



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Katowicach

LKA.411.007.02.2019

Pan Zbigniew Bajkowski
Dyrektor
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego
im. Najświętszej Maryi Panny
ul. Bialska 104/118
42-200 Częstochowa

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

I/19/007 Funkcjonowanie szpitalnych oddziałów ratunkowych w województwie śląskim

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie ¹ ul. Bialska 104/118, 42-200 Częstochowa
Kierownik jednostki kontrolowanej	Zbigniew Bajkowski, Dyrektor od 17 czerwca 2019 r. ² (akta kontroli str. 7)
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Warunki realizacji świadczeń zdrowotnych w szpitalnym oddziale ratunkowym ³ 2. Jakość i dostępność świadczeń udzielanych w SOR 3. Finansowanie i rozliczanie świadczeń wykonanych w SOR
Okres objęty kontrolą	Lata 2016-2019 (do dnia zakończenia kontroli ⁴)
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ⁵
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Katowicach
Kontrolerzy	1. Waldemar Góra, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKA/195/2019 z 14 sierpnia 2019 r. oraz nr LKA/309/2019 z 26 listopada 2019 r. 2. Wiesław Pietrzyk, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKA/201/2019 z 20 sierpnia 2019 r. (akta kontroli str. 1-4)

¹ Dalej: „Szpital”.

² Wcześniej funkcję Dyrektora pełnili: Barbara Magnuszewska-Pankiewicz (od 1 lipca 2014 r. do 31 marca 2017 r.), Janusz Kapustecki (p.o. Dyrektor w okresie 1 kwietnia – 30 września 2017 r.), Dariusz Kaczmarek (od 1 października 2017 r. do 2 stycznia 2019 r.), Bogusława Miłkowska (p.o. Dyrektor w okresie 3 stycznia – 16 czerwca 2019 r.).

³ Dalej: „SOR” lub „Oddział”.

⁴ Do 29 listopada 2019 r.

⁵ Dz. U. z 2019 r. poz. 489, ze zm.; dalej: „ustawa o NIK”.

II. Ocena ogólna⁶ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Szpital zapewnił funkcjonowanie Oddziału przy spełnieniu większości warunków wymaganych do realizacji świadczeń zdrowotnych w SOR, określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego⁷, w zakresie lokalizacji i organizacji Oddziału, wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną. Stwierdzone w tym obszarze nieprawidłowości dotyczyły niewłaściwego oznakowania SOR i ładowiska oraz dojazdu do Szpitala.

W okresie objętym kontrolą udzielanie świadczeń w Oddziale w ramach wyodrębnionej całodobowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej odbywało się z udziałem personelu w odpowiedniej liczbie, posiadającego odpowiednie kwalifikacje. W SOR Szpitala wdrożono i prawidłowo stosowano zasady segregacji medycznej pacjentów.

W poddanych szczegółowej analizie 14 miesiącach⁸, wybranych z okresu objętego kontrolą, Szpital dopuszczał praktykę polegającą na ciągłym świadczeniu pracy przez lekarzy pracujących na SOR przez ponad 31 godzin w 61 przypadkach, w tym w ośmiu przypadkach przez ponad 55 godzin, a w jednym – przez 72 godziny. W ocenie NIK, działanie takie stwarza zagrożenie dla rzetelnego wykonywania świadczeń zdrowotnych, udzielanych pacjentom tego Oddziału i w konsekwencji – dla bezpieczeństwa pacjentów SOR oraz zdrowia samych lekarzy.

Stwierdzono przypadki nierzetelnego prowadzenia zbiorczej i indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów oraz wykonywania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy niezgłoszonych do NFZ.

W okresie od stycznia 2016 r. do maja 2019 r. w Szpitalu nie podejmowano działań windykacyjnych wobec pacjentów zalegających z opłatami z tytułu uzyskanych przez nich świadczeń zdrowotnych w SOR w latach 2016-2018. W ocenie NIK postępowanie takie nie spełniało kryterium gospodarności.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowej⁹ kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Spełnianie przez Szpital warunków wymaganych do realizacji świadczeń zdrowotnych w szpitalnym oddziale ratunkowym

Opis stanu faktycznego

1.1. Wykonywanie świadczeń zdrowotnych w SOR rozpoczęto w 2006 r. na podstawie umowy¹⁰ zawartej ze Śląskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w Katowicach¹¹, obowiązującej od 1 kwietnia 2006 r.

(akta kontroli str. 7, 172-176)

1.2. SOR został zarejestrowany w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą¹² 24 lutego 2005 r. oraz umieszczony w Wojewódzkim Planie Działania

⁶ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

⁷ Dz. U. z 2019 r. poz. 1213; dalej: „rozporządzenie ws. SOR z 2019 r.”

⁸ Badaniem objęto dokumentację kadrową, listy obecności i harmonogramy dyżurów z miesięcy styczeń, kwiecień, sierpień i grudzień z lat 2016-2018 oraz styczeń i kwiecień 2019 r.

⁹ Oceny cząstkowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena cząstkowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

¹⁰ Zawartej na podstawie aneksu z 14 kwietnia 2006 r. do umowy nr 123/100147/0403/01/2005, której przedmiotem było udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne.

¹¹ Dalej: „NFZ” lub „Śląski OW NFZ”.

¹² Dalej: „RPWDL”.

Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne dla województwa śląskiego¹³, o którym mowa w art. 21 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym¹⁴.

Analiza porównawcza danych, zawartych w RPWDL i Planie (według stanu na listopad 2018 r.), o liczbie stanowisk resuscytacyjnych, stanowisk intensywnej terapii i stanowisk obserwacyjnych znajdujących się w SOR¹⁵, wykazała rozbieżności w tym zakresie. Według RPWDL w SOR liczba łóżek ogółem wynosiła cztery, w tym jedno łóżko intensywnej opieki medycznej, natomiast według Planu w Oddziale były dwa stanowiska resuscytacyjne, jedno stanowisko intensywnej terapii i cztery stanowiska obserwacyjne. W trakcie oględzin¹⁶ stwierdzono, że w SOR były trzy stanowiska resuscytacyjne (w tym jedno stanowisko w części SOR dla dzieci), dwa stanowiska intensywnej terapii i 11 stanowisk obserwacyjnych (w tym trzy stanowiska w części SOR dla dzieci).

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że aktualne dane zostaną przekazane przez Szpital do ww. rejestrów wraz z aktualizacją danych związanych z uruchomieniem w Szpitalu Centrum Urazowego¹⁷.

(akta kontroli str. 8-54, 172, 177-178, 203-204, 614-615)

1.3. W okresie 2016-2019 Szpital zapewniał transport sanitarny pacjentów SOR własną karetką oraz środkami transportu trzech podwykonawców: Stacji Pogotowia Ratunkowego w Częstochowie oraz dwóch firm prywatnych¹⁸.

(akta kontroli str. 179-180)

1.4. Przy wejściu głównym do SOR nie umieszczono właściwego oznakowania oraz stwierdzono niewłaściwe oznakowanie dojazdu do SOR i brak oznakowania dojazdu do Szpitala (co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia, w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”).

(akta kontroli str. 77-105)

1.5. SOR spełniał wymagania rozporządzenia w sprawie SOR z 2019 r.¹⁹ w zakresie lokalizacji w strukturze Szpitala, bowiem:

- umiejscowiony był na poziomie wejścia dla pieszych i podjazdu specjalistycznych środków transportu sanitarnego, z osobnym wejściem dla pieszych, oddzielnym od trasy podjazdu specjalistycznych środków transportu sanitarnego (§ 3 ust. 1 ww. rozporządzenia);
- zapewniono do niego bezkolizyjny dojazd specjalistycznych środków transportu sanitarnego (§ 3 ust. 2 ww. rozporządzenia);
- wejście dla pieszych i podjazd dla specjalistycznych środków transportu sanitarnego do SOR zorganizowano niezależnie od innych wejść i podjazdów do szpitala; wejście było przystosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych (§ 3 ust. 4 ww. rozporządzenia);

¹³ Dalej: „Plan”.

¹⁴ Dz. U. z 2019 r. poz. 993; dalej: „ustawa o PRM”.

¹⁵ W rejestrze zapisano, że w SOR liczba łóżek ogółem wynosi 4, a liczba łóżek intensywnej opieki medycznej wynosi 1. Natomiast według Wojewódzkiego Planu działania systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego dla województwa śląskiego wykazano dwa stanowiska resuscytacyjne, jedno stanowisko intensywnej terapii i cztery stanowiska obserwacyjne. W trakcie oględzin ustalono, że w SOR były trzy stanowiska resuscytacyjne (w tym jedno stanowisko w SOR dzieci), dwa stanowiska intensywnej terapii i 11 stanowisk obserwacyjnych (w tym trzy stanowiska w SOR dzieci).

¹⁶ Przeprowadzonych 26 sierpnia 2019 r.

¹⁷ Na październik 2019 r. zaplanowano w Szpitalu otwarcie Centrum Urazowego.

¹⁸ Na podstawie umów nr: DAZ.26.041.1.2014 obowiązującej w okresie 01.09.2014-31.08.2017, nr WSzS/DLL/39/2014 obowiązującej w okresie 01.07.2014-30.06.2017, nr DAZ.26.051.2017 obowiązującej w okresie 19.07.2017-18.07.2020 oraz nr DAZ.26.023.1.2017 obowiązującej w okresie 08.06.2017-07.06.2020.

¹⁹ A wcześniej zgodnie z § 4 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r. (Dz. U. z 2018 r. poz. 979); dalej: „rozporządzenie w sprawie SOR z 2011 r.”

- lokalizacja SOR zapewniała łatwą komunikację z oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii, blokiem operacyjnym²⁰, zakładem diagnostyki obrazowej oraz węzłem wewnątrzszpitalnej komunikacji pionowej (§ 3 ust. 5 ww. rozporządzenia);
- W SOR wyznaczone były własne bezkolizyjne trakty komunikacyjne, niezależne od ogólnodostępnych traktów szpitalnych (§ 3 ust. 6 ww. rozporządzenia).

(akta kontroli str. 77-89)

1.6. Stosownie do wymogu określonego w § 4 ust. 1 rozporządzenia w sprawie SOR z 2019 r., Oddział został zorganizowany w budynkach Szpitala, w których znajdował się m.in. oddział chirurgii ogólnej z częścią urazową, oddział anestezjologii i intensywnej terapii, zakład diagnostyki obrazowej oraz oddział chorób wewnętrznych²¹.

Do zakończenia kontroli udzielanie świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej²² zorganizowano w odrębnej lokalizacji Szpitala²³.

(akta kontroli str. 77-89, 615)

1.7. Odpowiednio do § 5 ust. 1 rozporządzenia w sprawie SOR z 2019 r., w skład Oddziału wchodziły następujące obszary: segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć; resuscytacyjno-zabiegowy; wstępnej intensywnej terapii; terapii natychmiastowej; obserwacji; konsultacyjny; zaplecza administracyjno-gospodarczego. Powierzchnia SOR była wystarczająca dla prawidłowego funkcjonowania wszystkich ww. obszarów. Na wyposażeniu Oddziału był sprzęt do przyłóżkowego wykonywania badań, tj. analizator parametrów krytycznych, przyłóżkowy zestaw RTG oraz przewoźny ultrasonograf, czym spełniono wymóg określony w § 4 ust. 3 rozporządzenia w sprawie SOR z 2019 r.

(akta kontroli str. 8-54)

1.8. Zgodnie z § 4 ust. 4 rozporządzenia o SOR z 2019 r., Szpital zapewniał całodobowy i niezwłoczny dostęp do badań diagnostycznych wykonywanych w medycznym laboratorium diagnostycznym, badań USG, komputerowych badań tomograficznych oraz badań endoskopowych, w tym gastrokopii, rektoskopii, bronchoskopii oraz laryngoskopii. Badania były wykonywane w pracowniach Szpitala, bez udziału podmiotów zewnętrznych.

(akta kontroli: 8-54, 181)

1.9. Szpital posiadał całodobowe lądowisko²⁴, o którym mowa w § 3 ust. 8 rozporządzenia w sprawie SOR z 2019 r., zlokalizowane w odległości ok. 130 m od budynku, w którym znajdował się Oddział, co umożliwiło przyjęcie osób, które znajdowały się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, bez pośrednictwa specjalistycznych środków transportu sanitarnego.

Lądowisko nie było odpowiednio oznakowane tablicami informacyjnymi określonymi w załączniku do rozporządzenia w sprawie SOR z 2019 r. (co szerzej opisano dalszej części wystąpienia, w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”).

²⁰ Sala operacyjna na terenie obszaru terapii natychmiastowej w SOR.

²¹ W lokalizacji Szpitala znajdował się Oddział Gastroenterologii Ogólnej i Onkologicznej z Pododdziałem Chorób Wewnętrznych.

²² Dalej: „NiŚOZ”. W związku z wejściem w życie rozporządzenia ws. SOR z 2019 r., miejsce udzielania świadczeń NiŚOZ należy zorganizować w lokalizacji Oddziału, przy czym wymagania te Szpital winien spełnić w terminie do 30 czerwca 2020 r.

²³ W odległości ok. 3,5 km od SOR Szpitala przy ul. Nowobialskiej.

²⁴ Lądowisko, na wniosek Szpitala z dnia 10 września 2018 r., zostało wpisane przez Prezesa Urzędu Lotnictwa Cywilnego decyzją z dnia 9 października 2018 r. do ewidencji lądowisk pod nr 433. Z dniem 25 stycznia 2019 r. Karta nowego, całodobowego lądowiska przyszpitalnego H298 Częstochowa została wprowadzona do Instrukcji Operacyjnej Lotniczego Pogotowia Ratunkowego.

Do czasu wybudowania i otrzymania pozwolenia na użytkowanie ww. ładowiska²⁵, Szpital korzystał z ładowiska zlokalizowanego w Rudnikach, oddalonego o 17,2 km.

(akta kontroli: 55-76, 172-173, 183-184)

1.10. Przez cały okres objęty kontrolą Szpital posiadał ważne umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń leczniczych. Warunki ubezpieczenia odpowiadały wymogom określonym w art. 136b ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych²⁶.

(akta kontroli str. 241-394)

1.11. W Szpitalu nie obowiązywały wewnętrzne regulacje dotyczące ustalania minimalnej liczby personelu medycznego niezbędnego do zabezpieczenia prawidłowego funkcjonowania Oddziału.

Kierownik SOR (a zarazem Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa Szpitala) wyjaśniła: *Minimalne zasoby kadrowe określone były w oparciu o zapisy „Dobrych praktyk postępowania w SOR i izbach przyjęć” oraz na podstawie bieżącej obserwacji obciążenia personelu medycznego.*

(akta kontroli str. 193, 514, 684)

Przeprowadzone badanie²⁷ wykazało, że Szpital spełniał wymagania w zakresie zapewnienia personelu lekarskiego i pielęgniarskiego w odpowiedniej liczbie i posiadającego odpowiednie kwalifikacje, gwarantując minimalne zasoby kadrowe określone w § 13 rozporządzenia w sprawie SOR z 2011 r., tj. lekarza kierującego oddziałem, pielęgniarki oddziałowej będącej pielęgniarką systemu oraz lekarzy, pielęgniarek lub ratowników medycznych w liczbie niezbędnej do zabezpieczenia prawidłowego funkcjonowania oddziału, w tym co najmniej jednego lekarza systemu stale przebywającego w Oddziale.

Przy wykonywaniu świadczeń w SOR Szpital zapewnił wyodrębnioną całodobową opiekę lekarską i pielęgniarską. W latach 2016-2019 pracę w Oddziale świadczyło łącznie 96 lekarzy systemu (w tym czterech na podstawie umów o pracę i 92 na podstawie umów zawartych przez Szpital z firmami zewnętrznymi) oraz 28 pielęgniarek systemu (zatrudnionych na podstawie umów o pracę).

(akta kontroli str. 492-494, 507-510)

1.12. W SOR spełniono również wymagania w zakresie zapewnienia odpowiedniej liczby i rodzaju urządzeń, w tym wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną określoną w rozporządzeniu w sprawie SOR z 2019 r. Poddane sprawdzeniu urządzenia podlegały przeglądom i posiadały aktualne dopuszczenia do użytkowania.

(akta kontroli str. 8-54)

1.13. W okresie objętym kontrolą Szpital zapewniał we własnym zakresie realizację wymaganych procedur medycznych objętych programem specjalizacji w medycynie ratunkowej, w szczególności procedur medycznych oraz badań laboratoryjnych określonych odpowiednio w załączniku nr 5 i nr 4 do zarządzenia Nr 16/2018/DSM Prezesa NFZ z dnia 28 lutego 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie: świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym oraz w zakresie: świadczenia w izbie przyjęć²⁸.

(akta kontroli str. 614)

²⁵ Do 31 grudnia 2018 r.

²⁶ Dz. U. z 2019 r. poz. 1373, ze zm.

²⁷ Do badania obsady lekarzy, pielęgniarek i ratowników medycznych na dyżurach w SOR, wybrano po 4 miesiące (styczeń, kwiecień, sierpień, grudzień) z lat 2016-2018 oraz styczeń i kwiecień z 2019 r.

²⁸ Dalej: „Zarządzenie Nr 16/2018/DSM Prezesa NFZ”.

1.14. Od 2 stycznia 2019 r. w SOR wprowadzono pilotażowo „System Informujący o Przewidywanym Czasie Oczekiwania w Kolejce w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (SIOK)”²⁹, który zgodnie z zawartą umową, funkcjonował na potrzeby pilotażu przez 90 dni. W ramach realizacji umowy zakupiono urządzenia systemu kolejkowego, wykorzystywane do nadzoru i organizacji pracy oraz obsługi pacjentów SOR, również w dalszym okresie. System SIOK obejmował proces rejestracji i segregacji medycznej pacjentów.

Ponadto, w SOR Szpitala będzie realizowany projekt pn. „Tryb obsługi Pacjenta w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (TOPSOR)”³⁰. Do dnia zakończenia niniejszej kontroli, TOPSOR nie został wdrożony z uwagi na opóźnienia w rozstrzygnięciu przetargu³¹ na zakup tego systemu.

Dyrektor wyjaśnił, że oba ww. systemy nie będą kompatybilne, ponieważ system TOPSOR będzie wykorzystywał inny system informatyczny. Ponadto Dyrektor podał, że Szpital nie poniósł dodatkowych kosztów finansowych związanych z wprowadzeniem i uruchomieniem systemu SIOK, którego zakup za 151,0 tys. zł został sfinansowany ze środków dotacji celowej otrzymanej od Ministra Zdrowia. Z kolei uruchomienie systemu TOPSOR będzie się wiązało z zatrudnieniem dodatkowego personelu na SOR: lekarza medycyny ratunkowej, ratowników medycznych i rejestratorki medycznej.

(akta kontroli str. 627-680, 683-684)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Nieprawidłowe i nieaktualne oznakowanie SOR oraz nieprawidłowe oznakowanie dojazdu do Szpitala i do SOR. Wymiary oznakowania wejścia głównego do SOR były niezgodne z wzorem określonym w dziale 3 załącznika nr 2, działu III, pkt 1 i pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 18 października 2010 r. w sprawie oznaczenia systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz wymagań w zakresie umundurowania członków zespołów ratownictwa medycznego³².

Przy wjeździe do SOR w pasie drogowym ul. Nowobialskiej umieszczono, bez zgody zarządcy drogi, białą tablicę informacją z czarnymi literami o treści „Dojazd do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego”.

Na zewnętrznej ścianie wjazdu specjalistycznych środków transportu sanitarnego do SOR umieszczono napis „Centrum Urazowe”, podczas gdy w trakcie oględzin takie Centrum nie zostało jeszcze uruchomione w Szpitalu. W rejonie ulic przylegających do Szpitala, tj. ul. Nowobialskiej i ul. Obrońców Westerplatte, brak było właściwego oznakowania Szpitala oraz oznaczenia jego bliskości, a istniejące oznakowanie drogowe pionowe zamontowane na wjeździe do SOR, nie spełniało wymagań³³ określonych w załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Infrastruktury z 3 lipca 2003 r. w sprawie szczegółowych warunków technicznych dla znaków i sygnałów drogowych oraz urządzeń bezpieczeństwa ruchu drogowego i warunków ich umieszczania na drogach³⁴.

Kierownik SOR wyjaśniła, że oznakowanie SOR nie zostało prawidłowo oznakowane po zakończeniu prac remontowych, a Dyrektor Szpitala podał, że Szpital jest w trakcie wykonania prawidłowego oznaczenia wejścia głównego do

²⁹ Zakupiony na podstawie umowy nr DRM/85141/6220/SIOK/18/742 z 27 listopada 2018 r.

³⁰ Na podstawie umowy z Lotniczym Pogotowiem Ratunkowym nr 355/DN/2019 z 24 czerwca 2019 r.

³¹ Ogłoszonego przez Ministerstwo Zdrowia.

³² Dz. U. z 2018 r. poz. 1251.

³³ Znaki były wypłowiałe, nieczytelne, zasłonięte roślinnością, a system szlabanu ograniczającego wjazd do SOR nie działał.

³⁴ Dz. U. Nr 220 poz. 2181 (w brzmieniu obowiązującym do dnia 25 listopada 2019 r. .

SOR, a ponadto wystąpił z wnioskiem do Miejskiego Zarządu Dróg i Transportu w Częstochowie o wykonanie oznakowania w rejonie ulic przylegających do Szpitala.

(akta kontroli str. 77-89, 100, 529)

2. Łądowisko Szpitala nie zostało oznakowane tablicami informacyjnymi, wymaganymi i szczegółowo określonymi w załączniku do rozporządzenia w sprawie SOR z 2019 r. Zgodnie z pkt 6 ww. załącznika, ładowisko oznacza się co najmniej dwiema tablicami informacyjnymi o wymiarach 297 mm x 420 mm, zgodnymi z określonym wzorem.

Kierownik SOR wyjaśniła, że odpowiednie oznakowanie nie zostało uzupełnione po przeprowadzonej modernizacji ładowiska, a Dyrektor Szpitala podał, że Szpital jest w trakcie wykonania prawidłowego oznaczenia ładowiska zgodnego z rozporządzeniem.

(akta kontroli str. 55-76, 100, 529)

OCENA CZĄSTKOWA

Szpital spełniał w większości warunki wymagane do realizacji świadczeń zdrowotnych w SOR, tj. wymogi w zakresie lokalizacji i organizacji Oddziału w strukturze Szpitala, wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, które poddawano przeglądom i posiadały aktualne dopuszczenia do użytkowania. Stwierdzone w tym zakresie nieprawidłowości dotyczyły oznakowania: SOR, ładowiska oraz dojazdu do Szpitala i do Oddziału.

W poddanych szczegółowej analizie 14 miesiącach Szpital zagwarantował pacjentom SOR udzielanie świadczeń w ramach wyodrębnionej całodobowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej, zapewnionej przez personel w odpowiedniej liczbie i posiadający odpowiednie kwalifikacje.

OBSZAR

2. Jakość i dostępność świadczeń udzielanych w szpitalnym oddziale ratunkowym

Opis stanu faktycznego

2.1. SOR obejmował swoim działaniem ok. 500 tys. osób, w tym ludność miasta Częstochowy (ok. 225 tys.), powiatu częstochowskiego (ok. 135 tys.) oraz powiatów ościennych. Zdaniem Dyrektora Szpitala, planowane uruchomienie Centrum Urazowego (opisane w punkcie 1.2. niniejszego wystąpienia), *pozwoli na zwiększenie efektywności ratownictwa medycznego, przede wszystkim poprzez zabezpieczenie populacji minimum jednego miliona osób zamieszkujących obszar pozwalający na dotarcie z miejsca zdarzenia w czasie do 1,5 godziny.*

W latach 2016-2019 (I półrocze) liczba pacjentów, którym udzielono świadczenia w SOR wynosiła odpowiednio: 58,8 tys., 58,8 tys., 56,7 tys. oraz 27,8 tys. (tj. średnio 4,8 tys. pacjentów miesięcznie). Największą część pacjentów SOR, tj. 56,1%, została zakwalifikowana do kategorii II stanu zdrowia pacjenta w SOR³⁵. Drugą co do wielkości grupę stanowili pacjenci kategorii III stanu zdrowia (22,3%), a następnie kategorii I (10,7%). Najmniej było tzw. pacjentów ciężkich (niewiele ponad 5,5%), zakwalifikowanych do kategorii IV, V i VI³⁶.

³⁵ Na podstawie zarządzenia Nr 16/2018/DSM Prezesa NFZ finansowanie świadczeń udzielonych w SOR odbywa się w oparciu o stawkę ryczałtu dobowego, którego składową jest m.in. liczba pacjentów zakwalifikowanych do odpowiedniej kategorii stanu zdrowia. Kategorie te ustalane są odpowiednio do wykonanych procedur medycznych (określonych w załączniku nr 3 do zarządzenia) i posiadają ustalone wagi punktowe, wpływające na poziom finansowania świadczeń. Rozróżnia się sześć kategorii stanu zdrowia od I do VI (kategoria I – o najniższej wadze punktowej, pacjenci z lżejszymi dolegliwościami; kategoria VI – o najwyższej wadze punktowej, dotyczy tzw. pacjentów ciężkich).

³⁶ Pozostałą grupę stanowili pacjenci, których leczenie zostało sfinansowane przez NFZ w ramach rozliczenia hospitalizacji na innych oddziałach Szpitala lub koszty ich leczenia pokryte zostały przez służbę więzienną, a także osoby nieubezpieczone.

Liczba pacjentów przywiezionych przez ZRM stanowiła 4,7% wszystkich pacjentów SOR i w poszczególnych latach wyniosła odpowiednio: 2,3 tys., 2,7 tys., 2,7 tys. i 1,8 tys.

W ww. okresie liczba wykonanych procedur medycznych³⁷ na SOR wynosiła odpowiednio: 329,5 tys., 314,8 tys., 296,7 tys. oraz 166,6 tys., w tym największy udział (82,2%) stanowiły procedury kategorii II, w ramach której pacjentom udzielano następujących świadczeń: rozszerzona diagnostyka (badania laboratoryjne – pakiet dodatkowy, RTG przeglądowe, USG), konsultacja, małe zabiegi.

(akta kontroli str. 685-687, 694-695)

W ocenie Kierownik SOR, wśród pacjentów zgłaszających się na Oddział, ok. 60% kwalifikowałoby się do udzielenia pomocy przez lekarza w ramach podstawowej opieki zdrowotnej³⁸, w NiŚOZ lub w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej³⁹.

Dyrektor Szpitala podał, że pacjenci zgłaszają się do SOR z powodu odmowy udzielenia pomocy w ramach POZ lub NiŚOZ oraz z uwagi na długi termin oczekiwania w AOS, wskazując często jako powód obecności w SOR – nasilenie się występujących wcześniej objawów choroby.

(akta kontroli str. 683-687)

2.2. Odpowiednio do przepisu § 2 ust. 2 rozporządzenia w sprawie SOR z 2019 r., SOR nie realizował zadań Izby Przyjęć, tj. przyjęcia osób skierowanych na leczenie w trybie planowym.

(akta kontroli str. 106-168)

2.3. Analiza czasu pracy lekarzy SOR⁴⁰ wykazała, że w 61 przypadkach 22 lekarzy (w tym dwóch zatrudnionych w Oddziale na podstawie umowy o pracę) pełniło dyżury na SOR nieprzerwanie od 31 do nawet 72 godzin, tj.:

- w 7 przypadkach przez 31 godzin,
- w 34 przypadkach przez 40 godzin 25 minut,
- w 11 przypadkach przez 48 godzin,
- w 6 przypadkach przez 55 godzin,
- w 2 przypadkach przez 64 godziny 25 minut,
- w 1 przypadku przez 72 godziny.

W 48 przypadkach powyższe dotyczyło lekarzy pełniących dyżury wyłącznie na podstawie umów zawartych przez Szpital z podmiotami zewnętrznymi, a w 13 przypadkach dyżury świadczyli lekarze zatrudnieni zarówno na podstawie umowy o pracę oraz na podstawie ww. umów cywilnoprawnych.

Szerzej powyższą kwestię opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

(akta kontroli str. 507-510)

W odniesieniu do kwestii dobrych praktyk zawartych w dokumencie „Dobre praktyki postępowania w szpitalnych oddziałach ratunkowych i w izbach przyjęć”⁴¹, Kierownik SOR wyjaśniła, że ww. „Dobre praktyki...” *nie posiadają rangi aktów prawnych*,

³⁷ Tj. procedur, którym zgodnie z klasyfikacją ICD-9 przypisano jedną z kategorii z przedziału I-VI, określonych w załączniku nr 3 do zarządzenia Nr 16/2018/DSM Prezesa NFZ.

³⁸ Dalej: „POZ”.

³⁹ Dalej: „AOS”.

⁴⁰ Badaniem objęto dokumentację kadrową, listy obecności i harmonogramy dyżurów z miesięcy styczeń, kwiecień, sierpień i grudzień z lat 2016-2018 oraz styczeń i kwiecień 2019 r.

⁴¹ Opracowanym w 2017 r. przez Ministerstwo Zdrowia i Konsultanta Krajowego w dziedzinie medycyny ratunkowej.

jednak Szpital dążąc do zwiększenia bezpieczeństwa pacjentów uwzględnił zapisy dobrych praktyk oraz zestaw standardów akredytacyjnych w treści wewnętrznych procedur postępowania(...), m.in. w zakresie przyjmowania pacjentów w stanach zagrożenia życia TRIAGE, czy przyjmowania pacjentów nieplanowych, w trybie nagłym.

(akta kontroli str. 482, 529)

2.4. Organizacja udzielania świadczeń w Oddziale została określona w regulaminie SOR⁴² oraz w obowiązujących w Szpitalu wewnętrznych procedurach, dotyczących m.in. przyjmowania pacjentów w stanach zagrożenia życia (*Procedura przyjęcia pacjentów w stanach zagrożenia życia – TRIAGE*⁴³), czy postępowania z pacjentami w przypadku odmowy przyjęcia do Szpitala.

(akta kontroli str. 106-168)

W obowiązującej w Szpitalu Procedurze TRIAGE (przed wejściem w życie zasad segregacji medycznej ustalonych w rozporządzeniu w sprawie SOR z 2019 r.), zawarto następujące uregulowania umożliwiające segregację medyczną chorych w zależności od stopnia natężenia bólu i rodzaju objawów klinicznych:

- kolor czerwony – pierwsza kolejność przyjęcia – tryb natychmiastowy,
- kolor żółty – druga kolejność przyjęcia – tryb pilny do 10 minut,
- kolor zielony – trzecia kolejność przyjęcia – tryb odroczoney.

Badanie dokumentacji medycznej pacjentów, które szczegółowo opisano w punkcie 2.5. niniejszego wystąpienia, potwierdziło, że w SOR wdrożono i prawidłowo stosowano Procedurę TRIAGE. Uwzględniając stan zdrowia, pacjentom przypisywano odpowiedni kolor oznaczający kategorię pilności udzielania świadczeń i udzielano pomocy z czasie określonym w obowiązującej procedurze.

W związku z wprowadzeniem od 1 lipca 2019 r. zmian w przepisach dotyczących SOR, pacjenci Szpitala byli przydzielani⁴⁴ do jednej z pięciu kategorii zróżnicowanych pod względem stopnia pilności udzielenia świadczeń zdrowotnych, tj. zgodnie z § 6 ust. 9 rozporządzenia w sprawie SOR z 2019 r.⁴⁵, a czas oczekiwania pacjentów na pierwszy kontakt z lekarzem wynosił od 0 do 9 minut⁴⁶ i odpowiadał czasowi oczekiwania ustalonemu dla poszczególnych kategorii pilności udzielenia świadczeń.

(akta kontroli str. 483-489)

W poszczególnych obszarach SOR, na tablicach informacyjnych zamieszczono informacje: (...) *pacjenci z przydzielonym kolorem zielonym lub niebieskim mogą zostać przekierowani do podstawowej opieki zdrowotnej lub nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej*⁴⁷. Przy czym, do zakończenia kontroli w Szpitalu nie dopełniono obowiązku ustalonego w rozporządzeniu w sprawie SOR z 2019 r. (w § 6 ust. 12, w związku z § 15 pkt 1), tj. nie określono w regulaminie organizacyjnym Szpitala zasad kierowania ww. osób do POZ, ani nie podano ich do publicznej wiadomości. Nie wypełniono także dyspozycji pozostałych przepisów tego rozporządzenia (określonych § 13, w związku z § 15 pkt 1), dotyczących uregulowania przekazania pacjenta SOR do leczenia w innych oddziałach szpitala.

⁴² Wprowadzonym Zarządzeniem Dyrektora Szpitala nr 186 z 2 października 2018 r.

⁴³ Procedura P-CO1C-55 opracowana 5 marca 2018 r.; dalej: „Procedura TRIAGE”. Wcześniej (od 2013 r.) w SOR stosowano trzystopniową segregację medyczną, bez formalnej procedury w tym zakresie.

⁴⁴ Stwierdzono na podstawie analizy dokumentacji medycznej 10 pacjentów przyjętych do SOR w sierpniu 2019 r.

⁴⁵ Do zakończenia kontroli NIK nie dokonano aktualizacji Procedury TRIAGE.

⁴⁶ Co stwierdzono w przypadku dziewięciu pacjentów. W dokumentacji jednego pacjenta nie podano czasu podjęcia pierwszych czynności medycznych na Oddziale.

⁴⁷ W treści powyższej informacji błędnie wskazano podstawę prawną regulującą tę kwestię, tj. przywołano § 11 ppkt. 6, tymczasem w rozporządzeniu w sprawie SOR z 2019 r. uregulowania w tym zakresie zawarto w § 6 ust. 11.

Powyższe kwestie szerzej opisano w dalszej części wystąpienia, w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

(akta kontroli str.160-168, 483-489)

Kierownik SOR podała, że obowiązek segregacji medycznej pacjentów spowodował konieczność zatrudnienia dodatkowego personelu SOR. Szpital jest na etapie pozyskiwania dodatkowego personelu medycznego, co stanowi duże wyzwanie dla kierownictwa Szpitala, z uwagi na trudną sytuację w służbie zdrowia w tym zakresie.

Ponadto, Kierownik SOR stwierdziła: *Procedura TRIAGE jako rozwiązanie zastosowane w szpitalnych oddziałach ratunkowych poprawiło bezpieczeństwo pacjentów poprzez określenie stanu zdrowia pacjenta oraz, co za tym idzie, nadanie stopnia pilności przyjęcia oraz wykonania właściwej diagnostyki.*

(akta kontroli str. 482)

2.5. Na podstawie analizy wybranej dokumentacji zbiorczej⁴⁸ i indywidualnej pacjentów SOR⁴⁹, stwierdzono:

– księgi raportów lekarskich i pielęgniarskich nie były prowadzone w sposób zgodny z § 30 i § 31 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁵⁰, co szczegółowo opisano w dalszej części wystąpienia, w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”;

– pierwsza strona dokumentacji indywidualnej zawierała oznaczenie pacjenta zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 2 ww. rozporządzenia, a kolejne strony – co najmniej imię i nazwisko pacjenta, stosownie do wymogu określonego w § 6 ww. rozporządzenia;

– godziny przyjęcia i wypisania z SOR w indywidualnej dokumentacji były tożsame z godzinami widniejącymi w księdze oddziału i księdze głównej pacjenta;

– w dziewięciu przypadkach w dokumentacji odnotowano wynik badania na obecność alkoholu (we wszystkich przypadkach stwierdzono wynik pozytywny), a w jednym przypadku odnotowano wynik badania na obecność środków odurzających;

– w 139 zbadanych przypadkach dla pacjentów zaprowadzono dokumentację medyczną z pobytu w SOR, a w jednym przypadku (nr 15542 z 14 kwietnia 2018 r.) pacjentowi nie założono historii choroby na SOR, bowiem ze względu na stan zdrowia, pacjent wymagał natychmiastowego przekazania na inny oddział Szpitala;

– w dokumentacji 84 pacjentów podano czas podjęcia pierwszych czynności medycznych na Oddziale, co pozwoliło dokonać weryfikacji prawidłowości stosowania Procedury TRIAGE. W przypadku 54 pacjentów, brak było takich danych.

Kierownik SOR wyjaśniła, że obowiązek odnotowywania „początku udzielania pomocy”, został wprowadzony dopiero rozporządzeniem ws. SOR z 2019 r., a za moment udzielenia pomocy na SOR należy przyjąć moment rejestracji pacjenta, ponieważ wówczas ratownicy medyczni dokonali oceny stanu zdrowia pacjenta;

⁴⁸ Księgi raportów lekarskich, księgi raportów pielęgniarskich za styczeń, kwiecień, sierpień i grudzień z lat 2016-2018 oraz styczeń i kwiecień 2019 r.

⁴⁹ Łącznie zbadano dokumentację 140 pacjentów (spośród 65 738 przyjętych na SOR w tym okresie, tj. 0,2%), po 10 z każdego miesiąca: w latach 2016-2018: styczeń, kwiecień, sierpień i grudzień, a w roku 2019: styczeń i kwiecień).

⁵⁰ Dz. U. poz. 2069, zwane dalej „rozporządzeniem ws. dokumentacji medycznej”.

– w pięciu przypadkach⁵¹ (tj. w 4,3%) czynności w zakresie udzielania świadczeń w SOR zostały wykonane przez osoby niezgłoszone do NFZ jako personel Oddziału (co opisano szczegółowo w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”);

– w 51 przypadkach (tj. 36,4%) dokumentacja medyczna była niekompletna i nie zawierała indywidualnych kart informacyjnych z leczenia szpitalnego, w tym w 19 przypadkach dokumentacja nie zawierała podpisów i danych lekarzy wykonujących badania lekarskie, (co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”).

(akta kontroli str. 483-489, 511-517, 586-609)

2.6. W kontrolowanym okresie do Szpitala wpłynęło 170 skarg pacjentów, z czego 21 (tj. 12,3%) skarg dotyczyło SOR⁵². Cztery skargi na SOR dotyczyły długiego czasu oczekiwania pacjenta⁵³ (z czego trzy uznano za niezasadne), kolejne cztery skargi dotyczyły ograniczenia dostępności świadczeń lub odmowy przyjęcia⁵⁴ (jedna uznana za niezasadną), a osiem skarg dotyczyło nieodpowiedniego zachowania personelu medycznego SOR⁵⁵ (pięć uznano za niezasadne).

We wszystkich przypadkach podejmowano działania mające na celu wyjaśnienie zaistniałej sytuacji i udzielano skarżącym pisemnej odpowiedzi. W przypadku uznania skargi za zasadną, do pacjenta kierowano pismo wyjaśniające, zawierające przeprosiny, a z personelem przeprowadzano rozmowę mającą na celu wyeliminowanie podobnych przypadków w przyszłości. Skargi zostały rozpatrzone w terminie określonym w Kodeksie postępowania administracyjnego⁵⁶.

(akta kontroli: 173, 194-201, 482)

Ponadto, w okresie objętym kontrolą skargi dotyczące działania SOR wpłynęły także do Śląskiego OW NFZ (dwie skargi) oraz do podmiotu tworzącego Szpital, tj. Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego⁵⁷ (dziewięć skarg).

We wszystkich przypadkach, w NFZ i w Urzędzie Marszałkowskim wszczęto postępowania wyjaśniające, w wyniku których cztery skargi uznano za bezzasadne, z czego w jednym przypadku prowadzone postępowanie zostało umorzone postanowieniem Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w Częstochowie, a następnie postanowienie to zostało utrzymane w mocy przez Okręgowy Sąd Lekarski w Częstochowie.

W siedmiu przypadkach skargi zostały uznane za zasadne i dotyczyły niewłaściwego zachowania lekarzy (w dwóch przypadkach), niewypisania zwolnień lekarskich przez lekarzy (w dwóch przypadkach), błędnie wystawionych recept (w dwóch przypadkach) oraz w jednym przypadku – złego oznaczenia SOR, utrudniającego dotarcie do niego.

W ww. siedmiu przypadkach, do skarżących wystosowano pisma wyjaśniające, zawierające przeprosiny, a w dwóch przypadkach, dotyczących błędnie wystawionych recept, zwrócono koszty poniesione na zakup leków.

(akta kontroli: 518-522)

⁵¹ Historie choroby zarejestrowane w księdze przyjęć pod nr 65559316 z 16 stycznia 2017 r., nr 652589426 z 14 sierpnia 2017 r., nr 546848642387 z 30 grudnia 2017 r., nr 15249 z 12 kwietnia 2018 r. oraz nr 1574566434766 z 4 kwietnia 2019 r.

⁵² Osiem skarg dotyczących SOR wpłynęło w 2016 r., cztery w 2017 r., siedem w 2018 r. i dwie w 2019 r.

⁵³ Skargi zarejestrowane w rejestrze skarg pod numerami: 2/2016, 25/2016, 26/2016 oraz 21/2018.

⁵⁴ Skargi zarejestrowane w rejestrze skarg pod numerami: 3/2017, 7/2017, 18/2017 oraz 4/2018.

⁵⁵ Skargi zarejestrowane w rejestrze skarg pod numerami: 1/2016, 2/2016, 7/2016, 25/2016, 17/2017, 16/2018, 20/2018 oraz 21/2018.

⁵⁶ Zgodnie z art. 237 § 1 Kodeksu postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2018 r. poz. 2096, ze zm.) Organ właściwy do załatwienia skargi powinien załatwić skargę bez zbędnej zwłoki, nie później jednak niż w ciągu miesiąca.

⁵⁷ Dalej: „Urząd Marszałkowski”.

Ponadto, w trakcie niniejszej kontroli, do NIK wpłynęła skarga dotycząca długiego czasu oczekiwania w SOR personelu zespołów ratownictwa medycznego (ZRM). Zdaniem skarżącego, personel karetki po przywiezieniu pacjenta do Oddziału, znajduje się często w sytuacji zbyt długiego czasu oczekiwania na przekazanie pacjenta do SOR, co powodowane jest koniecznością transportowania chorego do poszczególnych oddziałów, a w konsekwencji uniemożliwia udzielanie pomocy następnym potrzebującym.

Z danych przekazanych przez kierownictwo ZRM w Częstochowie i w Kłobucku wynika, że w 51 analizowanych przypadkach⁵⁸ pacjentów przywiezionych do SOR przez ZRM, czas przebywania personelu ZRM w Szpitalu wyniósł średnio 20 minut (wahał się od 0 do 57 minut). W 29 przypadkach (tj. 56,9%) czas oczekiwania składu karetki na przekazanie pacjenta pod opiekę personelu SOR nie przekroczył 20 minut, w 17 przypadkach (33,3%) wynosił od 20 do 40 minut, a w pięciu (9,8%) – przekroczył 40 minut.

W odniesieniu do powyższego, z wyjaśnień złożonych przez kierownictwo ww. ZRM wynika, że przypadki długiego oczekiwania personelu ZRM na przejęcie pacjenta przez SOR Szpitala występowały incydentalnie. Z kolei, Dyrektor Szpitala podał, że pacjenci przywożeni przez ZRM są przyjmowani w pierwszej kolejności, a występujące przypadki kiedy personel ZRM *jest proszony o przetransportowanie pacjenta do łóżka* (na inny oddział Szpitala – przyp. NIK), dotyczyć mogą wyłącznie sytuacji pacjentów w bardzo złym stanie, podczas ich reanimacji lub po wypadku.

(akta kontroli: 92, 160-168, 495-506, 530, 684)

2.7. W okresie objętym kontrolą nie wystąpiły przypadki czasowego zawieszenia działalności SOR, ani nie istniało ryzyko zagrożenia ciągłości udzielania świadczeń.

(akta kontroli: 173)

2.8. Spośród 115 kontroli, jakie zostały przeprowadzone w Szpitalu w okresie objętym kontrolą, jedna dotyczyła SOR⁵⁹. W 2017 r. Państwowy Inspektor Sanitarny skontrolował wykonanie szczepień przeciwko tężcowi i nie stwierdził w tym zakresie nieprawidłowości oraz nie wydał zaleceń ani wniosków.

(akta kontroli: 173, 185-188, 202)

2.9. W Szpitalu została opracowana procedura postępowania z pacjentem w przypadku odmowy przyjęcia do Szpitala⁶⁰ (obowiązująca w SOR oraz w Izbie Przyjęć) określająca, że odmowa przyjęcia pacjenta może nastąpić, jeżeli nie zachodzi przypadek niecierpiący zwłoki, a brak hospitalizacji nie spowoduje dla pacjenta niebezpieczeństwa, w szczególności utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub pogorszenia stanu zdrowia, w następujących przypadkach:

- braku wskazań lekarskich do hospitalizacji,
- braku zgody pacjenta na hospitalizację,
- braku wolnych miejsc w oddziale,
- braku możliwości udzielenia pomocy specjalistycznej ze względu na zakres udzielanych przez Szpital świadczeń.

W ww. procedurze określono również sposób postępowania z pacjentem, a także odpowiedzialność i uprawnienia personelu Szpitala w przypadku wystąpienia takich sytuacji.

(akta kontroli: 153-159, 458)

⁵⁸ Dane uzyskano odnośnie 51 pacjentów (spośród 140 badanych), którzy zostali przywiezieni do SOR przez ZRM.

⁵⁹ Kontrola zarejestrowana w książce kontroli pod numerem 25/2017.

⁶⁰ Procedura P-CO7-41 z 5 kwietnia 2018 r.

Liczba odmów przyjęcia do SOR wyniosła łącznie w badanym okresie 1 247, w tym 355 w 2016 r., 377 w 2017 r., 365 w 2018 r. i 150 w pierwszym półroczu 2019 r. W 864 przypadkach (tj. 69,3%) pacjenci nie wyrazili zgody na hospitalizację, w 379 przypadkach (30,4%) pacjenci samowolnie opuścili SOR, a w 4 przypadkach przyczyną nieudzielenia świadczenia był brak możliwości hospitalizacji ze strony Szpitala, wynikający z braku oddziałów: urologii czy transplantologii.

(akta kontroli: 153-159, 458)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W wybranej do szczegółowej analizy indywidualnej dokumentacji medycznej 140 pacjentów, stwierdzono przypadki niewłaściwego jej prowadzenia. Dokumentacja ta była niekompletna bowiem nie zawierała:

– indywidualnych kart informacyjnych z leczenia szpitalnego (w 51 przypadkach⁶¹), co stanowiło naruszenie § 15 ust. 1 pkt 9 rozporządzenia ws. dokumentacji medycznej,

– podpisów i danych lekarzy wykonujących badania (w 19 przypadkach spośród ww. 51) co stanowiło naruszenie § 16 ust. 1 pkt 7, w związku z § 10 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia ws. dokumentacji medycznej.

Odnośnie braku kart informacyjnych z leczenia szpitalnego, Kierownik SOR wyjaśniła, że sytuacja taka mogła mieć miejsce w przypadkach, kiedy na prośbę pacjentów wydano im „karty konsultacyjne”, zamiast kart informacyjnych. Z kolei przypadki nieoznaczenia w dokumentacji danych lekarzy uzasadniła koniecznością pilnego przekazania pacjentów do oddziałów Szpitala lub potrzebą udzielenia pilnej pomocy innym pacjentom. Kierownik SOR dodała, że biorąc pod uwagę liczbę prawie 200 pacjentów SOR na dobę, co daje ok. 40 pacjentów przypadających na jednego lekarza, kompletne wypełnienie historii choroby zajmuje bardzo dużo czasu i nie przyczynia się do poprawy bezpieczeństwa pacjentów.

Zdaniem NIK przedstawione powyżej okoliczności nie mogą, w świetle obowiązujących przepisów, w pełni usprawiedliwiać niewłaściwego dokumentowania przebiegu leczenia pacjentów w SOR.

(akta kontroli str. 483-489, 514-515)

2. Księgi raportów lekarskich, stanowiące część dokumentacji zbiorczej wewnętrznej SOR, nie zawierały wpisów lekarzy, do czego zobowiązuje § 30 rozporządzenia ws. dokumentacji medycznej.

W ww. księgach Kierownik SOR zawarła zobowiązanie dla lekarzy dyżurujących w SOR do dokonywania codziennych wpisów w księgach.

Kierownik SOR wyjaśniła: *Przy nadmiarze wpisów przypadających na lekarzy nie były one możliwe do wykonania. Wszelkie moje interwencje w tym zakresie były bezskuteczne, ponieważ w opinii lekarzy brakowało czasu na uzupełnianie wpisów w księgach, przy jednoczesnej realizacji zadań SOR i opiece nad pacjentem w stanie zagrożenia życia.*

(akta kontroli str. 483-489, 586-595, 611)

3. Księgi raportów pielęgniarskich SOR nie zawierały numerów kolejnych wpisów oraz treści raportów, z uwzględnieniem imienia i nazwiska (lub innych informacji pozwalających na identyfikację pacjentów), opisów zdarzeń, ich okoliczności i podjętych działań, tj. danych określonych w § 31 ust. 2-4 ww. rozporządzenia ws. dokumentacji medycznej.

⁶¹ Spośród 140 zbadanych, tj. 36,4%.

Kierownik SOR wyjaśniając powyższe, ponownie zwróciła uwagę na dużą liczbę pacjentów Oddziału, którzy wymagają długiego czasu na udzielenie im pomocy, kosztem braku wolnego czasu na wypełnianie dokumentacji.

(akta kontroli str. 483-489, 596-609, 611)

Zdaniem NIK, przedstawione powyżej okoliczności nie mogą w pełni usprawiedliwiać niewłaściwego dokumentowania leczenia pacjentów w SOR. Izba uważa, że mimo bardzo dużej liczby pacjentów SOR, na lekarzach i pielęgniarzach ciąży obowiązek właściwej realizacji przepisów rozporządzenia ws. dokumentacji medycznej. Postanowienia powołanego rozporządzenia precyzyjnie wskazują elementy konieczne do wykazania w dokumentacji medycznej. W ocenie NIK celowe jest zatem systematyczne egzekwowanie od personelu medycznego prawidłowego prowadzenia dokumentacji medycznej przez kierownictwo Szpitala.

4. W pięciu przypadkach badanej dokumentacji indywidualnej pacjentów (3,6% badanej próby) świadczeń zdrowotnych na SOR udzielali lekarze niewykazani w załączniku do umowy z NFZ, czym naruszono § 8 ust. 1 zarządzenia Nr 16/2018/DSM Prezesa NFZ, zgodnie z którym świadczenia opieki zdrowotnej objęte umową z NFZ, udzielane są osobiście przez osoby posiadające określone kwalifikacje, wymienione w załączniku nr 2 do umowy – „Harmonogramy – zasoby”. Ponadto, zgodnie z § 2 ust. 1 pkt 1 oraz ust. 9 i 10 umowy z NFZ⁶², świadczenia winny być udzielane przez wskazane osoby, a obowiązkiem Szpitala było bieżące aktualizowanie danych o potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy (za pomocą udostępnionych przez NFZ aplikacji informatycznych).

Kierownik SOR wyjaśniła, że lekarz zgłoszony do realizacji świadczeń na Oddziale Neurologii, nie został wykazany jako lekarz SOR, ponieważ był lekarzem konsultującym na SOR, natomiast w jednym przypadku świadczeń udzielił lekarz realizujący program specjalizacyjny w oparciu o umowę specjalizacyjną, zgłoszony do NFZ z opóźnieniem. Ponadto dodała, że podjęła decyzję o zgłoszeniu do NFZ wszystkich lekarzy konsultujących, z Oddziałów Okulistyki, Laryngologii i Neurologii Szpitala.

(akta kontroli str.483-489, 513-517, 531-546)

5. W wyniku analizy czasu pracy lekarzy SOR⁶³ ustalono, że w 13 przypadkach dwóch lekarzy SOR, zatrudnionych w Szpitalu na podstawie umowy o pracę, bezpośrednio przed lub po świadczeniu pracy w wymiarze 7 godzin i 35 minut, pełniło dyżur na Oddziale nieprzerwanie powyżej 24 godzin, tj. czas ich pracy wynosił od 31 do nawet 55 godzin (w sześciu przypadkach było to 31 godzin, w kolejnych sześciu 55 godzin i w jednym przypadku 48 godzin). Sytuacje te wystąpiły w 2018 r. (dziewięć razy) i w pierwszym półroczu 2019 r. (cztery razy).

W zaistniałych powyżej przypadkach omijano przepisy art. 97 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁶⁴, zgodnie z którymi pracownikowi przysługuje w każdej dobie prawo do co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku, a pracownikowi pełniącemu dyżur medyczny ww. okres odpoczynku powinien być udzielony bezpośrednio po zakończeniu pełnienia dyżuru medycznego. Ponadto, art. 132 § 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r.

⁶² Umowa nr 123/100147/03/8/2017 z 9 października 2017 r. o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Wcześniej obowiązywała umowa nr 123/100147/0403/01/2005 z 16 grudnia 2004 r.

⁶³ Badaniem objęto dokumentację kadrową, listy obecności i harmonogramy dyżurów z miesięcy styczeń, kwiecień, sierpień i grudzień z lat 2016-2018 oraz styczeń i kwiecień 2019 r.

⁶⁴ Dz. U. z 2018 r. poz. 2190, ze zm..

Kodeks pracy⁶⁵, zawiera analogiczny zapis dotyczący nieprzerwanego odpoczynku dobowego.

Kierownik SOR wyjaśniła, że przyczyną pracy lekarzy powyżej 24 godzin była konieczność zapewnienia udzielania pomocy pacjentom w stanie zagrożenia życia, spowodowana *zmniejszającą się liczbą lekarzy, którzy chcieliby realizować pracę w SOR, a także ciągła rotacja tych pracowników, którzy często podejmowali pracę na krótki okres.*

(akta kontroli str. 507-510, 529-530)

W odniesieniu do powyższych wyjaśnień, NIK zauważa, że w okresie objętym kontrolą Szpital zawarł umowy z podmiotami zewnętrznymi, których przedmiotem było zabezpieczenie opieki lekarskiej podczas dyżurów na SOR. Zgodnie warunkami umów, Szpital miał do dyspozycji w każdym badanym miesiącu ponad 50 lekarzy (a od kwietnia 2018 r. nawet ponad 60⁶⁶), z których mógł skorzystać przy obsadzaniu dyżurów. Tak duża liczba lekarzy pozostających w dyspozycji Szpitala, winna umożliwić organizację czasu pracy lekarzy SOR przy zapewnieniu im należytego odpoczynku.

Zdaniem NIK, dopuszczenie przez Szpital do sytuacji (stwierdzono 13 takich przypadków), w której lekarz wykonywał świadczenia zdrowotne pacjentom SOR na podstawie umowy o pracę, a ponadto pełnił dyżury w tym oddziale na podstawie umowy cywilnoprawnej zawartej z podmiotem zewnętrznym, miało na celu obejście obowiązujących przepisów prawa dotyczących nieprzerwanego odpoczynku dobowego pracownika, trwającego co najmniej 11 godzin. Powołane przepisy Kodeksu pracy mówią o konieczności zapewnienia pracownikowi nieprzerwanego odpoczynku dobowego, co oznacza, że w okresie doby, tj. 24 godzin od rozpoczęcia przez pracownika pracy zgodnie z obowiązującym go rozkładem czasu pracy, pracodawca ma obowiązek zapewnić pracownikowi co najmniej nieprzerwanie 11 godzin odpoczynku. W czasie tych 11 godzin pracownik nie może pozostawać w dyspozycji pracodawcy.

6. Regulamin organizacyjny Szpitala nie zawierał zasad kierowania osób, którym przydzielono kategorii pilności oznaczone kolorem zielonym lub niebieskim, do miejsc udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu POZ. W regulaminie nie określono również zasad dotyczących postępowania z pacjentami SOR, których dalsze leczenie wymagało przeniesienia na inne oddziały Szpitala. Ponadto, uregulowania te nie zostały podane do publicznej wiadomości.

Powyższe było niezgodne z zapisami § 6 ust. 12 oraz § 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia w sprawie SOR z 2019 r. Ponadto, w związku z § 15 pkt 1 tego rozporządzenia, na spełnienie powyższych wymagań Szpital miał czas do 30 września 2019 r.

W regulaminie Szpitala (§ 34) zawarto ustalenie, że SOR posiada regulamin wewnątrzoddziałowy, w którym określone zostaną powyższe regulacje wymagane rozporządzeniem w sprawie SOR z 2019 r., jednak do dnia zakończenia kontroli NIK, regulamin wewnątrzoddziałowy SOR zawierający ww. zasady nie został opracowany.

Dyrektor wyjaśnił: *Prace nad Regulaminem Wewnątrzoddziałowym trwają jednak wstrzymywane są przez przeciągającą się reformę SOR'ów. Sytuacja spowodowana jest m.in. za sprawą nierozstrzygniętego od niemal siedmiu miesięcy przetargu na*

⁶⁵ Dz. U. z 2019 r. poz. 1040; dalej: „Kodeks pracy”.

⁶⁶ Na podstawie umów zawartych z podmiotami zewnętrznymi oraz umów indywidualnych z lekarzami, Szpital miał do dyspozycji w badanych miesiącach: w 2016 r.: 50 lekarzy w styczniu, 52 w kwietniu i sierpniu i 55 w grudniu, w 2017 r. odpowiednio 56, 56, 55 i 61, w 2018 r. 53, 60, 62 i 65 oraz w 2019 r.: w styczniu 65 i w kwietniu 64 lekarzy.

system TOPSOR oraz braku szczegółowych wytycznych co do jednolitego systemu triażowania czy integracji TOPSOR ze szpitalnymi systemami HIS.

(akta kontroli str.160-168, 483-489)

Zdaniem NIK, przepisy rozporządzenia w sprawie SOR z 2019 r. jednoznacznie określają obowiązki w wyżej przedstawionym zakresie oraz termin na ich wypełnienie. Niezależnie od przywołanych przez Dyrektora okoliczności wdrażania systemu TOPSOR, zasady dotyczące sprawowania opieki nad pacjentami SOR winny zostać ustalone i opublikowane odpowiednio do postanowień obowiązujących przepisów.

OCENA CZĄSTKOWA

W SOR wdrożono i prawidłowo stosowano procedury segregacji medycznej pacjentów. Stwierdzono przypadki nierzetelnego prowadzenia zbiorczej i indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów Oddziału oraz wykonywania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy niewymienionych w załączniku do umowy z NFZ. Prawidłowo rozpatrywano skargi dotyczące funkcjonowania Oddziału.

W Szpitalu dopuszczono praktykę polegającą na udzielaniu świadczeń przez lekarzy nieprzerwanie przez ponad 31 godzin (w dziewięciu przypadkach przez ponad 55 godzin), co zdaniem NIK stwarzało zagrożenie należytego wykonywania świadczeń zdrowotnych, a nawet zagrożenie dla bezpieczeństwa pacjentów SOR.

Zdaniem NIK, pomimo że przepisy Kodeksu pracy nie obowiązują lekarzy udzielających świadczeń na podstawie umów cywilnoprawnych, to niezapewnienie im odpowiedniego czasu odpoczynku mogło powodować ich przemęczenie i również negatywnie wpływać na sposób udzielania świadczeń w Oddziale, a w skrajnych przypadkach – stwarzać także zagrożenia zdrowia samych lekarzy.

3. Finansowanie i rozliczanie świadczeń wykonywanych w szpitalnym oddziale ratunkowym

Opis stanu faktycznego

3.1. W okresie 2016-2019 (I półrocze) liczba świadczeń udzielonych przez SOR utrzymywała się na zbliżonym poziomie i wynosiła 46 856 w 2016 r., 47 949 w 2017 r., 46 155 w 2018 r. oraz 22 998 w pierwszym półroczu 2019 r. Wartość ww. świadczeń stale wzrastała i wyniosła w poszczególnych latach odpowiednio 9 437,0 tys. zł, 12 357,1 tys. zł, 11 875,5 tys. zł oraz 6 356,0 tys. zł.

(akta kontroli: 182)

3.2. W tym samym okresie Szpital uzyskał przychody z tytułu świadczeń wykonywanych w SOR w łącznej kwocie 44 551,3 tys. zł, w tym 10 155,6 tys. zł w 2016 r., 13 143,9 tys. zł w 2017 r., 13 434,0 tys. zł w 2018 r. oraz 7 817,8 tys. zł w pierwszym półroczu 2019 r. Największą część (96,0%) stanowiły przychody z NFZ w kwocie 42 754,1 tys. zł. Na pozostałą wartość 1 797,2 tys. zł składały m.in. przychody z tytułu wpłat nieubezpieczonych pacjentów, środki otrzymane z Ministerstwa Zdrowia za szkolenie rezydentów.

(akta kontroli: 459)

3.3. Koszty funkcjonowania SOR (wraz z ambulatorium) wyniosły łącznie 44 401,4 tys. zł, w tym 9 854,9 tys. zł w 2016 r., 10 295,4 tys. zł w 2017 r., 15 568,2 tys. zł w 2018 r. oraz 8 682,9 tys. zł w pierwszym półroczu 2019 r. Koszty bezpośrednie (np. koszt zakupu leków, pensje personelu SOR) wyniosły 30 355,2 tys. zł (68,4%), koszty pośrednie (np. wynagrodzenia personelu technicznego Szpitala w części dotyczącej SOR) 2 776,6 tys. zł (6,3%), natomiast koszty procedur medycznych udzielonych w SOR 11 269,6 tys. zł (25,4%).

Spośród kosztów wykonanych procedur, najwyższą wartość stanowiły koszty pracowni RTG (łącznie 4 323,0 tys. zł, tj. 38,4% kosztów procedur), koszty laboratorium (2 245,2 tys. zł, tj. 19,9%) oraz tomografii komputerowej (2 225,5 tys. zł, tj. 19,7%).

(akta kontroli: 189-192, 547-562)

W latach 2016-2017 Szpital uzyskał wyższe przychody od poniesionych kosztów o 300,7 tys. zł w 2016 r. i o 2 848,5 tys. zł w 2017 r. Z kolei w 2018 r. oraz w pierwszym półroczu 2019 r. poniesione koszty przewyższyły przychody odpowiednio o 2 134,2 tys. zł oraz o 865,1 tys. zł i wynikały głównie ze zwiększonych kosztów dyżurów lekarskich na SOR oraz z większej liczby wykonanych procedur medycznych przez zakłady diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej.

(akta kontroli: 614-618)

3.4. W kontrolowanym okresie Szpital nie występował o zwiększenie stawki ryczałtu do Funduszu, korzystając jedynie ze zmian stawek ryczałtu dokonywanych po weryfikacji świadczeń przez NFZ. W kolejnych latach okresu objętego kontrolą nastąpił wzrost stawki dobowej ryczałtu z 25,6 tys. zł w 2016 r. do 34,9 tys. zł w I półroczu 2019 r.

(akta kontroli: 181-182)

3.5. W latach 2016-2019 (I półrocze) wystąpiły przypadki leczenia osób nieobjętych ubezpieczeniem zdrowotnym. Szpital wystawił faktury dla 1 311 nieubezpieczonych pacjentów, z tytułu udzielonych im w SOR świadczeń opieki zdrowotnej, na łączną kwotę 351,5 tys. zł, z czego 128,1 tys. zł w 2016 r., 74,9 tys. zł w 2017 r., 82,4 tys. zł w 2018 oraz 66,1 tys. zł w pierwszym półroczu 2019 r. Z ww. kwoty, łączna kwota nieuregulowanych zobowiązań wyniosła 255,3 tys., zł (tj. 72,6%) i dotyczyła 946 pacjentów⁶⁷. Działania windykacyjne wobec osób, które nie uregulowały zobowiązań z tego tytułu, nie podejmowano wcale, albo podjęto ze zwłoką, dopiero w czerwcu 2019 r., co szerzej opisano poniżej, w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

(akta kontroli: 460-479, 563-585, 616, 626)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość:

W okresie od stycznia 2016 r. do maja 2019 r. Szpital nie podejmował działań windykacyjnych wobec pacjentów zalegających z opłatami, ani nie występował do wójta (burmistrza, prezydenta) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania pacjenta nieubezpieczonego, o wydanie dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy. Dopiero w czerwcu 2019 r., do Działu Radców Prawnych Szpitala przekazano informacje o zaległościach (powstałych w okresie od sierpnia 2018 r. do lutego 2019 r.) 107 pacjentów na łączną kwotę 34,3 tys. zł, celem podjęcia działań mających na celu odzyskanie należności za ich pobyt w SOR, na podstawie których sporządzono pozwy o zapłatę w postępowaniu upominawczym, które zostały przekazane dłużnikom.

Dyrektor podał, że powodem zaniechania dochodzenia roszczeń wobec osób nieubezpieczonych była niska skuteczność tych działań. Jak wyjaśniła Kierownik Działu Organizacyjno-Prawnego Szpitala, podejmowane w latach wcześniejszych działania, mające na celu odzyskanie należności od ww. osób, nie przynosiły

⁶⁷ W tym: w 2016 r. 282 pacjentów nie uregulowało łącznie 93,6 tys. zł, w 2017 r. 137 pacjentów 46,0 tys. zł, w 2018 r. 205 pacjentów 59,7 tys. zł, w pierwszym półroczu 2019 r. 210 pacjentów 51,9 tys. zł.

oczekiwanych rezultatów, ponieważ w większości dłużnicy nie posiadali żadnych źródeł utrzymania ani majątku, a w niektórych przypadkach okazywało się, że pod wskazanym adresem dłużnik nie zamieszkuje.

(akta kontroli: 460-479, 563-585, 616, 626)

Wyjaśnienie powyższe, w ocenie NIK, nie mogą w pełni usprawiedliwiać powyższych zaniechań, ponieważ całkowity brak działań windykacyjnych naraził Szpital na ryzyko utraty przychodów z tytułu wykonanych świadczeń, i to w sytuacji gdy w 2018 r. i I półroczu 2019 r. wykazano stratę na działalności SOR.

Ponadto, obowiązek dochodzenia roszczeń przez jednostki sektora finansów publicznych wynika z art. 42 ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych⁶⁸, a opóźnienia w podejmowaniu działań mających na celu uzyskanie zapłaty za realizację świadczeń, zmniejszają dodatkowo możliwość otrzymania należnych środków, bowiem w windykacji należności istotna jest szybkość podjęcia działań. W interesie Szpitala było podjąć wszystkie możliwe działania, mające na celu odzyskanie należnych zobowiązań.

OCENA CZĄSTKOWA

Tylko w latach 2016-2017 funkcjonowanie SOR zapewniło uzyskanie dodatniego wyniku finansowego na jego działalności. Począwszy od 2018 r. Oddział generował stratę (pomimo corocznego wzrostu stawki dobowej ryczałtu), na co największy wpływ miał wzrost kosztów wynagrodzeń personelu SOR.

NIK krytycznie ocenia niepodjęcie w okresie od stycznia 2016 r. do maja 2019 r. czynności przewidzianych prawem zmierzających lub mogących się przyczynić do odzyskania należności od pacjentów zalegających z opłatami z tytułu uzyskanych przez nich świadczeń zdrowotnych w SOR w latach 2016-2018. Zaniechanie dochodzenia należności Izba ocenia jako działanie niespełniające kryterium gospodarności.

IV. Uwagi i wnioski

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

Uwagi

NIK zwraca uwagę na konieczność:

1. Zapewnienia organizacji udzielania świadczeń przez lekarzy w sposób umożliwiający skorzystanie przez nich z prawa do odpoczynku w wymiarze określonym w obowiązujących przepisach;
2. Rzetelnego prowadzenia dokumentacji medycznej pacjentów w SOR;
3. Zapewnienia udzielania świadczeń medycznych w SOR wyłącznie przez personel zgłoszony do NFZ;
4. Zaktualizowania wewnętrznych uregulowań dotyczących segregacji medycznej pacjentów, poprzez dostosowanie do obowiązujących przepisów, w celu uniknięcia ewentualnych wątpliwości personelu Oddziału co do sposobu postępowania z pacjentem, który trafi na SOR.

⁶⁸ Dz. U. z 2019 r. poz. 869.

Wnioski NIK wnosi o:

1. **Podjęcie działań windykacyjnych wobec pacjentów zalegających z opłatami z tytułu udzielonych im świadczeń opieki zdrowotnej;**
2. **Określenie w regulaminie organizacyjnym Szpitala, wymaganych rozporządzeniem w sprawie SOR z 2019 r. uregulowań dotyczących zasad postępowania z pacjentem w SOR, oraz podanie ich do publicznej wiadomości;**
3. **Dostosowanie oznakowania SOR i ładowiska do wymogów obowiązujących przepisów.**

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

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

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

Katowice, 30 grudnia 2019 r.

Kontroler nadzorujący
Katarzyna Gradzik
Doradca ekonomiczny

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Katowicach