzw. innych przyszpitalnych miejsc do lądowania¹⁶⁹. Warunkiem dopuszczenia ich do wykonywania operacji lotniczych było wpisanie ich do „Instrukcji Operacyjnej” LPR (wewnętrzna dokumentacja LPR zatwierdzona przez ULC). Ponadto, na terenie kraju funkcjonują jeszcze „inne stałe miejsca lądowań” pełniące wyłącznie funkcje miejsc zdarzeń (np. punkt przekazania pacjenta z karetki do śmigłowca); które nie muszą być ujęte w Instrukcji Operacyjnej.

¹⁶⁴ Porozumienie w sprawie wykonywania zadań związanych z programem wieloletnim „Wymiana śmigłowców SP ZOZ LPR w latach 2005-2010”.

¹⁶⁵ Według informacji Pana Cezarego Rzemka – Podsekretarza Stanu w MZ z dnia 2 listopada 2011 r.

¹⁶⁶ Według stanu na dzień 8 listopada 2011 r.

¹⁶⁷ Konsorcjum nie uregulowało płatności wynikających z wystawionych not, dlatego więc LPR wystąpił w dniu 19 lipca 2011 r., z powództwem do sądu o zasądzenie od Konsorcjum Spółek Eurocopter kwoty 993.859,65 zł, wraz z odsetkami, wynikającej z noty nr 8/XI/2010/C z 30 listopada 2010 r. Na drogę postępowania sądowego skierowano także roszczenia wynikające z noty 3/XII/2010/C w kwocie 36.338,40 zł wraz z odsetkami. W przypadku noty 11/XII/2010/C sprawa również zostanie skierowana na drogę sądową, co w ocenie NIK stanowi właściwy sposób postępowania w tej sprawie.

¹⁶⁸ Na podstawie zawartych umów przeniesienia praw do zakupionych śmigłowców i wyposażenia dodatkowego

¹⁶⁹ Art. 93 ust. 2 ustawy z 3 lipca 2002 r. Prawo Lotnicze (t.j. Dz. U. z 2006 r. Nr 100, poz. 696).

4.1 Przygotowanie kontroli

Wyniki dwóch wcześniejszych kontroli dotyczących wdrażania systemu rtownictwa medycznego posłużyły do przygotowania programu obecnej kontroli.

Na podstawie analizy przedkontrolnej z wykorzystaniem m.in. informacji zamieszczanych w mediach kontrolę zaplanowano w urzędach wojewódzkich, oddziałach wojewódzkich NFZ i zakładach opieki zdrowotnej (tj. stacje pogotowia ratunkowego, szpitale o statusie centrum urazowego oraz jeden szpital, w którym funkcjonuje tylko SOR)¹⁷⁰ zlokalizowanych na terenie ośmiu województw¹⁷¹.

Ponadto, przewidziano zasięgnięcie informacji – w trybie art. 29 pkt 2 lit. f ustawy o NIK – w zakresie objętym kontrolą w Ministerstwie Zdrowia i Centrali NFZ.

W związku z ustaleniami kontroli w urzędach wojewódzkich podjęto decyzję o zasięgnięciu informacji (w tym samym trybie) również w Ministerstwie Finansów, Urzędzie Lotnictwa Cywilnego i pozostałych ośmiu województwach¹⁷². Rozszerzono również zakres kontroli w oddziałach NFZ o trzy kolejne województwa.

4.2 Postępowanie kontrolne i działania podjęte po zakończeniu kontroli

Kontrolę przeprowadzono w okresie od 4 sierpnia do 30 grudnia 2011 r.

Kierownicy 36 (spośród 37) skontrolowanych jednostek nie skorzystali z przysługującego im¹⁷³ prawa zgłoszenia zastrzeżeń do ustaleń opisanych w protokołach kontroli – protokoły zostały podpisane bez zastrzeżeń. Tylko w jednym przypadku kierownik¹⁷⁴ odwołał się od ustaleń zawartych w protokole.

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

W wyniku kontroli skierowano¹⁷⁵ 37 wystąpień pokontrolnych do kierowników jednostek kontrolowanych zawierających uwagi, oceny oraz wnioski w sprawie usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości oraz 1 wystąpienie dodatkowo do Wojewody Pomorskiego¹⁷⁶.

Adresaci 31 wystąpień pokontrolnych nie skorzystali z przysługującego im prawa¹⁷⁷ zgłoszenia zastrzeżeń do zawartych w wystąpieniach ocen, uwag i wniosków¹⁷⁸. Zastrzeżenia zgłosili adresaci 7 wystąpień. Łącznie złożono 8 zastrzeżeń, z których 2 oddalono w całości, 1 uwzględniono częściowo, a 5 uwzględniono w całości.

W wystąpieniach skierowanych do wojewodów, NIK wносиła m.in. o:

- wyeliminowanie przypadków opóźnień w przekazywaniu dotacji celowej do OW NFZ na finansowanie zadań ZRM,
- kontynuowanie działań mających na celu uruchomienie CPR/WCPR na terenie województwa,

¹⁷⁰ Na terenie województwa funkcjonuje tylko jeden taki szpital

¹⁷¹ Dolnośląskiego, Lubuskiego, Łódzkiego, Mazowieckiego, Opolskiego, Pomorskiego, Warmińsko-Mazurskiego i Wielkopolskiego.

¹⁷² Kujawsko-Pomorskim, Lubelskim, Małopolskim, Podkarpackim, Podlaskim, Śląskim, Świętokrzyskim i Zachodniopomorskim.

¹⁷³ Art. 55 ust. 1 i art. 56 ust. 1 ustawy o NIK.

¹⁷⁴ Wojewoda Wielkopolski.

¹⁷⁵ Art. 60 ustawy o NIK.

¹⁷⁶ Po kontroli w UCK w Gdańsku.

¹⁷⁷ Art. 60 ustawy o NIK.

¹⁷⁸ Tamże art. 61 ust. 1.

- wzmocnienie nadzoru nad jednostkami współpracującymi z systemem ratownictwa medycznego w województwie i podmiotami prowadzącymi szkolenia w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy,
- zwiększenie liczby kontroli dotyczących funkcjonowania ZRM,
- zapewnienie wykorzystania dotacji celowej otrzymanej na zadania ZRM zgodnie z ustawą o PRM,
- racjonalne rozmieszczenie ZRM zapewniające wymagany czas dojazdu do miejsca zdarzenia,
- zatrudnienie na stanowiskach lekarzy koordynatorów w WCPR osób posiadających kwalifikacje lekarza systemu ratownictwa medycznego.

W wystąpieniach skierowanych do dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ, NIK wnosila m.in. o:

- zwiększenie nadzoru nad prawidłową realizacją umów przez zespoły ratownictwa medycznego wchodzące w skład systemu ratownictwa medycznego,
- zapewnienie zawierania w ogłoszeniach o postępowaniu konkursowym wszystkich informacji wymaganych przepisami,
- ograniczenie ryzyka nierównego traktowania podmiotów oraz naruszeń przepisów KPA w prowadzonych postępowaniach w sprawie zawierania umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju ratownictwo medyczne,
- uwzględnianie przez komisje konkursowe przeprowadzające postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielenie świadczeń w zakresie ratownictwa medycznego, faktycznej zdolności oferentów do udzielania tych świadczeń oraz zapewnienia możliwości składania protestów przez oferentów,
- zwiększenie częstotliwości przeprowadzania kontroli SOR pod kątem zgodności składanych ofert ze stanem faktycznym na etapie postępowań konkursowych oraz okresowe przeprowadzanie kontroli prawidłowości wykorzystania środków przekazywanych na tę działalność,
- zapewnienie starannego dokumentowania przeprowadzanych kontroli na etapie postępowań konkursowych, w tym określenie zakresu przeprowadzonych czynności kontrolnych oraz jednoznaczne stwierdzenie stanu faktycznego.

W wystąpieniach skierowanych do dyrektorów szpitali, NIK wnosila m.in. o:

- dostosowania wyposażenia SOR do wymogów określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie SOR,
- zabezpieczenie dyżurów lekarza specjalisty medycyny ratunkowej w ramach zespołu urazowego,
- prowadzenie dokumentacji pacjentów SOR zgodnie z przepisami,
- dostosowanie funkcjonowania i organizacji centrum urazowego do wymogów określonych w ustawie o PRM i rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie centrum urazowego,
- działania mające na celu poprawę wyniku finansowego funkcjonowania SOR,
- zapewnienie spełnienia wszystkich warunków funkcjonowania SOR wynikających z przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie SOR.

W wystąpieniach skierowanych do dyrektorów stacji pogotowia ratunkowego, NIK wnosila m.in. o:

- podjęcie działań organizacyjnych zmierzających do wyeliminowania przypadków przekroczeń limitów dotarcia ZRM do miejsca zdarzenia,

- zapewnienie obsady na stanowiska dyspozytorów przez osoby o wymaganych kwalifikacjach,
- dostosowanie zatrudnienia pracowników Stacji w ramach systemu ratownictwa medycznego o wymaganych kwalifikacjach,
- wprowadzenie procedur postępowania i dokumentowania pracy ZRM i dyspozytorów,
- ograniczenie wykonywania przewozów asekuracyjnych przez ZRM,
- wyeliminowanie wykonywania prac komercyjnych przez ZRM,
- zapewnienie prawidłowego składu osobowego ZRM,
- zapewnienie wyposażenia ambulansów ZRM w wymagane środki łączności.

W odpowiedziach na wystąpienia pokontrolne, kierownicy jednostek kontrolowanych informowali o podjętych działaniach zmierzających do usunięcia stwierdzonych podczas kontroli nieprawidłowości. Z ogólnej liczby 64 wniosków pokontrolnych 41 zrealizowano, 12 było w trakcie realizacji i do zrealizowania pozostało 11 wniosków¹⁷⁹.

4.3 Finansowe rezultaty kontroli

Na finansowe rezultaty kontroli złożyły się:

1. Finansowe lub sprawozdawcze skutki nieprawidłowości, na kwotę ogółem 886,5 tys. zł. Kwota ta obejmowała:
 - kwoty wydatkowane z naruszeniem zasad należytego zarządzania finansami – 37,8 tys. zł,
 - potencjalne finansowe lub sprawozdawcze skutki nieprawidłowości – 785,0 tys. zł,
 - kwoty wydatkowane w następstwie działań stanowiących naruszenie prawa – 50,9 tys. zł,
 - kwoty nienależnie uzyskane – 12,8 tys. zł.
2. Korzyści finansowe – na kwotę 12,7 tys. zł¹⁸⁰

¹⁷⁹ Według stanu na 20 lipca 2012 r.

¹⁸⁰ Kwota zwrócona przez Miejską Stację Pogotowia Ratunkowego w Gdyni na konto Komendy Wojewódzkiej Policji w Gdańsku w wyniku realizacji wniosku pokontrolnego nr 4, zawartego w wystąpieniu pokontrolnym NIK nr LGD-4101-023-02/2011 (P/11/094) z dnia 18 stycznia 2012 r.

Wykaz jednostek objętych kontrolą

Lp	Jednostka organizacyjna NIK	Jednostka do kontroli	Adres	Kierownicy jednostek kontrolowanych
1	Departament Zdrowia	Wojskowy Instytut Medyczny	Warszawa, ul. Szaserów 128	Grzegorz Gielerak (od VI 2007 r.)
		SPZOZ Lotnicze Pogotowie Ratunkowe	Warszawa, ul. Książycowa 5	Robert Gałązkowski (od III 2008 r.)
		Lubelski Oddział Wojewódzki NFZ	Lublin, ul. Szkolna 16	Krzysztof Tuczapski (od III 2011 r.) Andrzej Kowalik (XII 2010 – II 2011 r.) Tomasz Pękalski (XI 2008 – XII 2010 r.)
2	Delegatura w Gdańsku	Pomorski Urząd Wojewódzki	Gdańsk, ul. Okopowa 21/27	p.o. Michał Owczarczak (od X 2011 r.) Roman Zaborowski (XI 2007 – X 2011 r.)
		Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ	Gdańsk, ul. Marynarki Polskiej 148	Barbara Kawińska (od VIII 2010 r.) Dorota Pieńkowska (VI 2008 – VII 2010 r.)
		Uniwersyteckie Centrum Kliniczne	Gdańsk, ul. Dębinki 7	Ewa Książek-Bator (od VI 2009 r.) Jacek Domejko (VII 2008 – V 2009 r.)
3	Delegatura w Katowicach	Miejska Stacja Pogotowia Ratunkowego	Gdynia, ul. Żwirki i Wigury 14	Marian Kentner (od VII 2000 r.)
4	Delegatura w Krakowie	Śląski Oddział Wojewódzki NFZ	Katowice, ul. Kossutha 13	Zygmunt Klasa (od III 2008 r.)
5	Delegatura w Łodzi	Małopolski Oddział Wojewódzki NFZ	Kraków, ul. Ciemna 6	Barbara Bulanowska (od V 2009 r.) Maria Janusz (XI 2006 – IV 2009 r.)
		Łódzki Urząd Wojewódzki	Łódź, ul. Piotrkowska 104	Jolanta Chełmińska (od XI 2007 r.)
		Łódzki Oddział Wojewódzki NFZ	Łódź, ul. Kopcińskiego 58	Wojciech Bieńkiewicz (od XI 2010 r.) Paweł Paczkowski (V 2006 – III 2010 r.) p.o. Katarzyna Wyrzykowska-Rabe (IV 2010 – XI 2010 r.)
6	Delegatura w Olsztynie	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Kopernika	Łódź, ul. Pabianicka 62	Wojciech Szrajber (od XI 2007 r.)
		Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego	Łódź, ul. Warecka 2	Bogusław Tyka (od IX 2002 r.)
		Warmińsko-Mazurski Urząd Wojewódzki	Olsztyn, ul. Marszałka J. Piłsudskiego 7/9	Marian Podziewski (od XI 2007 r.)
6	Delegatura w Olsztynie	Warmińsko-Mazurski Oddział Wojewódzki NFZ	Olsztyn, ul. Żołnierska 16	Andrzej Zakrzewski (od IV 2005 r.)
		Wojewódzki Szpital Specjalistyczny	Olsztyn, ul. Żołnierska 18	Irena Kierkowska (od VIII 2008 r.)
		Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego	Olsztyn, ul. Pstrowskiego 28B	Marek Myszkowski (od III 2001 r.)

Lp	Jednostka organizacyjna NIK	Jednostka do kontroli	Adres	Kierownicy jednostek kontrolowanych
7	Delegatura w Opolu	Opolski Urząd Wojewódzki	Opole, ul. Piastowska 14	Ryszard Wilczyński (od XI 2007 r.)
		Opolski Oddział Wojewódzki NFZ	Opole, ul. Głogowska 37	Filip Nowak (od VII 2010 r.) Kazimierz Tukawiecki (V 2003 – VI 2010 r.)
8	Delegatura w Poznaniu	Publiczny Samodzielny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzkie Centrum Medyczne	Opole, Aleja Wincentego Witosa 26	Marek Piskozub (od VII 2005 r.)
		Opolskie Centrum Ratownictwa Medycznego	Opole, ul. Mickiewicza 2/4	Ireneusz Sołek (od I 2009 r.)
		Wielkopolski Urząd Wojewódzki	Poznań, ul. Niepodległości 16/18	Piotr Florek (od XI 2007 r.)
9	Delegatura w Warszawie	Wielkopolski Oddział Wojewódzki NFZ	Poznań, ul. Piekary 14/15	Karol Chojnacki (od X 2011 r.) p.o. Elżbieta Wąsik (V 2011 – X 2011 r.) Zbigniewa Nowodworska (III 2008 – V 2011 r.)
		Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. J. Strusia z Zakładem Opiekuńczo-Lecznicznym SP ZOZ	Poznań, ul. Szwajcarska 3	Bartłomiej Gruszka (od XII 1995 r.)
		Rejonowa Stacja Pogotowia Ratunkowego	Poznań, ul. Rycerska 10	Witold Draber (od X 2000 r.)
		Mazowiecki Urząd Wojewódzki	Warszawa, Plac Bankowy 3/5	Jacek Kozłowski (od XI 2007 r.)
		Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ	Warszawa, ul. Chałubińskiego 8	Barbara Misińska (od VI 2008 r.)
10	Delegatura we Wrocławiu	Szpital Bielański im. Ks. J. Popiełuszki SP ZOZ	Warszawa, ul. Cegłowska 80	Dorota Gałczyńska-Zych (od XI 2007 r.)
		Wojewódzka Stacja pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego „Meditrans” SP ZOZ	Warszawa, ul. Hoża	Artur Kamecki (od XI 2006 r.)
11	Delegatura w Zielonej Górze	Dolnośląski Urząd Wojewódzki	Wrocław, Plac Powstańców Warszawy 1	Aleksander Marek Skorupa (od XII 2010 r.) Rafał Jurkowlaniec (XI 2007 – XII 2010 r.) p.o. Ilona Antoniszyn-Klik (XII 2010 – XII 2010 r.)
		Dolnośląski Oddział Wojewódzki NFZ	Wrocław, ul. Joannitów 6	Wioletta Niemiec (od VII 2009 – nadal) p.o. Genowefa Ulman (od IX 2011 r.) Krzysztof Dworak (III 2008 – VII 2009 r.)
		Akademicki Szpital Kliniczny im. Mikulicza Radckiego	Wrocław, ul. Dorowska 213	Piotr Pobratyn (od IV 2006 r.)
11	Delegatura w Zielonej Górze	Pogotowie Ratunkowe	Wrocław, ul. Ziębiccka 34/38	Wincenty Mazurec (od III 2000 r.)
		Lubuski Urząd Wojewódzki	Gorzów Wilkp., ul. Jagiellończyka 8	Helena Hatka (XI 2007 – X 2010 r.) Jan Świrzepo (od 2008 r.) Wicewojewoda
		Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ	Zielona Góra, ul. Podgórna 9B	Stanisław Łobacz (od V 2008 r.)
		Szpital Wojewódzki SP ZOZ im. K. Marcinkowskiego	Zielona Góra, ul. Zyty 26	Waldemar Taborski (od IX 1999 r.)
	Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego SP ZOZ	Zielona Góra, ul. Bolesława Chrobrego 2	Barbara Król (od VI 2011 r.) Krzysztof Bułaj (V 2005 – V 2011 r.)	

Charakterystyka stanu prawnego w okresie objętym kontrolą

Zasady organizacji, funkcjonowania i finansowania systemu „Państwowe Ratownictwo Medyczne” określa ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym¹⁸¹.

Nadzór nad systemem na terenie kraju sprawuje minister zdrowia. Natomiast planowanie, organizowanie, koordynowanie systemu oraz nadzór nad systemem na terenie województwa jest zadaniem wojewody¹⁸².

System działa na obszarze województwa na podstawie wojewódzkiego planu działania systemu (zwanego dalej „**planem**”) sporządzanego przez wojewodę (plan w razie potrzeb podlega aktualizacji)¹⁸³.

Plan obejmuje w szczególności:

- charakterystykę potencjalnych zagrożeń życia lub zdrowia mogących wystąpić na obszarze województwa,
- liczbę i rozmieszczenie na obszarze województwa jednostek systemu (SOR i ZRM),
- obszary działania i rejony operacyjne,
- sposób koordynowania działań jednostek systemu,
- kalkulację kosztów działalności zespołów ratownictwa medycznego,
- sposób współpracy z organami administracji publicznej i jednostkami systemu z innych województw, zapewniający sprawne i skuteczne ratowanie życia i zdrowia, bez względu na przebieg granic województw,
- sposób współpracy jednostek systemu z jednostkami współpracującymi z systemem,
- informacje o lokalizacji wojewódzkich centrów powiadamiania ratunkowego (WCPR) i centrów powiadamiania ratunkowego (CPR) oraz terenach przez nie obsługiwanych,
- opis struktury systemu powiadamiania o stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego.

W planie umieszcza się ponadto:

- odpowiednią do potrzeb liczbę SOR i ich rozmieszczenie,
- wykaz jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego¹⁸⁴,
- centrum urazowe wraz z informacją o zakresie świadczeń opieki zdrowotnej, niezbędnych do realizacji jego zadań (jeżeli centrum urazowe znajduje się na obszarze danego województwa).

Nadmienić należy, że umieszczenie 3 ostatnich elementów planu wymaga uzgodnienia z dyrektorem właściwego wojewódzkiego oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ), natomiast elementów planu dotyczących sposobu współpracy jednostek systemu z jednostkami współpracującymi z systemem – wymaga uzgodnienia z właściwym: szefem wojewódzkiego sztabu wojskowego, komendantem wojskowego obwodu profilaktyczno-leczniczego, komendantem wojewódzkim Państwowej Straży Pożarnej, komendantem wojewódzkim policji, komendantem oddziału Straży Granicznej, którego zakres działania obejmuje strefę nadgraniczną.

Ujednolicony tekst planu, w wersji zaktualizowanej, zatwierdzonej przez ministra zdrowia, wojewoda podaje do publicznej wiadomości, w szczególności przez zamieszczenie w Biuletynie Informacji Publicznej¹⁸⁵.

Minister Zdrowia określił w drodze rozporządzenia¹⁸⁶ szczegółowy zakres danych objętych planem oraz poziom ich szczegółowości, a także ramowy wzór planu i kryteria kalkulacji kosztów działalności zespołów ratownictwa medycznego.

¹⁸¹ Ustawa z 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410 ze zm.), zwana dalej również „**ustawą o PRM**”.

¹⁸² Art. 19 ustawy o PRM.

¹⁸³ Art. 21 ust. 1-4 ustawy o PRM (w brzmieniu obowiązującym od 1 grudnia 2010 r.).

¹⁸⁴ Zwane dalej w skrócie „**jednostkami organizacyjnymi szpitali**”.

¹⁸⁵ Art. 21 ust. 5-16 ustawy o PRM (w brzmieniu obowiązującym od 1 grudnia 2010 r.).

¹⁸⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2010 r. w sprawie wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz kryteriów kalkulacji kosztów działalności zespołów ratownictwa medycznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 3, poz. 6); weszło w życie z dniem ogłoszenia, tj. 4 stycznia 2011 r. Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 20 czerwca 2008 r. wydanym w tej sprawie (Dz. U. Nr 142, poz. 893), które utraciło moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia na podstawie art. 7 pkt 1 ustawy z 22 października 2010 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 219, poz. 1443).

Zatwierdzony plan jest podstawą do zawierania przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ umów na wykonywanie medycznych czynności ratunkowych¹⁸⁷.

Wojewoda prowadzi w formie elektronicznej lub pisemnej ewidencję jednostek systemu (SOR i ZRM) z obszaru województwa.

Wojewoda podejmuje również działania organizacyjne zmierzające do zapewnienia parametrów czasu dotarcia na miejsce zdarzenia dla zespołu ratownictwa medycznego od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego.

Minister Zdrowia określił, w drodze rozporządzenia, formy, sposób i zakres doskonalenia zawodowego dyspozytorów medycznych¹⁸⁸.

Do zadań dyspozytorów medycznych należy w szczególności:

- przyjmowanie powiadomień o zdarzeniach, ustalanie priorytetów i niezwłoczne dysponowanie zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia,
- przekazywanie niezbędnych informacji osobom udzielającym pierwszej pomocy,
- przekazywanie osobie kierującej akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych, niezbędnych informacji ułatwiających prowadzenie czynności na miejscu zdarzenia,
- zbieranie aktualnych informacji o dostępnych w rejonie operacyjnym jednostkach systemu (SOR, ZRM) i ich gotowości oraz przekazywanie tych informacji lekarzowi koordynatorowi ratownictwa medycznego,
- powiadamianie o zdarzeniu szpitalnych oddziałów ratunkowych lub (jeżeli wymaga tego sytuacja na miejscu zdarzenia) centrów urazowych lub jednostek organizacyjnych szpitali,
- powiadamianie o zdarzeniu jednostek współpracujących z systemem (jeżeli wymaga tego sytuacja na miejscu zdarzenia).

Wykonywanie zadań dyspozytora medycznego stanowi udzielanie świadczeń zdrowotnych¹⁸⁹.

W razie konieczności użycia jednostek systemu (SOR, ZRM) spoza rejonu operacyjnego, dyspozytor medyczny powiadamia o tym fakcie lekarza koordynatora ratownictwa medycznego¹⁹⁰.

Minister Zdrowia określił w drodze rozporządzenia, ramowe procedury przyjmowania wezwań przez dyspozytora medycznego i dysponowania zespołami ratownictwa medycznego¹⁹¹.

Do zadań lekarza koordynatora ratownictwa medycznego należy w szczególności:

- nadzór merytoryczny nad pracą dyspozytorów medycznych,
- koordynacja współpracy dyspozytorów medycznych w przypadku zdarzeń wymagających użycia jednostek systemu (SOR, ZRM) spoza jednego rejonu operacyjnego,
- udzielanie dyspozytorom medycznym niezbędnych informacji i merytorycznej pomocy,
- udział w pracach wojewódzkiego zespołu zarządzania kryzysowego,
- pełnienie całodobowego dyżuru.

Z lekarzami koordynatorami ratownictwa medycznego wojewoda nawiązuje stosunek pracy na podstawie powołania.

Lekarzem koordynatorem ratownictwa medycznego może być lekarz systemu, który posiada co najmniej 3-letnie doświadczenie zawodowe w pracy w szpitalnym oddziale ratunkowym lub w zespole ratownictwa medycznego¹⁹².

Minister Zdrowia określił, w drodze rozporządzenia, szczegółowy zakres uprawnień i obowiązków lekarza koordynatora ratownictwa medycznego¹⁹³.

¹⁸⁷ Art. 22 i 23 ust. 3 ustawy o PRM.

¹⁸⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 16 kwietnia 2007 r. w sprawie doskonalenia zawodowego dyspozytorów medycznych (Dz. U. Nr 77, poz. 525).

¹⁸⁹ W rozumieniu art. 3 ustawy o zoz.

¹⁹⁰ Art. 24, 26 i 27 ustawy o PRM (art. 27 w brzmieniu obowiązującym od 1 grudnia 2010 r.).

¹⁹¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 7 maja 2007 r. w sprawie ramowych procedur przyjmowania wezwań przez dyspozytora medycznego i dysponowania zespołami ratownictwa medycznego (Dz. U. Nr 90, poz. 605).

¹⁹² Art. 29 ustawy o PRM.

¹⁹³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 24 lutego 2009 r. w sprawie szczegółowego zakresu uprawnień i obowiązków lekarza koordynatora ratownictwa medycznego (Dz. U. Nr 39, poz. 322).

W przypadku wystąpienia katastrof naturalnych i awarii technicznych¹⁹⁴ lub gdy w ocenie lekarza koordynatora ratownictwa medycznego skutki zdarzenia mogą spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego znacznej liczby osób, lekarz ten informuje niezwłocznie wojewodę o potrzebie postawienia w stan podwyższonej gotowości wszystkich lub niektórych zakładów opieki zdrowotnej, działających na obszarze danego województwa¹⁹⁵.

W ramach nadzoru nad systemem, wojewoda jest uprawniony do przeprowadzenia kontroli¹⁹⁶:

- jednostek współpracujących z systemem pod względem spełniania przez nie wymagań¹⁹⁷,
- dysponentów jednostek działających na obszarze województwa w trybie i na zasadach określonych w przepisach o zakładach opieki zdrowotnej,
- podmiotów prowadzących kursy, pod względem spełniania przez nie wymagań¹⁹⁸.

Minister Zdrowia określił w drodze rozporządzenia¹⁹⁹: szczegółowe zadania szpitalnych oddziałów ratunkowych i wymagania dotyczące ich lokalizacji w strukturze szpitala oraz warunków technicznych, a także minimalne wyposażenie, organizację oraz minimalne zasoby kadrowe SOR.

Szpitalny oddział ratunkowy jest komórką organizacyjną szpitala udzielającą świadczeń opieki zdrowotnej osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego²⁰⁰; może posiadać w swojej strukturze zespoły ratownictwa medycznego. SOR organizuje się w szpitalach w których znajdują się co najmniej: oddział chirurgii ogólnej, chorób wewnętrznych, anestezjologii i intensywnej terapii oraz pracownia diagnostyki obrazowej i medyczne laboratorium diagnostyczne umożliwiające całodobowe prowadzenie badań diagnostycznych.

Zespoły ratownictwa medycznego dzielą się na:

- **zespoły specjalistyczne** (w skład których wchodzi co najmniej trzy osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym lekarz systemu oraz pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny),
- **zespoły podstawowe** (w skład których wchodzi co najmniej dwie osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny)²⁰¹.

Z systemem współpracują centra urazowe oraz jednostki organizacyjne szpitali, które zostały ujęte w planie²⁰².

Szpitalny oddział ratunkowy, centrum urazowe oraz ww. jednostki organizacyjne szpitali niezwłocznie udzielają niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej pacjentowi urazowemu albo osobie w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. W razie konieczności szpital (w którym znajduje się SOR, centrum urazowe lub jednostka organizacyjna szpitala) zapewnia niezwłoczny transport sanitarny tym osobom do najbliższego zakładu opieki zdrowotnej udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej w odpowiednim zakresie²⁰³.

W centrum urazowym świadczenia zdrowotne są udzielane pacjentowi urazowemu przez **zespół lekarzy** posiadających tytuł specjalisty (zwany dalej „zespołem urazowym”).

Centrum urazowe:

- zabezpiecza, w zakresie świadczeń zdrowotnych populację nie mniejszą niż 1 mln mieszkańców (zamieszkującą obszar pozwalający na dotarcie z miejsca zdarzenia do centrum urazowego w ciągu 1,5 godziny),
- zapewnia działanie w swojej strukturze specjalistycznych oddziałów zabiegowych i pracowni diagnostycznych,

¹⁹⁴ W rozumieniu ustawy z 18 kwietnia 2007 r. o stanie klęski żywiołowej (Dz. U. Nr 62, poz. 558 ze zm.).

¹⁹⁵ Art. 30 ustawy o PRM.

¹⁹⁶ Art. 31 ustawy o PRM.

¹⁹⁷ Określonych w art. 17 ust. 2 ustawy o PRM.

¹⁹⁸ Określonych w art. 13 ust. 8 pkt 1 i 2 ustawy o PRM.

¹⁹⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 marca 2007 r. w sprawie SOR, które zostało uchylone z dniem 8 listopada 2011 r. przez nowe rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r. o tym samym tytule (Dz. U. Nr 237, poz. 1420).

²⁰⁰ Art. 3 pkt 9 ustawy o PRM.

²⁰¹ Art. 36 ust. 1 i 3 ustawy o PRM.

²⁰² Mowa o „wojewódzkim planie działania systemu”.

²⁰³ Art. 32 i 33 ustawy o PRM.

- zapewnia dostępność do świadczeń zdrowotnych udzielanych przez lekarza posiadającego tytuł specjalisty w dziedzinie kardiochirurgii lub torakochirurgii (w czasie nie dłuższym niż 30 minut od chwili stwierdzenia okoliczności uzasadniających udzielanie takich świadczeń),
- **dysonuje lądowiskiem lub lotniskiem dla śmigłowca ratunkowego (zlokalizowanym w takiej odległości, aby możliwe było przyjęcie pacjenta urazowego, bez pośrednictwa specjalistycznych środków transportu sanitarnego).**

Centrum urazowe przyjmuje, kompleksowo diagnozuje i wielospecjalistycznie leczy pacjenta urazowego, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną w zakresie leczenia ciężkich, mnogich lub wielonarządowych obrażeń ciała, a po zakończeniu udzielania świadczeń kieruje pacjenta urazowego do innego oddziału szpitala, w którym znajduje się centrum urazowe lub innego zakładu opieki zdrowotnej w celu kontynuowania leczenia lub rehabilitacji.

Zespół urazowy zaleca wskazania, co do dalszego leczenia lub rehabilitacji pacjenta urazowego w oddziale szpitala lub zakładzie opieki zdrowotnej, właściwych ze względu na jego stan zdrowia²⁰⁴. Minister Zdrowia określił w drodze rozporządzenia²⁰⁵: szczegółowe wymagania organizacyjne centrum urazowego (w zakresie minimalnego wyposażenia diagnostycznego lub technicznego) i minimalne zasoby kadrowe zespołu urazowego oraz kryteria kwalifikacji osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego do leczenia w tym centrum i sposób postępowania z pacjentem urazowym.

Zadania systemu powiadamiania ratunkowego wykonuje na terenie województwa m.in. wojewódzkie centrum powiadamiania ratunkowego oraz centra powiadamiania ratunkowego²⁰⁶. Centrum powiadamiania ratunkowego działa na terenie co najmniej jednego powiatu lub miasta na prawach powiatu, na obszarze którego wykonywane są zadania centrum powiadamiania ratunkowego²⁰⁷.

Jednostkami współpracującymi z systemem powiadamiania ratunkowego są poza Państwową Strażą Pożarną i Policją także inne służby ustawowo powołane do realizacji przedsięwzięć mających na celu ochronę życia, zdrowia oraz bezpieczeństwa obywateli, a także mienia i środowiska. Jednostkami współpracującymi z systemem powiadamiania ratunkowego mogą być społeczne organizacje ratownicze²⁰⁸.

W skład wojewódzkiego centrum powiadamiania ratunkowego wchodzi m.in. stanowisko lekarza koordynatora ratownictwa medycznego, o którym mowa w art. 29 ustawy o PRM²⁰⁹, a w centrach powiadamiania ratunkowego funkcjonują dyspozytorzy medyczni zatrudnieni przez dysponentów jednostek określonych w ustawie o PRM, funkcjonujących na terenie działania centrum powiadamiania ratunkowego²¹⁰.

W centrach powiadamiania ratunkowego i wojewódzkich centrach powiadamiania ratunkowego mogą być zatrudnieni operatorzy numerów alarmowych, do przyjmowania zgłoszeń alarmowych oraz podejmujący określone procedurami czynności²¹¹.

Zadania zespołów ratownictwa medycznego (z wyłączeniem lotniczych zespołów ratownictwa medycznego) są finansowane z budżetu państwa z części, których dysponentami są poszczególni wojewodowie.

Do dnia 31 marca roku poprzedzającego rok budżetowy przedstawiają oni Ministrowi Zdrowia założenia dotyczące finansowania tych zespołów.

Na podstawie tych założeń minister zdrowia, do dnia 20 maja roku poprzedzającego rok budżetowy, przedstawia ministrowi finansów publicznych propozycję wysokości środków na to finansowanie wraz z ich podziałem między poszczególne województwa, który następnie przekazuje Prezesowi NFZ informację o ich wysokości, która będzie ujęta w projekcie ustawy budżetowej²¹².

²⁰⁴ Art. 39a-c ustawy o PRM i art. 3 ustawy o zmianie ustawy o PRM.

²⁰⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 18 czerwca 2010 r. w sprawie centrum urazowego (Dz. U. Nr 118, poz. 803); weszło w życie z dniem 17 lipca 2010 r.

²⁰⁶ Por. art. 14a ust. 2 ustawy z dnia 4 sierpnia 1991 r. o ochronie przeciwpożarowej (Dz. U. z 2009 r. Nr 178, poz. 1380 ze zm.).

²⁰⁷ Art. 14a ust. 6 ustawy j.w.

²⁰⁸ Art. 14a ust. 3 i 4 ustawy j.w.

²⁰⁹ Art. 14a ust. 2 pkt 1 lit. b ustawy j.w.

²¹⁰ Art. 14a ust. 2 pkt 2 lit. b ustawy j.w.

²¹¹ Art. 14a ust. 5 ustawy j.w.

²¹² Art. 46 ustawy o PRM.

Wojewoda powierza przeprowadzenie postępowania o zawarcie umów z dysponentami zespołów ratownictwa medycznego na wykonywanie zadań zespołów ratownictwa medycznego, zawieranie, rozliczanie i kontrolę wykonania tych umów dyrektorowi właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ (art. 49 ustawy o PRM).

Umowy zawierane są na rejon operacyjny, na podstawie planu oraz w ramach środków przewidzianych w budżecie państwa, w części, której dysponentem jest wojewoda, ujętych w planie finansowym NFZ.

Środki na finansowanie umów wojewoda przekazuje NFZ w formie dotacji celowej w trybie i na zasadach określonych w przepisach o finansach publicznych w celu zapewnienia finansowania zadań zespołów ratownictwa medycznego na terenie właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ.

Koszty medycznych czynności ratunkowych wykonanych w roku poprzednim mogą być pokrywane ze środków finansowych przekazanych NFZ, w formie dotacji celowej, w roku następnym.

Dyrektor właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ informuje wojewodę o wszelkich nieprawidłowościach związanych z wykonywaniem umów przez zespoły ratownictwa medycznego, a także działając w porozumieniu z wojewodą, może rozwiązać umowę na wykonywanie medycznych czynności ratunkowych w związku z niewywiązywaniem się lub nienależytym wywiązywaniem się tych zespołów z obowiązków wynikających z zawartej umowy.

Świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez SOR oraz jednostki organizacyjne szpitali są finansowane na zasadach i w trybie określonych w ustawie o świadczeniach zdrowotnych²¹³ w ramach środków określonych w planie finansowym NFZ²¹⁴.

Działalność lotniczych zespołów ratownictwa medycznego jest finansowana z budżetu państwa z części, której dysponentem jest Minister Zdrowia.

Do zadań tych zespołów należy wykonywanie medycznych czynności ratunkowych.

Warunkiem ich finansowania jest zapewnienie ciągłej gotowości do wykonywania tych czynności w zakresie określonym w umowie zawartej między Ministrem Zdrowia a dysponentem lotniczych zespołów ratownictwa medycznego w trybie rokowania. Rokowania dotyczą warunków wykonywania i finansowania medycznych czynności ratunkowych²¹⁵.

²¹³ Ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 164, poz. 1027 ze zm.), zwana dalej „**ustawą o świadczeniach zdrowotnych**”.

²¹⁴ Art. 47 ustawy o PRM.

²¹⁵ Art. 48 ustawy o PRM.

Planowane i zrealizowane wydatki budżetu państwa na realizację „koncepcji systemu 112” w latach 2007–2011 (w zł)

Rok:	2007	2008	2009	2010	2011	RAZEM
Źródło sfinansowania wydatków:	w ramach rez cel. poz. 9 – Ratownictwo medyczne w kwocie 1 200 000 000 zł	w ramach rez. cel. poz. 11 – Ratownictwo medyczne w kwocie 1 410 383 000 zł	w ramach rez. cel. poz. 10 – Ratownictwo medyczne w kwocie 1 792 600 000 zł	rez. cel. poz. 9 – Budowa systemu powiadamiania ratunkowego na terenie kraju	rez. cel. poz. 9 – Budowa i funkcjonowanie systemu powiadamiania ratunkowego na terenie kraju	
Kwota planu:	46 000 000	69 100 000	62 100 000	34 100 000	69 100 000	280 400 000
Kwota rozdysponowana decyzjami MF:	46 000 000	Zaplanowane w rezerwie środki w wysokości 69.100 tys. zł na działalność centrów powiadamiania ratunkowego nie zostały wykorzystane na powyższy cel z uwagi na opracowywanie nowej koncepcji budowy centrów powiadamiania ratunkowego	29 746 000	34 100 000	69 100 000	178 946 000
z tego dla cz. 85:	46 000 000		18 400 000	23 791 000	27 868 983	116 059 983
85/02 – dolnośląskie	7 749 004		1 300 000	1 100 000	1 473 585	11 622 589
85/04 – kujawsko-pomorskie	289 500		1 100 000	1 000 000	1 646 585	4 036 085
85/06 – lubelskie	277 500		1 000 000	1 020 000	1 091 000	3 388 500
85/08 – lubuskie	217 500		500 000	1 020 000	577 700	2 315 200
85/10 – łódzkie	91 500		1 200 000	2 950 000	2 554 200	6 795 700
85/12 – małopolskie	8 776 802		1 600 000	3 301 000	1 785 158	15 462 960
85/14 – mazowieckie	6 977 004		2 500 000	2 100 000	3 129 000	14 706 004
85/16 – opolskie	121 500		600 000	65 000	2 633 000	3 419 500
85/18 – podkarpackie	139 500		1 000 000	500 000	1 339 000	2 978 500
85/20 – podlaskie	457 500		600 000	1 000 000	843 428	2 900 928
85/22 – pomorskie	9 725 003		1 000 000	1 835 000	636 000	3 664 500
85/24 – śląskie	193 500		2 200 000	80 000	5 354 500	7 791 760
85/26 – świętokrzyskie	157260		700 000	1 200 000	423 827	2 661 327
85/28 – warmińsko-mazurskie	337 500		700 000	1 120 000	1 431 000	13 498 927
85/30 – wielkopolskie	10 247 927		1 600 000	4 000 000	1 977 000	17 302 003
85/32 – zachodniopomorskie	241 500		800 000	1 500 000	974 000	3 515 500

Zaplanowane i zrealizowane wydatki na ratownictwo medyczne finansowane z budżetu państwa w latach 2009–2011, w podziale na wydatki bieżące i majątkowe.

Wydatki na ratownictwo medyczne	2009		2010		2011	
	Plan [zł]	Wykonanie [zł]	Plan [zł]	Wykonanie [zł]	Plan [zł]	Wykonanie [zł]
RAZEM	1 956 612 000	1 937 917 037	2 101 821 000	2 102 332 753	1 868 602 000	1 818 589 638
Bieżące	1 809 570 000	1 790 805 711	1 804 345 000	1 802 688 882	1 864 076 000	1 812 877 645
z tego:						
<i>w tym: finansowanie zadań zespołów ratownictwa medycznego¹</i>	1 730 500 000	1 722 491 515	1 730 500 000	1 728 801 528	1 787 607 000	1 735 975 702
Majątkowe	147 042 000	147 111 326	297 476 000	299 643 871	4 526 000	5 711 993

¹ W 2009 r. w części 83 – Rezerwy celowe zaplanowano w poz. 10 *Ratownictwo medyczne* kwotę 1.792.600 tys. zł, z tego na finansowanie zadań zespołów ratownictwa medycznego środki w wysokości 1.730.500.000 zł, pozostała część, tj. 62.100.000 zł przeznaczona była na finansowanie centrów powiadamiania ratunkowego.

² Przewidywane wykonanie w 2011 r. (dane z listopada).

Wysokość środków przeznaczonych na finansowanie świadczeń w SOR

OW NFZ	Wysokość środków przeznaczonych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie SOR w 2009 r.	Liczba SOR w 2009 r.	Wysokość środków przeznaczonych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie SOR w 2010 r.	Liczba SOR w 2010 r.	Wysokość środków przeznaczonych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie SOR w 2011r.	Liczba SOR w 2011 r.
DOLNOŚLĄSKI	33 019 234	13	42 202 395	13	44 424 959	14
KUJAWSKO-POMORSKI	27 516 255	12	30 936 305	11	39 290 060	10
LUBELSKI	42 462 950	20	39 566 000	20	40 438 400	19
LUBUSKI	12 748 428	7	16 417 388	8	16 618 888	9
ŁÓDZKI	43 129 298	18	43 395 580	18	44 225 627	17
MAŁOPOLSKI	71 425 212	22	76 769 781	23	81 629 108	23
MAZOWIECKI	81 199 617	26	96 700 829	28	115 842 346	33
OPOLSKI	13 574 715	5	13 747 360	5	16 288 125	6
PODKARPACKI	27 181 550	12	23 608 930	12	27 923 595	12
PODLASKI	20 073 093	11	20 594 030	11	21 327 512	11
POMORSKI	39 500 340	14	40 506 228	13	38 639 086	12
ŚLĄSKI	29 247 750	9	31 024 635	10	31 052 830	11
ŚWIĘTOKRZYSKI	16 156 860	9	19 597 800	9	20 859 750	9
WARMIŃSKO-MAZURSKI	19 876 440	11	19 876 440	11	21 862 339	11
WIELKOPOLSKI	72 111 016	27	72 041 630	28	73 301 880	26
ZACHODNIOPOMORSKI	8 686 635	5	17 905 682	9	22 976 750	12
Suma końcowa	557 909 393	221	604 891 013	229	656 701 255	235

Zestawienie środków na finansowanie świadczeń w rodzaju: pomoc doraźna i transport sanitarny

OW NFZ	Sprawozdanie finansowe z działalności NFZ za okres od stycznia do grudnia 2009 r. (dane w tys. zł.)		Sprawozdanie finansowe z działalności NFZ za okres od stycznia do grudnia 2010 r. (dane w tys. zł.)		Sprawozdanie finansowe z działalności NFZ za okres od stycznia do grudnia 2011 r.* (dane w tys. zł.)	
	Środki uwzględnione w planie finansowym NFZ na realizację świadczeń w rodzaju pomocy doraźnej i transportu sanitarnego	Koszty realizacji świadczeń w rodzaju pomocy doraźnej i transportu sanitarnego	Środki uwzględnione w planie finansowym NFZ na realizację świadczeń w rodzaju pomocy doraźnej i transportu sanitarnego	Koszty realizacji świadczeń w rodzaju pomocy doraźnej i transportu sanitarnego	Środki uwzględnione w planie finansowym NFZ na realizację świadczeń w rodzaju pomocy doraźnej i transportu sanitarnego	Koszty realizacji świadczeń w rodzaju pomocy doraźnej i transportu sanitarnego
Dolnośląski	2 400.00	2 366.05	3 700.00	3 373.24	3 750.00	3 723.43
Kujawsko-Pomorski	2 158.00	2 131.10	2 270.00	2 219.88	2 270.00	2 243.11
Lubelski	2 300.00	2 152.26	2 150.00	2 131.63	2 400.00	2 369.88
Lubuski	1 660.00	1 639.07	2 130.00	2 086.16	2 078.00	2 066.37
Łódzki	1 974.00	1 968.98	1 935.00	1 921.57	2 075.00	2 045.70
Małopolski	1 751.00	1 547.18	1 701.00	1 563.73	1 551.00	1 515.43
Mazowiecki	5 439.00	5 211.59	5 440.00	5 292.85	5 439.00	5 276.24
Opolski	1 250.00	1 211.16	1 230.00	1 213.25	1 250.00	1 246.47
Podkarpacki	2 264.00	2 254.69	2 396.00	2 333.23	2 253.00	2 243.86
Podlaski	1 200.00	1 150.91	1 200.00	1 084.05	1 090.00	1 065.90
Pomorski	1 459.00	1 191.48	1 299.00	1 289.71	757.00	745.60
Śląski	4 061.00	3 915.20	4 061.00	3 931.86	4 061.00	3 954.67
Świętokrzyski	1 312.00	1 240.14	1 300.00	1 248.82	1 300.00	1 227.95
Warmińsko-Mazurski	2 090.00	2 087.00	2 105.00	2 104.28	2 326.00	2 324.69
Wielkopolski	2 400.00	2 370.62	2 500.00	2 375.53	2 400.00	2 350.99
Zachodniopomorski	1 668.00	1 608.19	1 648.00	1 638.71	1 758.00	1 758.00
Suma	35 386.00	34 045.62	37 065.00	35 808.50	36 758.00	36 158.29

* Dane ze „Wstępnego sprawozdania z działalności NFZ” kwiecień 2012 r.

Wykaz zespołów ratownictwa medycznego funkcjonujących w systemie PRM

Oddział wojewódzki NFZ	2009					2010					2011						
	I półrocze		II półrocze			I półrocze		II półrocze			I półrocze		II półrocze				
	P	S	WP	WS		P	S	WP	WS		P	S	WP	WS			
Dolnośląski	61,33	48	-	-	-	61,33	48	-	-	-	63	48	-	-	65	48	-
Kujawsko-Pomorski	54	34	-	-	-	53	34	-	-	-	53	34	-	-	53	34	-
Lubelski	49	39	-	-	-	48	40	-	-	-	48	40	-	-	48	40	-
Lubuski	28	23	-	-	-	28	23	-	-	-	28	23	-	-	28	23	-
Łódzki	64	33	1	-	-	64	33	1	-	-	64	33	1	-	64	33	1
Małopolski	61	47	-	-	-	61	47	-	-	-	62	47	-	-	67	44	-
Mazowiecki	90	90	1	-	-	90	90	1	-	-	90	90	1	-	107	80	2
Opolski	24	17	-	-	-	25	16	-	-	-	25	16	-	-	25	18	-
Podkarpacki	52	33	-	-	-	52	33	-	-	-	52	33	-	-	52	33	-
Podlaski	29	24	-	-	-	29	24	-	-	-	29	24	-	-	30	24	-
Pomorski	53	32	-	-	-	53	32	-	-	-	49	32	1	-	52	32	2
Śląski	80	75	-	-	-	79	75	-	-	-	79	75	-	-	79	75	-
Świętokrzyski	28	17	-	-	-	28	17	-	-	-	28	17	-	-	28	18	-
Warmińsko-Mazurski	46	26	4	1	-	46	26	4	1	-	46	26	4	1	46	26	4
Wielkopolski	63	53	-	-	-	64	50	-	-	-	64	50	-	-	68	46	-
Zachodniopomorski	52	30	-	-	-	52	30	-	-	-	52	30	-	-	53	30	-
Razem	834,33	621	6	1	1	833,33	618	6	1	1	836	618	7	1	865	604	9

P – podstawowy zespół ratownictwa medycznego

S – specjalistyczny zespół ratownictwa medycznego

WP – wodny podstawowy zespół ratownictwa medycznego

WS – wodny specjalistyczny zespół ratownictwa medycznego

Wysokość dotacji celowej z budżetu państwa na realizację zadań ZRM

OW NFZ	Sprawozdanie finansowe z działalności NFZ za okres od stycznia do grudnia 2009 r. (dane w tys. zł.)		Sprawozdanie finansowe z działalności NFZ za okres od stycznia do grudnia 2010 r. (dane w tys. zł.)		Sprawozdanie finansowe z działalności NFZ za okres od stycznia do grudnia 2011 r. (dane w tys. zł.)	
	Dotacja z budżetu państwa na realizację zadań w rodzaju ratownictwo medyczne	Koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego	Dotacja z budżetu państwa na realizację zadań w rodzaju ratownictwo medyczne	Koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego	Dotacja z budżetu państwa na realizację zadań w rodzaju ratownictwo medyczne	Koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego
Dolnośląski	131 156.54	131 156.54	131 344.87	131 344.87	135 689.00	135 557.46
Kujawsko-Pomorski	102 903.65	102 903.94	102 902.98	102 902.69	106 458.00	106 302.83
Lubelski	105 733.43	105 733.43	106 077.76	106 077.76	109 706.00	109 705.87
Lubuski	61 432.73	61 432.73	61 432.97	61 432.97	63 514.00	60 303.43
Łódzki	111 155.37	111 155.37	110 572.26	110 572.26	117 197.00	110 213.10
Małopolski	129 436.85	129 440.71	129 613.43	129 609.57	133 884.00	132 769.93
Mazowiecki	217 967.00	217 967.00	218 376.25	218 376.25	225 732.00	224 518.60
Opolski	45 936.27	45 937.13	48 639.51	48 642.88	50 522.00	48 765.39
Podkarpacki	99 635.87	99 637.04	99 847.80	99 846.63	103 397.00	102 906.72
Podlaski	63 855.44	63 855.44	63 854.93	63 854.93	66 040.00	66 040.00
Pomorski	96 503.27	96 521.79	96 730.94	96 722.88	100 395.00	96 841.77
Śląski	187 392.32	187 392.32	187 585.99	187 585.99	193 789.00	193 788.94
Świętokrzyski	52 864.16	52 864.16	53 122.10	53 122.10	54 852.00	54 668.07
Warmińsko-Mazurski	85 452.72	85 451.58	86 342.61	86 342.71	89 251.00	86 356.82
Wielkopolski	137 103.89	137 103.89	135 641.52	135 641.52	140 019.00	136 680.04
Zachodniopomorski	93 962.63	93 962.63	93 965.91	93 965.91	87 162.00	93 053.16
Suma	1 722 492.14	1 722 515.70	1 726 051.83	1 726 041.92	1 787 607.00	1 758 472.13

Liczba osób przypadająca na 1 zespół ratownictwa medycznego

Lp.	Nazwa oddziału wojewódzkiego	Populacja (wg GUS stan na 31.03.2011 r.) w tys. os.	Liczba ZRM*		Liczba osób przypadająca na 1 ZRM**		Liczba ZRM w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców **	
			I półrocze 2011 r.	II półrocze 2011 r.	I półrocze 2011 r.	II półrocze 2011 r.	I półrocze 2011 r.	II półrocze 2011 r.
1.	Dolnośląski	2 856	115	113	24834,78	25274,34	0,40	0,40
2.	Kujawsko-Pomorski	2 072	87	87	23816,09	23816,09	0,42	0,42
3.	Lubelski	2 185	88	88	24829,55	24829,55	0,40	0,40
4.	Lubuski	1 001	51	51	19627,45	19627,45	0,51	0,51
5.	Łódzki	2 604	97	97	26845,36	26845,36	0,37	0,37
6.	Małopolski	3 406	109	111	31247,71	30684,68	0,32	0,33
7.	Mazowiecki	5 492	180	187	30511,11	29368,98	0,33	0,34
8.	Opolski	990	41	43	24146,34	23023,26	0,41	0,43
9.	Podkarpacki	2 022	85	85	23788,24	23788,24	0,42	0,42
10.	Podlaski	1 200	53	54	22641,51	22222,22	0,44	0,45
11.	Pomorski	2 264	81	84	27950,62	26952,38	0,36	0,37
12.	Śląski	4 617	154	154	29980,52	29980,52	0,33	0,33
13.	Świętokrzyski	1 289	45	46	28644,44	28021,74	0,35	0,36
14.	Warmińsko-Mazurski	1 399	72	72	19430,56	19430,56	0,51	0,51
15.	Wielkopolski	3 417	114	114	29973,68	29973,68	0,33	0,33
16.	Zachodniopomorski	1 687	82	83	20573,17	20325,30	0,49	0,49

* zespoły ratownictwa medycznego: podstawowe i specjalistyczne (nie uwzględniono wodnych zespołów ratownictwa medycznego)

** w zaokrągleniu do dwóch miejsc po przecinku

Wykaz aktów prawnych, dotyczących kontrolowanej działalności

1. Ustawa z 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410 ze zm.)
2. Ustawa z 11 stycznia 2008 r. o zmianie ustawy – Prawo telekomunikacyjne oraz ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 17, poz. 101 ze zm.)
3. Ustawa z 17 lipca 2009 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 122, poz. 1007)
4. Ustawa z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 j.t. z późn. zm.)
5. Ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.)
6. Ustawa z 26 kwietnia 2007 r. o zarządzaniu kryzysowym (Dz. U. Nr 89, poz. 590)
7. Ustawa z 20 czerwca 1997 r. Prawo o ruchu drogowym (Dz. U. z 2005 r. Nr 108, poz. 908, j.t. z późn. zm.)
8. Ustawa z 24 sierpnia 1991 r. o ochronie przeciwpożarowej (j.t. Dz. U. z 2009 r. Nr 178, poz. 1380 ze zm.)
9. Ustawa z 3 czerwca 2005 r. o ustanowieniu programu wieloletniego „Wymiana śmigłowców Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej – Lotnicze Pogotowie Ratunkowe w latach 2005-2010” (Dz. U. Nr 122, poz. 1022)
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 29 grudnia 2006 r. w sprawie szczegółowego zakresu medycznych czynności ratunkowych, które mogą być podejmowane przez ratownika medycznego (Dz. U. z 2007 r. Nr 4, poz. 33 ze zm.)
11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 14 czerwca 2007 r. w sprawie doskonalenia zawodowego ratowników medycznych (Dz. U. Nr 112, poz. 775)
12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 16 kwietnia 2007 r. w sprawie doskonalenia zawodowego dyspozytorów medycznych (Dz. U. Nr 77, poz. 525)
13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 20 czerwca 2008 r. w sprawie wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz kryteriów kalkulacji kosztów działalności zespołów ratownictwa medycznego (Dz. U. Nr 142, poz. 893)
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 7 maja 2007 r. w sprawie ramowych procedur przyjmowania wezwań przez dyspozytora medycznego i dysponowania zespołami ratownictwa medycznego (Dz. U. Nr 90, poz. 605)
15. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 24 lutego 2009 r. w sprawie szczegółowego zakresu uprawnień i obowiązków lekarza koordynator ratownictwa medycznego (Dz. U. Nr 39, poz. 322)
16. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 15 marca 2007 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. Nr 55, poz. 365)
17. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 3 listopada 2011 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. Nr 237, poz. 1420)
18. Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z 31 lipca 2009 r. w sprawie organizacji i funkcjonowania centrów powiadamiania ratunkowego i wojewódzkich centrów powiadamiania ratunkowego (Dz. U. Nr 130, poz. 1073 ze zm.)

19. Rozporządzenie Rady Ministrów z 10 grudnia 2008 r. w sprawie organizacji i funkcjonowania systemu gromadzącego i udostępniającego informacje i dane dotyczące lokalizacji zakończenia sieci, z którego zostało wykonane połączenie do numeru alarmowego „112” albo innych numerów alarmowych (Dz. U. Nr 236, poz. 1620)
20. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 28 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ratownictwa medycznego (Dz. U. Nr 139, poz. 1137)
21. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 1 lipca 2005 r. w sprawie szczegółowych warunków przekazywania samodzielnym publicznym zakładom opieki zdrowotnej środków publicznych na realizację programów zdrowotnych i programu Zintegrowane Ratownictwo Medyczne (Dz. U. Nr 131, poz. 1099)
22. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2010 r. w sprawie wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz kryteriów kalkulacji kosztów działalności zespołów ratownictwa medycznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 3, poz. 6)
23. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484)
24. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 18 czerwca 2010 r. w sprawie centrum urazowego (Dz. U. Nr 118, poz. 803)
25. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 20 lipca 2004 r. w sprawie wymagań dla lądowisk (Dz. U. Nr 170, poz. 1791 ze zm.)
26. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 19 marca 2007 r. w sprawie kursu w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy (Dz. U. Nr 60, poz. 408)
27. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 3 marca 2000 r. w sprawie utworzenia Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej „Lotnicze Pogotowie Ratunkowe” (Dz. Urz. MZ Nr 1, poz. 4)
28. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 17 grudnia 2009 r. w sprawie powołania Komisji do przeprowadzenia rokowań w celu zawarcia umowy o przekazanie środków publicznych na finansowanie działalności lotniczych zespołów ratownictwa medycznego (Dz. Urz. MZ Nr 13, poz. 63)

Wykaz organów, którym przekazano informację o wynikach kontroli

1. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej
2. Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
3. Marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej
4. Prezes Rady Ministrów
5. Sejmowa Komisja Zdrowia
6. Senacka Komisja Zdrowia
7. Minister Zdrowia
8. Minister Finansów
9. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
10. Rzecznik Praw Obywatelskich

Najistotniejsze zagadnienia poruszone w wypowiedziach ekspertów na spotkaniu w Najwyższej Izbie Kontroli w dniu 23 marca 2012 roku

W dniu 23 marca 2012 roku, w siedzibie NIK w Warszawie, odbył się panel ekspertów pod przewodnictwem wiceprezesa NIK Wojciecha Misiąga, w którym uczestniczyli:

1. Barbara Bańczak-Mysiak – zastępca dyrektora Departamentu Spraw Obronnych, Zarządzania Kryzysowego i Ratownictwa Medycznego MZ,
 2. Michał Borkowski – pełnomocnik wojewody ds. ratownictwa medycznego (woj. mazowieckie),
 3. Robert Gałązkowski – dyrektor SP ZOZ Lotnicze Pogotowie Ratunkowe,
 4. Grzegorz Gielerak – dyrektor Wojskowego Instytutu Medycznego,
 5. Juliusz Jakubaszko – prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej,
 6. Mirosław Jeleniewski – zastępca dyrektora ds. medycznych Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ,
 7. Arkadiusz Kosowski – dyrektor Departamentu ds. Służb Mundurowych NFZ,
 8. Tomasz Mazurek – główny specjalista w Wydziale Ratownictwa Medycznego MZ,
 9. Ewa Raniszewska – konsultant wojewódzki ds. medycyny ratunkowej (woj. pomorskie),
 10. Cezary Rzemek – podsekretarz stanu w MZ,
 11. Joanna Startek – kierownik Sekcji Lecznictwa Szpitalnego i Świadczeń Zdrowotnych Odrębnie Kontraktowanych w Centrali NFZ,
 12. Sławomir Adam Tarka – zastępca dyrektora ds. służb mundurowych Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ,
 13. Zbigniew Teter – zastępca prezesa NFZ ds. służb mundurowych,
 14. Andrzej Szmit – konsultant wojewódzki ds. medycyny ratunkowej (woj. lubuskie),
 15. Andrzej Zawadzki – krajowy konsultant ds. medycyny ratunkowej,
- a także przedstawiciele Departamentu Zdrowia oraz radca prezesa NIK.

W trakcie panelu odbyła się dyskusja na temat wybranych problemów związanych z funkcjonowaniem systemu ratownictwa medycznego na tle wyników kontroli przeprowadzonej przez NIK. Dyskutowano nad działaniami, które powinny być podjęte w celu dalszej poprawy jego funkcjonowania i ograniczenia wykorzystywania jednostek Państwowego Ratownictwa Medycznego (PRM) do innych zadań – nieprzewidzianych dla tego systemu (m.in. udzielania świadczeń zdrowotnych osobom, które powinny korzystać z ambulatoryjnej opieki zdrowotnej – poz oraz specjalistycznej i doraźnej pomocy lekarskiej), a tym samym poprawy efektywności ich funkcjonowania. Zajmowano się zagadnieniami związanymi z obsadą zespołów ratownictwa medycznego, przygotowaniem zawodowym ratowników medycznych oraz funkcjonowaniem Lotniczego Pogotowia Ratunkowego (problem lotów w godzinach nocnych).

Uczestnicy spotkania poruszyli m.in. następujące zagadnienia (wg. kolejności pierwszej wypowiedzi na panelu).

Profesor Juliusz Jakubaszko zwrócił uwagę, że zagadnienia wynikające z ustaleń kontroli NIK, nadzór krajowy medycyny ratunkowej, w tym również Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej, powtarza mniej więcej od 8 – 10 lat, i są to problemy dotychczas nierozwiązane. Wynikający z ustaleń kontroli fakt przeciążenia SOR-ów, przyjmowania w nich pacjentów niewymagających świadczeń ratujących życie, jest faktem i regułą jest, że wszelkie niedostatki systemu ochrony zdrowia w pierwszej kolejności wpływają na funkcjonowanie SOR. Taką tendencję zaobserwowano w Stanach Zjednoczonych, w wielu krajach europejskich, a także powtarza się ona w naszym kraju.

Profesor Jakubaszko wskazał, że poruszane zagadnienia są bardzo rozległe i wskazanych problemów nie da się ich rozwiązać od razu. Z 11 wyższych szkół medycznych tylko 4 spełniają kryteria akademickiego ośrodka nauczającego medycyny ratunkowej. W Polsce winno być ok. 2,5 tys. lekarzy specjalistów medycyny ratunkowej; obecnie jest ich tylko ok. 700, ale w systemie pozostało ok. 400 (pozostali realizują się w innych dyscyplinach medycznych). Generalnie obserwuje się spadek zainteresowania lekarzy podejmowaniem tej specjalności (w trakcie specjalizacji jest 500 lekarzy). Jedną z przyczyn jest zapis w ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym, że do 2020 roku nie trzeba mieć specjalizacji z medycyny ratunkowej aby pracować w systemie ratownictwa medycznego. Spowodowało to, że ponad połowa lekarzy w trakcie specjalizacji zrezygnowała z jej kontynuacji i przeszła do pracy w innych dyscyplinach medycyny.

W ocenie dyskutanta należy przyspieszyć wymóg ustawowego posiadania specjalizacji w dziedzinie medycynie ratunkowej, zwiększyć wynagrodzenie lekarzy pracujących w oddziałach ratunkowych, przy jednoczesnym zmniejszeniu wymiaru godzin ich pracy w SOR (zmiana dyżuru lekarska w SOR nie powinna trwać dłużej niż 10 godzin; obecnie dyżur trwa nawet 24 godziny).

Profesor Jakubaszko nadmienił, że deficyt pracowników systemu dotyczy również pielęgniarek i ratowników medycznych. Stwierdził także, że miernikiem jakości systemu jest liczba możliwych do uniknięcia zgonów, z czym wiąże się czas dotarcia ZRM z pacjentem do SOR i podjęcia u niego medycznych procedur specjalistycznych. Tego zjawiska jednak się nie monitoruje.

Odnosił się także do finansowania SOR. Stwierdził, że kontrakty na udzielanie świadczeń w SOR pokrywają 25%-40% realnych kosztów funkcjonowania tego oddziału. Środowisko medycyny ratunkowej ubiega się o to aby w SOR obowiązywał „mieszany” system finansowania, tj. pokrywający koszty stałe i wykonane procedury ratownicze. Obecnie żaden system sprawozdawczy szpitala dotyczący jego funkcjonowania nie wykazuje dla NFZ wszystkich procedur wykonywanych w SOR pacjentom ubezpieczonym. Jedynie w przypadku pacjentów nieubezpieczonych dane te są wykorzystywane przy ustalaniu odpłatności za ich pobyt. Profesor stwierdził, że przeznaczane przez NFZ rocznie ok. 500 mln zł na SOR, a 1,7 mld zł na ratownictwo przedszpitalne świadczy o braku zrozumienia specyfiki funkcjonowania SOR.

Profesor Andrzej Zawadzki – stwierdził, iż NIK w swoich badaniach kontrolnych objął najistotniejsze problemy związane ze zintegrowanym systemem ratownictwa medycznego w Polsce. Zwrócił uwagę, iż badaniami kontrolnymi objęto ośrodki o najwyższym stopniu referencyjności.

Dyskutant odniósł się również do kwot przeznaczanych na finansowanie SOR. Stwierdził, że kwoty za udzielanie świadczeń w SOR są za niskie w porównaniu do środków przekazywanych ZRM. Podał, że w skali roku na wszystkie SOR przeznacza się tylko 470 mln zł a na sieć ZRM – 1,7 mld zł. Wyraził również swoje wątpliwości, co do rzetelnej oceny działania systemu ratowniczego w odniesieniu do dotychczasowych katastrof, tj. w Katowicach i pod Szczekocinami. Stwierdził, iż przebieg działań ratowniczych został publicznie oceniony jako doskonały, ale nie słyszał aby któraś z tych katastrof była poddana profesjonalnej analizie medycznej. Natomiast sam, jako obserwator, miał zastrzeżenia

do udzielania świadczeń czterem najczęściej poszkodowanym pacjentom, którzy trafili do szpitala powiatowego w Zawierciu. Poruszył również sprawę kształcenia ratowników medycznych. Różnica 1.500 godzin w poziomie ich kształcenia (licencjackie i policealne) jest mniej ważna niż jakość ich kształcenia. Nadmienił, że wykładowcami w szkołach policealnych jest często średni personel medyczny a nie lekarze. Rozważenia wymaga zatem kwestia, czy nie należałoby wprowadzić programu wyrównawczego dla ratowników bez licencjatu, tak aby w przyspieszonym, np. rocznym, trybie mogli oni uzupełnić wykształcenie w ośrodkach uniwersyteckich. Nadmienił, że przy zatrudnianiu ratowników medycznych nie jest brany pod uwagę fakt, czy mają oni wykształcenie policealne czy licencjackie. Profesor Zawadzki zwrócił również uwagę, że ratownik medyczny jest jedynym zawodem medycznym niewymagającym prawa wykonywania zawodu (w przeciwieństwie do zawodu pielęgniarki i lekarza).

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Cezary Rzemek zauważył, iż gdyby badaniami kontrolnymi objęto SOR-y w szpitalach powiatowych, tj. w szpitalach o niższej referencyjności, to ocena ustaleń mogłaby się zmienić. Okazałoby się zapewne, że jeszcze więcej osób, z uwagi na ich stan zdrowia, nie powinno trafiać do SOR. Dyskutant stwierdził, że żaden lekarz nie będzie ryzykował i nie odeśle pacjenta, który zgłosił się do SOR, jeśli będzie miał jakieś wątpliwości, co do jego stanu zdrowia. Dlatego należy rozważyć, jakie działania powinny być podjęte, aby pacjent nie trafił do SOR, jeśli jego stan zdrowia tego nie wymaga.

System ambulatoryjnej opieki zdrowotnej powinien zabezpieczać podstawową opiekę zdrowotną. Jednak w wielu przypadkach jest tak, że dolegliwości opisane przez pacjenta (który dzwoni o uzyskanie porady przez telefon lub wzywa karetkę) wskazują dramatyczną sytuację i mimo iż nie pokrywa się ona z rzeczywistością, to lekarz/ratownik medyczny asekurując się – przywozi pacjenta do SOR.

Gdyby pacjenci ci nie trafiali do SOR, to zmniejszyłyby się koszty zmienne utrzymania tych oddziałów, co automatycznie poprawiłoby efektywność funkcjonowania SOR. Należałoby zatem nauczyć pacjentów korzystania z opieki w miejscach, gdzie faktycznie powinni ją otrzymać.

Jeśli chodzi o ograniczenie wykorzystania karetek systemu do tak zwanych przewozów między szpitalami (transportów sanitarnych), to faktycznie jest to zabronione i karane przez NFZ.

Dyrektor LPR Robert Gałązkowski przypomniał, że obecnie obowiązują dwa systemy kształcenia ratowników medycznych: zarówno policealny, który trwa od 1992 roku, jak i licencjacki – uruchomiony od 2000 r. Problem ten zostanie jednak rozwiązany, ponieważ Minister Zdrowia i Minister Edukacji Narodowej podjęli decyzję o zakończeniu kształcenia ratowników medycznych w szkołach policealnych. W ocenie dyskutanta kształcenie ratownika medycznego powinno być skupione przede wszystkim na zdobywaniu wiedzy praktycznej, umiejętności manualnych ugruntowanych wiedzą teoretyczną, która pozwala ratownikowi medycznemu realizować określone procedury.

Dyrektor Gałązkowski podkreślił, że nie wolno oceniać systemu ratownictwa medycznego w oderwaniu od systemu ochrony zdrowia. W jego ocenie wprowadzenie do systemu ratownictwa medycznego podstawowych ZRM (w których obsadę stanowi ratownik medyczny lub/i pielęgniarka systemu) spowodowało zmniejszenie interwencji tzw. „przychodni na kółkach” w porównaniu do okresu, kiedy obsadę ambulansu ratunkowego stanowili lekarze. Zauważył jednak, że obecnie niektórzy pacjenci wzywają karetkę bo są instruowani przez lekarza poz/rejestratorkę w przychodni, aby tak właśnie postąpić i w jaki sposób przedstawić objawy złego samopoczucia, aby wezwanie zostało przyjęte, a pacjent odwieziony nawet do SOR.

Przyznał, że „dzisiejszy” SOR zapewnia pacjentowi najszybsze dotarcie do lekarza specjalisty i najkrótszą drogę dotarcia do diagnostyki. Gdyby bowiem lekarze SOR odmawiali pacjentowi udzielenia pomocy, kwalifikując jego stan zdrowia jako pozwalający na uzyskanie świadczeń w ramach poz, braliby na siebie odpowiedzialność karną za jej nieudzielenie. Dlatego też lekarz zanim odeśle pacjenta, powinien go zbadać, a badając już generuje koszty w ramach SOR. Nawet opisanie standardów i procedur w ramach SOR nie wyeliminuje tego zjawiska.

Dyskutant odniósł się także do zasadności i możliwości realizacji operacji nocnych przez śmigłowce ratunkowe. Stwierdził, że możliwość rozszerzenia działalności zespołów lotniczych o pracę nocną wynika wprost ze zdobywanego przez pilotów nalotu dziennego oraz doświadczenia w operacjach, które rozpoczynają się w dzień, a kończą się w godzinach nocnych. Ogromne znaczenie ma w tym przypadku budowa całodobowych lądowisk przyszpitalnych w każdym województwie przy ośrodkach kluczowych, przy centrach urazowych, przy szpitalach klinicznych i wojewódzkich, które dysponują dobrym zapleczem dla SOR. Minimalne zapotrzebowanie na takie lądowiska to 3 – 4 na terenie każdego województwa.

Dyrektor Gałązkowski podkreślił również, że latanie w nocy jest niebezpieczne z uwagi przede wszystkim na „wiszące” linie wysokiego napięcia i wysoką zabudowę (np. kominy, stacje przekaźnikowe telefonii komórkowej), które w początkowej fazie ich budowy nie są oświetlone. Te wszystkie czynniki stanowią zagrożenie bezpieczeństwa załóg śmigłowców.

Doktor Andrzej Szmit odniósł się do sposobu finansowania SOR. Stwierdził, iż winno się ono składać z dwóch elementów, tj. stałej kwoty bazowej za tzw. „gotowość” (stanowiącej 60% kwoty przyznaných środków) i kwoty za wykonane procedury, przy czym wysokość środków na procedury nie powinna być ograniczona. Należałoby jednak wnikliwie kontrolować, czy wykonane procedury faktycznie dotyczyły medycyny ratunkowej. Zwrócił uwagę na znaczny odsetek pacjentów zgłaszających się do SOR, którzy nie powinni być pacjentami systemu. Faktu niekwalifikowania się do leczenia w takim oddziale nie można jednak stwierdzić bez zbadania pacjenta. Nadmienił, że odkąd w „jego” szpitalu zostało umieszczone ambulatorium nocnej i świątecznej opieki lekarskiej, to lekarz SOR może łatwiej odesłać pacjenta bo ambulatorium znajduje się 50 metrów dalej. Tego rodzaju rozwiązanie, zdaniem dyskutanta, można upowszechnić. W dużych szpitalach powinny być kontraktowane świadczenia nocnej i świątecznej opieki lekarskiej.

Doktor Szmit zwrócił również uwagę na nieścisłości i sprzeczności w aktach prawnych regulujących organizację i funkcjonowanie systemu ratownictwa medycznego. Podał przykład wymogów odnoszących się do transportu pacjentów chorych psychicznie, a także wyjazdów zespołów ratowniczych w celu stwierdzenia zgonów, co nie jest świadczeniem medycznym z zakresu medycyny ratunkowej (lekarze poz odmawiają wyjazdów gdy chodzi o stwierdzenie zgonu). Odnosząc się natomiast do funkcjonowania centrów urazowych stwierdził, że nie opłaca się rozliczać wykonanych w nich procedur według grup katalogowych T01 – T09.

Doktor Grzegorz Gielerak zwrócił uwagę, że finansowanie SOR w ramach tzw. dobogotowości odbywa się w oparciu o liczbę przyjętych osób i rodzaj wykonywanych im zabiegów (im więcej osób, a zabiegi bardziej skomplikowane tym stawka wyższa). Jednak pacjenci przyjmowani do szpitala – po udzieleniu im wstępnych świadczeń w SOR – nie są uwzględniani w finansowaniu SOR i nie są ujmowani w systemie wyceny dobogotowości w SOR, czyli wartościowania pracy tego oddziału. Oznacza to, że im ciężiej pracuje SOR, im cięższe przypadki pacjentów przyjmuje, tym gorzej jest w efekcie wyceniany.

Zastępca prezesa NFZ Zbigniew Teter stwierdził, że ratownictwo medyczne przedszpitalne działa dobrze, a ograniczenie wykonywania przewozów międzyszpitalnych wymaga zmian organizacyjnych. Nadmienił, że ten zakres działalności jest dobrze finansowany, o czym świadczy stale rosnąca liczba podmiotów zgłaszających się do konkursów na obsługę rejonów operacyjnych – oczywiście ostatecznie zostaje ich tyle, ile jest rejonów operacyjnych w kraju czyli 250 – a czas dojazdu zespołów ratowniczych jest bardzo dobry. Sprawdzeniem praktycznym, który to potwierdził był wypadek pod Szczekocinami.

Odnosząc się do finansowania SOR stwierdził, że potrzebne są zmiany systemowe w funkcjonowaniu poz oraz nocnej i świątecznej pomocy medycznej, tak aby ograniczyć liczbę świadczeń z zakresu poz wykonywanych w SOR. Nie można wyeliminować tego zjawiska całkowicie, ale można je zminimalizować.

Dyrektor departamentu w NFZ Arkadiusz Kosowski, odnosząc się do możliwości ograniczenia dostępu do SOR tylko do przypadków zasadnych i do informacji, że dyrektorzy niektórych podmiotów według własnej oceny kwalifikowali pacjentów SOR, przypomniał, że już parę lat temu Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej opracowało tzw. procedury SOR i to opracowanie mogłoby być pomocne do definiowania tej grupy pacjentów. Odnosząc się natomiast do kosztów SOR przyznał, że pacjent który po udzieleniu świadczeń w tym oddziale jest następnie hospitalizowany w innym oddziale tego szpitala nie jest brany pod uwagę do wartościowania pracy SOR. Jest natomiast finansowany w ramach świadczeń szpitalnych, w zakresie procedur, które są u tego pacjenta wykonywane. Powszechnie mówi się, że SOR są deficytowe, ale zgodnie z polskim prawodawstwem nigdzie nie jest powiedziane, że każda komórka organizacyjna podmiotu leczniczego ma być dochodowa, to podmiot leczniczy powinien bilansować swoją działalność, a niekoniecznie jego komórka organizacyjna. Dlatego należy badać wartość użytkową SOR dla systemu i wartość finansową SOR w kontekście działalności całej placówki jako podmiotu leczniczego. SOR przygotowuje pacjentów dla wielu klinik/oddziałów szpitalnych wykonując u nich szeroką diagnostykę, tak aby można było wykonać im później naprawczą procedurę medyczną.

Należy rozważyć, czy wprowadzić równoczesne finansowanie za gotowość i za procedury z zakresu medycyny ratunkowej udzielone w SOR. Oczywiście finansowanie za wykonane procedury jest możliwe, ale pociąga to za sobą określone konsekwencje. NFZ zapłaci bowiem wówczas tylko za procedury tzw. SOR-owskie, a nie za żadne inne. Skutkiem tego pacjenci, którzy nie powinni trafić do SOR ze względów medycznych, nie będą brani pod uwagę przy finansowaniu SOR. Ich finansowanie powinno być przeniesione na poz lub nocną i świąteczną pomoc lekarską.

Odnosząc się do kwestii związanych z transportem międzyszpitalnym, stwierdził, że Fundusz prowadził szeroką kontrolę podmiotów w tym zakresie. Kontrole pokazały, że szpitale zobligowane do zabezpieczenia transportu pacjentów, wykorzystują do tego celu ZRM. Transport taki jest usprawiedliwiony tylko w przypadku – gdy ciężki stan zdrowia pacjenta wymaga ratowania życia, a zobowiązany szpital nie jest w stanie tego transportu zrealizować oraz gdy decyzja została skonsultowana z lekarzem koordynatorem. Fundusz ze szczególną uwagą przygląda się szpitalom, które nie zabezpieczyły transportu międzyszpitalnego dla pacjentów i stawiają ZRM w sytuacji bez wyjścia. Odnosząc się do zabezpieczenia kadry lekarskiej w ZRM stwierdził, że brak lekarzy specjalistów medycyny ratunkowej w Polsce jest problemem powszechnie znanym. Fundusz koordynując kontraktowanie świadczeń z ratownictwa medycznego na poziomie centrali NFZ weryfikuje, czy ci sami lekarze zgłaszani w ofertach nie pracują u różnych oferentów. Problemem jest też czas pracy osób zatrudnionych na umowach innych niż umowa o pracę, np. na kontraktach. W ratownictwie

jest to zjawisko powszechnie występujące. Osoby te nie mają ograniczeń czasowych a Fundusz nie ma żadnych instrumentów, aby czas pracy lekarza, czy ratownika w ZRM w jakiś sposób regulować lub ograniczać. W związku z powyższym, w chwili obecnej, nie można tego problemu rozwiązać ani administracyjnie, ani systemowo.

Doktor Ewa Raniszewska w swojej wypowiedzi stwierdziła, że nie do końca podziela opinię według której SOR-y wykonujące więcej bardziej skomplikowanych procedur są lepiej finansowane. Podała, iż w województwie pomorskim rozpiętość w finansowaniu SOR wynosi od 5 tys. zł do 19 tys. zł. Generalnie brana jest pod uwagę liczba pacjentów, którym SOR udzielił pomocy, ale nie różnicuje się ich pod względem stanu zdrowia. Fundusz nie finansuje więcej procedur niż 10, a liczba procedur wykonywanych u pacjenta w SOR szpitala o najwyższym stopniu referencyjności sięga 20. Tym samym SOR w takim szpitalu otrzymuje środki w wysokości praktycznie zbliżonej do tej jakie otrzymuje mały szpital przyjmujący więcej osób i wykonujący u nich drobne zabiegi, np. zrobienie opatrunku. W świetle powyższego, w ocenie doktor Raniszewskiej, należałoby wprowadzić kategoryzację SOR. Dyskutantka nadmieniła również, że małe szpitale rejonowe (małe SOR) stosują praktykę odsyłania pacjentów w cięższym stanie do większych szpitali zwłaszcza klinicznych. Obecny system prowadzi do sytuacji, w której najlepszym pacjentem – pod względem finansowym – jest taki pacjent, który tylko został zbadany przez lekarza w SOR i przesyłany jest na inny oddział szpitala. Podkreśliła, że właściwe finansowanie SOR uważa za absolutnie priorytetową sprawę. Nadmieniła też, że im dokładniejsza diagnostyka w SOR, tym większe zabezpieczenie szpitala przed roszczeniami pacjentów i przed wypłacaniem im wysokich odszkodowań. Należy zatem premiować szpitale, które dobrze diagnozują i które właściwie wykonują bardzo skomplikowane procedury. Stwierdziła również, że woj. pomorskim obserwuje się „ucieczkę” lekarzy z SOR do ZRM, gdyż tam praca jest lżejsza (tylko do 5-ciu wyjazdów na dobę).

Zastępca dyrektora departamentu w MZ Barbara Bańczak-Mysiak, odnosząc się do wypowiedzi poszczególnych uczestników panelu, stwierdziła, że system PRM musi być dostosowany do rzeczywistych warunków organizacyjnych i finansowych. Minister Zdrowia dokonuje zatem nie tylko reorganizacji systemu ratownictwa medycznego, ale także pozostałej części opieki zdrowotnej dostosowując ją do potrzeb ratownictwa, w szczególności w zakresie leczenia oparzeń, replantacji kończyn, czy wielonarządowych obrażeń u dzieci. Obecnie prawidłowo funkcjonuje ratownictwo pozaszpitalne. Dopracowania wymaga finansowanie SOR. Ministerstwo współpracuje z NFZ w tym zakresie. Do współpracy zaproszeni są również eksperci oraz przedstawiciele SOR i centrów urazowych. Nie wiadomo jeszcze, czy będzie to finansowanie za gotowość, czy za wykonane procedury, ale najważniejsze aby był to właściwy poziom finansowania.

Dyskutantka nadmieniła, że pozostałe oddziały szpitali w obecnym systemie opieki zdrowotnej nie są opłacane za gotowość i procedury jednocześnie, a w związku z tym wątpliwości budzi, czy należy w ten sposób wyróżniać SOR. Odnosząc się do analizy aktów prawnych oraz błędów i niedociągnięć w nich występujących stwierdziła, że sukcesywnie są one eliminowane. Zapisy w przepisach prawnych winny być jak najbardziej ogólne i dawać możliwość podejmowania decyzji na miejscu zdarzenia. Nie da się bowiem wypracować takich przepisów, aby regulowały wszystkie możliwe sytuacje. Obecnie trwają prace nad całością nowelizacji zapisów ustawy o PRM. Rolą natomiast Ministra Zdrowia jest wysłuchanie stanowisk wszystkich stron wnoszących uwagi do projektu ustawy (niejednokrotnie zgłaszane uwagi przez przedstawicieli tych samych grup zawodowych są sprzeczne ze sobą) i zaproponowanie, mając na uwadze możliwości organizacyjne podmiotów leczniczych

oraz finansowe związane z dostępnymi środkami publicznymi, najbardziej optymalnych jej zapisów końcowych. Odnosząc się do tematu transportu sanitarnego stwierdziła, że Ministerstwo Zdrowia za naganną uznaje praktykę polegającą na tym, że dyrektorzy szpitali, którzy podpisują umowy z NFZ na transport sanitarny wykorzystują ZRM do wykonywania takich transportów z powodu niezapewnienia stosownej organizacji tego transportu w ramach zawartej umowy. Nadmieniła również, że ostatni nabór do szkół policealnych na kształcenie ratowników medycznych odbędzie się w roku szkolnym 2012/2013.

Kierownik sekcji w NFZ Joanna Startek zwróciła uwagę, że istnieją znaczne różnice w poszczególnych województwach w liczbie SOR w przeliczeniu na liczbę jego mieszkańców. Podała przykład województwa śląskiego, w którym utworzono tylko 11 SOR i woj. lubelskiego, gdzie funkcjonuje aż 18 SOR. Stwierdziła, że istnieje tendencja tworzenia jak największej liczby SOR gdyż jest to sprawa prestiżowa dla szpitala. Dla NFZ jest to jednak dodatkowy podmiot, który powinien być uwzględniany w ramach środków przeznaczonych w planie finansowym na ten cel. Ma to swoje odzwierciedlenie w wysokości ryczałtów ustalanych dla SOR na terenie województwa. Nadmieniła również, że niektóre SOR nie spełniają wymagań określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia (w sprawie SOR) a mimo to wojewodowie bardzo niechętnie wykreślają je z wojewódzkich planów działania systemu, mimo takiego obowiązku. Podała, że 23 SOR, spośród 229 zakontraktowanych w 2011 r., nie spełnia wymagań określonych w ww. rozporządzeniu i dlatego na rok 2012 zostały one zakontraktowane jako izby przyjęć. Nadmieniła również, że do NFZ docierają informacje, że pacjenci odsyłani są z „gorszych” SOR do tych „lepszych”. W świetle powyższego NFZ przewidział zmianę, od lipca 2012 r., sposobu finansowania SOR, tj. alokację środków do tych SOR, które dysponują większym potencjałem wykonawczym.