



LBI.430.001.2021
Nr ewid. 15/2021/P/20/057/LBI

Informacja o wynikach kontroli

**FUNKCJONOWANIE
SYSTEMU LECZENIA PACJENTÓW Z UDAREM MÓZGU
W WOJEWÓDZTWIE PODLASKIM**

DELEGATURA W BIAŁYMSTOKU

MISJA

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

WIZJA

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

Informacja o wynikach kontroli

**Funkcjonowanie systemu leczenia pacjentów z udarem mózgu
w województwie podlaskim**

p. o. Dyrektor Delegatury NIK w Białymstoku



Agata Ciupa

Akceptuję:

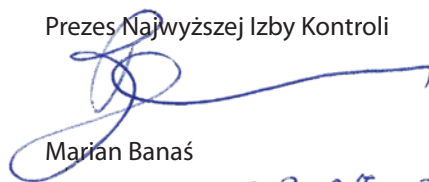
Wiceprezes Najwyższej Izby Kontroli



Małgorzata Motylow

Zatwierdzam:

Prezes Najwyższej Izby Kontroli



Marian Banaś

Warszawa, dnia 08.07.2021

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

www.nik.gov.pl

SPIS TREŚCI

WYKAZ STOSOWANYCH SKRÓTÓW, SKRÓTOWCÓW I POJĘĆ.....	4
1. WPROWADZENIE.....	6
2. OCENA OGÓLNA	8
3. SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI	10
4. WNIOSKI.....	18
5. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI	20
5.1. Zapewnienie właściwego dostępu do leczenia udarów mózgu	20
5.1.1. Szpitale i łóżka udarowe w województwie podlaskim.....	20
5.1.2. Skala hospitalizacji i pacjentów z udarem mózgu w województwie	27
5.1.3. Warunki powstania oddziałów udarowych	30
5.1.4. Leczenie trombolityczne i za pomocą trombektomii mechanicznej.....	32
5.1.5. Wysoka śmiertelność po udarze mózgu	34
5.1.6. Priorytety dla Regionalnej Polityki Zdrowotnej.....	38
5.1.7. Rehabilitacja po udarze mózgu w województwie i na tle kraju	40
5.1.8. Kontrole i skargi kierowane do POW NFZ	47
5.2. Przygotowanie szpitali do udzielania świadczeń dotyczących leczenia udarów mózgu...48	
5.2.1. Lekarze, pielęgniarki i inny personel medyczny	48
5.2.2. Organizacja udzielania świadczeń	54
5.2.3. Izba Przyjęć lub SOR oraz OAiT, jako istotne komórki organizacyjne w leczeniu pacjentów z udarem mózgu.....	55
5.2.4. Zapewnienie sprzętu i aparatury medycznej	58
5.3. Udzielanie pomocy i zapewnienie ciągłości leczenia w formie rehabilitacji neurologicznej	59
5.3.1. Procedury postępowania z pacjentami z udarem mózgu	60
5.3.2. Sprawność obsługi pacjentów	64
5.3.3. Przewiezienie/przekazanie pacjenta do szpitala z oddziałem udarowym.....	68
5.3.4. Rehabilitacja pacjentów po udarze mózgu.....	72
5.4. Reakcja Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego na wezwanie do pacjenta z podejrzeniem udaru mózgu	73
5.4.1. Znajomość wytycznych postępowania	73
5.4.2. Szybkość reakcji na zgłoszenie	75
5.4.3. Parametry dojazdu wynikające z ustawy o PRM	76
5.4.4. Transport pacjenta do szpitala z oddziałem udarowym	78
6. ZAŁĄCZNIKI	79
6.1. Metodyka kontroli i informacje dodatkowe.....	79
6.2. Analiza stanu prawnego i uwarunkowań organizacyjno-ekonomicznych.....	83
6.3. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności	88
6.4. Wykaz podmiotów, którym przekazano informację o wynikach kontroli.....	90
6.5. Stanowisko Ministra do informacji o wynikach kontroli	91
6.6. Opinia Prezesa NIK do stanowiska Ministra	103

Wykaz stosowanych skrótów, skrótowców i pojęć

grupy JGP wykorzystywane w oznaczeniu leczenia udarów mózgu	A48 – kompleksowe leczenie udarów mózgu > 7 dni na oddziale udarowym, A49 – udar mózgu – leczenie > 3 dni, A50 – udar mózgu – leczenie, A51 – udar mózgu – leczenie trombolityczne >7 dni na oddziale udarowym, Grupa A51 została wycofana na mocy zarządzenia Prezesa NFZ z dnia 28 grudnia 2018 r. nr 134/2018/DSOZ i leczenie trombolityczne rozlicza się dodając produkt nr 5.53.01.0001647 do innej z powyższych grup;
Izba Przyjęć	zespół pomieszczeń, w których a) przyjmuje się do szpitala, b) wykonuje się doraźne zabiegi i c) udziela się doraźnej pomocy ambulatoryjnej;
JGP	wyodrębniona kategoria hospitalizacji, mająca kod, nazwę oraz charakterystykę;
leki trombolityczne	leki stosowane w chorobach zakrzepowych, które powodują rozpuszczanie skrzepów, nazwa handlowa Actilyse; leki występują w różnych dawkach;
lokalizacja	budynek lub zespół budynków oznaczonych tym samym adresem albo oznaczonych innymi adresami, ale położonych obok siebie i tworzących funkcjonalną całość, w których zlokalizowane jest miejsce udzielania świadczeń;
miejsce udzielania świadczeń	pomieszczenie lub zespół pomieszczeń w tej samej lokalizacji, powiązanych funkcjonalnie i organizacyjnie, w celu wykonywania świadczeń gwarantowanych;
MR	rezonans magnetyczny;
OAIiT	Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii;
POW NFZ	Podlaski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia;
rozporządzenie w sprawie niezbędnych informacji przetwarzanych	rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. poz. 1207, ze zm.). Rozporządzenie poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w tej samej sprawie (Dz. U. z 2016 r. poz. 192, ze zm.);
rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych	rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2021 r. poz. 290, ze zm.);
rozporządzenie w sprawie SOR	rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. poz. 1213, ze zm.) weszło w życie 1 lipca 2019 r.; poprzedzone było rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r. w tej samej sprawie (Dz. U. z 2018 r. poz. 979);
rozporządzenie w sprawie wymagań dla pomieszczeń	rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. poz. 595, ze zm.) weszło w życie 1 kwietnia 2019 r.; poprzedzone było rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w tej samej sprawie (Dz. U. poz. 739);
SOR	Szpitalny Oddział Ratunkowy – komórka organizacyjna szpitala w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, stanowiącą jednostkę systemu, o której mowa w art. 32 ust. 1 pkt 1 ustawy o PRM, udzielająca świadczeń opieki zdrowotnej osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, spełniająca wymagania określone w ustawie (art. 3 pkt 9 ustawy o PRM);
SP ZOZ	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej;

- SWD PRM** System Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego – system teleinformatyczny umożliwiający przyjmowanie zgłoszeń alarmowych z centrów powiadamiania ratunkowego, o których mowa w art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. *o systemie powiadamiania ratunkowego* (Dz. U. z 2021 r. poz. 268), oraz powiadomień o zdarzeniach, dysponowanie zespołów ratownictwa medycznego, rejestrowanie zdarzeń medycznych, prezentację położenia geograficznego miejsca zdarzenia, pozycjonowanie zespołów ratownictwa medycznego oraz wsparcie realizacji zadań przez zespoły ratownictwa medycznego, wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego i krajowego koordynatora ratownictwa medycznego (art. 3 pkt 15 ustawy *o PRM*);
- SZOI** System Zarządzania Obiegiem Informacji – portal internetowy Narodowego Funduszu Zdrowia, dla Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego dostępny pod adresem <https://sdsikch.nfz-bialystok.pl/ap-mzwi/>; służy do wymiany informacji między POW NFZ i podmiotami, które mają kontrakt z NFZ, do przesyłania raportów statystycznych, aktualizacji danych dotyczących personelu i urzędzeń stanowiących wyposażenie tych placówek;
- TK** tomograf komputerowy;
- udar mózgu** zespół kliniczny charakteryzujący się nagłym wystąpieniem ogniskowego, a niekiedy również uogólnionego zaburzenia czynności mózgu, którego objawy utrzymują się dłużej niż 24-godziny lub prowadzą wcześniej do śmierci i nie mają przyczyny innej niż naczyniowa;
- ustawa o działalności leczniczej** ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej* (Dz. U. z 2021 r. poz. 711, ze zm.);
- ustawa o NIK** ustawa z dnia z dnia 23 grudnia 1994 r. *o Najwyższej Izbie Kontroli* (Dz. U. z 2020 r. poz. 1200, ze zm.);
- ustawa o świadczeniach** ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, ze zm.);
- ustawa o PRM** ustawa z dnia 8 września 2006 r. *o Państwowym Ratownictwie Medycznym* (Dz. U. z 2020 r. poz. 882, ze zm.);
- WSPR** Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego;
- Wytyczne PTN** Wytyczne Grupy Ekspertów Sekcji Chorób Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Neurologicznego z 2012 r., zaktualizowane w 2013 r. oraz kolejne Wytyczne Postępowania w Udarze Mózgu z 2019 r.¹; wytyczne stanowiące aktualny stan wiedzy medycznej Polskiego Towarzystwa Neurologicznego co do sposobu postępowania z pacjentem z podejrzeniem udaru mózgu, a następnie sposobów jego leczenia;
- ZRM** Zespół Ratownictwa Medycznego, jednostka systemu, o której mowa w art. 32 ust. 1 pkt 2 *o PRM*, podejmująca medyczne czynności ratunkowe w warunkach pozaszpitalnych, spełniająca wymagania określone w ustawie *o PRM*.

¹ Supplement A, tom 15, rok 2019, ISSN 1734-5251.

1. WPROWADZENIE

Pytanie definiujące cel główny kontroli

Czy w województwie podlaskim funkcjonuje spójny i skuteczny system leczenia pacjentów z udarem mózgu?

Pytania definiujące cele szczegółowe kontroli

1. Czy przygotowano szpitale do udzielania świadczeń dotyczących leczenia udarów mózgu?
2. Czy pacjentom z podejrzeniem udaru mózgu udzielono niezwłocznej pomocy?
3. Czy pacjentowi zapewniono ciągłość leczenia w postaci rehabilitacji neurologicznej?
4. Czy Podlaski Oddział Wojewódzki NFZ zapewnił właściwy dostęp do leczenia udarów mózgu?

Jednostki kontrolowane

Podlaski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, 13 podmiotów leczniczych i jedna stacja pogotowia ratunkowego

Okres objęty kontrolą

1 stycznia 2018 r. – 30 września 2020 r. z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed i po tym okresie

Udar mózgu stanowi niezmiennie od lat jedną z głównych przyczyn śmierci. Według Światowej Organizacji Zdrowia ustępuje pod tym względem tylko chorobom serca. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego, na udar mózgu w 2019 r. zmarło w Polsce 22 055 osób².

Leczenie udaru mózgu powinno odbywać się w wyspecjalizowanych jednostkach, w oddziałach/pododdziałach udarowych, gdzie pacjenci mają zagwarantowaną opiekę odpowiedniej kadry medycznej. W województwie podlaskim są cztery oddziały udarowe przy oddziałach neurologicznych w: Szpitalu Wojewódzkim im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży (dalej: Szpital Wojewódzki w Łomży), Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. J. Śniadeckiego w Białymstoku (dalej: Wojewódzki Szpital Zespolony w Białymstoku), Szpitalu Wojewódzkim im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach (dalej: Szpital Wojewódzki w Suwałkach) oraz Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku. Oddział neurologiczny (bez pododdziału udarowego) znajduje się w Samodzielnym Publicznym Psychiatrycznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej im. dr. Stanisława Deresza w Choroszczu (dalej: SP Psychiatryczny ZOZ w Choroszczu).

Według publikowanych corocznych raportów podlaskiego konsultanta wojewódzkiego z dziedziny neurologii³, dostęp do leczenia udaru mózgu w województwie jest niewystarczający i brakuje specjalistów neurologów. Sytuacja nie poprawia się na przestrzeni lat, a wręcz zmienia się na niekorzyść pacjentów, z uwagi na starzejące się społeczeństwo. Na wystąpienie udaru mózgu szczególnie narażone są osoby po 60. roku życia.

Zbyt późne podjęcie leczenia udaru mózgu prowadzi do nieodwracalnych zmian w organizmie chorego. Udar jest główną przyczyną długotrwałej niepełności. Tym samym niesie ze sobą istotne następstwa nie tylko kliniczne, ale też socjalne i ekonomiczne. Według różnych szacunków, blisko połowa chorych, którzy przeżyją ostrą fazę udaru mózgu, nie jest w stanie samodzielnie wykonywać czynności dnia codziennego i zależy od pomocy innych. Występowanie udaru mózgu będzie się nasilało z uwagi na starzenie się społeczeństwa i wzrost liczby osób w podeszłym wieku (wiek stanowi główny niemodyfikowalny czynnik ryzyka udaru). Coraz ważniejsze staje się zatem zapobieganie udarom mózgu i skuteczność jego leczenia⁴.

Zgodnie z *Wytycznymi PTN*, udar mózgu jest stanem zagrożenia życia, dlatego pacjent z podejrzeniem udaru powinien być traktowany podobnie jak pacjent z podejrzeniem zawału serca, czyli wymaga natychmiastowej, specjalistycznej pomocy medycznej. Podobnie powinni być traktowani chorzy po przemijającym niedokrwieniu mózgu⁵, ponieważ ryzyko wystąpienia

² <https://demografia.stat.gov.pl/BazaDemografia/Tables.aspx> (dostęp z 26 kwietnia 2021 r.). Jako udar mózgu uznano rozpoznania według klasyfikacji ICD-10 od I60.0 do I64.

³ <https://www.gov.pl/web/uw-podlaski/raporty-konsultantow-wojewodzkiech-w-ochronie-zdrowia> (dostęp z 26 kwietnia 2021 r.).

⁴ Udary mózgu – konsekwencje społeczne i ekonomiczne – opracowanie Instytutu Organizacji Ochrony Zdrowia Uczelni Łazarskiego, Warszawa 2013 r.

⁵ TIA – według *Wytycznych PTN* to przemijający epizod zaburzeń neurologicznych spowodowany ogniskowym niedokrwieniem mózgu, rdzenia kręgowego lub siatkówki bez powstania ostrego zawału. Objawy TIA trwają zazwyczaj kilka lub kilkanaście minut, zwykle krócej niż godzinę.

udarów niedokrwiennych w pierwszych dniach po tym incydencie zwiększa się ośmiokrotnie. Pacjent z podejrzeniem udaru mózgu powinien być pilnie przewieziony do szpitala, najlepiej do szpitala z oddziałem/pododdziałem udarowym, gdzie można i należy szybko wykonać badanie neuroobrazowe (tomografię komputerową lub rezonans magnetyczny) oraz włączyć pilnie niezbędne leczenie trombolityczne, jeśli są wskazania do takiego sposobu leczenia. Po ustaleniu rozpoznania udaru i zakwalifikowaniu pacjenta do leczenia trombolitycznego, lek musi być podany w ciągu 4,5 godziny od pojawienia się pierwszych objawów choroby.

Z uwagi na bardzo ważny czas podjęcia leczenia udaru zwykło się mówić „strata czasu to strata mózgu”. Jak podają autorzy *Wytycznych PTN*, hasło to wynika z faktu, że każdy zyskany kwadrans do rozpoczęcia leczenia trombolitycznego to w skali społecznej w przybliżeniu ekwiwalent jednego dodatkowego miesiąca samodzielnego życia chorego, niższe o 5% ryzyko zgonu i większa o około 4% szansa na samodzielne poruszanie się.

Właściwe postępowanie z pacjentem z podejrzeniem udaru mózgu określone jest mianem „łańcucha przeżycia w udarze mózgu” i obejmuje:

- szybkie rozpoznanie objawów sugerujących wystąpienie udaru mózgu i odpowiednią reakcję na nie, zarówno przez chorych, jak i osoby znajdujące się w ich otoczeniu, lekarzy i inne osoby z kręgu służb medycznych, które jako pierwsze zetkną się z chorym;
- natychmiastowe wezwanie służb ratownictwa medycznego;
- transport chorego do wcześniej powiadomionego szpitala, mającego odpowiednie wyposażenie i przygotowanie do leczenia udarów, czyli oddziału/pododdziału udarowego;
- szybkie i prawidłowe postawienie diagnozy rodzaju udaru (niedokrwienny, krwotoczny);
- wdrożenie właściwego leczenia.

Z „łańcuchem przeżycia w udarze mózgu” związana jest również zasada „3xW”, mówiąca o tym, że właściwy chory (chory z objawami udaru mózgu), powinien trafić do właściwego szpitala (z oddziałem udarowym) we właściwym czasie (jak najkrótszym, umożliwiającym wdrożenie terapii trombolitycznej i właściwego postępowania ogólnomedycznego). Dożylne leczenie trombolityczne niezmiennie stanowi „złoty standard” leczenia ostrego udaru niedokrwiennego mózgu.

Niniejsza kontrola dotyczyła przygotowania podmiotów leczniczych do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. W jej trakcie nie badano prawidłowości podejmowanych czynności medycznych, ich zasadności, postępowania z pacjentem po zakończeniu leczenia (w tym kierowaniu lub nie na rehabilitację neurologiczną). Te zawsze były decyzją lekarzy prowadzących. Kontrolę przeprowadzono w czterech podmiotach leczniczych dysponujących oddziałem udarowym, podmiocie leczniczym z oddziałem neurologicznym bez oddziału udarowego i ośmiu z oddziałami chorób wewnętrznych – na których hospitalizowani byli pacjenci po udarze mózgu. Objęto nią też POW NFZ i WSPR w Łomży.

2. OCENA OGÓLNA

Niespójny i nieskuteczny system leczenia pacjentów z udarem mózgu w woj. podlaskim

W latach 2018–2020 (do 30 września) w województwie podlaskim nie istniał spójny i skuteczny system leczenia pacjentów z udarem mózgu. W konsekwencji województwo to miało jeden z najwyższych w Polsce wskaźnik śmiertelności z powodu udaru mózgu.

Podlaski Oddział Wojewódzki NFZ zapewnił dostęp do leczenia udarów mózgu adekwatnie do miejsc, w których możliwe było wykonywanie tych świadczeń. Nie miał wpływu na ich liczbę i rozmieszczenie. Oddziału udarowego brakowało przede wszystkim na południu województwa.

Liczba szpitali z oddziałami udarowymi, łóżek na tych oddziałach oraz liczba łóżek ogólnoneurologicznych w województwie podlaskim była wyjątkowo mała w stosunku do liczby pacjentów wymagających leczenia z powodu udaru (jedna z najniższych w Polsce w przeliczeniu na liczbę mieszkańców). Niedostateczny dostęp do leczenia udarów w specjalistycznych oddziałach udarowych oznaczał konieczność hospitalizacji pacjentów wymagających specjalistycznej pomocy poza oddziałami udarowymi (od 42 do 48% pacjentów)⁶, nawet w oddziałach chorób wewnętrznych.

Tymczasem hospitalizacja pacjenta z udarem w innym oddziale niż udarowy, wiązała się z ograniczonym stosowaniem nowoczesnych metod leczenia udaru: trombolizy i trombektomii mechanicznej, a wskaźniki śmiertelności z powodu udaru były tam wyższe od 9,8 do 22,8 punktu procentowego niż w oddziałach udarowych. Pacjenci mieli też ograniczony dostęp do właściwej opieki medycznej, świadczonej przez fizjoterapeutów, logopedów i psychologów. Było to niezgodne z wytycznymi Polskiego Towarzystwa Neurologicznego, gdyż nie zapewniało wdrożenia wczesnej rehabilitacji, której komponentami są: fizjoterapia, rehabilitacja mowy, terapia zajęciowa czy opieka psychologiczna.

Skontrolowane szpitale z oddziałami udarowymi były właściwie przygotowane do opieki nad pacjentami z udarem mózgu. Zapewniały wymaganą kadrę, sprzęt i na ogół prawidłowo organizowały opiekę nad nimi, wraz z zapasem leków, odpowiednim dla co najmniej jednego pacjenta⁷. Szpitale bez takich oddziałów zapewniały zaś opiekę adekwatną do specjalizacji oddziału, na którym przebywał pacjent z udarem mózgu, ale nie dysponowały możliwościami technicznymi i organizacyjnymi do skutecznej realizacji pełnego zakresu świadczeń medycznych stosowanych w leczeniu takich pacjentów.

Pacjentom zapewniono kontynuację leczenia w postaci rehabilitacji neurologicznej, ale odsetek tych, którzy z niej skorzystali – również z uwagi na liczbę wystawionych skierowań – był jednym z najniższych w Polsce.

Pacjentom z podejrzeniem udaru mózgu na ogół udzielano pomocy niezwłocznie. Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego szybko reagowała na zgłoszenia do pacjentów z podejrzeniem udaru mózgu. W rezultacie mediana czasu akcji ratunkowej takiego pacjenta wynosiła niecałą godzinę. W blisko 40% wyjazdów nie dochowano jednak standardowego czasu obsługi zgłoszeń przez dyspozytorów lub wyjazdu zespołu na akcję ratowniczą. Zgodnie z wytycznymi Ministra Zdrowia pacjentów transportowano do oddziałów udarowych i tylko 3% pacjentów z objętych analizą przypadków trafiło do innych szpitali/oddziałów. Parametry dojazdu do miejsca zdarzenia w ciągu większości miesięcy odpowiadały normom ustalonym w ustawie o PRM. Problemem było jednak rozpoznawanie udaru mózgu przez załogę karetki, co wpływało na wybór szpitala i oddziału, na który pacjent był transportowany.

⁶ Część z nich w oddziałach neurologicznych przy oddziałach udarowych.

⁷ Jedna zalecana dawka leku trombolitycznego wynosi 0,9 mg alteplazy (substancji czynnej) na kg masy ciała, maksymalnie 90 mg w dożylnym wlewie w ciągu godziny, zatem przyjęto, że minimalny stan magazynowy tego leku powinien wynosić 90 mg.

OCENA OGÓLNA

Nie istniał też spójny sposób transportu pacjentów z udarem mózgu ze szpitala powiatowego do szpitala wyspecjalizowanego w leczeniu udarów, a oczekiwanie na transport w niektórych przypadkach wynosiło nawet wiele godzin. Odstępowano również od próby przewiezienia pacjenta ze szpitala powiatowego, mimo braku możliwości zapewnienia pacjentowi opieki zgodnej ze standardami.

Diagnostyka z wykorzystaniem TK lub MR najczęściej przeprowadzana była w czasie od kilkudziesięciu minut do nieco ponad dwóch godzin. Można jednak skrócić ten czas, gdy zmienione zostaną w szpitalach procedury postępowania z pacjentami. W żadnym szpitalu z oddziałem udarowym nie udało się bowiem uzyskać rekomendowanego czasu podania leków trombolitycznych w ciągu 60 minut od przyjęcia pacjenta do szpitala.

3. SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI

Jedna z najniższych w Polsce dostępność leczenia udarów w wyspecjalizowanych oddziałach udarowych

Według stanu na 30 września 2020 r. w województwie podlaskim oddziały neurologiczne z oddziałami udarowymi zakontraktowane były w czterech podmiotach leczniczych, zlokalizowanych w trzech miastach województwa. Utworzono w nich 88 łóżek udarowych i 92 łóżka ogólnoneurologiczne oraz kolejne 30 łóżek w oddziale neurologicznym, który nie miał pododdziału udarowego. W porównaniu z innymi województwami w Polsce dawało to piąte miejsce od końca – ze wskaźnikiem 7,48 łóżek udarowych na 100 tys. ludności, czwarte od końca – ze wskaźnikiem 29,67 łóżek udarowych na 100 tys. ludności w wieku 60 lat i więcej, przedostatnie – ze wskaźnikiem 0,34 oddziału udarowego na 100 tys. ludności oraz ze wskaźnikiem 1,35 oddziału udarowego na 100 tys. ludności w wieku 60 lat i więcej. W województwie podlaskim – wraz z województwem opolskim – było najmniej miejscowości, w których zlokalizowano oddziały udarowe.

[str. 20, 24–25]

Mała liczba łóżek, przy rosnącej liczbie osób narażonych na wystąpienie udaru

W ostatnim dziesięcioleciu liczba łóżek udarowych i ogólnoneurologicznych spadła z 272 do 210 (o 22,8%), przy rosnącej populacji osób w wieku 60 lat i więcej, wynoszącej 296 597 (wzrost o 21,8%). Występuje zatem niewłaściwa tendencja zmniejszania liczby łóżek udarowych i ogólnoneurologicznych w stosunku do rosnącej populacji osób, które z racji wieku najbardziej narażone są na wystąpienie udaru mózgu.

[str. 21–22]

Problemy z pielęgniarkami przyczyną likwidacji łóżek w oddziałach

Do likwidacji łóżek ogólnoneurologicznych przyczyniały się zmiany organizacyjne w szpitalach, ale przede wszystkim wprowadzenie od 1 stycznia 2019 r. wskaźnika wynoszącego 0,6 pielęgniarki na jedno łóżko w przypadku oddziałów o charakterze zachowawczym. W szpitalach objętych kontrolą spowodowało to likwidację 36 łóżek ogólnoneurologicznych (22,8%) oraz 37 łóżek internistycznych (11,5%), co skutkowało zmniejszeniem dostępności do leczenia. Według danych Ministerstwa Zdrowia i stanu na rok 2019 w województwie było 8049 pielęgniarek, co dawało 335,5 pielęgniarki na 100 tys. mieszkańców (13 miejsce w kraju).

[str. 22, 51–53]

Brak oddziału udarowego na południu województwa

Brak oddziału udarowego szczególnie odczuwalny był w południowej części województwa. Potrzebę otwarcia go w którymś ze szpitali tam zlokalizowanych widzieli zarówno Wojewoda Podlaski, konsultant wojewódzka z dziedziny neurologii, jak też dyrektor POW NFZ. Wprawdzie Wojewoda Podlaski w jednym z Priorytetów dla Regionalnej Polityki Zdrowotnej Województwa Podlaskiego⁸ (*Zapobieganie udarom mózgu oraz poprawa efektów leczenia udarów mózgu*) uznał za niezbędne utworzenie w południowej części województwa podlaskiego oddziału neurologii z pododdziałem udarowym, to jednak nie wskazał, kto miałby podjąć się tego zadania i cel nie został zrealizowany.

[str. 25–26, 38–40]

Zwiększanie bazy łóżkowej wymaga zapewnienia kadry lekarskiej

Uniemożliwić bądź utrudnić powstanie nowych łóżek udarowych – wg Dyrektora POW NFZ – może jednak brak odpowiedniej liczby lekarzy ze specjalizacją z neurologii. Za możliwością uznania tej specjalizacji

⁸ Priorytety dla Regionalnej Polityki Zdrowotnej Województwa Podlaskiego na okres od dnia 1 stycznia 2019 r. do dnia 31 grudnia 2021 r., opublikowane na stronie <https://puw.bip.gov.pl/ps/ps-realizowane-programy/priorytety-dla-regionalnej-polityki-zdrowotnej-wojewodztwa-podlaskiego/> (dostęp z 23 marca 2021 r.), zwane w dalszej części *Priorytetami*.

za priorytetową i przyznawania dodatku pieniężnego dla rezydentów podejmujących specjalizację w tej dziedzinie opowiadała się konsultant wojewódzka z dziedziny neurologii. Wprowadzenie rozwiązań zwiększających zainteresowanie specjalizacją z neurologii jest zasadne, gdyż zdaniem Prezesa Okręgowej Rady Lekarskiej w Białymstoku, w województwie podlaskim brakuje 1/3 neurologów (w każdym ze skontrolowanych oddziałów udarowych zapewniono minimalną obsadę lekarską). Według Prezesa powinno być 150 lekarzy neurologów, jest zaś 110, w tym 49 w wieku emerytalnym. Małym zainteresowaniem cieszyły się ogłaszane szkolenia specjalizacyjne w dziedzinie neurologii. W okresie objętym kontrolą na 16 miejsc w trybie rezydenckim zakwalifikowano ośmiu lekarzy, a na 13 miejsc w trybie pozarezydenckim nie było chętnych. [str. 30–32, 49–51]

W Białymstoku w dwóch podmiotach leczniczych funkcjonowały oddziały udarowe. Faktycznie jednak dostęp do leczenia ograniczony był do jednego. Wynikało to ze świadczenia tzw. ostrych dyżurów naprzemiennie przez Wojewódzki Szpital Zespolony w Białymstoku i Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku. Kilkudziesięciokrotnie jeden ze szpitali przyjmował powyżej pięciu pacjentów z podejrzeniem udaru jednego dnia w czasie, gdy drugi nie przyjmował żadnego. W Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Białymstoku miało to miejsce 94 razy, a w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku 54. Świadczenie dyżuru medycznego naprzemiennie przez te szpitale (położone przy jednej ulicy w Białymstoku, obok siebie, po obu jej stronach) powodowało, że cały ruch karettek kierowany był do jednego z nich, co wprowadzało konieczność oczekiwania w kolejce na obsługę. Nawet najlepiej rokujący pacjenci mogą nie otrzymać zatem niezbędnej pomocy, gdy liczba nowo przyjętych pacjentów w jednym dniu będzie się kumulować w jednym szpitalu, jak to ma miejsce obecnie w omawianych podmiotach leczniczych. [str. 23–24]

Ograniczony dostęp do oddziałów udarowych w Białymstoku

W okresie objętym kontrolą w województwie podlaskim rozliczono w NFZ 6247 hospitalizacji z powodu udaru mózgu (grup JGP A48 do A51), w kolejnych latach odpowiednio 2391, 2239 i 1617. Dotyczyło to 6199 pacjentów (odpowiednio 2374, 2222 i 1603⁹). Ograniczona liczba łóżek udarowych spowodowała, że tylko nieco ponad połowę pacjentów z udarem mózgu (58,2% w 2018 r., 53,8% w 2019 r. i 51,5% w trzech pierwszych kwartałach 2020 r.) leczono w oddziałach udarowych¹⁰. Kolejnych chorych (23,8%, 32,9% i 36,9%) leczono poza takimi oddziałami, ale w podmiotach leczniczych, które miały w swojej strukturze oddział udarowy. Potencjalnie umożliwiało to pacjentom z udarem dostęp do kompleksowej opieki. Pozostałe osoby (18%, 13,3% i 11,6%) leczono w podmiotach leczniczych, w których nie było takich oddziałów. Między 1 stycznia 2018 r. a 31 sierpnia 2020 r., przez 516 dni (z 974 w tym okresie), chorych z udarem mózgu było więcej niż łóżek udarowych. W skrajnych przypadkach nawet o kilkudziesięciu więcej¹¹. [str. 21, 27–28]

Więcej pacjentów z udarem mózgu niż łóżek udarowych

⁹ Liczby zagregowane od poziomu poszczególnych świadczeniodawców.

¹⁰ Za hospitalizacje w oddziale udarowym przyjęto te, w ramach których zrealizowano świadczenia możliwe do zrealizowania tylko na tych oddziałach, tj. grupy A48 i A51.

¹¹ 31 chorych więcej 5 lutego 2018 r., 30 więcej 7 stycznia 2020 r. i 27 więcej od 6 do 7 lutego, 14 maja i 10 grudnia 2018 r. oraz 8 stycznia 2020 r.

Jedna z najniższych w Polsce liczba łóżek rehabilitacji neurologicznej

Pacjentom z udarem mózgu zapewniono w województwie podlaskim rehabilitację neurologiczną w pięciu podmiotach leczniczych (w dwóch z nich były również oddziały udarowe), które 30 września 2020 r. dysponowały 127 łózkami. W porównaniu do innych województw w Polsce dawało to czwarte miejsce od końca pod względem liczby łóżek na 100 tys. ludności województwa (wynik 10,79) i piąte od końca na 100 tys. ludności w wieku 60 lat i więcej (wynik 42,82). Stosunek liczby łóżek rehabilitacji neurologicznej do liczby łóżek udarowych wynosił 1,44, co dawało miejsce w środku stawki (ósmie od końca). Stosunek zaś liczby łóżek rehabilitacji neurologicznej do sumy łóżek udarowych i ogólnoneurologicznych w województwie podlaskim wynosił 0,6. [str. 40–44]

Jedne z najniższych wskaźników korzystania z rehabilitacji neurologicznej po udarze

W porównaniu z innymi województwami, odsetek pacjentów z województwa podlaskiego po przebytych udarze niedokrwiennym mózgu, którzy rozpoczynają rehabilitację, był poniżej średniej krajowej.

Odsetek pacjentów, którzy po wystąpieniu udaru niedokrwiennego mózgu rozpoczęli rehabilitację neurologiczną w ciągu pierwszych 14 dni od wypisu ze szpitala, w zależności od analizowanego kwartału, wynosił od 12,9% do 16,7%. W okresie objętym kontrolą, w ośmiu z 11 kwartałów, były to wyniki plasujące województwo podlaskie w pierwszej trójce województw, w których wskaźnik ten był najniższy, w tym trzykrotnie był to najniższy wynik w Polsce. Podobnym wskaźnikiem jest termin rozpoczęcia rehabilitacji neurologicznej w ciągu pierwszych 30 dni od zakończenia hospitalizacji związanej z leczeniem udaru mózgu. Odsetek pacjentów rozpoczynających rehabilitację w tym terminie wynosił od 14,9% do 20,3%, co plasowało województwo podlaskie w pierwszej dwójce regionów z najniższym wskaźnikiem w Polsce. W przypadku wskaźnika dotyczącego rozpoczęcia rehabilitacji neurologicznej w ciągu 90 dni od zakończenia hospitalizacji związanej z udarem mózgu, odsetek pacjentów w województwie podlaskim wynosił od 16,6% do 22,1%. Ponownie było to wynik plasujący województwo w pierwszej dwójce województw z najniższym udziałem pacjentów, a dwukrotnie był to najniższy wynik w kraju. [str. 44–47, 72–73]

Pacjenci po udarze mózgu, którym wystawiono odpowiednie skierowanie, mieli zapewniony dostateczny dostęp do rehabilitacji neurologicznej. Trudno jest jednak ustalić liczbę wystawionych skierowań, z uwagi na brak obowiązku sprawozdawania tych danych przez szpitale i poradnie. Taka informacja może być jednak cenna przy aktualizowaniu map potrzeb zdrowotnych i przy prowadzeniu wszelkich kontroli. Odkąd 8 stycznia 2021 r. rozpoczęto wystawiać tzw. e-skierowania, informacje dotyczące wystawionych skierowań dostępne są już w formie elektronicznej w podmiotach leczniczych. [str. 44–45]

W kontekście liczby pacjentów kierowanych na rehabilitację neurologiczną¹² oraz niskich wskaźników w tym zakresie dla województwa podla-

¹² W latach 2018–2020 (do 30 września) pacjenci grup JGP od A48 do A51, objęci 215, 197 i 92 hospitalizacjami, skorzystali następnie z rehabilitacji neurologicznej. Stanowiło to 9%, 9% i 6% wszystkich hospitalizacji rozliczonych grupami JGP od A48 do A51. Jednocześnie w objętej badaniem dokumentacji medycznej 113 z 240 (47,1%) pacjentów – podczas kontroli POW NFZ – nie zamieszczono udokumentowanego zapewnienia ciągłości leczenia w oddziale (oddziale dziennym) rehabilitacji, przy braku przeciwwskazań.

skiego (w porównaniu do innych województw) trudno uznać, że pacjenci z województwa podlaskiego byli w tak dobrym stanie, opuszczając oddział udarowy, że nie wymagali rehabilitacji, zwłaszcza, że w województwie odnotowano najwyższą śmiertelność pacjentów po udarze mózgu (problem ten opisano poniżej). [str. 44–45]

Ograniczona dostępność do leczenia udarów na wyspecjalizowanych oddziałach ograniczała możliwość stosowania nowoczesnego leczenia z zastosowaniem leków trombolitycznych i trombektomii mechanicznej oraz przyczyniała się do zwiększenia śmiertelności pacjentów z udarem mózgu.

W okresie objętym kontrolą województwo podlaskie charakteryzowało się jednym z najwyższych w Polsce wskaźników śmiertelności pacjentów z udarem mózgu. Śmiertelność wewnątrzszpitalna wynosiła, w zależności od kwartału, od 10,9% do 16,7%. W ciągu 11 kwartałów objętych kontrolą, te wartości wskaźników dla województwa podlaskiego siedmiokrotnie plasowały je w pierwszej piątce województw z najwyższym wskaźnikiem śmiertelności wewnątrzszpitalnej. Wskaźnik śmiertelności 30-dniowej wynosił, w zależności od kwartału, od 16,1% do 20,5% i tylko w jednym kwartale województwo znalazło się poniżej piątego miejsca wśród województw z najwyższymi wskaźnikami tej śmiertelności. Wskaźnik śmiertelności 90-dniowej we wszystkich kwartałach objętych kontrolą plasował województwo w pierwszej trójce województw z najwyższym wynikiem, w tym sześciokrotnie był to najwyższy wynik w kraju. Wynosił on od 21,7% do 28,7%. W przypadku śmiertelności rocznej z lat 2018–2019 we wszystkich ośmiu kwartałach objętych analizą województwo podlaskie znalazło się w pierwszej czwórce województw z najwyższym wskaźnikiem tej śmiertelności i aż pięciokrotnie był to najwyższy wynik w kraju, wynoszący, w zależności od kwartału, od 31,6% do 39,5%. [str. 34–38]

W zależności od kwartału z okresu objętego kontrolą, udział leczenia trombolitycznego – możliwego do zastosowania tylko w oddziałach udarowych – był niższy w województwie podlaskim od średniej krajowej od 1,12 do 6,48 punktów procentowych, a od najlepszego województwa w analizowanych kwartałach – od 4,58 do 10,51 punktów procentowych. W Szpitalu Wojewódzkim w Suwałkach występowały kilkudniowe braki wystarczającej dawki leku, w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym zapas leków pozwalał na leczenie kolejnych pacjentów poza tymi, którzy już je otrzymali. W dwóch szpitalach z oddziałami udarowymi (Szpital Wojewódzki w Łomży i Wojewódzki Szpital Zespolony w Białymstoku) ewidencję leków prowadzono zaś w taki sposób, że nie pozwalała na ustalenie ilości leków na koniec dnia, a tym samym trudno było ustalić czy zapewniono odpowiednią ilość leku dla kolejnych pacjentów. [str. 32–33, 55]

Jednocześnie w 2020 r. (do 30 września) w województwie podlaskim udział leczenia metodą trombektomii mechanicznej wynosił 2,85% (wybrany przez Ministerstwo Zdrowia do stosowania tej procedury był Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku), co było 11 wynikiem w skali kraju na 15 województw, w których tę metodę stosowano. [str. 33]

Wysokie wskaźniki śmiertelności z powodu małej bazy łóżek udarowych

W województwie podlaskim wysokie wskaźniki śmiertelności po udarze mózgu

Nowoczesne leczenie z zastosowaniem leków trombolitycznych i trombektomii mechanicznej – na niskim poziomie

Niepokojąco długi czas pracy lekarzy

Na każdym skontrolowanym oddziale udarowym i oddziałach neurologicznych zapewniono liczbę lekarzy wymaganą rozporządzeniem *w sprawie świadczeń gwarantowanych*. Podobnie było na skontrolowanych oddziałach chorób wewnętrznych. Problemem był jednak czas świadczenia przez nich pracy. W przypadku lekarzy zatrudnionych w formie umowy o pracę, powinni oni mieć zapewniony co najmniej 11-godzinny nieprzerwany odpoczynek po świadczeniu dyżuru medycznego. W jednym ze szpitali dysponującym oddziałem udarowym oraz w dwóch, gdzie leczenie pacjentów odbywało się w oddziałach chorób wewnętrznych, nie zawsze dochowano tego wymogu, a lekarze pozostawali po dyżurze na kolejne godziny w ramach zwykłej ordynacji. [str. 48–50]

W przypadku lekarzy świadczących pracę na podstawie kontraktu, nie istniały przepisy odnoszące się do czasu świadczenia pracy i niezbędnego odpoczynku. Typowym było świadczenie pracy przez 24-godziny bez przerwy (7 godzin 35 minut w ramach zwykłej ordynacji, a następnie dyżur medyczny 16 godzin 25 minut) oraz kolejne godziny w ramach zwykłej ordynacji, w taki sposób, że lekarze pozostawali w pracy od blisko 32 do nawet 96 godzin bez odpoczynku (W SP Psychiatrycznym ZOZ w Choroszczy). Powodem tak długiego świadczenia pracy był deficyt lekarzy przy jednoczesnej potrzebie zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych. [str. 50–51]

Fizjoterapeuci, logopeda i psycholog w oddziałach udarowych

Szpital z oddziałami udarowymi nie miały na ogół problemu z zapewnieniem pozostałego personelu medycznego: fizjoterapeutów, logopedów i psychologów. Tylko okresowo Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku zatrudniał mniej fizjoterapeutów niż było to wymagane. Takiego personelu nie zapewniał zaś żaden szpital w oddziałach chorób wewnętrznych, w którym hospitalizowano chorych z udarem mózgu, ponieważ nie ma takiego obowiązku. [str. 53–54]

Kadra i sprzęt na SOR czy izbie przyjęć i OAiT

Każdy ze skontrolowanych szpitali zapewniał wymagany sprzęt i aparaturę medyczną na skontrolowanych oddziałach, jak również personel na SOR i izbie przyjęć oraz oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii. Zdarzały się tylko przypadki nieaktualizowania informacji o sprzęcie na portalu POW NFZ w przypadku wycofania z użytkowania lub przeniesienia na inny oddział. Nie miało to jednak wpływu na spełnienie wymagań stawianych w rozporządzeniu *w sprawie świadczeń gwarantowanych*. [str. 55–59]

Możliwe skuteczniejsze procedury postępowania z pacjentami

W szpitalach z oddziałami udarowymi ustalone były procedury postępowania z pacjentami z podejrzeniem udaru. Nie zawierały jednak rozwiązań, które mogłyby skrócić czas postępowania z pacjentem oraz zorganizowania pacjentowi priorytetowego dostępu do rejestracji szpitalnej, zlecenia badań laboratoryjnych i obrazowych mózgu. Tymczasem w *Wytycznych PTN* ustalono, że należy dołożyć wszelkich starań, aby maksymalnie ograniczyć możliwość wystąpienia opóźnień w postępowaniu diagnostycznym i podjęciu właściwego leczenia.

W procedurach nie ustalono między innymi, że karetka może mieć pierwszeństwo na tzw. „podjeździe” do SOR przed innymi oczekującymi karetkami, o ile nie będzie w nich również pacjentów w stanie bezpośredniego zagrożenia życia.

W procedurach nie znalazł się także zapis, iż lekarz neurolog ma oczekiwać na pacjenta na SOR – jak zalecają *Wytyczne PTN*. Szpitale były jednak zazwyczaj informowane o transporcie pacjenta z podejrzeniem udaru mózgu, zatem lekarz miał czas na stawienie się w SOR o przewidywanym czasie przyjazdu ZRM. Tymczasem karetki z pacjentami oczekiwały na lekarza, co w *Wytycznych PTN* uznane zostało jako czynnik opóźniający podanie leku trombolitycznego.

W procedurach nie zapisano również pierwszeństwa pacjenta z podejrzeniem udaru mózgu w pracowni radiologii, w której – o ile to możliwe – można wstrzymać się z wykonaniem badań TK innych niż *cito* pacjentom oczekującym na to badanie, aby pacjent z udarem mózgu nie musiał czekać w kolejce na badanie. W *Wytycznych PTN* zaleca się też, aby pacjent będący w „oknie do leczenia” metodą trombolizy lub trombektomii mógł być transportowany przez ZRM na noszach transportowych ambulansu bezpośrednio do pracowni TK lub MR. [str. 60–63]

Czas jaki upłynął od wystąpienia pierwszych objawów udaru do przyjęcia pacjenta do szpitala pokazuje, że pacjenci lub ich najbliższe otoczenie zbyt długo zwlekali z wezwaniem ZRM do pacjenta z zaobserwowanymi objawami chorobowymi (udarowymi lub innymi) bądź tych objawów nie znali. Mediana czasu trwania akcji ratunkowej (od wykonania telefonu pod numer alarmowy do przyjęcia pacjenta do szpitala) wyniosła 59 minut 44 sekundy, a 81,3% pacjentów trafiało do szpitali przed upływem 90 minut od wykonania połączenia na numer alarmowy – pomimo opisanych dalej problemów w niektórych przypadkach z terminowym uruchomieniem akcji ratowniczej i dojazdem na miejsce zdarzenia. Z objętej analizą dokumentacji medycznej wynika, że 59,1% pacjentów, u których znany był przybliżony czas wystąpienia objawów, trafiło do szpitali później niż po 3,5 godzinach od wystąpienia objawów udaru, w tym 34,1% później niż 12 godzin od ich zaobserwowania. Przyczyną opóźnienia w dostępie do opieki zdrowotnej nie było zatem opóźnienie w przyjeździe karetki, lecz zaniechanie wezwania karetki bądź to przez pacjentów, bądź ich bliskich lub nieznaną osobę objawów udaru i sposobu postępowania, gdy wystąpią. [str. 63–64]

Szkolenia dotyczące rozpoznawania objawów udaru mózgu powinny dotyczyć nie tylko mieszkańców województwa, ale także ratowników medycznych. Dwa takie szkolenia dla pracowników stacji pogotowia ratunkowego w 2018 r. zorganizował Wojewoda Podlaski. Ratownicy medyczni nie mają specjalistycznej wiedzy w dziedzinie neurologii czy medycyny ratunkowej, występują więc trudności z zebraniem dokładnego wywiadu, zwłaszcza w przypadku utrudnionej komunikacji z pacjentem. Czasami nie ma świadków zdarzenia lub rodzina pacjenta wprowadza ratowników w błąd. Natomiast pacjent prawidłowo zdiagnozowany już na miejscu zdarzenia nie trafi do szpitala powiatowego na oddział wewnętrzny, a od razu na oddział udarowy. [str. 74]

Każdy ze skontrolowanych szpitali miał możliwość wykonania badań TK lub MR. Poza Szpitalem Ogólnym w Kolnie, korzystającym do 31 stycznia 2020 r. z urządzeń TK zlokalizowanych w innych szpitalach, pozostałe dysponowały tymi urządzeniami we własnej siedzibie. Determinowało

Zwleknięcie z wezwaniem pomocy do pacjenta z podejrzeniem udaru mózgu

Należy szkolić ratowników medycznych

Najszybciej diagnozowano w szpitalach z oddziałami udarowymi

SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI

to czas wykonania badania TK po przyjęciu pacjenta do szpitala. Wśród szpitali z oddziałami udarowymi mediana tego czasu wynosiła od 24 do 40 minut, w SP Psychiatrycznym ZOZ w Choroszczy – 37 minut, w szpitalach z oddziałami chorób wewnętrznych wynosiła od około godziny do nawet 16 i pół, a w szpitalu w Kolnie – blisko dobę. [str. 64–66]

Najszybciej podawano leki trombolityczne w Suwałkach

Im szybsze potwierdzenie diagnozy poprzez badanie TK, tym szybciej możliwe do zastosowania było leczenie trombolityczne (dostępne tylko w oddziałach udarowych) i lepsze rokowania pacjenta. *Wytyczne PTN* zalecają, by czas od przyjęcia do szpitala do podania leków nie przekraczał godziny. Blisko tego wyniku był Szpital Wojewódzki w Suwałkach (1:06 h). W pozostałych trzech szpitalach z oddziałami udarowymi czas ten był nieco dłuższy (1:38–1:48 h). Jak podano w *Wytycznych PTN*, każdy zyskany kwadrans do rozpoczęcia leczenia trombolitycznego to w skali społecznej w przybliżeniu ekwiwalent jednego dodatkowego miesiąca samodzielnego życia chorego, niższe o 5% ryzyko zgonu i większa o około 4% szansa na samodzielne poruszanie się. [str. 66–67]

Zatrzymywanie pacjentów z udarem mózgu w oddziałach chorób wewnętrznych

Pacjenci, którzy pierwotnie trafili do szpitala powiatowego bez oddziału udarowego, nie zawsze byli przewożeni do szpitali specjalistycznych. W zależności od szpitala skala wypisów z oddziałów chorób wewnętrznych i transportu pacjenta do szpitali specjalistycznych była różna – największa w SP ZOZ w Sokółce (77,8%), najniższa w Szpitalu Ogólnym w Grajewie (0%). Ogółem do szpitali specjalistycznych przewieziono 29,2% pacjentów hospitalizowanych w oddziałach chorób wewnętrznych. Decyzje o pozostawieniu pacjenta na tym oddziale wynikały m.in. z przeświadczenia lekarzy, że skoro pacjent nie znajdował się w „oknie terapeutycznym” do leczenia trombolitycznego (4,5 h od wystąpienia objawów), to może pozostać w danym szpitalu. Tymczasem w takim szpitalu nie było można zapewnić pacjentom z udarem mózgu specjalnych sal ani personelu: fizjoterapeutów, logopedy i psychologa. *Wytyczne PTN* stanowią zaś o konieczności wdrożenia wczesnej rehabilitacji w oddziale udarowym, której komponentem są fizjoterapia, rehabilitacja mowy, terapia zajęciowa czy opieka psychologiczna. Większości pacjentów zapewniano zaś konsultacje neurologiczne. [str. 68–70]

Niejednolity system transportu pacjenta z udarem mózgu do placówki specjalistycznej

W zależności od szpitala, transport pacjentów do placówek specjalistycznych odbywał się w różny sposób i w różnym tempie. Realny czas podstawienia załogi transportowej w przypadku niektórych pacjentów wynosił od 10 do 30 minut od zlecenia takiego transportu, ale były też przypadki 7–10-godzinnego oczekiwania. Wpływ na to miała dostępność własnych pojazdów, które mogły wykonywać inny transport oraz w przypadku podmiotów zewnętrznych – miejsce stacjonowania pojazdów (najczęściej w Białymstoku i byłych miastach wojewódzkich). Szpitale rzadko też korzystały z transportu zagwarantowanego przez POW NFZ z uwagi na brak lekarza w zespole i przed wszystkim – długi czas oczekiwania na karetkę. Sprawniej im było skorzystać z własnych pojazdów. Tymczasem w przypadku pacjenta z udarem mózgu czas ma decydujące znaczenie do zastosowania terapii lekami trombolitycznymi. [str. 70–71]

Zespoły ratownictwa medycznego znały wytyczne postępowania z pacjentami z podejrzeniem udaru mózgu, dotyczące m.in. konieczności przetransportowania tego pacjenta do oddziału udarowego i powiadomienia szpitala o takim transporcie. Tylko w nielicznych przypadkach (3%) tacy pacjenci byli transportowani do innego oddziału niż udarowy. O wiezionym pacjencie informowano zaś szpitale co najmniej w przypadkach, gdy pacjent znajdował się w oknie terapeutycznym do zastosowania leczenia trombolitycznego (dotyczy Szpitala Wojewódzkiego w Łomży i w Suwałkach) lub w każdym przypadku (Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku i Wojewódzki Szpital Zespolony w Białymstoku), przy czym wytyczne Ministra Zdrowia nie rozdzielają sytuacji, w których należy powiadomić o transporcie i gdy nie należy tego robić. [str. 60, 74, 78]

Potrzeba zwiększenia dbałości o dysponowanie akcji ratowniczej

W blisko 40% objętych kontrolą wyjazdów nie zostały zachowane czasy: obsługi zgłoszeń przez dyspozytorów lub wyjazdu zespołu na akcję ratowniczą. Opóźnienia uzasadniano m.in. kwestiami technicznymi, związanymi z potrzebą zatwierdzenia przyciskiem wykonania tych czynności, co mogło być wykonywane z opóźnieniem, mimo terminowego zadysponowania lub wyjazdu ZRM. Zwrócono również uwagę na brak połączenia z systemem powiadamiania, odległości od miejsca przebywania członków zespołu w momencie wezwania do ambulansu oraz przyjęcia wezwania w trakcie mycia ambulansu, jego dezynfekcji lub tankowania. [str. 75–76]

W ciągu poszczególnych miesięcy objętych kontrolą, w większości przypadków dotarcie do miejsca wezwania mieściło się w parametrach ujętych w ustawie o *PRM*. Ustalono tam, że w przypadku miasta powyżej 10 tys. mieszkańców powinno być to nie dłużej niż osiem minut, a poza takim miastem – 15 minut. W tym pierwszym przypadku mediana czasu dotarcia do pacjenta udarowego nie została zachowana w 10% analizowanych miesięcy, a w drugim w 33,3%. [str. 76–77]

Czas dotarcia do miejsca zdarzenia

4. WNIOSKI

- Minister Zdrowia**
- 1) Wypracowanie rozwiązań zwiększających zainteresowanie wyborem zawodu pielęgniarki. Do czasu zwiększenia liczby pielęgniarek, rozwiązanie wprowadzenia w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego¹³ możliwości zastosowania wyjątków od zasady obliczania minimalnej liczby personelu pielęgniarskiego w zależności od liczby łóżek na poszczególnych oddziałach szpitalnych oraz ustalanie kodów resortowych oddziałów objętych tymi wyjątkami, po analizie potrzeb zdrowotnych i dostępności świadczeń w poszczególnych województwach.
 - 2) Wprowadzenie w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych¹⁴ obowiązku przekazywania oddziałom wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia informacji o wystawionym skierowaniu, jego dacie i kodzie resortowym komórki organizacyjnej, do której je wystawiono¹⁵.
- Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia**
- 1) Wprowadzenie w zarządzeniu nr 98/2019/DI Prezesa NFZ z dnia 1 sierpnia 2019 r. obowiązku przekazywania¹⁶ do wszystkich oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia danych o skierowaniach wystawionych w opiece ambulatoryjnej, jak i szpitalnej oraz uzupełnienie przekazywanych danych o kod resortowy komórki organizacyjnej, do której wystawiono skierowanie¹⁷.
- Wojewoda Podlaski**
- 1) W porozumieniu z POW NFZ, WSPR i podmiotami leczniczymi, ustalenie¹⁸ jednolitego, optymalnego sposobu transportowania pacjenta z podejrzeniem udaru mózgu ze szpitali z oddziałami chorób wewnętrznych do placówki z oddziałem udarowym.
 - 2) Wypracowanie rozwiązań zwiększających zainteresowanie lekarzy specjalizacją z neurologii.
 - 3) Zapewnienie powiadamiania szpitali przez dyspozytorów zespołów ratownictwa medycznego o transporcie każdego pacjenta z podejrzeniem udaru mózgu¹⁹.
 - 4) Zabezpieczenie sprawnej obsługi pacjentów z podejrzeniem udaru mózgu na SOR w placówkach z oddziałami udarowymi²⁰.
 - 5) Wprowadzenie cyklicznych szkoleń załóg ZRM, dotyczących rozpoznawania udaru mózgu.

¹³ Dz. U. z 2021 r. poz. 290, ze zm.

¹⁴ Dz. U. poz. 1207, ze zm.

¹⁵ Pozwoli to na analizowanie danych o wystawianych skierowaniach i usprawnienie planowania świadczeń zdrowotnych.

¹⁶ W komunikacie XML.

¹⁷ Wniosek jest konsekwencją wniosku nr 2 do Ministra Zdrowia. Jego realizacja umożliwi w oddziałach wojewódzkich NFZ prowadzenie szerszej analizy dostępu do świadczeń.

¹⁸ Na podstawie art. 19 ust 2 ustawy o PRM.

¹⁹ Ibidem.

²⁰ Ibidem.

WNIOSKI

- 1) Przeprowadzenie, w porozumieniu z właściwymi organami, konsultacji²¹, mających na celu ustanowienie na południu województwa podlaskiego nowej lokalizacji oddziału udarowego. Marszałek
Województwa
Podlaskiego
- 2) Finansowanie i realizowanie²² projektów promujących ochronę zdrowia, nakierowanych szczególnie na profilaktykę udarów mózgu, ich rozpoznawanie i udzielanie pierwszej pomocy w przypadku podejrzenia udaru mózgu²³.
- 1) Dokonanie oceny pracy oddziałów udarowych i neurologicznych w województwie podlaskim oraz udziału pacjentów z udarem mózgu w rehabilitacji²⁴. Konsultant krajowy
z dziedziny neurologii
- 1) Dokonanie przeglądu funkcjonujących procedur postępowania z pacjentem z udarem mózgu i wprowadzenie korekt dostosowujących to postępowanie do *Wytycznych PTN*. Kierownicy podmiotów
lecniczych
z oddziałami
udarowymi
- 1) Zapewnienie, by każdy pacjent ze zdiagnozowanym udarem mózgu i wskazaniami do przekazania do oddziału udarowego jak najszybciej mógł być przetransportowany do podmiotu leczniczego wyspecjalizowanego w leczeniu udarów, mając na względzie specjalistyczną kadrę i opiekę w oddziałach udarowych. Kierownicy podmiotów
lecniczych
bez oddziałów
udarowych

²¹ Na podstawie art. 9 pkt 5 ustawy o świadczeniach.

²² Tamże oraz na podstawie art. 14 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (Dz. U. z 2020 r. poz. 1668, ze zm.).

²³ Z udziałem samorządów.

²⁴ Na podstawie art. 10 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2019 r. poz. 886).

5. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

5.1. Zapewnienie właściwego dostępu do leczenia udarów mózgu

W latach 2018–2020 (do 30 września) w województwie podlaskim nie zapewniono właściwego dostępu do leczenia udarów mózgu. Liczba szpitali z oddziałami udarowymi, łóżek na tych oddziałach oraz liczba łóżek ogólnoneurologicznych była zdecydowanie zbyt mała (jedna z najniższych w Polsce w przeliczeniu na liczbę mieszkańców) w stosunku do liczby pacjentów wymagających leczenia z powodu udaru. Szczególnie brakowało oddziału udarowego w południowej części województwa. Niedostateczny dostęp do nowoczesnego leczenia udaru mózgu i rehabilitacji neurologicznej przejawiał się wysokim wskaźnikiem śmiertelności z powodu udaru mózgu w województwie podlaskim (jest jednym z najwyższych w Polsce).

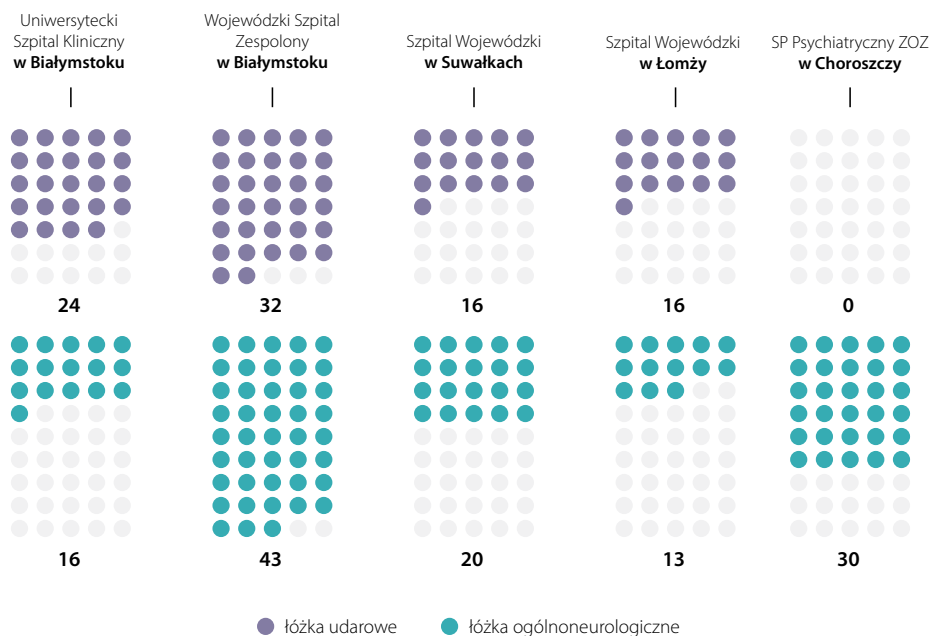
5.1.1. Szpitale i łóżka udarowe w województwie podlaskim

Oddziały udarowe i neurologiczne miały kontrakt z NFZ

W województwie podlaskim oddziały neurologiczne z oddziałami udarowymi zakontraktowane były w czterech podmiotach leczniczych, a oddział neurologiczny bez oddziału udarowego w kolejnym podmiocie leczniczym.

Infografika nr 1

Stan łóżek udarowych i neurologicznych 30 września 2020 r. w województwie podlaskim



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie ustaleń z kontroli.

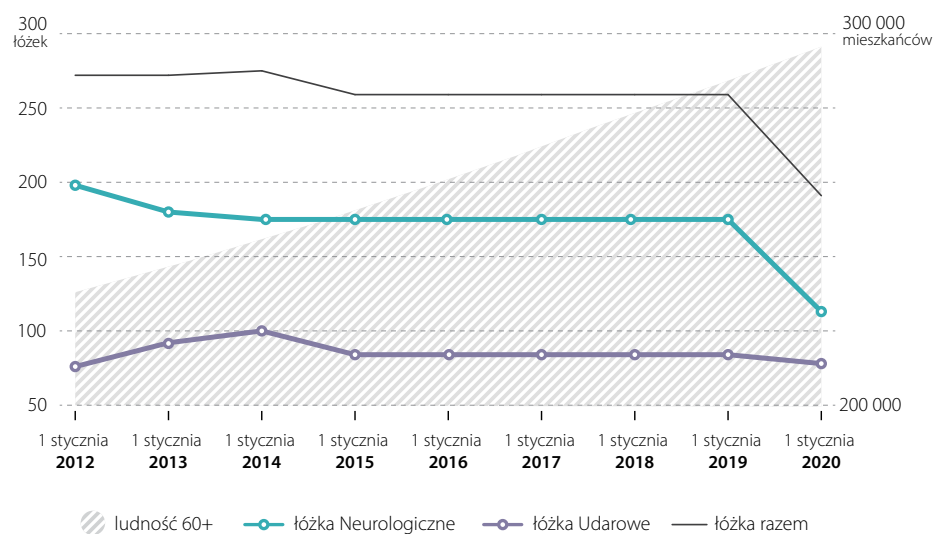
Funkcjonujące w województwie oddziały udarowe i neurologiczne miały umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z POW NFZ. Liczba oddziałów udarowych i łóżek do leczenia pacjentów po przebytych udarach była niewystarczająca. Brakowało też oddziału udarowego w południowej części województwa. Dobre praktyki postępowania ZRM z pacjentem z podejrzeniem udaru mózgu (omówione szerzej w punkcie 5.4.) nakazują transport takiego pacjenta do najbliższego oddziału udarowego. Jak wyjaśniła konsultant wojewódzka z dziedziny neurologii, to zadanie niemożliwe

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

przy populacji osób w wieku 60 lat i więcej, wynoszącej 243 512. Z kolei 30 września 2020 r. łóżek udarowych było 88 (wzrost o 15,8%), ogólnoneurologicznych 122 (spadek o 37,8%). Ogólny bilans łóżek zmniejszył się więc z 272 do 210 (spadek o 22,8%), przy rosnącej populacji osób w wieku 60 lat i więcej, wynoszącej 296 597 (wzrost o 21,8%)²⁸. Występuje zatem niewłaściwa tendencja zmniejszania liczby łóżek udarowych i ogólnoneurologicznych w stosunku do rosnącej populacji osób, które z racji wieku najbardziej narażone są na wystąpienie udaru mózgu.

Infografika nr 3

Zmiany w liczbie łóżek i ludności w wieku 60 lat i więcej w województwie podlaskim



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą i GUS.

Biorąc zaś pod uwagę tylko okres objęty kontrolą, liczba łóżek udarowych wzrosła o cztery (wszystkie w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku), a ogólnoneurologicznych spadła o 53 (27 w SP Psychiatrycznym ZOZ w Choroszczy, 17 w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Białymstoku, siedem w Szpitalu Wojewódzkim w Łomży i dwa w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku).

Dyrektorzy szpitali jako powody zmniejszania bazy łóżek ogólnoneurologicznych wyjaśniali m.in. potrzebą osiągnięcia wskaźnika 0,6 etatu pielęgniarki na łóżko po wejściu w życie 1 stycznia 2019 r. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2018 r. *zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego*²⁹. Z tego samego powodu Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku zwiększył bazę łóżek udarowych o cztery, chociaż pierwotnie planował o 16. O zmniejszaniu dostępności do leczenia, spowodowanej potrzebą osiągnięcia wskaźnika 0,6 etatu pielęgniarki na łóżko będzie mowa w dalszej części niniejszej informacji, w punkcie 5.2.

²⁸ Największa baza łóżek była między 21 czerwca 2013 r. a 5 grudnia 2014 r., gdy dostępnych było 100 łóżek udarowych i 175 ogólnoneurologicznych.

²⁹ Dz. U. poz. 2012.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Liczba łóżek udarowych i ogólnoneurologicznych w okresie objętym kontrolą ulegała dużym zmianom w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Białymstoku. Powodem ich był remont i przebudowa dotychczasowego budynku oraz przeniesienie miejsca udzielania świadczeń do budynku o mniejszej powierzchni. Początkowo były to 32 łóżka udarowe i 60 łóżek ogólnoneurologicznych, od 8 stycznia 2019 r. odpowiednio 22 i 34 łóżka, następnie od 1 czerwca 2020 r. – 32 i 34 łóżka, a od 4 września 2020 r. – 32 łóżka udarowe i 43 ogólnoneurologiczne.

Pomimo że w Białymstoku oddziały udarowe znajdowały się w dwóch podmiotach leczniczych, to ich dostępność dla pacjentów była ograniczona. W Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku i Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Białymstoku naprzemiennie występowały dni o zwiększonej obsłudze medycznej na SOR, tzw. dni z „ostrym dyżurem”. W kolejnym dniu był już dzień ze zmniejszoną obsługą, tzw. „dyżur tępy”. W trakcie kontroli dyrektor Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego wyjaśnił, że nawet w dniach o zmniejszonej obsłudze na SOR mogą być przyjmowani pacjenci z udarem mózgu. Jak jednak wynika z analizy dni przyjęć pacjentów do tych szpitali, najczęściej byli przyjmowani naprzemiennie, jak wynikało to z podziału dyżurów medycznych o zwiększonej obsadzie. Bywały dni, gdy jeden ze szpitali przyjmował kilku pacjentów, drugi żadnego.

Ograniczona dostępność do oddziałów udarowych w Białymstoku

Przykłady

5 lutego 2018 r. **Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku** przyjął 12 nowych pacjentów, 26 listopada 2018 r. – 11, 18 stycznia 2018 r. – 10, 17 lutego 2018 r. dziewięciu pacjentów, a 25 czerwca 2018 r., 10 grudnia 2018 r. i 8 lipca 2019 r. po ośmiu nowych pacjentów. W tym czasie drugi szpital nie przyjął żadnego pacjenta z udarem mózgu.

Z kolei 10 marca 2018 r. i 29 grudnia 2019 r. **Wojewódzki Szpital Zespolony w Białymstoku** przyjął 10 pacjentów, 18 lutego, 5 czerwca i 7 września 2020 r. – dziewięciu, a 3 i 15 stycznia, 16 i 22 lutego, 11 kwietnia, 21 listopada 2018 r. i 13 czerwca 2020 r. po ośmiu nowych pacjentów.

Były też dni, gdy jeden ze szpitali przyjmował od ośmiu do dziesięciu pacjentów, a drugi jednego lub dwóch (pięciokrotnie Wojewódzki Szpital Zespolony w Białymstoku i czterokrotnie Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku).

Kilkudziesięciokrotnie jeden ze szpitali przyjmował powyżej pięciu pacjentów jednego dnia w czasie, gdy drugi nie przyjmował żadnego. W Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Białymstoku miało to miejsce 94 razy, a w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku – 54.

Świadczenie dyżuru medycznego naprzemiennie przez te szpitale (położone przy jednej ulicy w Białymstoku, obok siebie, po obu jej stronach) powoduje, że cały ruch ZRM kierowany jest do jednego z nich. Zwracał na to uwagę zastępca dyrektora WSPR w Łomży: (...) *problemem jest ustalony harmonogram dyżurów tzw. ‘ostrzych i tępych’ w szpitalach zlokalizowanych w Białymstoku. Nie istnieje regulacja prawna opisująca taki podział, a wprowadza on konieczność oczekiwania w kolejce na obsługę Zespołu Ratownictwa Medycznego przez personel SOR, co wydłuża czas oczekiwania na obsługę, w sytuacji kierowania wszystkich pacjentów w tym samym czasie do jednej placówki.*

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Zdaniem NIK, nawet najlepiej rokujący pacjenci mogą nie otrzymać zatem niezbędnej, szybkiej pomocy, gdy liczba nowo przyjętych pacjentów w ciągu dnia będzie się kumulować w jednym szpitalu, jak to ma miejsce obecnie w omawianych podmiotach leczniczych.

NIK zwraca uwagę, że na podstawie art. 21a ust. 1 ustawy o PRM, wojewoda w porozumieniu z dyrektorem właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ może ustalić harmonogram funkcjonowania jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, w warunkach zwiększonej gotowości do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, uwzględniając konieczność właściwego zabezpieczenia dostępu do tych świadczeń. Dzieje się to jednak **na wniosek świadczeniodawców** udzielających świadczeń na terenie tego oddziału wojewódzkiego NFZ. Do Wojewody Podlaskiego nie wpłynęły jednak wnioski o ustalenie takiego harmonogramu. Jednocześnie wojewoda – na podstawie art. 21 ust. 1 ustawy o PRM – ustala wojewódzki plan działania, którego elementem są SOR-y.

Województwo podlaskie na tle kraju

Lóżka udarowe w Polsce

Liczba oddziałów i łóżek udarowych i ogólnoneurologicznych w województwie podlaskim w porównaniu do innych województw plasuje to województwo na dalekiej pozycji. Analizowano dane o liczbie tych oddziałów i łóżek³⁰ na 30 września 2020 r. Województwo podlaskie jest:

- piątym od końca województwem – przed dolnośląskim, małopolskim, opolskim i zachodniopomorskim – ze wskaźnikiem 7,48 łóżek udarowych na 100 tys. ludności (średnia krajowa – 8,43, najlepszy wynik – województwo świętokrzyskie – 12,36);
- czwartym od końca województwem – przed dolnośląskim, opolskim i zachodniopomorskim – ze wskaźnikiem 29,67 łóżek udarowych na 100 tys. ludności w wieku 60 lat i więcej (średnia krajowa – 33,07, najlepszy wynik – województwo świętokrzyskie – 44,80);
- przedostatnim – przed opolskim – województwem ze wskaźnikiem 0,34 oddziału udarowego na 100 tys. ludności oraz ze wskaźnikiem 1,35 oddziału udarowego na 100 tys. ludności w wieku 60 lat i więcej (średnia krajowa odpowiednio 0,47 i 1,85; najlepszy wynik – województwo lubelskie – 0,62 oddziału udarowego na 100 tys. ludności i województwo podkarpackie – 2,38 oddziału udarowego na 100 tys. ludności w wieku 60 lat i więcej).

Województwo podlaskie jest też ostatnim w kraju – wraz z województwem opolskim – pod względem liczby miejscowości, w których zlokalizowane są oddziały udarowe. W obu tych województwach mieszczą się one w trzech miastach, najlepszy wynik ma województwo śląskie – w 21 miastach, podkarpackie – w 14 i mazowieckie – w 12.

Na uwagę zasługuje województwo podkarpackie³¹, w którym jest 25 powiatów (w tym cztery miasta na prawach powiatu), a oddziały udarowe funkcjonują

³⁰ Według danych z Księgi Rejestrowej w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (<https://rpwdl.ezdrowie.gov.pl/>), w przypadku wątpliwości dotyczących zapisu np. informacja o oddziale neurologicznym z pododdziałem udarowym (kod resortowy 4220), ale gdy jednocześnie nie było wydzielonego oddziału udarowego (kod resortowy 4222) w tej księdze, występowało dane bezpośrednio do szpitala.

³¹ Województwo śląskie wysoko zurbanizowane i uprzemysłowione nie stanowi odpowiedniej bazy porównawczej.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

w 14 z nich, w tym 10 poza miastami na prawach powiatu. Oba województwa mają zbliżony poziom produktu krajowego brutto na mieszkańca³². Niemniej szpitale z oddziałami udarowymi w województwie podkarpackim znajdują się w bardziej zaludnionych miastach (mediana 34 721 mieszkańców) niż miasta powiatowe w województwie podlaskim (mediana 16 762). Szpitale z oddziałami udarowymi w województwie podkarpackim są też dwukrotnie większe pod względem liczby oddziałów szpitalnych (mediana 14), niż szpitale powiatowe w województwie podlaskim (mediana 7). Liczba oddziałów udarowych i łóżek na tych oddziałach w województwie podkarpackim przełożyła się na efekt w postaci drugiego miejsca w Polsce pod względem stosowania leków trombolitycznych, siódmego miejsca w stosowaniu leczenia za pomocą trombektomii mechanicznej w 2020 r. i śmiertelności pacjentów po udarze mózgu niższej niż przeciętna w kraju.

Z kolei województwo zachodniopomorskie, pomimo zorganizowania oddziałów udarowych tylko w pięciu miastach i wskaźników łóżek udarowych na mieszkańca, zbliżonych do wskaźników województwa podlaskiego, było liderem w stosowaniu leczenia trombolitycznego i miało jedno z najwyższych wskaźników korzystania z rehabilitacji neurologicznej – przy najwyższym stosunku liczby łóżek rehabilitacji neurologicznej do liczby łóżek udarowych i ogólnoneurologicznych oraz wskaźnikach liczby łóżek rehabilitacji do liczby ludności województwa. Jednocześnie miało ono jedno z najniższych wskaźników śmiertelności³³.

Rozmieszczenie oddziałów udarowych w województwie podlaskim było nierównomierne. Brak było bowiem optymalnego zabezpieczenia tych świadczeń w części południowej województwa. Miejscowości, w których potencjalnie mógłby powstać taki oddział to Bielsk Podlaski, Hajnówka i Siemiatycze, w których zlokalizowane były SP ZOZ. Część z tych lokalizacji ma jednak swoje minusy. W szpitalu w Siemiatyczach nie funkcjonował SOR, a miasto jest najbardziej wysunięte na południe województwa. Z kolei Hajnówka zlokalizowana jest bardziej centralnie, lecz znajduje się na uboczu głównych tras ruchu. Optymalnym miejscem do lokalizacji oddziału udarowego wydaje się więc Bielsk Podlaski. Jest to piąte pod względem liczby ludności miasto w województwie. To także duży ośrodek przemysłowy, położony centralnie w tej części województwa, z dogodnym dojazdem, a w przyszłości położony obok budowanej drogi szybkiego ruchu³⁴.

NIK nie przesądza o najlepszej lokalizacji oddziału udarowego w południowej części województwa. **Zaangażowanie w jego powstanie jest domeną wszystkich zainteresowanych poprawą dostępności leczenia udaru w tej części województwa** – zwłaszcza, że jest to jedno z zadań związanych z realizacją priorytetu *Zapobieganie udarom mózgu oraz*

Nierównomierne
rozmieszczenie
oddziałów udarowych

³² 42 976 w podlaskim i 41 845 w podkarpackim. Dane Głównego Urzędu Statystycznego opublikowane 31 grudnia 2020 r. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/rachunki-narodowe/rachunki-regionalne/wstepne-szacunki-produktu-krajowego-brutto-w-przekroju-regionow-w-2019-roku,8,3.html> (dostęp z 19 marca 2021 r.).

³³ Powodem tak dobrych wskaźników w tym województwie – poza wymienionymi – mogło być wiele innych czynników, m.in. świadomość społeczeństwa o objawach udaru, sieć dróg, rozmieszczenie miejsc stacjonowania ZRM czy procedury postępowania w szpitalach i doświadczenie lekarzy neurologów.

³⁴ Mowa o Via Carpatia, łączącej Tallin i Saloniki, przebiegająca na podlaskim odcinku od Siemiatycz przez Białystok na północ.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

poprawa efektów leczenia udarów mózgu, które nie zostało przypisane do realizacji żadnemu podmiotowi (priorytet i zadania opisano w dalszej części informacji). W okresie objętym kontrolą liczba nowych hospitalizacji pacjentów z powiatów bielskiego, hajnowskiego i siemiatyckiego z powodu udaru mózgu w szpitalach na terenie województwa wynosiła odpowiednio 335, 305 i 207³⁵. Zatem dni, w których nie występowały nowe hospitalizacje zdarzały się średnio raz na osiem, 16 i 24 dni. Większość (93,1%) tych hospitalizacji miało miejsce w szpitalach w Białymstoku lub w SP Psychiatrycznym ZOZ w Choroszczycy. Nieznane są te wartości dla hospitalizacji poza województwem podlaskim z zawężeniem do powiatu zamieszkania pacjenta, niemniej można przypuszczać, że pacjenci z województwa podlaskiego hospitalizowani w oddziałach udarowych w szpitalach w Białej Podlaskiej, Siedlcach i Sokołowie Podlaskim mieli miejsce zamieszkania w jego południowej części (odpowiednio 56, 67 i 45 osób w poszczególnych latach objętych kontrolą).

Dyrektor POW NFZ podejmował rozmowy z dyrektorami szpitali bądź otrzymywał deklaracje, dotyczące rozważania możliwości otwarcia oddziałów neurologicznych z oddziałami udarowymi w innych szpitalach niż już istniejące.

Inwestycje w nowe oddziały udarowe uzależnione od zewnętrznych źródeł finansowania

SP ZOZ Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Białymstoku rozważał utworzenie 50-łóżkowego oddziału neurologii z pododdziałem udarowym w 2024 r. Uzależnione było to od uzyskania środków finansowych na przeprowadzenie tej inwestycji. Szpital Powiatowy w Zambrowie Sp. z o.o. złożył wniosek o dofinansowanie projektu pt. „Utworzenie i doposażenie Oddziału neurologii z pododdziałem udarowym i odcinkiem rehabilitacji neurologicznej oraz utworzenie poradni neurologicznej” w ramach Działania 8.4 Infrastruktura społeczna³⁶ i uzyskał 7990 tys. zł dofinansowania do projektu wartego 10 335,6 tys. zł. Utworzenie oddziału możliwe jest w 2023 r. Z kolei SP ZOZ w Bielsku Podlaskim dysponował projektem budowlanym wraz z pozwoleniem na budowę oddziału neurologicznego z pododdziałem udarowym, ale oczekiwał na możliwość współfinansowania inwestycji ze źródeł zewnętrznych (nie złożył jednak wniosku o dofinansowanie w postępowaniu konkursowym, w którym szpital w Zambrowie uzyskał dofinansowanie), a termin utworzenia oddziału jest trudny do określenia. Szpital Ogólny w Grajewie poinformował natomiast, że w związku z trudną sytuacją epidemiologiczną, środki finansowe przeznaczone na utworzenie oddziału do leczenia udarów mózgu zostały przeznaczone na modernizację oddziału obserwacyjno-zakaźnego i szpital szuka zewnętrznego finansowania na utworzenie oddziału neurologicznego z pododdziałem udarowym, co jest możliwe w 2022 r.

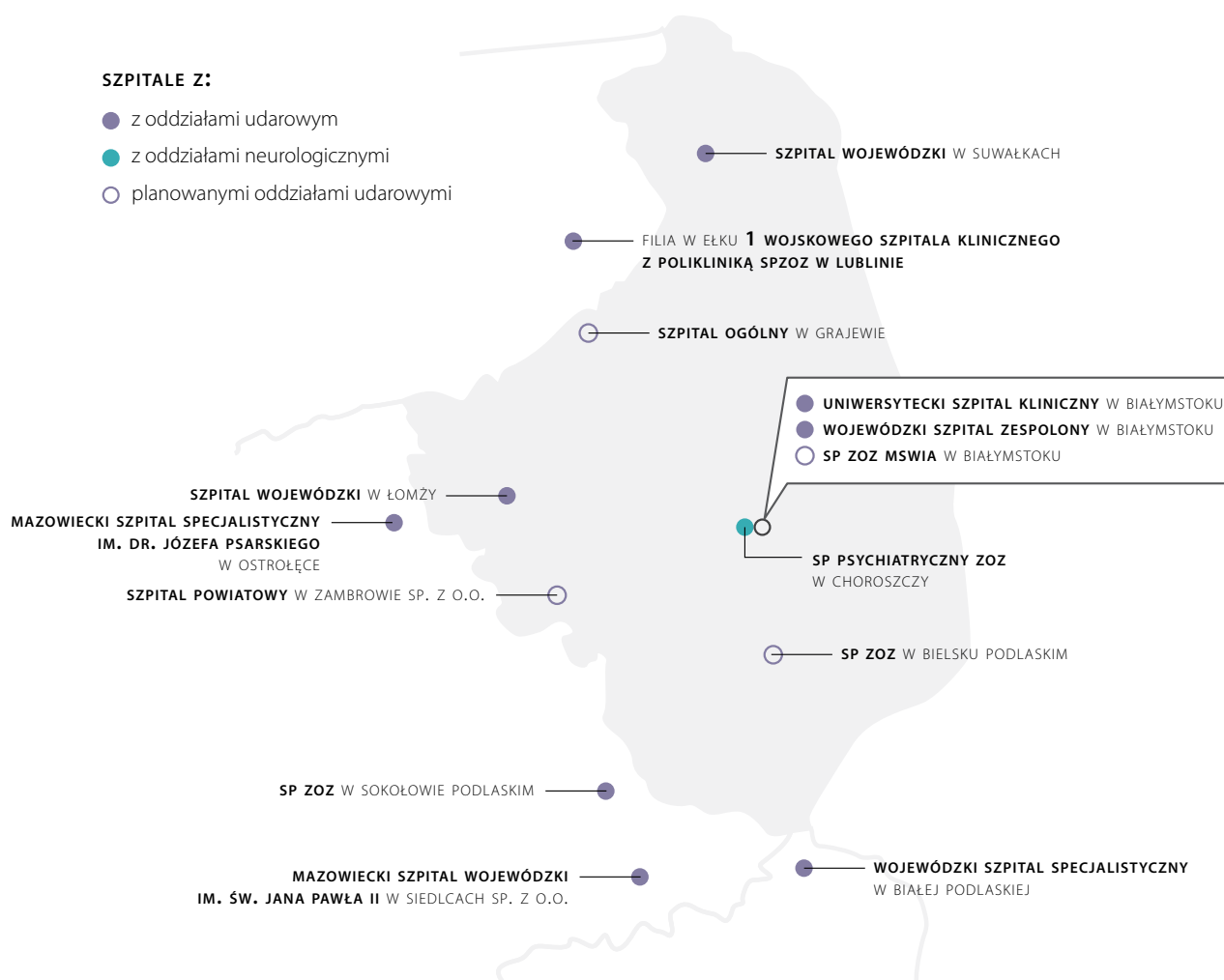
³⁵ W sprawozdaniach statystycznych do POW NFZ podmioty lecznicze nie podawały adresu zamieszkania pacjenta korzystającego ze świadczeń (nie przewiduje tego prawo). Posiłkując się jednak miejscowością (gminą) wybranego przez pacjenta lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, można w przybliżeniu określić miejsce (gminę, a następnie powiat) zamieszkania pacjenta.

³⁶ Postępowanie konkursowe nr RPPD. 08.04.01-IZ.00-20-002/20 z Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014–2020.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Infografika nr 4

Szpital z oddziałami udarowymi i neurologicznymi w województwie (w tym planowane) i w pobliżu jego granic



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą i ustaleń z kontroli.

5.1.2. Skala hospitalizacji i pacjentów z udarem mózgu w województwie

W okresie objętym kontrolą w województwie podlaskim było 6247 hospitalizacji związanych z rozliczeniem grup JGP A48 do A51, w kolejnych latach odpowiednio 2391, 2239 i 1617. Dotyczyło to 6199 pacjentów (odpowiednio 2374, 2222 i 1603³⁷). Wartość tych świadczeń wyniosła 43 609,5 tys. zł³⁸. Najwięcej hospitalizacji było w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Białymstoku, który dysponował największą liczbą łóżek udarowych i ogólnoneurologicznych.

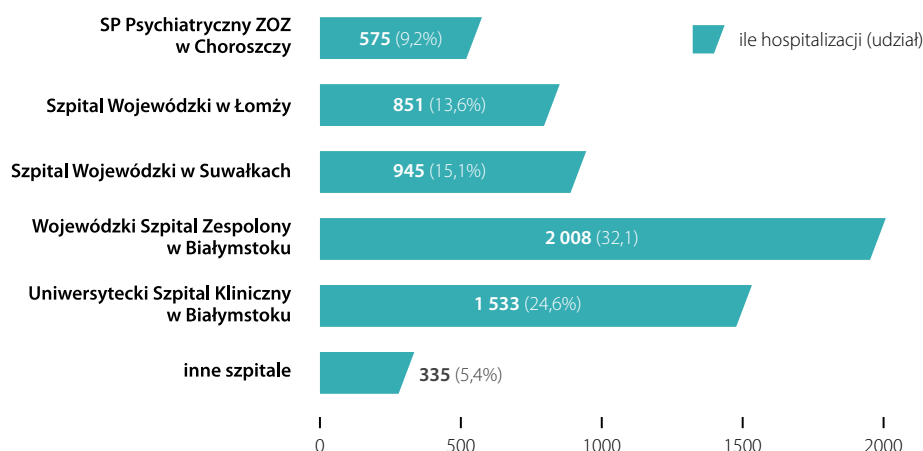
6247 hospitalizacji
związanych z leczeniem
udar mózgu

³⁷ Liczby zagregowane od poziomu poszczególnych świadczeniodawców.

³⁸ Od 1 października 2017 r. w związku z finansowaniem świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie tzw. ryczałtu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń, oddziały wojewódzkie NFZ nie przeliczają wartości punktowej udzielonych świadczeń na koszty w PLN. Powyższe wyliczenie jest sporządzone przez NIK jedynie do ułatwienia zymiarowania, jakie byłyby poziomy odpłatności za świadczenia, gdyby nie były one finansowane ryczałtem.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Infografika nr 5
Udział hospitalizacji dla grup od A48 do A51 w szpitalach



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych POW NFZ.

W okresie objętym kontrolą średnie obłożenie łóżek w oddziałach neurologicznych razem z pododdziałami udarowymi wynosiło kolejno 77%, 80% i 64%. Według danych zawartych w Bazie Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (Analiza oddziałów szpitalnych, Analiza Łóżek Szpitalnych)³⁹ w 2018 roku standardowe obłożenie łóżek w oddziałach neurologicznych wraz z pododdziałami udarowymi było wyższe jedynie w województwie lubelskim⁴⁰.

**Obłożenie łóżek
różne w szpitalach;
niskie w Łomży**

Średnie obłożenie łóżek w oddziałach neurologicznych razem z pododdziałami udarowymi w poszczególnych szpitalach było zróżnicowane. W Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku wynosiło 76%, 74% i 68%, Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Białymstoku – 75%, 88% i 73%, Szpitalu Wojewódzkim w Łomży – 48%, 54% i 17%⁴¹, Szpitalu Wojewódzkim w Suwałkach – 84%, 85% i 69%, a w SP Psychiatrycznym ZOZ w Choroszczy – 94%, 87% i 83%. Jak wynika z tych danych, najniższe średnie obłożenie było w Szpitalu Wojewódzkim w Łomży. Przyczyn tego może być kilka, od wyboru miejsca hospitalizacji przez samego pacjenta (hospitalizacje w oddziałach neurologicznych z pododdziałami udarowymi nie dotyczą tylko udarów mózgu), miejsca transportu pacjenta przez ZRM (lepiej dojazd drogą krajową nr 8 do Białegostoku niż innymi drogami do Łomży, w pobliżu oddział udarowy w Ostrołęce). Dyrektor POW NFZ zwrócił również uwagę na zaludnienie obszaru w okolicach miasta Łomża jako przyczynę niskiego obłożenia. Wpływ na niskie obłożenie łóżek w tym szpitalu mogły mieć również decyzje lekarzy ze szpitali w Kolnie i Grajewie, w których rzadko podejmowano próby przewiezienia pacjenta ze zdiagnozowanym udarem mózgu z tamtejszych oddziałów chorób wewnętrznych na oddział udarowy w Szpitalu Wojewódzkim w Łomży (szerzej o tym

³⁹ <https://basiw.mz.gov.pl/> (dostęp z 25 stycznia 2021 r.).

⁴⁰ Według danych Bazy Analiz Systemowych i Wdrożeniowych obłożenie standardowe łóżek neurologicznych (w tym udarowych) w 2018 r. w województwie podlaskim wynosiło 74,6%, a w województwie lubelskim – 75,5%. Baza nie zawierała danych za kolejne lata.

⁴¹ Od 1 stycznia do 15 marca 2020 r. – 57%.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

w punkcie 5.3. niniejszej informacji). Tylko jeden pacjent był transportowany do szpitala w Łomży przy pomocy śmigłowca Lotniczego Pogotowia Ratunkowego.

W latach 2028–2020 (do 30 września) zarejestrowano odpowiednio 2374, 2222 oraz 1603 pacjentów z udarem mózgu. Spośród tych pacjentów w oddziałach udarowych było leczonych odpowiednio 1381 (58,2%), 1196 (53,8%) oraz 826 (51,5%) chorych. Kolejnych 566 (23,8%), 730 (32,9%) i 592 (36,9%) chorych leczono poza takimi oddziałami, w podmiotach leczniczych, które miały w swojej strukturze oddział udarowy, co potencjalnie umożliwiało pacjentom dostęp do kompleksowej opieki neurologicznej. Pozostałych pacjentów – odpowiednio 427 (18%), 296 (13,3%) i 185 (11,6%) leczono w podmiotach leczniczych, które nie dysponowały takim oddziałem, w tym w oddziale neurologii w SP Psychiatrycznym ZOZ w Choroszczy – 292 (12,3%), 177 (8%) i 105 (6,6%) pacjentów.

Blisko połowa pacjentów poza oddziałami udarowymi

W okresie objętym kontrolą hospitalizacje rozliczone z wykorzystaniem grup JGP od A48 do A51 wyniosły w kolejnych latach 2391, 2239 oraz 1617. Z tego – odpowiednio:

- 1066 (45%), 934 (42%) i 443 (27%) pacjentów skorzystało ze świadczeń zdrowotnych w poradni neurologicznej;
- 59 (2%), 41 (2%) i 19 (1%) pacjentów skorzystało ze świadczeń w poradni logopedycznej;
- 101 (4%), 71 (3%) i 15 (1%) chorych skorzystało z rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych;
- 335 (14%), 244 (11%) i 95 (6%) pacjentów skorzystało z fizjoterapii ambulatoryjnej;
- 171 (7%), 199 (9%) i 71 (4%) pacjentów skorzystało z fizjoterapii domowej;
- 54 (2%), 41 (2%) i 21 (1%) pacjentów skorzystało z rehabilitacji w ośrodku (oddziale) dziennym;
- 64 (3%), 52 (2%) i siedmiu (0,4%) chorych skorzystało ze świadczeń w zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym;
- 301 (13%), 222 (10%) i 115 (7%) pacjentów nie skorzystało z żadnych z wymienionych świadczeń zdrowotnych oraz z rehabilitacji neurologicznej.

Rehabilitacja neurologiczna pacjentów po zakończonym leczeniu udaru mózgu zostanie omówiona w dalszej części niniejszej informacji.

W okresie objętym kontrolą, w kolejnych latach 151, 147 i 178 pacjentów z udarem mózgu z województwa podlaskiego leczonych było poza jego granicami, także w szpitalach, które znajdowały się w miejscowościach blisko granic województwa⁴². W kolejnych latach:

Hospitalizacje poza granicami województwa

- 41, 31 i 30 pacjentów było leczonych w Filii w Ełku 1 Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką SP ZOZ w Lublinie;

⁴² Ostrołęka (12 km od granic województwa), Ełk (23 km), Sokołów Podlaski (24 km) i nieco dalszych, ale bliżej niż do Białegostoku: Siedlce (38 km) i Biała Podlaska (46 km od południowych granic województwa).

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

- 31, 36 i 20 leczono w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Białej Podlaskiej;
- 20, 21 i 19 hospitalizowano w SP ZOZ w Sokołowie Podlaskim;
- po trzech pacjentów w latach 2018 i 2019 oraz 49 w roku 2020 leczono w Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym im. dr. Józefa Psarskiego w Ostrołęce;
- 5, 10 i 6 pacjentów leczono w Mazowieckim Szpitalu Wojewódzkim im. św. Jana Pawła II w Siedlcach sp. z o.o.;
- 51, 46 i 54 pacjentów było leczonych w innych szpitalach i województwach.

Wartość tych świadczeń wyniosła 4045,54 tys. zł.

5.1.3. Warunki powstania oddziałów udarowych

Warunki powstania nowych oddziałów udarowych

Aby zwiększyć bazę łóżek udarowych w województwie i miejscowościach, w których będą zlokalizowane oddziały udarowe, należy zapewnić wymagany personel medyczny.

Zakładając, że powstanie oddział neurologiczny z pododdziałem udarowym, liczący minimalne 28 łóżek⁴³, koniecznym będzie zatrudnienie lekarzy specjalistów neurologów w równoważniku co najmniej czterech etatów, około 24 pielęgniarek⁴⁴, fizjoterapeutów w wymiarze 3,5 etatu, psychologa i logopedę (równoważnik po co najmniej 0,5 etatu)⁴⁵.

Biorąc pod uwagę występujące obecnie trudności w zapewnieniu personelu pielęgniarskiego w już istniejących oddziałach neurologicznych, udarowych i w oddziałach chorób wewnętrznych (zostanie to omówione w dalszej części informacji w punkcie 5.2.) oraz zapotrzebowanie na lekarzy neurologów, decyzja o uruchomieniu nowego oddziału neurologicznego z oddziałem udarowym będzie dużym wyzwaniem dla podmiotu leczniczego, który ją podejmie.

Finansowanie przez NFZ świadczeń dla nowych łóżek udarowych

Dyrektor POW NFZ wyjaśnił, że zwiększenie bazy łóżek udarowych w województwie jest pożądane, jednak NFZ nie ma na to wpływu, a decydują kierownicy poszczególnych szpitali. Według dyrektora POW NFZ podejmie się

⁴³ Według wymagań stawianych w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych (załącznik nr 4 Lp. 2 dla oddziałów udarowych i załącznik nr 3, część I, Lp. 30 dla oddziałów neurologicznych), aby powstał oddział udarowy, szpital musi dysponować oddziałem neurologicznym z 12 łózkami. Oddział udarowy zaś składać się powinien z sali do intensywnego nadzoru udaru mózgu, liczącej co najmniej cztery łóżka (stanowiska) intensywnej opieki medycznej, przeznaczone dla krótkiego (1–3 dni) pobytu chorych w ciągu pierwszych dni po udarze oraz sal dla chorych z udarem mózgu w fazie „podostrej”, liczących nie mniej niż 12 łóżek przeznaczonych dla wczesnej rehabilitacji neurologicznej (udarowej). To oznacza, że minimalnym wymaganiem do powstania oddziału neurologicznego z oddziałem udarowym jest zapewnienie 28 łóżek: 12 ogólnoneurologicznych i 16 udarowych.

⁴⁴ Nie mniej niż 16 wymagane do oddziału udarowego i 7,2 etatu na 12 łóżek ogólnoneurologicznych.

⁴⁵ W oddziale neurologicznym należy zapewnić nie mniej niż równoważnik dwóch etatów lekarza specjalisty z dziedziny neurologii, pielęgniarki w liczbie nie niższej niż 0,6 etatu na łóżko neurologiczne oraz fizjoterapeutę – równoważnik co najmniej 0,5 etatu (niezależne od liczby łóżek). Dodatkowo w przypadku oddziału udarowego należy zapewnić:

- równoważnik nie mniej niż dwóch etatów lekarza specjalisty z dziedziny neurologii,
- nie mniej niż 16 etatów pielęgniarek (równoważnik co najmniej jednego etatu na jedno łóżko intensywnej opieki medycznej oraz równoważnik co najmniej jednego etatu na dwa łóżka wczesnej rehabilitacji neurologicznej – nie mniej niż równoważnik 12 etatów),
- równoważnik co najmniej jednego etatu fizjoterapeuty na każde cztery łóżka wczesnej rehabilitacji neurologicznej,
- psychologa i logopedę – w obu przypadkach równoważnik co najmniej 0,5 etatu.

on finansowania świadczeń zdrowotnych w przypadku zwiększenia bazy łóżkowej. Zwracał jednocześnie uwagę na braki kadrowe, które mogą mieć znaczenie w przypadku otwierania nowych oddziałów udarowych. Wg Dyrektora POW NFZ zwiększona liczba łóżek powinna iść w parze ze zwiększeniem miejsc specjalizacyjnych z neurologii oraz podjęciem wszelkich działań motywujących do otwierania przedmiotowej specjalizacji przez kolejnych lekarzy.

Na możliwość uznania specjalizacji „neurologia” za priorytetową i przyznawania dodatku pieniężnego dla rezydentów podejmujących specjalizację w tej dziedzinie zwróciła również uwagę konsultant wojewódzka z dziedziny neurologii w swoim raporcie za 2019 r.

Na zbyt małą liczbę lekarzy specjalistów neurologów w województwie podlaskim zwracał uwagę Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej w Białymstoku. Według Prezesa w województwie podlaskim powinno być 150 lekarzy neurologów. Według stanu na 30 września 2020 r. było natomiast 110 neurologów⁴⁶, w tym 49 w wieku emerytalnym (średnia wieku lekarzy neurologów to 58 lat), a kolejnych trzech lekarzy – pomimo, że są członkami Okręgowej Izby Lekarskiej w Białymstoku – pracowało w innym województwie lub za granicą.

Niedobór lekarzy neurologów

Prezes Okręgowej Izby Lekarskiej w Białymstoku

Starzenie się społeczeństwa związane jest ze zwiększoną zapadalnością na choroby neurologiczne. Stąd należy prognozować zwiększającą się ilość świadczeń neurologicznych. Aktywni emeryci, także po 80., stanowią ok. 40% wszystkich specjalistów z dziedziny neurologii i ich rezygnacja z pracy to natychmiastowy brak świadczenia usług. Starzenie się społeczeństwa, prognozowany wzrost świadczeń z powodu chorób neurologicznych, wysoki odsetek aktywnych emerytów, stanowi zagrożenie prawidłowego zabezpieczenia świadczeń w dziedzinie neurologii w przyszłości.

Według danych zawartych w Bazie Analiz Systemowych i Wdrożeniowych oraz stanu na rok 2019, w województwie było 117 lekarzy specjalistów neurologów⁴⁷, co według autorów opracowania przekładało się na wskaźnik 9,9 lekarza na 100 tys. ludności. Tymczasem konsultant krajowy rekomendował wskaźnik na poziomie 10,6 lekarza. Taki wynik plasował województwo podlaskie na 10 miejscu w Polsce. Najwyższy wskaźnik był w województwach mazowieckim (18,6) i łódzkim (14,7), a najniższy w opolskim (8,3) i lubuskim (7,7).

Szkolenia specjalizacyjne z dziedziny neurologii nie cieszyły się dużym zainteresowaniem lekarzy. W okresie objętym kontrolą Minister Zdrowia ogłosił 16 miejsc w trybie rezydenckim w województwie, na które zakwalifikowano ośmiu lekarzy⁴⁸. W trybie pozarezydenckim Wojewoda Podlaski ogłosił 13 miejsc, na które nie było chętnych. Jeśli utrzyma się taka tendencja, to osiągnięcie rekomendowanej przez Prezesa Okręgowej Izby Lekarskiej w Białymstoku liczby 150 neurologów ze specjalizacją zajmie kolej-

Małe zainteresowanie specjalizacją z neurologii

⁴⁶ Na 1 stycznia w latach 2015–2020 było ich odpowiednio 101, 104, 104, 107, 108 i 110.

⁴⁷ Nie jest znane, na który dzień roku są to dane.

⁴⁸ Trzech w październiku 2018 r., jednego w marcu 2019 r. i czterech w październiku 2019 r.

nych 16 lat – zakładając, że żaden z obecnych nie przejdzie na emeryturę. Jak poinformował Wojewoda Podlaski, liczba miejsc szkoleniowych została ustalona w porozumieniu z konsultantem wojewódzkim w dziedzinie neurologii, z uwzględnieniem ogólnej liczby wolnych miejsc szkoleniowych, potrzeb zdrowotnych obywateli oraz dostępności świadczeń zdrowotnych na terenie województwa. Przy takim nikłym zainteresowaniu szkoleniami specjalizacyjnymi z neurologii, zwiększanie miejsc na tych szkoleniach, bez motywowania lekarzy do otwierania tej specjalizacji, może być w dalszym ciągu nieskuteczne.

5.1.4. Leczenie trombolityczne i za pomocą trombektomii mechanicznej

Niski poziom udziału leczenia trombolitycznego w hospitalizacji

Udział pacjentów leczonych z użyciem leków trombolitycznych w województwie był najniższy w całej Polsce (udział hospitalizacji z grup JGP A48 do A51 z podaniem leku do ogółu hospitalizacji). Było to bowiem odpowiednio 232, 254 i 203 (10%, 11% i 13%) hospitalizacji w każdym roku objętym kontrolą. Koszt podania leku w 2018 r. zawarty był w wycenie grupy A51. W kolejnych latach dane w sprawozdaniach były już inne. Koszt podania leku został wyodrębniony jako produkt do zsumowania z grupą JGP od A48 do A50. W związku z tym w latach 2019–2020 (do 30 września) wartość punktowa podania leku trombolitycznego wyniosła 1030,9 tys. i 818,9 tys., co w zależności od wyceny punktu rozliczeniowego w poszczególnych latach dało wartość 1898,67 tys. zł.

Uzyskano również dane z Centrali NFZ dla całego kraju z podziałem na województwa⁴⁹. W województwie podlaskim zanotowano:

- najniższy zarejestrowany wynik udziału leczenia trombolitycznego w leczeniu udarów mózgu w kwartałach objętych analizą, który w czwartym kwartale 2018 r. wyniósł 9,45%;
- w trzecim kwartale 2020 r. wskaźnik takiego leczenia na poziomie 16,06% (był to najwyższy wynik kwartalny województwa), co dało dopiero przedostatni wynik w Polsce, lepszy tylko od województwa opolskiego (13,66%);
- najniższy wskaźnik leczenia trombolitycznego w czterech z 11 kwartałów. W kolejnych trzech kwartałach województwo podlaskie było na pozycji drugiej od końca, a w dwóch – na trzeciej od końca.

Porównanie do innych województw:

W zależności od kwartału objętego analizą, udział leczenia trombolitycznego był niższy w województwie podlaskim od średniej krajowej od 1,12 do 6,48 punktów procentowych, a od najlepszego województwa w kwartałach objętych analizą – od 4,58 do 10,51 punktów procentowych. Najwyższe wskaźniki uzyskiwano w województwach: zachodniopomorskim (od 17,59% do 22,74%) i podkarpackim (od 15,41% do 21,82%).

⁴⁹ Dane przedstawione przez Centralę NFZ zagregowane zostały do każdego kwartału z okresu objętego kontrolą (11 kwartałów) i w takim układzie były porównywane.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Z pięciu województw Polski Wschodniej, tylko województwo warmińsko-mazurskie miało podobnie niskie wskaźniki leczenia trombolitycznego⁵⁰. Województwo podkarpackie z rozbudowaną siecią oddziałów udarowych w miastach powiatowych plasowało się w trzech kwartałach na pozycji lidera pod względem udziału leczenia trombolitycznego i dwukrotnie na drugim miejscu.

Od 4 lipca 2019 r. – wraz z wejściem w życie nowelizacji⁵¹ rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2018 r. w sprawie programu pilotażowego dotyczącego leczenia ostrej fazy udaru niedokrwiennego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych⁵² – w województwie podlaskim można było leczyć pacjentów z ostrą fazą udaru niedokrwiennego mózgu za pomocą nowej metody. Minister wybrał do prowadzenia takiego leczenia Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku. Wcześniej z wykorzystaniem tej metody udary niedokrwienne mózgu leczyło siedem innych szpitali w Polsce. Kolejnych 11 podmiotów leczniczych uzyskało możliwość prowadzenia takiego leczenia ostrej fazy udaru niedokrwiennego mózgu wraz z nowelizacją rozporządzenia.

W okresie objętym kontrolą w województwie przeprowadzono 65 zabiegów trombektomii mechanicznej. Zgodnie z zapisami załącznika nr 2 do zarządzenia nr 128/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 7 grudnia 2018 r.⁵³, jeden zabieg wyceniony został na 29 065 punktów rozliczeniowych, a cenę punktu ustalono na 1 zł, co daje 1889,2 tys. zł z realizacji programu w tym okresie.

Porównanie do innych województw

W województwie podlaskim, w roku 2020 (do 30 września) udział leczenia za pomocą trombektomii mechanicznej wynosił 2,85% ogólnej liczby pacjentów leczonych z powodu udaru mózgu, co było 11 wynikiem w skali kraju na 15 województw, w których tę procedurę stosowano⁵⁴. Najwyższy wskaźnik miało województwo kujawsko-pomorskie (5,33%) i świętokrzyskie (5,22%), a najniższy opolskie (2,43%) i małopolskie (2,32%). Średnia krajowa za pierwsze trzy kwartały 2020 r. wyniosła 3,57%⁵⁵.

Trombektomia mechaniczna

Ograniczona liczba przeprowadzanych zabiegów trombektomii mechanicznej, poniżej średniej krajowej

⁵⁰ Trzykrotnie miało najniższy wynik w kraju, czterokrotnie było na drugiej pozycji od końca i dwukrotnie na trzeciej od końca.

⁵¹ Wejście w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego dotyczącego leczenia ostrej fazy udaru niedokrwiennego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych (Dz. U. poz. 1236).

⁵² Dz. U. poz. 1985, ze zm.

⁵³ Zarządzenie nr 128/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 7 grudnia 2018 r. w sprawie umów o realizację programu pilotażowego dotyczącego leczenia ostrej fazy udaru niedokrwiennego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych, dostępne na stronie <https://www.nfz.gov.pl/zarządzenia-prezesa/zarządzenia-prezesa-nfz/zarządzenie-nr-1282018dsoz,6851.html> (dostęp z 29 grudnia 2020 r.).

⁵⁴ Zabiegów trombektomii mechanicznej nie realizował żaden z podmiotów leczniczych w województwie lubuskim. Dopiero na mocy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 listopada 2020 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego dotyczącego leczenia ostrej fazy udaru niedokrwiennego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych (Dz. U. poz. 2093) do listy podmiotów realizujących świadczenie został dodany Szpital Uniwersytecki im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze sp. z o.o.

⁵⁵ Nie można było porównać danych za rok 2019 z innymi województwami, gdyż do 4 lipca 2019 r. siedem podmiotów leczniczych już prowadziło terapię tą metodą. Po 4 lipca 2019 r. kolejne szpitale w różnym czasie zawierały umowy z właściwymi oddziałami wojewódzkimi NFZ na te świadczenia. Stąd porównano dane za pierwsze trzy kwartały 2020 r.

5.1.5. Wysoka śmiertelność po udarze mózgu

Województwo podlaskie charakteryzowało się jednym z najwyższych w Polsce wskaźników śmiertelności pacjentów z udarem mózgu. Przejęte okresy do mierzenia tego wskaźnika to śmiertelność: wewnątrzszpitalna, 30-dniowa, 90-dniowa i roczna.

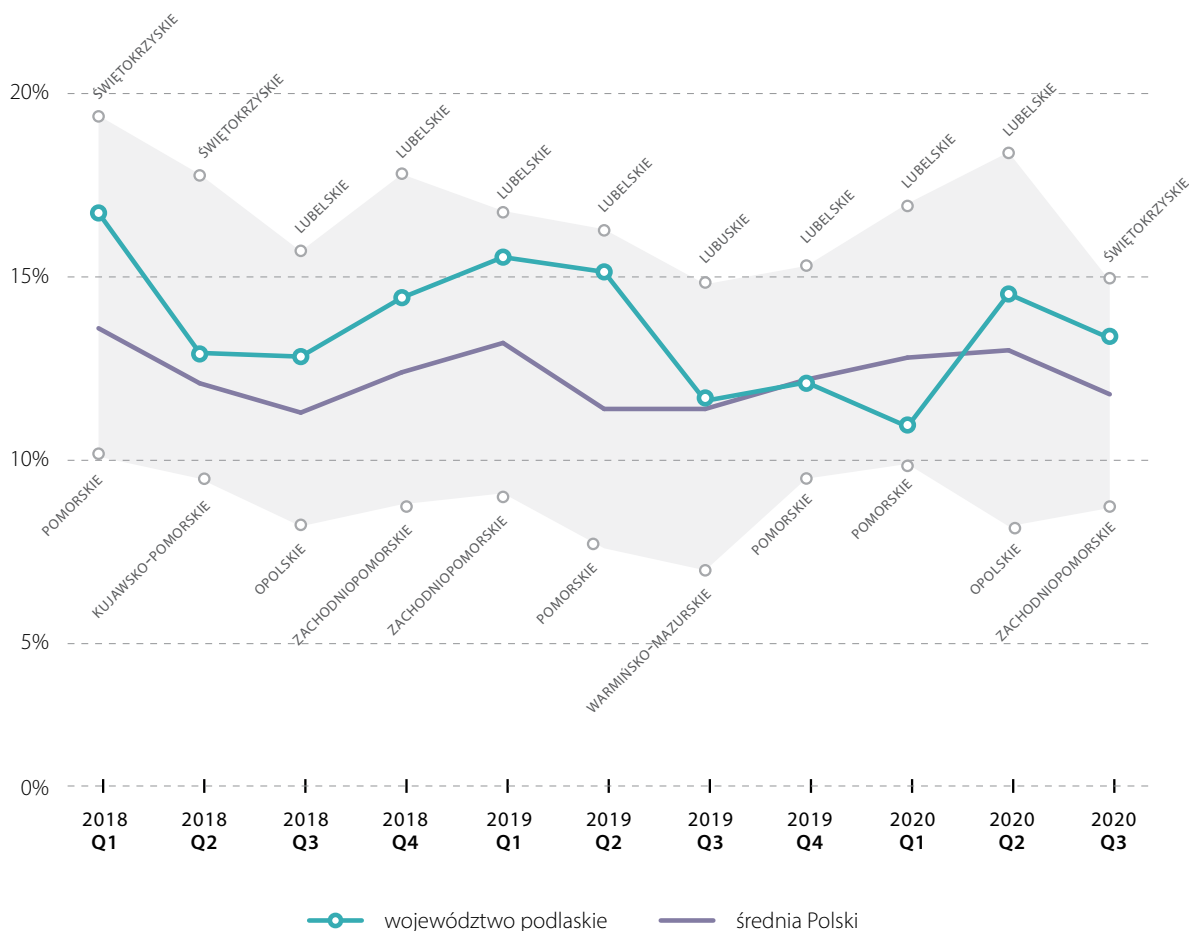
Śmiertelność wewnątrzszpitalna

Śmiertelność wewnątrzszpitalna, w zależności od kwartału, wynosiła od 10,9% do 16,7%. Wskaźniki dla województwa podlaskiego, w 11 kwartałach objętych analizą, plasowały województwo siedmiokrotnie w pierwszej piątce województw z najwyższym wskaźnikiem śmiertelności wewnątrzszpitalnej.

Porównanie do innych województw

W zależności od kwartału wskaźnik śmiertelności wewnątrzszpitalnej w województwie podlaskim był wyższy od średniej krajowej od 0,2 do 3,7 punktu procentowego. Najniższe wyniki były w województwie pomorskim (od 7,6% do 11,3%) i opolskim (od 8,2% do 12%), a najwyższe w: świętokrzyskim (od 12% do 19,4%) i lubelskim (od 14,1% do 18,4%).

Infografika nr 6
Śmiertelność wewnątrzszpitalna w poszczególnych kwartałach w województwie podlaskim i na tle kraju



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Wskaźnik śmiertelności 30-dniowej wynosił w zależności od kwartału od 16,1% do 20,5% i tylko w jednym z 11 kwartałów objętych analizą województwo nie znajdowało się w pierwszej piątce województw z najwyższymi wskaźnikami tej śmiertelności.

Śmiertelność 30-dniowa

Porównanie do innych województw

Podobnie wysokie wyniki śmiertelności 30-dniowej były w województwach: lubelskim (od 15,9% do 20,7%) i świętokrzyskim (od 13,8% do 22,5%). Najniższe wyniki były w województwach: pomorskim (od 9,8% do 14,2%) i zachodniopomorskim (od 11,3% do 16,6%). W zależności od kwartału wskaźnik śmiertelności 30-dniowej w województwie podlaskim był wyższy od średniej krajowej od 0,2 do 3,8 punktu procentowego.

Infografika nr 7

Śmiertelność 30-dniowa w poszczególnych kwartałach w województwie podlaskim i na tle kraju



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

Wskaźnik śmiertelności 90-dniowej w każdym kwartale objętym analizą plasował województwo w pierwszej trójce województw z najwyższym wynikiem, w tym sześciokrotnie był to najwyższy wynik w kraju. Wynosił on od 21,7% do 28,7%.

Śmiertelność 90-dniowa

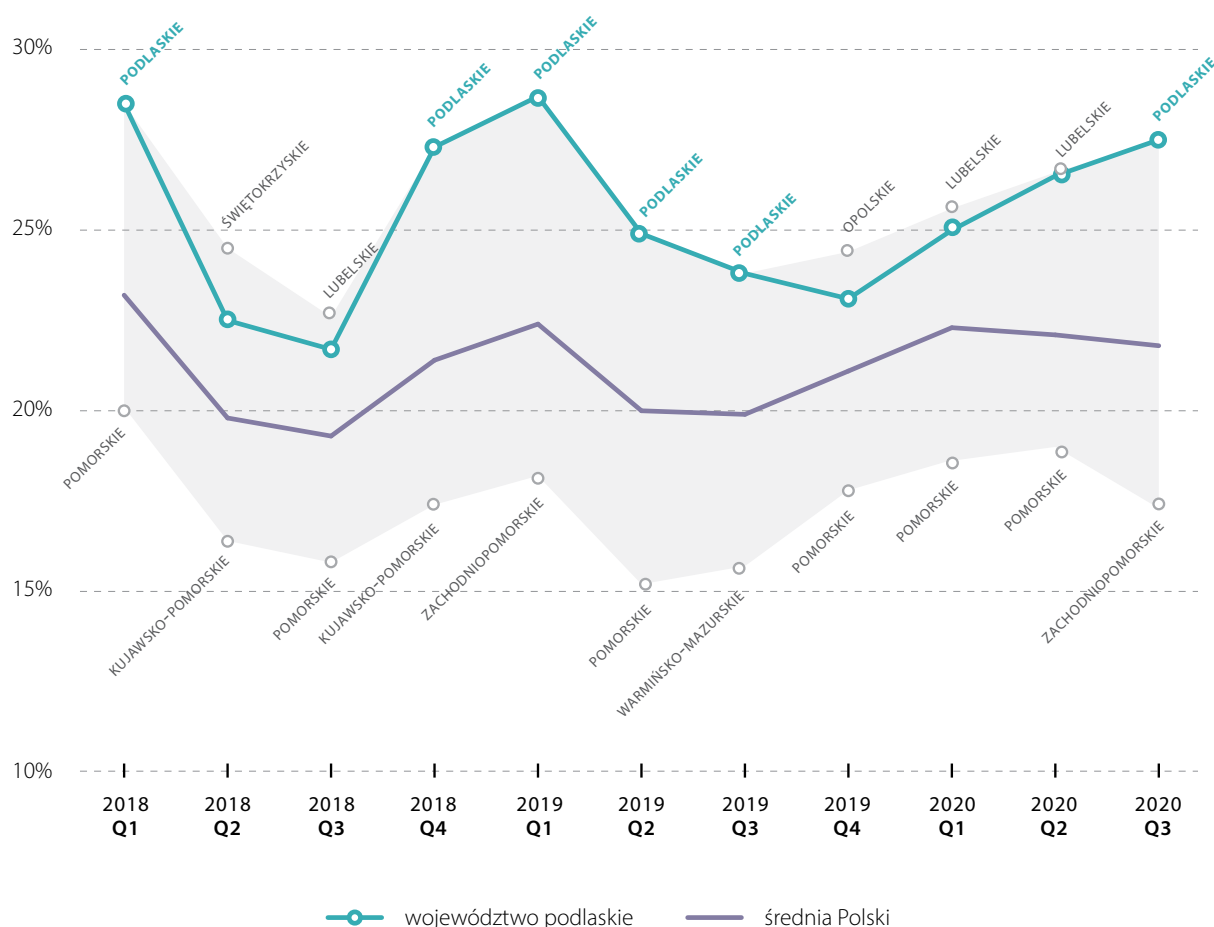
Porównanie do innych województw

Podobne wyniki były w województwach: lubelskim (od 20,8% do 26,6%) i świętokrzyskim (od 19,4% do 27%). Najniższa śmiertelność 90-dniowa była w województwach: pomorskim (od 15,2% do 20,1%) i kujawsko-pomorskim (od 16,4% do 22,3%). W zależności od kwartału wskaźnik śmiertelności 90-dniowej w województwie podlaskim był wyższy od średniej krajowej od 2 do 6,3 punktu procentowego.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Infografika nr 8

Śmiertelność 90-dniowa w poszczególnych kwartałach w województwie podlaskim i na tle kraju



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

Śmiertelność roczna Śmiertelność roczną (365-dniową) można było ustalić tylko w poszczególnych kwartałach lat 2018–2019, z uwagi brak pełnej bazy porównawczej dla roku 2020⁵⁶. We wszystkich ośmiu kwartałach objętych analizą, województwo podlaskie znalazło się w pierwszej czwórce województw z najwyższym wskaźnikiem śmiertelności rocznej i aż pięciokrotnie był to najwyższy wynik w kraju, który w zależności od kwartału wynosił od 31,6% do 39,5%.

Porównanie do innych województw

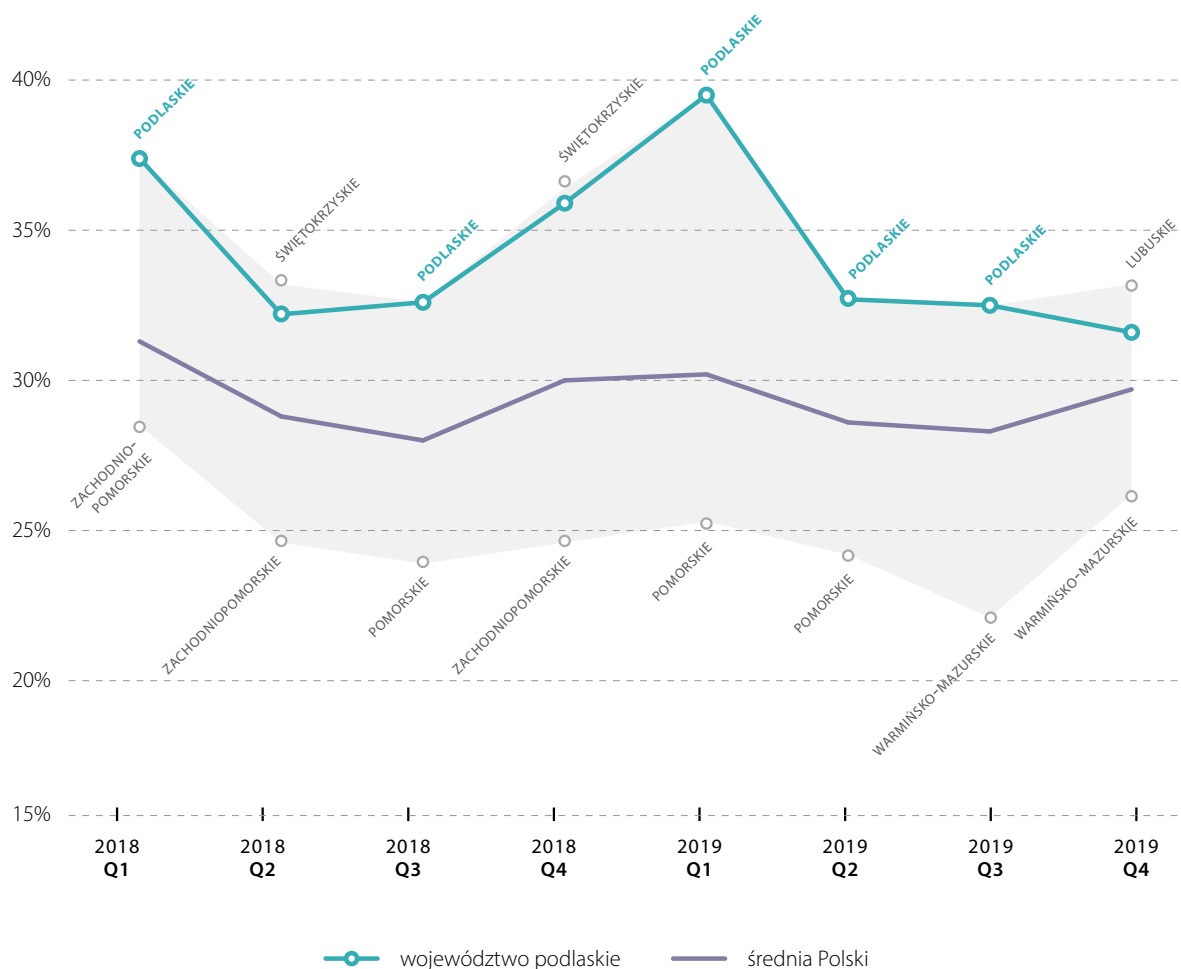
Podobne wyniki były w województwach: lubelskim (od 27,9% do 33,6%) oraz śląskim (od 29% do 32,5%) i świętokrzyskim (od 29,1% do 36,4%). Najniższa śmiertelność roczna była w województwach: pomorskim (od 23,9% do 29,5%) i zachodniopomorskim (od 24,6% do 30,5%). W zależności od kwartału wskaźnik śmiertelności rocznej w województwie podlaskim był wyższy od średniej krajowej od 1,9 do 9,3 punktu procentowego.

⁵⁶ Dane z Centrali NFZ uzyskano przed zakończeniem I kwartału 2021 r.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Infografika nr 9

Śmiertelność roczna w województwie podlaskim na tle kraju



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

Z pięciu województw Polski Wschodniej, województwa: podkarpackie i warmińsko-mazurskie osiągały wyniki śmiertelności plasujące je w pierwszej ósemce województw z najniższą śmiertelnością (niezależnie od jej rodzaju), pozostałe dwa – wraz z podlaskim – charakteryzowały się wysoką śmiertelnością w poszczególnych okresach.

W województwie podlaskim śmiertelność pacjentów z udarem mózgu leczonych w oddziałach nieudarowych (bez OAiT) była wyższa niż śmiertelność pacjentów z udarem mózgu leczonych w oddziałach udarowych⁵⁷. W zależności od kwartału i przedziału czasowego⁵⁸, wskaźnik śmiertelności w oddziałach innych niż udarowe był wyższy od 9,8 do 22,8 punktu procentowego.

W przypadku śmiertelności wewnątrzszpitalnej, wskaźnik dla oddziałów udarowych, w zależności od kwartału, wynosił od 4,8% do 8,6%, a dla nieudarowych – od 19,3% do 31,4%. Dla śmiertelności 30-dniowej wskaźnik

W woj. podlaskim śmiertelność w oddziałach nieudarowych wyższa niż w oddziałach udarowych

⁵⁷ Dane z Centrali NFZ z podziałem: w oddziale udarowym (OU), nie w oddziale udarowym (NOU).

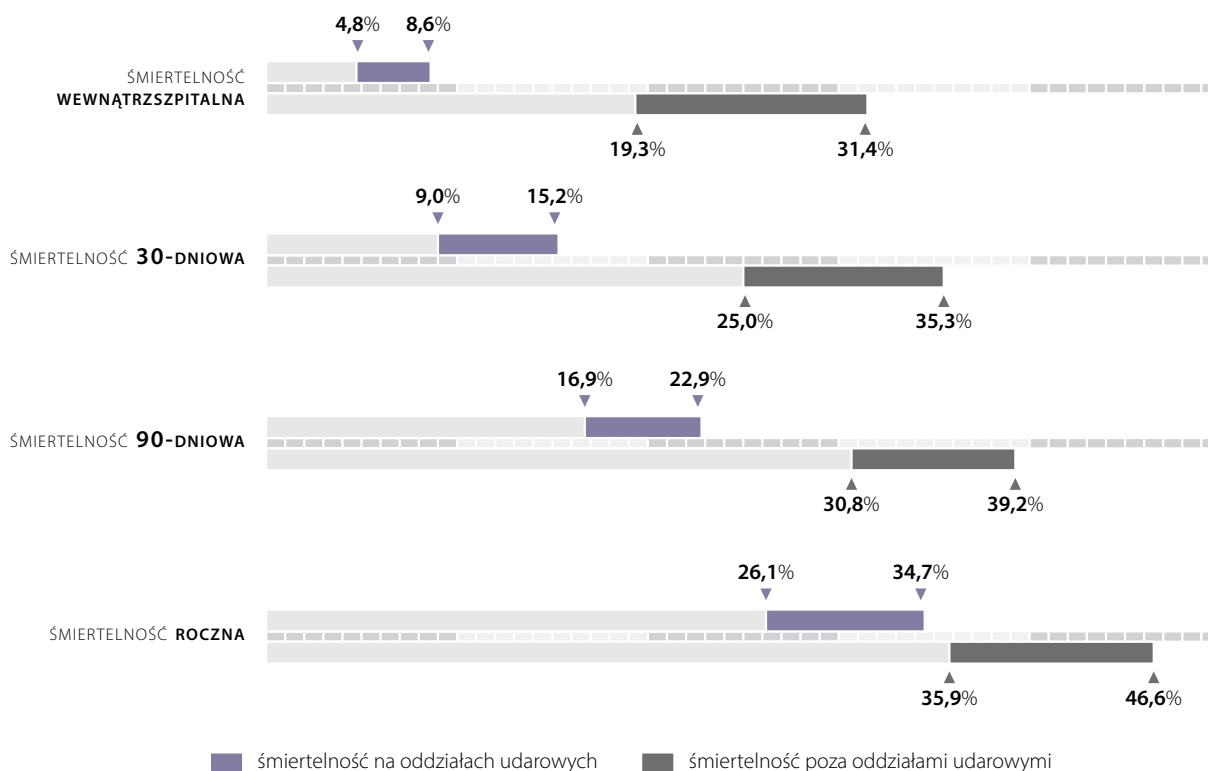
⁵⁸ Podobnie jak w przypadku porównania województwa podlaskiego do pozostałych województw posiłowano się danymi z 11 kwartałów z okresu objętego kontrolą dla wskaźników śmiertelności wewnątrzszpitalnej, 30-dniowej, 90-dniowej i rocznej.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

ten wynosił od 9% do 15,2% – w oddziałach udarowych i od 25% do 35,3% na pozostałych. W przypadku śmiertelności 90-dniowej było to: od 16,9% do 22,9% na udarowych i od 30,8% do 39,2% na pozostałych, a śmiertelności rocznej odpowiednio od 26,1% do 34,7% i od 35,9% do 46,6%.

Infografika nr 10

Śmiertelność w oddziałach udarowych i poza nimi w województwie podlaskim



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

5.1.6. Priorytety dla Regionalnej Polityki Zdrowotnej

Priorytety Regionalnej Polityki Zdrowotnej Województwa Podlaskiego na okres od 1 stycznia 2019 r. do 31 grudnia 2021 r.

Wojewoda Podlaski w sierpniu 2018 r. ustalił priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej na okres od 1 stycznia 2019 r. do 31 grudnia 2021 r., wymagane przepisem art. 95c ustawy o świadczeniach. Jednym z nich było *Zapobieganie udarom mózgu oraz poprawa efektów leczenia udarów mózgu*. Priorytetowi temu przypisano siedem preferowanych sposobów realizacji:

- 1) utworzenie nowoczesnego centrum leczenia udaru mózgu zapewniającego 24-godzinny dostęp do interwencyjnego leczenia wewnątrzczasyniowego, które będzie współpracowało z pozostałymi oddziałami neurologii w województwie;
- 2) utworzenie na bazie każdego istniejącego oddziału neurologii pododdziału udarowego;
- 3) utworzenie w południowej części województwa podlaskiego oddziału neurologii z pododdziałem udarowym;
- 4) zwiększenie liczby miejsc w oddziałach rehabilitacji neurologicznej;
- 5) zwiększenie liczby miejsc w oddziałach dla przewlekle chorych, szczególnie w Białymstoku;

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

- 6) zwiększenie liczby chorych leczonych za pomocą trombolizy dożylniej i interwencji wewnątrznaczyniowych;
- 7) tworzenie pozaszpitalnych form kompleksowej opieki nad chorymi po przebytym udarze mózgu oraz nad osobami z grupy ryzyka udaru mózgu.

Wśród preferowanych sposobów realizacji omawianego priorytetu nie znajdowały się zatem takie, które dotyczyć mogą „zapobiegania udarom mózgu”, jak brzmi część nazwy tego priorytetu.

W świetle obowiązującego prawa Wojewoda nie ma możliwości oddziaływania na zrealizowanie takich zadań. Poza sytuacjami szczególnymi, np. dotyczącymi zwalczania epidemii chorób zakaźnych, wojewoda nie dysponuje instrumentami, które pozwalają mu tworzyć oddziały szpitalne czy zwiększać liczbę łóżek w już istniejących oddziałach. Takie zadania powinien podjąć samorząd i inne podmioty, które funkcjonują w obszarze zdrowia. Ustalenie priorytetów ma im pomóc w organizowaniu opieki zdrowotnej na danym terenie i wypełnianie zapotrzebowania w tym zakresie.

Ograniczone ustawowo możliwości Wojewody realizowania priorytetów

Z informacji dotyczącej realizacji wskazanych priorytetów regionalnej polityki zdrowotnej dla województwa podlaskiego, uzyskanej od Wojewody Podlaskiego, na podstawie art. 29 ust. 2 pkt 1 lit. f ustawy o NIK, wynika, że do czasu zakończenia kontroli NIK:

Efekty realizacji Priorytetów

1. Nie utworzono nowoczesnego centrum leczenia udaru mózgu.
2. Nie utworzono oddziału udarowego na bazie każdego istniejącego oddziału neurologii⁵⁹. Wprawdzie liczba łóżek udarowych na istniejących już oddziałach wzrosła w okresie objętym kontrolą z 84 do 88⁶⁰, nie to jednak miało być efektem podjętych działań.
3. Nie powstał oddział udarowy w południowej części województwa. Zdaniem Wojewody inicjatywa leży w gestii dyrektorów szpitali. Na spotkaniu 21 stycznia 2020 r.⁶¹ otrzymał informację od Dyrektora POW NFZ, że SP ZOZ w Bielsku Podlaskim deklarował możliwość spełnienia warunków do zakontraktowania łóżek neurologicznych w dłuższym horyzoncie czasowym – do 2022 r., o czym była już mowa w niniejszej informacji.
4. W oddziałach rehabilitacji neurologicznej zwiększono liczbę łóżek ze 115 do 127 (zwiększono liczbę łóżek z 25 do 37 w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Białymstoku). Dodatkowo Wojewoda poinformował, że na spotkaniu 28 stycznia 2020 r. dyrektor Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku przedstawił możliwość utworzenia 70 łóżek rehabilitacji neurologicznej, a na kolejnym – 3 marca 2020 r. dyrektor SP ZOZ Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Białymstoku

⁵⁹ Odkąd 5 grudnia 2014 r. SP Psychiatryczny ZOZ w Choroszczycy zamknął oddział udarowy, nadal jest jedynym podmiotem leczniczym w województwie podlaskim, w którym funkcjonuje oddział neurologiczny bez oddziału udarowego. Wg wyjaśnień dyrektora tego szpitala, utworzenie oddziału udarowego było nieekonomiczne. Gdy w szpitalu funkcjonował pododdział udarowy koszty dyżurów anesteziologicznych przekraczały bowiem wartość kontraktów zawartych z NFZ w tym zakresie.

⁶⁰ W piśmie Wojewody Podlaskiego podano, że wzrosła z 68 do 72, jednak nie ma to odzwierciedlenia w ustaleniach kontroli.

⁶¹ Wojewoda zorganizował trzy spotkania 21 stycznia, 28 stycznia i 3 marca 2020 r., w których wzięli udział przedstawiciele Urzędu Marszałkowskiego Województwa Podlaskiego, POW NFZ, konsultanci wojewódzcy w wybranych dziedzinach medycyny i przedstawiciele podmiotów leczniczych dysponujących oddziałami neurologicznymi, udarowymi i rehabilitacji neurologicznej.

zadeklarował działania zmierzające do utworzenia do 2024 r. oddziału neurologicznego, liczącego 50 łóżek z pełnym zapleczem rehabilitacyjnym (kwestia zwiększenia liczby łóżek rehabilitacji neurologicznej została już omówiona w tej części informacji).

5. Od 31 grudnia 2017 r. do 31 grudnia 2019 r. liczba łóżek w opiece długoterminowej wzrosła z 684 do 712.
6. Dobór metody leczenia, w tym z zastosowaniem trombolizy i trombektomii, jest kwestią rozstrzyganą przez lekarzy.
7. Między 31 grudnia 2017 r. a 31 grudnia 2019 r. liczba łóżek w ośrodkach (zespołach) opieki długoterminowej wzrosła z 51 do 141.

Jedną z nielicznych form faktycznego oddziaływania wojewody na regionalną politykę zdrowotną jest wydawanie opinii o celowości inwestycji, przy czym od 1 stycznia 2020 r. opiniowanie dotyczy jedynie inwestycji, których wartość kosztorysowa na dzień złożenia wniosku przekracza 2 mln zł (art. 95d ust. 1 ustawy o świadczeniach)⁶². Wojewoda Podlaski pozytywnie zaopiniował celowość inwestycji Szpitala Powiatowego w Zambrowie Sp. z o.o., polegającą na utworzeniu i doposażeniu oddziału neurologii z oddziałem udarowym i odcinkiem rehabilitacji neurologicznej i w SP ZOZ Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Białymstoku, dotyczącej modernizacji pomieszczeń i zakupu wyposażenia w celu utworzenia oddziału neurologii z pododdziałem udarowym. Ponadto Wojewoda Podlaski zwrócił się do Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z prośbą o przyznanie dotacji temu ostatniemu szpitalowi w celu realizacji inwestycji.

5.1.7. Rehabilitacja po udarze mózgu w województwie i na tle kraju

Rehabilitacja neurologiczna

Pacjentom z udarem mózgu zapewniono w województwie podlaskim rehabilitację neurologiczną w pięciu podmiotach leczniczych (w dwóch z nich były również oddziały udarowe), które 30 września 2020 r. dysponowały 127 łózkami:

- Szpital Wojewódzki w Łomży – 21 łóżek,
- Wojewódzki Szpital Zespolony w Białymstoku – 37 łóżek⁶³,
- SP Psychiatryczny ZOZ w Choroszczycy – 20 łóżek,
- SP ZOZ Ośrodek Rehabilitacji w Suwałkach – 23 łóżka,
- SP ZOZ w Hajnówce – 26 łóżek.

W pobliżu granic województwa podlaskiego funkcjonowały kolejne oddziały rehabilitacji neurologicznej: w Sokołowie Podlaskim, Ełku, Sawicach-Wsi i Białej Podlaskiej. Funkcjonujące tam podmioty lecznicze dysponowały 64 łózkami rehabilitacji neurologicznej⁶⁴.

⁶² Inwestycje takie miałyby polegać na utworzeniu na obszarze województwa nowego podmiotu leczniczego, nowych jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu leczniczego albo innej inwestycji, dotyczącej wykonywania działalności leczniczej polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Od 13 lipca 2018 r. do 31 grudnia 2020 r. opiniowanie nie było uzależnione od wartości kosztorysowej inwestycji; nie dotyczyło ono jednak inwestycji objętych dotacją Ministerstwa Obrony Narodowej lub Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji o wartości poniżej 1 mln zł.

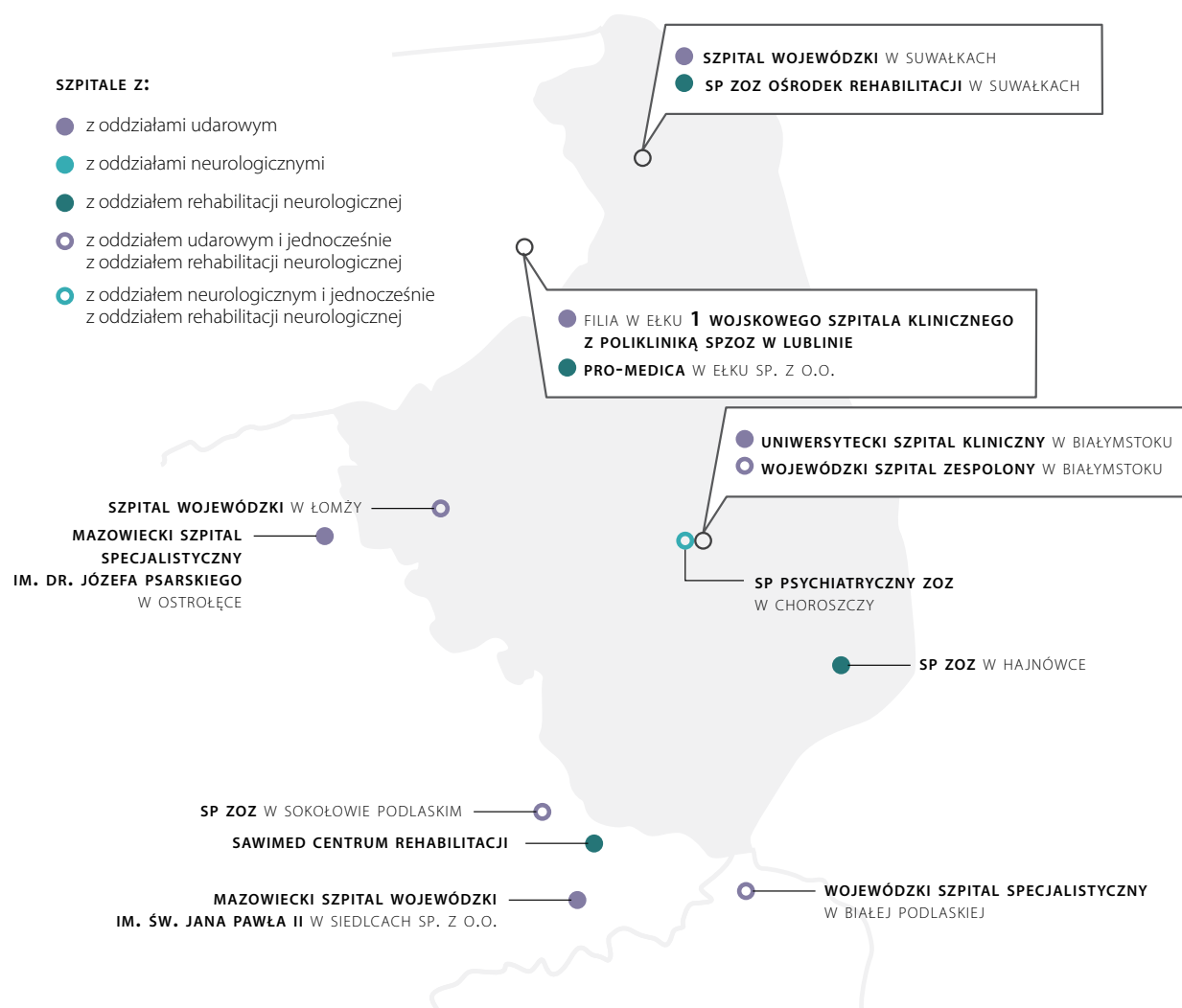
⁶³ W okresie objętym kontrolą stan łóżek wzrósł z 25 (od 1 stycznia 2018 r. do 19 września 2019 r.) do 27 (od 20 września 2019 r. do 31 maja 2020 r.) oraz do 37 (od 1 czerwca 2020 r.).

⁶⁴ 23 łóżka w Sawimed Ośrodek Rehabilitacji, 20 łóżek w Pro-Medica Sp. z o.o. w Ełku, 15 łóżek w SP ZOZ w Sokołowie Podlaskim i sześć w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Białej Podlaskiej.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Infografika nr 11

Oddziały rehabilitacji neurologicznej w województwie podlaskim i w pobliżu jego granic w porównaniu z oddziałami udarowymi



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą.

Pod względem liczby łóżek rehabilitacji neurologicznej na 100 tys. mieszkańców województwa oraz na 100 tys. osób w wieku 60 lat i więcej, województwo podlaskie zajmowało w Polsce odpowiednio – czwarte (wynik 10,79) i piąte miejsce (wynik 42,82) od końca.

Porównanie do innych województw

Najwyższy wskaźnik liczby łóżek rehabilitacji neurologicznej na 100 tys. mieszkańców województwa oraz na 100 tys. osób w wieku 60 lat i więcej miało województwo zachodniopomorskie (16,89 i 63,39)⁶⁵ oraz śląskie (15,15 i 56), a najniższy łódzkie (8,05 i 28,78) oraz lubelskie (9,6 i 37,01)⁶⁶. Wynik województwa podlaskiego był też niższy od średniej krajowej, która wynosiła odpowiednio 12,53 i 49,16.

⁶⁵ Miało też wysokie wskaźniki leczenia trombolitycznego i niskie śmiertelności.

⁶⁶ Miało też niskie wskaźniki leczenia trombolitycznego i wysokie śmiertelności.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Stosunek liczby łóżek rehabilitacji neurologicznej do liczby łóżek udarowych wynosił 1,44 (średnia krajowa 1,49), co dawało miejsce w środku stawki (ósme od końca).

Porównanie do innych województw

Najwyższy wskaźnik liczby łóżek rehabilitacji neurologicznej do liczby łóżek udarowych był w województwach: zachodniopomorskim i dolnośląskim – po 2,47, najniższy w świętokrzyskim (0,88) i w łódzkim (0,92). Stosunek zaś liczby łóżek rehabilitacji neurologicznej do sumy łóżek udarowych i ogólnoneurologicznych w województwie podlaskim wynosił 0,6 (średnia krajowa 0,64). Najwyższy wynik był w województwach: zachodniopomorskim (1,05) i dolnośląskim (1,0), a najniższy w podkarpackim i lubelskim (po 0,36).

Zróżnicowane obłożenie łóżek rehabilitacji neurologicznej

W okresie objętym kontrolą średnie obłożenie łóżek w oddziałach rehabilitacji neurologicznej wynosiło kolejno 81%, 80% i 68%, a w poszczególnych podmiotach leczniczych odpowiednio:

- w Szpitalu Wojewódzkim w Łomży 85%, 81% i 40%⁶⁷,
- w SP Psychiatryczny ZOZ w Choroszczy – 79%, 77% i 57%,
- w SP ZOZ w Hajnówce – 71%, 69% i 62%,
- w SP ZOZ Ośrodka Rehabilitacji w Suwałkach – 93%, 87% i 81%,
- w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Białymstoku – 80%, 85% i 88%.

Według POW NFZ brak przesłanek do zwiększania bazy łóżek rehabilitacji neurologicznej

Zdaniem dyrektora POW NFZ, różnice pomiędzy poszczególnymi szpitalami związane były m.in. z nierównomierną liczbą pacjentów wymagających rehabilitacji neurologicznej i z możliwością wyboru świadczeniodawcy przez pacjenta. W związku z takim obłożeniem łóżek rehabilitacji neurologicznej, dyrektor POW NFZ nie widział potrzeby zwiększania ich liczby w województwie. Nie było też kolejek oczekujących (szerzej o tym w dalszej części informacji). Ponadto POW NFZ zwrócił się do wszystkich świadczeniodawców z zapytaniem o problemy z przyjmowaniem pacjentów po udarach mózgu na oddziały rehabilitacji neurologicznej. SP ZOZ w Hajnówce, SP Psychiatryczny ZOZ w Choroszczy oraz Szpital Wojewódzki w Łomży poinformowały, że pacjenci kwalifikujący się do leczenia w warunkach oddziału rehabilitacji neurologicznej przyjmowani byli na bieżąco, po zakończeniu leczenia w ośrodkach leczenia ostrej fazy zachorowania. Według Szpitala Wojewódzkiego w Łomży nie było pacjentów po udarze oczekujących na przyjęcie do oddziału rehabilitacji neurologicznej. Z kolei Wojewódzki Szpital Zespolony w Białymstoku poinformował, że dramatycznie wzrasta liczba pacjentów wymagających bezpośredniej rehabilitacji poudarowej. Ograniczona ilość miejsc w oddziale rehabilitacji neurologicznej pozwalała na przyjęcie bezpośrednio po wypisie około 50% pacjentów po udarze, kwalifikujących się do wczesnej rehabilitacji. Pozostali pacjenci trafiali do oddziału w ciągu 10–15 dni od wypisu. SP ZOZ Ośrodek Rehabilitacji w Suwałkach poinformował natomiast, że stara się przyjąć pacjenta do 30 dni od wypisu. W związku z tymi danymi dyrektor POW NFZ nie planował zwiększania liczby łóżek rehabilitacji neurologicznej, chociaż propozycję utworzenia 30-łóżkowego oddziału wykazywał Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku. Dyrektor szpitala argumentował to m.in. brakiem miejsc w oddziałach

⁶⁷ Od 1 stycznia do 15 marca 2020 r. wskaźnik wynosił 86%. Szpital został przemianowany w jednoimienny szpital zakaźny do leczenia pacjentów zakażonych Covid-19.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

rehabilitacji neurologicznej, które powodowało, że chorzy po udarze mózgu leczeni w oddziale udarowym kliniki neurologicznej pozostawali w oddziale od dwóch do kilku tygodni dłużej niż wymagał tego ich stan zdrowia, oczekując na specjalistyczną rehabilitację. Jednocześnie konsultant wojewódzka z dziedziny neurologii zwróciła uwagę na możliwość zwiększenia o 25 łóżek rehabilitacji neurologicznej w SP Psychiatrycznym ZOZ w Choroszczy w miejsce zlikwidowanych 27 łóżek ogólnoneurologicznych. Ogłoszenie konkursów na świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji neurologicznej dyrektor POW NFZ uzależnił od powstania nowych miejsc udzielania świadczeń neurologicznych.

W latach 2018–2020 (do 30 września) pacjenci grup JGP od A48 do A51, objęci 215, 197 i 92 hospitalizacjami, skorzystali następnie z rehabilitacji neurologicznej. Stanowiło to 9%, 9% i 6% wszystkich hospitalizacji rozliczonych grupami JGP od A48 do A51. Opłaconą przez POW NFZ wartość świadczeń zdrowotnych z rehabilitacji neurologicznej wyniosła 21 305 tys. zł⁶⁸. Udział pacjentów korzystających z rehabilitacji neurologicznej był większy po hospitalizacji w oddziałach udarowych. Wynosił on 11%, 11% i 8%, podczas gdy w oddziałach nieudarowych – 6%, 6% i 3%.

W innych województwach z rehabilitacji neurologicznej skorzystało 340 pacjentów zamieszkałych w województwie podlaskim. Najwięcej w mazowieckim (200) i warmińsko-mazurskim (97). Wartość świadczeń udzielonych tym pacjentom wyniosła 3033,1 tys. zł.

Pacjenci odbywali rehabilitację neurologiczną głównie we własnym lub sąsiadującym powiecie⁶⁹. Świadczeń rehabilitacji neurologicznej w SP ZOZ w Hajnówce udzielano głównie mieszkańcom powiatów hajnowskiego (51,1%) i bielskiego (28,7%). W SP Psychiatrycznym ZOZ w Choroszczy udzielano je przede wszystkim pacjentom z Białegostoku (37,3%) oraz powiatów białostockiego (28%) i sokólskiego (12%). Podobnie było w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Białymstoku – odpowiednio 43%, 20,7% i 9,6%. W Szpitalu Wojewódzkim w Łomży 31,5% stanowili pacjenci z Łomży, 22,2% z powiatu kolneńskiego, 18,5% z łomżyńskiego i 13% z zambrowskiego. W SP ZOZ Ośrodku Rehabilitacji w Suwałkach byli to głównie pacjenci z Suwałk (41,2%), powiatu augustowskiego (24,2%) i suwalskiego (15,2%).

Na koniec poszczególnych kwartałów lat 2018–2020 (do 30 września) w trzech podmiotach leczniczych (z pięciu ogółem) nie było osób oczekujących na przyjęcie do oddziału rehabilitacji neurologicznej. Taka sytuacja dotyczyła przypadków pilnych i stabilnych oraz miała miejsce w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Białymstoku, w SP ZOZ w Hajnówce oraz w SP Psychiatrycznym ZOZ w Choroszczy. Z kolei w Szpitalu Wojewódzkim

Niewielu pacjentów po udarze korzystających z rehabilitacji neurologicznej

Rehabilitacja pacjentów neurologicznych przeważnie w pobliżu miejsca zamieszkania

Brak kolejek pacjentów na rehabilitację neurologiczną w trzech skontrolowanych szpitalach

⁶⁸ Należy jednak mieć na uwadze, że rehabilitacja neurologiczna mogła dotyczyć nie tylko stanów po udarze mózgu, ale też innych schorzeń ogólnoneurologicznych (m.in. epilepsja, stwardnienie rozsiane).

⁶⁹ W sprawozdaniach statystycznych do POW NFZ podmioty lecznicze nie podawały adresu zamieszkania pacjenta korzystającego ze świadczeń (nie przewiduje tego prawo). Posiłkując się jednak miejscowością (gminą) wybranego przez pacjenta lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, można w przybliżeniu określić miejsce (gminę i powiat) zamieszkania pacjenta. Porównano te dane dla hospitalizacji po udarze mózgu.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

w Łomży i w SP ZOZ Ośrodku Rehabilitacji w Suwałkach liczba osób oczekujących na udzielenie świadczeń zdrowotnych w oddziale rehabilitacji neurologicznej w trybie pilnym wynosiła średnio cztery osoby (do czterech osób w Szpitalu Wojewódzkim w Łomży oraz do 14 w SP ZOZ Ośrodku Rehabilitacji w Suwałkach), a średni czas oczekiwania wynosił siedem dni w Szpitalu Wojewódzkim w Łomży i 10 dni w SP ZOZ Ośrodku Rehabilitacji w Suwałkach. Zdecydowanie gorzej wyglądała sytuacja w przypadkach stabilnych. Średni czas oczekiwania na udzielenie świadczenia wynosił 254 dni w Szpitalu Wojewódzkim w Łomży i 238 dni w SP ZOZ Ośrodku Rehabilitacji w Suwałkach, a liczba osób oczekujących – odpowiednio 20 i 39.

Rehabilitacja
neurologiczna dostępna
do 90 dni od zakończenia
leczenia udaru

Z 215, 197 i 92 pacjentów poddanych rehabilitacji neurologicznej, odpowiednio 158 (73%), 171 (87%) i 83 (90%) skorzystało z niej w ciągu 30 dni od zakończenia hospitalizacji, a 171 (80%), 182 (92%) i 90 (98%) w ciągu 90 dni. Pacjenci z oddziałów udarowych szybciej korzystali z rehabilitacji neurologicznej. Liczba pacjentów korzystających z takiej rehabilitacji:

- w ciągu 14 dni od zakończenia hospitalizacji w oddziale udarowym wynosiła w kolejnych latach: 94 (59% korzystających z rehabilitacji neurologicznej po hospitalizacji w oddziale udarowym), 91 (67%) i 52 (80%), podczas gdy po hospitalizacji na pozostałych oddziałach – 25 (44% korzystających z rehabilitacji neurologicznej po hospitalizacji w oddziale nieudarowym), 31 (51%) i 14 (52%);
- od 15 do 30 dni od zakończenia hospitalizacji w oddziale udarowym – 23 (15%), 28 (21%) i 10 (15%), a po hospitalizacji na pozostałych oddziałach – 16 (28%), 21 (34%) i siedmiu (26%);
- od 31 do 90 dni od zakończenia hospitalizacji w oddziale udarowym – ośmiu (5%), sześciu (4%), dwóch (3%), podczas gdy po hospitalizacji na pozostałych oddziałach – po pięciu (odpowiednio 9%, 8% i 19%).

Kierowanie
na rehabilitację
neurologiczną nie było
powszechne

Pacjenci po udarze mózgu, którym wystawiono odpowiednie skierowania, mieli zapewniony dostateczny dostęp do rehabilitacji neurologicznej. Nieznana jest liczba skierowań wystawionych na rehabilitację neurologiczną, ponieważ ani wystawienie skierowania, ani kod resortowy komórki organizacyjnej, do której zostało wystawione skierowanie nie są sprawozdawane oddziałom wojewódzkim NFZ i nie rejestrują ich świadczeniodawcy⁷⁰. Natomiast dane dotyczące województwa podlaskiego pokazują, że niewielka liczba pacjentów po udarze mózgu rozpoczyna rehabilitację neurologiczną, zwłaszcza na tle innych województw i w porównaniu do średniej krajowej. O wystawieniu skierowania na rehabilitację każdorazowo decyduje lekarz prowadzący chorego. Omówiona w dalszej części informacji kontrola przeprowadzona przez POW NFZ w podmiotach leczniczych z oddziałami udarowymi wykazała, że u 113 z 240 pacjentów (47,1%), których dokumentację medyczną objęto badaniem, nie zamieszczono udokumentowanego zapewnienia ciągłości leczenia w oddziale (oddziale dziennym) rehabilitacji, przy braku przeciwwskazań. Jak wynika z niniejszej kontroli w podmiotach leczniczych, powodami, dla których pacjenci nie byli kierowani na rehabilitację neurologiczną po leczeniu udaru mózgu były m.in.:

⁷⁰ Katalog niezbędnych informacji przetwarzanych został ujęty w rozporządzeniu w sprawie niezbędnych informacji przetwarzanych.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

- wyniki konsultacji pacjentów przez lekarza specjalistę rehabilitacji medycznej, w której zapisano brak wskazań do rehabilitacji;
- stan pacjentów, którzy nie współpracowali i nie rozumieli wydawanych poleceń podczas rehabilitacji przyłóżkowej w oddziale udarowym;
- brak oddziałów dziennej rehabilitacji neurologicznej dla pacjentów z niewielkimi deficytami.

Niewielka liczba pacjentów po udarze mózgu kierowanych w województwie podlaskim na rehabilitację neurologiczną⁷¹ – w porównaniu do innych województw i średniej krajowej – nie może być tłumaczona dobrym stanem pacjentów, ponieważ w województwie podlaskim śmiertelność pacjentów po udarze mózgu jest największa. Podawane powody niekierowania na rehabilitację neurologiczną kontrastują z wysoką śmiertelnością pacjentów po udarze mózgu. Województwo podlaskie miało bowiem najwyższy jej wskaźnik w Polsce.

Brak danych – nie tylko w przypadku pacjentów po udarze mózgu – dotyczących faktu wystawienia skierowania, daty wystawienia i kodu resortowego komórki organizacyjnej, do której zostało wystawione skierowanie, wpływa niekorzystnie na analizy statystyczne związane z kontynuacją leczenia pacjentów. Poza analizą dokumentacji medycznej nie sposób łatwo ustalić skali skierowań z poszczególnych komórek organizacyjnych, komórek organizacyjnych, do których pacjenci byli kierowani i odsetka pacjentów, którzy kontynuowali leczenie po otrzymaniu skierowania. Taka informacja będzie również cenna przy aktualizowaniu map potrzeb zdrowotnych i przy prowadzeniu wszelkich kontroli⁷². Pozwoli to lepiej śledzić ruch pacjenta i lepiej planować świadczenia. Od 8 stycznia 2021 r. funkcjonują tzw. e-skierowania⁷³, które również powinny być raportowane do oddziałów NFZ, ale wymaga to nowelizacji rozporządzenia MZ w sprawie niezbędnych informacji przetwarzanych i ujęcie w nim danych dotyczących wystawianego skierowania. W § 3 ust. 1 pkt 13 tego rozporządzenia mowa jest o wystawionym skierowaniu, ale dotyczy to już sytuacji, gdy pacjent ze skierowaniem korzysta ze świadczeń opieki zdrowotnej, co ujmowane jest w rejestrze świadczeń świadczeniodawcy udzielającego świadczeń ze skierowaniem. Nie ma zaś danych o wystawionym skierowaniu w rejestrze świadczeń u świadczeniodawcy wystawiającego skierowanie.

W ślad za taką zmianą w rozporządzeniu w sprawie niezbędnych informacji przetwarzanych, zmiany będzie wymagało również zarządzenie Prezesa NFZ Nr 98/2019/DI z dnia 1 sierpnia 2019 r. w sprawie ustalenia jednolitego pliku sprawozdawczego w postaci szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML⁷⁴. W zarządzeniu tym, w załączniku nr 1 w pkt 2.2.16., jest już wprowadzono wymóg przekazywania części danych dotyczących

Analiza danych o wystawionych skierowaniach może polepszyć planowanie

⁷¹ Wspomniane i omówione w dalszej części Informacji wyniki kontroli POW NFZ.

⁷² *Wiedza jest najbardziej wartościowym towarem na świecie. Każde nowe odkrycie czyni nas bogatszymi* Kurt Vonnegut.

⁷³ O których mowa w art. 59b ustawy o świadczeniach.

⁷⁴ Opublikowane na stronie internetowej <https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-982019di%2C6980.html> (dostęp z 15 kwietnia 2021 r.). Zarządzenie zmienione zostało zarządzeniami nr 113/2019/DI z 23 sierpnia 2019 r., 181/2019/DI z 31 grudnia 2019 r. i 101/2020/DI z 7 lipca 2020 r.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

wystawionego skierowania (lub recepty) w trakcie udzielania świadczeń⁷⁵. Nie zapisano tam jednak obowiązku przekazania danych o kodzie resortowym komórki organizacyjnej, do której wystawiono skierowanie. Poza tym konieczność przekazywania danych zawartych w pkt 2.2.16. dotyczy tylko Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ.

Rehabilitacja w skali kraju

W porównaniu z innymi województwami, odsetek pacjentów z województwa podlaskiego po przebytych udarze niedokrwiennym mózgu, którzy rozpoczynają rehabilitację, był poniżej średniej krajowej.

Wynosił on od 12,9% do 16,7% (w zależności od kwartału objętego analizą) wśród pacjentów, którzy rehabilitację neurologiczną rozpoczęli w ciągu pierwszych 14 dni od wypisu ze szpitala. W ośmiu kwartałach objętych analizą były to wyniki plasujące województwo podlaskie w pierwszej trójce województw, w których wskaźnik ten był najniższy, w tym trzykrotnie był to najniższy wynik w Polsce.

Porównanie do innych województw

Podobnie niski wskaźnik był w województwach łódzkim (od 12,5% do 15,7%) i pomorskim (od 15,4% do 18,8%). Najwyższy wskaźnik rozpoczęcia rehabilitacji neurologicznej w ciągu pierwszych 14 dni od zakończenia hospitalizacji związanej z udarem niedokrwiennym mózgu był w województwach: zachodniopomorskim (od 28,3% do 37,6%) i opolskim (od 25,1% do 34,7%). W zależności od kwartału omawiany wskaźnik w województwie podlaskim był niższy od średniej krajowej od 5,9 do 9,8 punktu procentowego.

Podobnym wskaźnikiem jest termin rozpoczęcia rehabilitacji neurologicznej w ciągu pierwszych 30 dni od zakończenia hospitalizacji z powodu udaru mózgu. Odsetek pacjentów rozpoczynających rehabilitację w tym terminie wynosił od 14,9% do 20,3%, co plasowało województwo podlaskie w pierwszej dwójce regionów z najniższym wskaźnikiem w Polsce.

Porównanie do innych województw

Podobnie niski wskaźnik był w województwie łódzkim (od 15,8% do 19,6%). Najwyższy wskaźnik rozpoczęcia rehabilitacji w ciągu 30 dni od zakończenia hospitalizacji był w województwach: śląskim (od 39% do 42,5%) i zachodniopomorskim (od 34,9% do 42,9%). W zależności od kwartału omawiany wskaźnik w województwie podlaskim był niższy od średniej krajowej od 7,6 do 13,8 punktu procentowego.

Odsetek pacjentów w województwie podlaskim, którzy rozpoczęli rehabilitację w ciągu 90 dni od zakończenia hospitalizacji z powodu udaru mózgu, wynosił od 16,6% do 22,1%. Ponownie było to wynik plasujący województwo w pierwszej dwójce województw z najniższym udziałem pacjentów, a dwukrotnie był to najniższy wynik w kraju.

⁷⁵ Typ zlecenia (skierowanie lub recepta), typ numeracji zlecenia, identyfikator (numer) zlecenia, podstawa do wystawienia zlecenia (słownik rozpoznań – ICD10), data wystawienia zlecenia, typ grupy zawodowej osoby zlecającej i numer prawa wykonywania zawodu osoby zlecającej. Nie jest tutaj mowa o sprawozdawczości wynikającej z zarządzeń Prezesa NFZ nr 94/2020/DSOZ i 95/2020/DSOZ z 1 lipca 2020 r. dotyczących sprawozdawania samego faktu wystawienia tzw. e-skierowania.

Porównanie do innych województw

Podobny wynik był w województwie łódzkim (od 17,7% do 22,2%). Najwyższy wskaźnik osiągnięto w województwach: śląskim (od 42,5% do 46,2%) i zachodniopomorskim (od 36,7% do 45,1%). W zależności od kwartału omawiany wskaźnik w województwie podlaskim był niższy od średniej krajowej od 8,5 do 15,1 punktu procentowego.

5.1.8. Kontrole i skargi kierowane do POW NFZ

POW NFZ skontrolował szpitale dysponujące oddziałami udarowymi. Kontrole przeprowadzone w 2018 r. dotyczyły poprawności realizacji i rozliczania świadczeń w 2016 r. w ramach grup JGP od A48 do A51 oraz spełnienia warunków do leczenia udarów mózgu w dniu kontroli. Wszystkie skontrolowane podmioty lecznicze spełniały wymagania dotyczące wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną oraz w większości również wymagania dotyczące niezbędnego personelu. Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku oraz Szpital Wojewódzki w Suwałkach nie spełniały niektórych wymagań dotyczących odpowiednio liczby fizjoterapeutów i uczestnictwa w zespole leczniczo-rehabilitacyjnym lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji, co stanowiło naruszenie warunków realizacji świadczeń, określonych w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych. Poszczególne wymagania oraz fakt ich niewypełnienia, omówiono szczegółowo w punkcie 5.2. niniejszej informacji.

Kontrole POW NFZ

Kontrolerzy POW NFZ w ramach kontroli przeanalizowali 240 egzemplarzy dokumentacji medycznej pacjentów. Stwierdzone wpisy (lub ich brak) dotyczyły naruszenia warunków realizacji świadczeń, określonych w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych i w zarządzeniach Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia⁷⁶. W badanej próbie stwierdzono m.in. brak wpisów potwierdzających:

- rozpoczęcie wczesnej rehabilitacji neurologicznej i przygotowanie planu dalszej rehabilitacji u 35 pacjentów;
- wykonanie niezbędnych badań w celu potwierdzenia rozpoznania u 18 pacjentów;
- realizację planu rehabilitacji, obejmującego jedną godzinę rehabilitacji w ciągu doby u dziewięciu pacjentów;
- wykonanie testów psychologicznych u 25 pacjentów;
- realizację terapii neurologopedycznej u 80 pacjentów;
- udokumentowane zapewnienie ciągłości leczenia w oddziale (oddziale dziennym) rehabilitacji, przy braku przeciwwskazań – u 113 pacjentów.

Jednocześnie w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku kontrolerzy POW NFZ stwierdzili, że w analizowanej próbie 45 dokumentacji medycznych pacjentów, w 44 (97,8%) przypadkach w różnym stopniu naruszono udzielanie świadczeń tym pacjentom, w tym w 11 (24,4%) zakwestionowali opisy badań obrazowych (TK lub MR) – nie potwierdzono diagnozy świeżego ogniska udarowego, a tym samym kwalifikacji do grupy

⁷⁶ Zarządzenie Nr 89/2013/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 19 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne i zarządzenie nr 71/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30 czerwca 2016 r. w tej samej sprawie.

JGP A48 i A51. W Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Białymstoku i Szpitalu Wojewódzkim w Suwałkach były podobne ustalenia dotyczące niewłaściwej kwalifikacji pacjentów do grupy JGP A48 (naruszenie w różnym stopniu realizacji świadczeń dla tej grupy). W Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Białymstoku dotyczyło to całej badanej próby 30 dokumentacji medycznej pacjentów z grupy JGP A48. W Szpitalu Wojewódzkim w Suwałkach dotyczyło to 33 z 35 (94,3%) badanych dokumentacji medycznych pacjentów z tej grupy, w tym w sześciu (17,1%) przypadkach nie udokumentowano świeżego ogniska udaru w pierwszym TK lub MR.

Nieliczne skargi kierowano do POW NFZ

W okresie objętym kontrolą do POW NFZ wpłynęły trzy skargi związane z postępowaniem w przypadku udzielania świadczeń związanych z leczeniem udaru mózgu. Dwie z nich POW NFZ załatwił samodzielnie i stwierdził, że były one niezasadne. Dotyczyły postępowania z pacjentami w SP ZOZ w Sokółce i SP ZOZ w Siemiatyczach. Ostatnią była skarga dotycząca odwiezienia pacjentki do domu po zakończonej hospitalizacji, bez jej prywatnego ubrania, które pozostało w SP Psychiatrycznym ZOZ w Choroszczu. Skargę przekazano szpitalowi, który wyraził ubolewanie zaistniałą sytuacją.

Od 1 kwietnia 2020 r., tj. od zawarcia umowy z podmiotami świadczącymi transport medyczny, do POW NFZ wpłynęło 11 skarg na podmioty udzielające tych świadczeń. Związane były one głównie z odmową realizacji usługi. Za zasadne POW NFZ uznał dwie z nich. Z treści skarg nie wynikało, aby były one związane z transportem pacjentów z udarem mózgu.

5.2. Przygotowanie szpitali do udzielania świadczeń dotyczących leczenia udarów mózgu

Skontrolowane szpitale z oddziałami udarowymi były właściwie przygotowane do opieki nad pacjentami z udarem mózgu. Zapewniały wymaganą kadre, sprzęt i na ogół prawidłowo organizowały opiekę wraz z odpowiednim zapasem leków. Szpitale bez takich oddziałów zapewniały pacjentom z udarem mózgu opiekę adekwatną do specjalizacji oddziału, ale nie dysponowały możliwościami technicznymi i organizacyjnymi do prowadzenia pełnego leczenia stosowanego w przypadku udaru mózgu. Pacjenci z udarem mózgu nie mieli tam wydzielonych sal ani opieki fizjoterapeuty, logopedy i psychologa, ponieważ w tych szpitalach nie ma obowiązku zapewnienia takich świadczeń.

5.2.1. Lekarze, pielęgniarki i inny personel medyczny

Zapewniono wymagany stan i kwalifikacje lekarzy na skontrolowanych oddziałach

Kwalifikacje i stan zatrudnionego personelu lekarskiego w każdym skontrolowanym szpitalu były zgodne z wymaganiami przewidzianymi w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych. W zależności od rodzaju oddziału, na którym hospitalizowano pacjentów po udarze mózgu, wymagania te były jednak różne. Liczba personelu dodatkowo związana była ze skalą działalności oddziału i możliwościami zdobycia osób do pracy.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W oddziałach neurologicznych z pododdziałami udarowymi zatrudniano od sześciu do 16 specjalistów z dziedziny neurologii i od dwóch do dziewięciu lekarzy w trakcie specjalizacji. Osiągnięto zatem wymogi, stanowiące o zapewnieniu równoważnika co najmniej dwóch etatów specjalisty neurologa w oddziale neurologicznym i kolejnych dwóch w oddziale udarowym⁷⁷.

Lekarze w oddziałach neurologicznych z oddziałami udarowymi

Przykład

W **Oddziale Neurologii z Pododdziałem Udarowym Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Białymstoku** zatrudnionych było 26 lekarzy, z których 16, pracujących w łącznym wymiarze 11 etatów, było specjalistami w dziedzinie neurologii, a czterech było w trakcie uzyskiwania specjalizacji. Trzech lekarzy miało specjalizację z innych dziedzin (neurochirurgia, choroby wewnętrzne i rehabilitacja medyczna). Średnia wieku 26 lekarzy udzielających świadczeń w tym oddziale wynosiła 46 lat. W wieku 60 lat i więcej było sześciu lekarzy, z tego troje (11,5%) osiągnęło wiek emerytalny, określony w art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych⁷⁸.

W pozostałych szpitalach dysponujących oddziałami udarowymi pracowało na nich dwóch kolejnych neurologów w wieku emerytalnym, po jednym w szpitalach w Łomży i Suwałkach.

W SP Psychiatrycznym ZOZ w Choroszczu w oddziale neurologicznym pracowało od pięciu do sześciu specjalistów z dziedziny neurologii (w tym dwóch w wieku emerytalnym). Spełniony został zatem wymóg zatrudnienia co najmniej dwóch etatów specjalisty neurologii. Część lekarzy świadczyła jednak wielogodzinne dyżury medyczne, co opisane zostanie w dalszej części informacji.

Lekarze w oddziale neurologicznym

W szpitalach, w których nie ma oddziału neurologicznego nie ma również obowiązku zatrudniania neurologa na żadnym z oddziałów. W SP ZOZ w Sokółce zatrudniano neurologa od 1 maja 2019 r., w SP ZOZ w Hajnówce w oddziale rehabilitacji neurologicznej. W oddziałach internistycznych, zgodnie z ich specjalnością, wymagane jest zapewnienie równoważnika co najmniej dwóch etatów lekarza specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych albo równoważnika co najmniej jednego etatu lekarza specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych oraz równoważnika co najmniej jednego etatu doświadczonego lekarza z I stopniem specjalizacji. Wymogi te były spełnione w każdym skontrolowanym szpitalu.

Lekarze w oddziałach chorób wewnętrznych

Przykłady

W **Oddziale Wewnętrznym SP ZOZ w Augustowie** pracowało od siedmiu do ośmiu lekarzy, w tym sześciu na podstawie umowy o pracę w pełnym wymiarze czasu pracy. Codziennie ordynację pełniło od czterech do pięciu lekarzy. Oprócz jednego lekarza rezydenta, pozostali byli specjalistami chorób wewnętrznych lub doświadczonymi lekarzami z I stopniem specjalizacji.

W **Oddziale Wewnętrznym SP ZOZ w Siemiatyczach** pracę świadczyło od pięciu do sześciu lekarzy, w tym od czterech do pięciu lekarzy specjalistów (oddziałem kierował specjalista z zakresu chorób wewnętrznych) oraz jeden lekarz bez specjalizacji.

⁷⁷ Każde wymaganie dotyczące lekarzy na skontrolowanych oddziałach, na których hospitalizowano pacjentów z udarem mózgu – nie dotyczy dyżuru medycznego.

⁷⁸ Dz. U. z 2020 r. poz. 53, ze zm.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W Oddziale Wewnętrznym Szpitala Powiatowego w Zambrowie Sp. z o.o. każdego dnia pracowało czterech spośród pięciu lekarzy zatrudnionych w oddziale. Wszyscy mieli tytuł specjalisty chorób wewnętrznych. Lekarze pełnili dyżury jednoosobowo.

Konsultacje neurologiczne

W szpitalach, w których pacjenci z udarem mózgu byli leczeni w oddziałach chorób wewnętrznych i w których nie był zatrudniony neurolog, konsultacje neurologiczne były przeprowadzane w podmiotach zewnętrznych, na podstawie zawartych umów.

Czas pracy lekarzy – umowa o pracę

Stosownie do art. 97 ustawy *o działalności leczniczej*: pracownikowi przysługuje w każdej dobie prawo do co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku (ust. 1), a pracownikowi pełniącemu dyżur medyczny okres odpoczynku, o którym mowa w ust. 1, powinien być udzielony bezpośrednio po zakończeniu dyżuru medycznego (ust. 2). Dotyczy to jednak tylko lekarzy zatrudnionych na umowie o pracę. W jednym ze szpitali dysponującym oddziałem udarowym oraz w dwóch, gdzie leczenie pacjentów odbywało się w oddziałach chorób wewnętrznych, nie zachowano tego wymogu.

Przykłady

W Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Białymstoku w lipcu 2018 r. i 2019 r. trzech lekarzy z Oddziału Neurologii z Pododdziałem Udarowym, pracujących na podstawie umów o pracę, udzielało nieprzerwanie świadczeń zdrowotnych przez 31,5 godziny (cztery przypadki), łącząc pracę w ramach zwykłej ordynacji (od 7:35 do 15:05) z dyżurem medycznym i po zakończeniu dyżuru nadal pracując w ramach ordynacji. Dyrektor szpitala wyjaśnił, że spowodowane to było brakami kadrowymi i urlopami wypoczynkowymi personelu.

W SP ZOZ w Augustowie w listopadzie i grudniu 2018 roku, czerwcu i lipcu 2019 roku oraz sierpniu i wrześniu 2020 roku lekarzom Oddziału Wewnętrznego 67-krotnie nie udzielono co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku po pełnieniu przez nich dyżuru medycznego⁷⁹. Nieprzerwany czas pracy 64-krotnie wyniósł 31 godzin i 35 minut, a trzykrotnie 55 godzin i 35 minut. Dyrektor szpitala wyjaśniła, że spowodowane to było głębokim deficytem kadry medycznej lekarzy specjalistów chorób wewnętrznych.

W Szpitalu Ogólnym w Kolnie lekarzowi Oddziału Wewnętrznego nie udzielono co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku po pełnieniu przez niego 23–24 sierpnia 2020 r. dyżuru medycznego. Nieprzerwany czas pracy tego lekarza wyniósł 29 godzin. Według dyrektor szpitala, spowodowane to było organizacją pracy w oddziale w związku z zadaniami wynikającymi ze stanu epidemii wirusa SARS-CoV-2.

Czas pracy lekarzy – umowa cywilno-prawna

Ograniczenia wynikające z art. 97 ustawy *o działalności leczniczej* nie dotyczą lekarzy świadczących pracę na podstawie umów cywilno-prawnych. Tylko w dwóch skontrolowanych szpitalach⁸⁰ nie stwierdzono, by tacy lekarze pracowali dłużej niż dobę bez odpoczynku. W pozostałych podmiotach leczniczych praca ponad 24 godziny bez przerwy była powszechna, najczęściej dotyczyła wykonywania obowiązków przez 31 godzin 35 minut,

⁷⁹ Dyżur medyczny wynoszący 24 godziny w weekendy i święta oraz 16 godzin i 25 min w dni powszednie (po 7 godzinach i 35 minutach ordynacji).

⁸⁰ Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku i Wojewódzki Szpital Zespolony w Białymstoku.

co oznaczało pobyt w oddziale przez 7 godzin 35 minut w ramach zwykłej ordynacji, następnie dyżur medyczny 16 godzin 25 minut i po jego zakończeniu kolejne 7 godzin i 35 minut zwykłej ordynacji (tj. pracę od 8:00 do 15:35 kolejnego dnia). Oto najbardziej rażące przykłady takich praktyk:

Przykłady

W **Szpitalu Wojewódzkim w Łomży** w 103 przypadkach czterech lekarze zatrudnieni na umowy cywilno-prawne pracowali bez przerwy przez ponad 24 godziny⁸¹. Wynikało to z rozkładu ich pracy:

- lekarze po całodobowym dyżurze pozostawali w pracy kolejne siedem, osiem godzin – w 99 takich przypadkach każdy z lekarzy pracował bez przerwy przez 31 godzin i 35 minut;
- lekarze pełnili też dyżury przez dwie kolejne doby i po takim długim dyżurze pozostawali w pracy przez kolejne kilka godzin – w czterech takich przypadkach dwóch lekarzy pracowało bez przerwy przez 55 godzin i 35 minut.

Taki czas pracy dotyczył 71%⁸² analizowanych dyżurów lekarskich.

W **SP Psychiatrycznym ZOZ w Choroszczu** dwóch lekarzy świadczących usługi zdrowotne na podstawie umów cywilnoprawnych w 73 przypadkach pracowało ponad 24 godziny bez przerwy⁸³. Czas nieprzerwanej pracy wynosił od 28 godzin i 43 minut do 52 godzin i 43 minut. W jednym przypadku (od 24 do 27 kwietnia 2020 r.) jeden lekarz neurolog świadczył nieprzerwanie pracę przez 96 godzin⁸⁴.

W **SP ZOZ w Augustowie** nieprzerwany czas pracy 76-krotnie wyniósł 31 godzin i 35 minut, pięciokrotnie – 48 godzin, a raz – 55 godzin i 35 minut⁸⁵.

W **SP ZOZ w Sokółce** w 98 przypadkach czterech lekarzy, świadczących usługi opieki zdrowotnej na podstawie umów cywilnoprawnych, pracowało ponad 30 godzin bez przerwy⁸⁶. Czas nieprzerwanej pracy wynosił od 30 godzin i czterech minut do 54 godzin i 49 minut.

Dyrektorzy szpitali każdorazowo wyjaśniali, że powodem tak długiego czasu pracy lekarzy jest niedobór lekarzy na rynku pracy, przy jednoczesnej potrzebie zapewnienia ciągłości opieki medycznej. Organizacja czasu pracy dopuszczająca tak długie nieprzerwane świadczenie pracy, może budzić wątpliwości co do jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych i znacząco obniżać percepcję, zmniejszać produktywność i powodować problemy z koncentracją.

W skontrolowanych szpitalach nie zawsze udało się spełniać wymagania związane z minimalną liczbą pielęgniarek w oddziałach, na których leczono pacjentów z udarem mózgu. W przypadku oddziałów udarowych dotyczyło to Szpitala Wojewódzkiego w Łomży.

Problemy z zapewnieniem odpowiedniej liczby pielęgniarek

⁸¹ Analizą objęto wybrane miesiące: maj i sierpień 2018 r., styczeń i grudzień 2019 r. oraz luty i marzec 2020 r.

⁸² 109 spośród 151.

⁸³ Analizą objęto dwa miesiące: marzec i kwiecień każdego roku objętego kontrolą.

⁸⁴ W dniu 25 kwietnia 2020 r. pracował w ramach zwykłej ordynacji 7 godzin 35 minut i pełnił dyżur 16 godz. 25 minut w oddziale, 26 i 27 kwietnia 2020 r. (sobota niedziela) pełnił dwa 24-godzinne dyżury w oddziale, a 27 kwietnia 2020 r. ponownie pracował w ramach zwykłej ordynacji 7 godzin 35 minut i pełnił dyżur przez 16 godz. 25 minut w oddziale.

⁸⁵ Analizą objęto listopad i grudzień 2018 r. czerwiec i lipiec 2019 r. oraz sierpień i wrzesień 2020 r.

⁸⁶ Analizą objęto lipiec i sierpień każdego roku objętego kontrolą.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Przykład

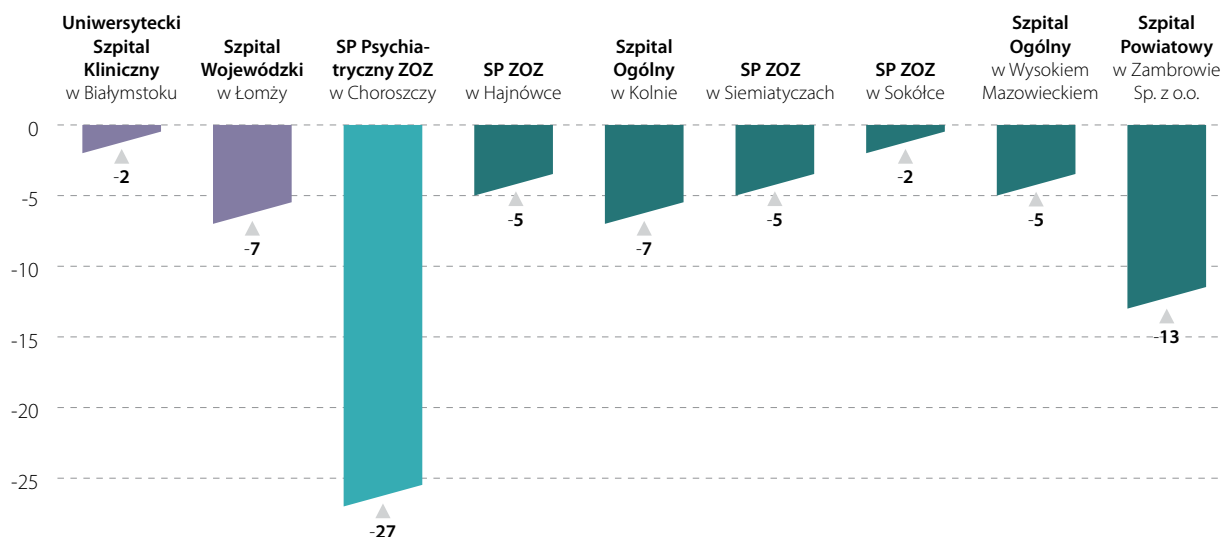
W Szpitalu Wojewódzkim w Łomży na Pododdziale Udarowym z czterema łózkami intensywnej opieki medycznej i 12 łózkami wczesnej rehabilitacji neurologicznej należało zapewnić równoważnik 10 etatów pielęgniarek⁸⁷, a na pozostałej części Oddziału Neurologicznego z 20 łózkami – równoważnik 12 etatów⁸⁸. Tym samym łącznie należało zabezpieczyć równoważnik 22 etatów. Tymczasem w oddziale w tym okresie zatrudniano 19 pielęgniarek (każdą na pełny etat).

Mniejsza baza łóżek

Z powodu wprowadzenia od 1 stycznia 2019 r. normy 0,6 etatu pielęgniarki na łóżko, w kontrolowanych szpitalach zlikwidowano 36 łóżek ogólnoneurologicznych (22,8%) oraz 37 łóżek internistycznych (11,5%).

Infografika nr 12

Zlikwidowane łóżka w oddziałach, w których leczono pacjentów z udarem mózgu



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie wyników kontroli.

Spośród skontrolowanych szpitali Wojewódzki Szpital Zespolony w Białymstoku nie zmienił bazy łóżek w oddziale neurologicznym w związku z wprowadzeniem normy etatów pielęgniarskich na łóżko (zmniejszyła się ona z uwagi na przeniesienie oddziału), podobnie jak Szpital Wojewódzki w Suwałkach. Nie zmniejszyła się także liczba łóżek w SP ZOZ w Augustowie w oddziale chorób wewnętrznych (choć brakowało tam jednej pielęgniarki do wypełnienia tego wymagania), ani w Szpitalu Ogólnym w Grajewie, gdzie liczba pielęgniarek była zgodna z wymogami.

Przykłady

Aby spełnić wymagania związane z minimalną liczbą pielęgniarek, **Szpital Wojewódzki w Łomży** w lutym 2019 r. zmniejszył z 20 do 13 liczbę łóżek ogólnoneurologicznych.

⁸⁷ Jeden etat na łóżko intensywnej opieki medycznej i jeden etat na dwa łóżka wczesnej rehabilitacji neurologicznej.

⁸⁸ 0,6 etatu na jedno łóżko, obowiązujące od 1 stycznia 2019 r.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Podobny problem był i takie samo rozwiązanie przyjęto w **SP Psychiatrycznym ZOZ w Choroszczy**. W Oddziale Neurologicznym pielęgniarki pracowały faktycznie w wymiarze 22,75 etatu, przy normie wynoszącej 34,2 etatu. Nieskuteczne okazały się próby zatrudnienia kolejnych pielęgniarek. Spowodowało to zmniejszenie liczby łóżek w oddziale z 57 do 30, czyli aż o 47,4%.

Tylko w dwóch szpitalach z oddziałami chorób wewnętrznych zatrudniano pielęgniarki w liczbie odpowiadającej wymiarowi 0,6 etatu na jedno łóżko⁸⁹. W pozostałych powinno ich być od jednej do dziewięciu więcej (najwięcej brakowało w SP ZOZ w Siemiatyczach).

Przykład

W **SP ZOZ w Siemiatyczach**, w styczniu 2019 r., zatrudniano 18 pielęgniarek przy 45 łóżkach (0,4 etatu na łóżko). Do spełnienia wymagania 0,6 etatu na łóżko brakowało dziewięciu pielęgniarek. Natomiast w styczniu 2020 r. – było 19 pielęgniarek przy funkcjonujących w tym czasie 40 łóżkach (0,48 etatu na łóżko). Do spełnienia wymagania 0,6 etatu na łóżko brakowało pięciu pielęgniarek⁹⁰.

Zdaniem dyrektora SP ZOZ w Siemiatyczach, (...) *brak odpowiedniej liczby zatrudnionych pielęgniarek wynikał z braku chętnych do pracy w naszym Szpitalu. Podejmowaliśmy (i nadal to czynimy) w tym zakresie nieprzerwanie następujące działania: zamieszczano ogłoszenia w Internecie na stronie internetowej ZOZ oraz przekazywano informację o potrzebie zatrudnienia do Izby Pielęgniarek i Położnych. Uważaliśmy za niecelowe dalsze zmniejszanie liczby łóżek (zmniejszono z 45 do 40 – przyp. NIK) tylko po to, aby wypełnić normy zatrudnienia pielęgniarek tym bardziej, iż normy odnosiły się (później w związku z pandemią zostały zawieszony) do łóżek, a nie do hospitalizowanych pacjentów (...).*

Według danych zawartych w Bazie Analiz Systemowych i Wdrożeniowych i stanu na rok 2019 w województwie było 8049 pielęgniarek, co dawało 335,5 pielęgniarki na 100 tys. mieszkańców (13 miejsce w kraju⁹¹), 18% pielęgniarek czynnych zawodowo było w wieku emerytalnym (drugie miejsce w kraju ex aequo z województwami dolnośląskim, łódzkim, mazowieckim i warmińsko-mazurskim⁹²).

Kolejnymi wymaganiami co do personelu w oddziałach udarowych było zatrudnienie fizjoterapeutów – w wymiarze 1 etatu na każde cztery łóżka wczesnej rehabilitacji neurologicznej, logopedy oraz psychologa – obu w wymiarze 0,5 etatu. W przypadku oddziałów neurologicznych nie było obowiązku zatrudniania logopedy i psychologa, a fizjoterapeuta musiał być zatrudniony w wymiarze 0,5 etatu, niezależnie od liczby łóżek. Trzy spośród czterech szpitali z oddziałami udarowymi spełniały te wymogi. SP Psychiatryczny ZOZ w Choroszczy, dysponujący oddziałem neurologicznym, również spełniał przewidziane dla niego wymogi. Z kolei w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku okresowo nie zatrudniano

Inny personel
medyczny

⁸⁹ Szpital Ogólny w Grajewie i Szpital Powiatowy w Zambrowie Sp. z o.o.

⁹⁰ Analizą NIK objęto po jednym miesiącu w każdym roku.

⁹¹ Najlepsza sytuacja była w województwach mazowieckim (2032,8) i śląskim (1316,1). Najgorsza zaś w opolskim (251,1) i lubuskim (227,6).

⁹² Najlepsza sytuacja była w województwach podkarpackim (13%) i kujawsko-pomorskim (14%), najgorsza w zachodniopomorskim (21%).

odpowiedniej liczby fizjoterapeutów. Stwierdziła to kontrola POW NFZ, którą przeprowadzono w sierpniu 2018 r. Kontrolerzy NFZ stwierdzili, że zatrudniano 12 fizjoterapeutów na czterech etatach, zamiast na 4,5 etatu. Od marca 2019 r. szpital zapewniał już fizjoterapeutów w wymaganym wymiarze.

W żadnym ze szpitali, w oddziałach wewnętrznych, w których byli hospitalizowani pacjenci z udarem mózgu nie zatrudniano fizjoterapeutów, logopedów i psychologów, ponieważ nie ma takiego obowiązku i możliwości.

SP Psychiatryczny ZOZ w Choroszczy dysponował oddziałem neurologicznym i spełniał też część wymagań dotyczących oddziału udarowego. Zatrudniał fizjoterapeutów w wymiarze sześciu etatów i neurologopedę (0,8 etatu). Nie zatrudniał zaś psychologa.

5.2.2. Organizacja udzielania świadczeń

Na ogół właściwa organizacja udzielania świadczeń

Organizacja udzielania świadczeń w oddziałach udarowych zakładała zapewnienie całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii⁹³, stałą obecność lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii⁹⁴ w lokalizacji, udokumentowane zapewnienie udziału w zespole leczniczo-rehabilitacyjnym lekarza specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych lub lekarza specjalisty w dziedzinie kardiologii i lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji⁹⁵ oraz udokumentowane zapewnienie konsultacji lekarza specjalisty w dziedzinie neurochirurgii lub neurochirurgii i neurotraumatologii oraz lekarza specjalisty w dziedzinie chirurgii naczyniowej.

Poza Szpitalem Wojewódzkim w Suwałkach pozostałe szpitale dysponujące oddziałami udarowymi spełniały te wymagania.

Przykład

W **Szpitalu Wojewódzkim w Suwałkach**, w zespole leczniczo-rehabilitacyjnym nie było lekarza rehabilitanta. Oceniał to negatywnie POW NFZ w rezultacie kontroli przeprowadzonej w 2018 r. Szpital miał zawartą umowę z SP ZOZ Ośrodkiem Rehabilitacji w Suwałkach dotyczącą konsultacji specjalistycznych z zakresu rehabilitacji medycznej, nie wykazał tego jednak w trakcie kontroli POW NFZ jako wypełnienie warunku obecności lekarza rehabilitanta w zespole rehabilitacyjno-leczniczym. Szpital ten zatrudniał lekarza specjalistę rehabilitacji na innym oddziale, ale nie by on powołany do zespołu leczniczo-rehabilitacyjnego.

W świetle obowiązujących przepisów, organizacja leczenia pacjentów w oddziałach neurologicznych i wewnętrznych nie zakładała uczestnictwa tak licznej grupy lekarzy różnych specjalności. Na obu tych oddziałach należało zapewnić całodobową opiekę lekarską we wszystkie dni tygodnia, która mogła być łączona z innymi oddziałami o profilu zachowawczym. Zarówno SP Psychiatryczny ZOZ w Choroszczy, jak też podmioty lecznicze

⁹³ Lub lekarza ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie neurologii, lub lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie neurologii.

⁹⁴ Lub anestezjologii i reanimacji, lub anestezjologii i intensywnej terapii.

⁹⁵ Lub rehabilitacji w chorobach narządu ruchu, lub rehabilitacji medycznej.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

dysponujące oddziałami chorób wewnętrznych spełniały te wymagania. W przypadku neurologii wymagano dodatkowo m.in. stanowiska intensywnej opieki medycznej i zapewnienia kontynuacji leczenia poprzez rehabilitację neurologiczną.

Jedna zalecana dawka leku trombolitycznego wynosi 0,9 mg alteplazy (substancji czynnej) na kg masy ciała, maksymalnie 90 mg w dożylnym wlewie w ciągu godziny. Na potrzeby niniejszej kontroli przyjęto zatem, że minimalny stan magazynowy tego leku powinien wynosić 90 mg.

Zaopatrzenie
w leki trombolityczne

W Szpitalu Wojewódzkim w Suwałkach stwierdzono okresowe występowanie niewystarczającej ilości dawek leku⁹⁶. W Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Białymstoku i w Szpitalu Wojewódzkim w Łomży ewidencję leków prowadzono zaś w taki sposób, że nie pozwalała na ustalenie ilości leków na koniec dnia, a tym samym, czy zapewniono odpowiednią ilość dla kolejnych pacjentów. Jedynie w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku, w miesiącach objętych analizą, stan magazynowy leków na koniec dnia był wystarczający do podania ich kolejnym pacjentom (dla czterech do 21 pacjentów) poza tymi, którzy już lek przyjęli⁹⁷.

Leku trombolitycznego nie podawano pacjentom w innych oddziałach niż udarowe. Lekiem trombolitycznym nie dysponował SP Psychiatryczny ZOZ w Choroszczy, prowadzący oddział neurologiczny ani szpitale z oddziałami chorób wewnętrznych, z dwoma wyjątkami.

Przykłady

W Szpitalu Ogólnym w Grajewie fiolka leku *Actilyse inj.* w dawce 50 mg została zakupiona 8 listopada 2018 r. Lek nie został podany w terminie ważności i został przekazany do utylizacji w I kwartale 2020 r.

W Szpitalu Ogólnym w Wysokiem Mazowieckiem na stanie Oddziału Chorób Wewnętrznych znajdowało się pięć fiolek leku w dawce 20 mg, zakupionych w 2017 r. Z uwagi na upływ terminu ważności, 30 kwietnia i 31 października 2019 r. zostały one zutylizowane.

5.2.3. Izba Przyjęć lub SOR oraz OAiT, jako istotne komórki organizacyjne w leczeniu pacjentów z udarem mózgu

Poza oddziałami udarowymi, neurologicznymi i chorób wewnętrznych, istotnymi komórkami organizacyjnymi z punktu widzenia obsługi i zapewnienia opieki pacjentom z udarem mózgu jest izba przyjęć lub SOR (szybkość działania przy przyjęciu pacjenta) oraz OAiT (w przypadku pogorszenia stanu zdrowia).

Izba przyjęć była w czterech skontrolowanych szpitalach: SP Psychiatryczny ZOZ w Choroszczy, Szpital Ogólny w Kolnie, SP ZOZ w Siemiatyczach i do końca czerwca 2019 r. Szpital Powiatowy w Zambrowie Sp. z o.o. (od lipca 2019 r. funkcjonował już SOR). Rozporządzenie w sprawie świad-

Izba Przyjęć

⁹⁶ 4 i 5 sierpnia 2018 r., 30 czerwca i 21 sierpnia 2019 r., kiedy na koniec dnia zapas leku wynosił odpowiednio 50 mg, 50 mg, 70 mg, 60 mg (po czym w następnych dniach był uzupełniany), a także od 13 do 15 grudnia 2019 r., kiedy dysponowano tylko 20 mg tego leku.

⁹⁷ Analizowano stan leków w jednym miesiącu z każdego roku objętego kontrolą, w których było najwięcej pacjentów z udarem mózgu.

czeń gwarantowanych (w załączniku nr 3, części I, Lp. 48) nie stawia szczegółowych wymagań dotyczących personelu na izbie przyjęć. Zapewniona powinna być całodobowa opieka lekarska i pielęgniarska we wszystkie dni tygodnia w miejscu udzielania świadczeń. Każdy z tych szpitali spełnił te wymagania.

SOR W przypadku SOR, który funkcjonował w pozostałych szpitalach, wymagania dotyczące personelu zawarte zostały w § 12 rozporządzenia w sprawie SOR. Nie określono jednak konkretnych norm zatrudnienia pielęgniarek i lekarzy. Posłużono się zwrotem *w liczbie niezbędnej do zabezpieczenia prawidłowego funkcjonowania oddziału*. Szczegółowe wymagania dotyczyły jedynie ordynatora SOR i pielęgniarki oddziałowej.

Od 1 lipca 2019 r. ordynatorem (lekarzem kierującym) SOR powinien być lekarz z tytułem specjalisty w dziedzinie medycyny ratunkowej – wcześniej nie było tego wymogu. Spośród szpitali, w których funkcjonował SOR, tylko w SP ZOZ w Augustowie ten wymóg nie został dochowany. Spowodowane to było brakiem lekarzy specjalistów z tej dziedziny medycyny. Szpital podejmował kroki w celu zatrudnienia lekarza o odpowiednich kwalifikacjach⁹⁸, jednak działania te były nieskuteczne.

W każdym szpitalu pielęgniarką oddziałową SOR była pielęgniarka systemu z wyższym wykształceniem i co najmniej pięcioletnim stażem pracy w oddziale. Wymaganie to było niezmiennie w całym okresie objętym kontrolą.

Z uwagi na brak norm zatrudnienia personelu medycznego w SOR, obowiązek ten spoczywał na dyrektorach poszczególnych szpitali.

Przykłady

W Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku, w miesiącach objętych analizą – wrzesień 2018 r., kwiecień 2019 r., maj 2020 r. – pracę w SOR świadczyło:

- w dni, w które szpital pracował w ramach zwykłego dyżuru medycznego⁹⁹ – do trzech lekarzy świadczących pracę przez 24 h i kolejnych od jednego do trzynastu lekarzy świadczących pracę w mniejszym wymiarze godzin¹⁰⁰, w taki sposób, że na SOR pozostawało co najmniej trzech lekarzy;
- w dni o wzmożonej obsadzie podczas dyżuru – od jednego do 11 lekarzy świadczących pracę przez 24 h i kolejnych do 19 lekarzy świadczących pracę w mniejszym wymiarze godzin, aby na SOR w tym samym czasie pozostawało nie mniej niż ośmiu lekarzy;
- w dni, w które szpital pracował w ramach zwykłego dyżuru – od dwóch do 12 pielęgniarek;
- w dniach o wzmożonej obsadzie – od 10 do 20 pielęgniarek¹⁰¹.

W skład personelu SOR wchodziły także rejestratorki i ratownicy medyczni.

⁹⁸ Ogłoszenia publikowane były na stronie internetowej Szpitala, Polskiego Radia oraz zostały przesłane do wszystkich okręgowych izb lekarskich na terenie kraju.

⁹⁹ Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku i Wojewódzki Szpital Zespolony w Białymstoku naprzemiennie świadczyły dyżury o zwykłej obsadzie (tzw. tępe dyżury) i dyżury o wzmożonej obsadzie medycznej (tzw. ostre dyżury), co opisano w punkcie 5.1.

¹⁰⁰ Najczęściej były to zmiany 8:00–15:35, 15:35–8:00, 8:00–20:00, 20:00–8:00.

¹⁰¹ Godzinami pracy pielęgniarek były najczęściej 7:00–19:00 i 19:00–7:00.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W Szpitalu Wojewódzkim w Łomży w maju 2018 r., styczniu 2019 r. i w marcu 2020 r. zorganizowano obsadę lekarską w wymiarze kolejno 17,5, 12,5 i 12,5 etatów. Zatrudniano też ratowników medycznych na kolejno 9,5, 14 i 31,7 etatu oraz kolejno cztery, cztery i sześć rejestratorek medycznych.

Faktyczna liczba pielęgniarek na SOR była mniejsza niż ustalona w zarządzeniu dyrektora w sprawie ustalenia minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek. Wg tego zarządzenia w oddziale należało zabezpieczyć 26 etatów (28 pielęgniarek). Tymczasem zapewniono na nim w niżej wymienionych okresach:

- od 1 do 31 stycznia 2018 r. – 25 etatów;
- od 1 stycznia do 30 września 2019 r. – 25 etatów, a od 1 października do 31 grudnia 2019 r. – 24 etaty;
- od 1 stycznia do 26 lutego 2020 r. – 24 etaty, od 27 lutego do 30 grudnia 2020 r. – 23 etaty;
- od 1 do 11 stycznia 2021 r. – 23 etaty pielęgniarek.

W toku kontroli dyrektor szpitala wyjaśnił, że z uwagi na brak możliwości zatrudnienia pielęgniarek, od 31 stycznia 2018 r. Szpital zatrudniał 20 ratowników medycznych, w związku z czym łączna liczba pielęgniarek i ratowników medycznych przekracza wymóg 28 pielęgniarek, określony w zarządzeniu wewnętrznym.

W każdym podmiocie leczniczym z oddziałem udarowym funkcjonował OAiIT w II poziomie referencyjnym¹⁰², co oznaczało konieczność zapewnienia równoważnika co najmniej czterech etatów lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii¹⁰³ (nie dotyczy dyżuru medycznego) oraz pielęgniarek w liczbie równoważnika co najmniej 2,22 etatu na jedno stanowisko intensywnej terapii, w tym równoważnika co najmniej czterech etatów pielęgniarki specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki¹⁰⁴. Każdy podmiot leczniczy spełniał te warunki.

OAiIT II poziom referencyjny

Przykład

W Szpitalu Wojewódzkim w Suwałkach w objętych analizą trzech miesiącach (w maju 2018 r., lipcu 2019 r. i wrześniu 2020 r.) w OAiIT zatrudniano po 14 lekarzy – specjalistów w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, w tym jednego na podstawie umowy o pracę w 2018 r. (jeden etat), a pozostałych na podstawie umów cywilnoprawnych: 13 lekarzy w 2018 r. (w miesięcznym wymiarze od 70 do 225 h), 14 lekarzy w 2019 r. (w miesięcznym wymiarze od 70 do 240 h) i 14 lekarzy w 2020 r. (w miesięcznym wymiarze od 72 do 200 h).

Zatrudnienie personelu pielęgniarstwa wynosiło w miesiącach objętych analizą kolejno 31,5, 32,5 i 31,5 etatu. Wszystkie pielęgniarki były zatrudnione na podstawie umowy o pracę, odpowiednio 32, 33 i 32 osoby, w tym 12, 13 i 13 ze specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego, a większość pozostałych po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki.

W szpitalach, w których leczenie pacjentów z udarem mózgu odbywało się w oddziałach chorób wewnętrznych, OAiIT funkcjonowały w I poziomie

OAiIT I poziom referencyjny

¹⁰² Wymagania dla tego oddziału opisane zostały w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych w załączniku nr 3, część I Lp. 3.

¹⁰³ Lub anestezjologii i reanimacji, lub anestezjologii i intensywnej terapii.

¹⁰⁴ Lub pielęgniarki po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki.

referencyjnym¹⁰⁵. Oznaczało to konieczność zapewnienia równoważnika co najmniej dwóch etatów lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii¹⁰⁶ (nie dotyczy dyżuru medycznego) i równoważnika co najmniej dwóch etatów pielęgniarki specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki¹⁰⁷. Wymagania te zostały spełnione w każdym szpitalu, chociaż w minimalnym stopniu. W szpitalach zatrudniano od trzech do 10 anestezjologów, z tym, że poza blokiem operacyjnym na stałe w szpitalu przebywał jeden anestezjolog. W takiej sytuacji opieka anestezjologiczna pacjentom z udarem mózgu nie mogła być świadczona w sposób porównywalny do szpitali specjalistycznych, w których obsada anestezjologiczna była kilkusobowa.

W SP Psychiatrycznym ZOZ w Choroszczy nie funkcjonował OAiIT, a na potrzeby pacjentów z udarem mózgu, w oddziale neurologicznym przygotowane były cztery stanowiska intensywnej opieki medycznej.

5.2.4. Zapewnienie sprzętu i aparatury medycznej

Zapewniono wymagany sprzęt i aparaturę medyczną

W żadnym ze skontrolowanych podmiotów leczniczych w oddziałach, na których leczono pacjentów z udarem mózgu, nie brakowało sprzętu i aparatury medycznej, przewidzianej dla danego rodzaju oddziału w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych¹⁰⁸.

Brak bieżącej aktualizacji danych o sprzęcie do POW NFZ

W większości szpitali problemem było jednak prowadzenie aktualnego rejestru tego sprzętu w SZOI. Tylko w Szpitalu Wojewódzkim w Łomży oraz SP ZOZ w Siemiatyczach i SP ZOZ w Sokółce dane przekazane POW NFZ w SZOI odpowiadały ewidencji księgowej i rozmieszczeniu sprzętu w szpitalach. W pozostałych podmiotach leczniczych nie zadbano o bieżącą aktualizację danych w przypadku przesunięcia lub likwidacji środka trwałego, do czego zobowiązane były one zapisami umowy z POW NFZ¹⁰⁹. Uchybienia te nie miały wpływu na zapewnienie wymaganego sprzętu i aparatury medycznej na kontrolowanych oddziałach szpitalnych.

¹⁰⁵ Wymagania dla tego oddziału opisane zostały w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych w załączniku nr 3, część I Lp. 2.

¹⁰⁶ Lub anestezjologii i reanimacji, lub anestezjologii i intensywnej terapii.

¹⁰⁷ Lub pielęgniarki po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki.

¹⁰⁸ Wymaganą aparaturą dla oddziałów udarowych było zapewnienie w miejscu udzielania świadczeń aparatu Holtera do badania EKG i aparatu Holtera do badania ciśnienia krwi (ABPM) oraz realizacji badań przy pomocy aparatu USG tętnic zewnątrz- i wewnątrzczaszkowych metodą Dopplera. W lokalizacji zaś wymagano aparatu USG z opcją kolorowego Dopplera, TK, aparatu USG metodą Doppler duplex i realizacji badań laboratoryjnych, co najmniej profil badań biochemicznych, hematologicznych i układu krzepnięcia (pobranie materiału). W przypadku oddziałów neurologicznych niezbędnym było natomiast zapewnienie w lokalizacji TK i elektroencefalografu oraz realizacji badań przy pomocy MR i elektromiografu. Z kolei w oddziałach chorób wewnętrznych koniecznym było wyposażenie ich w kardiomonitor i aparat EKG 12-odprowadzeniowy, a w lokalizacji zapewnienie aparatu Holtera do badania ciśnienia krwi (ABPM) i aparatu Holtera do badania EKG.

¹⁰⁹ W § 2 ust. 9 tej umowy zawarto zobowiązanie świadczeniodawcy do bieżącego aktualizowania danych o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy, przez który rozumie się zasoby będące w dyspozycji świadczeniodawcy służące wykonywaniu świadczeń gwarantowanych, w szczególności osoby udzielające tych świadczeń i sprzęt.

Przykłady

Szpital Powiatowy w Zambrowie Sp. z o.o. wykazał w SZOI, że Oddział Wewnętrzny i OAiIT wyposażone są w kardiomonitory, których w rzeczywistości nie było na żadnym z obu oddziałów. Dotyczyło to kardiomonitorów: w Oddziale Wewnętrznym – jednego Unitra Biazet i czterech Margot Medical, a w OAiIT – dwóch kardiomonitorów Artema.

W **Szpitalu Wojewódzkim w Suwałkach** w Oddziale Neurologicznym z Pododdziałem Udarowym w zgłoszeniu aktualizacyjnym wykazano wyposażenie m.in. w respirator, który według księgi inwentarzowej przypisany był do OAiIT, ssak, który nie był uwzględniony w księdze inwentarzowej (przy czym wg niej do oddziału przypisano osiem takich urządzeń, a do SZOI wykazano cztery), ergometr (model Body Style 2000), który według księgi inwentarzowej został już zamortyzowany i skasowany.

Szpital Ogólny w Kolnie, zawierając umowę z POW NFZ (3 października 2017 r.), przekazał dane o sprzęcie, którym nie dysponował. Chodziło o kardiomonitor i elektrokardiograf, które zostały skasowane, przy czym niemożliwe było ustalenie kiedy miało to miejsce. Od 2014 r. szpital miał wdrożony nowy system informatyczny, w którym zaewidencjonowane były tylko ówczesnie użytkowane środki trwałe. Wymienione urządzenia nie znajdowały się w ewidencji księgowej, co oznacza, że zostały skasowane przed wdrożeniem nowego systemu i zostały omyłkowo wykazane w SZOI.

Powodem braku bieżącej aktualizacji sprzętu i aparatury medycznej w SZOI było najczęściej przeoczenie lub omyłkowe przypisanie sprzętu do innego oddziału.

Oddziały chorób wewnętrznych spełniały wymagania stawiane im w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych. Poza tym szpitale z tymi oddziałami spełniały – chociaż w różnym stopniu – wymagania dotyczące także oddziałów udarowych. Wszystkie dysponowały aparatem USG z opcją kolorowego Dopplera, możliwością wykonywania badań laboratoryjnych – co najmniej profil badań biochemicznych, hematologicznych i układu krzepnięcia (pobranie materiału) i TK¹¹⁰. Sześć¹¹¹ z nich (75%) dysponowało aparatem Holtera do badania EKG i aparatem Holtera do badania ciśnienia tętniczego krwi (ABPM), również sześć¹¹² miało możliwość wykonania badania USG metodą Doppler duplex, a dwa¹¹³ (25%) – badania USG tętnic zewnątrz- i wewnątrzczaszkowych metodą Dopplera.

Oddziały chorób wewnętrznych ze sprzętem przewidzianym także dla oddziałów udarowych

5.3. Udzielanie pomocy i zapewnienie ciągłości leczenia w formie rehabilitacji neurologicznej

Pacjentom po udarze mózgu udzielano niezwłocznej pomocy. Diagnostyka z wykorzystaniem TK lub MR najczęściej przeprowadzana była w czasie od kilkudziesięciu minut do nieco ponad dwóch godzin. Ten czas można jeszcze skrócić, gdy w szpitalach zmienione zostaną

¹¹⁰ Szpital Ogólny w Kolnie od 1 lutego 2020 r.

¹¹¹ SP ZOZ w Augustowie, Hajnówce i Siemiatyczach, Szpitale Ogólne w Kolnie i Wysokiem Mazowieckiem i Szpital Powiatowy w Zambrowie Sp. z o.o.

¹¹² SP ZOZ w Hajnówce, Siemiatyczach, Sokółce, Szpitale Ogólne w Grajewie i Kolnie oraz Szpital Powiatowy w Zambrowie Sp. z o.o.

¹¹³ SP ZOZ w Siemiatyczach i Szpital Ogólny w Kolnie.

procedury postępowania z pacjentami podejrzanymi o udar mózgu. W żadnym szpitalu z oddziałem udarowym nie udało się bowiem uzyskać rekomendowanego czasu podania leków trombolitycznych w ciągu 60 minut od przyjęcia pacjenta do szpitala.

Pacjentom zapewniono kontynuację leczenia w postaci rehabilitacji neurologicznej, ale odsetek tych, którzy z niej skorzystali – również z uwagi na liczbę wystawionych skierowań – był jednym z najniższych w Polsce. Nie istniał też spójny system transportu pacjentów z udarem mózgu ze szpitala powiatowego do szpitala wyspecjalizowanego w leczeniu udarów, a oczekiwanie na pojazd czasami trwało wiele godzin.

5.3.1. Procedury postępowania z pacjentami z udarem mózgu

Opracowanie procedur postępowania z pacjentem z udarem mózgu zalecane w Wytycznych PTN

Wszystkie skontrolowane szpitale z oddziałami udarowymi, SP Psychiatryczny ZOZ w Choroszczy i trzy szpitale z oddziałami chorób wewnętrznych (SP ZOZ w Augustowie i Hajnówce oraz Szpital Powiatowy w Zambrowie Sp. z o.o.), miały opracowane procedury postępowania z pacjentami z podejrzeniem udaru mózgu. W pozostałych szpitalach powiatowych stosowano ogólnie przyjęte standardy postępowania z pacjentami.

W przypadku szpitali z oddziałami udarowymi, procedury miały różny poziom szczegółowości. W szpitalach powinno się dokonać przeglądu zapisów z tych procedur w odniesieniu do [1] obowiązku dyspozytora ZRM dotyczącego powiadomienia szpitala o przewożeniu pacjenta z podejrzeniem udaru mózgu¹¹⁴ oraz [2] *Wytycznych PTN* i zweryfikować je tak, by przyspieszyć sposób postępowania z pacjentem podejrzanym o udar mózgu.

Dyspozytorzy ZRM lub załogi ZRM informowały szpitale o transporcie pacjenta z podejrzeniem udaru mózgu co najmniej w przypadkach, gdy pacjent znajdował się jeszcze w „oknie terapeutycznym” do zastosowania leczenia trombolitycznego¹¹⁵ lub w każdym przypadku¹¹⁶. Tych informacji nie wykorzystywano w szpitalach, ponieważ nie były one ujęte w procedurach postępowania z takimi pacjentami. Jak podano w *Wytycznych PTN*, stosowne procedury znacząco skracają czas postępowania wczesnoszpitalnego z pacjentem z udarem mózgu, dając możliwość przygotowania się na przyjęcie takiego chorego (tzw. alert udarowy) oraz zorganizowania dla niego przez lekarza oddziału udarowego priorytetowego dostępu do rejestracji szpitalnej, zlecenia badań laboratoryjnych i obrazowych mózgu. Korekta procedur powinna uwzględniać zalecenia autorów *Wytycznych PTN*:

¹¹⁴ Obowiązek wynikający z Dobrych praktyk postępowania dyspozytorów medycznych i zespołów ratownictwa medycznego z pacjentem z podejrzeniem udaru mózgu, opracowanych przez Ministerstwo Zdrowia 6 lutego 2018 r. – szczegółowo omówione w punkcie 5.4.

¹¹⁵ W trakcie kontroli takie wyjaśnienia złożyli pracownicy szpitali wojewódzkich w Łomży i Suwałkach.

¹¹⁶ Dotyczy Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku i Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Białymstoku.

Przykładowe propozycje zmian w procedurach szpitali

Karetka powinna mieć pierwszeństwo na tzw. „podjeździe” do SOR przed innymi oczekującymi karetkami, o ile nie będą w nich również pacjenci w stanie bezpośredniego zagrożenia życia. W żadnej z analizowanych procedur nie rekomendowano takiego uprzywilejowania pojazdów z pacjentem udarowym¹¹⁷.

Z *Wytycznych PTN* wynika tymczasem, że postępowanie wczesnoszpitalne jest istotnym elementem opieki udarowej i należy dołożyć wszelkich starań, aby maksymalnie ograniczyć możliwość wystąpienia opóźnień w postępowaniu diagnostycznym i podjęciu właściwego leczenia.

Lekarz neurolog powinien oczekiwać na pacjenta na SOR w chwili przyjazdu ZRM, zamiast być wzywany z oddziału po przybyciu pacjenta i po wykonaniu części czynności przez lekarza SOR. W procedurach trzech szpitali¹¹⁸ to najpierw lekarz SOR udziela świadczeń pacjentowi, zbiera wstępny wywiad, zleca wykonanie badań i dopiero wzywa neurologa. Neurolog udziela świadczeń pacjentowi na SOR w Szpitalu Wojewódzkim w Łomży w godzinach 8:00–15:35 w dni powszednie, a w pozostałych godzinach i dniach – lekarz SOR¹¹⁹. W procedurach dwóch szpitali¹²⁰ nie ustalono, kiedy lekarz neurolog jest wzywany na SOR do pacjenta. W pozostałych zaś wzywany jest po wstępnych badaniach¹²¹ lub gdy stwierdzono, że pacjent „potencjalnie kwalifikuje się” do leczenia trombolitycznego¹²². Na opóźnienie związane z przybyciem lekarza neurologa na SOR zwracał uwagę zastępca dyrektora WSPR w Łomży: *Istotnym (...) elementem jest oczekiwanie ZRM z pacjentem udarowym na lekarza, który niejednokrotnie zmusza ZRM i pacjenta do oczekiwania w SOR na jego decyzję o przyjęciu* (fizycznym i formalnym przejęciu pacjenta od ZRM – przyp. NIK) *przez pół godziny i więcej. Trudno domniemywać co jest powodem tych opóźnień, lecz istotnie wydłużają one czas interwencji a tym samym pogarszają rokowania tego rodzaju pacjentów*¹²³.

W *Wytycznych PTN* podano, że dyżurny lekarz oddziału udarowego powinien być zawiadomiony przez ZRM lub dyspozytora o transporcie pacjenta z podejrzeniem udaru mózgu (prenotyfikacja) – co jak wynika z ustaleń kontroli najczęściej ma miejsce – i być dostępny na SOR w chwili przywiezienia pacjenta, w celu pilnego ustalenia wskazań/przeciwskazań do leczenia trombolitycznego. W tych wytycznych podano również, że jeden z czynników opóźniających podanie leku trombolitycznego to tzw. czynnik logistyczny – brak bezpośredniego zabezpieczenia neurologicznego na SOR.

Pracownia radiologii – znając przewidywany czas dotarcia ZRM do SOR, pracownia radiologii powinna być gotowa na przyjęcie pacjenta z podejrzeniem udaru poza kolejnością wykonywanych badań.

¹¹⁷ W procedurze Szpitala Wojewódzkiego w Łomży podano, że pacjent jest obsługiwany poza kolejnością. Nie sprecyzowano jednak czy dotyczy to już postępu karetki na podjeździe do SOR, czy dopiero podczas obsługi na SOR.

¹¹⁸ Procedury Szpitala Wojewódzkiego w Suwałkach, Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Białymstoku i Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku.

¹¹⁹ W analizowanej dokumentacji medycznej 50 pacjentów z tego szpitala, 20 (40%) trafiło do szpitala w dniach i godzinach, gdy świadczeń na SOR mógł udzielić neurolog.

¹²⁰ Szpital Wojewódzki w Łomży poza dniami i godzinami, gdy neurolog obecny jest na SOR od początku i Wojewódzki Szpital Zespołowy w Białymstoku.

¹²¹ Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku.

¹²² Szpital Wojewódzki w Suwałkach. Nie zawarto zaś instrukcji kiedy neurolog jest wzywany, jeśli pacjent nie kwalifikuje się do leczenia trombolitycznego.

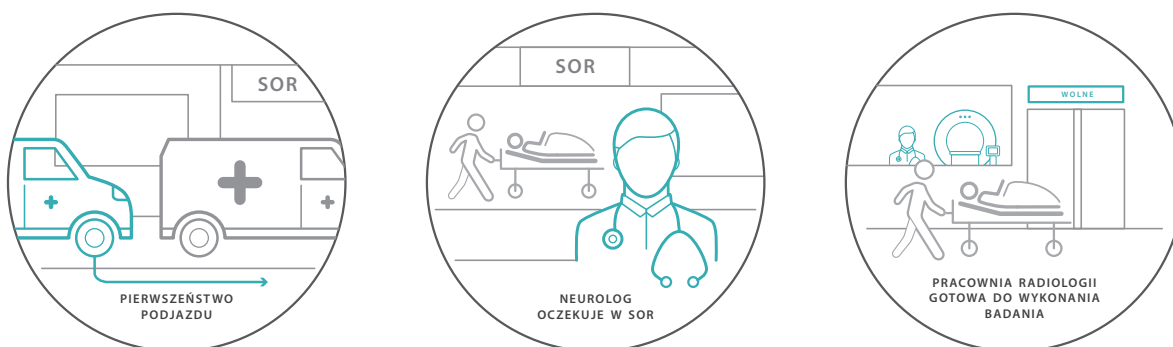
¹²³ NIK uzyskała od Wojewody Podlaskiego dane o czasie oczekiwania karetki w SOR na oddanie pacjenta. Uznała jednak te dane za niewiarygodne (w części przypadków czas przekazania pacjenta wynosił 0 lub kilka sekund).

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W *Wytycznych PTN* zaleca się, aby pacjent będący w „oknie do leczenia” trombolitycznego lub trombektomii powinien być, w miarę możliwości, transportowany przez ZRM na noszach transportowych ambulansu bezpośrednio do pracowni TK lub MR. Żadne z analizowanych procedur tego nie przewidywały. Nie może to jednak odbywać się kosztem czasu ZRM w oczekiwaniu, aż personel szpitala przeprowadzi prace administracyjne związane z przyjęciem pacjenta w szpitalnym systemie informatycznym i wystawi mu skierowania na wymagane badanie. Zadaniem ZRM jest przecież udzielanie pomocy w stanach nagłych na miejscu zdarzenia. Według *Wytycznych PTN* prenotyfikacja powinna umożliwić m.in. wstępną rejestrację danych chorego w systemie informatycznym szpitala oraz zlecenie badań laboratoryjnych i obrazowych.

Infografika nr 13

Elementy usprawniające szybsze udzielenie pomocy pacjentowi z udarem mózgu



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie wyników kontroli i *Wytycznych Polskiego Towarzystwa Neurologicznego*.

W *Wytycznych PTN* zaznaczono, że aby pacjent z udarem mózgu mógł w krótkim czasie dotrzeć do jednostki medycznej oferującej odpowiedni sposób leczenia, niezbędna jest współpraca wszystkich służb ratownictwa medycznego z zespołami lekarzy SOR i oddziału udarowego. Należy dołożyć wszelkich starań, aby czas od dotarcia pacjenta do szpitala do wdrożenia leczenia trombolitycznego, nie przekraczał 60 minut.

Zróżnicowany czas od wystąpienia pierwszych objawów udaru mózgu do przyjęcia do szpitala

Z analizowanej próby przypadków 493 pacjentów, 176 chorych (lub ktoś z ich rodziny) podało przybliżony czas wystąpienia pierwszych objawów udaru¹²⁴. Spośród tych 176 pacjentów, 97 trafiło do szpitali dysponujących oddziałami udarowymi, 42 do szpitali z oddziałami wewnętrznymi, a 37 do SP Psychiatrycznego ZOZ w Choroszczy na oddział neurologiczny. Analiza czasu od wystąpienia pierwszych objawów udaru do przyjęcia w SOR lub izbie przyjęć odpowiedniego szpitala wykazała, że pacjenci najszybciej trafiali do szpitali dysponujących oddziałami udarowymi. W czasie do 3,5 godziny od wystąpienia objawów do przyjęcia pacjentów w szpitalu¹²⁵, do szpitali z takimi oddziałami trafiło 68 z nich (70,1% pacjentów, którzy trafili do tych szpitali), w przypadku szpitali z oddziałami wewnętrznymi było trzech takich pacjentów (7,1%), a do SP Psychiatrycznego ZOZ w Choroszczy na oddział neurologiczny przyjęto jednego (2,7%).

¹²⁴ W przypadku pacjentów ze szpitali niedysponujących oddziałami udarowymi mowa tutaj nie tyle o objawach udaru mózgu, lecz tych, których wynikiem było wezwanie pogotowia ratunkowego lub udanie się po pomoc na SOR bądź skorzystanie z Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej.

¹²⁵ To dawałoby szpitalowi godzinę na diagnostykę i możliwość zastosowania leczenia trombolitycznego.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W przypadku pacjentów, dla których nie była znana przybliżona godzina wystąpienia pierwszych objawów udaru mózgu, rozpoczęcie hospitalizacji następowało najczęściej w dniu wystąpienia tych objawów. Do szpitali z oddziałami udarowymi trafiło 53 pacjentów (58,9%) z badanej próby, a 108 (84,4%) do szpitali z oddziałami chorób wewnętrznych.

Omówiony w pkt 5.4 niniejszej informacji czas reakcji ZRM i czas transportu pacjentów do szpitali nie był długi (mediana czasu od wykonania połączenia na numer alarmowy do pozostawienia pacjenta w SOR¹²⁶ wyniosła 59 minut 44 sekundy). Pacjenci lub ich najbliższe otoczenie zbyt długo zwlekali jednak z wezwaniem ZRM do pacjenta, u którego pojawiły się objawy choroby (np. udaru mózgu) lub tych objawów nie znali. Spośród 176 pacjentów, dla których znana była przybliżona godzina wystąpienia objawów chorobowych, 104 (59,1%) trafiło do szpitali później niż po 3,5 godzinie od ich wystąpienia, w tym 60 pacjentów (34,1%) dotarło tam później niż 12 godzin od zaobserwowania objawów. W przypadku udaru mózgu liczy się zaś szybka reakcja i niezwłoczne wezwanie pomocy. W *Wytycznych PTN*, powołując się na badania naukowe, przytoczono, że w Polsce blisko 65% chorych z udarem mózgu zwleka z wezwaniem pomocy medycznej i czyni to nie prędzej niż po upływie godziny od wystąpienia objawów. Powodem takiej sytuacji jest niedostateczna znajomość objawów udaru. Przytoczono wyniki badań ankietowych, według których mniej niż 50% dorosłych Polaków potrafi je prawidłowo zidentyfikować. Według *Wytycznych PTN* – nierozpoznanie objawów udaru mózgu, zgłoszenie się w pierwszej kolejności do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej zamiast wezwania ZRM lub przewiezienie chorego własnym transportem do szpitala, co może powodować ominięcie priorytetowej selekcji w SOR lub izbie przyjęć, znacznie wydłużają czas do podjęcia odpowiedniego leczenia i pogarszają rokowanie.

W *Wytycznych PTN* zaznaczono, że znajomość objawów udaru mózgu jest niewystarczająca zwłaszcza wśród osób w podeszłym wieku, które są najbardziej narażone na wystąpienie udaru mózgu. Z kolei warunkiem szybkiego i – co za tym idzie – rokującego skuteczność postępowania z udarem mózgu jest świadomość chorego i jego otoczenia, że występujące dolegliwości mogą być objawami udaru i wymagają szybkiego reagowania. Pacjent rzadko sam poszukuje pomocy lekarza, a pomoc jest zwykle wzywana dopiero przez członka rodziny.

W *Wytycznych PTN* rekomendowano, że wszystkie akcje informacyjne oraz edukacyjne powinny być kierowane zarówno do osób obciążonych dużym ryzykiem zachorowania na udar, jak i do osób z ich otoczenia, a działania edukacyjne należy wdrażać już wśród dzieci i młodzieży w związku z lepszym przyswajaniem wiedzy na wczesnym etapie edukacji. Podano w nich również, że częstość leczenia trombolitycznego po szkoleniu zwiększyła się, ale tylko do szóstego miesiąca od zakończenia programu. Podsumowując autorzy *Wytycznych PTN* postulują, że aby utrzymać świadomość dotyczącą udaru mózgu, akcje edukacyjne należy cyklicznie powtarzać,

Zwlekanie z wezwaniem pomocy

Niezbędne cykliczne akcje informujące o typowych objawach udaru mózgu

¹²⁶ Nie chodzi tu o parametry, o których mowa w art. 24 ust. 1 ustawy o PRM, dotyczące m.in. mediany czasu dotarcia ZRM do miejsca zdarzenia.

a edukacja społeczeństwa powinna być stale podtrzymywana. Akcje tego typu niezbędne są również w województwie podlaskim, z rozważeniem finansowania ich ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego.

5.3.2. Sprawność obsługi pacjentów

Dostęp do badań
diagnostycznych
(m.in. TK)

Każdy ze skontrolowanych podmiotów leczniczych miał dostęp do diagnostyki wymaganej dla pacjentów z podejrzeniem udaru mózgu. Poza Szpitalem Ogólnym w Kolnie, korzystającym do 31 stycznia 2020 r. z urządzeń TK zlokalizowanych w innych szpitalach, pozostałe dysponowały tymi urządzeniami we własnej siedzibie. Sześć szpitali¹²⁷ miało własne, dostępne całodobowo TK. W pięciu¹²⁸ zlokalizowane w budynku szpitala urządzenia były własnością innych podmiotów. Szpital Ogólny w Grajewie do końca sierpnia 2020 r. korzystał z urządzenia firmy zewnętrznej, a od 1 września 2020 r. miał już własny sprzęt. W każdym szpitalu dostępne były całodobowe badania laboratoryjne, przy czym w SP Psychiatrycznym ZOZ w Choroszczy, w godzinach od 7:00 do 14:35 laboratorium funkcjonowało w trybie tzw. rutynowym (dostępny był cały zestaw badań wykonywanych przez laboratorium), a od 14:35 do 7:00 – w tzw. trybie dyżuru, wykonując badania niezbędne przy przyjęciu pacjentów do szpitala.

W przypadku lokalizacji w budynku szpitala urządzeń TK, stanowiących własność firmy zewnętrznej, szpitale zawierały umowy na świadczenie usługi wykonania badania TK, w których zawarto czas na jego wykonanie:

- w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku badanie w trybie pilnym powinno być przeprowadzone natychmiast, a czas od zgłoszenia do realizacji nie powinien przekraczać dwóch godzin;
- w SP Psychiatrycznym ZOZ w Choroszczy termin badania TK ustalono na *w dniu zgłoszenia lub w ciągu 24 godzin*;
- w SP ZOZ w Augustowie w pilnych przypadkach wykonanie badania ma nastąpić w dniu wystawienia skierowania;
- w SP ZOZ w Hajnówce badania w trybie pilnym wykonywane powinny być w ciągu godziny;
- w SP ZOZ w Sokółce w umowie nie zawarto czasu od wystawienia zlecenia do wykonania badania. Określono zaś czas wykonania opisu badania, wynoszący jedną godzinę.

Zróznicowany czas
od przyjęcia do szpitala
do wykonania TK lub MR

W przypadku szpitali dysponujących oddziałami udarowymi najszybciej badania MR lub TK wykonywano w Szpitalu Wojewódzkim w Łomży, w którym 59,6% pacjentów wykonano badanie w ciągu 30 minut od przyjęcia do szpitala, a 85,1% – w ciągu godziny od przyjęcia (mediana całej próby 24 minuty). Pozostałe szpitale dysponujące oddziałami udarowymi miały nieco gorsze wyniki. W przypadku Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Białymstoku 42,6% pacjentów z analizowanej próby zbadano TK lub

¹²⁷ Szpitale wojewódzkie w Łomży i Suwałkach, Wojewódzki Szpital Zespołowy w Białymstoku, SP ZOZ w Siemiatyczach, Szpital Ogólny w Wysokiem Mazowieckiem i Szpital Powiatowy w Zambrowie Sp. z o.o.

¹²⁸ Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku, SP Psychiatryczny ZOZ w Choroszczy, SP ZOZ w Augustowie, SP ZOZ w Hajnówce, SP ZOZ w Sokółce.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

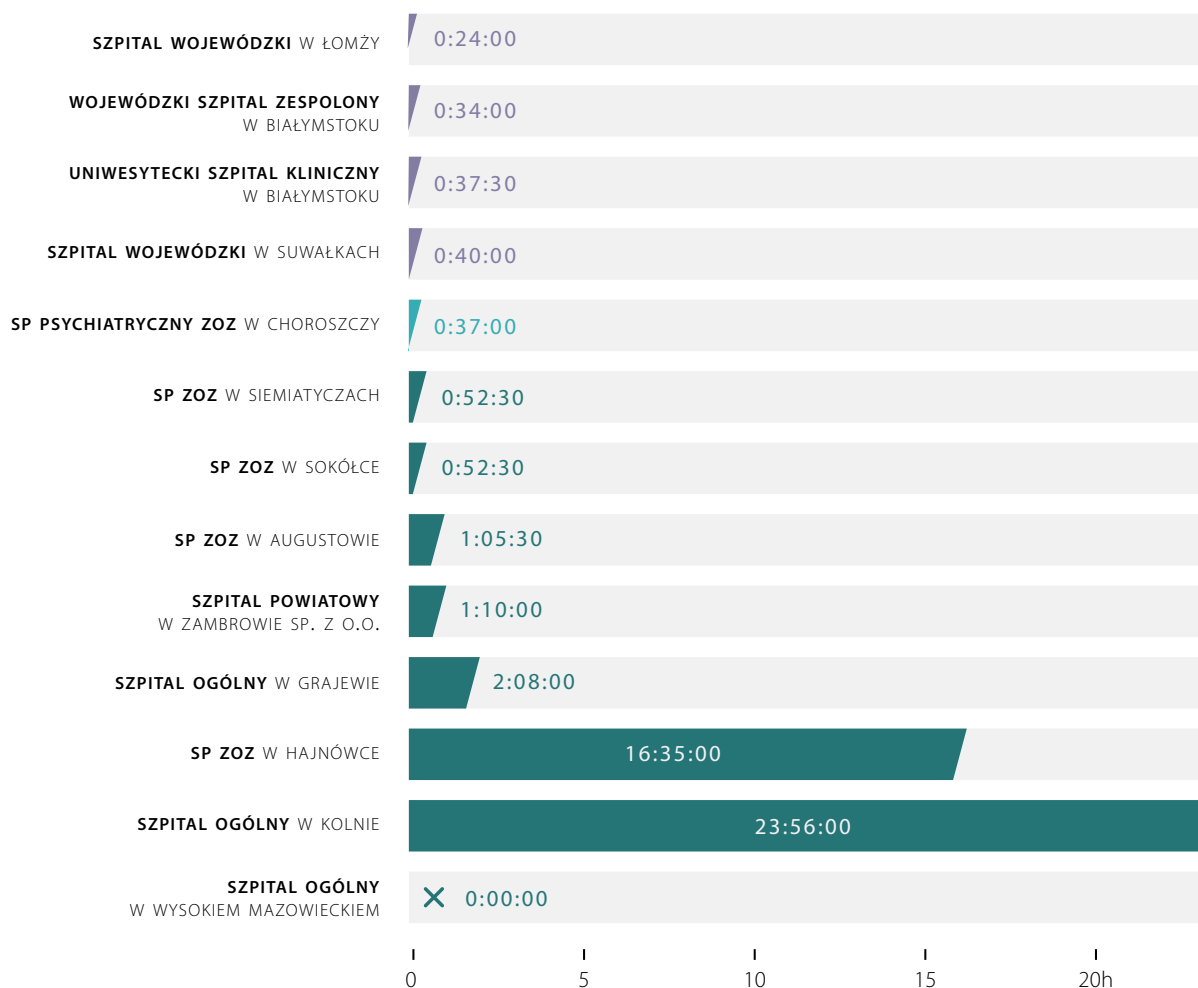
MR w ciągu 30 minut od przyjęcia, a 76,6% pacjentów w ciągu godziny (mediana 34 minuty). Dla Szpitala Wojewódzkiego w Suwałkach było to odpowiednio 27,9% i 74,4% pacjentów (mediana 40 minut), a dla Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku – 19,6% i 69,9% (mediana 37 minut 30 sekund).

Z kolei w szpitalach z oddziałami chorób wewnętrznych najszybciej badania TK lub MR wykonywano w SP ZOZ w Siemiatyczach. W ciągu 30 minut od przyjęcia do szpitala badania te wykonano u 23,3% pacjentów, a w ciągu godziny – u 54,8% (mediana 52 minuty 30 sekund). Zbliżone wyniki były w SP ZOZ w Augustowie – było to odpowiednio 23,5% i 50% pacjentów (mediana 65 minut 30 sekund). Jednocześnie w przypadku tego szpitala aż u 44,1% pacjentów wykonano badania po czterech godzinach lub więcej od przyjęcia do szpitala. Z kolei najpóźniej badania TK lub MR przeprowadzano w Szpitalu Ogólnym w Kolnie, który nie dysponował własnym MR lub TK. U żadnego z pacjentów nie wykonano tego badania w pierwszych 30 minutach od przyjęcia do szpitala, w ciągu pierwszej godziny wykonano je u 7,7% pacjentów, a po więcej niż 12 godzinach – u 74,4% (mediana całej próby 23 godziny 56 minut). Należy jednak mieć na uwadze, że szpital ten do 1 lutego 2020 r. nie dysponował TK i badania realizowane były w innych jednostkach, do których pacjent musiał być dowieziony. Kolejnym szpitalem, w którym najpóźniej wykonywano badania TK lub MR od przyjęcia pacjenta do szpitala był SP ZOZ w Hajnówce. W pierwszych 30 minutach od przyjęcia badania TK wykonywano u 5,9% pacjentów, a w pierwszej godzinie – u 17,6% (mediana 16 godzin 35 minut). Zastępca Dyrektora ds. Medycznych tego szpitala wyjaśnił, że nie ma obowiązku przeprowadzania badania TK w przypadku każdego pacjenta udarowego, czy podejrzanego o udar. Decydujące są bowiem wskazania medyczne, a samo badanie mogłoby tylko w niepotrzebny sposób wydłużyć drogę takiego pacjenta do specjalistów. Z kolei w Szpitalu Ogólnym w Wysokim Mazowieckiem żaden z pacjentów hospitalizowanych w oddziale chorób wewnętrznych nie został przyjęty na ten oddział z powodu udaru mózgu, lecz z innym schorzeniem lub do kontynuacji leczenia udaru z innej placówki. Nie można więc obliczyć mediany od czasu przyjęcia do wykonania TK, gdyż udar nastąpił w trakcie hospitalizacji w tym lub innym szpitalu. Mediana od wystąpienia pierwszych objawów udaru do wykonania badania TK wyniosła w tym szpitalu 2 godziny 35 minut.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Infografika nr 14

Mediana czasu od czasu przyjęcia pacjenta do szpitala do wykonania TK



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie wyników kontroli.

Według *Wytycznych PTN*, podmioty lecznicze powinny dołożyć wszelkich starań, aby czas od dotarcia pacjenta do szpitala, do wykonania badań TK nie przekraczał 20 min. w przypadku pacjentów kwalifikujących się do leczenia trombolitycznego lub trombektomii i 30 min. dla chorych z zamkniętą dużą tętnicą wewnątrzczaszkową.

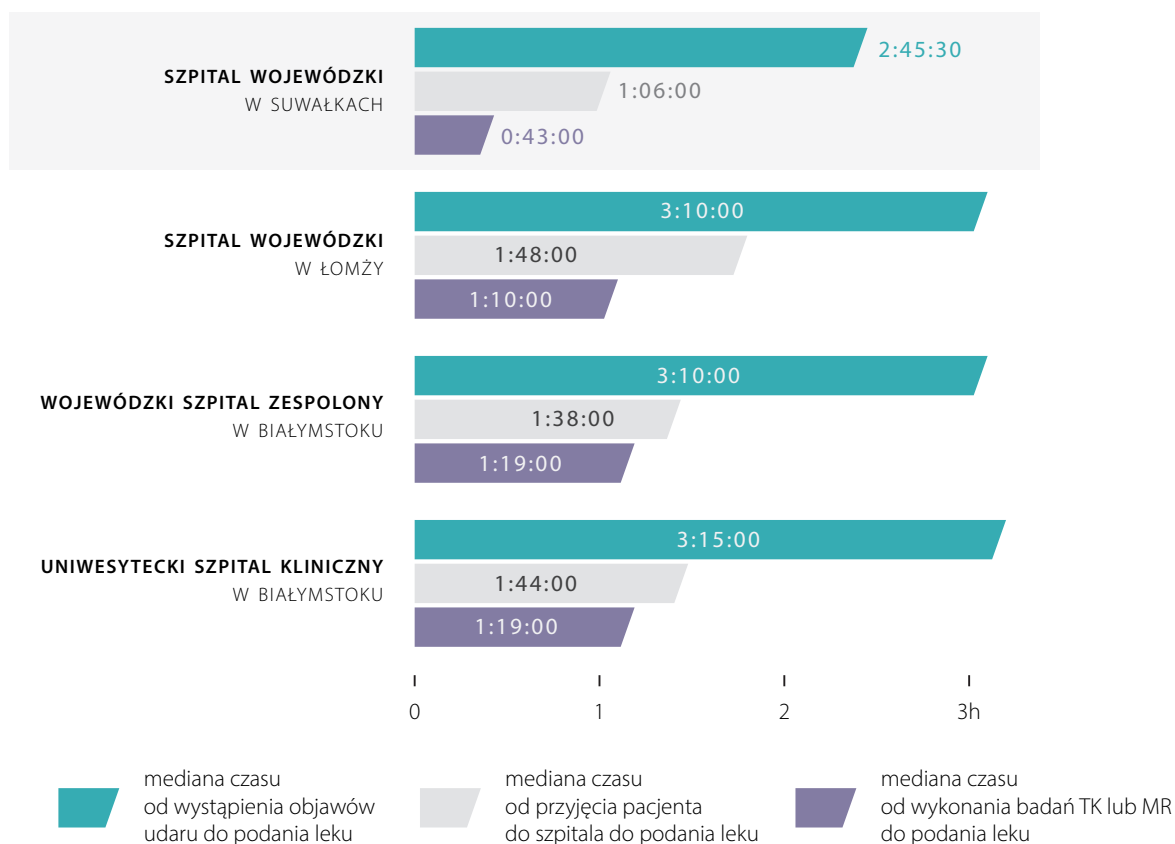
Zróznicowany czas od przyjęcia do szpitala do podania leków trombolitycznych

W analizowanej próbie dokumentacji 200 pacjentów ze szpitali z oddziałami udarowymi, leczenie trombolityczne wdrożono u 49 (24,5%). Leki trombolityczne, zgodnie ze sztuką medyczną, powinny być podane w szpitalu dysponującym oddziałem udarowym, w czasie do 4,5 godziny od wystąpienia pierwszych objawów udaru. Najszybciej lek był podawany w Szpitalu Wojewódzkim w Suwałkach. Czas podania leków trombolitycznych rozpatrywano w trzech aspektach: od wystąpienia pierwszych objawów udaru, od przyjęcia pacjenta do szpitala i od wykonania TK lub MR. Dane zaprezentowane są w poniższej grafice:

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Infografika nr 15

Upływ czasu do podania leków trombolitycznych



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie wyników kontroli.

Według *Wytycznych PTN* należy dołożyć wszelkich starań, aby czas od dotarcia pacjenta do szpitala do rozpoczęcia podawania leków trombolitycznych nie przekraczał 60 min. Szpital Wojewódzki w Suwałkach był bardzo blisko spełnienia tej wytycznej.

Od 4 lipca 2019 r.¹²⁹ Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku uzyskał możliwość uczestnictwa w pilotażowym programie leczenia ostrej fazy udaru niedokrwienego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych¹³⁰ – jako jedyny w województwie i jeden z 18 szpitali w Polsce. Od września 2019 r. do września 2020 r. zabiegowi temu poddano 65 pacjentów.

Spośród 240 pacjentów, których dokumentację objęto badaniem NIK, którzy byli hospitalizowani w oddziałach chorób wewnętrznych, u 200 z nich (83,3%) przeprowadzono konsultacje neurologiczne. Dyrektorzy szpitali wyjaśniali, że nie zawsze takie konsultacje były konieczne.

Leczenie za pomocą trombektomii mechanicznej

Konsultacje neurologiczne u pacjentów leczonych w oddziałach chorób wewnętrznych

¹²⁹ Data wejścia w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego dotyczącego leczenia ostrej fazy udaru niedokrwienego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych (Dz. U. poz. 1236).

¹³⁰ Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 11 października 2018 r. Umowę nr 10-00-00068-19-111-18/3 z POW NFZ na realizację tego programu zawarto 9 września 2019 r.

Przykład

W **SP ZOZ w Augustowie** konsultacje neurologiczne pacjentów hospitalizowanych z powodu udaru mózgu nastąpiły w terminie do siedmiu dni od wykonania TK. Dyrektor wyjaśniła, że konsultacje neurologiczne są realizowane zgodnie z dostępnością lekarza neurologa (jeden raz w tygodniu). Dodała, że ocena neurologiczna nie leży wyłącznie w gestii specjalisty neurologa – badanie neurologiczne pacjenta jak najbardziej mieści się w kompetencjach i obowiązkach każdego lekarza.

Nie każdego pacjenta z rozpoznaniem udaru mózgu przekazywano do oddziału udarowego

5.3.3. Przewiezienie/przekazanie pacjenta do szpitala z oddziałem udarowym

Po postawieniu diagnozy, pacjentów z udarem mózgu, leczonych w oddziałach chorób wewnętrznych nie zawsze przekazywano do oddziałów udarowych. Do oddziałów udarowych przewieziono 309 pacjentów, w tym 70 (22,7%) wcześniej przyjętych na oddziały chorób wewnętrznych i tych zdiagnozowanych jeszcze w SOR lub izbie przyjęć i nieobjętych hospitalizacją¹³¹. W zależności od szpitala, liczba pacjentów wypisanych i przewiezionych do szpitali specjalistycznych była różna. Najwięcej pacjentów z rozpoznaniem udarem mózgu przewieziono z oddziału chorób wewnętrznych do oddziału udarowego ze szpitala w Sokółce (SP ZOZ) (77,8%) i SP ZOZ w Hajnówce (68,4%). Najmniej zaś – ze Szpitala Ogólnego w Grajewie (ani jednego pacjenta) i z SP ZOZ w Augustowie (jeden pacjent, 2,7%).

Przyczyny niepodjęcia prób przewiezienia pacjenta

W **Szpitalu Ogólnym w Grajewie** pacjenci zgłaszali się do szpitala zazwyczaj w kolejnych dobach od wystąpienia udaru i nie każdy kwalifikował się do leczenia przyczynowego lekiem trombolitycznym.

W **SP ZOZ w Augustowie** stano na stanowisku, że nie każdy pacjent z udarem mózgu musi być hospitalizowany w oddziale neurologicznym z uwagi na jego stan ogólny, choroby współistniejące i ewentualne rokowania co do dalszego przeżycia.

Dyrektorzy szpitali w składanych wyjaśnieniach sugerowali, że w oddziałach udarowych powinni być leczeni wyłącznie pacjenci po leczeniu trombolitycznym. Trudno zgodzić się z takimi wyjaśnieniami, ponieważ wymagania postawione oddziałom udarowym w rozporządzeniu w *sprawie świadczeń gwarantowanych* – nie dotyczą wyłącznie leczenia trombolitycznego. Konieczność zapewnienia opieki fizjoterapeutów, logopedy i psychologa ma pomóc każdemu pacjentowi po udarze mózgu w powrocie do sprawności. Istotą terapii neuropsychologicznej jest usprawnienie deficytów wpływających z uszkodzenia mózgu (sposzregania zmysłowego, pamięci, uwagi i różnych jej aspektów, myślenia i funkcji wykonawczych). Dzięki podjętej terapii możliwe jest uzyskanie poprawy zaburzeń bądź wypracowanie innych sposobów radzenia sobie z problemami, które pojawiły się po udarze mózgu. Nie ma powodów, dla których pacjent z udarem mózgu, zdiagnozowany w szpitalu niemającym w swojej strukturze oddziału udarowego, miałby być pozbawiony możliwości leczenia z udziałem fizjoterapeutów, logopedy i psychologa, których nie

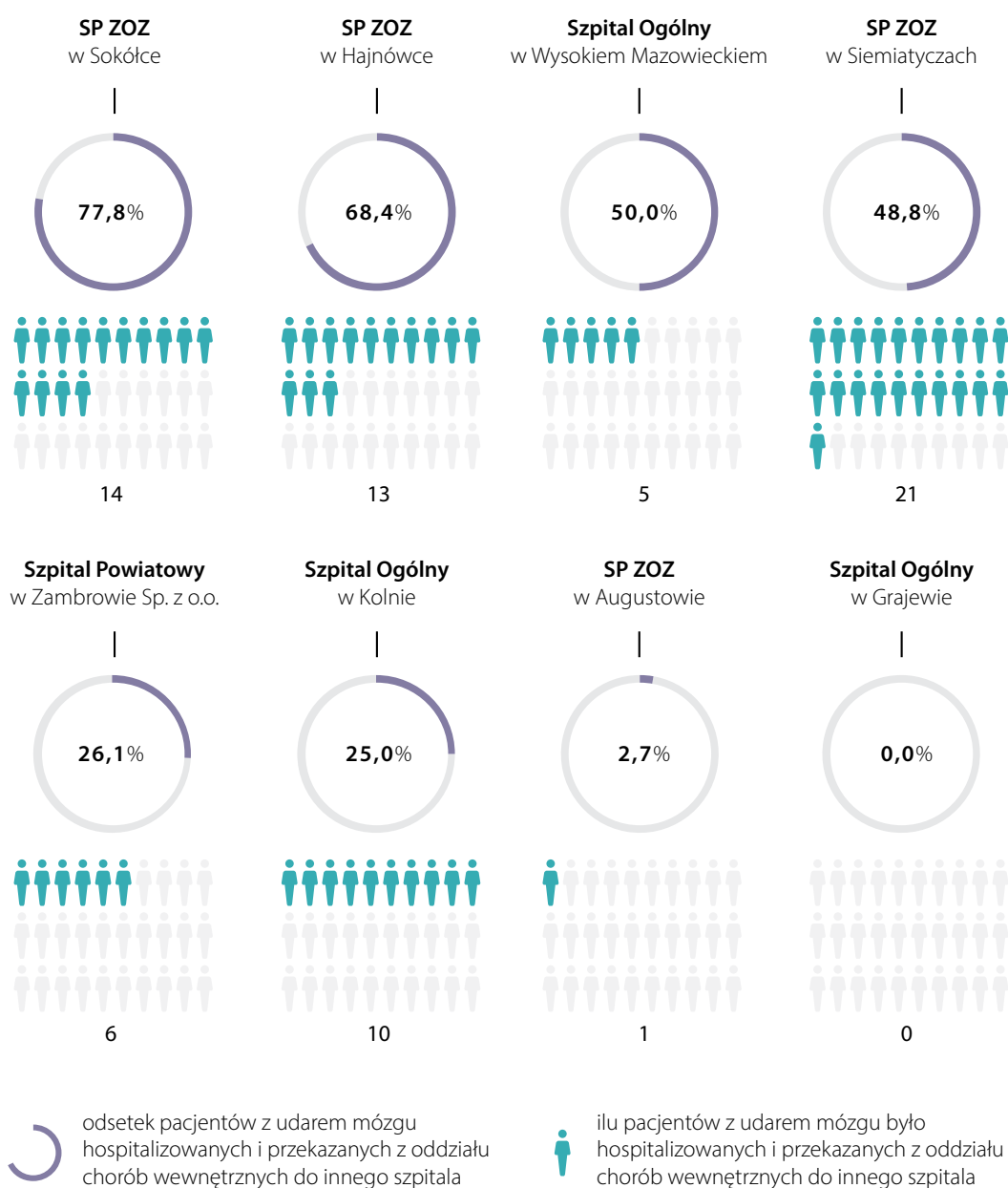
¹³¹ W tym 239 wprost z SOR lub izby przyjęć: 112 ze Szpitala Ogólnego w Wysokiem Mazowieckiem, 54 ze Szpitala Ogólnego w Grajewie, 53 z SP ZOZ w Sokółce, 15 ze Szpitala Ogólnego w Kolnie i pięciu z SP ZOZ w Augustowie.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

zapewniały skontrolowane oddziały chorób wewnętrznych. Pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej (art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta¹³²). Wytyczne PTN stanowią zaś o konieczności wdrożenia wczesnej rehabilitacji w oddziale udarowym, której komponentem są fizjoterapia, rehabilitacja mowy, terapia zajęciowa czy opieka psychologiczna realizowana przez odpowiednio przygotowany personel.

Infografika nr 16

Liczba i odsetek pacjentów z rozpoznaniem udarem mózgu przekazanych z oddziału chorób wewnętrznych do oddziału udarowego



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie wyników kontroli.

¹³² Dz. U. z 2020 r. poz. 849, ze zm.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Nie każda próba przekazania pacjenta z rozpoznaniem udaru mózgu do oddziału udarowego zakończona była powodzeniem.

Przykłady

Szpital Powiatowy w Zambrowie Sp. z o.o. poza sześcioma pacjentami, których udało się przekazać do podmiotów wyspecjalizowanych w leczeniu udarów mózgu, siedmiu jego pacjentom odmówiono leczenia. Jako przyczynę odmowy przyjęcia podawano np. brak kwalifikacji pacjenta do leczenia trombolitycznego.

W **SP ZOZ w Augustowie** siedmiokrotnie podjęto próbę przekazania pacjenta do oddziału udarowego, jednak sześciokrotnie kończyło się to niepowodzeniem. Jako przyczynę odmowy trzykrotnie podawano brak sprawnego aparatu TK w szpitalu, do którego pacjenta transportowano. Odmowę przyjęcia pacjenta uzasadniono także brakiem korelacji między stanem klinicznym a opisem TK głowy i brakiem miejsc udarowych oraz brakiem cech klinicznych udaru mózgu i brakiem bezwzględnych wskazań do hospitalizacji w oddziale neurologii. W jednym przypadku w dokumentacji medycznej nie odnotowano uzasadnienia odmowy przyjęcia pacjenta do oddziału udarowego (odmowa po konsultacji telefonicznej).

Dyrektor ds. medycznych **SP ZOZ w Hajnówce** – pomimo przekazania największej grupy pacjentów z udarem do oddziału udarowego – wyjaśnił w trakcie kontroli, że problemem pozostaje dostępność dla pacjentów udarowych placówek specjalistycznych oraz ich zainteresowanie przejmowaniem takich pacjentów ze szpitali powiatowych. Dyrektor **SP ZOZ w Siemiatyczach** – wyjaśniając postępowanie z jednym z pacjentów – odpowiedział, że ze względu na brak dyżuru przyjęcia pacjenta odmówiły kolejno szpitale w Choroszczu, Białej Podlaskiej i Wojewódzki Szpital Zespolony w Białymstoku, a lekarze z dyżurującego USK unikali kontaktu telefonicznego.

Długi czas transportu pacjenta

W zależności od szpitala, przekazanie pacjentów do placówek specjalistycznych odbywało się w różnym tempie. Niejednokrotnie też informacje zawarte w dokumentacji nie zawierały wszystkich danych, umożliwiających obliczenie czasu reakcji zespołu transportowego na zlecenie przewiezienia pacjenta.

Własnym transportem (co najmniej jedną karetką) dysponowały skontrolowane szpitale powiatowe: Szpital Ogólny w Grajewie, Szpital Ogólny w Kolnie, SP ZOZ w Siemiatyczach i SP ZOZ w Hajnówce, Szpital Ogólny w Wysokiem Mazowieckiem i Szpital Powiatowy w Zambrowie Sp. z o.o. Poza szpitalem w Zambrowie, pozostałe podmioty lecznicze miały też zawarte umowy z podmiotami zewnętrznymi na świadczenie tej usługi. W zależności od szpitala, ustalona w umowie szybkość podstawienia załogi transportowej była różna i wynosiła od 30 minut w Szpitalu Ogólnym w Grajewie do czterech godzin w przypadku SP ZOZ w Siemiatyczach i Szpitala Ogólnego w Kolnie. W niektórych umowach ustalono również maksymalny czas podstawienia załogi, wynoszący sześć godzin w SP ZOZ w Hajnówce i do 24 godzin w Szpitalu Ogólnym w Kolnie. Z kolei SP ZOZ w Augustowie nie określił w umowach z podmiotami zewnętrznymi czasu na podstawienie załogi transportowej, a przy próbie aneksowania jednej z nich – wprowadzającej czas podstawienia załogi wynoszący jedną godzinę – transportujący odmówił podpisania aneksu bez jednoczesnej zmiany wysokości odpłatności.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Jednocześnie od 1 kwietnia 2020 r., na mocy umów zawartych z POW NFZ, świadczenie transportu medycznego wybranych pacjentów, realizowały podmioty wybrane w postępowaniu konkursowym. Szpitale rzadko korzystały z tego rodzaju transportu, z uwagi na brak lekarza w zespole i przed wszystkim – długi czas oczekiwania na transport. Sprawniej im było skorzystać z własnych pojazdów.

Realny czas podstawienia załogi transportowej¹³³ w przypadku niektórych pacjentów wynosił od 10 do 30 minut od zlecenia takiego transportu¹³⁴, ale były też przypadki kilkugodzinnego oczekiwania¹³⁵. Wpływ na to miała dostępność własnych pojazdów, które mogły wykonywać inny transport oraz w przypadku podmiotów zewnętrznych – miejsce ich stacjonowania (baza). Najczęściej było ono zlokalizowane w Białymstoku i byłych miastach wojewódzkich (gdzie usługi świadczy Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego). Po otrzymaniu zlecenia transportu pojazd musi pokonać trasę do miejsca docelowego z miejsca stacjonowania i dopiero wówczas rozpocząć transport pacjenta. W konsekwencji z powodu miejsca stacjonowania pojazdów firm zewnętrznych, w umowach z tymi podmiotami nie było możliwe ustalenie krótszego czasu podstawienia załogi transportowej.

Przykłady

W przypadku **SP ZOZ w Sokółce** dyrektor wyjaśnił w trakcie kontroli, że umowy na transport pacjentów były zawierane po przeprowadzeniu postępowania przetargowego. Jednym z kryteriów oceny oferty był czas dojazdu deklarowany przez oferenta. Z powodu wpłynięcia tylko jednej oferty na transport karetką z lekarzem, nie było możliwości prawnych negocjowania umowy.

Zastępca dyrektora ds. medycznych **SP ZOZ w Hajnówce** wyjaśnił, że umowy na transport sanitarny przewidywały takie terminy ich realizacji, ponieważ wynikały z rozwiązań wynegocjowanych z podmiotami świadczącymi te usługi i nie było możliwości wynegocjowania lepszych, ze względu na lokalizację pojazdów podmiotów zewnętrznych w Białymstoku.

SP Psychiatryczny ZOZ w Choroszczu, w procesie przekazywania pacjentów z udarem mózgu ze szpitali z oddziałami chorób wewnętrznych, traktowany był na równi ze szpitalami dysponującymi oddziałem udarowym, o ile pacjent znajdował się poza oknem terapeutycznym do leczenia trombolitycznego. Szpital stał na stanowisku, że sposób opieki nad pacjentami z udarem mózgu w tym szpitalu nie różnił się od opieki zapewnionej w oddziałach udarowych. Z analizowanej próby 53 pacjentów tego szpitala, 32 (60,4%) zostało przewiezionych z innych podmiotów leczniczych, w tym 22 (41,5%) ze szpitali z oddziałami udarowymi. Najwięcej takich pacjentów ze zbadanej próby przekazał Uniwersytecki Szpital Kliniczny

Oddział Neurologiczny
SP Psychiatrycznego
ZOZ w Choroszczu
traktowany na równi
z oddziałem udarowym

¹³³ Nie w każdym szpitalu i nie w przypadku każdego pacjenta odnotowywano godzinę wezwania transportu i godzinę jego podstawienia, argumentując to brakiem podstaw prawnych do dysponowania takimi danymi.

¹³⁴ Ustalono podczas analizy dokumentów transportowych: 10 min. w Szpitalu Ogólnym w Kolnie i SP ZOZ w Siemiatyczach, 20 min. w Szpitalu Ogólnym w Wysokiem Mazowieckiem, 26 min. w SP ZOZ w Sokółce i 30 min. w Szpitalu Powiatowym w Zambrowie Sp. z o.o.

¹³⁵ Przypadki oczekiwania 7 godz. w Szpitalu Ogólnym w Grajewie i 10 godz. w Szpitalu Ogólnym w Kolnie.

w Białymstoku (18), z powodu braku wolnych łóżek w Klinice Neurologii, a byli to pacjenci, którzy nie kwalifikowali się do leczenia trombolitycznego.

5.3.4. Rehabilitacja pacjentów po udarze mózgu

Wczesna rehabilitacja
neurologiczna
i skierowanie
na oddział rehabilitacji
neurologicznej

Według rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych¹³⁶, pacjenci po udarze mózgu powinni mieć realizowaną wczesną rehabilitację neurologiczną już w oddziale udarowym. Stąd obowiązek zapewnienia łóżek dla chorych w fazie „podostrej” i zatrudniania równoważnika jednego etatu fizjoterapeuty na cztery takie łóżka. Po zakończeniu pobytu w oddziale udarowym, pacjentom powinna być zapewniona ciągłość leczenia w oddziale rehabilitacji neurologicznej lub ośrodku dziennym – przy braku przeciwwskazań do takiego leczenia.

Spośród analizowanej dokumentacji 200 pacjentów szpitali z oddziałami udarowymi, wczesną rehabilitację neurologiczną na tych oddziałach prowadzono u 191 chorych (95,5%). W pozostałych przypadkach w dokumentacji medycznej znajdowały się zapisy o samodzielności pacjenta i braku takich wskazań. Po zakończonym leczeniu, skierowanie na rehabilitację w oddziale rehabilitacji neurologicznej otrzymało 101 ze 177 pacjentów (57,1%), 21 pacjentów przekazano do leczenia w innym szpitalu (10,5%), w związku z innym schorzeniem lub do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych. Pozostali pacjenci (55, tj. 27,5%) – według zapisów w dokumentacji medycznej – nie otrzymali dalszej rehabilitacji. Zmarło 23 pacjentów (11,5%).

W SP Psychiatrycznym ZOZ w Choroszczycy w oddziale neurologicznym na podstawie badanej dokumentacji medycznej 53 pacjentów stwierdzono, że u 36 z nich przeprowadzano wczesną rehabilitację neurologiczną (67,9%), 16 pacjentów skierowano na rehabilitację neurologiczną po zakończonym leczeniu (39%), a 14 odbyło ją w skontrolowanym szpitalu (87,5%). Zmarło 12 pacjentów (22,6%).

U pacjentów z udarem mózgu leczonych w oddziałach chorób wewnętrznych, wczesną rehabilitację neurologiczną przy łóżku pacjenta prowadzono w przypadku 37 pacjentów (15,4%). Kolejnych 14 pacjentów było na tyle samodzielnych, że według zapisów w dokumentacji medycznej nie wymagali oni takiego usprawniania (5,8%). U większości pacjentów z udarem mózgu (189 osób – tj. 78,8%) leczonych w oddziałach chorób wewnętrznych nie prowadzono rehabilitacji w trakcie pobytu w oddziale. Prawie wszystkie skontrolowane szpitale nie dysponowały oddziałami rehabilitacji neurologicznej. Wyjątkiem był SP ZOZ w Hajnówce, w którym u każdego z pacjentów z udarem mózgu, jeśli był niesamodzielny, prowadzono wczesną rehabilitację neurologiczną. W szpitalach z oddziałami chorób wewnętrznych, gdzie leczeni byli pacjenci z udarem mózgu, zbadało dokumentację medyczną 240 pacjentów. W przypadku 211 pacjentów wypisanych ze szpitala tylko 14 osób (6,6%) skierowano na rehabilitację neurologiczną. Zmarło 29 pacjentów (12,1%).

¹³⁶ Załącznik nr 4 Lp. 2.

Pacjenci, u których po udarze mózgu wystąpiła spastyczność (nadmierne napięcie) mięśni kończyny górnej mieli możliwość leczenia za pomocą toksyny botulinowej typu A. Do takiego leczenia w roku 2018 zakwalifikowano 11 pacjentów, a w latach 2019 i 2020 (do 30 września) – po 13 pacjentów. Podobnie do takiego leczenia byli kwalifikowani pacjenci ze spastycznością kończyny dolnej. W roku 2018 i 2019 – leczeniem takim objęto po czterech pacjentów, a w roku 2020 (do 30 września) leczono dwóch takich pacjentów. Programy takiego leczenia (programy lekowe) prowadził Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku. Koszty tych programów wyniosły 105 325 zł¹³⁷.

Leczenie spastyczności
kończyn górnych
i dolnych elementem
rehabilitacji

5.4. Reakcja Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego na wezwanie do pacjenta z podejrzeniem udaru mózgu

Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego szybko reagowała na wezwania do pacjentów z podejrzeniem udaru mózgu. W przypadku blisko 40% wyjazdów nie został jednak zachowany czas obsługi zgłoszeń przez dyspozytorów lub czas wyjazdu zespołu na akcję ratowniczą. Zgodnie z wytycznymi Ministra Zdrowia, pacjentów transportowano przeważnie do oddziałów udarowych i tylko 3% chorych z grupy objętych analizą trafiło do innych oddziałów. Problemem było jednak rozpoznawanie udaru mózgu przez załogę karetki, co wpływało na wybór szpitala i oddziału, na który pacjent był transportowany.

5.4.1. Znajomość wytycznych postępowania

Minister Zdrowia opracował dwa dokumenty wspomagające pracę dyspozytorów medycznych i ZRM w trakcie obsługi zgłoszeń i niesienia pomocy pacjentom z podejrzeniem udaru mózgu. Były to:

- *Wytyczne do obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach kierowanych do dyspozytorni medycznej w SWD PRM z 17 czerwca 2017 r. (zwane dalej: Wytycznymi do obsługi zgłoszeń);*
- *Dobre praktyki postępowania dyspozytorów medycznych i zespołów ratownictwa medycznego z pacjentem z podejrzeniem udaru mózgu z 6 lutego 2018 r. (zwane dalej: Dobrymi praktykami).*

Wytyczne do obsługi zgłoszeń obejmowały ogólne zasady postępowania dyspozytora medycznego i zasady postępowania w szczególnych przypadkach¹³⁸. Opisywały m.in. sposób prowadzenia rozmowy i rejestrowania uzyskanych informacji w systemie informatycznym.

¹³⁷ 10 708 zł realizacji programu i 94 617 zł kosztu użytych leków.

¹³⁸ Zasady postępowania dyspozytora medycznego w przypadku odebrania w SWD PRM zdarzenia kierowanego z Centrum Powiadamiania Ratunkowego lub od dyspozytora policji i/lub straży pożarnej, zasady postępowania dyspozytora medycznego w przypadku odebrania zgłoszenia z obszaru działania innej dyspozytorni medycznej i zasady postępowania dyspozytora medycznego w przypadku konieczności użycia ZRM z obszaru działania innej dyspozytorni medycznej.

Dobre praktyki

Z kolei *Dobre praktyki* szczegółowo opisywały zadania dyspozytora i ZRM. Zgodnie z nimi, dyspozytor medyczny przeprowadza najpierw wywiad i ustala czas wystąpienia objawów wskazujących na podejrzenie udaru mózgu. Powinien wpisać taką informację do SWD PRM. Jeśli od pojawienia się pierwszych objawów wskazujących na podejrzenie udaru mózgu minęło mniej niż 4,5 godziny, dyspozytor powinien nadać najwyższy kod pilności zgłoszenia – nr 1¹³⁹. Do pacjenta powinien zostać zadysponowany ZRM, który najszybciej dotrze na miejsce zdarzenia. Po zbadaniu pacjenta i podjęciu decyzji o transporcie do oddziału udarowego, według wytycznych, ZRM niezwłocznie powiadamia dyspozytora medycznego. Jednocześnie informuje dyspozytora o: czasie wystąpienia objawów wskazujących na podejrzenie udaru mózgu, wieku pacjenta, występujących objawach i szacowanym czasie dotarcia do oddziału udarowego. Dysponent medyczny powinien niezwłocznie powiadomić oddział udarowy o transportowaniu pacjenta z podejrzeniem udaru przez ZRM i podać niezbędne informacje: czas wystąpienia objawów wskazujących na podejrzenie udaru mózgu, wiek pacjenta, objawy występujące u pacjenta, szacowany czas dotarcia do oddziału udarowego, kryptonim zespołu ratownictwa medycznego transportującego pacjenta. Dla skrócenia czasu transportu takiego pacjenta do specjalistycznego oddziału, dyspozytor powinien rozważyć wezwanie lotniczego zespołu ratownictwa medycznego, a o wyborze właściwego oddziału udarowego powinien decydować najkrótszy czas dotarcia.

Pracownicy WSPR w Łomży zapoznali się z tymi dokumentami oraz przeszli stosowne przeszkolenia. Dodatkowe szkolenie w tym zakresie zorganizował Podlaski Urząd Wojewódzki w kwietniu i maju 2018 r. Wzięło w nim udział 140 pracowników WSPR w Łomży. Zagadnienia podejmowane podczas tych szkoleń obejmowały postępowanie z pacjentem z podejrzeniem udaru mózgu.

Według zastępcy dyrektora WSPR w Łomży, występują problemy we właściwym zdiagnozowaniu udaru mózgu u pacjenta przez ZRM. Ponieważ ratownicy medyczni nie mają specjalistycznej wiedzy w dziedzinie neurologii czy medycyny ratunkowej, występują trudności z zebraniem dokładnego wywiadu, zwłaszcza w przypadku utrudnionej komunikacji z pacjentem. Czasami nie ma świadków zdarzenia lub rodzina pacjenta wprowadza ratowników w błąd. W związku z problemem niedostatecznej wiedzy ratowników medycznych na temat objawów udaru mózgu, szkolenia w tym zakresie powinny odbywać się cyklicznie.

W latach 2018–2020 (do 30 września) zespoły ratownictwa WSPR w Łomży wzywane były do 889 pacjentów z podejrzeniem udaru mózgu. Według danych Wojewody Podlaskiego w całym województwie było to 5512 wezwań.

¹³⁹ KOD 1 – niezbędny natychmiastowy wyjazd zespołu ratownictwa medycznego o najkrótszym przewidywanym czasie dotarcia na miejsce zdarzenia w związku ze stanem nagłego zagrożenia zdrowotnego wymagającym natychmiastowego podjęcia medycznych czynności ratunkowych.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Infografika nr 17

Udział wezwań poszczególnych WSPR w wyjazdach do pacjentów z podejrzeniem udaru mózgu



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych Podlaskiego Urzędu Wojewódzkiego w Białymstoku.

Do kolejnych 811 wezwań zadysponowany był zespół Lotniczego Pogotowia Ratunkowego. W województwie stacjonowały dwa takie zespoły: w Białymstoku i Suwałkach, które wzywano do odpowiednio 506 i 305 zdarzeń. Pacjenci z udarem mózgu przekazywani byli najczęściej do szpitali z oddziałami udarowymi w Białymstoku (62%) i Suwałkach (16%). Miejsce transportu pacjenta wskazywał dyspozytor ZRM.

5.4.2. Szybkość reakcji na zgłoszenie

W przypadku WSRP w Łomży w 401 (45,1%) przypadkach wezwań nadano kod pilności 1, w 309 (34,8%) kod pilności 2¹⁴⁰. W pozostałych przypadkach, w WSRP w Łomży (179, tj. 20,1%) nie wskazano/ustalono kodu pilności w SWD PRM¹⁴¹. Zgodnie z *Dobrymi praktykami*, kod pilności 1 powinien być nadawany zawsze, gdy od pojawienia się pierwszych objawów wskazujących na podejrzenie udaru mózgu upłynęło mniej niż 4,5 godziny. W przypadku wezwań z ustalonym kodem 2 wyjaśniano, że w tych przypadkach z treści wezwania wynikała nadinterpretacja objawów ze strony wzywającego, przekroczenie czasu okna terapeutycznego oraz istniejące przeciwwskazania do takiego leczenia. ZRM mógł być również wysyłany do zdarzeń, które nie sugerowały udaru mózgu, jak zawroty głowy, omdlenie, zasłabnięcie, a rozpoznanie podejrzenia udaru następowało dopiero po przybyciu załogi na miejsce zdarzenia. Z kolei według danych z Podlaskiego Urzędu Wojewódzkiego w Białymstoku, w przypadku WSPR w Białymstoku, kod 1 nadano w 53% zgłoszeń (47% kod 2), w WSPR w Suwałkach kod 1 nadano w 55,6% zgłoszeń (a kod 2 w 44,4% przypadków).

Większość przypadków podejrzenia udaru mózgu z kodem pilności nr 1 (KOD-1)

Od 6 września 2019 r. wraz z wejściem w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 sierpnia 2019 r. w sprawie ramowych procedur obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach przez dyspozytora

¹⁴⁰ KOD 2 – niezbędny wyjazd zespołu ratownictwa medycznego do stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego wymagającego podjęcia medycznych czynności ratunkowych.

¹⁴¹ Jako przyczynę podano błąd podczas importu danych z SWD PRM do systemu informatycznego raportującego dane do POW NFZ

medycznego¹⁴², ustalony został maksymalny czas zadysponowania ZRM przez dyspozytora oraz maksymalny czas wyjazdu ZRM po otrzymaniu dyspozycji wyjazdu. Czasy te zależały od kodu pilności zgłoszenia i wynosiły:

- w przypadku kodu 1: 30 sekund – czas zadysponowania ZRM od przyjęcia zgłoszenia i 60 sekund – czas wyjazdu ZRM od zadysponowania,
- w przypadku kodu 2: odpowiednio 90 i 180 sekund.

W WSPR w Łomży, w 89 z 227 (39,2%) objętych kontrolą wyjazdów do pacjentów z podejrzeniem udaru mózgu¹⁴³ dyspozytorzy nie przestrzegali czasu obsługi zgłoszeń (56 przypadków: 50 z kodem pilności 1 i sześć z kodem pilności 2), a ZRM czasu wyjazdu (33 przypadki: 32 z kodem pilności 1 i jeden z kodem pilności 2). Opóźnienia uzasadniano m.in. kwestiami technicznymi, związanymi z potrzebą zatwierdzenia przyciskiem wykonania tych czynności, co mogło być wykonywane z opóźnieniem, mimo terminowego zadysponowania lub wyjazdu ZRM. Zwracano również uwagę na brak połączenia z systemem powiadamiania, odległości od miejsca przebywania członków zespołu w momencie wezwania do ambulansu oraz przyjęcia wezwania w trakcie mycia ambulansu, jego dezynfekcji lub tankowania.

**Mediana
akcji ratunkowej:
59 minut i 44 sekundy**

W całym okresie objętym kontrolą mediana czasu trwania akcji ratunkowej dla wszystkich jednostek WSPR, od wezwania ZRM (wykonania połączenia z numerem alarmowym) do przekazania pacjenta w SOR wyniosła 59 minut i 44 sekundy. Większość pacjentów (81,3%) trafiało do szpitali przed upływem 90 minut od wykonania połączenia na numer alarmowy. Nie jest jednak przyjęte obliczanie czasu trwania całej akcji ratunkowej. W art. 24 ust. 1 PRM ustalone zostały parametry, jednak dotyczące tylko dotarcia ZRM na miejsce zdarzenia.

5.4.3. Parametry dojazdu wynikające z ustawy o PRM

**Zachowanie parametrów
dojazdu do miejsca
zdarzenia**

Analiza parametrów czasu dotarcia ZRM z WSPR w Łomży do pacjentów z podejrzeniem udaru mózgu, zapisanych w art. 24 ustawy o PRM, w okresie objętym kontrolą wykazała, że:

- w miastach powyżej 10 tys. mieszkańców, w trzech miesiącach objętych kontrolą (z 30¹⁴⁴)¹⁴⁵, mediana czasu dotarcia do pacjenta udarowego w skali miesiąca była większa niż – określone w art. 24 ust. 1 pkt 1 ustawy o PRM – osiem minut, a poza miastem poniżej 10 tys. mieszkańców, w 11 miesiącach objętych kontrolą (z 33)¹⁴⁶, była większa niż ustalone 15 minut;

¹⁴² Dz. U. poz. 1703, ze zm.

¹⁴³ Zgłoszenia po 6 września 2019 r., dla których znany był znany kod pilności.

¹⁴⁴ WSPR nie miało danych dotyczących czasu dotarcia do pacjentów udarowych w miastach powyżej 10 tys. mieszkańców w październiku 2018 r. oraz czerwcu i lipcu 2020 r.

¹⁴⁵ Mediana czasu dotarcia do pacjenta udarowego w skali miesiąca w miastach powyżej 10 tys. mieszkańców przekraczała osiem minut w styczniu 2018 r. i sierpniu 2020 r. (dziewięć minut) oraz we wrześniu 2018 r. (16 minut i 15 sekund).

¹⁴⁶ Mediana czasu dotarcia do pacjenta udarowego poza miastami poniżej 10 tys. mieszkańców w skali miesiąca przekraczała 15 minut w marcu (17 minut), kwietniu (16 minut), maju (17 minut), czerwcu (16 minut), październiku (16 minut i 2 sekundy) oraz grudniu 2018 r. (16 minut), styczniu (19 minut), maju (17 minut), czerwcu (16 minut), październiku 2019 r. (17 minut i 2 sekundy) oraz maju 2020 r. (17 minut i 19 sekund).

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

- w miastach powyżej 10 tys. mieszkańców, w dwóch miesiącach objętych kontrolą (z 30)¹⁴⁷, trzeci kwartył czasu dotarcia do pacjenta udarowego w skali miesiąca był większy niż – przewidziane w art. 24 ust. 1 pkt 2 ustawy o PRM – 12 minut, a poza miastem poniżej 10 tys. mieszkańców, w 11 miesiącach objętych kontrolą (z 33)¹⁴⁸, był większy niż wyznaczone 20 minut;
- w miastach powyżej 10 tys. mieszkańców maksymalny czas dotarcia do pacjenta udarowego w skali miesiąca w okresie objętym kontrolą nie był dłuższy niż – ustalone art. 24 ust. 1 pkt 3 ustawy o PRM – 15 minut, a poza miastem poniżej 10 tys. mieszkańców w 13¹⁴⁹ miesiącach (z 33) objętych kontrolą był dłuższy niż 20 minut.

Zgodnie z brzmieniem art. 24 ust. 1 ustawy o PRM, to **wojewoda podejmuje działania organizacyjne zmierzające do osiągnięcia wymiennych parametrów czasu dotarcia na miejsce zdarzenia**. Czas dotarcia na miejsce wezwania zależał od wielu okoliczności: odległości od miejsca otrzymania wezwania przez ZRM do miejsca zdarzenia, średniej prędkości przejazdu, warunków jazdy oraz czynników ludzkich, pomyłek w adresie (wzywający), błędnie wprowadzonych danych (dyspozytor), błędnie wprowadzonych danych miejsca wezwania (operator numeru alarmowego), brak widocznej numeracji posesji, pomyłki w obsłudze statusów (kierownicy ZRM).

WSPR w Łomży dysponował 13 ambulansami zlokalizowanymi w Łomży i czterech filiach (Grajewie, Kolnie, Zambrowie i Wysokiem Mazowieckiem) oraz trzech podstacjach (Nowogrodzie, Stawiskach i Ciechanowcu). Struktura lokalizacji miejsc stacjonowania ambulansów WSPR zależała od Wojewody Podlaskiego, który ustalał Plan Działania Systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego w województwie. Rozmieszczenie stacji PRM było związane z małym zaludnieniem terenu województwa podlaskiego w porównaniu na przykład z województwem mazowieckim lub śląskim. Odległość od miejsca wezwania na krańcach województwa do miejsc stacjonowania dochodziła do 40 kilometrów. W przypadku gdy najbliższe miejscu wezwania zespoły ZRM były zajęte obsługą wezwań, dyspozytor wysyłał ZRM z lokalizacji dalszych, co wydłużało czas dotarcia na miejsce zdarzenia.

¹⁴⁷ Trzeci kwartył czasu dotarcia do pacjenta udarowego w skali miesiąca w miastach powyżej 10 tys. mieszkańców przekraczał 15 minut w styczniu (16 minut i 30 sekund) i wrześniu 2018 r. (16 minut i 15 sekund).

¹⁴⁸ Trzeci kwartył czasu dotarcia do pacjenta udarowego w skali miesiąca poza miastami poniżej 10 tys. mieszkańców przekraczał 20 minut w kwietniu (25 minut), maju (20 minut i 30 sekund), sierpniu (23 minuty i 30 sekund), grudniu 2018 r. (21 minut i 30 sekund), styczniu (21 minut), marcu (22 minuty i 45 sekund), sierpniu (21 minut), październiku (22 minuty), listopadzie 2019 r. (21 minut i 30 sekund) oraz w marcu (20 minut i 30 sekund) i w maju 2020 r. (21 minut i dwie sekundy).

¹⁴⁹ Maksymalny czas dotarcia do pacjenta udarowego w skali miesiąca poza miastami poniżej 10 tys. mieszkańców przekraczał wymagane 20 minut w kwietniu (21 minut), maju (27 minut), czerwcu (21 minut), sierpniu (23 minuty), wrześniu (27 minut), październiku (33 minuty), listopadzie 2018 r. (21 minut), wrześniu 2019 r. (25 minut) oraz w styczniu (24 minuty), maju (31 minut), czerwcu (26 minut), lipcu (31 minut) i sierpniu 2020 r. (29 minut).

Nieliczne odstępstwa od *Dobrych praktyk* w postępowaniu z pacjentem z udarem mózgu

5.4.4. Transport pacjenta do szpitala z oddziałem udarowym

Z objętych badaniem NIK 100 wyjazdów do pacjentów z podejrzeniem udaru mózgu, zgodnie z *Dobrymi praktykami*, 83 pacjentów zostało przetransportowanych do oddziałów udarowych, a 10 przekazano zespołowi Lotniczego Pogotowia Ratunkowego w celu szybszego transportu do oddziału udarowego. Trzech kolejnych pacjentów odmówiło przewiezienia do szpitala, a jeden trafił do Szpitala Ogólnego w Grajewie, gdyż po konsultacji z lekarzem neurologiem Wojskowego Szpitala Klinicznego w Ełku wykluczono udar. Trzech pacjentów – niezgodnie z *Dobrymi praktykami* – zostało zaś przetransportowanych do SP Psychiatrycznego ZOZ w Choroszczy, w którym nie funkcjonował oddział udarowy. Przyczyną przekazania pacjentów do tego szpitala były ustalenia dyspozytorów ZRM, którzy – niezgodnie z stanem faktycznym (oddział udarowy w SP Psychiatrycznym ZOZ w Choroszczy zamknięto 14 grudnia 2015 r.) – wskazali załóżdże karetek oddział udarowy pełniący aktualnie tzw. ostry dyżur. Przypadki te miały miejsce w 2018 r. i nie powtórzyły się w kolejnych latach.

6. ZAŁĄCZNIKI

6.1. Metodyka kontroli i informacje dodatkowe

Czy w województwie podlaskim funkcjonuje spójny i skuteczny system leczenia pacjentów z udarem mózgu?

Cel główny kontroli

1. Czy przygotowano szpitale do udzielania świadczeń dotyczących leczenia udarów mózgu?
2. Czy pacjentom z podejrzeniem udaru mózgu udzielono niezwłocznej pomocy?
3. Czy pacjentowi zapewniono ciągłość leczenia w postaci rehabilitacji neurologicznej?
4. Czy Podlaski Oddział Wojewódzki NFZ zapewnił właściwy dostęp do leczenia udarów mózgu?

Cele szczegółowe

Kontrolą objęto Podlaski Oddział Wojewódzki NFZ, 13 podmiotów leczniczych z województwa podlaskiego, w tym cztery dysponujące oddziałami/pododdziałami udarowymi, jeden z oddziałem neurologicznym (bez oddziału/pododdziału udarowego) i osiem, w których hospitalizacja pacjentów z podejrzeniem udaru mózgu miała miejsce w oddziale chorób wewnętrznych oraz Wojewódzką Stacją Pogotowia Ratunkowego w Łomży.

Zakres podmiotowy

Kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 2 ust. 1, ust. 2 lub ust. 3 w związku z art. 5 ust. 1, ust. 2 lub ust. 3 ustawy o NIK, z uwzględnieniem kryteriów: legalności, rzetelności, celowości i gospodarności, w zależności od statusu prawnego podmiotu wybranego do kontroli (organem założycielskim jest państwowa jednostka organizacyjna, jednostka samorządu terytorialnego lub podmiot działa w ramach spółki z o.o.).

Kryteria kontroli

Od 1 stycznia 2018 r. do 30 września 2020 r., z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed i po tym okresie. Kontrola została przeprowadzona z inicjatywy własnej NIK od 1 października 2020 r. do 11 marca 2021 r., gdy w Polsce obowiązywał stan epidemii w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2¹⁵⁰.

Okres objęty kontrolą

Wyniki kontroli przedstawiono w 15 wystąpieniach pokontrolnych, w których sformułowano 30 wniosków. Według stanu na 11 czerwca 2021 r. wszystkie wnioski zostały zrealizowane. Zastrzeżeń do wystąpień pokontrolnych nie sformułowano.

Wnioski pokontrolne

W trakcie niniejszej kontroli, w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK, uzyskano informacje od Wojewody Podlaskiego dotyczące działań związanych z realizacją *Priorytetów* i parametrów działania ZRM, Marszałka Województwa Podlaskiego dotyczące działań związanych z realizacją *Priorytetów*, Prezesa Okręgowej Izby Lekarskiej w Białymstoku o liczbie i wieku lekarzy neurologów w województwie, Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia i dyrektorów Mazowieckiego, Lubelskiego i Warmińsko-Mazurskiego Oddziałów Wojewódzkich NFZ o śmiertelności, skali korzystania z nowoczesnych metod leczenia udarów i rehabilitacji oraz o pacjentach z województwa podlaskiego tam leczonych, Lotniczego Pogotowia Ratun-

Działania na podstawie art. 29 ustawy o NIK

¹⁵⁰ Wprowadzony na mocy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii (Dz. U. poz. 491).

ZAŁĄCZNIKI

kowego o skali działalności oraz ze szpitali dysponujących oddziałami udarowymi z innych województw o stosowane procedury.

Wykaz jednostek kontrolowanych

Kontrolę we wszystkich jednostkach przeprowadziła Delegatura NIK w Białymstoku.

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Imię i nazwisko kierownika jednostki kontrolowanej
1.	Podlaski Oddział Wojewódzki NFZ	Maciej Bogdan Olesiński
2.	Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku	dr hab. n. med. Jan Kochanowicz
3.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego w Białymstoku	Cezary Ireneusz Nowosielski
4.	Szpital Wojewódzki im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży	Jarosław Pokoleńczuk
5.	Szpital Wojewódzki im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach	Adam Szałanda
6.	Samodzielny Publiczny Psychiatryczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. dr. Stanisława Deresza w Choroszczynie	Ewa Zgiet
7.	Szpital Ogólny w Grajewie	Sebastian Wysocki
8.	Szpital Ogólny w Kolnie	Krystyna Marianna Dobrołowicz
9.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Siemiatyczach	Andrzej Szewczuk
10.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Augustowie	Danuta Zawadzka
11.	Szpital Powiatowy w Zambrowie Sp. z o.o.	Bogusław Dębski
12.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Hajnówce	Grzegorz Tomaszuk
13.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sokółce	Jerzy Kułakowski
14.	Szpital Ogólny w Wysokiem Mazowieckim	Mariola Kucharewicz
15.	Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Łomży	Sławomir Szajda

Wykaz ocen kontrolowanych jednostek

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena kontrolowanej działalności*)	Stany mające wpływ na wydaną ocenę	
			prawidłowe	nieprawidłowe
1.	Podlaski Oddział Wojewódzki NFZ	w formie opisowej	Objęcie kontraktem każdego istniejącego oddziału udarowego lub neurologicznego. Dostępność do rehabilitacji neurologicznej zapewniona na poziomie adekwatnym do liczby pacjentów z udarem mózgu kierowanych na tę formę usprawnienia.	Nieskuteczne działania w celu zwiększenia dostępności do leczenia pacjentów w wyspecjalizowanych oddziałach udarowych, podejmowane również wspólnie z innymi podmiotami.
2.	Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku	pozytywna	Odpowiednio zorganizowany oddział neurologiczny z pododdziałem udarowym, z wymaganą liczbą lekarzy i pielęgniarek. Dysponowanie odpowiednim zapasem leków trombolitycznych.	Nieaktualizowanie w rejestrze POW NFZ przesunięć sprzętu i aparatury medycznej między klinikami. Błędne oznaczenie kodu trybu przyjęcia pacjentów.
3.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego w Białymstoku	w formie opisowej	Odpowiednio zorganizowany oddział neurologiczny z pododdziałem udarowym, z wymaganą liczbą lekarzy i pielęgniarek.	Przekroczony czas pracy lekarzy zatrudnionych na umowę o pracę. Prowadzenie ewidencji leków w sposób uniemożliwiający ustalenie ich ilości.
4.	Szpital Wojewódzki im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży	w formie opisowej	Odpowiednio zorganizowany oddział neurologiczny z pododdziałem udarowym, z wymaganą liczbą lekarzy i pielęgniarek.	Nieaktualizowanie w rejestrze POW NFZ przesunięć sprzętu i aparatury medycznej między oddziałami. Błędne oznaczenie kodu trybu przyjęcia pacjentów.
5.	Szpital Wojewódzki im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach	w formie opisowej	Odpowiednio zorganizowany oddział neurologiczny z pododdziałem udarowym, z wymaganą liczbą lekarzy i pielęgniarek.	Świadczenie pracy przez lekarzy zatrudnionych na kontrakcie dłużej niż 24 h bez przerwy. Błędne oznaczenie kodu trybu przyjęcia pacjentów. Kilkudniowe braki leków trombolitycznych, uniemożliwiające podjęcie leczenia.
6.	Samodzielny Publiczny Psychiatryczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. dr. Stanisława Deressa w Choroszczy	w formie opisowej	Odpowiednio zorganizowany oddział neurologiczny (bez pododdziału udarowego) z wymaganą liczbą lekarzy. Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną na tym oddziale spełniało w części także wymogi przypisane oddziałom udarowym.	Nieaktualizowanie w rejestrze POW NFZ przesunięć sprzętu i aparatury medycznej między oddziałami lub likwidacji tego sprzętu.
7.	Szpital Ogólny w Grajewie	w formie opisowej	Oddział chorób wewnętrznych zorganizowany według wymagań ustalonych dla tego typu oddziału, z wymaganą liczbą lekarzy i pielęgniarek.	Świadczenie pracy przez lekarzy zatrudnionych na kontrakcie przez dłużej niż 24 h bez przerwy. Odstąpienie od prób przewiezienia wszystkich pacjentów z oddziału chorób wewnętrznych do szpitala z oddziałem udarowym. Błędne oznaczenie kodu trybu przyjęcia pacjentów. Nieaktualizowanie w rejestrze POW NFZ danych dotyczących zlikwidowanego sprzętu i aparatury medycznej.

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena kontrolowanej działalności*)	Stany mające wpływ na wydaną ocenę	
			prawidłowe	nieprawidłowe
8.	Szpital Ogólny w Kolnie	w formie opisowej	Oddział chorób wewnętrznych zorganizowany według wymagań ustalonych dla tego typu oddziału, z wymaganą liczbą lekarzy.	Świadczenie pracy przez lekarzy dłużej niż 24 h bez przerwy. Odstępowanie od prób przewiezienia większości pacjentów z oddziału chorób wewnętrznych do szpitala z oddziałem udarowym. Błędne oznaczenie kodu trybu przyjęcia pacjentów. Nieaktualizowanie w rejestrze POW NFZ danych dotyczących zlikwidowanego sprzętu i aparatury medycznej.
9.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Siemiatyczach	w formie opisowej	Oddział chorób wewnętrznych zorganizowany według wymagań określonych dla tego typu oddziału, z wymaganą liczbą lekarzy.	Świadczenie pracy przez lekarza zatrudnionego na kontrakcie dłużej niż 24 h bez przerwy. Odstępowanie od prób przewiezienia większości pacjentów z oddziału chorób wewnętrznych do szpitala z oddziałem udarowym.
10.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Augustowie	w formie opisowej	Oddział chorób wewnętrznych zorganizowany według wymagań przewidzianych dla tego typu oddziału, z wymaganą liczbą lekarzy.	Świadczenie pracy przez lekarzy dłużej niż 24 h bez przerwy. Odstępowanie od prób przewiezienia większości pacjentów z oddziału chorób wewnętrznych do szpitala z oddziałem udarowym. Błędne oznaczenie kodu trybu przyjęcia pacjentów. Nieaktualizowanie w rejestrze POW NFZ danych dotyczących zlikwidowanego sprzętu i aparatury medycznej.
11.	Szpital Powiatowy w Zambrowie Sp. z o.o.	w formie opisowej	Oddział chorób wewnętrznych zorganizowany według wymagań ustalonych dla tego typu oddziału, z wymaganą liczbą lekarzy i pielęgniarek.	Błędne oznaczenie kodu trybu przyjęcia pacjentów. Nieaktualizowanie w rejestrze POW NFZ danych dotyczących zlikwidowanego sprzętu i aparatury medycznej. Nieterminowe zgłoszenie Wojewodzie Podlaskiemu zmiany liczby łóżek w oddziale wewnętrznym.
12.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Hajnówce	w formie opisowej	Oddział chorób wewnętrznych zorganizowany według wymagań określonych dla tego typu oddziału, z wymaganą liczbą lekarzy.	Świadczenie pracy przez lekarzy zatrudnionych na kontrakcie dłużej niż 24 h bez przerwy. Nieaktualizowanie w rejestrze POW NFZ przesunięć sprzętu i aparatury medycznej między oddziałami lub likwidacji tego sprzętu.
13.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sokółce	w formie opisowej	Oddział chorób wewnętrznych zorganizowany według wymagań przewidzianych dla tego typu oddziału, z wymaganą liczbą lekarzy i na ogół również pielęgniarek.	Błędne oznaczenie kodu trybu przyjęcia pacjentów.
14.	Szpital Ogólny w Wysockiem Mazowieckim	w formie opisowej	Oddział chorób wewnętrznych zorganizowany według wymagań ustalonych dla tego typu oddziału, z wymaganą liczbą lekarzy.	Nieaktualizowanie w rejestrze POW NFZ przesunięć sprzętu i aparatury medycznej między oddziałami lub likwidacji tego sprzętu.
15.	Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Łomży	w formie opisowej	Wdrożenie Wytycznymi do obsługi zgłoszeń i Dobrych praktyk. Przekazywanie prawie wszystkich pacjentów do oddziałów udarowych.	Nieprzestrzeżenie przez dyspozytorów i zespoły ratownictwa medycznego czasu obsługi zgłoszeń. Nietrzymanie parametrów dotyczących czasu dojazdu do miejsca zdarzenia.

*) pozytywna / negatywna / w formie opisowej

6.2. Analiza stanu prawnego i uwarunkowań organizacyjno- -ekonomicznych

Warunki udzielania i zakres świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych określone zostały w ustawie *o świadczeniach*. Zgodnie z nią, świadczeniem zdrowotnym jest działanie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania (art. 5 pkt 40), a świadczeniobiorcy mają na zasadach określonych w ustawie, prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie (art. 15 ust. 1). Podmiotami zobowiązanymi do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych są właściwi ministrowie lub NFZ (art. 14 ustawy *o świadczeniach*).

NFZ i szpitale

Podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez NFZ jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a oddziałem wojewódzkim NFZ. Umowa ta określa w szczególności: rodzaj, zakres i warunki udzielania świadczeń, wykaz podwykonawców oraz wymagania dla nich inne niż techniczne i sanitarne, określone w odrębnych przepisach, zasady rozliczeń pomiędzy NFZ a świadczeniodawcą, kwotę zobowiązania NFZ wobec świadczeniodawcy, zasady rozpatrywania kwestii spornych, postanowienie o rozwiązaniu umowy, które może nastąpić za uprzednim nie krótszym niż trzy miesiące okresem wypowiedzenia, chyba że strony postanowią inaczej, postanowienie o karze umownej w przypadku niezastosowania terminu i trybu wypowiedzenia (art. 136).

Warunki do udzielania świadczeń w oddziałach szpitalnych określa rozporządzenie *w sprawie świadczeń gwarantowanych*. Poniższa tabela przedstawia porównanie wymagań ustalonych dla poszczególnych grup świadczeniodawców w odniesieniu do leczenia pacjentów z udarem mózgu.

Pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą muszą odpowiadać – stosownie do rodzaju wykonywanej działalności leczniczej oraz zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych – wymaganiom określonym w rozporządzeniach Ministra Zdrowia *w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą*: z dnia 26 czerwca 2012 r.¹⁵¹ oraz z dnia 26 marca 2019 r.¹⁵²

Zgodnie z wymogami obu rozporządzeń, w pokojach uwzględnia się: łóżka dostępne z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych (§ 18), odstępy między łózkami umożliwiające swobodny dostęp do pacjentów (§ 19) i szerokość pokoju łózkowego umożliwiającą wyprowadzenie łóżka (§ 20). Pokój łózkowy w oddziale szpitalnym powinien być wyposażony w umywalkę z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie oraz pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte ręczniki (§ 24). Podłogi

¹⁵¹ Dz. U. poz. 739. Rozporządzenie uchylone z dniem 1 kwietnia 2019 r.

¹⁵² Dz. U. poz. 595. Rozporządzenie weszło w życie 1 kwietnia 2019 r.

wykonuje się z materiałów umożliwiających ich mycie i dezynfekcję, a połączenie ścian z podłogami powinno być wykonane w sposób umożliwiający jego mycie i dezynfekcję (§ 29/§ 30). W pokojach łóżkowych zapewnia się bezpośredni dostęp światła dziennego (§ 33/§ 34).

Zgodnie z rozporządzeniami Ministra Zdrowia w sprawie SOR z dnia 3 listopada 2011 r. oraz z dnia 27 czerwca 2019 r., SOR udziela świadczeń opieki zdrowotnej polegających na wstępnej diagnostyce oraz podjęciu leczenia w zakresie niezbędnym dla stabilizacji funkcji życiowych osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia życia. SOR lokalizuje się na poziomie wejścia dla pieszych i podjazdu specjalistycznych środków transportu sanitarnego, z osobnym wejściem dla pieszych oddzielnym od trasy podjazdu specjalistycznych środków transportu sanitarnego. Wejście dla pieszych i podjazd specjalistycznych środków transportu sanitarnego do SOR są zadaszone, podjazd jest zamykany i otwierany automatycznie w celu ochrony przed wpływem czynników atmosferycznych, przelotowy dla ruchu specjalistycznych środków transportu sanitarnego oraz wyraźnie oznakowany wzdłuż drogi dojścia i dojazdu. Lokalizacja oddziału zapewnia łatwą komunikację z OAiT, blokiem operacyjnym, pracownią diagnostyki obrazowej oraz węzłem wewnątrzszpitalnej komunikacji pionowej. W rozporządzeniu określono: minimalne wyposażenie SOR do przyłożkowego wykonania badań; zakres badań, do których dostęp całodobowy musi być zapewniony przez świadczeniodawcę, obszary wchodzące w skład SOR oraz minimalne zasoby kadrowe SOR.

Zgodnie z art. 44 ust. 1 ustawy o PRM, zespół ratownictwa medycznego transportuje osobę w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego do najbliższego, pod względem czasu dotarcia, SOR lub do szpitala wskazanego przez dyspozytora medycznego lub lekarza koordynatora ratownictwa medycznego. Natomiast art. 33 ust. 2 stanowi, że w razie konieczności szpital, w którym znajduje się SOR, centrum urazowe lub jednostka organizacyjna szpitala wyspecjalizowana w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie ratownictwa medycznego zapewnia niezwłoczny transport sanitarny pacjenta urazowego albo osobie w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego do najbliższego zakładu leczniczego udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej w odpowiednim zakresie.

Szczegółowe wymagania, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia izby przyjęć, określone zostały w załączniku nr 1 (pkt I) do rozporządzeń w sprawie wymagań dla pomieszczeń. Zgodnie z nimi: IP ma bezpośrednio zadaszone wejście z dojazdem umożliwiającym podjazd co najmniej dla jednego pojazdu. IP to zespół pomieszczeń, w którym: przyjmuje się do szpitala, wykonuje się doraźne zabiegi, udziela się doraźnej pomocy ambulatoryjnej. W skład IP wchodzi: punkt rejestracji pacjentów, pomieszczenie zapewniające przeprowadzenie badań związanych z przyjęciem pacjenta do szpitala lub do udzielenia doraźnej pomocy ambulatoryjnej, pomieszczenie zapewniające wykonywanie doraźnych zabiegów, co najmniej jedna łazienka wyposażona w wózek-wannę dostępną dla osób niepełnosprawnych. Wymagania odnośnie organizacji udzielania świadczeń w ramach IP (w tym dotyczące personelu) oraz zapewnienia realizacji badań określone zostały w kolejnych rozporządzeniach w sprawie świadczeń gwarantowanych, w załączniku nr 3 (w części I Lp. 48).

Sposób działania ZRM opisuje ustawa o PRM. Zespoły ratownictwa medycznego dzielą się na:

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

Zawiadomienie o zdarzeniu, w wyniku którego osoby znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego są kierowane w formie zgłoszenia alarmowego na numer 112 do Centrum Powiadomienia Ratunkowego i następnie – za pośrednictwem systemu teleinformatycznego SI CPR – są przekierowywane do dyspozytorni medycznej lub bezpośrednio do niej na numer 999. Dyspozytornie medyczne współpracują z innymi podmiotami, w szczególności z Policją, Państwową Strażą Pożarną i centrami powiadamiania ratunkowego, w celu podjęcia działań ratowniczych w związku z realizacją zadań dyspozytora medycznego, przy wykorzystaniu systemu teleinformatycznego i sieci teleinformatycznej na potrzeby obsługi numerów alarmowych.

Zgodnie z art. 27 ustawy o PRM, do zadań dyspozytorów medycznych należy w szczególności:

- przyjmowanie zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach, ustalanie priorytetów i niezwłoczne dysponowanie zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia, zgodnie z procedurami i algorytmem zbierania wywiadu medycznego, określonymi przez Ministra Zdrowia w formie rozporządzenia;
- przekazywanie niezbędnych informacji osobom udzielającym pierwszej pomocy;
- przekazywanie kierującemu akcją medyczną niezbędnych informacji ułatwiających prowadzenie medycznych czynności ratunkowych na miejscu zdarzenia;
- zbieranie aktualnych informacji o dostępnych w rejonie operacyjnym jednostkach systemu i ich gotowości oraz przekazywanie tych informacji wojewódzkiemu koordynatorowi ratownictwa medycznego;
- zbieranie i archiwizowanie bieżących informacji o zdarzeniach i prowadzonych medycznych czynnościach ratunkowych;
- powiadamianie o zdarzeniu szpitalnych oddziałów ratunkowych lub – jeżeli wymaga tego sytuacja na miejscu zdarzenia – centrów urazowych lub jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie ratownictwa medycznego;
- powiadamianie o zdarzeniu jednostek współpracujących z systemem jeżeli wymaga tego sytuacja na miejscu zdarzenia;
- współpraca oraz wymiana informacji z centrami zarządzania kryzysowego.

Zgodnie z art. 24e ustawy o PRM, dyspozytorzy medyczni, wojewódzcy koordynatorzy ratownictwa medycznego oraz ZRM wykonują zadania z wykorzystaniem SWD PRM. System umożliwia wizualizację na mapie

rozmieszczenia i ruchu ZRM oraz zadysponowanie najbliższego wolnego ambulansu. W ramach systemu zapewnia się rejestrowanie nagrań rozmów prowadzonych na stanowisku dyspozytora medycznego. Utrzymanie i obsługa techniczna SWD PRM do 2018 r. prowadzone były przez ministra właściwego do spraw administracji publicznej. Podmiotem odpowiedzialnym za administrowanie systemem jest Minister Zdrowia.

ZRM prowadzi dokumentację medyczną.

Stan prawny do 14 kwietnia 2020 r.

Zgodnie z § 47 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. *w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*¹⁵³, dysponent ZRM sporządza i prowadzi:

- dokumentację zbiorczą w formie księgi dysponenta ZRM;
- dokumentację indywidualną w formie karty zlecenia wyjazdu ZRM, karty medycznych czynności ratunkowych albo karty medycznej lotniczego zespołu ratownictwa medycznego.

Księga dysponenta ZRM powinna zawierać (§ 48):

- datę wezwania, z podaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
- oznaczenie miejsca zdarzenia;
- przyczynę wezwania (objawy);
- oznaczenie ZRM, który został zadysponowany na miejsce zdarzenia (podstawowy albo specjalistyczny);
- oznaczenie godziny i minuty w systemie 24-godzinnym przekazania zlecenia ZRM;
- oznaczenie godziny i minuty w systemie 24-godzinnym wyjazdu ZRM na miejsce zdarzenia;
- informację o zaleceniach co do dalszego postępowania w razie odmowy wysłania ZRM.

Wzór karty zlecenia wyjazdu ZRM i wzór karty medycznych czynności ratunkowych określają załączniki nr 3 i 4 do powołanego rozporządzenia. Karta medycznych czynności ratunkowych jest wystawiana w dwóch egzemplarzach, z których jeden jest wydawany w postaci papierowej lub udostępniany w postaci elektronicznej pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu (prawo pacjenta do uzyskania informacji o swoim stanie zdrowia), a w przypadku przewiezienia pacjenta do podmiotu leczniczego – temu podmiotowi.

Stan prawny od 15 kwietnia 2020 r.

Zgodnie z § 44 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. *w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*¹⁵⁴, dysponent ZRM sporządza i prowadzi tylko dokumentację indywidualną w formie:

¹⁵³ Dz. U. poz. 2069. Akt prawny utracił moc 14 kwietnia 2020 r.

¹⁵⁴ Dz. U. poz. 666. Rozporządzenie weszło w życie 15 kwietnia 2020 r.

ZAŁĄCZNIKI

- karty zlecenia wyjazdu ZRM;
- karty zlecenia wylotu lotniczego ZRM;
- karty medycznych czynności ratunkowych;
- karty medycznej lotniczego ZRM.

Elementy, które zawierać powinny karta zlecenia wyjazdu i karta zlecenia wylotu lotniczego ZRM, określono w § 45 powołanego rozporządzenia. Z kolei elementy, które zawierać powinny karta medycznych czynności ratunkowych oraz karta medyczna lotniczego ZRM, określono w § 46. W rozporządzeniu nie ma wzoru tych dokumentów, stanowiących załącznik do rozporządzenia – tak jak było to w przypadku poprzedniego rozporządzenia w tej sprawie.

W mocy pozostaje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 kwietnia 2016 r. w sprawie określenia wzoru karty indywidualnej ratownika medycznego (Dz. U. poz. 576). Zawarty w nim wzór karty indywidualnej ratownika medycznego oraz wzór karty medycznych czynności ratunkowych (załącznik nr 4 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania) zawierają w większości ten sam zakres danych do podania. Karta indywidualna ratownika medycznego nie zawiera danych związanych z przyjęciem bądź odmową przyjęcia pacjenta w SOR lub IP, wraz z oznaczeniem osoby przyjmującej.

Zgodnie z art. 44 ust. 1 ustawy o PRM, ZRM transportuje osobę w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego do najbliższego, pod względem czasu dotarcia, SOR lub do szpitala wskazanego przez dyspozytora medycznego bądź wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego. Obowiązujący od 7 kwietnia 2019 r. art. 44 ust. 2 przewidywał ponadto, że odmowa przyjęcia takiej osoby, pacjenta w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, pacjenta urazowego albo pacjenta urazowego dziecięcego przez szpital od jednostek systemu skutkuje zastosowaniem kary umownej określonej w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej lub niezwłocznym rozwiązaniem tej umowy. Obecnie stosowanie tych sankcji zależy od postanowień samej umowy. Z dniem 15 marca 2019 r. dodano ust. 3, wyłączający możliwość transportowania osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego do jednostki organizacyjnej szpitala wyspecjalizowanej w udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu ratownictwa medycznego, która zgodnie z harmonogramem, nie udziela świadczeń w warunkach zwiększonej gotowości.

6.3. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności

1. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, ze zm.).
2. Ustawa z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. poz. 844).
3. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 711, ze zm.).
4. Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2020 r. poz. 882, ze zm.).
5. Ustawa z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej izbie Kontroli (Dz. U. z 2020 r. poz. 1200, ze zm.).
6. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2020 r. poz. 849, ze zm.).
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2021 r. poz. 290, ze zm.).
8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 2012).
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. poz. 1213)¹⁵⁵.
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. poz. 595, ze zm.)¹⁵⁶.
11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. poz. 1207)¹⁵⁷.
12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2019 r. w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego (Dz. U. z 2019 r. poz. 2478, ze zm.)¹⁵⁸.

¹⁵⁵ Weszło w życie 1 lipca 2019 r. Rozporządzenie poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r. w tej samej sprawie (Dz. U. z 2018 r. poz. 979).

¹⁵⁶ Weszło w życie 1 kwietnia 2019 r. Rozporządzenie poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w tej samej sprawie (Dz. U. poz. 739).

¹⁵⁷ Weszło w życie 1 lipca 2019 r., z wyjątkiem § 3 ust. 1 pkt 21, ust. 2 pkt 6 oraz § 6 ust. 3 pkt 4 i 5, które weszły w życie 1 stycznia 2020 r. Rozporządzenie poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 192, ze zm.).

¹⁵⁸ Weszło w życie 1 stycznia 2020 r. Rozporządzenie poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 kwietnia 2016 r. w tej samej sprawie (Dz. U. poz. 587, ze zm.).

ZAŁĄCZNIKI

13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 lipca 2019 r. w sprawie *Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego* (Dz. U. poz. 1310)¹⁵⁹.
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 lutego 2019 r. w sprawie *świadczeń gwarantowanych z zakresu ratownictwa medycznego* (Dz. U. poz. 237)¹⁶⁰.
15. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 sierpnia 2019 r. w sprawie *ramowych procedur obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach przez dyspozytora medycznego* (Dz. U. poz. 1703)¹⁶¹.
16. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie *rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania* (Dz. U. poz. 666, ze zm.)¹⁶².
17. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie *ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE* (Dz. Urz. UE L 119 z 4.05.2016, str. 1. ze zm.).
18. Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 71/2016/DSOZ, 119/2017/DSOZ, 66/2018/DSOZ i 134/2018/DSOZ¹⁶³.

¹⁵⁹ Weszło w życie 16 lipca 2019 r. Rozporządzenie poprzedzone rozporządzeniem Ministra Administracji i Cyfryzacji z dnia 31 grudnia 2014 r. w tej samej sprawie (Dz. U. z 2014 r. poz. 1994).

¹⁶⁰ Weszło w życie 1 kwietnia 2019 r. Rozporządzenie poprzedzone było rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w tej samej sprawie (Dz. U. poz. 1176).

¹⁶¹ Weszło w życie 6 września 2019 r. z wyjątkiem § 3 ust. 6, który wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2021 r. Rozporządzenie poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 10 stycznia 2014 r. w sprawie *ramowych procedur przyjmowania wezwań przez dyspozytora medycznego i dysponowania zespołami ratownictwa medycznego* (Dz. U. poz. 66), które utraciło moc 1 stycznia 2019 r.

¹⁶² Weszło w życie 15 kwietnia 2020 r. Rozporządzenie poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w tej samej sprawie (Dz. U. poz. 2069).

¹⁶³ Dostępne na stronach internetowych nfz.gov.pl.

6.4. Wykaz podmiotów, którym przekazano informację o wynikach kontroli

1. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej
2. Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
3. Marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej
4. Prezes Rady Ministrów
5. Prezes Trybunału Konstytucyjnego
6. Rzecznik Praw Obywatelskich
7. Minister Zdrowia
8. Rzecznik Praw Pacjenta
9. Sejmowa Komisja do Spraw Kontroli Państwowej
10. Sejmowa Komisja Zdrowia
11. Senacka Komisja Zdrowia
12. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
13. Wojewodowie
14. Marszałkowie Województw
15. Dyrektor Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ
16. Konsultant krajowy z dziedziny neurologii
17. Konsultant wojewódzki z dziedziny neurologii
18. Kierownicy podmiotów leczniczych z terenu województwa podlaskiego

6.5. Stanowisko Ministra do informacji o wynikach kontroli



Minister Zdrowia

Warszawa, 30 lipca 2021

NKM.0911.7.2021.6.KCZ

Pani
Małgorzata Motylow
Wiceprezes
Najwyższej Izby Kontroli

Szanowna Pani Prezes,

w związku z Informacją Najwyższej Izby Kontroli (zwanej dalej „NIK”) o wynikach kontroli P/20/057 *Funkcjonowanie systemu leczenia pacjentów z udarem mózgu w województwie podlaskim*, która została przekazana przy piśmie z dnia 12 lipca 2021 r. o znaku: LBI.430.001.2021, uprzejmie przedstawiam stanowisko do ww. dokumentu.

Strona 8.

W przedmiotowym dokumencie brakuje porównania śmiertelności z powodu udaru mózgu w państwach regionu Europy Środkowej oraz państw całej Unii Europejskiej.

Strona 10.

Do likwidacji łóżek ogólnoneurologicznych w analizowanym okresie, a zwłaszcza w 2020 r., mogła przyczynić się również pandemia COVID-19, o czym nie ma mowy w ww. Informacji NIK o wynikach kontroli.

Strona 12 i strona 30.

Odnosząc się do przedstawionych przez NIK informacji na temat leczenia udarów trombektomią mechaniczną, uzupełniająco informuję, iż w ramach programu polityki zdrowotnej pn. *Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego*

na lata 2017-2021 jest realizowane zadanie pn. Poprawa dostępu do terapii w ostrym udarze mózgu. Model regionalnej między szpitalnej sieci poprawiającej efektywność leczenia ostrej fazy udarów niedokrwiennych mózgu, zwiększenie dostępności do inwazyjnych terapii endowaskularnych i skrócenie czasu do interwencji – TELESTROKE.

Realizatorami zadania były jednostki wskazane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego dotyczącego leczenia ostrej fazy udaru niedokrwiennego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych¹. Zgodnie z ww. rozporządzeniem, realizatorem zadania w województwie podlaskim był Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku. Zadanie było realizowane w latach 2019-2020. Na 2021 r. są planowane zadania do kontynuacji.

W ramach ww. zadania została zorganizowana sieć TELESTROKE, a realizatorzy – Nadrzędne Centra Udarowe – otrzymali dofinansowanie zakupu programu do post-processingu, stanowiącego pakiet oprogramowania do przeglądania, analizy i przetwarzania danych medycznych z funkcjami do dynamicznej analizy obrazu i przetwarzania/wyświetlania danych obrazowania dyfuzyjnego rezonansu magnetycznego, analizy danych bezkontrastowej tomografii komputerowej mózgu, perfuzji TK i MR oraz angiografii TK mózgu. Nadrzędne Centra Udarowe, w ramach zadania, utworzyły regionalne sieci współpracy ze szpitalami w regionie, do których trafiają pacjenci z udarem mózgu, co pozwoliło wprowadzić jednolite standardy postępowania, zwiększyć dostępność do trombektomii mechanicznej, jak i wypracować modele działania na każdym szczeblu opieki przedszpitalnej i szpitalnej w udarze mózgu.

Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku, który pełni funkcję Nadrzędnego Centrum Udarowego, tworzy sieć regionalną z niżej wymienionymi szpitalami:

- 1) Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej Wojewódzkim Szpitalem Zespolonym im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku;
- 2) Szpitalem Wojewódzkim im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży;
- 3) Szpitalem Wojewódzkim im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach.

Uzupełniająco, w ramach organizacji opieki „przedszpitalnej” przeprowadzono szkolenia z zakresu tworzenia Regionalnych Systemów Koordynowanej Opieki Leczenia Chorych

¹ Dz. U. poz. 1236.

na Udar Mózgu. Koordynatorzy regionalni wzięli udział w szkoleniach na temat: organizacji opieki nad pacjentem od momentu wystąpienia zachorowania, poprzez przewiezienie pacjenta do szpitala, następnie organizacji badań, które należy wykonać włącznie z wykorzystaniem programu do postprocesingu.

Zrealizowane działania mają na celu zapewnienie takiej organizacji na poziomie lokalnym, aby decyzja o ewentualnym przekazaniu pacjenta na leczenie trombektomią odbywała się jak najszybciej.

Strona 13.

W omawianym dokumencie nie ma informacji, ile było urzędzeń wykonujących tomografię komputerową oraz rezonans magnetyczny w województwie podlaskim we wskazanym okresie. Brakuje informacji o roku produkcji tych urzędzeń, a także o ich awaryjności, która pośrednio mogła przyczynić się do zwiększonej śmiertelności.

Strona 14.

W związku z faktem, że na str. 7 Informacji NIK zapisano, że w trakcie kontroli *nie badano prawidłowości podejmowanych czynności medycznych, ich zasadności, (...)*, to w takim razie wyniki kontroli nie powinny zawierać stwierdzeń o niewystarczającym przygotowaniu załóg zespołów ratownictwa medycznego do zabezpieczenia pacjenta z podejrzeniem udaru mózgu (str. 14), tym bardziej, że przedmiotowy dokument nie obejmuje żadnych danych potwierdzających takie podejrzenie.

Nie można zgodzić się z tezą o tym, że *ratownicy medyczni nie mają specjalistycznej wiedzy w dziedzinie neurologii czy medycyny ratunkowej, występują więc trudności z zebraniem dokładnego wywiadu, zwłaszcza w przypadku utrudnionej komunikacji z pacjentem*. Standard kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu ratownika medycznego, stanowiący załącznik nr 8 do rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 26 lipca 2019 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego², obejmuje diagnozowanie i postępowanie w ostrych stanach neurologicznych. Efektem kształcenia w zawodzie ratownika medycznego jest to, że absolwent zna i rozumie przyczyny, objawy, zasady diagnozowania i postępowania terapeutycznego w bólach głowy i chorobach naczyniowych mózgu,

² Dz. U. z 2021 r. poz. 755.

w szczególności w udarze mózgu oraz padaczkę. Tematyka ta jest też objęta doskonaleniem zawodowym ratowników medycznych.

Podkreślić trzeba, że pismem z dnia 6 lutego 2018 r. o znaku: SOR.450.9.8.2017.MNK, *Dobre praktyki postępowania dyspozytorów medycznych i zespołów ratownictwa medycznego z pacjentem z podejrzeniem udaru mózgu* zostały przekazane przez Ministerstwo Zdrowia wszystkim wojewodom, celem przekazania do stosowania dyspozytorom medycznym i dysponentom zespołów ratownictwa medycznego. Wojewodowie zostali też zobligowani do przeprowadzenia szkoleń prowadzonych wspólnie przez konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie medycyny ratunkowej oraz konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie neurologii (albo upoważnione przez nich osoby), adresowanych do członków zespołów ratownictwa medycznego, dyspozytorów medycznych i lekarzy koordynatorów ratownictwa medycznego.

Stwierdzenie o braku specjalistycznej wiedzy w dziedzinie neurologii czy medycyny ratunkowej wśród ratowników medycznych jest więc niezgodne ze stanem rzeczywistym.

Strona 17, wniosek nr 1 do Ministra Zdrowia.

Uprzejmie informuję, iż Minister Zdrowia podejmuje wiele działań, które mają na celu zwiększenie liczby aktywnych zawodowo pielęgniarek i położnych w systemie ochrony zdrowia, w tym m.in. działania zachęcające młode osoby do kształcenia się na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo, podejmowane w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (PO WER), tj. wsparcie kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego pielęgniarek i położnych ze środków Unii Europejskiej („kierunek zamawiany”, stypendia, centra symulacji medycznej, dofinansowanie kursów kwalifikacyjnych i specjalistycznych – związanych z zaspokojeniem potrzeb epidemiologiczno-demograficznych), w tym:

- 1) kompetencje zamawiane dla uczelni kształcących na kierunkach pielęgniarstwo i/lub położnictwo – wartość ogółem projektów wynosiła 30 122 378,68 zł, – konkurs z 2015 r. (1. edycja);
- 2) kompetencje zamawiane dla uczelni kształcących na kierunkach pielęgniarstwo i/lub położnictwo – wartość ogółem projektów wynosiła 35 079 478,33 zł – konkurs z 2017 r. (2. edycja);
- 3) pielęgniarzkie kompetencje zamawiane — wartość ogółem projektów wynosiła 94 664 366,59 zł – konkurs z 2018 r. (3. edycja);

- 4) realizacja programów rozwojowych dla uczelni medycznych uczestniczących w procesie praktycznego kształcenia studentów, w tym tworzenie centrów symulacji medycznych (konkurs I edycja – powstało 35 Monoprofilowych Centrum Symulacji Medycznej dla pielęgniarek i położnych – wartość projektów ogółem wynosi 92 545 261,71 zł, II edycja dofinansowanie otrzymało 26 uczelni – wartość projektów ogółem wynosiła 65 588 889,69 zł);
- 5) kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych w obszarach związanych z potrzebami epidemiologiczno-demograficznymi – wartość ogółem projektów wynosiła 66 558 915,70 zł, konkurs z 2015 r. Wsparciem zostało objętych 30 000 pielęgniarek i położnych.

Należy wskazać, że wsparcie dla kształcenia zawodowego, w tym kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych będzie kontynuowane również w ramach planowanych programów współfinansowanych ze środków unijnych w ramach:

- 1) Krajowego Planu Odbudowy – stypendia, mentoring dla studentów pielęgniarstwa – planowane środki w wysokości 700 000 000 zł (dla pielęgniarek i ratowników medycznych);
- 2) REACT-EU – wsparcie kursów kwalifikacyjnych i kursów specjalistycznych dla pielęgniarek i położnych – planowane środki w wysokości 112 000 000 zł;
- 3) Nowa Perspektywa Finansowa 2021-2027 (Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027 – FERS) – kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych – planowane środki w wysokości 84 000 000 zł.

W 2020 r. zrealizowano kampanię medialną promującą zawody pielęgniarki i położnej #Stawiam na przyszłość. W roku bieżącym jest planowana kontynuacja działań promocyjnych.

Biorąc powyższe pod uwagę, warto podkreślić, że w roku akademickim 2015/2016 liczba studentów na kierunku pielęgniarstwo I stopnia wynosiła 5935 osób, a w roku 2020/2021 – 8202, natomiast w roku akademickim 2015/2016 liczba studentów na kierunku położnictwo I stopnia wynosiła 953 osoby, a w roku 2020/2021 – 1218 osób.

Liczba studentów na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo w latach 2015/2016 – 2020/2021 przedstawiała się następująco.

Rok akademicki	Pielęgniarstwo I stopień	Pielęgniarstwo II stopień	Położnictwo I stopień	Położnictwo II stopień

ZAŁĄCZNIKI

2020/2021	8202	7042	1218	1178
2019/2020	7886	6292	1154	939
2018/2019	6900	6542	1183	837
2017/2018	7059	8140	1167	920
2016/2017	5941	3835	979	685
2015/2016	5935	3258	953	627

Opracowanie: Ministerstwo Zdrowia na podstawie danych Zintegrowanej Sieci Informacji o Nauce i Szkolnictwie Wyższym POL-on; stan na dzień 31 grudnia w danym roku akademickim.

W 2016 r. liczba absolwentów na kierunku pielęgniarstwo I stopnia wynosiła 4028 osób, a w roku 2020 – 5243, natomiast w latach analogicznych liczba studentów na kierunku położnictwo I stopnia wynosiła 753 osoby i 887 osób.

Poniżej prezentuję zestawienie obejmujące liczbę absolwentów na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo w latach 2016 – 2020.

Rok	Pielęgniarstwo		Położnictwo	
	I stopień	II stopień	I stopień	II stopień
2020	5243	6343	887	817
2019	5564	7972	928	772
2018	5372	3715	794	667
2017	4386	3179	745	559
2016	4028	2612	753	537

Opracowanie: Ministerstwo Zdrowia na podstawie danych Zintegrowanej Sieci Informacji o Nauce i Szkolnictwie Wyższym POL-on; stan na dzień 31 grudnia w danym roku kalendarzowym.

Dodatkowo w poniższej tabeli przedstawiam dane dotyczące liczby zatrudnionych pielęgniarek i położnych od 2014 r. do 2020 r.

Stan na	Liczba zatrudnionych	
	pielęgniarek	położnych
31-12-2014	218 783	25 567
31-12-2015	221 172	25 938

ZAŁĄCZNIKI

31-12-2016	221 911	26 200
31-12-2017	225 410	26 958
31-12-2018	228 250	27 555
31-12-2019	229 974	27 859
31-12-2020	230 433	28 162

Źródło: Centralny Rejestr Pielęgniarek i Położnych prowadzony przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych.

Według stanu na koniec danego roku, wynika, że liczba aktywnych zawodowo pielęgniarek w okresie od 31 grudnia 2014 r. do 31 grudnia 2020 r., wzrosła o 11 650 osoby, tj. o około 5,32%. Również liczba aktywnych zawodowo położnych w okresie od 31 grudnia 2014 r. do 31 grudnia 2020 r., wzrosła o 2 595 osób, tj. o około 10,14%.

Niezależnie od powyższego należy podkreślić, że Minister Zdrowia podejmuje działania mające na celu zatrzymanie na rynku pracy pielęgniarek i położnych doświadczonych zawodowo, w tym dotyczące poprawy warunków pracy i płacy (np. coroczne dofinansowanie szkoleń specjalizacyjnych z budżetu państwa, zwiększanie kompetencji zawodowych – porada pielęgniarki POZ/AOS i porada położnej POZ/AOS, płatny urlop szkoleniowy w wymiarze 6 dni, stabilizacja wynagrodzeń).

Podejmowane w ostatnich latach działania na rzecz pielęgniarek i położnych przyniosły widoczne efekty w postaci zatrzymania niekorzystnego trendu zmniejszającej się liczby pielęgniarek i położnych w polskim systemie opieki zdrowotnej.

Strona 17, wniosek nr 2 do Ministra Zdrowia.

Uprzejmie informuję, iż w odniesieniu do wniosku o wprowadzenie w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych, obowiązku przekazywania oddziałom wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia informacji o wystawionym skierowaniu, jego dacie i kodzie resortowym komórki organizacyjnej, do której je wystawiono, stoję na stanowisku, iż nie jest zasadne nakładanie na świadczeniodawców dodatkowych obowiązków sprawozdawczych w drodze rozporządzenia, gdyż informacja o każdym wystawionym skierowaniu w postaci elektronicznej, zgodnie z art. 59aa ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków

publicznych³, zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”, jest zapisywana i przechowywana w systemie informacji medycznej, a Narodowy Fundusz Zdrowia – zgodnie z art. 11 ust. 9 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia⁴ – jest uprawniony do otrzymania danych o skierowaniach wystawionych w postaci elektronicznej w celu rozliczania udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej oraz dokonywania analiz na rzecz systemu ochrony zdrowia (dane te udostępnia Funduszowi jednostka podległa ministrowi właściwemu do spraw zdrowia właściwa w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia). Dotyczy to skierowań wystawianych w postaci elektronicznej określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 59aa ust. 2 ustawy o świadczeniach. Obecnie e-skierowania są wystawiane – zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 kwietnia 2019 r. w sprawie skierowań wystawianych w postaci elektronicznej w Systemie Informacji Medycznej⁵ na:

- ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne finansowane ze środków publicznych, o których mowa w art. 57 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, z wyłączeniem porady specjalistycznej – logopedia, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 31d tej ustawy;
- leczenie szpitalne w szpitalu, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- badania medycyny nuklearnej oraz badania tomografii komputerowej finansowane ze środków publicznych oraz ze środków innych niż środki publiczne;
- badania rezonansu magnetycznego, badania endoskopowe przewodu pokarmowego oraz badania echokardiograficzne płodu finansowane ze środków publicznych.

Warto podkreślić, że katalog świadczeń opieki zdrowotnej, na które są wystawiane skierowania w postaci elektronicznej będzie sukcesywnie rozszerzany, tak aby finalnie objąć swoim zakresem wszystkie świadczenia.

Niezależnie od powyższego, należy wskazać, że analizy dotyczące wystawionych skierowań muszą być interpretowane z uwzględnieniem występowania przypadków pacjentów, którzy proszą o skierowania bez uzasadnienia medycznego („na wszelki wypadek”) i skierowań tych nigdy nie wykorzystują albo decydują się na uzyskanie świadczenia, na które wystawione było skierowanie, na zasadach komercyjnych.

³ Dz. U. z 2021 r. poz. 1285.

⁴ Dz. U. z 2021 r. poz. 666, z późn. zm.

⁵ Dz. U. poz. 711, z późn. zm.

Ponadto, w przypadku świadczeń wystawianych w postaci papierowej, pacjenci często występują wielokrotnie o skierowanie na to samo świadczenie u różnych świadczeniodawców (w systemie e-skierowań, system informacji medycznej uniemożliwia wystawienie kolejnego skierowania pacjentowi z tą samą jednostką chorobową). W związku z powyższym, nie każde wystawione, a niezrealizowane skierowanie oznacza, że pacjent nie otrzymał koniecznego leczenia.

Odnosnie do obowiązku wskazania na skierowaniu kodu resortowego komórki organizacyjnej, do której wystawiono skierowania, należy zauważyć, że rekomenduję przyjęcie interpretacji, zgodnie z którą jest możliwa realizacja świadczeń także w innej komórce organizacyjnej niż wskazana literalnie na skierowaniu przez lekarza kierującego, o ile dana komórka jest w stanie zapewnić realizację badania, konsultacji lub leczenia, na które skierowanie zostało wystawione. Lekarz wystawiając skierowanie powinien kierować się stanem zdrowia pacjenta i celem leczenia, na jakie kieruje. Nie musi posiadać wiedzy, w jakiej komórce realizowane jest dane świadczenie, gdyż w różnych komórkach organizacyjnych pacjent może uzyskać to samo badanie/konsultację, a nie tylko w tej oznaczonej konkretnym kodem. Należy zwrócić uwagę, że rozporządzenia „koszykowe”, określające zakres przysługujących świadczeń, i warunki, jakie należy spełniać, aby udzielać tych świadczeń, w wielu przypadkach, przy określaniu komórki organizacyjnej, w której mają być udzielane świadczenia, odwołują się albo do pojęcia komórki zgodnej z profilem świadczenia gwarantowanego, albo dopuszczają realizację świadczenia przez różne komórki organizacyjne, o ile spełniają one wymagane warunki. W związku z powyższym przyjęcie, że wskazana nazwa i kod komórki są wiążące dla świadczeniodawcy otrzymującego skierowania, może doprowadzić do znaczącego ograniczenia dostępu pacjenta do świadczeń, gdyż oznacza, że pacjent może wybrać tylko tych świadczeniodawców, którzy posiadają komórkę z nazwą i kodem tożsamym z wpisaną na skierowaniu. W przypadku wyboru innego świadczeniodawcy – pacjent musiałby zwrócić się do wystawiającego skierowanie o odpowiednie skorygowanie nazwy komórki w skierowaniu (co w przypadku e-skierowań wiąże się z koniecznością anulowania i ponownego wystawiania skierowania), co należy uznać za niezasadne oraz utrudniające i wydłużające dostęp do świadczeń.

Strona 17, wniosek nr 1 do Marszałka Województwa Podlaskiego.

W Informacji o wynikach kontroli NIK nie zostały podane przybliżone odległości między centroidami gmin a najbliższymi placówkami z oddziałami udarowymi (z uwzględnieniem

placówek w województwie podlaskim i województwach sąsiednich), a także liczbie mieszkańców będących w zasięgu danej placówki. Przykładowo mieszkańcy Siemiatycz mają nieco bliżej do oddziału udarowego w Sokołowie Podlaskim (mazowieckie) niż do ewentualnego oddziału, który powstałaby w Bielsku Podlaskim. Stworzona na tej podstawie mapa wyraźnie wskazywałaby regiony z utrudnionym dostępem do oddziałów udarowych.

Strona 29.

Ponadto odnosząc się do wskazanej w Informacji NIK kwestii niewystarczającej liczby lekarzy rozpoczynających szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie neurologii w województwie podlaskim, informuję, że począwszy od 2016 r. Minister Zdrowia znacznie zwiększył limity przyjęć na kierunek lekarski. Obecnie w porównaniu z 2015 r. limity przyjęć na kierunek lekarski zostały zwiększone o ponad 2000 miejsc. Limit przyjęć na rok akademicki 2020/2021 na kierunek lekarski i lekarsko-dentystyczny wyniósł łącznie 9717. Pierwsze roczniki ze zwiększonych naborów będą kończyć studia w 2022 r., a w 2023 r. będą kończyć staż podyplomowy i wtedy właśnie nastąpi znaczny wzrost liczby lekarzy rozpoczynających specjalizację. Wtedy też jest planowany znaczny wzrost liczby przyznawanych miejsc na specjalizację.

Ponadto ustawą z dnia 16 lipca 2020 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw⁶ wprowadzono zmiany w procesie naboru na szkolenie specjalizacyjne, dzięki którym większa liczba miejsc szkoleniowych zostanie wykorzystana, w tym możliwość ubiegania się o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego we wszystkich województwach jednocześnie oraz możliwość wskazania 15 wyborów obejmujących dziedzinę, tryb i miejsce odbywania szkolenia specjalizacyjnego w preferowanej kolejności. W przypadku niezakwalifikowania się przez lekarza do odbywania specjalizacji w preferowanym województwie lub w preferowanej dziedzinie będzie on mógł zostać zakwalifikowany na jeden z kolejnych „wyborów” wskazanych we wniosku o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego, co do tej pory nie mogło mieć miejsca. Pierwsze postępowanie kwalifikacyjne na zmienionych zasadach odbędzie się na wiosnę 2022 r. Powyższe rozwiązanie ma na celu zwiększenie liczby lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne w dziedzinach, które cieszą się mniejszym zainteresowaniem lekarzy, poprzez umożliwienie im zakwalifikowania się do odbywania danej specjalizacji w przypadku, jeżeli lekarz nie zakwalifikuje się na preferowaną przez niego dziedzinę.

⁶ Dz. U. poz. 1291.

Strona 39.

W analizowanym okresie zapewnienie właściwego dostępu do leczenia udarów mózgu było zróżnicowane z powodu pandemii COVID-19, co nie zostało uwzględnione w Informacji NIK. Część z pacjentów z obawy przed zakażeniem COVID-19 odwlekała w czasie decyzję o wezwaniu pogotowia, pogarszając tym samym swoje rokowania. W omawianym dokumencie brakuje informacji o liczbie przyjętych pacjentów z podejrzeniem udaru w danym miesiącu, liczbie osób rehabilitowanych, a także brakuje informacji o stanie ogólnym pacjentów w momencie przywiezienia ich do placówki specjalistycznej.

Strona 50.

W odniesieniu do zdania: *Od 1 lipca 2019 r. ordynatorem (lekarzem kierującym) SOR powinien być lekarz z tytułem specjalisty w dziedzinie medycyny ratunkowej – wcześniej nie było tego wymogu*, uprzejmie informuję, iż jest ono sprzeczne z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego⁷, które w § 16 pkt 1 stanowi, że do dnia 30 czerwca 2022 r. ordynatorem oddziału (lekarzem kierującym oddziałem) – jest lekarz systemu.

Strona 65.

Uprzejmie informuję, iż w zdaniu: *Dysponent medyczny powinien niezwłocznie powiadomić oddział udarowy o transportowaniu pacjenta (...)* zamiast słowa *dysponent* powinno zostać użyte słowo *dyspozytor*.

Ponadto uprzejmie informuję, iż przytoczona w Informacji NIK opinia Zastępcy Dyrektora Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Łomży, jako niezgodna ze stanem faktycznym i nie poparta konkretnymi danymi, nie powinna się znaleźć w Syntezie wyników kontroli (str. 14).

Strona 67.

Mediana czasu trwania akcji ratunkowej dla pacjentów z podejrzeniem udaru mózgu, a także dostępność karetek, może się istotnie różnić w zależności od kwartału czy miesiąca w analizowanym okresie. Największy wpływ na te różnice mógł wywrzeć czas pandemii COVID-19. Z tego powodu mediana czasu trwania akcji ratunkowej w kwietniu czy maju może się różnić – w zależności czy analizowany jest 2019 r. czy 2020 r.

⁷ Dz. U. poz. 1213, z późn. zm.

ZAŁĄCZNIKI

Podając medianę dla całego analizowanego okresu, można nie oddać istoty różnic statystycznych między poszczególnymi miesiącami i latami.

Z wyrazami szacunku
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Maciej Miłkowski
Podsekretarz Stanu
/dokument podpisany elektronicznie/

6.6. Opinia Prezesa NIK do stanowiska Ministra



PREZES
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI
MARIAN BANAŚ

LBI.430.001.2021

Warszawa, 2 sierpnia 2021 r.

**Opinia Prezesa Najwyższej Izby Kontroli
do stanowiska Ministra Zdrowia dotyczącego informacji o wynikach kontroli
*Funkcjonowanie systemu leczenia pacjentów z udarem mózgu w województwie podlaskim***

Na podstawie art. 64 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o *Najwyższej Izbie Kontroli*¹, przedstawiam opinię do stanowiska Ministra Zdrowia, wyrażonego w piśmie z 30 lipca 2021 r. (znak: NKM.0911.7.2021.6.KCZ).

Najwyższa Izba Kontroli podtrzymuje oceny i wnioski zamieszczone w tej Informacji.

Dziękuję Panu Ministrowi za szczegółowe odniesienie się do treści Informacji o wynikach kontroli, w tym za omówienie organizacji sieci TELESTROKE, która uzupełniać ma system leczenia pacjentów i dostęp do zabiegów trombektomii mechanicznej. Z zadowoleniem przyjmuję wyjaśnienia o działaniach dotyczących zwiększenia liczby pielęgniarek aktywnych zawodowo. Nie kwestionuję starań Pana Ministra w tym zakresie, tym niemniej **liczba pielęgniarek w województwie podlaskim nadal była niewystarczająca i przyczyniła się do likwidacji łóżek na oddziałach chorób wewnętrznych i neurologicznych**. Skutkuje to pogorszeniem dostępu do hospitalizacji. Istnieje zatem konieczność podejmowania dalszych działań i wprowadzenia zmian zaproponowanych we wniosku skierowanym do Pana Ministra. Faktem jest, że kontrola obejmowała okres, w którym w Polsce obowiązywał stan epidemii w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2. Niemniej nie miało to wpływu – co sugeruje Pan Minister – na likwidację łóżek ogólnoneurologicznych. Ich liczbę zmniejszono bowiem jeszcze w 2019 r., czyli przed pandemią. Główną tego przyczyną było wprowadzenie od 1 stycznia 2019 r. wskaźnika, wynoszącego 0,6 pielęgniarki na jedno łóżko na oddziałach o charakterze zachowawczym.

Z satysfakcją przyjmuję informację o działaniach związanych ze zwiększeniem liczby lekarzy rozpoczynających szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie neurologii. Należy liczyć, że ich liczba w przyszłości znacząco wzrośnie. Taką bowiem potrzebę widział zarówno Prezes Okręgowej Izby Lekarskiej w Białymstoku, jak też konsultant wojewódzki z dziedziny neurologii.

Z żalem przyjmuję informację, że Pan Minister nie widzi korzyści, które przynieść mogą analizy treści wystawianych skierowań – w formie zaproponowanej przez NIK lub innej zbliżonej. Dane takie mogą stanowić bowiem kolejne źródło informacji o faktycznych potrzebach zdrowotnych. Należy też mieć na uwadze, że e-skierowań nie wystawia się obecnie na rehabilitację.

W związku z uwagą Pana Ministra o potrzebie zamieszczenia w Informacji mapy z przybliżonymi odległościami między centrami gmin a najbliższymi oddziałami udarowymi – w kontekście braku oddziału udarowego na południu województwa podlaskiego – uprzejmie wyjaśniam, że informacja o wynikach kontroli nie musi zawierać wszystkich danych znajdujących się w wystąpieniach pokontrolnych. Omówienie postulowanych przez Pana Ministra danych znajduje się w wystąpieniu pokontrolnym, skierowanym do Dyrektora Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ. Dane te przeanalizowano, a wyniki tej analizy wykorzystano do sformułowania ocen w Informacji. Na konieczność otwarcia oddziału udarowego na południu województwa zwracali uwagę także Wojewoda Podlaski, dyrektor Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ i konsultant wojewódzki z dziedziny neurologii, ustalając tzw. *Priorytety Regionalne*. Świadczy to o słuszności ocen i wniosków NIK w tym zakresie.

¹ Dz. U. z 2020 r. poz. 1200, ze zm.

Nie podzielam też stanowiska Pana Ministra, że Informacja powinna zostać uzupełniona o wskaźniki śmiertelności z powodu udaru mózgu w państwach Europy Środkowej i w Unii Europejskiej. Omawiana kontrola miała charakter lokalny, obejmujący jedno województwo. Porównano zatem wskaźniki śmiertelności z innymi województwami, w których system organizacji opieki zdrowotnej jest oparty na tych samych podstawach prawnych i podobnych rozwiązaniach organizacyjnych, co w województwie podlaskim.

Niezasadne też jest zamieszczenie w Informacji danych o liczbie i stanie technicznym urządzeń diagnostycznych (TK i MR). Z ustaleń kontroli wynika, że ich liczba, wiek i awaryjność nie były przyczynami wysokiej śmiertelności. Kierownicy skontrolowanych szpitali również nie wskazywali takiego powodu. Ze zbadanej próby 493 egzemplarzy dokumentacji medycznej wynika, że każdy z pacjentów miał wykonane badanie najczęściej w ciągu kilku godzin od przybycia do szpitala, a jedynie nieliczni w ciągu kilkunastu. Omówiono to szczegółowo w punkcie 5.3.2 Informacji.

Nie zgadzam się również, że w treści Informacji nie można zawrzeć ustaleń dotyczących potrzeb szkolenia załóg zespołów ratownictwa medycznego z rozpoznania udaru. Kwestionowany zapis o ich niewystarczającej wiedzy stanowi wyjaśnienia lekarza, Zastępcy Dyrektora Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Łomży, który ma prawo do oceny stanu przygotowania podległych mu pracowników. Usunięcie tej treści z Informacji – będącej jednym z dowodów zgromadzonych w trakcie kontroli – mogłoby zostać odebrane jako chęć manipulowania wynikami kontroli. Trudno też nie zgodzić się z przytoczoną tezą Zastępcy Dyrektora, że ratownicy medyczni nie mają specjalistycznej wiedzy z dziedziny neurologii. Lekarze zdobywają taką wiedzę na przestrzeni lat, najpierw w czasie studiów, a następnie specjalizacji. Ratownicy medyczni nie mają takiej drogi zawodowej.

Odnosząc się do wpływu pandemii COVID-19 na odwołanie w czasie przez część pacjentów wezwania zespołu ratownictwa z uwagi na obawę zakażenia, należy podkreślić, że taka teza nie znalazła potwierdzenia w ustaleniach kontroli. Jednocześnie dodać należy, że województwo podlaskie porównywane było do innych województw, w których również trwała pandemia. Mimo to wskaźniki śmiertelności oraz korzystania z rehabilitacji neurologicznej po udarze mózgu, znacznie odbiegały od średniej w kraju.

Uprzejmie dziękuję Panu Ministrowi za pozostałe uzupełnienia i wyjaśnienia, przedstawione w stanowisku. Najwyższa Izba Kontroli wyraża nadzieję, że wykorzystanie ustaleń kontroli, w tym zaproponowanych rozwiązań, przyczyni się do poprawy funkcjonowania systemu leczenia pacjentów z udarem mózgu w województwie podlaskim. W innym przypadku województwo to nadal będzie niechlubnym liderem wskaźników wysokiej śmiertelności poudarowej oraz niskiego korzystania z nowoczesnych metod leczenia i rehabilitacji neurologicznej.

PREZES
Najwyższej Izby Kontroli

Marian Banaś