



Narodowy Fundusz Zdrowia

Departament Kontroli
Terenowy Wydział Kontroli II w Bydgoszczy

Nr kontroli: DK.TWK-II.4840.013.2026.SZP

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

Podstawa prawna kontroli: art. 61a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, z późn. zm.), zwanej dalej "ustawą o świadczeniach"

I. DANE IDENTYFIKACYJNE KONTROLI:

<i>Numer kontroli:</i>	DK.TWK-II.4840.013.2026.SZP
<i>Komórka przeprowadzająca kontrolę:</i>	Narodowy Fundusz Zdrowia Departament Kontroli Terenowy Wydział Kontroli II w Bydgoszczy
<i>Kontrolerzy i osoby realizujące czynności kontrolne:</i>	1. Kinga Kaczyńska, kontroler Narodowego Funduszu Zdrowia, kierownik zespołu kontrolującego, pracownik Terenowego Wydziału Kontroli II w Bydgoszczy, upoważnienie nr DK.TWK-II.4840.013.2026.42 z dnia 08.04.2026 r., legitymacja służbowa nr 10/2021, 2. Tomasz Łutomirski, p.o. Kierownika Działu Realizacji Kontroli Terenowego Wydziału Kontroli II w Bydgoszczy, upoważnienie nr DK.TWK-II.4840.013.2026.43 z dnia 08.04.2026 r., numer dokumentu pozwalającego na ustalenie tożsamości zgodnie z udzielonym upoważnieniem. (dowód: akta kontroli lp. 1-3)
<i>Podmiot kontrolowany:</i>	Powiatowy Szpital w Aleksandrowie Kujawskim Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Słowackiego 18, 87-700 Aleksandrów Kujawski
<i>Kierownik podmiotu kontrolowanego:</i>	Mariusz Trojanowski – Prezes Zarządu
<i>Numer statystyczny REGON:</i>	911344332
<i>Dane o wpisach we właściwej ewidencji:</i>	Rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą – (W-04) nr 000000002894 Krajowy Rejestr Sądowy nr 0000199929 (dowód akta kontroli lp. 1, 5, 6, 11)
<i>Umowa z NFZ (kontrolowana)</i>	Umowa zawarta z Narodowym Funduszem Zdrowia nr 2023/W0245/PSZ z dnia 30 grudnia 2022 r. (z aneksami) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej w zakresach: anestezjologia i intensywna terapia – hospitalizacja, anestezjologia i intensywna terapia – hospitalizacja – świadczenia udzielane osobom do ukończenia 18. roku życia (świadczenia finansowane odrębnie w PSZ), chirurgia ogólna – hospitalizacja oraz chirurgia ogólna – hospitalizacja - świadczenia udzielane osobom do ukończenia 18. roku życia (świadczenia finansowane odrębnie w PSZ).
<i>Temat kontroli:</i>	Realizacja umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej w zakresach: anestezjologia i intensywna terapia – hospitalizacja,

	anestezjologia i intensywna terapia – hospitalizacja – świadczenia udzielane osobom do ukończenia 18. roku życia (świadczenia finansowane odrębnie w PSZ), chirurgia ogólna – hospitalizacja oraz chirurgia ogólna – hospitalizacja - świadczenia udzielane osobom do ukończenia 18. roku życia (świadczenia finansowane odrębnie w PSZ).
<i>Zakres przedmiotowy kontroli, w tym okres objęty kontrolą:</i>	Weryfikacja realizacji umowy nr 2023/W0245/PSZ z dnia 30 grudnia 2022 r. (z aneksami) w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej w zakresach: – anestezjologia i intensywna terapia - hospitalizacja (kod zakresu 03.4260.040.02), – anestezjologia i intensywna terapia – hospitalizacja – świadczenia udzielane osobom do ukończenia 18. roku życia (świadczenia finansowane odrębnie w PSZ) (kod zakresu 03.4260.600.02), – chirurgia ogólna - hospitalizacja (kod zakresu 03.4500.030.02), – chirurgia ogólna – hospitalizacja - świadczenia udzielane osobom do ukończenia 18. roku życia (świadczenia finansowane odrębnie w PSZ) (kod świadczenia 03.4500.600.02), w obszarze zapewnienia dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej - okres objęty kontrolą: 15.03.2026 r. (dowód: akta kontroli lp. 1, 8)
<i>Data rozpoczęcia kontroli:</i>	07.04.2026 r.
<i>Przerwy w kontroli:</i>	Nie dotyczy
<i>Data zakończenia kontroli:</i>	06.05.2026 r.
<i>Miejsce/miejsca przeprowadzenia kontroli:</i>	Siedziba: - Powiatowego Szpitala w Aleksandrowie Kujawskim Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością ul. Słowackiego 18, 87-700 Aleksandrów Kujawski, - Terenowego Wydziału Kontroli II w Bydgoszczy ul. Łomżyńska 33, 85-863 Bydgoszcz.
<i>Daty przeprowadzenia czynności kontrolnych w miejscach, o których mowa w art. 61i ust. 1 ustawy o świadczeniach:</i>	07.04.2026 r., 10.04.2026 r. 14.04.2026 r. – 3 dni

II. OCENA OGÓLNA:

Na podstawie opisanych niżej ustaleń faktycznych, Narodowy Fundusz Zdrowia negatywnie ocenia realizację w dniu 15.03.2026 r. kontrolowanej umowy nr 2023/W0245/PSZ z dnia 30 grudnia 2022 r. (z aneksami) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej w zakresach: anestezjologia i intensywna terapia – hospitalizacja, anestezjologia i intensywna terapia – hospitalizacja – świadczenia udzielane osobom do ukończenia 18. roku życia (świadczenia finansowane odrębnie w PSZ), chirurgia ogólna – hospitalizacja oraz chirurgia ogólna – hospitalizacja - świadczenia udzielane osobom do ukończenia 18. roku życia (świadczenia finansowane odrębnie w PSZ).

Powyższą ocenę ogólną uzasadnia przedstawiona niżej ocena odnosząca się do obszaru objętego badaniem kontrolnym.

III. OPIS USTALONEGO STANU FAKTYCZNEGO:

Zapewnienie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej - okres objęty kontrolą: 15.03.2026 r.

A) Opis stanu faktycznego:

W wyniku analizy doniesień medialnych, Narodowy Fundusz Zdrowia na podstawie art. 61v ust. 1 pkt 2 i 3 ustawy o świadczeniach, wszczął w dniu 7 kwietnia 2026 r. postępowanie kontrolne w podmiocie: Powiatowy Szpital w Aleksandrowie Kujawskim Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Słowackiego 18, 87-700 Aleksandrów Kujawski.

Zgodnie z danymi zawartymi w dokumentacji kadrowej stwierdzono, że 24-godzinny dyżur lekarski w dniu 15 marca 2026 r. (niedziela) w Oddziale Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej pełnił [REDAKTOWANE], natomiast w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii [REDAKTOWANE].

Zgodnie z grafikami pracy pielęgniarek w dniu 15 marca 2026 r. w Oddziale Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej w godzinach 7-19 obecne były [REDAKTOWANE], natomiast w godz. 19-7 (dnia następnego) obecne były [REDAKTOWANE], [REDAKTOWANE].

W przypadku Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii obecne były [REDAKTOWANE] a (godz. 19-7 dnia następnego), [REDAKTOWANE] a (godz. 7-19), [REDAKTOWANE] (godz. 19-7 dnia następnego).

Na podstawie weryfikacji zbiorczej dokumentacji medycznej, potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez Prezesa Zarządu Powiatowego Szpitala w Aleksandrowie Kujawskim Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, w tym dziennika ruchu chorych, księgi raportów lekarskich i pielęgniarskich ustalono, że w dniu 15 marca 2026 r. w Oddziale Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej przebywało łącznie 23 pacjentów, natomiast w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii przebywało łącznie 5 pacjentów. Na żadnej z ww. list nie znajduje się [REDAKTOWANE] pomimo faktu, iż dane [REDAKTOWANE] znajdują się w dokumentacji zbiorczej obu oddziałów z dnia 15 marca 2026 r.

Z wpisów z dnia 15 marca 2026 r. zawartych w księdze raportów lekarskich Oddziału Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej wynika, że „[REDAKTOWANE]”, ale jednocześnie w ww. księdze znajduje się wpis: „[REDAKTOWANE]”.

[REDAKCE]

Po dokonaniu analizy danych zawartych w księdze raportów lekarskich Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii prowadzonej w wersji elektronicznej stwierdzony został brak jakichkolwiek wpisów o interwencji dotyczącej [REDAKCE]. Jednocześnie w dokumentacji prowadzonej równolegle w formie papierowej odnotowana została [REDAKCE]. Ponadto pod pozycją 32 dokumentu zawierającego informację o przeprowadzonych [REDAKCE] odnotowano dane [REDAKCE] (bez nr PESEL oraz [REDAKCE]) ze wskazaniem [REDAKCE], a także dane lekarzy i pielęgniarzy [REDAKCE] oraz lekarza zlecającego [REDAKCE]. Zastosowanie znieczulenia potwierdza również [REDAKCE].

W pierwszym dniu prowadzonych czynności kontrolnych lekarz [REDAKCE] w trakcie spotkania z Zespołem Kontrolującym i osobami upoważnionymi do reprezentowania Świadczeniodawcy, przedłożył Zespołowi Kontrolującemu indywidualną dokumentację medyczną [REDAKCE] z dnia 15 marca 2026 r. opatrzoną pieczęcią Poradni Chirurgicznej Powiatowego Szpitala w Aleksandrowie Kujawskim, która zawiera opis udzielonego świadczenia, a także [REDAKCE]

Jednocześnie w dniu 7 kwietnia 2026 r. przyjęto od przedstawiciela Świadczeniodawcy - Prezesa Zarządu Mariusza Trojanowskiego - oświadczenie w sprawie dokumentacji medycznej [REDAKCE] z dnia 15 marca 2026 r. o treści: „Zgodnie z przeprowadzonym postępowaniem wyjaśniającym zostało ustalone, że Szpital nie posiada dokumentacji wymaganej przepisami prawa – indywidualnej.”

Na podstawie przedstawionych dokumentów Zespół Kontrolujący ustalił, że:

1. [REDAKCE] miał udzielone świadczenie zdrowotne (potwierdzone wpisami w dokumentacji zbiorczej przedstawionej przez Świadczeniodawcę oraz indywidualnej przedstawionej przez lek. [REDAKCE]) poza systemem świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w Szpitalu Powiatowym w Aleksandrowie Kujawskim Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ponieważ:
 - w dniu udzielenia świadczenia nie by [REDAKCE] Oddziału Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej – brak [REDAKCE] w dzienniku ruchu chorych, brak nadanego numeru księgi głównej, brak indywidualnej dokumentacji medycznej wytworzonej w Oddziale,
 - w dniu udzielenia świadczenia nie by [REDAKCE] Izby Przyjęć – brak wpisu w wykazie odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych udzielanych w Izbie Przyjęć,
 - pomimo wytworzenia dokumentacji indywidualnej z pieczęcią Poradni Chirurgicznej nie by [REDAKCE] również pacje [REDAKCE] tej poradni – poradnia w niedzielę jest nieczynna, lekarz wykonujący zabieg nie jest zgłoszony do umowy z NFZ jako personel Poradni Chirurgicznej, a sam zabieg wykonano w [REDAKCE] na Oddziale Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, co potwierdzają wpisy w dokumentacji zbiorczej z ww. Oddziału oraz Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii (prowadzonej w wersji papierowej).

Warto również zaznaczyć, że nie został zachowany tryb przyjęcia pacjenta opisany w Regulaminie Organizacyjnym Powiatowego Szpitala w Aleksandrowie Kujawskim Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością nr 7/2024 z dnia 08.05.2024 r.¹:

„ § 21 ust. 1 regulaminu organizacyjnego

„Izba Przyjęć

1. Do zadań Izby Przyjęć w szczególności należy:

- 1) rejestracja pacjentów zgłaszających się do szpitala w trybie nagłym i planowym oraz prowadzenie całodobowo ruchu chorych i prowadzenie dokumentacji medycznej,
- 2) wstępna diagnostyka i kwalifikacja chorych do dalszego leczenia szpitalnego bądź ambulatoryjnego przez lekarzy innych komórek organizacyjnych na wezwanie personelu Izby Przyjęć,
- 3) przyjmowanie pacjentów zakwalifikowanych do leczenia szpitalnego,
- 4) udzielenie pomocy medycznej chorym nie zakwalifikowanym do leczenia w szpitalu lub zakwalifikowanym, których przyjęcie nastąpi w terminie późniejszym,
- 5) współpraca z innymi komórkami organizacyjnymi oraz podmiotami leczniczymi.”

„ § 28 ust. 1, 2, 4, 5, 6, 9 regulaminu organizacyjnego

„1. **O przyjęciu do szpitala decyduje w Izbie Przyjęć lekarz, po zapoznaniu się ze stanem zdrowia pacjenta, na podstawie skierowania do szpitala wystawionego: przez lekarza wraz załączonymi wynikami niezbędnych badań, po uzyskaniu zgody pacjenta, jego przedstawiciela ustawowego lub faktycznego opiekuna.**

2. W stanach nagłych skierowanie nie jest wymagane.

3. Pacjenci przyjmowani na hospitalizacji w oddziałach **zaopatrywani są w identyfikatory, pozwalające na ustalenie imienia i nazwiska oraz daty urodzenia pacjenta, zapisane w sposób uniemożliwiający identyfikacji pacjenta przez osoby nieuprawnione.** (...)

5. **Przy przyjęciu do szpitala pacjentowi zakłada się niezwłocznie dokumentacji medyczną spełniającą wymogi Rozporządzenia MZ.**

6. **W historii choroby leczenia szpitalnego, przy przyjęciu należy uzyskać pisemne wskazanie przez pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego:**

- 1) **osoby, upoważnionej przez pacjenta do uzyskiwania informacji o jego stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej oraz danych umożliwiających kontakt z tą osobą lub pisemne oświadczenie o braku takiego upoważnienia,**
- 2) **osoby upoważnionej przez pacjenta do uzyskiwania dokumentacji, a w przypadku śmierci do wglądu do dokumentacji medycznej, ze wskazaniem imienia i nazwiska osoby upoważnionej lub pisemne oświadczenie o braku takiego upoważnienia. (...)**

9. **Realizacja określonych świadczeń zdrowotnych może nastąpić wyłącznie po uzyskaniu zgody pacjenta, a przypadku zabiegu operacyjnego lub zastosowania metody leczenia albo diagnostyki o podwyższonym ryzyku, po uzyskaniu zgody pacjenta na piśmie.”**

Powyższe zapisy jednoznacznie wskazują, że Świadczeniodawca posiada wewnętrzne procedury dokładnie opisujące zadania Izby Przyjęć oraz czynności jakie należy podjąć w trakcie przyjęcia pacjenta do szpitala. Odnosząc się do świadczenia udzielonego ww. pacjentowi – procedury te nie zostały zachowane, co skutkuje powyżej opisanymi wnioskami.

¹ zwany dalej „regulaminem organizacyjnym”

2. Oddział Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej

Zgodnie z zapisami załącznika nr 3 lp. 9 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego² w ramach zakresu chirurgia ogólna - hospitalizacja należy zapewnić całodobową opiekę lekarską we wszystkie dni tygodnia (może być łączona z innymi oddziałami o profilu zabiegowym).

Jak wynika z danych zawartych w przekazanych dokumentach, jedyny lekarz dyżurujący w tym oddziale [REDAKTOWANE] w trakcie dyżuru wykonywał [REDAKTOWANE] i poza systemem świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Świadczeniodawca odnosząc się do sposobu zapewnienia opieki w Oddziale Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, w trakcie gdy lekarz dyżurny wykonywał [REDAKTOWANE], zajął następujące stanowisko: „(...) zgodnie z zapisami załącznika numer 3 lp. 9 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 870 z późn. zm.) w części dotyczącej organizacji udzielania świadczeń wskazano warunek cyt. „zapewnienie całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia (może być łączona z innymi oddziałami o profilu zabiegowym)”. W dniu 15.03.2026r. w Szpitalnej Izbie Przyjęć dyżur pełnił drugi chirurg lekarz [REDAKTOWANE]”.

Rozpatrując powyższe wyjaśnienia należy na wstępie dokonać ustaleń czy izba przyjęć jest oddziałem o profilu zabiegowym.

Zgodnie z załącznikiem nr 1 do rozporządzenia w sprawie leczenia szpitalnego w skład izby przyjęć wchodzi w miejscu udzielania świadczeń, w szczególności:

- a) punkt rejestracji,
- b) pomieszczenie zapewniające przeprowadzenie badań związanych z przyjęciem pacjenta do szpitala lub do udzielania doraźnej pomocy ambulatoryjnej,
- c) pomieszczenie zapewniające wykonywanie doraźnych zabiegów,
- d) co najmniej jedna łazienka wyposażona w wózek-wannę dostępną dla osób niepełnosprawnych,
- e) co najmniej jeden ustęp przystosowany dla świadczeniobiorców niepełnosprawnych,
- f) pomieszczenia gospodarczo-magazynowe przeznaczone w szczególności do przechowywania czystej bielizny, brudnej bielizny, sprzętu medycznego i czasowego depozytu,
- g) zapewnienie możliwości krótkotrwałej izolacji pacjenta, u którego stwierdzono chorobę zakaźną, lub z podejrzeniem zachorowania na chorobę zakaźną,
- h) co najmniej jedno pomieszczenie oraz łazienka wyposażone w sposób dostosowany do przyjmowania dziecka, w przypadku gdy IP jest również miejscem przyjmowania dzieci.

Z kolei zgodnie z definicją izby przyjęć zawartą w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą³ jest to zespół pomieszczeń, w którym:

- a) przyjmuje się do szpitala,
- b) wykonuje się doraźne zabiegi,
- c) udziela się doraźnej pomocy ambulatoryjnej.

² Dz.U. z 2023 r. poz. 870 z późn. zm. zwane dalej „rozporządzeniem w sprawie leczenia szpitalnego”

³ Dz.U. z 2022 r. poz. 402

Jednocześnie w załączniku nr 1 do ww. rozporządzenia „Szczegółowe wymagania, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia szpitala” dokonano wyraźnego rozdzielenia wymagań przewidzianych dla „izby przyjęć” oraz dla „zespołu pomieszczeń pielęgnacyjnych w oddziale”. Zgodnie z powyższymi zapisami izba przyjęć składa się z:

- 1) punktu rejestracji pacjentów i poczekalni;
- 2) pomieszczenia zapewniającego przeprowadzenie badań związanych z przyjęciem pacjenta do szpitala;
- 3) co najmniej jednego pomieszczenia higieniczno-sanitarnego wyposażonego dodatkowo w natrysk i wózek-wannę, przystosowanego dla osób niepełnosprawnych, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich

Z kolei „zespół pomieszczeń pielęgnacyjnych w oddziale” obejmuje:

- 1) pokoje łóżkowe;
- 2) punkt pielęgniarski z pokojem przygotowawczym pielęgniarskim;
- 3) gabinet diagnostyczno-zabiegowy;
- 4) pomieszczenia higieniczno-sanitarne wyposażone dodatkowo w natrysk, w tym co najmniej jedno przystosowane dla osób niepełnosprawnych, w szczególności poruszających się na wózkach inwalidzkich;
- 5) brudownik - pomieszczenie służące do opróżniania, dezynfekowania i przechowywania kacek i basenów lub niszczenia tego rodzaju pojemników jednorazowego użytku oraz składowania brudnej bielizny, wyposażone w umywalkę, płuczkę-dezynfektor lub urządzenie do dekontaminacji oraz utylizacji wkładów jednorazowych wraz z zawartością, które powinno być zainstalowane w sposób eliminujący zagrożenia dla pacjentów - w przypadku stosowania basenów i kacek jednorazowych, oraz w wentylację mechaniczną wyciągową.

Odnosząc się do powyższych zapisów, jednoznacznie należy stwierdzić, że izba przyjęć jako komórka organizacyjna nie może być kwalifikowana jako *sensu stricto* oddział szpitalny, z uwagi na inną strukturę organizacyjną i inne wymagania wobec pomieszczeń izby przyjęć oraz oddziałów szpitalnych.

Biorąc pod uwagę powyższe należy stwierdzić, że izba przyjęć nie jest oddziałem o profilu zabiegowym.

Ponadto zgodnie z definicją „świadczenia w izbie przyjęć”, zawartą w zarządzeniu nr 8/2024/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 26 stycznia 2024 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenia szpitalnego w zakresie świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym oraz w zakresie świadczenia w izbie przyjęć (ze zm.), jest to **„świadczenie opieki zdrowotnej - ambulatoryjnej pomocy doraźnej udzielone w trybie nagłym osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, w rozumieniu przepisów ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, które nie zakończyło się hospitalizacją w tej samej placówce.”**

Nie ulega wątpliwości, że oddziały szpitalne służą do realizacji świadczeń w trybie hospitalizacji, rozumianej jako „całodobowe udzielanie świadczeń gwarantowanych w trybie planowym albo nagłym, obejmujące proces diagnostyczno-terapeutyczny oraz proces pielęgnowania i rehabilitacji,

od chwili przyjęcia świadczeniobiorcy do chwili jego wypisu albo zgonu⁴, natomiast w ramach izby przyjęć udzielane są świadczenia ambulatoryjnej pomocy doraźnej, które nie zakończyły się hospitalizacją.

W rezultacie powyższych ustaleń **nie można przyjąć**, iż obecność w izbie przyjęć na dyżurze lekarza chirurga stanowi zabezpieczenie dla pacjentów oddziału chirurgii ogólnej, w sytuacji gdy jedyny lekarz dyżurujący w tym oddziale wykonywał zabieg pacjentowi poza systemem świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Co istotne, realizacja w trakcie dyżuru medycznego powyższego zabiegu, skutkowałą ograniczeniem dostępności do świadczeń oraz stwarzała realne zagrożenie dla bezpieczeństwa pacjentów, którym Świadczeniodawca powinien zapewnić opiekę medyczną w ramach umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia.

3. Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii

Zgodnie z § 11 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii⁵ udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu intensywnej terapii w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii wymaga stałej obecności lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii oraz pielęgniarki anestezjologicznej w oddziale, z zastrzeżeniem określonym w pkt 2a tj. lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii może opuścić oddział w celu przeprowadzenia resuscytacji lub innych czynności z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii z **wyjątkiem znieczulenia u pacjenta poza oddziałem**, jeżeli uzna, że opuszczenie oddziału nie stanowi bezpośredniego zagrożenia dla życia pacjentów na nim przebywających.

Również w załączniku 1 części II lp. 1 do ww. rozporządzenia wskazano, że w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii w szpitalu należy, wyodrębnić całodobową opiekę lekarską - jednocześnie przez co najmniej 1 lekarza specjalistę anestezjologii i intensywnej terapii we wszystkie dni tygodnia (nie może być łączona z innymi oddziałami lub wykonywaniem świadczeń z zakresu anestezji).

Ponadto zgodnie z zapisami załącznika nr 3 lp. 2 rozporządzenia w sprawie leczenia szpitalnego w miejscu udzielania świadczeń anestezjologii i intensywnej terapii należy wyodrębnić:

1) całodobową opiekę lekarską - lekarz specjalista anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji lub anestezjologii i intensywnej terapii we wszystkie dni tygodnia (nie może być łączona z innymi oddziałami lub wykonywaniem świadczeń z zakresu anestezji);

1a) lekarz specjalista może opuścić oddział anestezjologii i intensywnej terapii w celu podjęcia interwencji u pacjenta znajdującego się poza oddziałem (przeprowadzenie resuscytacji lub innych niezbędnych czynności z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii, z wyłączeniem świadczeń z zakresu anestezji).

Na podstawie danych zawartych w przekazanych dokumentach Zespół Kontrolujący ustalił, że jedyny lekarz dyżurujący w tym oddziale (██████████) opuścił oddział w celu dokonania ██████████ i monitorowania ██████████ w ramach świadczenia udzielanego poza systemem świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

⁴ §2 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie leczenia szpitalnego

⁵ Dz.U. z 2016 r. poz. 228

Świadczeniodawca odnosząc się do sposobu zapewnienia opieki w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii wyjaśnił, że „(...) lekarz Specjalista OIT mógł opuścić szpital jedynie w celu podjęcia interwencji u pacjenta znajdującego się poza oddziałem (przeprowadzenie resuscytacji lub innych pilnych czynności anestezjologicznych i intensywnej terapii, z wyłączeniem świadczenia z zakresu anestezji).”

Wyjaśnienia złożone w tym zakresie nie tłumaczą w jaki sposób została zapewniona opieka lekarska w przedmiotowym oddziale, w trakcie gdy jedyny lekarz dyżurujący dokonywał [REDAKTOWANE] i monitorowania [REDAKTOWANE], a jednocześnie potwierdzają, że lekarz zabezpieczający oddział anestezjologii i intensywnej terapii, zgodnie z obowiązującymi przepisami, nie mógł w tym samym czasie udzielać świadczeń z zakresu anestezji pacjentom [REDAKTOWANE] znajdującym się poza tym oddziałem.

Podsumowując, w dniu 15 marca 2026 r. zarówno w przypadku Oddziału Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, jak i Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii **nie zapewniono całodobowej opieki lekarskiej**, w czasie gdy jedyni lekarze dyżurujący w tych oddziałach udzielali świadczenia poza systemem świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Ponadto warto wskazać, iż w regulaminie organizacyjnym Szpitala określono:

▪ § 18 ust. 1 pkt 1

„Do zadań Oddziałów szpitala należy w szczególności:

1) zapewnianie pacjentom przyjmowanym w trybie nagłym i planowym całodobowej opieki stacjonarnej (...).”

▪ § 18 ust. 2 pkt 1-6

„Lekarz dyżurny Oddziału jest obowiązany w czasie pełnienia dyżuru medycznego zapewnić opiekę medyczną pacjentom przebywającym na Oddziale, a w szczególności:

- 1) rozpocząć i zakończyć dyżur zgodnie z harmonogramem,
- 2) przebywać na Oddziale przez cały czas trwania dyżuru,
- 3) dokładnie zbadać każdego pacjenta skierowanego na leczenie szpitalne,
- 4) określić linię postępowania i rozpocząć leczenie,
- 5) na prośbę lekarza dyżurnego innego Oddziału przeprowadzić konsultacje,
- 6) wykonywać obchody lekarskie w ustalonych godzinach.”

Ustalony i opisany w niniejszym Wystąpieniu pokontrolnym stan faktyczny kolejny raz wyraźnie wskazuje na naruszenie wewnętrznych regulacji określonych w Regulaminie Organizacyjnym Szpitala.

4. Księga raportów lekarskich Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii prowadzona jest zarówno w wersji elektronicznej jak i papierowej. Dodatkowo stwierdzono, że wersja elektroniczna nie zawiera danych zawartych w wersji papierowej.

Prowadzenie księgi raportów lekarskich Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii w dwóch wersjach (elektronicznej i papierowej) Świadczeniodawca wyjaśnił: „Raport Lekarski Oddziału Intensywnej Terapii w szpitalu prowadzony jest jedynie i wyłącznie w formie elektronicznej. Natomiast przedłożony przez komisję wewnętrzną dokument w wersji papierowej nieopatrzonej pieczęcią, służy wyłącznie do użytku wewnętrznego OIT. Został wprowadzony decyzją Koordynatora OIT, aby umożliwić kontrolę i nadzór nad ewentualnymi interwencjami lekarzy poza oddziałem (przeprowadzenie resuscytacji lub innych pilnych czynności anestezjologicznych i intensywnej terapii).

W związku z powyższym opisany dokument nie stanowi dokumentacji medycznej zbiorczej w rozumieniu stosownych przepisów. Stąd też brak jest podstaw do uznania go za Raport Lekarski OIT prowadzony w wersji papierowej.

Zatem dokumentacji elektronicznej prowadzonej zgodnie z prawem przez szpital nie można porównać z wskazanym dokumentem albowiem jest on utworzony zupełnie w innym celu niż uwidocznienie wykazu raportów lekarskich, zawierających informacje niezbędne dla zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów i ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych oraz oznaczenia lekarza dokonującego wpisu, zgodnie z § 10 pkt 3 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 798 z późn. zm.). Dlatego też wersja elektroniczna nie odzwierciedla zapisów dokonywanych odrębnie przez lekarzy w dokumencie przedłożonym kontrolerom i opisanym na wstępie.”

Odnosząc się do powyższego nie można pominąć faktu, że zgodnie z zapisami § 2 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁶:

„1. Dokumentację stanowi: (...)

2) dokumentacja zbiorcza - dotycząca ogółu pacjentów lub określonych grup pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych”, natomiast treść § 26 ww. rozporządzenia wskazuje, iż „Wykaz raportów lekarskich zawiera informacje niezbędne dla zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów i ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych oraz oznaczenie lekarza dokonującego wpisu, zgodnie z § 10 pkt 3.”

W omawianym przypadku raport lekarski Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii, który zgodnie z wyjaśnieniami Świadczeniodawcy prowadzony jest jedynie i wyłącznie w formie elektronicznej nie zawiera istotnych danych o działaniach prowadzonych przez lekarzy oddziału anestezjologii i intensywnej terapii na rzecz pacjentów znajdujących się poza tym oddziałem. Dane te zostały odnotowane wyłącznie w dokumencie prowadzonym w formie papierowej. Pożądaną sytuacją w zakresie prowadzenia dokumentacji zbiorczej jest umożliwienie odnotowywania ww. informacji w dokumentacji elektronicznej, tak aby wszystkie niezbędne informacje znajdowały się w jednym dokumencie.

(dowód: akta kontroli lp. 4, 7, 9, 13, 15, 16, 17)

B) Ustalone nieprawidłowości:

⁶ Dz.U. z 2024 r. poz. 798 z późn. zm.

Niezapewnienie całodobowej opieki lekarskiej w Oddziale Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej oraz w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii w dniu 15.03.2026 r. poprzez udzielenie w trakcie dyżuru lekarskiego przez jedynych lekarzy będących na dyżurach w ww. oddziałach, świadczenia poza systemem świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, co stanowi naruszenie zapisów:

- załącznika nr 3 lp. 2 i 9 rozporządzenia w sprawie leczenia szpitalnego⁷,
- § 11 ust. 2 oraz załącznika 1 części II lp. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii⁸ (dotyczy Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii),
- § 6 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁹.

(dowód: akta kontroli lp. 4, 7, 9, 13, 15, 16, 17)

C) Ocena częściowa obszaru/podobszaru kontroli:

Kontrolowaną działalność w przedstawionym wyżej obszarze oceniono negatywnie.

D) Sankcje wynikające z umowy lub z przepisów ustawy o refundacji:

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami Narodowy Fundusz Zdrowia nakłada na podmiot kontrolowany następujące sankcje:

- » kwota 134 314,54 zł (słownie: sto trzydzieści cztery tysiące trzysta czternaście złotych 54/100) naliczona na podstawie § 30 ust. 1 pkt 1 lit. f załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej¹⁰ w zw. z § 5 ust. 1 umowy nr 2023/W0245/PSZ z dnia 30 grudnia 2022 r. (z aneksami) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, tytułem kary umownej za nieprawidłowość opisaną w części B) Ustalane nieprawidłowości niniejszego wystąpienia pokontrolnego

E) Informacja o wystąpieniu o nałożenie innych przewidzianych prawem sankcji:

Nie dotyczy.

IV. ZALECENIA POKONTROLNE I SKUTKI FINANSOWE KONTROLI:

Mając na względzie wskazaną w cz. II ocenę ogólną oraz przywołaną wyżej ocenę częściową wynikającą z ustaleń kontroli, o których mowa w części III wystąpienia pokontrolnego, Narodowy Fundusz Zdrowia na podstawie art. 61s ust. 2 pkt 2 ustawy o świadczeniach, przedstawia następujące zalecenie pokontrolne:

1. Zapewniać całodobową opiekę lekarską we wszystkie dni tygodnia w Oddziale Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej oraz w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii zgodnie zapisami rozporządzenia w sprawie leczenia szpitalnego. **Termin realizacji zalecenia:** na bieżąco.

Łączne skutki finansowe niniejszej kontroli wynoszą:

⁷ Dz.U. z 2023 r. poz. 870 z późn. zm.

⁸ Dz.U. z 2026 r. poz. 228

⁹ Dz.U. z 2025 r. poz. 400 z późn. zm.

¹⁰ Dz.U. z 2025 r. poz. 400 z późn. zm.

" kwota ~~134 314,54~~ zł (słownie: sto trzydzieści cztery tysiące trzysta czternaście złotych 54/100) naliczona na podstawie § 30 ust. 1 pkt 1 lit. f załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej¹¹ w zw. z § 5 ust. 1 umowy nr 2023/W0245/PSZ z dnia 30 grudnia 2022 r. (z aneksami) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, **tytułem kary umownej** za nieprawidłowość opisaną w części B) *Ustalone nieprawidłowości niniejszego wystąpienia pokontrolnego*, co stanowi 0,199272% wartości ww. umowy w okresie rozliczeniowym od 01.01.2026 r. do 31.12.2026 r.¹²

Nałożona kara umowna uwzględniała kwotę zobowiązania wynikającą z kontrolowanej umowy za 2026 r. która wynosiła na dzień rozpoczęcia kontroli 67 402 615,60 zł.

Wezwanie, termin zapłaty oraz wskazanie numeru rachunku bankowego na jaki należy dokonać płatności wymienionych powyżej skutków finansowych kontroli, zawiera Wezwanie do zapłaty, przekazane podmiotowi kontrolowanemu wraz z niniejszym wystąpieniem pokontrolnym.

V. ADNOTACJA O DOKONANIU WPISU DO KSIĘGI EWIDENCJI KONTROLI

O przeprowadzeniu kontroli dokonano wpisu do księgi ewidencji kontroli pod pozycją nr 6.

VI. POZOSTAŁE INFORMACJE I POUCZENIA

Wystąpienie pokontrolne zostało sporządzone i podpisane w wersji elektronicznej oraz przekazane kierownikowi podmiotu kontrolowanego na adres do e-Doręczeń, wpisany do bazy adresów elektronicznych (BAE).

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie art. 61t ust. 4 ustawy o świadczeniach, oczekuje przedstawienia przez podmiot kontrolowany w terminie 14 dni od daty otrzymania niniejszego wystąpienia pokontrolnego, informacji o sposobie wykonania zaleceń pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

Zgodnie z art. 61t ustawy o świadczeniach, w terminie 14 dni od daty otrzymania wystąpienia pokontrolnego kierownikowi podmiotu kontrolowanego przysługuje prawo zgłoszenia, na piśmie, do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zastrzeżeń do treści zawartych w wystąpieniu pokontrolnym. Zastrzeżenia wnosi się do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia za pośrednictwem komórki organizacyjnej Funduszu, która przeprowadziła kontrolę, tj. Terenowy Wydział Kontroli II w Bydgoszczy.

W razie zgłoszenia zastrzeżeń, zgodnie z art. 61t ust. 4 ustawy o świadczeniach, termin nadesłania informacji, o którym mowa powyżej, liczy się od dnia otrzymania stanowiska Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.

Bydgoszcz, 06.05.2026 r.

Kontroler
Narodowego Funduszu Zdrowia
Kinga Kaczyńska
/dokument podpisany elektronicznie/
.....
(podpis i dane identyfikujące kontrolera)

¹¹ Dz.U. z 2025 r. poz. 400 z późn. zm.

¹² Wg stanu na dzień rozpoczęcia kontroli tj. 7 kwietnia 2026 r.

przeprowadzającego kontrolę)

Dyrektor Departamentu Kontroli
Narodowego Funduszu Zdrowia

Ewelina Matoga

06.05.2026 r.

/dokument podpisany elektronicznie/

.....
(podpis Dyrektora Departamentu Kontroli
lub osoby przez niego upoważnionej
i dane identyfikujące stanowisko osoby podpisującej)