NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Białymstoku

LBI.410.015.14.2020

01379520

Pani Mariola Kucharewicz
Dyrektor
Szpitala Ogólnego w Wysokiem Mazowieckiem
Szpital Ogólny w Wysokiem Mazowieckim
ul. Szpitalna 5, 18-200 Wysokie Mazowieckie

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/20/057 – Funkcjonowanie systemu leczenia pacjentów z udarem mózgu w województwie podlaskim

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Białymstoku
ul. Akademicka 4, 15-267 Białystok
T +48 85 874 81 00, F +48 85 874 81 33
lbi@nik.gov.pl

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Szpital Ogólny w Wysokiem Mazowieckiem[1], ul. Szpitalna 5, 18-200 Wysokie Mazowieckie
Kierownik jednostki kontrolowanej	Mariola Kucharewicz, Dyrektor Szpitala od 1 grudnia 2019 r.[2]
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Przygotowanie szpitali do udzielania świadczeń dotyczących leczenia udarów mózgu. 2. Sposób udzielania pomocy i zapewnienie ciągłości procesu leczenia poprzez rehabilitację neurologiczną.
Okres objęty kontrolą	Od stycznia 2018 do 30 września 2020 z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed i po tym okresie.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli[3]
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Białymstoku
Kontroler	Piotr Jurkin, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LBI/139/2020 z 21 października 2020 r. (akta kontroli str. 1)

[1] Dalej „Szpital".
[2] Wcześniej funkcję tę pełnili: Jacek Roleder – od 3 kwietnia 2017 r., Jacek Bogucki – od 25 maja 2019 r., Jarosław Rogowski – od 28 sierpnia 2019 r.
[3] Dz. U. z 2020 r. poz. 1200. Ustawa zwana dalej: „ustawą o NIK".

II. Ocena ogólna[4] kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Szpital był właściwie przygotowany do wstępnego rozpoznania u pacjentów udaru mózgu, ustabilizowania ich stanu zdrowia, a także przetransportowania do podmiotów specjalistycznych. Skuteczności działania sprzyjało zapewnienie szybkiej diagnostyki i w przypadku stwierdzenia udaru mózgu – organizacja transportu pacjenta do szpitala z oddziałem udarowym. Placówka nie dysponowała bowiem możliwościami technicznymi i organizacyjnymi do realizacji pełnego zakresu świadczeń medycznych stosowanych w leczeniu takich pacjentów.

Uzasadnienie oceny ogólnej

Oddziały Anestezjologii i Intensywnej Terapii (dalej: OAiIT[5]) oraz Chorób Wewnętrznych Szpitala spełniały wymagania przewidziane w załączniku nr 3, części I rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego[6] oraz standardy wskazane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą[7]. Szpital dysponował też odpowiednio przygotowaną kadrą medyczną na tych oddziałach i możliwościami diagnostycznymi. Pacjentom, u których po przyjęciu w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (dalej: SOR) potwierdzono udar mózgu, zorganizowano transport do szpitali z oddziałami udarowymi. Także cześć pacjentów, u których udar wystąpił w trakcie hospitalizacji w placówce przekazywano do jednostek specjalistycznych, gdyż – zważywszy na potrzeby pacjentów ze zdiagnozowanym udarem mózgu – podjęcie próby ich leczenia w Szpitalu nie było uzasadnione.

Na Oddziale Chorób Wewnętrznych nie było wydzielonych sal i łóżek intensywnego nadzoru udaru mózgu i sal z łóżkami dla chorych z udarem mózgu w fazie „podostrej", przeznaczonych do wczesnej rehabilitacji neurologicznej. Występowały na nim również okresowe niedobory pielęgniarek. Nie zatrudniano też fizjoterapeutów, logopedów i psychologów. Przy czym Szpital nie musiał zapewniać tego personelu oraz wymienionych sal i łóżek, gdyż są to wymagania skierowane jedynie do oddziałów udarowych.

Stwierdzona nieprawidłowość dotyczyła nierzetelnego zgłaszania poprzez System Zarządzania Obiegiem Informacji (dalej: SZOI) danych o dostępności i wyposażeniu w aparaturę medyczną poszczególnych oddziałów.

NIK zwraca również uwagę, że – z powodu braku odpowiedniej liczby lekarzy – część lekarzy świadczyło pracę od 31 godzin 35 minut do 55 godzin bez przerwy. Klauzula opt out[8] dopuszcza takie rozwiązanie w przypadku lekarzy świadczących pracę na podstawie umów cywilno-prawnych, jednak tak długi czas nieprzerwanej pracy mógł mieć wpływ na jakość świadczeń medycznych udzielanych przez tych lekarzy.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

OBSZAR

1. Przygotowanie szpitala do udzielenia świadczeń dotyczących leczenia udarów mózgu

Opis stanu faktycznego

1.1. Szpital funkcjonował jako szpital pierwszego stopnia podstawowego szpitalnego systemu zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. W jego strukturze znajdowało się osiem oddziałów[9]. W placówce funkcjonował m.in. Oddział Chorób Wewnętrznych, Szpitalny Oddział Ratunkowy oraz Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii Pacjentów, u których zdiagnozowano udar w trakcie hospitalizacji leczono na Oddziale Wewnętrznym.

OAiIT spełniał wymagania w zakresie organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych, określone w załączniku nr 3 część I, L.p. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie

---

[4] Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.
[5] Oddział dysponuje czterema stanowiskami intensywnej opieki medycznej w ramach pierwszego poziomu referencyjnego.
[6] Dz. U. z 2017 r. poz. 2295, ze zm. Rozporządzenie zwane dalej „rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych".
[7] Dz. U. poz. 595, ze zm.
[8] Jest to pisemne oświadczenie lekarza o wyrażeniu zgody na pracę w wymiarze przekraczającym przeciętnie 48 godzin tygodniowo w przyjętym okresie rozliczeniowym (może ono dotyczyć też innych pracowników świadczących dyżury medyczne).
[9] Pozostałe oddziały to: położniczo-ginekologiczny, chirurgiczny ogólny, chirurgii urazowo-ortopedycznej, pediatryczny oraz neonatologiczny.

świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego. W szczególności wszystkie stanowiska intensywnej terapii były wyposażone w aparaturę medyczną, zapewniającą ciągłe przyłóżkowe monitorowanie EKG, stały pomiar ciśnienia tętniczego krwi metodą nieinwazyjną, pomiar ośrodkowego ciśnienia żylnego krwi, intubację dotchawiczą i wentylację workiem samorozprężalnym, przedłużoną sztuczną wentylację płuc z zastosowaniem respiratora, regulację stężenia tlenu w respiratorze w zakresie 21–100%, terapię płynami infuzyjnymi z zastosowaniem pomp infuzyjnych, toaletę dróg oddechowych z zastosowaniem urządzeń ssących, monitorowanie temperatury ciała, pulsoksymetrię oraz kaponografię. Dostępne były przyłóżkowe aparaty RTG i USG, aparat do ciągłego leczenia nerkozastępczego. Zapewniono również możliwość wykonania stymulacji zewnętrznej pracy serca, a także realizację badań gazometrii, badań endoskopowych oraz biochemicznych i hematologicznych, w tym krzepnięcia krwi, próby krzyżowej i poziomu mleczanów.

Oddział spełniał też wymagania wskazane w § 18 ust. 1, § 19 i § 20 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Łóżka w pokojach pacjentów OAiIT były dostępne z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych, a odstępy między łóżkami zapewniały swobodny dostęp do pacjentów. Szerokość pokoju łóżkowego umożliwiała wyprowadzenie łóżka.

Świadczenia opieki zdrowotnej osobom z podejrzeniem udaru mózgu były udzielane w Oddziale Chorób Wewnętrznych[10], w zakresie stosownym do możliwości Szpitala. Pacjentów z tym schorzeniem, w celu dalszego ich leczenia, na ogół przekazywano do jednostek z oddziałami neurologii, co szerzej opisano w pkt 2.2 wystąpienia.

Wyposażenie oddziału w sprzęt i aparaturę medyczną odpowiadało wymogom zawartym w załączniku nr 3 część I, L.p. 14 rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego. W miejscu udzielania świadczeń znajdowały się kardiomonitor i aparat EKG 12-odprowadzeniowy, a w lokalizacji były dostępne Holter ciśnieniowy (ABPM), Holter EKG, aparat USG z opcją kolorowego Dopplera i tomograf komputerowy.

Oddział Chorób Wewnętrznych, jako typowy oddział internistyczny, nie miał wyodrębnionych sal i łóżek dla pacjentów ze zdiagnozowanym udarem mózgu, w szczególności nie wydzielono stanowisk intensywnej opieki medycznej dedykowanych dla krótkiego (od jednego do trzech dni) pobytu chorych w ciągu pierwszych dni po udarze, czy sal dla chorych z udarem mózgu w fazie podostrej przeznaczonych do wczesnej rehabilitacji neurologicznej, wyposażonych w nie mniej niż 12 stanowisk. Ponadto w lokalizacji nie było możliwe przeprowadzenia badania USG metodą Dopplera duplex, USG tętnic zewnątrz- i wewnątrzczaszkowych metodą Dopplera.

Oddział spełniał też wymagania określone w rozporządzeniu w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Łóżka znajdujące się w pokojach były dostępne z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych, a odstępy między nimi zapewniały swobodny dostęp do pacjentów. Pokoje łóżkowe miały bezpośredni dostęp do światła dziennego, były wyposażone w umywalkę z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie oraz pojemnik z ręcznikiem jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte ręczniki. Szerokość pokojów umożliwiała wyprowadzenie łóżka. Podłogi były wykonane z materiałów umożliwiających ich mycie i dezynfekcję, również połączenia ścian z podłogą wykonano w sposób zapewniający możliwość mycia i dezynfekcji. Szerokość drzwi w pomieszczeniach, przez które odbywał się ruch pacjentów na łóżkach, umożliwiała ten ruch.

Porównanie danych zgłoszonych do SZOI w zakresie wyposażenia z wykazem środków trwałych przypisanych SOR, Oddziałowi Chorób Wewnętrznych oraz OAiIT wykazało, że cześć wyposażenia była przypisana do innych oddziałów lub skasowana, co szczegółowo opisano w dalszej części wystąpienia, w sekcji „*Stwierdzone nieprawidłowości*".

(akta kontroli str. 8-198, 272-273)

[10] Na dzień 30 września 2020 r. oddział dysponował 30 łóżkami. W 2018 i 2019 roku oddział ten liczył 35 łóżek.

1.2. Analiza dokumentacji personelu medycznego świadczącego usługi medyczne na oddziałach OAiIT, Chorób Wewnętrznych oraz SOR w czerwcu 2018 r., lipcu 2019 r. oraz marcu 2020 r. wykazała, że miał on wymagane kwalifikacje, a Szpital zapewniał odpowiednią obsadę lekarzy na tych oddziałach, ratowników medycznych i pielęgniarek na SOR i OAiIT oraz pielęgniarek na Oddziale Chorób Wewnętrznych w czerwcu 2018 roku. Natomiast w lipcu 2019 i marcu 2020 roku liczba pielęgniarek na Oddziale Chorób Wewnętrznych nie spełniała wymogów przewidzianych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego. W miesiącach tych zatrudniano odpowiednio 16[11] oraz 20[12] pielęgniarek przy 35 i 30 dostępnych łóżkach na oddziale. Liczba etatów pielęgniarskich nie wypełniała zatem wymogów określonych w załączniku nr 3 część I Lp. 14 ww. rozporządzenia, zgodnie z którym m.in. na jedno łóżko przypadać powinien równoważnik 0,6 etatu. Uzyskano zaś równoważnik wynoszący kolejno 15,5 oraz 17,2 przy normie – 21 i 18 etatu. Nieskuteczne okazały się zabiegi Szpitala w celu pozyskania nowego personelu pielęgniarskiego. Od 17 maja 2017 roku na stronie internetowej[13] zamieszczone było (również w trakcie niniejszej kontroli) ogłoszenie o naborze na to stanowisko. Wobec długotrwałego braku efektów rekrutacji, Szpital podjął działania w celu zmniejszenia liczby łóżek na oddziale do 30[14] oraz zwrócił się do Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łomży[15] (dalej: ORPiP) o przywrócenie uprawnień pielęgniarskich osobie, która w ostatnich pięciu latach nie wykonywała zawodu, ale w okresie ostatnich sześciu miesięcy odbyła w Szpitalu przeszkolenie zgodne z ustalonym przez ORPiP harmonogramem.

Dyrektor wyjaśniła, że: *Powodem niespełnienia wymagań w postaci pokrycia liczby zatrudnionych pielęgniarek – równoważnika, co najmniej 0,6 etatu na łóżko (...) były trudności z pozyskaniem pracowników. Na rynku pracy brakowało wówczas osób wykonujących zawód pielęgniarki, co zostało zgłoszone do POW NFZ, który wyraził zgodę na okres dostosowawczy, umożliwiając tym samym podjęcie działań zmierzających do zapewnienia udzielania świadczeń w zgodności z obowiązującymi przepisami. Równocześnie z prowadzeniem poszukiwań nowych pracowników podjęto działania administracyjne zmierzające do zmniejszenia liczby łóżek (do 30) na Oddziale Chorób Wewnętrznych. Po uzyskaniu pozytywnej opinii Rady Powiatu Wysokomazowieckiego oraz Rady Społecznej Szpitala, a także zatrudnieniu dodatkowego personelu pielęgniarskiego* (wspomniana pielęgniarka, której przywrócono uprawnienia po przeszkoleniu – przyp. NIK), *od czerwca 2020 roku spełniamy wymagania przepisów prawa w zakresie normy 0,6 etatu pielęgniarskiego na łóżko.* (akta kontroli str. 199-204, 268-269)

W czerwcu 2018 roku Szpital zatrudniał na OAiIT ośmiu lekarzy ze specjalizacją w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, w tym dwóch na podstawie umowy o pracę (jednego na pełny etat, a kolejnego na ½ etatu) oraz sześciu na podstawie umów cywilnoprawnych. W czerwcu 2018 roku przepracowali oni 510 godz. 8 min, co pokrywało równoważnik dwóch etatów lekarzy specjalistów w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (320 godz.).

W miesiącu tym na oddziale pracowało także 11 pielęgniarek, z których cztery ukończyły specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, a siedem – kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki. Wszystkie pielęgniarki zatrudniano na umowę o pracę w pełnym wymiarze czasu pracy.

W lipcu 2019 roku Szpital na oddziale zatrudniał dziewięciu lekarzy ze specjalizacją w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, w tym jednego na podstawie umowy o pracę na pełny etat i ośmiu na podstawie umów cywilnoprawnych. W lipcu 2019 roku przepracowali oni 626 godz. 20 min, co pokrywało równoważnik dwóch etatów lekarzy specjalistów w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (320 godz.).

W miesiącu tym na oddziale pracowało też 11 pielęgniarek, z których cztery miały specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, a siedem

---

[11] W tym 15 w pełnym wymiarze czasu pracy, a jedną na ½ etatu.

[12] W tym 15 w pełnym wymiarze czasu pracy, dwie na ½ etatu, a kolejne trzy świadczyły usługi pielęgniarskie na podstawie umów cywilnoprawnych (60 godz. – 0,375 etatu, 60 godz. – 0,375 etatu i 77 godz. – 0,45 etatu).

[13] https://szpitalwysmaz.pl/pl/kariera/ofertypracy/pielegniarkapielegniarz.html (dostęp z 27 stycznia 2021 r.).

[14] W Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą nastąpiło to 18 czerwca 2020 r.

[15] Pismem z 15 kwietnia 2020 r.

ukończyło kurs kwalifikacyjny z tego zakresu. Wszystkie pielęgniarki zatrudniano na umowę o pracę w pełnym wymiarze czasu pracy.

W marcu 2020 roku Szpital zatrudniał na oddziale dziewięciu lekarzy ze specjalizacją w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, w tym jednego na podstawie umowy o pracę i ośmiu na podstawie umów cywilnoprawnych. W miesiącu tym przepracowali oni 627 godzin 40 minut, co pokrywało równoważnik dwóch etatów lekarzy specjalistów w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (320 godz.). Na oddziale pracowało też 12 pielęgniarek, z których cztery ukończyły specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, a osiem – kurs kwalifikacyjny w tej dziedzinie. Wszystkie pielęgniarki zatrudniano na umowę o pracę w pełnym wymiarze czasu pracy.

W czerwcu 2018 oraz lipcu 2019 roku na Oddział Chorób Wewnętrznych Szpital zatrudniał 11 lekarzy (w tym jedna lekarka przebywająca na urlopie macierzyńskim). Ośmiu z nich miało specjalizację w dziedzinie chorób wewnętrznych, a kolejny – I stopień specjalizacji (z chorób wewnętrznych, uzyskany w 1995 r. oraz II stopień specjalizacji z chorób płuc). Dwóch lekarzy było w trakcie specjalizacji (jeden z chorób wewnętrznych, a kolejny w zakresie kardiologii). Jeden z lekarzy przebywał na urlopie macierzyńskim i zatrudniony był na podstawie umowy o prace, a pozostałych dziesięciu świadczyło usługi medyczne na podstawie zawartych umów cywilnoprawnych. W czerwcu 2018 roku i lipcu 2019 roku przepracowali oni odpowiednio 1.149 godz. 20 minut i 1.327 godz., co pokrywało równoważnik dwóch etatów lekarzy w odpowiednich specjalizacjach (320 godz.).

W czerwcu 2018 roku na oddziale pracowało 20 pielęgniarek, z których sześć miało specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego, internistycznego, diabetologicznego, kardiologicznego, geriatrycznego lub opieki długoterminowej, a jedna –kurs kwalifikacyjny z opieki długoterminowej. Dwie kolejne pielęgniarki miały specjalizację z opieki paliatywnej, a pozostałe 11 nie ukończyło specjalizacji i kursów specjalizacyjnych. Wszystkie pielęgniarki zatrudniano na umowę o pracę w pełnym wymiarze czasu pracy. Natomiast w lipcu 2019 roku Szpital zatrudniał w oddziale 16 pielęgniarek, z których osiem miało specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego, internistycznego, diabetologicznego, kardiologicznego, geriatrycznego lub opieki długoterminowej, a jedna – kurs kwalifikacyjny z opieki długoterminowej. Dwie kolejne legitymowały się specjalizacją z opieki paliatywnej, a pozostałe pięć nie ukończyło specjalizacji i kursów specjalizacyjnych. Wszystkie pielęgniarki zatrudniano na umowę o pracę, w tym 15 w pełnym wymiarze czasu pracy, a jedną na ½ etatu.

W marcu 2020 roku Szpital zatrudniał na oddziale ośmiu lekarzy. Siedmiu z nich ukończyło specjalizację w dziedzinie chorób wewnętrznych, a kolejny – I stopień specjalizacji (z chorób wewnętrznych, uzyskany w 1995 roku oraz II stopień specjalizacji z chorób płuc). Jeden lekarz zatrudniony był na podstawie umowy o prace oraz dodatkowo świadczył on usługi medyczne na podstawie umowy cywilnoprawnej, a pozostałych sześciu pracowało na podstawie umów cywilnoprawnych. W marcu 2020 roku przepracowali oni 936 godz. 20 minut, co pokrywało równoważnik dwóch etatów lekarzy w odpowiednich specjalizacjach (320 godz.).

W tym miesiącu Szpital zatrudniał w oddziale 20 pielęgniarek, z których osiem miało specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego, internistycznego, diabetologicznego, kardiologicznego, geriatrycznego lub opieki długoterminowej, a jedna – kurs kwalifikacyjny z opieki długoterminowej. Dwie kolejne pielęgniarki ukończyły specjalizację z opieki paliatywnej, a pozostałe dziewięć nie ukończyło kursów specjalizacyjnych. W oddziale pracowało 17 pielęgniarek zatrudnionych na umowę o pracę, w tym 15 w pełnym wymiarze czasu pracy, a dwie na ½ etatu. Kolejne trzy świadczyły usługi pielęgniarskie na podstawie umów cywilnoprawnych (dwie po 60 godz. – 0,375 etatu i jedna 77 godz. – 0,45 etatu).

W czerwcu 2018 roku Szpital zatrudniał w SOR siedmiu lekarzy. Jeden z nich (ordynator oddziału) ukończył specjalizację w dziedzinie medycyny ratunkowej, czym spełniono wymogi § 12 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego

oddziału ratunkowego[16], obowiązujące od 1 lipca 2019 r. Kolejnych dwóch było w trakcie specjalizacji (odpowiednio anestezjologia i intensywna terapia oraz chirurgia naczyniowa). Również dwóch lekarzy miało specjalizację z chorób wewnętrznych, kolejny z chirurgii ogólnej, a ostatni nie miał specjalizacji. Jeden lekarz (ordynator oddziału) zatrudniony był na podstawie umowy o pracę oraz świadczył usługi medyczne na podstawie umowy cywilnoprawnej. Pozostałych sześciu świadczyło usługi medyczne na podstawie umów cywilnoprawnych.

W miesiącu tym na oddziale pracowało też 17 ratowników medycznych (na podstawie umowy o pracę) oraz 15 pielęgniarek, w tym 13 zatrudnionych na umowę o prace i dwie na podstawie umów cywilnoprawnych. Spośród pielęgniarek, trzy ukończyły specjalizację z pielęgniarstwa ratowniczego, a jedna kurs z tego zakresu. Kolejna miała specjalizację pielęgniarstwa zachowawczego i chirurgicznego, a pozostałe dziewięć nie ukończyło kursów specjalizacyjnych.

W lipcu 2019 roku Szpital zatrudniał na oddziale ośmiu lekarzy, w tym ordynatora, legitymującego się specjalizacją w dziedzinie medycyny ratunkowej. Dwóch lekarzy było w trakcie specjalizacji (z anestezjologii i intensywnej terapii oraz chirurgii naczyniowej). Kolejnych dwóch lekarzy miało specjalizację z chorób wewnętrznych, jeden – z chirurgii ogólnej, następny w zakresie medycyny rodzinnej i szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny ratunkowej, a ostatni nie miał specjalizacji. Ordynator oddziału zatrudniony był na podstawie umowy o pracę oraz świadczył usługi medyczne na podstawie umowy cywilnoprawnej. Pozostałych siedmiu świadczyło usługi medyczne na podstawie umów cywilnoprawnych.

W miesiącu tym na oddziale pracowało również 19 ratowników medycznych (18 na podstawie umów o pracę i jeden na podstawie umowy cywilnoprawnej) oraz 16 pielęgniarek, w tym 14 zatrudnianych na umowy o pracę i dwie na podstawie umów cywilnoprawnych. Spośród zatrudnionych pielęgniarek, dwie ukończyły specjalizację z pielęgniarstwa ratowniczego i jedna kurs kwalifikacyjny z tego zakresu, kolejne miały specjalizację z pielęgniarstwa zachowawczego i internistycznego, dwie – z pielęgniarstwa chirurgicznego, a dziewięć nie ukończyło kursów specjalizacyjnych i kwalifikacyjnych.

W marcu 2020 roku na SOR pracowało pięciu lekarzy. Dwóch z nich (w tym ordynator oddziału) ukończyło specjalizację w dziedzinie medycyny ratunkowej. Kolejnych dwóch było w trakcie specjalizacji (z anestezjologii i intensywnej terapii oraz chirurgii naczyniowej), a jeden nie miał specjalizacji. Świadczyli oni usługi medyczne na podstawie umów cywilnoprawnych.

W miesiącu tym na oddziale pracowało także 22 ratowników medycznych (16 na podstawie umów pracę i sześciu na podstawie umów cywilnoprawnych) oraz 14 pielęgniarek, w tym dziewięć zatrudnianych na umowę o pracę i pięć – na podstawie umów cywilnoprawnych. Spośród pielęgniarek, dwie miały specjalizację z pielęgniarstwa ratunkowego, a jedna kurs kwalifikacyjny z tego zakresu. Kolejne trzy ukończyły specjalizację z opieki paliatywnej, trzy następne z pielęgniarstwa chirurgicznego i z internistycznego. Cztery pielęgniarki nie legitymowały się specjalizacja i nie ukończy kursów kwalifikacyjnych.

Na oddziale tym w okresie objętym kontrolą nie zatrudniano rejestratorek medycznych ani innego personelu pomocniczego. Zadania z tego zakresu wykonywali ratownicy medyczni oraz pielęgniarki. W § 12 rozporządzenia w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego nie wskazano minimalnych wymagań dotyczących liczebności personelu na SOR, pozostawiając do oceny dyrektora szpitala zabezpieczenie prawidłowego funkcjonowania oddziału. (akta kontroli str. 199-202, 206)

1.3. Analiza czasu świadczenia usług medycznych świadczonych przez lekarzy zatrudnionych w czerwcu 2018, lipcu 2019 oraz marcu 2020 roku[17] na Oddziale Chorób Wewnętrznych wykazała, że spośród 11 lekarzy zatrudnionych w czerwcu 2018 i lipcu 2019 oraz ośmiu w marcu 2020 roku, czas pracy odpowiednio pięciu, trzech oraz dwóch lekarzy zatrudnionych na Oddziale Chodów Wewnętrznych wynosił nieprzerwalnie od 31 godz.

[16] Dz. U. poz. 1213 – akt wszedł w życie 1 lipca 2019 r. Rozporządzenie poprzedzone było rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 3 lipca 2011 r. w tej samej sprawie (Dz. U. z 2018 r. poz. 979).

[17] Na oddziale tym w czerwcu 2018 roku i lipcu 2029 roku zatrudniano po 11, a w marcu 2020 roku ośmiu lekarzy.

35 min. do 55 godz. 35 min. Zdaniem NIK taka organizacja czasu pracy może budzić wątpliwości, co do jakości i zapewnienia bezpieczeństwa w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych. Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że: *Czas pracy lekarzy (...) przekraczał 24 godz. na dobę, wskutek trudności w pozyskaniu lekarzy z odpowiednimi kwalifikacjami (specjalizacją), spełniającymi wymagania Narodowego Funduszu Zdrowia do zatrudnienia w Oddziale Chorób Wewnętrznych. Mała ilość lekarzy pracujących w Oddziale, wymusiła na Szpitalu konieczność zatrudnienia tych samych lekarzy na podstawie umowy o pracę i umowy cywilnoprawnej, bądź tylko samej umowie cywilnoprawnej zgodnie z warunkami stawianymi przez lekarzy. Czas pracy w ramach umowy cywilnoprawnej nie wymaga zachowania odpoczynków na dobę i przestrzegania przepisów kodeksu pracy. Dopuszcza możliwość pracy przekraczającej dobę. Ponadto wpływ na przekroczenie wymiaru czasu pracy spowodowały przypadki losowe, które wymusiły stosowanie zastępstwa w celu zachowania ciągłości udzielania świadczeń przez lekarzy.*

Zdaniem NIK niezapewnienie lekarzom odpowiedniego odpoczynku może mieć wpływ na jakość świadczonych przez nich usług medycznych, a w konsekwencji bezpieczeństwo pacjentów. (akta kontroli str. 203-204, 270-271)

1.4. Spośród 11 lekarzy zatrudnionych na Oddziale Chorób Wewnętrznych w czerwcu 2018 roku i lipcu 2019 roku oraz ośmiu w marcu 2020 roku, trzech w czerwcu 2018 roku oraz po dwóch w lipcu 2019 roku i marcu 2020 roku było w wieku emerytalnym. Natomiast wśród odpowiednio 20, 16 i 20 pielęgniarek zatrudnionych na oddziale w tych miesiącach dwie osiągnęły wiek emerytalny. (akta kontroli str. 205)

1.5. Od 19 grudnia 2017 r. Szpital całodobowo dysponował tomografem komputerowym[18]. Podpisano także umowę z podmiotem świadczącymi usługi w systemie teleradiologii w zakresie wykonywania opisów badań tomografii komputerowej[19]. Na przeprowadzanie pacjentom Szpitala oraz Poradni Neurologicznej konsultacji specjalistycznych z neurologii zawarto umowę z podmiotem zewnętrznym świadczącym usługi medyczne z tego zakresu[20]. Z kolei Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku na podstawie umowy z 1 października 2019 r. zobowiązał się do konsultacji lub hospitalizacji pacjentów skierowanych i pozostających pod opieką Szpitala m.in. w zakresie neurologii. (akta kontroli str. 206-258)

1.6. Kierownik apteki[21] szpitalnej wyjaśniła, że na stanie Oddziału Chorób Wewnętrznych znajdowało się pięć fiolek leku Alteplase inj. w dawce 20 mg, zakupionych w 2017 roku. Z uwagi na upływ terminu ważności, 30 kwietnia i 31 października 2019 r. zostały zutylizowane odpowiednio dwie i trzy fiolki. Dodała, że leki przekazywane są bezpośrednio na oddziały szpitalne zgodnie z zapotrzebowaniem. Natomiast Dyrektor Szpitala wyjaśniła: (...) *według założeń ówczesnego Ordynatora Oddziału Chorób Wewnętrznych lek Alteplase miał znajdować się na zabezpieczeniu Oddziału na wypadek, gdyby pacjenta (z przyczyn niezależnych od Szpitala) nie udało się na czas przekazać do ośrodka o wyższym stopniu referencyjności. Obecnie lekarz pełniący funkcję Ordynatora wymienionego oddziału nie pracuje w naszym Szpitalu, w związku z czym uzyskanie bardziej szczegółowych informacji nie jest możliwe.* (akta kontroli str. 259-265, 310-311)

Stwierdzone nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono nieprawidłowość, polegającą na nierzetelnym zgłaszaniu do SZOI danych o dostępności i wyposażeniu poszczególnych oddziałów. Wykazano, bowiem, że OAiIT dysponuje:

- bronchofiberoskopem[22] oraz siedmioma pompami infuzyjnymi[23], który to sprzęt w ewidencji środków trwałych przypisano do Bloku Operacyjnego (pięć sztuk) oraz do SOR (dwie sztuki),

---

[18] Urządzenie działa w ramach SOR.

[19] Umowa nr k/51 z 28 czerwca 2019 r. W okresie wcześniejszym wyniki badań tomografii komputerowej konsultowane były przez czterech lekarzy specjalistów w dziedzinie radiologii, zatrudnianych przez Szpital.

[20] Umowa nr 1 /KS/2014/V z 10 grudnia 2014 r. na udzielanie konsultacji specjalistycznych w zakresie neurologii w trybie planowym i nagłym.

[21] Apteka szpitalna jest czynna od poniedziałku do piątku w godz. od 7.00 do 14.35.

[22] Nr seryjny G111003.

[23] Nr seryjne: 288117, 288055, 288140, 288157, 288127, 288129, 288114.

– dwoma kardiomonitorami[24], które w ewidencji środków trwałych ujęto w Oddziale Chirurgii Ogólnej oraz skasowanymi pompą infuzyjną[25] i respiratorem[26].

Natomiast na wyposażeniu Oddziału Chorób Wewnętrznych wykazano skasowany kardiomonitor[27] i spirometr[28]. Jak zaś wynika z § 2 ust. 9 umowy nr 10-00-00504-17-33-03/08 z 2 października 2017 r. zawartej z POW NFZ, świadczeniodawca obowiązany jest 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. Błędne wykazywanie powyższej aparatury nie spowodowało niespełnienia wymagań dla poszczególnych oddziałów Szpitala, gdyż dysponowano podstawowym sprzętem wymienionym w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych. Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że: (...) *rok 2020 jest wyjątkowo trudny, jeśli chodzi organizację pracy szpitala. Epidemia COVID-19 znacząco ograniczyła sprawne funkcjonowanie komórek organizacyjnych, zarówno w zakresie personelu medycznego (lekarzy, pielęgniarek, pozostałego personelu), jak i pracowników administracji. Dodatkowo, w ostatnich kilku latach, w naszej jednostce miały miejsce liczne zmiany kadrowe i struktury organizacyjnej, co również negatywnie wpłynęło na sposób realizacji wyznaczonych zadań, w szczególności zmiany dotyczyły Działów zajmujących się zgłaszaniem do SZOI oraz nadzorowaniem wyposażenia poszczególnych Oddziałów, a także zakresu obowiązków poszczególnych osób kierujących pracownikami. W związku z powyższym błędy wynikały m.in. z nieprawidłowej komunikacji pomiędzy poszczególnymi komórkami organizacyjnymi w zakresie sprzętu skierowanego do kasacji. Jednocześnie informujemy, że mimo bieżącej sytuacji związanej z epidemią oraz wielu dodatkowych obowiązków z tym związanych, dołożymy wszelkich starań zmierzających do uporządkowania stanu faktycznego oraz uniknięcia podobnych sytuacji w przyszłości.* (akta kontroli str. 39-198, 206, 266-267)

OCENA CZĄSTKOWA

Szpital był właściwie przygotowany do wstępnego rozpoznania u pacjentów udaru mózgu i ustabilizowania ich stanu zdrowia. Dysponowano w tym zakresie odpowiednio przygotowanym i wykwalifikowanym personelem medycznym, możliwościami diagnostycznymi oraz podstawowym sprzętem i wyposażeniem. Leczenie w Szpitalu pacjentów z udarem mózgu nie było jednak uzasadnione, gdyż na kontrolowanych oddziałach nie zatrudniano m.in. logopedy, psychologa, nie wyodrębniono sali intensywnego nadzoru udaru mózgu oraz sal dla chorych z udarem mózgu w fazie „podostrej", przeznaczonych do wczesnej rehabilitacji neurologicznej (obowiązkowych dla placówek z oddziałami udarowymi). Na Oddziale Chorób Wewnętrznych występowały również okresowe niedobory pielęgniarek, a cześć lekarzy udzielało świadczeń dla pacjentów w wymiarze czasu, mogącym negatywnie wpływać na jakość i bezpieczeństwo opieki nad pacjentami udarowymi.

OBSZAR

2. Udzielanie leczenia i zapewnienie ciągłości leczenia w formie rehabilitacji neurologicznej

Opis stanu faktycznego

2.1. W Szpitalu nie opracowano wewnętrznych procedur opisujących sposób postępowania z pacjentem z podejrzeniem udaru mózgu, a jedynie postępowano zgodnie z ogólnymi zasadami przewidzianymi dla takich sytuacji. Dyrektor wyjaśniła, że: (...) *personel SOR zabezpiecza podstawowe funkcje życiowe pacjenta, lekarz dyżurny przeprowadza pełne badanie podmiotowe i przedmiotowe, a następnie decyduje o dalszym postępowaniu diagnostycznym. Pacjent jest przekazywany do Szpitala dysponującego oddziałem Neurologii/Udarowym, wystawiane jest zlecenie na transport na umownym druku zlecenia transportu. O wyborze właściwego oddziału udarowego, jak również rodzaju środka transporty decyduje stan kliniczny pacjenta oraz najkrótszy czas dotarcia.*

(akta kontroli str. 206, 268-269)

---

[24] Nr seryjne 3514 i 3513.
[25] Nr seryjny 1275/05.
[26] Nr seryjny G060200949.
[27] Nr seryjny 12113159.
[28] Nr seryjny 00204.

2.2. W okresie objętym kontrolą w Szpitalu funkcjonowało całodobowe laboratorium diagnostyczne, dysponował też własnym tomografem komputerowym – również dostępnym całodobowo. Badanie dokumentacji medycznej dziesięciu osób, u których w okresie objętym kontrolą w trakcie hospitalizacji rozpoznano udar mózgu wykazało, że:

- siedmiu pacjentów przyjęto w trybie nagłym – inne przypadki, dwóch w trybie nagłym w wyniku przekazania przez zespół ratownictwa medycznego, a kolejnego przeniesiono z innego Szpitala po przebytym zawale mózgu celem dalszego leczenia,
- u dziewięciu pacjentów udar mózgu wystąpił w trakcie hospitalizacji, a kolejnego pacjenta przeniesionego z innej placówki, gdzie – jak wyjaśniła Dyrektor Szpitala – (...) *chora została przyjęta z zejściowym zapaleniem płuc, które nie wymagało kontunuowania antybiotykoterapii, a z powodu dużych deficytów neurologicznych i objawów poudarowych kontynuowano leczenie przeciwobrzękowe i przeciwzakrzepowe, zgodnie z zaleceniami neurologów,*
- u ośmiu pacjentów wykonano[29] tomografię komputerową; jednego z dwóch pacjentów, któremu nie wykonano tego badania niezwłocznie skierowano do innego Szpitala, celem dalszego leczenia, a kolejnego – skierowano do dalszego leczenia w lecznictwie ambulatoryjnym),
- żadnemu pacjentowi nie podano leków trombolitycznych,
- w siedmiu przypadkach przeprowadzono konsultacje neurologiczne; w dwóch przypadkach odstąpiono od zasięgania porady specjalisty ze względu na skrajnie niepomyślne rokowania, a w kolejnym kontynuowano leczenia przebytego udaru,
- pięciu pacjentów po konsultacjach skierowano do innych szpitali z oddziałami udarowymi, celem dalszego leczenia, czterech pacjentów zmarło[30], a ostatniego zakwalifikowano do dalszego leczenia w zakładzie opiekuńczo-leczniczym,
- w pięciu przypadkach w dokumentacji medycznej nie odnotowano czasu wystąpienia pierwszych objawów udaru, co – zdaniem Dyrektor Szpitala – spowodowane było ciężkim stanem lub brakiem logicznego kontaktu z pacjentami,
- we wszystkich przypadkach sprawozdany do POW NFZ tryb przyjęcia i wypisu pacjentów oraz kody ICD-10 i IC-D9 wynikały z dokumentacji medycznej.

(akta kontroli str. 9-35, 206-207, 272-273, 308-309)

2.3. W okresie objętym kontrolą Szpital realizował transport sanitarny własnymi pojazdami[31] oraz miał podpisane trzy umowy z podmiotami zewnętrznymi w zakresie świadczenia tego rodzaju usług.

W umowie z 8 stycznia 2004 r.[32] nie określono czasu reakcji kontrahenta w celu realizacji usługi. W kolejnej z 1 czerwca 2018 r.[33] ustalono maksymalny czas rozpoczęcia usługi na trzy godziny, a w następnej[34] na 120 min. od zgłoszenia telefonicznego. W okresie objętym kontrolą odpowiednio 46, 44 i 22 osoby przewożono z rozpoznaniem udaru do innych placówek, celem podjęcia specjalistycznego leczenia. W rekomendacjach Polskiego Towarzystwa Neurologicznego występuje pojęcie tzw. „złotej godziny udarowej", tj. 60 min. od czasu wystąpienia objawów do dodarcia pacjenta do odpowiedniego szpitala. Dyrektor wyjaśniła, że: (...) *obecnie nie jest możliwe ustalenie przyczyny przedmiotowych zapisów ww. umowach na świadczenie usług transportu sanitarnego, bowiem osoba upoważniona w tamtym czasie do ich zawierania obecnie nie pracuje w Szpitalu. (...) nie znamy więc szczegółów dotyczących nawiązywania wymienionych umów. Z tego co mi*

---

[29] W trzech przypadkach od wystąpienie pierwszych objawów do wykonania badania TK upłynęło od 52 minut do 3 godzin 24 minut. W pozostałych pięciu przypadkach w okazanej dokumentacji medycznej nie ujęto godziny wystąpienia pierwszych objawów udaru.

[30] Nie stwierdzono, aby w tych przypadkach sposób postępowania z pacjentami różnił się w znaczący sposób od postępowania z pacjentami, którzy przeżyli. NIK nie odnosi się jednak do procesu leczenia pacjentów i zastosowanej terapii.

[31] W latach objętych kontrolą dysponowano trzema ambulansami typu P.

[32] Umowa nr 4/UU/2004 dotyczyła przejazdów ambulansami typu R i W. Aneksem z 1 marca 2004 r. umowę przedłużono na czas nieokreślony. Obowiązywała do 31 maja 2018 r.

[33] Umowa Nr 6/2018 obowiązywała do 9 czerwca 2019 r. obejmowała transport medyczny karetka typu S.

[34] Umowa z 10 czerwca 2019 r. na świadczenie usług transportu sanitarnego z zespołem lekarskim.

wiadomo wynegocjowano najlepsze możliwe warunki. Ponadto zwracam uwagę, że bazy firm mieściły się w Łomży i Białymstoku.

Analiza 30 przypadków (po 10 z poszczególnych lat objętych kontrolą) wykazała, że tylko raz czas od przyjęcia pacjenta na SOR do rozpoczęcia transportu do placówki dysponującej oddziałem neurologicznym wyniósł 20 min. W pozostałych 29 wynosił od jednej do ponad pięciu godzin. Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że: (...) *wynika to w dużej mierze z faktu, iż czas przyjęcia pacjenta w SOR nie jest równoznaczny z postanowieniem rozpoznania dotyczącego podejrzenia udaru i rozpoczęcia procesu transportu – podczas przyjęcia w SOR często istnieje konieczność wykluczenia innych przyczyn, zdarzają się pacjenci z objawami niejednoznacznymi, tzn. sugerującymi inna jednostkę chorobową, wykonywana jest diagnostyka, bywają sytuacje, w których kierując się dobrem pacjenta, należy w pierwszej konieczności zabezpieczyć podstawowe funkcje życiowe. Dodatkowym czynnikiem mającym wpływ na czas realizacji, a jednocześnie powodem korzystania z transportu własnego Szpitala zamiast z usług podmiotów zewnętrznych były utrudnienia i wydłużenie czasy transportu (w szczególności trudności dotyczyły umowy zawartej z firma zewnętrzną dnia 1 czerwca 2018 r. – na podstawie naruszania podstawowych zapisów umowy, została ona wypowiedziana). Zapewniamy, że udzielając świadczeń zdrowotnych dokładamy wszelkich starań, aby zapewnić terminowe i bezpieczne warunki transportu pacjentów, kierując się dobrem pacjenta oraz wskazaniami medycznymi.*

Od kwietnia 2020 roku transport osób z zdiagnozowanymi udarami realizował podmiot wybrany przez POW NFZ. W opinii Szpitala współpraca ta jest oceniana na poziomie dobrym. (akta kontroli str. 206, 268-269, 273-298, 305-307)

2.4. Szpital nie miał oddziału rehabilitacji neurologicznej oraz nie współpracował z podmiotami świadczącymi usługi z tego zakresu. W analizowanej dokumentacji medycznej dziesięciu hospitalizowanych osób, u których w okresie objętym kontrolą rozpoznano udar mózgu nie było zapisów świadczących o prowadzeniu wczesnej rehabilitacji neurologicznej. Dyrektor wyjaśniła, że w przypadku omawianych pacjentów nie prowadzono rehabilitacji neurologicznej, bowiem byli oni przyjęci do Szpitala na podstawie innego rozpoznania niż udar, który został zdiagnozowany w trakcie hospitalizacji. Następnie kontynuacja leczenia pięciu z nich odbywała się w ośrodkach specjalistycznych, w czterech przypadkach nastąpił zgon, a jeden został skierowany do ZOL. (akta kontroli str. 9-35, 206, 270-272)

2.5. W okresie objętym kontrolą w Szpitalu POW NFZ oraz konsultant wojewódzki z dziedziny neurologii nie prowadzili kontroli leczenia udarów oraz wyposażenia oddziałów Chorób Wewnętrznych oraz Anestezjologii i Intensywnej Terapii. (akta kontroli str. 206)

2.6. Wartość świadczeń udzielonych pacjentom leczonym w związku z udarem mózgu wynosiła w latach 2018–2020 (do 30 września) kolejno: 4.002 zł, 4.411,68 zł i 13.481,45 zł. Cena jednostki rozliczeniowej w tych latach wynosiła odpowiednio: 1 zł, 1,04 zł i 1,03 zł oraz 1,02 zł od 1 lipca 2020 r. Odnosząc się do zmiany sposobu finasowania świadczeń medycznych od października 2017 roku i ich opłacania w formie ryczałtu, Dyrektor wyjaśniła: (...) *przypadki dotyczyły pacjentów przyjętych z innym rozpoznaniem, u których w trakcie hospitalizacji stwierdzono wystąpienie udaru. Ponadto szpital Ogólny w Wysokiem Mazowieckiem nie posiada specjalistycznego oddziału dedykowanego leczeniu udarów. Trudno zatem określić negatywne lub pozytywne skutki wprowadzenia rozliczania ryczałtowego w kontekście leczenia udarów w naszej jednostce.* Dodała, że Szpital nie prowadzi leczenia udarów na szeroka skalę, w związku z tym finansowanie pojedynczych świadczeń z tego tytułu ma niewielki wpływ na jego ogólną sytuacje finansową.

Wyjaśniła także, (...) *że obecnie wszystkie oddziały tutejszego Szpitala funkcjonują w systemie wzmożonego reżimu sanitarnego. Epidemia Sars-Cov-2 nie stanowi przeszkody w leczeniu/diagnozowaniu pacjentów z powodu udaru mózgu, gdyż wypracowane procedury zgodnie z aktualną strategią walki z COVID, zapewniają udzielenie pomocy w oddziałach neurologicznych, zarówno dla pacjentów podejrzanych o zakażenie Sars-CoV-2, jak i pacjentów z pozytywnym lub negatywnym wynikiem testu.*

(akta kontroli str. 268-269, 289-290, 299-304)

Stwierdzone nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

OCENA CZĄSTKOWA

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia zapewnienie przez Szpital niezwłocznej diagnostyki i organizacji transportu pacjentów z podejrzeniem udaru mózgu do wyspecjalizowanych placówek. Szpital nie prowadził rehabilitacji neurologicznej pacjentów z rozpoznanym udarem mózgu oraz nie współpracował z podmiotami świadczącymi usługi z tego zakresu, do czego nie był jednak zobowiązany w odróżnieniu od szpitali z oddziałami udarowymi.

IV. Wnioski

Wnioski

W związku z stwierdzoną nieprawidłowością, Najwyższa Izba Kontroli na podstawie art. 53 ust 1 pkt 5 ustawy o NIK, wnosi o rzetelne zgłaszanie do SZOI danych o wyposażeniu dostępnym na poszczególnych oddziałach Szpitala.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia zastrzeżeń

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

Obowiązek poinformowania NIK o sposobie wykonania wniosków

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

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

Białystok, 8 lutego 2021 r.

Kontroler:

Piotr Jurkin
specjalista kontroli państwowej

.....
podpis

p.o. DYREKTORA DELEGATURY
Najwyższej Izby Kontroli w Białymstoku
z up. p.o. WICEDYREKTORA
Robert Skwarko

.....
podpis