468

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Białymstoku

LBI.410.015.04.2020

01378020

Pan Jarosław Pokoleńczuk
Dyrektor Szpitala Wojewódzkiego
im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego
w Łomży
Szpital Wojewódzki im. Kardynała Stefana
Wyszyńskiego w Łomży
Al. J. Piłsudskiego 11, 18-404 Łomża

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

470

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Szpital Wojewódzki im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży, Al. J. Piłsudskiego 11, 18-404 Łomża
Kierownik jednostki kontrolowanej	Jarosław Pokoleńczuk, dyrektor Szpitala[1] od 1.06.2020 r. Wcześniej funkcję dyrektora pełnili: Jacek Roleder, dyrektor od 16.03 do 31.05.2020 r., Joanna Chilińska pełniąca obowiązki dyrektora od 1.02 do 15.03.2020 r., Mariusz Obrycki, dyrektor od 15.04.2019 r. do 31.03.2020 r., Joanna Chilińska, pełniąca obowiązki dyrektora od 20.03 do 14.04.2019 r., Hanna Majewska-Dąbrowska, pełniąca obowiązki dyrektora od 30.01 do 19.03.2019 r. i Roman Eugeniusz Nojszewski, dyrektor od 21.07.2017 r. do 29.01.2019 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	Funkcjonowanie systemu leczenia pacjentów z udarem mózgu w województwie podlaskim
Okres objęty kontrolą	1 stycznia 2018 r. – 30 września 2020 r., 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[2]
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Białymstoku
Kontrolerzy	Marek Skorupski, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LBI/140/2020 z 21.10.2020 r. (akta kontroli str. 1)

[1] Dalej zwany też: Dyrektorem.
[2] Dz. U. z 2020 r. poz. 1200. Ustawa zwana dalej: *ustawą o NIK*.

II. Ocena ogólna[3] kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Szpital skutecznie zapewniał leczenie pacjentów z udarem mózgu. Chorych na bieżąco diagnozowano, w tym wykonywano badania tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego[4]. Gdy było to możliwe wdrażano leczenie trombolityczne. Prowadzono też wczesną rehabilitację neurologiczną na Pododdziale Udarowym oraz po zakończeniu ostrej fazy udaru: na Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej lub kierując pacjentów do innych placówek.

Oddział Neurologiczny oraz Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii wyposażono stosownie do wymagań rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego*[5]. Zapewniono całodobową obsadę lekarzy, w tym specjalistów w dziedzinie neurologii oraz anestezjologii i intensywnej terapii w liczbie określonej w tym rozporządzeniu. Jednak w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w styczniu 2018 roku i w latach 2019–2020 (do 30.09) liczba pielęgniarek była mniejsza od minimalnej obsady określonej zarządzeniem Dyrektora Szpitala. Ponadto w Oddziale Neurologicznym od 12.02 przygotowanych było 28 zamiast 29 łóżek wskazanych w RPWDL[6] (w czasie leczenia pacjentów z podejrzeniem zakażenia lub zakażonych COVID-19 było to uzasadnione warunkami lokalowymi). Stwierdzono też nieprawidłowość, polegającą na przekazaniu przez Szpital do Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia[7] niezgodnych ze stanem faktycznym danych o trybie przyjęcia dwóch pacjentów.

NIK zwraca również uwagę, że – z powodu braku odpowiedniej liczby lekarzy – zatrudnieni na umowy cywilno-prawne lekarze Oddziału Neurologicznego świadczyli pracę od 31 godzin 35 minut do 55 godzin bez przerwy. Zapisy tych umów dopuszczały takie rozwiązanie, 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 szpitali do udzielania świadczeń dotyczących leczenia udarów mózgu

Opis stanu faktycznego

1.1. Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii[8] (II poziom referencyjny) spełniał wymogi rozporządzenia *ws. świadczeń gwarantowanych*[9]. Stanowiska intensywnej terapii były wyposażone w niezbędną aparaturę medyczną, pozwalającą m.in. na ciągłe przyłóżkowe monitorowanie EKG, stały pomiar ciśnienia tętniczego krwi i pomiar ośrodkowego ciśnienia żylnego krwi. W miejscu udzielania świadczeń zapewniono też monitorowanie ciśnienia w tętnicy płucnej i pomiar rzutu serca. W lokalizacji zagwarantowano m.in. prowadzenie diagnostyki USG, RTG, tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego, wykonywanie badań laboratoryjnych, gazometrii, badań biochemicznych i hematologicznych. OAiIT spełniał też wymagania § 18 ust. 1, § 19 i § 20 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. *w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą*[10]. Łóżka w salach chorych były dostępne z trzech stron (w tym dwóch dłuższych), odstępy między nimi zapewniały swobodny dostęp do pacjentów, a szerokość sal

---

[3] Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, negatywną albo w formie opisowej.
[4] Dalej odpowiednio: TK i MR.
[5] Dz. U. z 2017 r. poz. 2295, ze zm. Rozporządzenie zwane dalej *rozporządzeniem ws. świadczeń gwarantowanych*.
[6] Rejestr Podmiotów Prowadzących Działalność Leczniczą.
[7] Dalej: *POW NFZ*.
[8] Dalej też: *OAiIT*.
[9] Załącznik nr 3 Warunki szczegółowe realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, Część I. Warunki szczegółowe, jakie powinni spełnić świadczeniodawcy przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej, Lp. 3 Anestezjologia i intensywna terapia / Anestezjologia i intensywna terapia dla dzieci – drugi poziom referencyjny (Dz. U. z 2017 r. poz. 2295).
[10] Dz. U. poz. 595, ze zm. Rozporządzenie poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w tej samej sprawie (Dz. U. poz. 739), zwane dalej: *rozporządzeniem ws. pomieszczeń*.

472

umożliwiała wyprowadzenie łóżka. Analizowane wyposażenie oddziału zgłoszone do POW NFZ w elektronicznym Systemie Zarządzania Obiegiem Informacji (SZOI) właściwie ujęto w księgach inwentarzowych Szpitala. (akta kontroli str. 9-57)

1.2. Pododdział Udarowy dysponował czterema łóżkami intensywnej opieki medycznej i kolejnymi 12 łóżkami dla chorych z udarem mózgu w fazie „podostrej", przeznaczonych do wczesnej rehabilitacji neurologicznej. W pozostałej części Oddziału Neurologicznego zapewniono od 20 do 12 łóżek (co szerzej przedstawiono w punkcie 1.3). Taka organizacja udzielania świadczeń spełniała wymagania rozporządzenia *ws. świadczeń gwarantowanych*[11]. Pododdział Udarowy wyposażono m.in. w holter EKG, holter ciśnieniowy (ABPM), zapewniono możliwość wykonywania badań USG z opcją kolorowego Dopplera i metodą Doppler Duplex, TK i MR oraz badań laboratoryjnych. Poddział Udarowy spełniał też wymagania § 18 ust. 1, § 19 i § 20 rozporządzenia *ws. pomieszczeń*. Łóżka w salach chorych były dostępne z trzech stron (w tym dwóch dłuższych), odstępy między nimi zapewniały swobodny dostęp do pacjentów, a szerokość sal umożliwiała wyprowadzenie łóżka. Analizowane wyposażenie oddziału zgłoszone do NFZ w SZOI właściwie ujęto w księgach inwentarzowych Szpitala. (akta kontroli str. 58-77)

1.3. W Oddziale Neurologicznym z Pododdziałem Udarowym w maju 2018 r., styczniu 2019 r. i w marcu 2020 r.[12] zapewniono równoważnik czterech etatów specjalisty w dziedzinie neurologii[13] i dostępność anestezjologa w lokalizacji. Praca lekarzy w Poradni Neurologicznej dla Dorosłych i Poradni Neurologicznej dla Dzieci nie powodowała niespełnienia wymogów obsady na oddziale. W maju 2018 r. i marcu 2020 r. w Pododdziale Udarowym zorganizowano po 12 etatów pielęgniarek oraz w marcu 2020 r. w pozostałej części Oddziału Neurologicznego – 0,62 etatu pielęgniarki na jedno łóżko. Zatrudniano też fizjoterapeutów w wymiarze kolejno 4, 5 i 4,5 etatów, logopedów w wymiarze kolejno 0,6, 0,5 i 0,5 etatu oraz psychologów na 0,5, 0,6 i 0,5 etatu. Tym samym przygotowano obsadę wymaganą rozporządzeniem *ws. świadczeń gwarantowanych*[14]. We wszystkich badanych miesiącach liczba pielęgniarek spełniała zaś wymóg zarządzenia Dyrektora z 5.04.2017 r. ws. ustalenia minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek[15].

Od 1.01 do 20.02.2019 r.[16] na Oddziale Neurologicznym nie zatrudniano pielęgniarek w liczbie wymaganej rozporządzeniem *ws. świadczeń gwarantowanych*. Na Pododdziale Udarowym z czterema łóżkami intensywnej opieki medycznej i 12 łóżkami wczesnej rehabilitacji neurologicznej należało zapewnić równoważnik 10 etatów[17], a na pozostałej części Oddziału Neurologicznego z 20 łóżkami – równoważnik 12 etatów[18]. Tym samym łącznie należało zabezpieczyć równoważnik 22 etatów. Tymczasem na oddziale w tym okresie zatrudniano 19 pielęgniarek (każdą na pełny etat). Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa i Z-ca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa wyjaśniły, że pomimo prowadzenia ciągłej rekrutacji na stanowisko pielęgniarki i wystąpienia z 11.02.2019 r. do POW NFZ o okres dostosowawczy[19], Szpital nie pozyskał nowych pielęgniarek. W związku z tym 4.02.2019 r. zmieniono Regulamin Organizacyjny i 13.02.2019 r. wystąpiono do Wojewody Podlaskiego o zmniejszenie liczby łóżek w Oddziale Neurologicznym. Zgodnie z danymi w RPWDL liczbę

---

[11] Załącznik nr 3 jw., Lp. 30 Neurologia i załącznik nr 4 Wykaz świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, które są udzielane po spełnieniu dodatkowych warunków ich realizacji oraz dodatkowe warunki realizacji tych świadczeń, Lp. 2 Leczenie udaru mózgu w oddziale udarowym.

[12] Wybrano losowo jeden miesiąc w każdym roku objętym kontrolą. W przypadku stwierdzenia stanów nieprawidłowych rozszerzono okres objęty kontrolą.

[13] Nie dotyczy dyżuru medycznego.

[14] Załącznik nr 3, część I, Lp. 30 *Neurologia* i Załącznik nr 4, Lp. 2 *Leczenie udaru mózgu w oddziale udarowym.*

[15] Zarządzenie Wewnętrzne Nr 66/2017 Dyrektora Szpitala Wojewódzkiego im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży z dnia 5.04.2017 r. *w sprawie ustalenia minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek w Szpitalu Wojewódzkim im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży.*

[16] Zbadano styczeń oraz następujący po nim okres, po upływie którego spełniono wymóg zatrudnienia odpowiedniej liczby pielęgniarek.

[17] Tj. jeden etat na łóżko intensywnej opieki medycznej i jeden etat na dwa łóżka wczesnej rehabilitacji neurologicznej.

[18] Tj. 0,6 etatu na jedno łóżko.

[19] W odpowiedzi z 19.02.2020 r. POW NFZ m.in. wezwał do uszczegółowienia wniosku i analizy zatrudnienia pielęgniarek w kontekście zarejestrowanej liczby łóżek w poszczególnych oddziałach.

łóżek na pozostałej części Oddziału Neurologicznego zmniejszono z 20 do 13 od 21.02.2019 r. i tym samym osiągnięto wymagany stan zatrudnienia pielęgniarek na jedno łóżko. (akta kontroli str. 78-139, 226)

W Szpitalnym Oddziale Ratunkowym[20] udzielano świadczeń zdrowotnych 24 godziny na dobę we wszystkie dni tygodnia. Lekarzem kierującym SOR był specjalista w dziedzinie medycyny ratunkowej, a pielęgniarką oddziałową – pielęgniarka systemu, specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, koordynująca pracę pielęgniarek, ratowników medycznych i rejestratorek medycznych, z wyższym wykształceniem i ponad pięcioletnim stażem pracy w SOR. Zapewniono tym samym obsadę personelu medycznego wymaganą w ustawie z dnia 8 września 2006 r. *o Państwowym Ratownictwie Medycznym*[21] i w § 12 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. *w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego*[22]. W rozporządzeniu tym nie wskazano minimalnych wymagań dotyczących liczebności personelu na SOR, pozostawiając do oceny dyrektora szpitala, aby *„zabezpieczyć prawidłowe funkcjonowanie oddziału"*. Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa i koordynator SOR wyjaśniła, że obsada lekarzy, ratowników medycznych, rejestratorek medycznych i personelu pomocniczego zabezpieczała prawidłowe funkcjonowanie tego oddziału. W maju 2018 r., styczniu 2019 r. i w marcu 2020 r. zapewniono 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. W SOR nie zapewniono jednak liczby pielęgniarek wymaganej powołanym zarządzeniem Dyrektora z 5.04.2017 r. *ws. ustalenia minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek*, co przedstawiono w dalszej treści niniejszego wystąpienia, w sekcji Stwierdzone nieprawidłowości. (akta kontroli str. 78, 140-182)

W OAiIT zapewniono obsadę lekarzy wymaganą rozporządzeniem *ws. świadczeń gwarantowanych*[23], w tym m.in. równoważnik co najmniej czterech etatów specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii. Wyodrębniono też całodobową opiekę takiego specjalisty przez siedem dni w tygodniu. Spełniono też wymogi zarządzenia Dyrektora z 5.04.2017 r. *ws. ustalenia minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek* i wyodrębniono całodobową opiekę pielęgniarską. Od 1.01.2019 r. liczba pielęgniarek przekraczała próg 2,22 etatu na jedno stanowisko intensywnej terapii oraz zapewniono co najmniej cztery etaty specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki. (akta kontroli str. 183-199)

W okresie objętym kontrolą nie uległa zmianie liczba łóżek w Pododdziale Udarowym (przygotowano ich 16). W pozostałej części Oddziału Neurologicznego od 1.01.2018 r. do 20.02.2019 r. było 20 łóżek, a 21.02.2019 r. liczbę łóżek zmniejszono do 13. Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśniła, że wynikło to z braku możliwości spełnienia wymogów rozporządzenia *ws. świadczeń gwarantowanych*, podyktowanego brakiem możliwości pozyskania dodatkowych pielęgniarek do pracy. W dniu 11.02.2020 r. faktyczną liczbę łóżek zmniejszono do 28. Jak wyjaśniła Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa, od czasu rozpoczęcia przyjmowania ona oddziale pacjentów z podejrzeniem zarażenia lub zarażonych COVID-19 było to uzasadnione warunkami lokalowymi (w oddziale była wykonana dodatkowa śluza). Sprawę zmniejszenia liczby łóżek od 11.02 do 12.03.2020 r. przedstawiono w dalszej części wystąpienia, w sekcji Stwierdzone nieprawidłowości. (akta kontroli str. 9, 200, 236, 239, 242-244)

W OAiIT od 1.01.2018 r. do 23.05.2019 r. było 12 łóżek, zaś od 24.05.2019 r. – 10 łóżek. Wg wniosku z 22.05.2019 r. Dyrektora Szpitala do Podlaskiego Urzędu Wojewódzkiego w Białymstoku o zmniejszenie liczby łóżek oddziału w RPWDL, było to związane

[20] Dalej też: *SOR*.
[21] Dz. U. z 2020 r. poz. 882, ze zm. Ustawa zwana dalej: *ustawą o PRM*.
[22] Dz. U. poz. 1213, ze zm. Rozporządzenie zwane dalej: *rozporządzeniem ws. SOR*.
[23] Załącznik nr 3, część I, Lp. 30 *Neurologia*.

473

z ograniczeniem łącznej liczby łóżek w Szpitalu w lutym 2019 r.[24] i małą liczbą zatrudnianych lekarzy anestezjologów[25]. (akta kontroli str. 9, 218)

Odnośnie pracy oddziałów zajmujących się pacjentami z podejrzeniem udaru mózgu[26] (Oddział Neurologiczny, SOR, OAiIT, Oddział Rehabilitacji Neurologicznej), z uwagi na przyjęcia pacjentów z podejrzeniem lub zakażeniem COVID-19 i zagrożeń dla pacjentów leczonych z powodu udaru, Dyrektor wyjaśnił m.in., że:

- W OAiIT w 2020 roku było hospitalizowanych około pięciu pacjentów z rozpoznaniem udaru mózgu. Pandemia COVID-19 nie miała wpływu na przebieg leczenia i stosowane procedury u tych pacjentów. Oddział ma problem z przekazywaniem pacjentów do placówek opiekuńczo-leczniczych po zakończeniu leczenia, zwłaszcza gdy pacjent wymaga respiratoroterapii przewlekłej. Wynika to ze zbyt małej ilości takich placówek, pandemia uwydatniła ten problem jeszcze bardziej.
- W SOR wydzielono strefę z izolatkami dla pacjentów z podejrzeniem lub zakażeniem tym wirusem.
- W Oddziale Neurologicznym, gdy działał on jako oddział hybrydowy (16.09–6.10.2020 r.), zapewniono przystosowanie do izolacji kontaktowej i powietrznej pacjentów zakażonych i niezakażonych COVID-19 oraz wdrożono procedurę *„Zapobieganie rozprzestrzenianiu się zakażenia wirusem SARS-CoV-2 w Oddziale Neurologicznym i Pododdziale Udarowym"*[27]. Obecnie Pododdział Udarowy dedykowany jest wyłącznie pacjentom zakażonym, w związku z czym pacjenci z podejrzeniem / rozpoznanym udarem z ujemnym wynikiem testu PCR hospitalizowani są w różnych, często odległych placówkach. W okresie sprzed pandemii współpraca i kompleksowa opieka nad pacjentem udarowym pomiędzy zaangażowanymi w ten proces oddziałami przebiegała płynnie. Teraz tylko pojedyncze przypadki pacjentów po przebytym udarze są zgłaszane i przekierowywane do usprawniania w Szpitalu. (akta kontroli str. 260-261)

1.4. W Oddziale Neurologicznym oraz w Poradni Neurologicznej dla Dorosłych i Poradni Neurologicznej dla Dzieci za maj i sierpień 2018 r., styczeń i grudzień 2019 r. oraz luty i marzec 2020 r. lekarze zatrudnieni na umowy o pracę mieli w każdej dobie co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku, zgodnie z wymogiem art. 97 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej*[28]. W 103 przypadkach czterej lekarze zatrudnieni na umowy cywilno-prawne pracowali bez przerwy przez ponad 24 godziny. Wynikało to z udzielania świadczeń zdrowotnych:

- przez dwa kolejne dni, między którymi lekarze pełnili dyżur nocny lub udzielania tych świadczeń w ciągu dnia bezpośrednio po dyżurze całodobowym – w 99 takich przypadkach każdy z lekarzy pracował bez przerwy przez 31 godzin i 35 minut,
- przez trzy kolejne dni, między którymi lekarz pełnił dwa dyżury nocne lub pełnienia dwóch kolejnych dyżurów całodobowych, bezpośrednio po których udzielano świadczeń w ciągu dnia – w czterech takich przypadkach dwóch lekarzy pracowało bez przerwy przez 55 godzin i 35 minut.

Ten czas pracy dotyczył 71%[29] analizowanych dyżurów lekarskich. Jak wyjaśniła koordynator Oddziału Neurologicznego, podczas dyżuru nocnego lekarz ma około trzy do pięciu godzin przerw w pracy, przy czym nie jest to odpoczynek efektywny. Zdaniem NIK taka organizacja pracy może budzić wątpliwości co do jakości świadczeń medycznych i zagwarantowania bezpieczeństwa pacjentów, w związku z nadmiernym obciążeniem pracą lekarzy i niezapewnieniem im odpowiedniego odpoczynku. Dyrektor wyjaśnił, że:

- taki czas pracy wynikał z harmonogramu pracy ustalonego przez koordynatora oddziału,

---

[24] Po dokonanym zmniejszeniu liczba łóżek na OAiIT spełniała wymóg określony w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. *w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii* (Dz. U. z 2020 r. poz. 940, ze zm.). Zgodnie z tym rozporządzeniem, liczba łóżek OAiIT ma stanowić co najmniej 2% ogólnej liczby łóżek.

[25] Dotychczasowe łóżka w OAiIT były wykorzystane w 74%.

[26] Dalej też: *udaru*.

[27] Procedurę opracował zespół kontroli zakażeń szpitalnych.

[28] Dz. U. z 2020 r. poz. 295, ze zm.

[29] Tj. 109 spośród 151.

- wymienieni lekarze są zatrudnieni na umowy cywilno-prawne, które nie przewidują obligatoryjnego „schodzenia po dyżurze", jak to ma miejsce w przypadku dyżurów z umowy o pracę – z tym że koordynator może zaakceptować zejście po szczególnie ciężkim dyżurze,
- inny harmonogram pracy nie zapewniłby opieki nad pacjentami hospitalizowanymi na Oddziale Neurologicznym, konsultowanymi w SOR i przyjęć w Poradni Neurologicznej dla Dorosłych. W Oddziale Neurologicznym zatrudnionych jest czterech lekarzy neurologów i jeden rezydent, nie ma perspektyw na zwiększenie zatrudnienia.

Koordynator Oddziału Neurologicznego dodała, że harmonogram pracy ustalała we współpracy ze wszystkimi lekarzami. (akta kontroli str. 263-275)

1.5. Na dzień 30.09.2020 r. w Oddziale Neurologicznym pracowało siedmiu lekarzy, którzy nie osiągnęli wieku emerytalnego i jeden lekarz w wieku emerytalnym. Tym samym udział personelu w wieku emerytalnym stanowił 12,5% ogółu lekarzy. Sześciu lekarzy było specjalistami w dziedzinie neurologii, a dwóch było w trakcie takiej specjalizacji. (akta kontroli str. 276)

1.6. Lek trombolityczny alteplaza (*Actilyse*) przechowywano zarówno w Aptece Szpitalnej[30], jak i w apteczce Oddziału Neurologicznego. Od 1.01.2018 r. do 30.09.2020 r. stan magazynowy tego leku w Aptece wynosił od 90 mg do 560 mg, a przez 16 dni[31] – od 0 do 80 mg[32]. Kierownik Apteki wyjaśniła m.in., że mała ilość leku w Aptece mogła wynikać z wydania leku na oddział lub z oczekiwania na zamówiony lek z hurtowni oraz że w umowach na dostawy leków zawarty jest zapis o dostarczeniu leku w ciągu 12 godzin na cito, co było realizowane. (akta kontroli str. 277-290)

Apteka funkcjonowała od poniedziałku do piątku w godzinach 8.00–15.35. Zgodnie z zarządzeniem Dyrektora *„Księga procedur aptecznych"*[33], obrót lekami między Apteką a Oddziałem Neurologicznym[34] odbywał się na podstawie zamówień składanych w systemie informatycznym w Aptece przez oddział, a odbiór leków możliwy był w godzinach pracy Apteki. W celu pilnego pozyskania leku poza tymi godzinami, lekarz dyżurny mógł zadzwonić do kierownika Apteki / z-cy kierownika / mgr farmacji upoważnionego przez kierownika i zgłosić pilne zapotrzebowanie na lek. Jeśli lek był w Aptece, jedna z tych osób miała przyjechać celem jego wydania, a jeśli nie – zamówić lek w hurtowni farmaceutycznej (w godzinach pracy takich hurtowni) lub skontaktować się ze wskazanym w księdze numerów telefonów *„Na Ratunek Życia"* (po godzinach pracy hurtowni farmaceutycznych). Kierownik Apteki wyjaśniła, że: *„przypadki kontaktu Oddziału Neurologicznego po godzinach pracy Apteki były wyjątkowe, gdyż z uwagi na godziny pracy Apteki oddział ten miał niezbędny zapas leku"*. Księga przewidywała też możliwość pożyczenia leku z sąsiedniego szpitala. Szpital w Łomży miał zawartą umowę ze Szpitalem w Suwałkach ws. wzajemnego użyczania leków w wyjątkowych sytuacjach losowych. (akta kontroli str. 291-296, 444)

Ustalony w toku inwentaryzacji stan leku w apteczce Oddziału Neurologicznego na dzień 1.06.2018 r. i 1.05.2020 r. wynosił kolejno 230 mg i 330 mg. Pielęgniarka oddziałowa wyjaśniła m.in., że:

- zawsze starała się mieć w apteczce oddziałowej minimum 270 mg alteplazy, aby zapewnić możliwość podania leku co najmniej trzem pacjentom,
- nie jest dostępna informacja o stanie ilościowym tego leku w poprzednich dniach, gdyż na bieżąco po podaniu leku pielęgniarki zdejmowały zużyty lek z ewidencji prowadzonej w użytkowanym w oddziale systemie komputerowym *Optimed*. W rezultacie w systemie tym przedstawiony jest jedynie bieżący stan leków znajdujących się w apteczce oddziałowej. Nie prowadzono ewidencji stanu ani zużycia leków w innej formie,

---

[30] Dalej: Apteka. Innych leków trombolitycznych nie stosowano.

[31] Tj. w dniach 2-3.05, 14-15, 22.08. 17.10 i 27.11.2018 r. oraz 10, 25-28.04, 29.07, 2.09 i 9-10.12 2019 r.

[32] Zbadano stan z wszystkich dni styczeń – marzec, wrzesień 2020 r. i listopad – grudzień 2019 r. oraz z dni przyjęcia pacjentów z podejrzeniem udaru mózgu w pozostałych miesiącach okresu objętego kontrolą.

[33] Zarządzenie Nr 89/2017 Dyrektora Szpitala Wojewódzkiego w Łomży z dnia 26 maja 2017 r. w sprawie wprowadzenia *„Księgi procedur aptecznych"*.

[34] Nie było obrotu tym lekiem między apteką a SOR.

476

np. papierowej. Zużycie leków odnotowywano w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta.

Czas podania leku trombolitycznego dotyczący badanej próby 50 pacjentów przedstawiono w punkcie 2.2. (akta kontroli str. 253-255, 298-299, 302)

Koszt jednostkowy leku *Actilyse:*

- w dawce 50 mg wynosił od 2.319,85 zł do 2.384,65 zł (kolejno na dzień 1.01.2018 r. i 28.02.2020 r.),
- w dawce 20 mg wynosił od 1.062,73 zł do 1.195,57 zł (kolejno na dzień 31 i 1.01.2018 r.).

W latach 2018–2020 (do 30.09) na leki trombolityczne Szpital wydatkował kolejno 169,0 tys. zł, 161,0 tys. zł i 29,9 tys. zł. (akta kontroli str. 297, 304-306)

Stwierdzone nieprawidłowości

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

1. W Szpitalnym Oddziale Ratunkowym nie zatrudniano liczby pielęgniarek wymaganej zarządzeniem Dyrektora Szpitala z 5.04.2017 r. *ws. ustalenia minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek*. Wg tego zarządzenia na oddziale należało zabezpieczyć 26 etatów (28 pielęgniarek). Tymczasem zapewniono na nim w niżej wymienionych okresach:
   - od 1 do 31.01.2018 r. – 25 etatów,
   - od 1.01. do 30.09.2019 r. – 25 etatów, a od 1.10. do 31.12.2019 r. – 24 etaty,
   - od 1.01. do 26.02.2020 r. – 24 etaty, od 27.02. do 30.12.2020 r. – 23 etaty,
   - od 1 do 11.01.2021 r. – 23 etaty pielęgniarek.

   (akta kontroli str. 140-153, 155-166, 168-177, 219-221)

   Dyrektor wyjaśnił m.in., że:
   - udzielanie świadczeń zdrowotnych na SOR jest regulowane rozporządzeniem *ws. świadczeń gwarantowanych*, ustawą *o PRM*, rozporządzeniem *ws. SOR* i zarządzeniem nr 16/2018/DSM Prezesa NFZ z dnia 28 lutego 2018 r. *w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie: świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym oraz w zakresie: świadczenia w izbie przyjęć,*
   - wg ustawy *o PRM* i § 12 rozporządzenia *ws. SOR*, świadczeń zdrowotnych udzielają pielęgniarki lub ratownicy medyczni w liczbie niezbędnej do zabezpieczenia prawidłowego funkcjonowania SOR,
   - Szpital deklarował POW NFZ na lata 2018 i 2020 zapewnienie realizacji świadczeń całodobowo *„przez co najmniej cztery osoby personelu – pielęgniarki lub ratowników medycznych – jednoczasowo"*[35],
   - z uwagi na brak możliwości zatrudnienia pielęgniarek, od 31.01.2018 r. Szpital zatrudniał ratowników medycznych (aktualnie jest ich 20), w związku z czym łączna liczba pielęgniarek i ratowników medycznych przekracza wymóg 28 pielęgniarek określony w zarządzeniu wewnętrznym. (akta kontroli str. 222-224)

   NIK wskazuje, że niedobór liczby etatów pielęgniarek na SOR w stosunku do wymogów zarządzenia Dyrektora utrzymywał się przez 25 miesięcy i wzrósł z jednego do trzech. Różnica ta powinna zostać wyeliminowana, a obowiązujące w Szpitalu wymogi dotyczące liczby pielęgniarek na SOR i sposób ich realizacji powinny być spójne.

2. Od 12.02.2020 r. do czasu przekształcenia Szpitala w jednoimienny szpital zakaźny (13.03.2020 r.[36]) na Oddziale Neurologicznym znajdowało się 28 łóżek, tj. o jedno mniej niż określono w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą. Koordynator oddziału i pielęgniarka oddziałowa wyjaśniły, że: *„jedno z łóżek były*

[35] Zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 6 do powołanego zarządzenia Prezesa NFZ.

[36] Liczba łóżek pozostała niezmieniona także w późniejszym okresie, w którym było to uzasadnione warunkami lokalowymi.

wyeksploatowane i uszkodzone. Obłożenie na oddziale pozwalało na skasowanie łóżka 11.02.2020 r. Łóżek wystarczyło dla wszystkich pacjentów z podejrzeniem udaru kwalifikujących się do hospitalizacji na oddziale, nie było listy oczekujących". Do zadań koordynator oddziału należało m.in. wnioskowanie i uzasadnianie w sprawie zakupu środków niezbędnych dla realizacji zadań Pionu Neurologii, a do zadań pielęgniarki oddziałowej – czuwanie nad całością wyposażenia w pionie. Z-ca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa, która od 1.02 do 15.03.2020 r. pełniła obowiązki dyrektora Szpitala wyjaśniła, że: *„w sytuacji konieczności kasacji wyeksploatowanego łóżka, koordynator oddziału – w porozumieniu z pielęgniarką oddziałową – powinien wystąpić o dodatkowe łóżko, które zostałoby zapewnione. Gdyby obłożenie łóżek wymagało uzupełnienia tego łóżka, oddział na pewno zwróciłby się o to – co nie nastąpiło z uwagi na niepełne wykorzystanie łóżek na oddziale"* oraz że kierownictwo Szpitala nie zostało poinformowane o potrzebie zapewnienia dodatkowego łóżka. Obecny Dyrektor Szpitala zgodził się z tymi wyjaśnieniami. Wg informacji pielęgniarki oddziałowej czas potrzebny na przygotowanie pacjentowi łóżka, którego nie ma jeszcze na oddziale, lecz trzeba je pozyskać np. z magazynu ogólnego, wynosi do jednej godziny. NIK zauważa, że z punktu widzenia komfortu i warunków natychmiastowego rozpoczęcia leczenia pacjenta, łóżka w liczbie określonej w RPWDL powinny oczekiwać na niego na oddziale.

(akta kontroli str. 63-65, 227-259, 425, 430-435)

OCENA CZĄSTKOWA

Szpital był przygotowany do udzielania świadczeń dotyczących leczenia udarów mózgu. Zapewniał wymagane w rozporządzeniu *ws. świadczeń gwarantowanych* wyposażenie oraz całodobową obsadę lekarzy, w tym odpowiednią liczbę specjalistów w dziedzinie neurologii oraz anestezjologii i intensywnej terapii. Zabezpieczał też leki trombolityczne w ilości pozwalającej na leczenie pacjentów. Jednak w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym w styczniu 2018 r. i w latach 2019–2020 (do 30.09) liczba pielęgniarek była mniejsza od minimalnej obsady określonej wewnętrznym zarządzeniem Dyrektora Szpitala. Ponadto w Oddziale Neurologicznym od 12.02 do 30.09.2020 r. przygotowano 28 zamiast 29 łóżek określonych w RPWDL. W czasie leczenia pacjentów z podejrzeniem zakażenia lub zakażonych COVID-19 było to uzasadnione warunkami lokalowymi na oddziale. Dodatkowo lekarze Oddziału Neurologicznego zatrudnieni na umowy cywilno-prawne udzielali świadczeń zdrowotnych w wymiarze czasu pracy, który mógł negatywnie wpływać na jakość udzielanych przez nich świadczeń medycznych.

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

2.1. W okresie objętym kontrolą w Szpitalu obowiązywały:

1. Procedura *przyjęcia pacjenta do Szpitala w SOR i Izbach Przyjęć* z 15.09.2017 r. Określa ona postępowanie personelu medycznego z pacjentem z podejrzeniem udaru, od przyjęcia go do SOR do przekazania do Pododdziału Udarowego. Zgodnie z procedurą lekarz SOR opiekuje się pacjentem do chwili przybycia lekarza neurologa, w tym ustala czas wystąpienia objawów, a w godzinach 15.35–8.00 i w dni wolne od pracy zleca wykonanie badań laboratoryjnych oraz TK lub MR. Dyżurny lekarz neurolog z Pododdziału Udarowego zajmuje się od początku pacjentem w godz. 8.00–15.35, w tym zleca wykonanie wymienionych badań.[37]
2. *Procedura Leczenia Pacjenta z Udarem Mózgu w Pododdziale Udarowym* z 18.09.2017 r. Określa ona postępowanie diagnostyczno-terapeutyczno-rehabilitacyjne od zakwalifikowania pacjenta do leczenia w oddziale do wypisu. Zgodnie z procedurą pacjent podlega wstępnej kwalifikacji i ocenie neurologicznej w SOR, z uwzględnieniem m.in. godziny rozpoczęcia dolegliwości. Wstępna diagnostyka powinna obejmować badania laboratoryjne i TK[38]. Chory w chwili przyjęcia ma opracowywany plan opieki lekarsko-pielęgniarskiej, z uwzględnieniem badań obrazowych, laboratoryjnych oraz wczesnej rehabilitacji neurologicznej i terapii psychologicznej/logopedycznej. Lekarz

[37] Załącznik nr 4 Pacjent z podejrzeniem świeżego udaru mózgu (do Pododdziału Udarowego).

[38] W przypadku przyjęcia pacjenta z podejrzeniem świeżego udaru z innego szpitala dopuszczalne jest wykonanie tych badań w Pododdziale Udarowym.

478

przyjmujący odnotowuje zaplanowany pakiet badań w karcie indywidualnych zleceń. W pierwszej dobie pobytu pacjent hospitalizowany jest w sali intensywnego nadzoru z monitorowaniem podstawowych funkcji życiowych. Pacjent leczony trombolitycznie w ciągu 24 godzin ma wykonywane badanie TK. Optymalnie od pierwszej doby wdraża się rehabilitację neurologiczną. W zależności od wskazań chory objęty jest opieką psychologiczną lub logopedyczną. Pacjent podlega ocenie lekarza rehabilitacji, z kwalifikacją do dalszego usprawniania w oddziale rehabilitacji neurologicznej.

(akta kontroli str. 307-327)

Na mocy decyzji Wojewody Podlaskiego:

- z 13.03.2020 r., na podstawie art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. *o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych*[39], w celu zapobiegania oraz zwalczania zakażenia COVID-19 od tego dnia Szpitalowi polecono przekształcenie w jednoimienny szpital zakaźny,
- z 21.05.2020 r., od tego dnia Szpitalowi polecono realizację świadczeń medycznych: zakontraktowanych przez POW NFZ dla pacjentów innych niż z podejrzeniem lub zakażeniem COVID-19, oraz dla pacjentów z podejrzeniem lub zakażeniem COVID-19, m.in. w zakresie neurologia-hospitalizacja[40],
- decyzją z 14.09.2020 r., od 15.09.2020 r. polecono Szpitalowi realizację świadczeń zdrowotnych dla pacjentów z potwierdzonym zakażeniem COVID-19, m.in. w zakresie neurologii[41]. (akta kontroli str. 260, 329-339, 428)

2.2. W Szpitalu funkcjonował Zakład Diagnostyki Obrazowej z:

- Pracownią Tomografii Komputerowej, czynną całodobowo przez siedem dni w tygodniu,
- Pracownią Rezonansu Magnetycznego, czynną od poniedziałku do piątku w godz. 8.00–18.00 i w soboty w godz. 8.00–13.00, oraz w razie potrzeby w pozostałych godzinach[42].

Szpital miał też własny Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej, czynny całodobowo przez siedem dni w tygodniu. Od 17.03.2015 r. miał też zawartą umowę z TMS Diagnostyka w Warszawie na wykonywanie pilnych badań TK i MR w przypadkach losowych, a 4.09.2020 r. zawarł kolejną umowę[43] – na wykonywanie badań TK pacjentom z zakażeniem lub podejrzeniem zakażenia COVID-19.

(akta kontroli str. 6, 340-355, 425-427)

Na podstawie analizy indywidualnej dokumentacji medycznej 50 pacjentów i zbiorczego zestawienia wszystkich pacjentów leczonych z powodu udaru, zakwalifikowanych do Jednorodnych Grup Pacjentów[44] A48–A51 ustalono, że:

1. Czas od wystąpienia pierwszych objawów do przyjęcia do szpitala wynosił od 21 minut do 20 godzin (24 pacjentów) lub nie był możliwy do ustalenia (26 pacjentów).
2. Od przyjęcia do Szpitala do wykonania badań TK lub MR upłynęło od 1 minuty do ponad 4 godzin 55 minut[45]. Odnośnie pacjentów, w przypadku których od przyjęcia do Szpitala do wykonania tych badań upłynęła więcej niż godzina, koordynator Oddziału Neurologicznego wyjaśniła, że wynikło to z awarii lub niezbędnych prac serwisowych TK (czterech pacjentów) bądź z konieczności zabezpieczenia innego chorego (jeden

---

[39] Dz. U. poz. 1842, ze zm. Przepis utracił moc 4.09.2020 r.

[40] Co Wojewoda podtrzymał w zmianach tej decyzji dokonanych decyzjami z 22.06 i 29.07.2020 r. Decyzja z 13.03.2020 r., zmieniona m.in. decyzją z 21.05.2020 r., została odwołana decyzją z 3.09.2020 r. z dniem 14.09.2020 r.

[41] Decyzja ta obowiązywała do zakończenia kontroli NIK. Zmieniono nią decyzję z 3.09.2020 r., którą również od 15.09.2020 r. polecono Szpitalowi realizację świadczeń zdrowotnych dla pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem COVID-19 m.in. w zakresie neurologia – 29 łóżek.

[42] W pracowniach było po jednym aparacie TK i MR. Oba były własnością Szpitala.

[43] Umowy zawarto kolejno z TMS Diagnostyka Sp. z o.o. w Warszawie (badania wykonywano w szpitalu w Ostrołęce) oraz z Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji im. Mariana Zyndrama-Kościałkowskiego w Białymstoku.

[44] Dalej: *JGP*.

[45] Najdłuższy czas wykonania badania TK wynikł z konieczności przewiezienia pacjenta do szpitala w Ostrołęce, co szerzej przedstawiono w punkcie 2.4.

pacjent) – zwłoka w wykonaniu badania nie wpłynęła na sposób leczenia, a także z potrzeby uprzedniego ustabilizowania stanu i podania dodatkowych leków (jeden pacjent).

3. Leki trombolityczne podano 17 pacjentom. Od przyjęcia do Szpitala do podania tych leków upłynęło od 59 minut do 2 godzin 28 minut. W dokumentacji medycznej przedstawiono ilość podanego leku. W dokumentacji pozostałych pacjentów nie zawarto informacji, że wystąpiły wskazania do podania takich leków.
4. Od pierwszych objawów do podania leków trombolitycznych upłynęło od 1 godziny 45 minut do 4 godzin 15 minut.
5. Adnotacja, że Szpital otrzymał informację, że transportowany jest do niego pacjent z podejrzeniem udaru zawarta była w dokumentacji jednego pacjenta (przywiezionego z innego szpitala). Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśniła m.in., że: *„zespoły ratownictwa medycznego na ogół informowały o takich transportach Pododdział Udarowy. Miało to miejsce w przypadku transportów pacjentów, u których czas, jaki upłynął od pierwszych objawów udaru był na tyle krótki, że możliwe było zastosowanie leczenia trombolitycznego"*.
6. Na okładkach teczek dokumentacji medycznej dwóch pacjentów odnotowano inny tryb przyjęcia niż wynikający ze znajdujących się w teczkach dokumentów źródłowych, co było przyczyną zaraportowania niewłaściwych danych do POW NFZ (przedstawiono to w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji Stwierdzone nieprawidłowości).

(akta kontroli str. 356-381, 468)

2.3. Na podstawie analizy dokumentacji medycznej 50 pacjentów i zbiorczego zestawienia wszystkich pacjentów leczonych z powodu udaru ustalono, że dane dotyczące rozpoznania głównego (ICD-10) i wykazu wykonanych procedur (ICD-9) przedstawione w dokumentacji medycznej były zgodne z raportami statystycznymi przekazanymi do POW NFZ. Zaraportowano natomiast niewłaściwe dane o trybie przyjęcia dwóch pacjentów, co przedstawiono w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji Stwierdzone nieprawidłowości. (akta kontroli str. 357, 359-375)

2.4. W Szpitalu zapewniono m.in. leczenie trombolityczne. W przypadku konieczności przewiezienia pacjenta z udarem do innego podmiotu leczniczego w innym celu, Szpital organizował transport własny. Był on dostępny całodobowo przez siedem dni w tygodniu. Dodatkowo Szpital miał zawartą umowę ze stowarzyszeniem świadczącym usługi transportu sanitarnego.

Od 1.04.2020 r. dostępny był także transport zapewniony przez NFZ. Koordynator Oddziału Neurologicznego wyjaśniła, że jej oddział korzystał także z transportu sanitarnego zespołu Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Łomży – głównie wówczas, gdy pilny transport nie wymagał obecności lekarza[46]. Wyjaśniła też, że oddział nie dysponuje pełną potwierdzającą to ewidencją, gdyż zgłoszeń dokonywano telefonicznie i nie było obowiązku dokumentowania dokonania zgłoszenia. (akta kontroli str. 387-392)

W badanej próbie pacjentów było pięć przypadków transportu pacjenta z podejrzeniem udaru do innego szpitala:

1. Jednego pacjenta, dostarczonego do Szpitala w Łomży przez zespół ratownictwa medycznego, przewieziono następnie do innego szpitala w związku z brakiem możliwości wykonania badania TK (z powodu prac serwisowych). Badanie TK wykonano po upływie prawie pięciu godzin. Koordynator Oddziału Neurologicznego wyjaśniła, że: *„ZRM nie stwierdził objawów udaru mózgu. Świadczy o tym rozpoznanie"*. Był to zespół ratownictwa medycznego podstawowy, bez lekarza, a rozpoznanie dotyczące podejrzenia udaru sformułowano dopiero w Szpitalu w Łomży. Koordynator dodała, że objawy udaru wystąpiły poprzedniego dnia, więc pacjentka nie kwalifikowała się do leczenia trombolitycznego – tym samym zwłoka w wykonaniu TK nie wpłynęła na sposób leczenia.

[46] W zespole wyjazdowym WSPR w Łomży nie było lekarza.

480

2. W związku z pogarszaniem się stanu innego pacjenta w trakcie leczenia udarowego i brakiem miejsc na OAiIT, zlecony przez lekarza transport na OIOM w innym szpitalu na godz. 18.00 rozpoczął się o godz. 20.00. Jak wyjaśniła koordynator Oddziału Neurologicznego, *„pacjent Pododdziału Udarowego został w pełni zabezpieczony (w tym zaintubowany) i przesunięcie godziny transportu nie wpłynęło na sposób leczenia ani stan pacjenta"*.
3. Pozostałe transporty – jak wyjaśniła koordynator tego oddziału – zrealizowano *„po wykonaniu pilnego etapu leczenia udarowego lub do właściwych szpitali w związku z niewykryciem u tych pacjentów COVID-19"*. (akta kontroli str. 359-372, 391-394)

Zgodnie z zarządzeniem Dyrektora z 1.12.2014 r. *w sprawie korzystania ze szpitalnego transportu sanitarnego*[47], transport ten realizowała Sekcja Zaopatrzenia i Transportu[48]. Wg tego zarządzenia:

1. Transport pacjenta z oddziału wymagający obecności lekarza, w godzinach normalnej ordynacji, realizuje lekarz z oddziału, a po godzinach normalnej ordynacji – lekarz z listy prowadzonej przez SOR (dyspozycyjny w danym dniu), wzywany przez starszego lekarza dyżuru lub lekarz dyżurny SOR internistycznego przy równoczesnym powiadomieniu o transporcie pacjenta ordynatora/koordynatora danego oddziału lub jego z-cy przez lekarza dyżurnego oddziału.
2. Zespół wyjazdowy stanowi lekarz i pielęgniarka SOR lub sanitariusz SOR w zależności od wskazań oraz kierowca Sekcji Transportu, wg grafiku dyżurów. W przypadku konieczności wykonania równolegle drugiego transportu pilnego, zespół wyjazdowy stanowi w zależności od wskazań: lekarz, pielęgniarka, sanitariusz z oddziału pacjenta. Mogą oni być wezwani z domu jeśli nie ma możliwości przekazania opieki nad pacjentami oddziału. W skład zespołu wchodzi też kierowca wzywany z domu[49].
3. Transport pilny po godz. 15.00 oraz całodobowo w soboty, niedziele i święta zgłasza się starszemu lekarzowi dyżuru (tel. wewn. 291), który powiadamia zespół wyjazdowy oraz kierownika Sekcji Transportu, odpowiadającego za wyznaczenie pojazdu i kierowcy. W razie potrzeby wyznacza się kierowcę z listy osób z uprawnieniami do kierowania pojazdami specjalistycznymi, zamieszkałych w mieście, zobligowanych do przybycia na wezwanie kierownika Sekcji Transportu w ciągu 30 minut.

(akta kontroli str. 395-397)

2.5. Na podstawie analizy dokumentacji medycznej 50 pacjentów ustalono, że rehabilitację 48 z nich prowadzono już w trakcie hospitalizacji na Oddziale Neurologicznym. W przypadku pozostałych dwóch pacjentów – jak wyjaśniła koordynator tego oddziału – nie było wskazań do rehabilitacji. Po leczeniu w tym oddziale, 19 (38%) pacjentów przeniesiono na Oddział Rehabilitacji Neurologicznej[50]. Kolejnych pięciu pacjentów (10%) odbyło rehabilitację na tym oddziale w późniejszym terminie – po upływie od ośmiu do 144 dni. Jak wyjaśniła koordynator Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej:

- dwóch pacjentów wcześniej przebywało w innych szpitalach,
- termin przyjęcia jednego pacjenta ustalono na jego prośbę,
- terminy przyjęcia jednego pacjenta nie wynika z dokumentacji medycznej, jednak zachowano warunek przyjęcia w ciągu 14 dni, określony w rozporządzeniu Ministra

---

[47] Zarządzenie Dyrektora Szpitala Wojewódzkiego im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży z 1.12.2014 r.

[48] Dalej: Sekcja Transportu.

[49] W sytuacji konieczności wykonania kolejnego pilnego transportu pacjenta, gdy dwa transporty już się odbywają, lub istnieje konieczność zastąpienia karetki szpitalnej, można było korzystać z usług Grupy Ratowniczej Stowarzyszenia Pomocy Rodzinom Nadzieja w Łomży, z którym Szpital ma zawarte porozumienie. Grupa Ratownicza zabezpieczała ambulans transportowy i ratownika, a Szpital – leki i lekarza systemu. Jeśli zachodzi konieczność mógł być wezwany lekarz z SOR, OAiIT, Oddziałów Wewnętrznego, Dziecięcego, Chirurgicznego, Ortopedyczno-Urazowego. Telefon do dyspozytora Grupy Ratowniczej uruchamiający transport wykonywać miał lekarz dyżurny SOR.

[50] Dalej też: Oddział Rehabilitacji.

Zdrowia z dnia z dnia 6 listopada 2013 r. *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej*[51],

- przyjęcie jednego pacjenta po 144 dniach wynikło z wypisania go do domu ze skierowaniem do Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej, w związku z przekształceniem Szpitala w jednoimienny – pacjent zgłosił się dopiero 3.08.2020 r., a termin przyjęcia ustalono na 5.08.2020 r. (akta kontroli str. 357-372)

W Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej zakontraktowano oraz wykonano i sfinansowano:

- w 2018 r.: kolejno 1.327,4 tys. oraz 1.373,9 tys. jednostek rozliczeniowych,
- w 2019 r.: 1.374,0 tys. i 1.374,3 tys. jednostek rozliczeniowych,
- w 2020 r. (do 30.09): 1.198,1 tys. oraz 520,4 tys. jednostek rozliczeniowych.

W tych latach w oddziale – liczącym 21 łóżek – przyjęto kolejno 181, 160 i 69 pacjentów. (akta kontroli str. 398, 417-419)

Koordynator Oddziału Neurologicznego wyjaśniła, że pacjenci z jej oddziału, wymagający dalszej terapii na Oddziale Rehabilitacji, prawie zawsze kierowani byli na ten oddział – bezpośrednio po pobycie w Oddziale Neurologicznym lub kilka dni później. Tylko w wyjątkowych przypadkach, z powodu braku miejsc pacjenci tacy kierowani byli do innych ośrodków. U części pacjentów nie ma wskazań do kontynuacji rehabilitacji na tym oddziale. O kwalifikacji do dalszej terapii w Oddziale Rehabilitacji decydowali lekarze tego oddziału. W toku kontroli ustalono, co następuje:

- w dokumentacji siedmiu pacjentów stwierdzono, że nie kwalifikowali się do Oddziału Rehabilitacji[52],
- pięciu pacjentów skierowano do poradni rehabilitacji neurologicznej – jak wyjaśniła koordynator Oddziału Rehabilitacji – stan pacjentów kwalifikował ich do tej formy rehabilitacji,
- siedmiu pacjentów przekazano do innych szpitali, w tym trzech w związku z brakiem potwierdzenia u nich COVID-19,
- dwóch pacjentów przekazano kolejno do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Dąbrowie Białostockiej i do oddziału Paliatywno-Hospicyjnego w Koninie,
- trzech pacjentów zmarło,
- jeden pacjent nie wyraził zgody na dalsze leczenie w Szpitalu i jeden pacjent – jak wyjaśniła koordynator tego oddziału – w związku z przekształceniem Szpitala w szpital jednoimienny został wypisany do domu ze skierowaniem na Oddział Rehabilitacji Neurologicznej, lecz nie zgłosił się. (akta kontroli str. 359-372, 400-401, 449)

Jednemu z pacjentów udzielono pomocy socjalnej, polegającej na współpracy z ośrodkiem pomocy społecznej, w celu zapewnienia mu opieki w miejscu zamieszkania, przed umieszczeniem w zakładzie opiekuńczo-leczniczym[53]. (akta kontroli str. 402)

2.6. Oddział Rehabilitacji Neurologicznej prowadził listę oczekujących na leczenie, spełniając wymóg art. 19a i art. 20 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*[54]. I tak:

- w przypadkach pilnych w okresie objętym kontrolą czas oczekiwania 52 pacjentów wynosił od dwóch do 12 dni,
- w przypadkach stabilnych średni czas oczekiwania od 11.01.2018 r. do 9.01.2020 r. wzrósł ze 197 do 356 dni, a od 22.06 do 23.09.2020 r. wynosił 106 dni[55]. Od 10.01 do 21.06.2020 r. nie zapisywano pacjentów stabilnych, gdyż – jak wyjaśniła koordynator

---

[51] Dz. U. z 2018 r. poz. 465, ze zm.

[52] W tym jeden pacjent po rehabilitacji w Oddziale Neurologicznym nie miał już istotnych deficytów, a innego w związku z brakiem postępów skierowano do rehabilitacji domowej.

[53] W pozostałych 49 dokumentacjach nie było zapisów dotyczących współpracy z ośrodkami pomocy społecznej.

[54] Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, ze zm.

[55] W kolejnych okresach czas oczekiwania od 11.01 do 19.02.2018 r. wynosił 197 dni, od 1.03 do 26.10.2018 r. – 260 dni, od 4.11.2018 r. do 25.04.2019 r. – 326 dni, od 2.05.2019 r. do 9.01.2020 r. – 356 dni.

482

oddziału – *„nie było chętnych do skorzystania ze świadczeń zdrowotnych, zapewne w związku z wcześniejszymi hospitalizacjami na oddziale pacjentów zarażonych COVID-19".*

Koordynator wyjaśniła, że pozostali pacjenci oddziału zostali do niego przeniesieni bezpośrednio po zakończeniu hospitalizacji na Oddziale Neurologicznym.

(akta kontroli str. 403-404)

2.7. Po przeprowadzonej od 17 do 26.07.2018 r. kontroli realizacji i rozliczania świadczeń neurologicznych, POW NFZ pozytywnie ocenił m.in. zapewnienie odpowiedniego sprzętu, obsady kadrowej i organizacji udzielania świadczeń oraz poprawność realizacji i rozliczenia świadczeń neurologicznych w grupach JGP A49–A51, a pozytywnie z nieprawidłowościami – poprawność realizacji i rozliczenia takich świadczeń w grupie A48. W skierowanym do Szpitala wystąpieniu pokontrolnym z 31.08.2018 r. sformułowano następujące wnioski:

1. Dołożyć należytej staranności przy wskazywaniu do rozliczenia POW NFZ produktów z katalogów grup/produktów z prawidłową kwalifikacją świadczeń, zgodnie z ich opisem w dokumentacji medycznej.
2. Przy realizacji świadczeń kompleksowego leczenia udarów przestrzegać zasad kwalifikacji i realizacji świadczeń, określonych w załączniku do aktualnego zarządzenia Prezesa NFZ – Opis przedmiotu umowy – Charakterystyka świadczenia: kompleksowe leczenie udarów mózgu powyżej siedmiu dni w oddziale udarowym i w załączniku nr 4 do rozporządzenia *ws. świadczeń gwarantowanych* (lp. 2 *Leczenie udaru mózgu w oddziale udarowym*).
3. W indywidualnej dokumentacji medycznej prawidłowo i wyczerpująco dokumentować zakres udzielonych świadczeń i opis wskazań do ich wykonania, mając na uwadze, że opis stanu pacjenta i inne informacje powinny jednoznacznie potwierdzać występowanie danego stanu klinicznego oraz przeciwwskazania / wskazania do konkretnego postępowania terapeutycznego[56].
4. Złożyć korekty faktur i raportów statystycznych oraz zwrócić 16,8 tys. zł za nienależnie przekazane przez POW NFZ środki w 2016 r. w zakresie: neurologia – hospitalizacja A48, A51 i wpłacić karę umowną w wysokości 5 tys. zł.

Szpital 24.09.2018 r. poinformował, że personel Oddziału Neurologicznego zobowiązano do realizacji wniosków 1–3, a należność wobec POW NFZ uregulowano 5.10.2018 r.

(akta kontroli str. 406-414)

W okresie objętym kontrolą Konsultant Wojewódzki w dziedzinie neurologii nie kontrolował Oddziału Neurologicznego ani Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej. (akta kontroli str. 415)

2.8. W latach 2018–2020 (III kwartały) w Oddziale Neurologicznym było kolejno 393, 372 i 88 pacjentów leczonych z powodu udaru mózgu. W latach 2018–2019 wszystkich pacjentów rozliczono w ramach grup JGP A48–A51. W 2020 r. w ramach grup A48–A50 rozliczono 87 pacjentów. Jak wyjaśniła koordynator Oddziału Neurologicznego, hospitalizowano też jednego pacjenta z COVID-19[57], który w przypadku braku tego rozpoznania zostałby rozliczony w JGP A50[58]. W tych latach leki trombolityczne podano kolejno 42, 37 i 11 pacjentom (tj. odpowiednio 10,7%, 9,9% i 12,5% ogółu pacjentów).

(akta kontroli str. 216, 416)

W tych latach w zakresach: neurologia-hospitalizacja i neurologia-hospitalizacja A49, A50 oraz neurologia-hospitalizacja A48, A51 liczba jednostek udzielonych świadczeń wyniosła kolejno 4.213,3 tys., 4.053,2 tys. i 1.067,9 tys. W latach 2018–2019 cena jednostki rozliczeniowej wynosiła 1 zł, a w 2020 r. od 1 stycznia – 1,05 zł, a od 1 lipca – 1,08 zł. Wartość tych jednostek w latach 2018–2019 wynosiła 4.213,3 tys. zł i 4.053,2 tys. zł, a w 2020 r. (do 30.09) – 1.121,8 tys. zł. (akta kontroli str. 417-419)

---

[56] W odróżnieniu od kontroli POW NFZ, kontrola NIK nie obejmowała analizy dokumentacji medycznej pod kątem oceny pracy lekarzy w zakresie właściwego diagnozowania udaru mózgu i podejmowania konkretnego procesu terapeutycznego lub zaniechania działań.

[57] Rozpoznanie U07.1.

[58] Tj. w grupie A50. Pozostali pacjenci hospitalizowani z powodu podejrzenia lub zakażenia COVID-19 nie zostaliby rozliczeni w ramach grup A48–A50.

W sprawie wpływu wprowadzenia rozliczenia ryczałtowego na finansowanie leczenia udarów w Szpitalu, Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśniła, że:

1. Objęcie ryczałtem systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej zakresów świadczeń leczenia udarów w profilu neurologicznym nie wpłynęło negatywnie na ogólną wartość przychodu z umowy z POW NFZ dla Oddziału Neurologicznego. Przyjęty w Szpitalu procentowy udział w wypracowaniu ryczałtu dla tego oddziału na poziomie 7,8%, w latach 2018–2019 wypracowano na poziomie 90%. W 2019 r. nastąpił wyraźny spadek wykonania w zakresie neurologia-hospitalizacja A48, w związku z brakiem możliwości leczenia i rozliczania chorych od 1 stycznia w grupie A51.
2. Na finansowanie leczenia udarów największy i negatywny wpływ ma za niska wycena i dynamika jej zmian dla grup A48–A50. Dotyczy szczególnie grupy A48, której wartość w latach 2018–2019 wzrosła tylko o 2,8%, a od 2020 roku o kolejne 1,03%[59]. Procedury medyczne przypisane do tej grupy obejmują odpowiednie badania diagnostyczne, terapeutyczne, profilaktyczne i rehabilitacyjne, jednak kompleksowa, wielodyscyplinama opieka nad pacjentem generuje wysokie koszty, niepokrywane przez wycenę[60]. Pacjenci, zwłaszcza w grupie A48, mają liczne choroby współistniejące, wymagające dodatkowej interwencji medycznej, celem uzyskania stanu stabilizacji. Przekłada się to na wynik finansowy Pododdziału Udarowego, który w 2018 roku był dodatni, a już w 2019 r. wyniósł minus 300 tys. zł. W oparciu o kliniczne doświadczenia Szpital stoi na stanowisku, że pacjentom z udarem należy zapewnić wielospecjalistyczne leczenie, pogłębioną diagnostykę i wczesną rehabilitację, by osiągnąć maksymalną wydolność chorego, a tym samym zmniejszyć następstwa społeczno-ekonomiczne związane z niepełnosprawnością. Mając jednak na uwadze wymogi kadrowe, sprzętowe i organizacyjne udzielania świadczeń, niezbędnym i pilnym jest urealnienie wycen przez NFZ, adekwatnie do kosztów ponoszonych przez szpitale. (akta kontroli str. 420-421)

Stwierdzone nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono nieprawidłowość, polegającą na przekazaniu POW NFZ niezgodnych ze stanem faktycznym danych w zakresie trybu przyjęcia dwóch (z 50) pacjentów[61]. W prowadzonym przez Szpital i sprawozdawanym do POW NFZ rejestrze świadczeń oznaczenie trybu przyjęcia – wynikające z załącznika nr 4 rozporządzenia 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*[62] – nie odpowiadało trybowi przedstawionemu w dokumentacji medycznej. U pacjentów o numerach księgi głównej 4298/2018 i 15297/2018 wskazano tryb przyjęcia *„3 – przyjęcie w trybie nagłym – inne przypadki"*, pomimo że wg dokumentacji medycznej przyjęcie nastąpiło w trybie nagłym w wyniku przekazania przez zespół ratownictwa medycznego, tj. z kodem „2" (do dokumentacji włączono bowiem karty medycznych czynności ratunkowych, sporządzone przez zespoły ratownictwa medycznego). Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśniła, że: *„wynikło to z omyłki pracownika SOR zakładającego indywidualną dokumentację medyczną"* (niewłaściwy kod przyjęcia zamieszczono na okładkach teczek indywidualnej dokumentacji medycznej). NIK zauważa, że błędne oznaczanie trybu przyjęcia wystąpiło w 2018 r., a w kolejnych latach takich przypadków nie stwierdzono.

(akta kontroli str. 359-372, 382-386, 424)

OCENA CZĄSTKOWA

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia zapewnianie pacjentom pomocy i rehabilitacji neurologicznej. Chorych z podejrzeniem udaru mózgu niezwłocznie obejmowano leczeniem, na bieżąco diagnozowano, w tym wykonywano badania TK lub MR. Gdy było to możliwe wdrażano leczenie trombolityczne. Zapewniono też ciągłość procesu terapeutycznego w zakresie rehabilitacji neurologicznej. Prowadzono wczesną rehabilitację neurologiczną na Pododdziale Udarowym oraz po zakończeniu ostrej fazy udaru

[59] Zgodnie z zarządzeniami Prezesa NFZ 77/2019/DSOZ i 185/2019/DSOZ.
[60] Na poziomie 9.080 zł.
[61] Pacjentów wykazano w raportach nr 78140 z 23.05.2018 r. i nr 74208 z 31.10.2018 r., sporządzonych przez pracownika w Dziale Kontraktowania i Nadzoru Świadczeń Medycznych.
[62] Dz. U. z 2016 r. poz. 192, ze. zm.

484

na Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej lub kierując pacjentów do innych placówek. Stwierdzona nieprawidłowość o charakterze formalnym polegała na przekazaniu przez Szpital do NFZ niezgodnych ze stanem faktycznym danych o trybie przyjęcia dwóch (z 50 badanych) pacjentów.

IV. Wnioski

W związku ze stwierdzeniem nieprawidłowości Najwyższa Izba Kontroli wnosi o:

1. Zapewnienie w Oddziale Neurologicznym liczby łóżek określonej w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, gdy tylko pozwolą na to warunki udzielania świadczeń zdrowotnych.
2. Zapewnienie spójności wymaganej w zarządzeniu Dyrektora i zatrudnianej przez Szpital liczby pielęgniarek w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Wystąpienie pokontrolne sporządzono 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 wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

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

Białystok, 5 lutego 2021 r.

Kontroler:
Marek Skorupski
główny specjalista kontroli państwowej

.....
podpis

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

.....
podpis