



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Katowicach

LKA.411.007.05.2019

Pan Leszek Jagodziński
Prezes Zarządu
Wielospecjalistycznego Szpitala Powiatowego S.A.
im. B. Hagera
ul. Pyskowicka 47-51, 42-612 Tarnowskie Góry

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Wielospecjalistyczny Szpital Powiatowy S.A. im. gen. B. Hagera ¹ , ul. Pyskowicka 47-51, 42-612 Tarnowskie Góry.
Kierownik jednostki kontrolowanej	Leszek Jagodziński, Prezes Zarządu ²
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Warunki realizacji świadczeń zdrowotnych w szpitalnym oddziale ratunkowym ³ . 2. Jakość i dostępność świadczeń udzielanych w SOR. 3. Finansowanie i rozliczanie świadczeń wykonanych w SOR.
Okres objęty kontrolą	Lata 2016-2019 (do dnia zakończenia kontroli ⁴), z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ⁵
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Katowicach
Kontrolerzy	1. Katarzyna Gradzik, doradca ekonomiczny, upoważnienie do kontroli nr LKA/173/2019 z 16 lipca 2019 r., 2. Tomasz Raszka, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKA/182/2019 z 23 lipca 2019 r. oraz LKA/310/2019 z 26 listopada 2019 r., 3. Monika Bukowiec, inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKA/174/2019 z 16 lipca 2019 r.

(akta kontroli str. 1-6, 971)

¹ Zwany dalej: „WSP” lub „Szpital”.

² Zwany dalej: „Prezes Zarządu”, pełniący tę funkcję od 17 czerwca 2019 r. Wcześniej, w okresie objętym kontrolą funkcję tę pełniła Izabela Paprotna (w okresie od 1 sierpnia 2015 r.)

³ Zwany dalej: „SOR” lub „Oddział”.

⁴ Do 29 listopada 2019 r.

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

II. Ocena ogólna kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Najwyższa Izba Kontroli negatywnie ocenia działalność Szpitala w skontrolowanym zakresie.

Uzasadnienie oceny ogólnej

Szpital nie spełniał niektórych warunków wymaganych do realizacji świadczeń zdrowotnych w SOR. W toku kontroli SOR zlokalizowany był w pomieszczeniach tymczasowych – zaadoptowanych w tym celu na czas prowadzenia prac remontowych w dotychczasowej lokalizacji Oddziału, a jego pomieszczenia nie były dostosowane do wymogów określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego⁶. Nie zapewniono bowiem łatwej komunikacji z oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii, blokiem operacyjnym i pracownią diagnostyki obrazowej, pełnego zadaszenia podjazdu dla specjalistycznych środków transportu sanitarnego, powierzchnia SOR nie była wystarczająca dla prawidłowego funkcjonowania wszystkich jego obszarów, a w wyposażeniu prawie każdego z nich (poza *obszarem wstępnej intensywnej terapii*) stwierdzono braki.

W okresie od stycznia 2016 r. do października 2017 r. miała miejsce praktyka polegająca na świadczeniu przez lekarza Ordynatora SOR pracy przez ponad 31 godzin (42 takie przypadki, w tym w jednym przypadku przez ponad 48 godzin), co zdaniem NIK umożliwiło obejście obowiązujących przepisów prawa dot. minimalnego nieprzerwanego odpoczynku dobowego tego pracownika oraz stwarzało potencjalne zagrożenie należytego wykonywania świadczeń zdrowotnych, a nawet dla bezpieczeństwa pacjentów SOR i tego lekarza.

W każdym miesiącu okresu objętego kontrolą kilku lekarzy zatrudnionych na podstawie umowy cywilnoprawnej z podmiotem zewnętrznym, pełniło dyżury trwające nieprzerwanie ponad 24 godziny (łącznie w okresie tym były 163 takie przypadki, z tego: dwa dyżury trwające 96 godzin, pięć dyżurów trwających 72 godziny, trzy dyżury trwające 60 godzin, 138 dyżurów trwających 48 godzin, 15 dyżurów trwających 36 godzin). W ocenie NIK, działanie takie stwarza zagrożenie dla rzetelnego wykonywania świadczeń zdrowotnych, udzielanych pacjentom tego Oddziału i w konsekwencji – dla bezpieczeństwa pacjentów SOR oraz zdrowia samych lekarzy.

Na podstawie losowo wybranej dokumentacji medycznej⁷ stwierdzono, że w co siódmym przypadku świadczeń zdrowotnych w SOR udzielali lekarze, których stałym miejscem pracy były inne oddziały Szpitala (wezvani doraźnie). Ponadto, w jednym z miesięcy okresu objętego kontrolą nie zapewniono pacjentom SOR wyodrębnionej całodobowej opieki lekarskiej w liczbie niezbędnej do zabezpieczenia prawidłowego funkcjonowania oddziału. W ocenie NIK⁸ powyższe przypadki świadczą o tym, że przyjęta w Szpitalu praktyka wyznaczania dobowej obsady lekarskiej w liczbie tylko dwóch stale dyżurujących lekarzy, nie zabezpieczała w wystarczającym stopniu prawidłowego funkcjonowania SOR.

W okresie objętym kontrolą nie występowały przypadki odmowy udzielenia świadczenia w SOR, pomocy udzielano pacjentom: zgłaszającym się do SOR samodzielnie w trybie nagłym, ze skierowaniem z innych podmiotów leczniczych lub przywiezionym przez transport sanitarny. Wprowadzono też segregację medyczną pacjentów.

⁶ Dz. U. z 2019 r. poz. 1213 – zwanym dalej: „rozporządzeniem ws. SOR z 2019 r.”, które weszło w życie z dniem 1 lipca 2019 r. Poprzednio obowiązywało rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. z 2018 r. poz. 979) – zwane dalej: „rozporządzeniem ws. SOR z 2011 r.”

⁷ 140 losowo wybranych przypadków z wszystkich lat okresu objętego kontrolą.

⁸ Zbieżnej z ustaleniami Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie Medycyny Ratunkowej po kontroli przeprowadzonej przez niego w Szpitalu w lipcu 2017 r.

Zbiorcza oraz indywidualna dokumentacja medyczna pacjentów SOR była w części prowadzona w sposób nierzetelny lub naruszający odpowiednie przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁹.

Wynik finansowy na działalności SOR na koniec poszczególnych pełnych lat okresu objętego kontrolą był dodatni, a jego pogorszenie się w 2018 r. w stosunku do roku poprzedniego, spowodowane było głównie znacznym wzrostem kosztów działalności wynikającym ze wzrostu wynagrodzeń personelu. Szpital podejmował właściwe działania windykacyjne wobec pacjentów zalegających z opłatami.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe¹⁰ kontrolowanej działalności

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

1.1. SOR¹¹ został umieszczony w wojewódzkim planie działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne¹², o którym mowa w art. 21 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym¹³, w dniu 1 lipca 2010 r. W tym samym terminie Oddział został zarejestrowany w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą¹⁴ jako jednostka systemu medycyny ratunkowej¹⁵.

(akta kontroli str. 13, 194-196)

Porównując dane zawarte w wojewódzkim planie działania Systemu¹⁶ oraz RPWDL, dotyczące SOR w zakresie liczby łóżek oraz liczby stanowisk obserwacyjnych, ze stanem rzeczywistym, stwierdzono w trakcie przeprowadzonych oględzin Oddziału, że liczba stanowisk resuscytacyjnych uległa zmniejszeniu z dwóch do jednego. Zwiększyła się natomiast liczba stanowisk obserwacyjnych z czterech do siedmiu. Stwierdzone zmiany miały charakter przejściowy, wynikały z trwającego w trakcie kontroli remontu pomieszczeń SOR.

(akta kontroli str. 171-184, 202, 205)

1.2. W okresie objętym kontrolą Szpital zapewniał własny transport sanitarny pacjenta¹⁷ w zespole osobowym: kierowca i sanitariusz w dni powszednie, od godz. 7.00 do godz. 23.00.

W dni wolne od pracy oraz w godz. od 23.00 do godz. 7.00 dnia następnego, usługę transportu sanitarnego dla WSP wykonywała firma zewnętrzna na podstawie

⁹ Dz. U. poz. 2069 – zwanego dalej: „rozporządzeniem ws. dokumentacji medycznej”.

¹⁰ Oceny cząstkowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena cząstkowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

¹¹ Od dnia 1 grudnia 2018 r. na podstawie konkursu Michał Poprawa pełni obowiązki Ordynatora SOR. Od dnia 1 lipca 2012 r. funkcję tę, na mocy powołania, pełnił Jan Rudawski.

¹² Zwanego dalej: „Systemem”.

¹³ Dz. U. z 2019 r. poz. 993 – zwaną dalej „ustawą o PRM”.

¹⁴ Zwany dalej: „RPWDL”.

¹⁵ Zgodnie z Księgą Rejestrów nr 000000024528.

¹⁶ Stan na listopad 2018 r.

¹⁷ W wykazie środków trwałych Szpitala (stan: lipiec 2019 r.) pod nr inwentarzowymi: 581000226 i 582000227 znajdują się dwa samochody specjalne. Według przedłożonych dowodów rejestracyjnych oraz kart pojazdu są to samochody marki Volkswagen, modele: 2KN CADDY MAXI 1.9 TDI 77 kw i 7J0 TRANSPORTER 2.0 TDI 75 kw, rok produkcji 2010 r.

umów¹⁸. Umowy obejmowały pakiet transportu sanitarnego całodobowo przez 7 dni w tygodniu, w tym także w święta karetką typu „S” z zespołem specjalistycznym¹⁹ oraz pakiet transportu sanitarnego karetką typu „P” z zespołem podstawowym²⁰.

(akta kontroli str. 194, 197, 219-220)

1.3. W terminie przeprowadzenia niniejszej kontroli NIK²¹, SOR zlokalizowany był w pomieszczeniach tymczasowych – zaadoptowanych w tym celu na czas prowadzenia prac remontowych w dotychczasowej lokalizacji Oddziału²².

Dojazd i dojeżdżenie do SOR były oznakowane tabliczkami zawierającymi informacje: „Dojazd do SOR” i „Dojeżdżenie do SOR”, na drzwiach wejściowych dla pieszych umieszczono napis „Wejście na SOR”, a przy wjeździe dla karetek pogotowia – „Wjazd na SOR”.

Przy wejściu głównym brak było jednak oznakowania, o którym mowa w załączniku nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 października 2010 r. w sprawie oznaczenia systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz wymagań w zakresie umundurowania członków zespołów ratownictwa medycznego²³, co szerzej opisano w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

(akta kontroli str. 171-184)

1.4. SOR spełniał częściowo wymagania rozporządzenia w sprawie SOR z 2019 r. w zakresie lokalizacji w strukturze Szpitala, bowiem umiejscowiony był na poziomie wejścia dla pieszych i podjazdu specjalistycznych środków transportu sanitarnego, z osobnym wejściem dla pieszych, oddzielnym od trasy podjazdu specjalistycznych środków transportu sanitarnego (zgodnie z § 3 ust. 1 ww. rozporządzenia).

Jednakże, tylko wejście dla pieszych było odpowiednio zadaszone, bowiem podjazd dla specjalistycznych środków transportu sanitarnego był zadaszony w części (ok. dwumetrowa odległość pozostawała bez zadaszania).

Ponadto, zarówno wejście dla pieszych jak i podjazd dla karetek pogotowia nie były zamykane i otwierane automatycznie, w celu ochrony przed wpływem czynników atmosferycznych, co nie spełniało wymogu § 3 ust. 2 rozporządzenia.

Podjazd dla karetek pogotowia był przelotowy oraz wyraźnie oznakowany wzdłuż drogi dojeżdżenia i dojazdu, jak opisano wyżej w pkt 1.3.

Zapewniono także bezkolizyjny dojazd specjalistycznych środków transportu sanitarnego pod Oddział.

¹⁸ W 2016 r. obowiązywała umowa nr WSP/RU/369/2015 zawarta w dniu 14 grudnia 2015 r., w 2017 r. obowiązywała umowa nr WSP S.A./RU/14/2017 z dnia 11 stycznia 2017 r., 11 stycznia 2018 r. zawarte zostały dwie umowy o nr WSP S.A./RU/28/2018 i WSP S.A./RU/29/2018, natomiast na rok 2019 podpisano umowę o nr WSP S.A./RU/60/2019 oraz umowę WSP S.A./RU/61/2019.

¹⁹ W przypadku karetki typu „S” umowa przewidywała wyposażenie w sprzęt medyczny i aparaturę medyczną niezbędną do podtrzymania funkcji życiowych pacjenta (m.in. w stymulator zewnętrzny serca), a także w klimatyzację i ogrzewanie przestrzeni pasażerskiej oraz minimum dwa miejsca leżące/siedzące. Obsada karetki (zespół specjalistyczny): co najmniej trzy osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym lekarz systemu, pielęgniarka systemu i ratownik medyczny. Umowa przewidywała zarówno transport planowy (zawiadomienie z 12-godzinnym wyprzedzeniem) oraz transport w przypadkach nagłych, z czasem realizacji dojazdu karetki do siedziby Szpitala) – do 30 minut licząc od chwili zgłoszenia.

²⁰ Środek transportu sanitarnego typu „P” miał być wyposażony w sprzęt medyczny i aparaturę medyczną niezbędną do podtrzymania funkcji życiowych pacjenta (m.in. w stymulator zewnętrzny serca), a także w klimatyzację i ogrzewanie przestrzeni pasażerskiej. Obsada karetki (zespół podstawowy) miała składać się z co najmniej dwóch osób uprawnionych do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym pielęgniarki systemu lub ratownika medycznego.

²¹ W tym, w dniu przeprowadzenia oględzin, tj. 19 lipca 2019 r.

²² Zgodnie z pismem Prokurenta Szpitala z 29 kwietnia 2019 r. skierowanym do Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego w Katowicach, stanowiącym wniosek o wyrażenie zgody na czasowe zawieszenie działalności SOR, przewidywany termin zakończenia remontu określono na 31 sierpnia 2019 r.

²³ Dz.U. z 2018 r. poz. 1251 – zwane dalej: „rozporządzeniem w sprawie oznaczenia systemu PRM”.

Wejście dla pieszych i podjazd dla specjalistycznych środków transportu sanitarnego do Oddziału zorganizowano niezależnie od innych wejść i podjazdów do Szpitala, przy czym osoby niepełnosprawne mogły wejść na Oddział wyłącznie przy podjeździe dla środków transportu sanitarnego, a nie przy wejściu dla pieszych.

Pomimo, że w SOR wyznaczone były własne bezkolizyjne trakty komunikacyjne, niezależne od ogólnodostępnych traktów szpitalnych, jego lokalizacja nie zapewniała łatwej komunikacji z oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii, blokiem operacyjnym i pracownią diagnostyki obrazowej.

Niezgodności w powyższym zakresie opisano szerzej w dalszej części wystąpienia, w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

(akta kontroli str. 171-184)

1.5. Stosownie do wymogu określonego w § 4 ust. 1 rozporządzenia w sprawie SOR z 2019 r., Oddział został zorganizowany w budynku Szpitala, w którym stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne udzielane były m.in. w:

- dwóch oddziałach chorób wewnętrznych,
 - oddziale anestezjologii i intensywnej terapii,
 - oddziale chirurgii ogólnej z pododdziałem chemioterapii,
 - oddziale pediatrycznym
- oraz funkcjonował zakład diagnostyki obrazowej.

Do zakończenia niniejszej kontroli, udzielanie świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej²⁴ zlecono podwykonawcy, w przychodni lekarskiej przy ul. Mickiewicza 8 w Tarnowskich Górach.

(akta kontroli str. 22-170, 171-184)

1.6. Odpowiednio do § 5 ust. 1 rozporządzenia w sprawie SOR z 2019 r., w skład Oddziału wchodziły następujące obszary:

- segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć,
- resuscytacyjno-zabiegowy,
- wstępnej intensywnej terapii,
- terapii natychmiastowej,
- obserwacji,
- konsultacyjny,
- zaplecza administracyjno-gospodarczego.

(akta kontroli str. 171-184)

W obszarze segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć nie było warunków zapewniających przeprowadzenie wywiadu z zespołami, jednostkami lub podmiotami, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia ws. SOR z 2019 r.²⁵ oraz z osobą, która znajduje się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego lub z osobą jej towarzyszącą²⁶.

²⁴ Dalej: „NiŚOZ”. W związku z wejściem w życie rozporządzenia ws. SOR z 2019 r., miejsce udzielania świadczeń NiŚOZ należy zorganizować w lokalizacji Oddziału, przy czym wymagania te Szpital winien spełnić w terminie do 30 czerwca 2020 r.

²⁵ Są to: a) zespoły ratownictwa medycznego, b) jednostki współpracujące z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne, c) zespoły wyjazdowe, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 5 ust. 4 ustawy z dnia 20 marca 2009 r. o bezpieczeństwie imprez masowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1870 ze zm.), d) lotnicze zespoły poszukiwawczo-ratownicze, o których mowa w art. 140a ust. 5 ustawy z dnia 3 lipca 2002 r. - Prawo lotnicze (Dz. U. z 2019 r. poz. 1580), oraz podmioty, o których mowa w art. 140b ust. 3 tej ustawy, e) podmioty realizujące transport sanitarny na podstawie zlecenia lekarza albo felczera, w ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

²⁶ Wymagania te, stosownie do postanowień § 15 pkt 3 rozporządzenia ws. SOR z 2019 r., Szpital winien spełnić do dnia 30 czerwca 2020 r.

Na wyposażeniu Oddziału był sprzęt do przyłózkowego wykonywania badań, tj. analizator parametrów krytycznych i przewoźny ultrasonograf, natomiast przyłózkowy zestaw RTG znajdował się w zakładzie diagnostyki obrazowej Szpitala, co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia, w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

(akta kontroli str. 171-184)

1.7. Zgodnie z § 4 ust. 4 rozporządzenia w sprawie SOR z 2019 r., Szpital zapewniał całodobowy i niezwłoczny dostęp do:

- badań diagnostycznych (wykonywanych w Zakładzie Diagnostyki Laboratoryjnej),
- badań endoskopowych, w tym: gastrokopii, rektoskopii, bronchoskopii oraz laryngoskopii,
- badań USG i tomografii komputerowej.

Ponadto, na wypadek awarii lub innych niepożądanych zdarzeń, Szpital podpisał umowy z podwykonawcami celem zapewnienia ciągłości diagnostyki w ww. zakresie.

(akta kontroli str. 291-292)

1.8. Na terenie Szpitala zlokalizowane było lądowisko dla helikopterów Lotniczego Pogotowia Ratunkowego²⁷. Odbiór techniczny lądowiska, kontrola Powiatowego Inspektora Nadzoru Budowlanego w Tarnowskich Górach oraz szkolenia pracowników Szpitala przez LPR, przeprowadzone zostały w okresie marzec-czerwiec 2019 r. Jednakże, do dnia zakończenia niniejszej kontroli NIK nie było możliwości korzystania z jego obszaru, z uwagi na trwające prace inwestycyjne obejmujące m.in. budowę ciągu komunikacyjnego łączącego wybudowane lądowisko z remontowanym SOR.

(akta kontroli str. 202, 209, 874)

1.9. W okresie objętym kontrolą WSP posiadał ważne umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych (zawarte zgodnie z warunkami określonymi w art. 136b ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych²⁸), a także dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzenia działalności medycznej oraz z tytułu prowadzonej działalności i posiadanego mienia.

(akta kontroli str. 293-295)

1.10. W Szpitalu nie obowiązywały wewnętrzne regulacje dotyczące ustalania minimalnej liczby lekarzy, niezbędnej do zabezpieczenia prawidłowego funkcjonowania SOR. Jak wyjaśnili Prezes Zarządu oraz Kierownik Działu Metodyczno-Organizacyjnego, *w tym zakresie stosuje się obowiązujące regulacje ustawowe.*

Zgodnie z harmonogramami dyżurów lekarskich w SOR²⁹ za wszystkie miesiące okresu objętego kontrolą, w każdym dniu okresu objętego kontrolą (z wyjątkiem kwietnia 2016 r., co opisano w dalszej części wystąpienia, w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”), w Oddziale dyżur całodobowy pełniło dwóch lekarzy – jeden specjalista w dziedzinie chirurgii i jeden specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych.

²⁷ Zwane dalej: „LPR”.

²⁸ Dz. U. z 2019 r. poz. 1373, ze zm.

²⁹ Zestawienia „Dyżury internistyczne na miesiąc ... - tak było” i „Dyżury chirurgiczne na miesiąc... - tak było”, podpisane przez Ordynatora SOR i załączone do faktur wystawionych przez podmiot zewnętrzny, z którym zawarto umowę o zabezpieczenie opieki lekarskiej.

Z kolei, w zakresie ustalania minimalnej liczby pielęgniarek i personelu pomocniczego (ratownik medyczny, sanitariusz), niezbędnej do zabezpieczenia prawidłowego funkcjonowania SOR, w Szpitalu opracowano „Minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych” z 22 marca 2017 r. Dokument ten został pozytywnie zaopiniowany: 12 lipca 2018 r. przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Katowicach oraz 7 sierpnia 2018 r. przez Międzyzakładowy Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych, tj. zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalenia minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami³⁰. W treści ww. regulacji podano, że: *Uzasadnione jest uznanie, co najmniej 28 osób, jako koniecznych dla zapewnienia właściwej obsady kadrowej (pielęgniarki, ratownicy, sanitariusz) przy wymaganej, jakości udzielanych świadczeń w poszczególnych obszarach SOR-u tj. segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć, resuscytacyjno- zabiegowy, wstępnej intensywnej terapii, terapii natychmiastowej, obserwacji i konsultacyjnej.*

W okresie objętym kontrolą łączna liczba pielęgniarek i ratowników medycznych, wynosiła co najmniej 28.

(akta kontroli str. 223-224, 227-228, 930-970)

W okresie objętym kontrolą Szpital spełniał wymagania w zakresie zapewnienia minimalnych zasobów kadrowych SOR określone w § 13 rozporządzenia ws. SOR z 2011 r., dotyczące personelu Oddziału, tj. ordynatora, pielęgniarki oddziałowej, będącej pielęgniarką systemu oraz pielęgniarek i ratowników medycznych w liczbie niezbędnej do zabezpieczenia prawidłowego funkcjonowania Oddziału.

(akta kontroli str. 402-405)

Liczba lekarzy zatrudnionych w SOR na podstawie umowy o pracę w okresie objętym kontrolą była następująca:

- w okresie od 1 stycznia do 31 lipca 2016 r. sześciu lekarzy (w tym Ordynator SOR w pełnym wymiarze czasu pracy oraz pięciu lekarzy w wymiarze po 1/5 etatu każdy³¹),
- w okresie od 1 sierpnia do 31 grudnia 2016 r. czterech lekarzy (w tym Ordynator SOR w pełnym wymiarze czasu pracy oraz trzech lekarzy w wymiarze po 1/5 etatu każdy),
- w okresie od 1 stycznia do 30 kwietnia 2017 r. dwóch lekarzy (w tym Ordynator SOR w pełnym wymiarze czasu pracy oraz jeden lekarz w wymiarze 1/5 etatu),
- w okresie od 1 maja do 31 grudnia 2017 r. jeden lekarz (Ordynator SOR w pełnym wymiarze czasu pracy),
- w okresie od 1 stycznia do 30 listopada 2018 r. brak było zatrudnionych lekarzy,
- w okresie od 1 grudnia 2018 r. do 30 czerwca 2019 r. jeden lekarz (Ordynator SOR w pełnym wymiarze czasu pracy).

(akta kontroli str. 13, 863)

Z dniem 31 grudnia 2017 r. Szpital rozwiązał umowę o pracę zawartą z lekarzem – Ordynatorem SOR, a następnie (od 1 stycznia 2018 r.) zawierał z nim umowy cywilnoprawne o świadczenie usług zdrowotnych w SOR, w treści których powierzano mu te same obowiązki, co w dotychczasowej umowie o pracę, a nadto zagwarantowano mu prawo do płatnego urlopu, w związku z czym umowy te zasadniczo nie różniły się od poprzednio zawartej z nim umowy o pracę.

³⁰ Dz. U. z 2012 r. poz. 1545.

³¹ Lekarze zatrudnieni na część etatu w Oddziale Chorób Wewnętrznych, a na część etatu w SOR.

Prezes Zarządu wyjaśnił w tej sprawie, że zmiana formy zatrudnienia nastąpiła na prośbę pracownika (...) ze względu na prowadzoną przez niego działalność gospodarczą i związane z nim rozliczenie podatkowe (korzystne dla pracownika i dla pracodawcy).

(akta kontroli str. 680-707, 874)

Pozostali lekarze (w łącznej liczbie: 16 w latach 2016-2017, 11 w 2018 r. i 12 w I półroczu 2019 r., w tym Ordynator Oddziału w okresie od 1 stycznia do 30 listopada 2018 r.) udzielali świadczeń zdrowotnych poprzez pełnienie dyżurów całodobowych w SOR na podstawie umów cywilnoprawnych zawartych pomiędzy Szpitalem, a podmiotem zewnętrznym (lub z lekarzem prowadzącym indywidualną praktykę lekarską). Wszystkie ww. osoby były wymienione w załączniku nr 2 do umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne zawartej na dany rok przez Szpital z NFZ „Harmonogramy – zasoby”, wszystkie też były lekarzami systemu w rozumieniu art. 3 pkt 3 ustawy o PRM, tj. posiadały specjalizację lub tytuł specjalisty w jednej z dziedzin: anestezjologii i intensywnej terapii, medycyny ratunkowej, chorób wewnętrznych, kardiologii, chirurgii ogólnej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, ortopedii i traumatologii lub były lekarzami w trakcie specjalizacji w dziedzinie chorób wewnętrznych, którzy w ramach szkolenia specjalizacyjnego ukończyli moduł podstawowy w dziedzinie: chorób wewnętrznych.

(akta kontroli str. 864-867)

W oparciu o miesięczne imienne karty czasu pracy Ordynatora Oddziału za lata 2016-2017 i od 1 grudnia 2018 r. do 30 czerwca 2019 r.³², a także lekarzy zatrudnionych w Oddziale Chorób Wewnętrznych (w okresie ich zatrudnienia na umowę o pracę) oraz harmonogramy dyżurów lekarskich w SOR³³ za wszystkie miesiące okresu objętego kontrolą stwierdzono, że:

- w każdym dniu roboczym każdego miesiąca, w godzinach od 7.25 do 15.00 (wyłączając zwolnienia lekarskie, urlopy lub nieobecności z innych przyczyn) w SOR obecny był Ordynator Oddziału;
- w każdym dniu okresu objętego kontrolą (z wyjątkiem kwietnia 2016 r., co opisano w dalszej części wystąpienia, w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”) dyżur całodobowy pełniło dwóch lekarzy – jeden specjalista w dziedzinie chirurgii i jeden specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych (z tym, że w przypadku tego drugiego, w niektóre dni jedna osoba pełniła dyżur poranny, a druga dyżur popołudniowy – oba trwające po 12 godzin);
- w każdym miesiącu okresu od stycznia 2016 r. do października 2017 r. lekarz – Ordynator SOR, zatrudniony w Szpitalu na umowę o pracę, bezpośrednio przed świadczeniem pracy w wymiarze 7 godz. 35 min. na podstawie tej umowy, pełnił co najmniej jeden dyżur trwający 24 godziny (z reguły w dzień ustawowo wolny od pracy) na podstawie umowy cywilnoprawnej zawartej przez Szpital z podmiotem zewnętrznym, w związku z czym faktycznie pracował on nieprzerwanie przez 31 godzin i 35 minut (łącznie było 41 takich dyżurów). W jednym przypadku pełnił on dyżur trwający 48 godzin, w związku z czym faktycznie pracował nieprzerwanie przez 55 godzin i 35 minut (co opisano szczegółowo w dalszej części wystąpienia, w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”);

³² Podpisane w latach 2016-2017 przez ordynatora oddziału, a w okresie od 1 grudnia 2018 r. do 30 czerwca 2019 r. przez Dyrektora ds. Medycznych.

³³ Zestawienia „Dyżury internistyczne na miesiąc ... - tak było” i „Dyżury chirurgiczne na miesiąc... - tak było”, podpisane przez Ordynatora SOR i załączone do faktur wystawionych przez podmiot zewnętrzny, z którym zawarto umowę o zabezpieczenie opieki lekarskiej.

- w każdym miesiącu kilku lekarzy zatrudnionych na podstawie umowy cywilnoprawnej z podmiotem zewnętrznym pełniło dyżury trwające nieprzerwanie ponad 24 godziny (łącznie w okresie tym były 163 takie przypadki, z tego: dwa dyżury trwające 96 godzin³⁴, pięć dyżurów trwających 72 godziny³⁵, trzy dyżury trwające 60 godzin, 138 dyżurów trwających 48 godzin, 15 dyżurów trwających 36 godzin);
- w okresie od lutego 2018 r. do czerwca 2019 r. jeden lekarz³⁶ zatrudniony na podstawie umowy cywilnoprawnej na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w SOR i w Oddziale Urologii (pełniący w okresie od lutego do listopada 2018 r. funkcję Ordynatora SOR), bezpośrednio przed lub po świadczeniu pracy w wymiarze 7 godz. 35 min. w SOR, pełnił całodobowy dyżur w SOR lub w Oddziale Urologii, w związku z czym faktycznie pracował on nieprzerwanie przez 31 godzin i 35 minut (84 przypadki) lub 48 godzin (5 przypadków) lub 55 godz. i 35 min. (5 przypadków) lub 72 godz. (2 przypadki).

(akta kontroli str. 402-405, 406-663, 708-786)

Odnosnie stosowania przez Szpital praktyki pełnienia przez lekarzy w SOR dyżurów trwających nieprzerwanie ponad 24 godziny, Prezes Zarządu, Dyrektor ds. Lecznictwa i Ordynator SOR wyjaśnili, że: *W okresie objętym kontrolą Szpital posiadał umowę z firmą (...), która była odpowiedzialna za czas pracy lekarza. Jednak z przyczyn koniecznych tzn. braku wyznaczenia lekarza dyżurnego przez (...) na prośbę Dyrektora ds. Lecznictwa wymienieni lekarze wyrazili zgodę na pełnienie dodatkowego dyżuru dla zabezpieczenia pacjentów zgłaszających się na SOR.*

(akta kontroli str. 814)

W oparciu o harmonogramy czasu pracy³⁷ pielęgniarek/ratowników/sanitariuszy SOR za wybrane miesiące każdego roku objętego kontrolą (styczeń, kwiecień, sierpień i grudzień z lat 2016-2018 oraz styczeń i kwiecień 2019 r.) stwierdzono, że wszystkie osoby wyznaczone w harmonogramach do udzielania świadczeń w SOR, były wykazane w załączniku nr 2 do umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne zawartej na dany rok przez Szpital z NFZ. Ponadto, osoby pełniące funkcję pielęgniarki oddziałowej były pielęgniarkami systemu w rozumieniu art. 3 pkt 6 ustawy o PRM, bowiem ukończyły kurs kwalifikacyjny „Pielęgniarstwo w anestezjologii i intensywnej terapii” i posiadały wymagany co najmniej 3-letni staż pracy w odpowiednich oddziałach szpitalnych.

(akta kontroli str. 224, 402-405)

Jak wyjaśnili Prezes Zarządu, Kierownik Działu Metodyczno-Organizacyjnego, Kierownik Działu Kadr i Ordynator SOR: *Zarząd prowadził systematyczny nabór pracowników we wszystkich grupach zawodowych, w szczególności lekarzy, pielęgniarek, ratowników medycznych, sekretarek medycznych. (...) w okresie objętym kontrolą liczba pracowników SOR zwiększyła się.*

(akta kontroli str. 873)

Ponadto, Prezes Zarządu oraz Kierownik Działu Metodyczno-Organizacyjnego, jako trudności dla Szpitala wynikające z dokonania korekty wymogów w zakresie minimalnych zasobów kadrowych Oddziału wprowadzone od 1 lipca 2019 r.

³⁴ A.B. w dniach: 11-14 lutego 2016 r. i 20-23 czerwca 2019 r.

³⁵ A.P. 11-13 lipca 2016 r., A.B. 10-12 listopada 2016 r., G.K. 3-5 maja 2017 r., J.H. 5-7 października 2017 r. i 9-12 listopada 2018 r.

³⁶ J.R.

³⁷ Podpisane przez Pielęgniarkę Oddziałową i Naczelną Pielęgniarkę.

przepisami rozporządzenia ws. SOR z 2019 r., wymienili: konieczność zatrudnienia dodatkowego personelu medycznego i pomocniczego oraz potrzebę wydzielenia osobnego pomieszczenia do przeprowadzania „triażu”.

(akta kontroli str. 225)

1.11. Szpital spełniał wymagania określone w rozporządzeniu w sprawie SOR z 2019 r. w zakresie zapewnienia odpowiedniej liczby i rodzaju urządzeń, w tym wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, poza wyżej podanymi przypadkami (braku urządzeń do stałego nasłuchu na kanale ogólnopolskim, a także przyłóżkowego zestawu RTG). Poddane sprawdzeniu urządzenia podlegały przeglądowi i posiadały aktualne dopuszczenia do użytkowania.

(akta kontroli str. 171-192)

1.12. W okresie objętym kontrolą Szpital zapewniał we własnym zakresie realizację wymaganych procedur medycznych objętych programem specjalizacji w medycynie ratunkowej, w szczególności procedur medycznych oraz badań laboratoryjnych określonych odpowiednio w załączniku nr 5 i nr 4 do zarządzenia Nr 16/2018/DSM Prezesa NFZ z dnia 28 lutego 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie: świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym oraz w zakresie: świadczenia w izbie przyjęć³⁸, z wyjątkiem badań toksykologicznych, wykonanych w *ośrodkach ostrych zatruc*.

(akta kontroli str. 812-813)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W dniu przeprowadzenia oględzin³⁹ w Oddziale, przy wejściu głównym brak było odpowiedniego oznakowania⁴⁰, wymaganego przepisami rozporządzenia w sprawie oznaczenia systemu PRM (załącznik nr 2).

(akta kontroli str. 171-184)

Prezes Zarządu wyjaśnił, że Oddział nie spełniał wszystkich wymogów rozporządzenia ws. SOR z 2019 r. z powodu jego tymczasowej lokalizacji na czas przeprowadzenia przebudowy lokalizacji docelowej Oddziału.

W trakcie kontroli NIK⁴¹ przy wejściu głównym dla pieszych na SOR umieszczono tablicę zgodną ze wzorem określonym w ww. przepisach.

(akta kontroli str. 202-208, 350)

2. SOR nie spełniał wszystkich warunków wymaganych do realizacji w nim świadczeń zdrowotnych, określonych w rozporządzeniu w sprawie SOR z 2019 r., bowiem:

- Oddział nie spełniał niektórych wymogów dotyczących jego lokalizacji, tj.: nie zapewniono łatwej komunikacji z oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii, blokiem operacyjnym i pracownią diagnostyki obrazowej⁴²; brak było pełnego

³⁸ Dalej: „Zarządzenie Nr 16/2018/DSM Prezesa NFZ”.

³⁹ 19 lipca 2019 r.

⁴⁰ W formie niebieskiej tablicy o wymiarach 90 cm x 90 cm, na której są umieszczone napisy w kolorze białym „SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY” oraz „EMERGENCY” o wysokości znaków 10 cm oraz biały krzyż o wymiarach 20 cm x 20 cm.

⁴¹ W dniu 14 sierpnia 2019 r.

⁴² Pomieszczenia SOR znajdują się w odległości ponad 70 m od węzła wewnątrzszpitalnej komunikacji pionowej i były połączone z traktami szpitalnymi łącznikiem o wysokim kącie nachylenia, co wymusiło zatrudnienie dodatkowego personelu do obsługi pacjentów. Oddział anestezjologii i intensywnej terapii mieścił się na III p. Szpitala, blok operacyjny – na V p., natomiast pracownia diagnostyki obrazowej – na II p.

zadaszenia podjazdu dla specjalistycznych środków transportu sanitarnego, automatycznego zamykania i otwierania podjazdu w celu ochrony przed wpływem czynników atmosferycznych; wejście dla pieszych nie było przystosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych. Powyższe było niezgodne z przepisami § 3 ust. 2, 4 i 5 rozporządzenia ws. SOR z 2019 r.;

- powierzchnia SOR nie była wystarczająca dla prawidłowego funkcjonowania wszystkich obszarów wchodzących w jego skład⁴³, czym naruszono § 4 ust. 2 rozporządzenia ws. SOR z 2019 r. Oddział składał się z małej liczby niewielkich pomieszczeń, dlatego część sprzętu medycznego umieszczono w szafach stojących na korytarzu lub na czas remontu przeniesiono do pomieszczeń gospodarczych w podpiwniczeniu⁴⁴;
- w *obszarze segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć* brak było łączności radiowej w formie niezależnego stałego nasłuchu na kanale ogólnopolskim, o którym mowa w § 6 ust. 4 pkt 1 rozporządzenia ws. SOR z 2019 r. oraz systemu bezprzewodowego przywoływania osób, tj. lekarzy, pielęgniarek, ratowników medycznych czy personelu pomocniczego, czym naruszono § 6 ust. 4 pkt 2 tego rozporządzenia;
- w *obszarze resuscytacyjno-zabiegowym* znajdowała się wyłącznie jedna sala resuscytacyjno-zabiegowa z jednym stanowiskiem resuscytacyjnym, mimo iż zgodnie z § 7 ust. 1 rozporządzenia ws. SOR z 2019 r. obszar ten powinien się składać z co najmniej z dwóch sal resuscytacyjno-zabiegowych (z jednym stanowiskiem resuscytacyjnym w każdej z tych sal) albo jednej sali resuscytacyjno-zabiegowej z dwoma stanowiskami resuscytacyjnymi. Ponadto, ww. stanowisko wyposażone było tylko w jedno gniazdo będące źródłem poboru tlenu i powietrza, bez próżni⁴⁵, czym naruszono § 7 ust. 3 pkt 7 rozporządzenia ws. SOR z 2019 r.;
- w *obszarze obserwacji* nie zapewniono centralnego źródła próżni, co było niezgodne z § 10 ust. 1 pkt 4 rozporządzenia ws. SOR z 2019 r.;
- na wyposażeniu Oddziału nie było zestawu RTG do przyłóżkowego wykonywania badań diagnostycznych. Zestaw ten znajdował się w zakładzie diagnostyki obrazowej Szpitala, co nie spełniało wymogu § 4 ust. 3 pkt 2 rozporządzenia ws. SOR z 2019 r.;
- w *obszarze konsultacyjnym*⁴⁶ brak było wyrobów medycznych i produktów leczniczych umożliwiających przeprowadzanie badań lekarskich i konsultacji specjalistycznych, co wskazywało na niewypełnienie dyspozycji § 11 ust. 2 rozporządzenia ws. SOR z 2019 r.
W wyjaśnieniu, Prezes Zarządu podał, że powyższy przepis nie precyzuje w sposób enumeratywny zakresu wyrobów medycznych i produktów leczniczych, które powinny stanowić wyposażenie *obszaru konsultacyjnego*. Zdaniem NIK, jakkolwiek przepis ten w istocie nie wymienia jakie produkty medyczne i wyroby lecznicze powinny stanowić wyposażenie tego obszaru, to sytuacja, w której w trakcie przeprowadzonych oględzin w gabinetach badań lekarskich nie stwierdzono jakichkolwiek wyrobów medycznych i produktów leczniczych, nie może być uznana za odpowiadającą tej dyspozycji.

(akta kontroli str. 171-184)

⁴³ Szpitalny Oddział Ratunkowy WSP w dniu oględzin zlokalizowany był w pomieszczeniach tymczasowych – zaadoptowanych w tym celu na czas prowadzenia prac remontowych w dotychczasowej lokalizacji oddziału.

⁴⁴ Przykładowo: ssaki do próżni, urządzenia do ogrzewania pacjenta, analizator parametrów krytycznych.

⁴⁵ Brak gniazd poboru próżni stwierdzono również w obszarze terapii natychmiastowej SOR.

⁴⁶ W skład którego wchodziły dwa gabinety badań lekarskich.

W odniesieniu do wyżej wymienionych nieprawidłowości, Prezes Zarządu wyjaśnił, że niespełnianie warunków w powyższym zakresie spowodowane było zmienioną lokalizacją Oddziału – na tymczasową.

W sprawie braku w Oddziale zestawu do przyłóżkowego RTG wyjaśnił ponadto, że ze względu na warunki lokalowe nie ma możliwości stałego, bezpiecznego przechowywania zestawu RTG w SOR i dlatego zatrudniono dodatkowych sanitariuszy noszowych celem bezpiecznego i szybkiego transportowania pacjenta do zakładu diagnostyki obrazowej Szpitala.

Z kolei, odnosząc się do niewystarczającej liczby stanowisk resuscytacyjno-zabiegowych, Prezes Zarządu wyjaśnił, że w razie konieczności istniała możliwość zorganizowania drugiego stanowiska, przy czym warunki lokalowe nie pozwalają jednak, by w tymczasowej lokalizacji istniały stale dwa takie stanowiska.

(akta kontroli str. 202-208)

Zdaniem NIK, wyjaśnienia Prezesa Zarządu nie mogą stanowić wystarczającego usprawiedliwienia stwierdzonych nieprawidłowości. Obowiązujące przepisy jednoznacznie określają jakie wymogi winny zostać spełnione przez podmiot leczniczy przy realizacji świadczeń w SOR. Ponadto, w pismach skierowanych do Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego oraz Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Katowicach, w których informowano o przystąpieniu Szpitala do remontu pomieszczeń SOR, ówczesna Prezes Zarządu zapewniła, iż tymczasowe pomieszczenia będą spełniać *wymogi wymagane przepisami prawa konieczne do realizacji udzielanych świadczeń*, co pozwoli zapewnić ciągłość ich udzielania w Oddziale.

(akta kontroli str. 14-15)

3. W wybranych do szczegółowej analizy 430 dniach udzielania świadczeń w SOR, stwierdzono cztery dni (11, 22, 28 i 30 kwietnia 2016 r.), w których nie zapewniono w Oddziale wyodrębnionej całodobowej, udokumentowanej opieki lekarskiej (niezależnej od całodobowej opieki lekarskiej zapewnianej w innych komórkach organizacyjnych Szpitala), w liczbie sprawujących ją osób niezbędnej do zabezpieczenia prawidłowego funkcjonowania Oddziału, czym naruszono § 13 rozporządzenia ws. SOR z 2011 r. dot. minimalnych zasobów kadrowych SOR. W dniach tych bowiem⁴⁷ dyżury całodobowe w SOR pełnił wyłącznie jeden lekarz specjalista w dziedzinie chirurgii, brak było natomiast lekarza specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych. Tymczasem, przeprowadzona przez kontrolerów NIK analiza harmonogramów dyżurów z całego okresu objętego kontrolą wskazuje, że realne potrzeby do zabezpieczenia prawidłowego funkcjonowania SOR, to obecność w Oddziale minimum dwóch lekarzy (specjalisty chirurga i specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych). Potwierdzają to również wyjaśnienia Prezesa Zarządu złożone w piśmie z 22 sierpnia 2019 r.⁴⁸

Liczba pacjentów, którym udzielono świadczeń w każdym z tych dni wynosiła odpowiednio: 49, 64, 46 i 61, co nie pozwala uznać, że całodobowa opieka lekarska sprawowana przez jednego lekarza zabezpieczała prawidłowe funkcjonowanie Oddziału.

(akta kontroli str. 426, 429, 793-794, 803-809)

Prezes Zarządu wyjaśnił w tej sprawie: *W miesiącu kwietniu 2016 na kartach dyżurowych (...) brakowało lekarzy chorób wewnętrznych. W związku z powyższym na polecenie Dyrektora ds. Lecznictwa do pracy w SOR był oddelegowany lekarz*

⁴⁷ Zgodnie z harmonogramami dyżurów lekarskich podpisanymi przez Ordynatora SOR oraz miesięcznymi imiennymi kartami czasu pracy lekarzy.

⁴⁸ Pismo znak: WSPSA/DMO/0101/20/2019.

z oddziałów wewnętrznych. Brak możliwości udokumentowania, który z lekarzy w danym dniu pracował na SOR gdyż decyzje dotyczące oddelegowania najczęściej były podejmowane w trybie pilnym. W związku z podjęciem takiej decyzji zapewniono całodobową opiekę sprawowaną przez dwóch lekarzy nad pacjentami SOR.

(akta kontroli str. 814)

NIK nie podziela ww. wyjaśnień. Zapewnienie całodobowej opieki lekarskiej w SOR było obowiązkiem Ordynatora SOR lub Dyrektora ds. Lecznictwa, a nie podmiotu zewnętrznego, z którym zawarto umowę na świadczenie usług. Ponadto, podjęcie przez Dyrektora – w trybie pilnym – decyzji o oddelegowaniu do pracy w SOR lekarza z innego oddziału nie usprawiedliwia braku udokumentowania tego faktu w jakikolwiek sposób. Nie istnieje bowiem w tej sytuacji żaden dowód, że w ww. dniach zapewniono – jak twierdzą osoby składające wyjaśnienia - całodobową opiekę sprawowaną przez dwóch lekarzy nad pacjentami SOR. Wreszcie, odpowiednio do treści § 3 ust. 3 zarządzenia Nr 16/2018/DSM Prezesa NFZ, świadczenia w SOR stanowią odrębne zakresy świadczeń, a świadczeniodawca winien zapewnić w nim wyodrębnioną całodobową opiekę lekarską i pielęgniarską, niezależną od całodobowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej zapewnianej w innych komórkach organizacyjnych szpitala w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej.

4. W każdym miesiącu okresu od stycznia 2016 r. do października 2017 r., lekarz Ordynator SOR, zatrudniony w Szpitalu na umowę o pracę, bezpośrednio przed świadczeniem pracy w wymiarze 7 godz. 35 min. na podstawie ww. umowy, pełnił co najmniej jeden dyżur trwający 24 godziny (z reguły w dzień ustawowo wolny od pracy) na podstawie umowy cywilnoprawnej zawartej przez Szpital z podmiotem zewnętrznym, w związku z czym faktycznie pracował on nieprzerwanie przez 31 godzin i 35 minut (łącznie było 41 takich dyżurów), a w jednym przypadku pełnił dyżur trwający 48 godzin, w związku z czym pracował nieprzerwanie przez 55 godzin i 35 minut.

W zaistniałych powyżej przypadkach omijano przepisy art. 97 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁴⁹, zgodnie z którymi pracownikowi przysługuje w każdej dobie prawo do co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku, a pracownikowi pełniącemu dyżur medyczny ww. okres odpoczynku powinien być udzielony bezpośrednio po zakończeniu pełnienia dyżuru medycznego. Ponadto, art. 132 § 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy⁵⁰ zawierają analogiczny zapis dotyczący nieprzerwanego odpoczynku dobowego.

(akta kontroli str. 402-405, 406-553, 743-786)

Prezes Zarządu wyjaśnił: W okresie objętym kontrolą Szpital posiadał umowę z firmą (...), która była odpowiedzialna za pracę lekarzy w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym. (...) ordynator oddziału w razie braku lekarza dyżurnego był zobowiązany do osobistego zabezpieczenia dyżuru, w związku z tym całodobowo było dwóch lekarzy na SOR.

(akta kontroli str. 814)

Zdaniem NIK, zapewnienie całodobowej opieki lekarskiej w SOR było bowiem – jak już wyżej wskazano – obowiązkiem Szpitala, a nie podmiotu zewnętrznego. Z żadnych przepisów nie wynika też obowiązek osobistego zabezpieczenia dyżuru przez ordynatora oddziału w razie braku lekarza dyżurnego, a gdyby nawet były,

⁴⁹ Dz. U. z 2018 r. poz. 2190, ze zm.; zwanej dalej: „ustawą o działalności leczniczej”.

⁵⁰ Dz. U. z 2019 r. poz. 1040, zwanej dalej: „Kodeks pracy”.

stałyby one w sprzeczności z normami czasu pracy lekarzy określonymi w odpowiednich przepisach. Poza tym dyżury pełnione przez lekarza Ordynatora SOR były wcześniej zaplanowane, odbywały się w każdym miesiącu i nie wynikały z faktu nagłej nieobecności innego lekarza.

Dopuszczenie przez Szpital do sytuacji, w której lekarz – Ordynator SOR wykonywał świadczenia zdrowotne w SOR (w tym kierował Oddziałem) na podstawie umowy o pracę, a ponadto regularnie, kilka razy w miesiącu (bezpośrednio przed świadczeniem tej pracy) pełnił całodobowe dyżury w tym Oddziale na podstawie umowy cywilnoprawnej zawartej z podmiotem zewnętrznym, miało na celu, zdaniem NIK, obejście obowiązujących przepisów prawa dotyczących nieprzerwanego odpoczynku dobowego pracownika, trwającego co najmniej 11 godzin. Powołane przepisy Kodeksu pracy mówią o konieczności zapewnienia pracownikowi wymaganego odpoczynku dobowego, co oznacza, że w okresie doby, tj. 24 godzin od rozpoczęcia przez pracownika pracy zgodnie z obowiązującym go rozkładem czasu pracy, pracodawca ma obowiązek zapewnić pracownikowi co najmniej nieprzerwanie 11 godzin odpoczynku. W czasie tych 11 godzin pracownik nie może pozostawać w dyspozycji pracodawcy.

OCENA CZĄSTKOWA

Szpital nie spełniał części warunków wymaganych do realizacji świadczeń zdrowotnych w SOR. W toku kontroli Oddział zlokalizowany był w pomieszczeniach tymczasowych – zaadoptowanych w tym celu na czas prowadzenia prac remontowych w dotychczasowej lokalizacji Oddziału, a pomieszczenia SOR nie były dostosowane do wymogów określonych w rozporządzeniu ws. SOR z 2019 r.

W okresie od stycznia 2016 r. do października 2017 r. dopuszczano praktykę polegającą na świadczeniu przez lekarza Ordynatora SOR pracy przez ponad 31 godzin (a nawet przez ponad 55 godzin), co miało na celu obejście obowiązujących przepisów prawa dot. minimalnego nieprzerwanego odpoczynku dobowego tego pracownika oraz stwarzało zagrożenie należytego wykonywania świadczeń zdrowotnych, a nawet zagrożenie dla bezpieczeństwa pacjentów SOR.

W każdym miesiącu kilku lekarzy zatrudnionych na podstawie umowy cywilnoprawnej z podmiotem zewnętrznym pełniło dyżury trwające nieprzerwanie ponad 24 godziny (łącznie stwierdzono 163 takie przypadki, z tego dwa dyżury trwające 96 godzin). Zdaniem NIK, pomimo że przepisy Kodeksu pracy nie obowiązują lekarzy udzielających świadczeń na podstawie umów cywilnoprawnych, to niezapewnienie im odpowiedniego czasu odpoczynku mogło powodować ich przemęczenie i również negatywnie wpływać na sposób udzielania świadczeń w Oddziale, a w skrajnych przypadkach – stwarzać także zagrożenia zdrowia samych lekarzy.

Ponadto, w jednym z miesięcy okresu objętego kontrolą (w czterech dniach kwietnia 2016 r.) nie zapewniono pacjentom SOR wyodrębnionej, udokumentowanej całodobowej opieki lekarskiej (niezależnej od całodobowej opieki lekarskiej zapewnianej w innych komórkach organizacyjnych Szpitala) w liczbie niezbędnej sprawujących ją osób do zabezpieczenia prawidłowego funkcjonowania Oddziału.

OBSZAR

2. Jakość i dostępność świadczeń udzielanych w szpitalnym oddziale ratunkowym.

Opis stanu faktycznego

2.1. W latach 2016-2019 (I półrocze) liczba pacjentów⁵¹, którym udzielono świadczenia w SOR wynosiła odpowiednio: 16 288, 16 626, 15 661 i 7 615, z czego

⁵¹ Których zakwalifikowano do poszczególnych kategorii stanu zdrowia pacjenta w SOR i których leczenie zostało sfinansowane w ramach umowy z NFZ. Dane nie obejmują pacjentów nieposiadających numeru pesel, pacjentów UE i spoza UE oraz pacjentów z nieustaloną tożsamością.

największą grupę stanowili pacjenci kategorii II stanu zdrowia pacjenta w SOR⁵², bowiem ich udział wynosił odpowiednio: 74%, 72%, 55% i 58%. Drugą co do wielkości grupę stanowili pacjenci zakwalifikowani do kategorii III stanu zdrowia, a ich udział procentowy w ww. latach stale wzrastał i wynosił, odpowiednio: 15%, 17%, 34% i 37%.

(akta kontroli str. 810-811)

2.2. W ww. okresie liczba zastosowanych procedur na SOR wynosiła, odpowiednio: 94 441, 104 336, 108 980 i 56 044, w tym udział procedur kategorii I stanu zdrowia stanowił odpowiednio: 61%, 62%, 59% i 58%, natomiast kategorii II wynosił odpowiednio: 36%, 34%, 34% i 35%. Udział pozostałych kategorii stanu zdrowia, tj. III, IV, V i VI, łącznie stanowił odpowiednio: 3%, 4%, 7% i 7%.

Porównując dane dotyczące udzielonych procedur, w poszczególnych kategoriach stanu zdrowia pacjentów na SOR, zauważa się w 2018 r. znaczny (ponad dwukrotny) wzrost liczby procedur w kategorii III stanu zdrowia względem lat 2016 i 2017, odpowiednio z 3 051 i 3 573 do 7 002. Z kolei, w przypadku procedur w kategorii IV stanu zdrowia pacjenta odnotowano zwiększenie w stosunku do 2016 r., tj. wzrost ze 113 udzielonych wówczas świadczeń do 396 w 2017 r. i 407 w 2018 r.

(akta kontroli str. 811)

W sprawie przyczyn wzrostu liczby procedur ww. dwóch kategorii Prezes Zarządu wyjaśnił: *Na dwukrotny wzrost liczby udzielonych procedur w SOR w III i IV kategorii wpłynął wzmożony nadzór nad sprawozdawczością z wykonanych procedur polegający m.in. na kodowaniu procedur ściśle na podstawie karty zleceń lekarskich.*

(akta kontroli str. 872)

2.3. Udzielanie świadczeń na SOR, czyli sposób postępowania w przypadku przyjęcia do Szpitala pacjenta⁵³ w trybie nagłym, został uregulowany przez WSP w standardzie akredytacyjnym CO - „Ciągłość opieki”, procedura CO1 – przyjmowanie pacjenta.

W zakresie stanu osobowego personelu na SOR, Prezes Zarządu podał, że na dyżurze dziennym jest dwóch lekarzy (internista i chirurg), pielęgniarki/ratownicy medyczni – pięć osób oraz pielęgniarka oddziałowa i z-ca pielęgniarki oddziałowej. Natomiast na dyżurze nocnym skład osobowy stanowią: dwóch lekarzy (internista i chirurg) oraz pięcioosobowy zespół składający się z pielęgniarek i ratowników medycznych.

(akta kontroli str. 297-306)

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

Jak wyjaśnił Prezes Zarządu, pacjenci SOR, którzy nie znajdowali się w stanie zagrożenia zdrowotnego, w większości przypadków byli zaopatrywani przez lekarza dyżurnego SOR. W przypadku nadmiernej liczby pacjentów, odsyłano ich do POZ, poradni specjalistycznych lub NiŚOZ, pod warunkiem wcześniejszego zbadania przez lekarza dyżurnego.

(akta kontroli str. 212-213)

⁵² Pacjentowi zakwalifikowanemu do kategorii II stanu zdrowia udziela się następujących świadczeń: rozszerzona diagnostyka (badania laboratoryjne – pakiet dodatkowy, RTG przeglądowe, USG), konsultacja, małe zabiegi.

⁵³ Pacjent w trybie nagłym zgłasza się do SOR-u samodzielnie bez skierowania, ze skierowaniem z innych podmiotów leczniczych, zostaje przywieziony przez transport sanitarny z lekarzem luz z zespołem ratowników medycznych.

W kwestii stosowania wytycznych zawartych w dokumencie „Dobre praktyki postępowania w szpitalnych oddziałach ratunkowych i w izbach przyjęć⁵⁴”, Ordynator SOR wyjaśnił, że w zakresie organizacji świadczeń w SOR korzystano z ww. wytycznych, spełniając 8 na 12 punktów (za wyjątkiem punktów: 1, 2, 6 i 10), tj. nie spełniono wymogów odnośnie:

- wprowadzenia procedury postępowania w przypadku zbyt długiego czasu oczekiwania na przekazanie pacjenta przez zespoły ratownictwa medycznego (ZRM) w SOR lub w izbie przyjęć (IP),
- wdrożenia ewidencji czasu przyjazdu do SOR/IP⁵⁵,
- wdrożenia systemu monitorującego czas obsługi pacjenta w SOR,
- wykonywania konsultacji specjalistycznych lub przyjmowania pacjenta z innego podmiotu leczniczego poza SOR.

(akta kontroli str. 212-216)

2.4. Ordynator SOR wyjaśnił, że *segregację medyczną pacjentów Szpitalnego Oddziału Ratunkowego wdrożono w SOR w czerwcu 2018 r. wprowadzając „kartę oceny pielęgniarstwa stanu pacjenta oraz udzielanych świadczeń przez pielęgniarki/ratowników medycznych w szpitalnym oddziale ratunkowym”*. Osobą odpowiedzialną za określenie kolejności przyjmowania pacjentów jest lider zespołu tj. osoba sporządzająca raport na dyżurze. *„Triażowanie⁵⁶ pacjentów znajduje odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej. Pacjenci po zbadaniu parametrów są oznaczani odpowiednim kolorem opaski⁵⁷.*

(akta kontroli str. 212-218)

Badanie losowo wybranej indywidualnej dokumentacji medycznej 40 pacjentów przyjętych na SOR w miesiącach: sierpień i grudzień 2018 r. oraz styczeń i kwiecień 2019 r. nie wykazało, by odnotowywano w niej kolory (przydzielenie kategorii pilności) według systemu TRIAGE, za wyjątkiem ośmiu przypadków w sierpniu 2018 r., gdzie na karcie *oceny pielęgniarstwa stanu pacjenta oraz udzielonych świadczeń przez pielęgniarki/ratowników medycznych w szpitalnym oddziale ratunkowym*, w rubryce „TRIAGE” zaznaczono odpowiednim kolorem stan pacjenta.

(akta kontroli str. 891-928)

Jak wyjaśnił Prezes Zarządu, wprowadzenie od 1 lipca 2019 r. obowiązkowego triażu spowodowało konieczność zatrudnienia dodatkowego personelu (dwóch ratowników medycznych). Podał także, że powyższa regulacja skutkowała w Szpitalu dodatkowymi obciążeniami finansowymi, przy jednoczesnej korzyści stałego nadzoru nad pacjentem oczekującym w kolejce.

Wstępnie przewidywany koszt dostosowania SOR do wymogów rozporządzenia ws. SOR z 2019 r. oszacowano na kwotę 630,0 tys. zł brutto, ponadto nastąpił wzrost kosztów zatrudnienia o kwotę 20,2 tys. zł miesięcznie.

Z kolei, koszty związane z wprowadzeniem segregacji medycznej pacjentów, tj. zorganizowania stanowisk z automatami biletowymi oraz wdrożeniem systemu zarządzającego TOPSOR, zostaną pokryte ze środków pochodzących z budżetu państwa.

(akta kontroli str. 212, 873-874)

⁵⁴ Podpisany przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie medycyny ratunkowej prof. dr hab. Jerzego Roberta Ładnego w dniu 30 marca 2017 r. oraz Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia Marka Tombarkiewicza w dniu 4 kwietnia 2017 r., zwanym dalej: „Dobrymi praktykami”.

⁵⁵ Wprowadzenie w ZRM ewidencji czasu: a) przyjazdu na podjazd SOR/IP, b) - przekazanie pacjenta do SOR/IP.

⁵⁶ Od francuskiego słowa „*triage*” – segregowanie, sortowanie.

⁵⁷ Kolor czerwony oznaczał tryb udzielenia pomocy – natychmiastowy, żółty - pilny do godziny, zielony - do 6 godzin.

W wyznaczonym terminie (do 30 września 2019 r.) w Szpitalu nie dopełniono obowiązku ustalonego w rozporządzeniu ws. SOR z 2019 r. (w § 6 ust. 12 oraz § 13 ust. 1-2, w związku z § 15 pkt 1 tego rozporządzenia), tj. nie określono w regulaminie organizacyjnym Szpitala zasad kierowania osób, którym przydzielono kategorie pilności oznaczone kolorem zielonym lub niebieskim, do miejsc udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), ani nie podano ich do publicznej wiadomości. Nie wypełniono także dyspozycji przepisów dotyczących uregulowania przekazania pacjenta SOR do leczenia w innych oddziałach Szpitala.

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

(akta kontroli str. 977-993)

2.5. Na podstawie analizy wybranej dokumentacji zbiorczej⁵⁸ i indywidualnej pacjentów SOR⁵⁹, stwierdzono:

- niektóre księgi raportów lekarskich i pielęgniarskich nie były prowadzone w sposób zgodny z § 30 i § 31 rozporządzenia ws. dokumentacji medycznej, co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia, w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”,
- pierwsza strona dokumentacji indywidualnej zawierała oznaczenie pacjenta zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 2 ww. rozporządzenia, a kolejne strony – co najmniej imię i nazwisko pacjenta, stosownie do wymogu określonego w § 6 ww. rozporządzenia;
- indywidualna dokumentacja pacjentów przyjmowanych na SOR prowadzona w formie papierowej i wypisywana odręcznie nie była ujednoczona. Ponadto stwierdzono, że indywidualna dokumentacja medyczna była prowadzona w sposób nierzetelny lub naruszający odpowiednie przepisy rozporządzenia ws. dokumentacji medycznej, co opisano w dalszej części wystąpienia, w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”;
- na karcie oceny pielęgniarskiej stanu pacjenta oraz udzielonych świadczeń przez pielęgniarki/ratowników medycznych w szpitalnym oddziale ratunkowym, w rubryce „TRIAGE” (poza ośmioma przypadkami kart z sierpnia 2018 r.) nie zaznaczono odpowiednim kolorem stanu zdrowia pacjenta (kategorii pilności);
- w 29 przypadkach (21%) brak było stosownego upoważnienia do uzyskania dokumentacji medycznej (było ono wymagane odpowiednio do treści § 8 ust. 1 pkt 2 ww. rozporządzenia), co opisano w dalszej części wystąpienia, w sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”;
- czas przebywania pacjenta na SOR wynosił od sześciu minut do 24 godzin i ośmiu minut⁶⁰, z czego 92 pacjentów przebywało do trzech godzin, 21 od trzech do ponad sześciu godzin, 26 od siedmiu do 16 godzin i 50 minut oraz jeden pacjent przebywał ponad 24 godziny;
- w przypadku 20 pacjentów odnotowano w ich dokumentacji medycznej wynik pozytywny badania na obecność alkoholu,

⁵⁸ Księgi raportów lekarskich - internistów o nr 1/19 i 2/19 odpowiednio za okresy: od 8 stycznia do 14 kwietnia 2019 r. i od 15 kwietnia do 15 sierpnia 2019 r., księgi raportów lekarskich – chirurgów o nr 5/19 i 6/19 odpowiednio za okresy: od 28 marca 2019 r. do 17 kwietnia 2019 r. i od 17 kwietnia 2019 r. do 6 maja 2019 r. oraz księgi raportów pielęgniarskich (SOR-INT) o nr: 07/2019, 08/2019, 09/2019 i 10/2019 odpowiednio za okresy: od 21 marca do 3 kwietnia 2019 r. do godz. 7.00, od 3 kwietnia do 16 kwietnia 2019 r., od 16 kwietnia 2019 r. do 28 kwietnia 2019 r. i od 28 kwietnia do 13 maja 2019 r. oraz księgi raportów pielęgniarskich (SOR-CHI) o nr: 03/2019 i 04/2019 odpowiednio za okresy od 24 marca do 21 kwietnia 2019 r. i od 21 kwietnia do 24 maja 2019 r.

⁵⁹ Dokumentacja medyczna 140 losowo wybranych pacjentów SOR, po 10 pacjentów z każdego miesiąca w latach 2016-2018: styczeń, kwiecień, sierpień i grudzień, a w roku 2019: styczeń i kwiecień.

⁶⁰ Nie licząc pacjenta przyjętego 11 stycznia 2016 r., którego zgon nastąpił w karetce.

– w sześciu przypadkach u pacjentów stwierdzono w organizmie obecność substancji odurzających.

(akta kontroli str. 891-928)

2.6. W latach 2016-2019 (I półrocze) wpłynęło lub zostało przekazanych do WSP 30 skarg pacjentów⁶¹, z czego cztery, dotyczące funkcjonowania SOR, po rozpatrzeniu uznane zostały za niezasadne.

(akta kontroli str. 814-815, 820-829, 872-878)

2.7. W okresie objętym kontrolą, w związku z przystąpieniem do remontu pomieszczeń Oddziału, zawieszono czasowo jego działalność w okresie: od 13 maja 2019 r. od godz. 0:00 do 15 maja 2019 r. do godz. 8:00, celem przeniesienia całości wyposażenia do innych pomieszczeń.

W piśmie⁶² z 2 kwietnia 2019 r., skierowanym do Wydziału Zdrowia Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego w Katowicach, ówczesna Prezes Zarządu poinformowała m.in.:

- rozpoczęcie prac remontowych nastąpi 15 maja 2019 r., natomiast termin zakończenia planowany jest na 31 sierpnia 2019 r.,
- pomieszczenia, w których będzie znajdował się SOR na czas remontu, będą spełniać wymogi wymagane przepisami prawa, zapewniając tym samym ciągłość udzielanych świadczeń.

W piśmie z dnia 29 kwietnia 2019 r., skierowanym do Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego w Katowicach, Zarząd WSP, powołując się na przepisy art. 34 ustawy o działalności leczniczej, zawniósł o wyrażenie zgody na zawieszenie działalności SOR w ww. terminie. We wniosku poinformowano, że od dnia 15 maja 2019 r. od godz. 8.00 działalność medyczna SOR będzie wykonywana poza obszarem prac remontowych, w wydzielonych pomieszczeniach spełniających wymagania sanitarno-epidemiologiczne dla udzielania świadczeń medycznych.

W dniu 10 maja 2019 r. Wojewoda Śląski, po rozpatrzeniu wniosku WSP i zasięgnięciu opinii Dyrektora Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Katowicach⁶³, wydał decyzję, w której wyraził zgodę na czasowe zaprzestanie działalności SOR w ww. terminie.

(akta kontroli: 14-21)

2.8. Konsultant Wojewódzki w dziedzinie Medycyny Ratunkowej w 2017 r. przeprowadził kontrolę w zakresie dostępności świadczeń, wyposażenia, personelu, realizacji kształcenia podyplomowego, dokumentacji medycznej w SOR, w trakcie której stwierdzono, że pod względem zabezpieczenia udzielanych świadczeń medycznych na SOR, kadra lekarska⁶⁴ i pielęgniarska⁶⁵ jest niewystarczająca. W uwagach Konsultant Wojewódzki wpisał, iż w przypadku wprowadzenia TRIAGE należy zwiększyć obsadę pielęgniarską lub ratowniczą⁶⁶ o pięć etatów. Odnośnie dokumentacji medycznej stwierdzono, że:

- w wyniku braku systemu informatycznego w SOR i Szpitalu jest ona prowadzona odręcznie i nie zawsze jest czytelna,
- dokumentacja Oddziału jest zróżnicowana, brak jednolitego standardu dokumentacji dla każdego pacjenta,

⁶¹ W 2016 r. nie wpłynęła żadna skarga, w 2017 r. wpłynęło 15 skarg, w 2018 r. sześć skarg i w I półroczu 2019 r. wpłynęło dziewięć skarg.

⁶² Nr WSPSA/DMO/060/89/2019.

⁶³ Pismo z dnia 10 maja 2019 r., znak WSOZ-I.425.2.31.2019, WSOZ-I.W.1222.IC.2019.

⁶⁴ 12 lekarzy specjalistów, jeden specjalista I°, dwóch lekarzy w trakcie specjalizacji.

⁶⁵ 16 pielęgniarek.

⁶⁶ Na dzień przeprowadzenia kontroli na SOR zatrudnionych było 11 ratowników medycznych i dwóch sanitariuszy.

- nie każdy pacjent w ciągu 24 godzin od przyjęcia ma wypełnioną historię choroby z kompletnym badaniem fizykalnym, a okres uzupełnienia i zakończenia historii choroby przekracza 3 dni od wypisu.

W zaleceniach pokontrolnych Konsultant Wojewódzki wnioskował m.in. o:

- doposażenie SOR i zmianę rozmieszczenia sprzętu medycznego, relokację sprzętu z innych oddziałów Szpitala lub zakup nowego sprzętu medycznego,
- wprowadzenie regulaminu wewnętrznego szpitala, pozwalającego na uregulowanie sprawnego przekazywania pacjentów do docelowych oddziałów szpitala, który miał określać zasady współpracy SOR z innymi oddziałami szpitala,
- wprowadzenie dokumentacji elektronicznej w ramach systemu informatycznego.
- rozważenie zwiększenia obsady lekarzy dyżurnych do liczby trzech w SOR, celem poprawy bezpieczeństwa udzielanych świadczeń pacjentom,
- zapoznanie się i wdrożenie dokumentu „Dobre Praktyki”.

(akta kontroli str. 326-341)

W sprawie realizacji ww. zaleceń, Prezes Zarządu podał m.in.: (...) *Sprzęt medyczny jest obecnie zgodny z rozporządzeniem MZ w sprawie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego. Zwiększenie ilości lekarzy jest trudne do zrealizowania z powodu braku personelu medycznego na rynku pracy. Jednak Szpital podejmuje działania celem pozyskania dodatkowych lekarzy, pielęgniarek i ratowników medycznych. Od 10 września 2019 roku będzie zatrudniony lekarz internista.*

Odnośnie wewnętrznych uregulowań dotyczących sprawnego przekazywania pacjentów do docelowych oddziałów szpitala wyjaśniono, że (...) *w formie spisanej istnieje procedura przekazania pacjentów na oddział pediatryczny.*

W sprawie dokumentacji medycznej Prezes Zarządu wyjaśnił, że prowadzenie jej w wersji elektronicznej zaplanowano od stycznia 2020 r

(akta kontroli str. 812)

2.9. W latach 2016-2019 (I półrocze) nie występowały przypadki odmowy udzielenia świadczenia w SOR, zdarzało się natomiast, że po udzieleniu świadczenia w SOR przekazywano pacjenta do innego ośrodka o wyższej referencji, co było odnotowywane w prowadzonej przez WSP *Księżce Odmów Hospitalizacji*.

Jak wyjaśnił Prezes Zarządu, Szpital nie prowadzi zbiorczej statystyki w zakresie liczby pacjentów przekazywanych do innych ośrodków, zgodnie jednak z procedurą akredytacyjną CO 8 w SOR prowadzona jest okresowa analiza przyczyn odmów hospitalizacji. W 2018 r. przeprowadzono cztery takie analizy: za okres od stycznia do marca 2018 r. oraz za miesiące: maj, czerwiec i październik 2018 r., z których wynika, że w tych okresach, odpowiednio: 20, 4, 10 i 3 osoby, po wstępnej diagnostyce, zostały skierowane do dalszego leczenia w ośrodkach o wyższym stopniu referencji.

(akta kontroli: 297-303, 313-325)

2.10. W wybranych miesiącach⁶⁷ lat 2016–2019 (I półrocze) średnia liczba pacjentów przyjętych na SOR w miesiącu wynosiła odpowiednio: 1 637, 1 812, 1 754 i 1 751, w tym liczba pacjentów dowiezionych przez zespoły ratownictwa medycznego stanowiła odpowiednio: 212 (13%), 306 (17%), 334 (19%) i 357 (20%), natomiast liczba pacjentów, którzy zgłosili się samodzielnie na SOR wynosiła, odpowiednio: 1 425 (87%), 1 505 (83%), 1 419 (81%) i 1 393 (80%).

Wzrost liczby pacjentów dowiezionych przez zespoły ratownictwa medycznego w kolejnych latach, jak wyjaśnił Prezes Zarządu, wynikał z faktu mniejszej obsady

⁶⁷ Styczeń, kwiecień, sierpień i grudzień za lata 2016-2018 oraz styczeń i kwiecień 2019 r.

lekarskiej w karetkach pogotowia na rzecz karetek z ratownikami medycznymi. Ponadto, SOR w Tarnowskich Górach w ostatnim czasie został znacznie obciążony pacjentami z ościennych powiatów w związku z zamknięciem lub remontem oddziałów szpitalnych, np.: Oddziału Chirurgii w Lublińcu, Oddziału Internistycznego w Lublińcu, Oddziału Laryngologii w Bytomiu oraz w Częstochowie.

(akta kontroli str. 873, 890)

Zdaniem Prezesa Zarządu, w ww. okresie ok. 60% pacjentów zgłaszających się samodzielnie do SOR oraz ok. 20% pacjentów przetransportowanych do SOR karetkami pogotowia, nie wymagało udzielania świadczeń w SOR (nie znajdowali się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego), a ich stan – z medycznego punktu widzenia – kwalifikował się do udzielenia im świadczeń zdrowotnych w ramach POZ (w tym NiŚOZ) lub w poradni specjalistycznej.

(akta kontroli str. 873)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Niektóre księgi raportów lekarskich nie były prowadzone w sposób zgodny z § 30 rozporządzenia ws. dokumentacji medycznej, bowiem nie wszystkie zawierały kolejne numery wpisów. Porównanie listy 10 losowo wybranych pacjentów przyjętych na SOR w kwietniu 2019 r. z księgami raportów lekarskich za ten sam okres wykazało, że tylko pięciu z nich zostało ujętych w przedmiotowych raportach⁶⁸.

(akta kontroli str. 891-928)

Prezes Zarządu w sprawie ww. niezgodności wyjaśnił: *Systematycznie prowadzone są rozmowy dyscyplinujące z lekarzami odpowiedzialnymi za prawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. W III kwartale br. Zarząd spółki planuje przeprowadzenie szkolenia w powyższym zakresie dla lekarzy dyżurnych SOR, jako narzędzie zaradcze mające na celu wyeliminowanie występowania ww. sytuacji.*

(akta kontroli str. 873)

2. Księgi raportów pielęgniarskich były prowadzone w sposób naruszający § 31 ust. 4 ww. rozporządzenia, gdyż nie zawierały statystyki Oddziału, tj. liczby osób przyjętych, wypisanych i zmarłych.

(akta kontroli str. 891-928)

Prezes Zarządu wyjaśnił, że: *Ze względu na specyfikę Szpitalnego Oddziału Ratunkowego nie prowadzi się odrębnej statystyki, ponieważ wszystkich pacjentów, którzy zgłosili się na SOR i zostali zaopatrzeni odnotowuje się w Księgach raportów pielęgniarskich.*

(akta kontroli str. 873)

NIK nie podziela ww. wyjaśnień, bowiem wpisanie do raportów pielęgniarskich wszystkich pacjentów przyjmowanych na SOR w trakcie dyżurów nie może uzasadniać zaniechania prowadzenia statystyki dotyczącej zaopatrzonych pacjentów, wymaganej przepisami ww. rozporządzenia, wymieniającymi enumeratywnie elementy konieczne w tej dokumentacji.

⁶⁸ W księgach raportów lekarskich za kwiecień 2019 r. nie zostali ujęci pacjenci przyjęci na SOR w następujących dniach i godz.: 6 kwietnia o godz. 3:07, 9 kwietnia o godz. 19:32, 15 kwietnia o godz. 22:39, 16 kwietnia o godz. 22:40, i 30 kwietnia o godz. 17:04.

3. Dla części pacjentów przyjmowanych w SOR nie zakładano i nie prowadzono historii choroby, co było niezgodne z § 13 ust. 1 rozporządzenia ws. dokumentacji medycznej.

Indywidualna dokumentacja pacjentów przyjmowanych na SOR, prowadzona w formie papierowej i wypełniana odręcznie, nie była ujednoczona, bowiem dla pacjentów, którzy byli hospitalizowani na SOR zakładano historię choroby oraz nadawano numer z księgi głównej pacjentów Szpitala. Z kolei, pacjenci przyjęci na SOR w celu udzielenia porady ambulatoryjnej (których pobyt na Oddziale nie kończył się hospitalizacją i trwał do godziny 23:59 w dniu ich przyjęcia) takiej historii nie zakładano i nie nadawano im kolejnego numeru w księdze głównej pacjentów Szpitala⁶⁹ (z wyjątkiem bardzo poważnych przypadków). Sporządzano wówczas jedynie kartę informacyjną z leczenia szpitalnego, którą w oryginale otrzymywał pacjent, a jej kserokopię pozostawiano w dokumentacji medycznej⁷⁰.

Brak ujednoczenia dokumentacji medycznej dla każdego pacjenta Oddziału wynikał z Zarządzenia nr 0111/42/2017r. Prezesa Zarządu Szpitala z dnia 16 października 2017 r. w sprawie obowiązku zakładania dokumentu historii choroby pacjenta w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym. Określono w nim obowiązek zakładania historii choroby pacjenta w SOR w przypadku, gdy pacjent pozostaje na obserwacji do dania następnego (przekracza w danym dniu godz. 24.00).

(akta kontroli str. 816-817, 891-928)

Odnosnie do braku nadawania wszystkim pacjentom przyjmowanym w SOR numeru w księdze głównej pacjentów Szpitala Prezes Zarządu wyjaśnił: (...) *do ww. księgi wpisywani są jedynie pacjenci hospitalizowani, którym zakładana jest historia choroby. Pacjenci, którym udzielana jest porada ambulatoryjna (z kartą informacyjną) są odnotowywani w księdze odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych udzielanych w SOR.*

Brak zaprowadzenia historii chorób dla każdego pacjenta Oddziału wyjaśniono następująco: (...) *system rozliczeniowy z NFZ uniemożliwia rozliczenie świadczeń, w konsekwencji zakwalifikowanie udzielanych świadczeń nas rzecz pacjenta na przełomie doby. Stąd w drodze regulacji wewnętrznej uregulowano procedurę postępowania z pacjentami, którzy pozostają po godzinie 24 na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym). Dodatkowo przypisanie pacjenta do grupy „hospitalizowany” (historia choroby) jest podyktowane względami medycznymi (stan chorego). W celu zaprzestania ww. praktyki Zarząd Spółki wyda zarządzenie wewnętrzne obligujące lekarzy SOR do zakładania historii choroby w każdym przypadku.*

(akta kontroli str. 812-819, 879-880)

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

4. W okresie objętym kontrolą strony dokumentacji medycznej pacjentów, którym w SOR udzielono porady ambulatoryjnej, nie były numerowane w ogóle, natomiast dokumentacja medyczna pacjentów hospitalizowanych w SOR (zaprowadzona w postaci historii chorób) była numerowana dopiero od czerwca 2018 r., czyli od momentu kiedy Szpital wprowadził procedury akredytacyjne. Działanie takie naruszało § 5 rozporządzenia ws. dokumentacji medycznej, w myśl którego strony w dokumentacji prowadzonej w postaci papierowej są numerowane i stanowią chronologicznie uporządkowaną całość.

(akta kontroli str. 891-928)

⁶⁹ Takim pacjentom nadawano tylko nr pacjenta.

⁷⁰ Od czerwca 2018 r. kserokopia karty informacyjnej z pobytu w szpitalu jest potwierdzana za zgodność z oryginałem przez personel medyczny.

Prezes Zarządu wyjaśnił, że *Sposób numeracji dokumentacji medycznej wynika z procedury określonej przy procesie akredytacji.*

(akta kontroli str. 813)

W odniesieniu do ww. wyjaśnień, NIK stwierdza, że obowiązek numerowania kolejnych stron dokumentacji medycznej pacjentów wynika wprost z zacytowanych wyżej przepisów rozporządzenia, które są nadrzędne w stosunku do uregulowań i procedur wewnętrznych.

5. W wyniku badania losowo wybranej dokumentacji medycznej 140 pacjentów⁷¹ SOR stwierdzono, że ich indywidualna dokumentacja była prowadzona w sposób nierzetelny lub naruszający odpowiednie przepisy rozporządzenia ws. dokumentacji medycznej, na co wskazują następujące okoliczności:

- godziny przyjęcia na SOR w 61 przypadkach (43%) nie były tożsame z godzinami widniejącymi w systemie informatycznym Szpitala, a w przypadku 79 spośród 98 (81%) dokumentacji medycznych pacjentów, którym udzielono na SOR tzw. porady ambulatoryjnej, w karcie informacyjnej z leczenia szpitalnego nie zamieszczano wpisu dot. godziny opuszczenia SOR przez pacjenta po zakończonym leczeniu,
- w dokumentacji 39 pacjentów (28%) wystąpiły przypadki braku podpisów i pieczętek osób wykonujących zlecone badania przez lekarzy na karcie badań diagnostycznych (wbrew § 4 ust. 2 ww. rozporządzenia),
- w trzech przypadkach dokumentacja medyczna nie zawierała kserokopii karty informacyjnej z pobytu pacjenta w Szpitalu (niezgodnie z § 2 ust. 4 pkt 5 ww. rozporządzenia),
- w 59 przypadkach (42%) wpisy lekarzy na kartach informacyjnych oraz/lub w historii choroby były nieczytelne (wbrew treści § 4 ust. 1 ww. rozporządzenia),
- w 29 przypadkach (21%) stwierdzono brak upoważnienia do uzyskania dokumentacji medycznej (wymaganego zgodnie z § 8 ust. 1 pkt 2 ww. rozporządzenia).

(akta kontroli str. 812-817, 891-928)

W sprawie stwierdzonego braku godziny wypisu pacjentów z SOR na kartach informacyjnych w badanej dokumentacji medycznej Prezes Zarządu, Dyrektor ds. Lecznictwa i Ordynator SOR wyjaśnili: (...) *Co do zasady lekarz wypisujący kartę informacyjną wpisuje godzinę opuszczenia przez pacjenta Szpitalnego Oddziału Ratunkowego. Jednak w pojedynczych przypadkach mógł zdarzyć się błąd ludzki i takiego wpisu nie było. W związku z powyższym, aby uniknąć takich sytuacji podjęto decyzję o zmianie szablonu Karty Informacyjnej uwzględniający rubrykę: godzina przyjęcia/ godzina wypisu.*

(akta kontroli str. 813)

NIK zauważa, że w badanej losowo dokumentacji medycznej niepodanie godziny opuszczenia SOR dotyczyło aż 81% sprawdzonej dokumentacji, co nie oznacza, że były to *pojedyncze przypadki.*

W sprawie braku czytelnych wpisów zarówno w historiach chorób, jak i na kartach informacyjnych, wyjaśnili: *Ze względu na prowadzenie dokumentacji medycznej w formie papierowej mogą pojawiać się problemy z nieczytelnym wpisem bądź słabą jakością kserokopii.*

(akta kontroli str. 813)

⁷¹ Z tego 98 dokumentacji medycznych pacjentów, którym udzielono na SOR tzw. porady ambulatoryjnej oraz 42 dokumentacji medycznych pacjentów, których hospitalizowano w SOR.

W ocenie NIK prowadzenie dokumentacji medycznej w formie papierowej nie stanowi usprawiedliwienia dla nieczytelnych wpisów dokonywanych przez lekarzy.

Odnośnie stwierdzonego w niektórych przypadkach braku upoważnień do uzyskania dokumentacji medycznej, wyjaśniono: *Nie wszyscy pacjenci chcą wypełniać dokumenty. Pacjenci roszczeniowi, osoby starsze, samotne, obcokrajowcy oraz pacjenci w ciężkim stanie zdrowia lub pod wpływem środków odurzających nie wypełniają oświadczeń dotyczących upoważnienia do uzyskania dokumentacji medycznej.*

(akta kontroli str. 813)

W ocenie NIK powyższe okoliczności nie mogą w pełni usprawiedliwiać braku zamieszczania ww. upoważnień (wymaganych przepisami) w dokumentacji medycznej pacjentów. W przypadku, gdy pacjent nie chce, bądź nie może wypełnić obowiązującego druku, lekarz lub pielęgniarka sprawująca nad nim opiekę powinni odnotować ten fakt i załączyć druk z odpowiednią adnotacją do jego dokumentacji medycznej. Tak zresztą postępowano w innych przypadkach objętych badaną próbą.

W złożonych wyjaśnieniach nie podano przyczyn występujących w niektórych przypadkach braku podpisów i pieczętek, ani braków kserokopii karty informacyjnej z pobytu pacjenta w szpitalu.

6. W 20 spośród 140 przypadków (14%) badanej dokumentacji medycznej świadczenia medyczne były udzielane pacjentom SOR przez lekarzy niezgłoszonych w odpowiednim załączniku do umowy z NFZ dotyczącym SOR, czym naruszono § 8 ust. 1 zarządzenia Nr 16/2018/DSM Prezesa NFZ, zgodnie z którym świadczenia opieki zdrowotnej objęte umową z NFZ, udzielane są osobiście przez osoby posiadające określone kwalifikacje, wymienione w załączniku nr 2 do umowy – „Harmonogramy – zasoby”.

(akta kontroli str. 891-928, 930-970)

Prezes Zarządu wyjaśnił w tej sprawie, że *Personel medyczny (lekarze) nie byli wykazani w załącznikach do umowy z NFZ w komórce organizacyjnej SOR, ponieważ ich stałym miejscem pracy są oddziały szpitalne, a w SOR udzielają jedynie sporadycznych konsultacji.*

(akta kontroli str. 812-819)

NIK nie podziela ww. wyjaśnień. W 20 przypadkach opisanych wyżej lekarze, którzy nie byli zgłoszeni w odpowiednim załączniku do umowy z NFZ dotyczącym SOR, nie udzielali wyłącznie konsultacji w przebiegu leczenia prowadzonego przez lekarza Oddziału. Z przedstawionej do kontroli dokumentacji wynikało, że lekarze (niewykazani jako lekarze SOR do NFZ) byli lekarzami prowadzącymi i nadzorującymi przebieg leczenia danego pacjenta (przyjmującymi go w SOR, badającymi i zlecającymi badania diagnostyczne).

Ponadto, w ocenie NIK powyższe świadczy o tym, że przyjęta w Szpitalu praktyka wyznaczania dobowej obsady lekarskiej w liczbie tylko dwóch stale dyżurujących lekarzy, nie zabezpieczała w wystarczającym stopniu prawidłowego funkcjonowania SOR. Do analogicznego wniosku doszedł też Konsultant Wojewódzki po przeprowadzeniu kontroli w SOR w lipcu 2017 r.

7. W wyznaczonym terminie (do 30 września 2019 r.) Szpital nie spełnił wymagań określonych w § 6 ust. 12 oraz §13 ust. 1-2 rozporządzenia ws. SOR z 2019 r.,

w związku z czym naruszył postanowienia § 15 pkt 1 tego rozporządzenia, w myśl którego do tej daty ww. wymagania miały być spełnione.

Zasady kierowania osób, którym przydzielono kategorie pilności oznaczone kolorem zielonym lub niebieskim, do miejsc udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu POZ (o których mowa w § 6 ust. 12 ww. rozporządzenia), a także: maksymalny czas na podjęcie przez lekarza dyżurnego Oddziału decyzji, o których mowa w § 12 ust. 3 pkt 2 i 3⁷² oraz przez lekarza Oddziału decyzji o przyjęciu pacjenta na oddział (wymogi, o których mowa w § 13 ust. 1-2 rozporządzenia) zostały określone w Regulaminie organizacyjnym Szpitala dopiero 21 listopada 2019 r. (uchwałą Zarządu Szpitala nr 8/2019 w sprawie zmiany Regulaminu organizacyjnego Szpitala), jednak do 10 grudnia 2019 r. uchwała ta nie weszła w życie, gdyż nie została zatwierdzona przez Radę Nadzorczą Szpitala.

Również dopiero 10 grudnia 2019 r. ww. zasady i informacje zostały podane do publicznej wiadomości przez zamieszczenie na stronie internetowej Szpitala i wywieszenie na tablicy ogłoszeń w *obszarze segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć*.

(akta kontroli str. 977-993)

Prezes Zarządu wyjaśnił, że nie spełniono przedmiotowych wymogów w wyznaczonym przepisami terminie ze względu na *szczególne, dodatkowe obciążenia pracą Ordynatora SOR, w tym m.in. związanych z kontrolą NIK*.

(akta kontroli str. 977)

NIK nie podziela powyższych wyjaśnień. Zapewnienie spełnienia ww. wymogów w terminie do 30 września 2019 r. było bowiem – zgodnie z powołanymi wyżej przepisami – obowiązkiem *kierownika podmiotu wykonującego działalność leczniczą prowadzącego szpital, w którym działa oddział, a zatem Prezesa Zarządu, a nie Ordynatora SOR*. Od dnia wejścia w życie przepisów ww. rozporządzenia (1 lipca 2019 r.) do terminu spełnienia ww. wymogów (30 września 2019 r.) było, w ocenie NIK, wystarczająco dużo czasu (trzy miesiące) by móc zorganizować pracę Szpitala w sposób umożliwiający terminowe ich spełnienie.

Ponadto, w okresie od 11 września do 26 listopada 2019 r. nie były prowadzone przez NIK czynności kontrolne w Szpitalu, nie można więc mówić o związanych z kontrolą *dodatkowych obciążeniach pracą Ordynatora SOR*.

OCENA CZĄSTKOWA

W SOR wdrożono i prawidłowo stosowano procedury segregacji medycznej pacjentów. W większości przypadków badanej indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów brak było określenia stopnia pilności udzielenia świadczeń zdrowotnych (przypisania do jednej z *kategorii pilności*), co zdaniem NIK utrudnia możliwość zweryfikowania szybkości i adekwatności udzielania pomocy pacjentom. Nie występowały przypadki odmowy udzielenia świadczenia w SOR.

W ocenie NIK⁷³ przyjęta w Szpitalu praktyka wyznaczania dobowej obsady lekarskiej w liczbie tylko dwóch stale dyżurujących lekarzy, nie zabezpieczała w wystarczającym stopniu prawidłowego funkcjonowania SOR. Na podstawie próby dokumentacji medycznej stwierdzono bowiem, że w co siódmym przypadku świadczeń zdrowotnych w SOR udzielali lekarze, których stałym miejscem pracy były inne oddziały Szpitala (wezvani doraźnie), niewymienieni w odpowiednim załączniku do umowy z NFZ.

⁷² O skierowaniu pacjenta na leczenie do oddziałów szpitala, w którym działa oddział lub o odmowie przyjęcia do oddziału osoby niebędącej w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

⁷³ Zbieżnej z ustaleniami Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie Medycyny Ratunkowej po kontroli przeprowadzonej przez niego w Szpitalu w lipcu 2017 r.

Zbiorcza oraz indywidualna dokumentacja medyczna pacjentów SOR była w części prowadzona w sposób nierzetelny lub naruszający odpowiednie przepisy rozporządzenia ws. dokumentacji medycznej. Ponadto, dla części pacjentów przyjmowanych w SOR nie zakładano i nie prowadzono historii choroby oraz nie nadawano im numeru z księgi głównej pacjentów Szpitala.

OBSZAR

3. Finansowanie i rozliczanie świadczeń wykonanych w szpitalnym oddziale ratunkowym.

Opis stanu faktycznego

3.1. W okresie objętym kontrolą w SOR udzielono pomocy łącznie 73 941 pacjentom (z tego: 21 097 w 2016 r., 21 604 w 2017 r., 20 987 w 2018 r. oraz 10 253 w I połowie 2019 r.).

Części z tych pacjentów, stanowiącej 22,1% wszystkich pacjentów SOR (tj. 16 366 osobom, z tego: 4 484 w 2016 r., 4 560 w 2017 r., 4 904 w 2018 r. i 2 418 w I połowie 2019 r.), udzielono pomocy w SOR, a następnie przyjęto ich na inne oddziały Szpitala.

Większość pacjentów (77,5%) zakwalifikowano jako „pacjentów, którym udzielono porad ambulatoryjnych” i nie założono dla nich „historii choroby”, lecz sporządzono tylko „kartę informacyjną z leczenia szpitalnego”. Ogółem było 57 305 takich pacjentów, z tego: 16 555 w 2016 r., 16 970 w 2017 r., 15 986 w 2018 r. oraz 7 794 w I połowie 2019 r.

Pozostałe przypadki (0,4%) dotyczyły pacjentów „hospitalizowanych w SOR” (dla nich zaprowadzono historie choroby), których łącznie było 270 (z tego: 58 w 2016 r., 74 w 2017 r., 97 w 2018 r. oraz 41 w I połowie 2019 r.).

(akta kontroli str. 810, 813)

3.2. Wartość przychodów uzyskanych przez Szpital z tytułu świadczeń udzielonych w SOR⁷⁴ wyniosła: 4 769,3 tys. zł w 2016 r., 5 635,2 tys. zł w 2017 r., 6 121,7 tys. zł w 2018 r. i 3 100,2 tys. zł w I połowie 2019 r., z tego ze środków z NFZ odpowiednio: 4 699,7 tys. zł, 5 532,9 tys. zł, 6 024,7 tys. zł i 3 038,4 tys. zł. Pozostałe kwoty przychodów (odpowiednio: 69,6 tys. zł, 102,3 tys. zł, 97,0 tys. zł i 61,8 tys. zł) pochodziły z innych źródeł⁷⁵.

(akta kontroli str. 845-846, 850, 854, 858)

3.3. Wartość kosztów funkcjonowania SOR⁷⁶ wyniosła: 4 537,3 tys. zł w 2016 r., 5 302,1 tys. zł w 2017 r., 6 046,2 tys. zł w 2018 r. i 3 446,7 tys. zł w I połowie 2019 r. Składały się na nie: koszty bezpośrednie według rodzajów (głównie wynagrodzenia personelu, ich udział w kosztach ogólnych wynosił: 54% w 2016 r., 55% w 2017 r., 56% w 2018 r. i 58% w I połowie 2019 r.⁷⁷), koszty pośrednie (w tym „koszty procedur” - dot. przeprowadzonych badań w innych ośrodkach kosztów – pracowniach) oraz koszty zarządu.

W związku z powyższym wynik finansowy na działalności SOR na koniec poszczególnych pełnych lat okresu objętego kontrolą (przychody minus koszty) był dodatni i wynosił: 232,0 tys. zł w 2016 r., 333,2 tys. zł w 2017 r. i 75,5 tys. zł w 2018 r. Zmniejszenie się wyniku finansowego na działalności SOR w 2018 r.

⁷⁴ Zaewidencjonowanych na koncie 701-5000141.

⁷⁵ Z odpłatnego świadczenia usług innym podmiotom, głównie aresztów śledczych.

⁷⁶ Zaewidencjonowanych na koncie 500-01-41.

⁷⁷ Łącznie wyniosły one w poszczególnych ww. okresach odpowiednio: 2 433,5 tys. zł, 2 930,7 tys. zł, 3 415,4 tys. zł i 1 988,6 tys. zł, z tego odpowiednio: 65%, 56%, 59% i 67% stanowiła wartość wynagrodzeń z tytułu umów o pracę oraz umów nienazwanych (wraz z narzutami), a odpowiednio: 35%, 44%, 41% i 33% stanowiła wartość usług z tytułu zawartych kontraktów.

w stosunku do roku poprzedniego, spowodowane było głównie zwiększeniem kosztów działalności wynikającym m.in. ze wzrostu wynagrodzeń personelu.

(akta kontroli str. 847-849, 851-853, 855-857, 859-861)

3.4. Jak wyjaśnił Prezes Zarządu, *działaniami, które Szpital podejmował w celu uzyskania wyższej stawki ryczałtu na udzielanie świadczeń w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym była szczegółowa kontrola sprawozdawczych i rozliczanych z NFZ świadczeń medycznych przez sekretarki SOR oraz Dział Statystyki Medycznej, Analiz i Kontraktowania Świadczeń. Kontroli poddano udzielone świadczenia medyczne przez personel lekarski w zakresie zgodności z kwalifikacją do poszczególnych kategorii medycznej I, II, III, IV, V, VI. Ponadto szpital podejmuje wszelkie działania mające na celu zapewnienie potencjału wykonawczego tj. personelu medycznego, wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną oraz możliwości diagnostyczno-terapeutyczne.*

W kolejnych latach okresu objętego kontrolą następował stały wzrost stawki dobowej ryczałtu z 12,4 tys. zł w 2016 r. do 16,6 tys. zł w I półroczu 2019 r.

(akta kontroli str. 223, 994)

3.5. W okresie objętym kontrolą wystąpiły przypadki nieuregulowanych przez pacjentów nieubezpieczonych zobowiązań z tytułu uzyskanych w SOR świadczeń opieki zdrowotnej. W takich sytuacjach Kierownik Działu Statystyki Medycznej Analiz i Kontraktowania Świadczeń przekazywał do Działu Księgowości dane tych pacjentów celem obciążenia kosztami leczenia na SOR, po czym wystawiano fakturę, którą wysyłało pacjentowi. Łączna wartość wystawionych z tego tytułu faktur wyniosła 175,3 tys. zł (z tego: 25,0 tys. zł w 2016 r., 57,3 tys. zł w 2017 r., 53,6 tys. zł w 2018 r. oraz 39,4 tys. zł w I połowie 2019 r.). Według stanu na 30 czerwca 2019 r., łączna wartość nieuregulowanych zobowiązań pacjentów z tytułu uzyskanych w SOR świadczeń wyniosła 154,5 tys. zł⁷⁸ (z tego 22,5 tys. zł stanowiła kwota zobowiązań 77 pacjentów w 2016 r., 48,4 tys. zł kwota zobowiązań 133 pacjentów w 2017 r., 47,4 tys. zł kwota zobowiązań 133 pacjentów w 2018 r. oraz 36,2 tys. zł kwota zobowiązań 109 pacjentów w I połowie 2019 r.).

(akta kontroli str. 844)

Szpital podejmował działania windykacyjne wobec pacjentów zalegających z opłatami. Wysyłało do nich przedsądowe wezwanie do zapłaty, informujące wezwanego, że w razie braku dobrowolnej spłaty, zostaną podjęte czynności prawne dla zaspokojenia zadłużenia. W przypadku niezyskania zapłaty przekazywano sprawę do radcy prawnego celem wszczęcia postępowania sądowego.

Jak wyjaśnił inspektor ds. księgowości zajmujący się windykacją: *postępowanie sądowe wszczyna się z zachowaniem ostrożności, ponieważ pociąga za sobą niewspółmierne wysokie koszty w stosunku do skuteczności windykacji egzekucyjnej; tj. na 26 postępowań zakończonych w okresie objętym kontrolą, jedynie dwa zakończyły się zapłatą za fakturę (na łączną kwotę 704,50 zł), jednocześnie Szpital musiał ponieść koszty ww. postępowań w łącznej kwocie 1 984,43 zł. (...) W prowadzonej ewidencji faktur dla osób nieubezpieczonych w miarę możliwości prowadzona jest weryfikacja osób, od których jest szansa na wyegzekwowanie długu. Proces ten odbywa się poprzez analizę: miejsca zamieszkania (adres z obszaru, gdzie mieszkają głównie osoby o niskim statusie społecznym, adres schroniska), statusu korespondencji (czy faktura, wezwanie dotarło, bądź jaki był powód zwrotu), powtarzalności pacjenta (niektórzy pacjenci na SOR trafiają co jakiś czas, a jeśli dotąd nie udało się wyegzekwować długu,*

⁷⁸ Po korekcie – zmniejszeniu o 0,3 tys. zł dokonanej w 2017 r., a dotyczącej zobowiązań za 2016 r.

statystycznie trudno, o poprawę ściągalności kolejnych), odzewu (prośby o umorzenie bądź rozłożenia na raty). Po procesie ww. analizy kieruje się na drogę postępowania sądowego faktury pacjentów: do których dotarło wezwanie, ew. którzy nie podjęli w terminie, którzy pierwszy raz pojawili się jako nieubezpieczeni, w momencie odzewu na wezwanie, np. telefon z prośbą o wyjaśnienie lecz nadal pozostające bez zapłaty. W przypadku długów, wobec których nie zostały podjęte kroki prawne, przed upływem przedawnienia tworzony jest odpis aktualizujący należności oraz podejmowana jest ostatnia próba uzyskania zaspokojenia długu i zostaje ponowione wezwanie do zapłaty. W przypadku braku odzewu, po upływie okresu ważności, za zgodą Zarządu Szpitala następuje umorzenie długu. W przypadku spraw będących na drodze postępowania sądowego umorzenie następuje po otrzymaniu informacji o zakończeniu sprawy i jej bezskuteczności.

W okresie objętym kontrolą umorzono długi z tego tytułu o łącznej wartości 1 410 zł, z tego 920 zł w 2017 r. oraz 490 zł w 2018 r.

(akta kontroli str. 832-843)

Na podstawie próby obejmującej dokumentację medyczną 140 wybranych pacjentów SOR ustalono, że 13 spośród tych pacjentów nie było ubezpieczonych (nie byli uprawnieni do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych⁷⁹). Wówczas podpisali oni jedno z oświadczeń: albo oświadczenie o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń zdrowotnych (sześć przypadków), albo oświadczenie o nieposiadaniu prawa do ubezpieczenia wraz ze zobowiązaniem do pokrycia kosztów leczenia według cennika obowiązującego w Szpitalu (kolejnych sześć przypadków). Jeden pacjent nie złożył żadnego oświadczenia (osoba po zażyciu środków odurzających).

Pacjentów z pierwszej z ww. grup traktowano wówczas jak pacjentów ubezpieczonych i świadczenia im udzielone przedstawiano do rozliczenia z NFZ. W przypadku sześciu pacjentów z drugiej grupy (którzy złożyli oświadczenie o nieposiadaniu prawa do świadczeń finansowanych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego) Szpital wystąpił do wójta (burmistrza, prezydenta) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania pacjenta nieubezpieczonego o wydanie dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy i uzyskał taką decyzję w trzech przypadkach.

(akta kontroli str. 891-900, 929)

W okresie objętym kontrolą Szpital występował do wójta (burmistrza, prezydenta) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania pacjenta nieubezpieczonego o wydanie dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy w 63 przypadkach (z tego: po 13 w latach 2016-2017, 32 razy w 2018 r. i pięciokrotnie w I połowie 2019 r.), uzyskując w 51 przypadkach decyzję ww. organu o objęciu pacjenta ubezpieczeniem. Wówczas koszty leczenia tych pacjentów zostały pokryte przez właściwą gminę.

Jak wyjaśniła Kierownik Działu Statystyki Medycznej Analiz i Kontraktowania Świadczeń: (...) najczęściej z ww. wnioskami występowano dla pacjentów, którym udzielono porad o wysokich kosztach i którzy nie podpisali oświadczenia zobowiązującego do dostarczenia dokumentów potwierdzających prawo do świadczeń opieki zdrowotnej lub, do pokrycia kosztów leczenia (w przypadku niedostarczenia tych dokumentów) lub nie posiadali przy sobie dokumentów potwierdzających tożsamość i bezdomnych, jeżeli znano ich ostatnie miejsce pobytu.

(akta kontroli str. 868-869)

⁷⁹ Z wyjątkiem tych, z którymi brak było kontaktu.

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

Wynik finansowy na działalności SOR na koniec poszczególnych pełnych lat okresu objętego kontrolą był dodatni, a jego pogorszenie się w 2018 r. w stosunku do roku poprzedniego, spowodowane było głównie znacznym wzrostem kosztów działalności wynikającym ze wzrostu wynagrodzeń personelu. NIK zauważa potrzebę podejmowania działań służących zahamowaniu pogarszania się sytuacji finansowej SOR oraz zintensyfikowania starań dających możliwość uzyskania korzystniejszego finansowania świadczeń medycyny ratunkowej przez NFZ.

Szpital podejmował właściwe działania wobec nieubezpieczonych pacjentów, zalegających z zapłatą za udzielone im świadczenia w SOR. W uzasadnionych przypadkach występował też do wójta (burmistrza, prezydenta) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania pacjenta nieubezpieczonego o wydanie dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej.

IV. Uwagi i wnioski

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

Uwagi

NIK zwraca uwagę na konieczność:

1. Zapewnienia pacjentom SOR wyodrębnionej całodobowej opieki lekarskiej (niezależnej od całodobowej opieki lekarskiej zapewnianej w innych komórkach organizacyjnych Szpitala) w liczbie niezbędnej do zabezpieczenia prawidłowego funkcjonowania Oddziału.
2. Zapewnienia organizacji udzielania świadczeń przez lekarzy w sposób umożliwiający im skorzystanie z prawa do odpoczynku w wymiarze określonym w obowiązujących przepisach.
3. Zapewnienia udzielania świadczeń medycznych w SOR przez personel zgłoszony do NFZ.
4. Rzetelnego i zgodnego z obowiązującymi przepisami prowadzenia dokumentacji medycznej pacjentów SOR.

Wnioski

NIK wnosi o:

1. Dostosowanie pomieszczeń SOR do wymogów określonych w rozporządzeniu ws. SOR z 2019 r.
2. Zintensyfikowanie działań w celu określenia w regulaminie organizacyjnym Szpitala, wymaganych rozporządzeniem w sprawie SOR z 2019 r. uregulowań dotyczących zasad postępowania z pacjentem w SOR, oraz podanie ich do publicznej wiadomości.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania
wniosków

do Dyrektora Delegatury NIK w Katowicach. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

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

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

Katowice, dnia 9 stycznia 2020 r.

Kontrolerzy

Katarzyna Gradzik
Doradca ekonomiczny

.....

Tomasz Raszka
Gł. specjalista kontroli państwowej

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Katowicach

.....