NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Katowicach

LKA-4110-002-02/2014
R/14/008

TEKST UJEDNOLICONY

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Katowicach
ul. Powstańców 29, 40-039 Katowice
T +48 32 784 42 00, F +48 32 784 42 30
lka@nik.gov.pl

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	R/14/008 – Realizacja świadczeń zdrowotnych przez publiczne i niepubliczne podmioty lecznicze
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Katowicach
Kontrolerzy	1. Tomasz Raszka, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 89062 z dnia 26 lutego 2014 r., nr 90659 z dnia 20 czerwca 2014 r. i nr 92406 z dnia 13 listopada 2014 r. 2. Katarzyna Gradzik, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 89063 z dnia 26 lutego 2014 r. i nr 90660 z dnia 20 czerwca 2014 r. (dowód: akta kontroli str. 1-8)
Jednostka kontrolowana	Polska Grupa Medyczna Sp. z o.o.[1], ul. Zygmunta Starego 24A, 44-100 Gliwice
Kierownik jednostki kontrolowanej	Anna Szczerba-Sachs, Prezes Zarządu (dowód: akta kontroli str. 9)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia[2] iż PGM, w ramach swojej jednostki organizacyjnej – Chorzowskiego Centrum Kardiologii w Chorzowie[3], zatrudniała lekarzy i pielęgniarki w liczbie i o kwalifikacjach wymaganych przez NFZ. W ChCK zapewniono również odpowiednie wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną, wymaganą obowiązującymi przepisami.

W ChCK zapewniono także ciągłość udzielania stacjonarnych świadczeń zdrowotnych z zakresu kardiologii, realizowanych uprzednio przez II Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zespół Szpitali Miejskich w Chorzowie[4], jednakże wskutek odmowy hospitalizacji osób ze schorzeniami ogólnokardiologicznymi, niewymagającymi zabiegów inwazyjnych, ograniczono dostępność świadczeń zdrowotnych dla tych chorych, a także ich zakres w stosunku do ustaleń określonych w umowie zawartej ze Śląskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia.

PGM nie spełniła równocześnie w ChCK warunków i wymagań określonych w obowiązujących przepisach dotyczących: [1] zapewnienia wyodrębnionej

[1] Zwana dalej „PGM" lub „Spółką".
[2] Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna. Jeżeli sformułowanie oceny ogólnej według proponowanej skali byłoby nadmiernie utrudnione, albo taka ocena nie dawałaby prawdziwego obrazu funkcjonowania kontrolowanej jednostki w zakresie objętym kontrolą, stosuje się ocenę opisową, bądź uzupełnia ocenę ogólną o dodatkowe objaśnienie.
[3] Zwane dalej „ChCK".
[4] Szpital publiczny, na terenie którego utworzono ChCK.

całodobowej opieki lekarskiej nad pacjentami w zakresie dotyczącym całodobowej opieki sprawowanej przez lekarza specjalistę w dziedzinie kardiologii, [2] warunków technicznych sformułowanych dla Izby Przyjęć, [3] rozmieszczenia łóżek (30%) w pokojach łóżkowych, [4] aktualności przeszkolenia czterech lekarzy wykonujących badania i zabiegi lecznicze przy użyciu promieniowania jonizującego w zakresie ochrony radiologicznej pacjenta.

NIK zauważa ponadto, iż w procesie leczenia chorych wystąpiły w ChCK przypadki odstąpienia od wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego[5], a także zasad sztuki lekarskiej przedstawionych przez konsultantów wojewódzkich z zakresu kardiologii, dotyczących w szczególności czasu hospitalizacji pacjentów o nieustabilizowanym poziomie markerów martwicy mięśnia sercowego. Zdaniem Izby, umożliwiało to skrócenie długości pobytu pacjentów na oddziale i tym samym maksymalizację liczby przeprowadzonych zabiegów. Działanie takie mogło mieć wpływ na obniżenie jakości udzielanych świadczeń.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Dostępność do świadczeń zdrowotnych

Opis stanu faktycznego

1.1. W latach 2009-2011 PGM realizowała świadczenia zdrowotne z zakresu kardiologii inwazyjnej[6] m. in. w Pracowni Hemodynamiki zlokalizowanej w Pawilonie II Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Zespół Szpitali Miejskich w Chorzowie[7], w oparciu o umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych, zawartą przez ZSM ze Śląskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia[8] na leczenie szpitalne z zakresu kardiologii. Usługi powyższe świadczone były przy użyciu sprzętu własnego PGM oraz w części należącego do ZSM na podstawie umowy[9] zawartej z ZSM, której przedmiotem było kompleksowe udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu elektrofizjologii i kardiologii inwazyjnej (grup JGP: E11-E14, E22-E27, E31-E39).

PGM powinna była także zapewnić personel konieczny do udzielania ww. świadczeń (zgodnie z wykazem określonym w załączniku do umowy). Umowę zawarto na okres 3 lat (od 1 stycznia 2009 r. do 31 grudnia 2011 r.) z zastrzeżeniem, że w przypadku przedłużenia lub zawarcia nowej umowy z NFZ, umowa ta zostanie odpowiednio przedłużona. W treści umowy podano, że w okresie jej obowiązywania i wykonywania, zawieszeniu (przerwa w obowiązywaniu i wykonywaniu) ulega umowa N/01/2008 (którą błędnie określono jako „S/11/2008"). Ww. umowa, zawarta przez obie strony 17 października 2008 r., dotyczyła najmu przez okres 10 lat pomieszczeń należących do oddziału wewnętrznego ZSM o łącznej powierzchni 170 m^2 w celu prowadzenia w nich wszechstronnej

[5] Zgodnie z § 11 ust. 1 zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Nr 89/2013/DSOZ z dnia 19 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne, wydanego na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2015 r., poz. 581), przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniodawca jest zobowiązany do stosowania zasad postępowania medycznego zgodnego z aktualnym stanem wiedzy, zawartych w standardach określonych w obowiązujących przepisach prawa oraz wytycznych, zaleceniach i rekomendacjach wydawanych przez towarzystwa naukowe zrzeszające specjalistów z właściwych dziedzin medycyny. Z tego względu wytyczne Europejskiego czy Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego mogą stanowić wyznacznik do oceny uwzględniającej kryterium legalności.

[6] Tj. procedury z tzw. „jednorodnych grup pacjentów": E11 do E14, E22 do E27 oraz E31 do E39.

[7] Zwanego dalej „ZSM".

[8] Zwanym dalej „NFZ".

[9] Nr S/4/2009 z 23 stycznia 2009 r.

i kompleksowej działalności diagnostycznej i terapeutycznej w zakresie schorzeń układu naczyniowo-sercowego, za cenę netto 4.250 zł miesięcznie (5.185 zł brutto). W treści tej umowy ZSM wyraził zgodę na prowadzenie w pomieszczeniach prac adaptacyjnych zgodnie z wymaganiami dla pracowni hemodynamicznej według załączonej do umowy koncepcji.
Do marca 2011 r. PGM otrzymywała z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu elektrofizjologii i kardiologii inwazyjnej wynagrodzenie w wysokości 70% kwoty otrzymanej przez ZSM za rozliczenie udzielonych świadczeń z NFZ, a od kwietnia 2011 r. - 65% tej kwoty.

(dowód: akta kontroli str. 95-108, 109-119)

Z dniem 31 grudnia 2011 r. ZSM zakończył prowadzenie działalności oddziału szpitalnego o profilu kardiologicznym, a działalność tę przejęła PGM na podstawie zawartych z nim umów z 31 sierpnia 2011 r.:

- najmu powierzchni 676,6 m^2 obejmującej pomieszczenia oddziałów: Kardiologicznego, Oddziału Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego i Pracowni Hemodynamiki[10] na okres 10 lat licząc od 1 stycznia 2012 r. z przeznaczeniem na prowadzenie działalności w zakresie wysokospecjalistycznych usług medycznych kardiologicznych, w tym kardiologii inwazyjnej wraz z przejęciem i zatrudnieniem pracowników[11]; gdzie miesięczny czynsz najmu określono w wysokości netto 120 zł za 1m^2, tj. łącznie netto 81.192,00 zł, brutto 99.866,16 zł,
- sprzedaży „know-how", które zdefiniowano jako „wieloletnia wiedza i doświadczenie ZSM w realizowaniu usług medycznych z ww. zakresów na rzecz ubezpieczonych w oparciu o umowę z NFZ", związanej z realizacją usług medycznych z zakresu kardiologii[12] za wynagrodzenie w kwocie netto 4.000.000 zł, brutto 4.920.000 zł,
- sprzedaży części wyposażenia i sprzętu medycznego Kardiologii[13] za 29.846 zł brutto.

(dowód: akta kontroli str. 120-129, 130-139)

Od 1 stycznia 2012 r. Spółka realizowała świadczenia z zakresu kardiologii, w tym inwazyjnej w jednostce organizacyjnej ChCK, na podstawie umowy zawartej samodzielnie z NFZ.
Poniższe zestawienie przedstawia wartości z umów zawartych przez PGM z NFZ – Śląskim Oddziałem Wojewódzkim w Katowicach, których przedmiotem było udzielanie świadczeń zdrowotnych w jednostce organizacyjnej ChCK.

Zakres świadczeń	**Wartość udzielonych świadczeń zaproponowana przez PGM w ofercie w postepowaniu z 2011 r. na lata 2012-2014**	**Wartość z umowy styczeń 2012**	Udział procentowy **kol.3 : kol.2**	**Wartość z umowy w 2012 po aneksach**	**Wartość z umowy styczeń 2013**	Udział procentowy **kol.6 : kol.2**	**Wartość z umowy w 2013 po aneksach**	**Wartość z umowy styczeń 2014**	Udział procentowy **kol.9 : kol.2**
1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*
Kardiologia - hospitalizacja	3 744 000	1 924 000	**51%**	2 046 512	1 924 000	**51%**	3 104 868	3 421 600	**x**
Kardiologia - hospitalizacja E10, E11, E12, E13, E14	9 318 192	9 318 192	**100%**	12 176 476	10 514 504	**113%**	15 265 640	10 514 504	**113%**
Kardiologia - hospitalizacja E23, E24, E25, E26	1 937 780	1 497 600	**77%**	1 375 088	1 497 600	**77%**	1 500 824	x*	**x**
Razem	**14 999 972**	**12 739 792**	**85%**	**15 598 076**	**13 936 104**	**93%**	**19 871 332**	**13 936 104**	**93%**

*brak wyodrębnionych kwot zobowiązania na realizację świadczeń, tzw. produkt skojarzony *Kardiologia - hospitalizacja E23, E24, E25, E26* został usunięty i rozliczony w produkcie głównym *Kardiologia – hospitalizacja.*

[10] Określanych dalej wspólnie jako „Kardiologia".
[11] Umowa najmu Nr N/14/2011.
[12] Umowa kupna – sprzedaży Nr S/1/2011.
[13] Umowa kupna – sprzedaży Nr S/2/2011.

Zgodnie z informacją ŚOW NFZ, w ofercie złożonej do postępowania mającego na celu zawarcie kontraktu na lata 2012-2014 PGM przedstawiła propozycję finansową na 2012 rok. Natomiast wartość kontraktu na kolejne okresy rozliczeniowe wynikała z propozycji przedstawionej przez ŚOW NFZ, na podstawie zapisów §32 Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiących załącznik do *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*[14].

(dowód: akta kontroli str. 1271-1295, 1401-1408, 1418-1424)

W okresie objętym kontrolą ChCK nie było kontrolowane przez NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 1426)

1.2. W 2011 r. PGM udzieliła pacjentom Oddziału Kardiologii (prowadzonego wówczas przez ZSM) łącznie 749 świadczeń z zakresu kardiologii inwazyjnej. W latach 2012-2013, po przejęciu Kardiologii przez PGM udzielono pacjentom łącznie odpowiednio 1605 i 1928 świadczeń w ramach 31 i 33 różnych JGP, z tego odpowiednio 1421 (89%) i 1770 (92%) świadczeń w ramach grup zaliczanych do kardiologii inwazyjnej.

Na podstawie analizy dokumentacji prowadzonej przez Izbę Przyjęć - wpisów do Księgi Odmów i Porad Ambulatoryjnych (za 8 wybranych miesięcy, tj. styczeń, maj, lipiec i sierpień 2012 r. oraz czerwiec, lipiec, sierpień i wrzesień 2013 r.) stwierdzono w każdym z tych miesięcy przypadki odmów przyjęcia pacjentów, pomimo wskazań do leczenia w warunkach stacjonarnych i rozpoznań w zakresie chorób układu krążenia. Pacjenci ci kierowani byli następnie na leczenie na Oddziale Chorób Wewnętrznych ZSM, bądź innych podmiotów leczniczych (stanowiło to od 7% do 26% wszystkich odmów w tych wybranych miesiącach). I tak:

- W przypadku 11 pacjentów[15], pomimo postawienia jednego z następujących rozpoznań: niewydolność serca, bradykardia, podejrzenie zatorowości płuc, podejrzenie trzepotania przedsionków, nadciśnienie tętnicze, stenokardia odmówiono przyjęcia ich do leczenia, jako powód wskazując wykluczenie OZW lub zawału serca, a następnie skierowano do Oddziału Chorób Wewnętrznych prowadzonego przez ZSM, gdzie byli leczeni na: niewydolność krążenia (6 przypadków E53-E54), zaburzenia rytmu serca (2 przypadki E61-E62), a także chorobę niedokrwienną serca (2 przypadki E56-E57) i zator płuc (D16).
- W przypadku 4 pacjentów[16], pomimo postawienia jednego z rozpoznań: OZW (2 przypadki), niestabilna choroba wieńcowa, stan po zawale, odmówiono przyjęcia ich do leczenia, jako powód wskazując brak zgody pacjenta na leczenie inwazyjne. Dwóch z tych pacjentów skierowano do Oddziału Chorób Wewnętrznych ZSM, gdzie byli leczeni na: OZW (E18) lub na niewydolność krążenia (E53), dwóch kolejnych pacjentów po kilkudniowym leczeniu w oddziale wewnętrznym innego szpitala, ponownie trafiło na izbę przyjęć PGM i zostało przyjętych na Oddział Kardiologiczny w celu leczenia inwazyjnego (E12).

---

[14] (Dz. U. Nr 81, poz. 484), zwanego dalej *rozporządzeniem MZ w sprawie ogólnych warunków umów*.

[15] K.B. ur. w 1926 r. (wpis z 12.01.2012 r.), R.F. ur. w 1936 r. (wpis z 14.05.2012 r.), J.P. ur. w 1944 r. (wpis z 16.07.2012 r.), U.M.K. ur. w 1929 r. (wpis z 18.07.2012 r.), J.S. ur. w 1942 r. (wpis z 16.09.2013 r.), W.M. ur. w 1949 r. (wpis z 25.09.2013 r.), K.M. ur. w 1949 r. (wpis z 14.06.2013 r.), T.K. ur. w 1933 r. (wpis z 24.06.2013 r.), M.K. ur. w 1938 r. (wpis z 5.07.2013 r.), R.S. ur. w 1945 r. (wpis z 5.07.2013 r.),K.K. ur. w 1931 r. (wpis z 22.08.2013 r.).

[16] H.S. ur. w 1941 r. (wpis z 24.08.2012 r.), A.F. ur. w 1956 r. (wpis z 12.06.2013 r.), K.F. ur. w 1944 r. (wpis z 26.06.2013 r.) i S.G. ur. w 1944 r. (wpis z 9.07.2013 r.).

– Jeden pacjent[17], któremu zdiagnozowano bóle w klatce piersiowej, nie został przyjęty, pomimo że wyraził chęć leczenia zachowawczego (w rubryce „powód odmowy" widniało oświadczenie: „Zostałem wyczerpująco poinformowany o stanie zdrowia. Nie wyrażam zgody na koronarografię. Chcę być leczony zachowawczo. Zostałem poinformowany o grożących konsekwencjach do śmierci włącznie" oraz podpis pacjenta), jego dalszy los nie jest znany.
– W przypadku 9 pacjentów[18], pomimo postawienia jednego z następujących rozpoznań: niewydolność serca, niewydolność krążenia, podejrzenie zatorowości płuc, migotanie przedsionków, nadciśnienie tętnicze, odmówiono przyjęcia do leczenia, podając jako powód: brak wskazań do hospitalizacji w Oddziale Kardiologicznym, po czym skierowano ich do oddziału chorób wewnętrznych ZSM, gdzie byli leczeni na: choroby zastawek (3 przypadki E73), OZW (2 przypadki E18), niewydolność krążenia (E53), zapalenie wsierdzia (E51), nadciśnienie tętnicze (E88), zator płuc (D16).
– W przypadku 9 pacjentów[19], którym postawiono różne rozpoznania, w tym m.in.: niewydolność serca i migotanie przedsionków, odmówiono przyjęcia ich do leczenia, jako powód odmowy wskazując skierowanie do leczenia w Oddziale Chorób Wewnętrznych ZSM, gdzie pacjenci ci byli następnie leczeni na: choroby zastawek (3 przypadki E73), niewydolność krążenia (3 przypadki E53-E54), OZW (E18), zaburzenia rytmu serca (E62), chorobę niedokrwienną serca (E56).
– W przypadku 2 pacjentów[20], pomimo postawienia jednego z rozpoznań: migotanie przedsionków i płyn w worku osierdziowym, odmówiono przyjęcia ich do leczenia, jako powód odmowy wskazując skierowanie do leczenia w Oddziale Chorób Wewnętrznych ZSM, gdzie pacjenci ci byli następnie leczeni odpowiednio 1 dzień na inne choroby układu krążenia (E77) i 2 dni na niewydolność krążenia (E53), po czym obaj zostali odesłani do PGM i zostali przyjęci na Oddział Kardiologiczny, z czego jeden był leczony inwazyjnie (E13), a drugi zachowawczo (E77).

Ww. przypadki wystąpiły w sytuacji, gdy w Oddziale Kardiologicznym ChCK dysponowano w dniach odmów wolnymi łóżkami szpitalnymi (od 1 do 13). Ponadto, już w pierwszym miesiącu realizacji umowy zawartej z NFZ (w styczniu 2012 r.) odmówiono przyjęcia 7 pacjentów (pomimo wskazań do leczenia w warunkach stacjonarnych i rozpoznań w zakresie chorób układu krążenia), gdy nie wyczerpano jeszcze środków zaplanowanych na realizację kontraktu w zakresie kardiologia – hospitalizacja.

Prezes Zarządu PGM wyjaśniła w tej sprawie, że *decyzja o przyjęciu do Oddziału Kardiologicznego podejmowana jest indywidualnie dla każdego pacjenta, po dokładnym badaniu podmiotowym, przedmiotowym i badaniach dodatkowych (badania laboratoryjne, Echo) i często kilkugodzinnej obserwacji, która jeśli chodzi o ilość wykonanych czynności i badań jest równoważna co najmniej jednodniowej hospitalizacji. Dalsze plany leczenia pacjenta uwzględniają możliwość leczenia na*

[17] C.J. ur. w 1931 r. (wpis z 5.06.2013 r.).
[18] M.J. ur. w 1951 r. (wpis z 3.01.2012 r.), T.P. ur. w 1972 r. (wpis z 13.01.2012 r.), J.S. ur. w 1951 r. (wpis z 14.05.2012 r.), K.G. ur. w 1935 r. (wpis z 14.08.2012 r.), A.S. ur. w 1958 r. (wpis z 29.08.2012 r.), J.G. ur. w 1942 r. (wpis z 1.03.2013 r.), A.C. ur. w 1945 r. (wpis z 4.06.2013 r.), A.K. ur. w 1935 r. (wpis z 5.06.2013 r.), A.H. ur. w 1936 r. (wpis z 19.06.2013 r.).
[19] W.K. ur. w 1944 r. (wpis z 2.01.2012 r.), J.W. ur. w 1976 r. (wpis z 2.01.2012 r.), P.Ż. ur. w 1973 r. (wpis z 5.01.2012 r.), M.S. ur. w 1938 r. (wpis z 26.01.2012 r.), U.M. ur. w 1942 r. (wpis z 1.08.2012 r.), W.W. ur. w 1940 r. (wpis z 11.07.2013 r.), E.S. (wpis z 31.07.2013 r.), M.B. ur. w 1940 r. (wpis z 16.08.2013 r.), A.M. ur. w 1950 r. (wpis z 16.08.2013 r.).
[20] A.I. ur. w 1940 r. (wpis z 8.09.2013 r.), K.R. ur. w 1975 r. (wpis z 16.09.2013 r.).

innym oddziale specjalistycznym, w tym oddziale chorób wewnętrznych, który również jest desygnowany przez NFZ do leczenia opisywanych chorych.
Wyjaśniła także, że *kluczową rolę w leczeniu najbardziej groźnych schorzeń kardiologicznych odgrywa kardiologia interwencyjna. Wyłączenie chorych hospitalizowanych w Oddziale Kardiologicznym w Chorzowie z takiego leczenia byłoby de facto pozbawieniem tych chorych dostępu do najbardziej skutecznych, wydłużających życie procedur. Oddział Kardiologiczny nie prowadzi wyłącznie leczenia ostrych zespołów wieńcowych, ale także zapewnia leczenie innych schorzeń kardiologicznych, np. niewydolności krążenia, zaburzeń rytmu itp., natomiast leczeniem tym we współczesnej, szybko zmieniającej się kardiologii jest przede wszystkim leczenie inwazyjne*.

(dowód: akta kontroli str. 26-27, 150-238, 251-258, 261, 267-269, 1446-1487)

Uwagi dotyczące badanej działalności

Przyjmując powyższe wyjaśnienia NIK zwraca uwagę, że fakt *desygnowania* przez NFZ innych placówek i oddziałów do leczenia przedstawionych wyżej schorzeń nie może stanowić wystarczającego usprawiedliwienia dla postępowania PGM w opisanych przypadkach. Działanie takie spowodowało bowiem, że zakres świadczeń zakontraktowanych przez NFZ został jednostronną decyzją świadczeniodawcy faktycznie ograniczony do tych, które są najwyżej wycenione.

Taka swoista „selekcja" pacjentów, zgodnie z opinią wyrażoną przez Dyrektor Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ[21], była niedopuszczalna. *Każdy świadczeniodawca posiadający zawartą umowę w zakresach kardiologia – hospitalizacja i kardiologia – hospitalizacja E10-E14 zobowiązany jest do udzielania świadczeń zarówno związanych z leczeniem OZW, jak i pozostałych świadczeń kardiologicznych, w związku z powyższym podstawą odmowy udzielania świadczeń nie może być wskazanie, iż podmiot realizuje świadczenia wyłącznie związane z leczeniem OZW, bowiem nie znajduje to uzasadnienia w treści obowiązujących przepisów oraz zawartej umowy. Odmowa udzielenia świadczenia winna być uzasadniona przesłankami o charakterze medycznym, np. ustaleniem, że proces diagnostyczno-terapeutyczny winien być prowadzony w oddziale o innej specjalności*.

Podkreślić należy także fakt, iż we wszystkich opisanych wyżej przypadkach odmowy przyjęcia nie można usprawiedliwić koniecznością przeznaczenia w tym samym czasie zasobów PGM do przeprowadzenia pilniejszej procedury medycznej.

(dowód: akta kontroli str. 271-272)

Skalę występującego w ChCK zjawiska i wskazanej w wyjaśnieniu Prezes Zarządu PGM praktyki sterowania strumieniem pacjentów obrazują dane o strukturze świadczeń udzielonych chorym. I tak:

- W 2011 r. PGM udzieliła pacjentom Oddziału Kardiologii (prowadzonego wówczas przez ZSM) łącznie 749 świadczeń z zakresu kardiologii inwazyjnej w ramach 11 różnych Jednorodnych Grup Pacjentów sprawozdawanych do NFZ (tzw. JGP, w tym: E11 – 30, E12 – 273, E13 – 236, E14 – 123, E23 – 1 i E24 – 1). W tym samym roku ZSM[22] równocześnie udzielił pacjentom 363 świadczenia w ramach pozostałych 22 JGP (zaliczanych do tzw. „kardiologii zachowawczej"). Tym samym w roku bezpośrednio poprzedzającym przejęcie całego oddziału przez Spółkę, w liczbie 1112 hospitalizacji pacjentów udział procentowy realizowanych świadczeń z zakresu kardiologii inwazyjnej w łącznej (zrealizowanej przez PGM i ZSM) liczbie świadczeń stanowił 67%, a pozostałych świadczeń - 33%.

[21] W piśmie z 18 sierpnia 2014 r., znak WSOZ-I-073-225/2044-AW/2014.
[22] Ustalono w trakcie kontroli przeprowadzonej przez Delegaturę NIK w Katowicach w tej jednostce.

- W latach 2012-2013, po przejęciu Kardiologii przez PGM udzielono pacjentom łącznie odpowiednio 1605 i 1928 świadczeń w ramach 31 i 33 różnych JGP. Struktura ich była już jednak inna – udział bowiem w ww. liczbach świadczeń w ramach grup zaliczanych do kardiologii inwazyjnej wynosił 89% (1421) w 2012 r. i 92% (1770) w 2013 r., a świadczeń w ramach pozostałych JGP (kardiologii zachowawczej) odpowiednio: 11% (184) i 8% (158).

Największe spadki, w stosunku do 2011 r., liczby udzielonych przez PGM w latach 2012-2013 świadczeń z zakresu kardiologii zachowawczej, stwierdzono w odniesieniu do:

- grupy D16 - z 32 przypadków w 2011 r. do 16 w 2012 r. i 6 w 2013 r.,
- grupy E16 - z 25 przypadków w 2011 r. do 5 w 2012 r. i 6 w 2013 r.,
- grupy E52 - z 17 przypadków w 2011 r. do 3 w 2012 r. i 1 w 2013 r.,
- grupy E61 - z 30 przypadków w 2011 r. do 20 w 2012 r. i 13 w 2013 r.,
- grupy E62 - z 25 przypadków w 2011 r. do 17 w 2012 r. i 5 w 2013 r.,
- grupy E73 - ze 109 przypadków w 2011 r. do 12 w 2012 r. i 9 w 2013 r.

(dowód: akta kontroli str. 150, 151)

Prezes Zarządu PGM wyjaśniła w tej sprawie, że spadek liczby świadczeń w poszczególnych ww. grupach spowodowany był**:**

- zmniejszeniem liczby masywnej zatorowości płucnej w ogóle, co być może miało związek z profilaktycznym skutecznym leczeniem przeciwkrzepliwym, zmniejszającą się liczbą chorych z zatorowością płucną wysokiego ryzyka zgonu zgłaszanych i wymagających przyjęcia na Oddział Kardiologiczny, zmianami w wytycznych, wg których pacjenci z zatorowością płucną małego ryzyka zgonu mogą być diagnozowani i leczeni ambulatoryjnie (dot. D16),
- tym, że dla pacjentów z ostrym zespołem wieńcowym, leczonych do tej pory zachowawczo, obecnie zalecanym leczeniem ratującym życie jest postępowanie inwazyjne (dot. E16),
- tym, że dla pacjentów z zaawansowaną niewydolnością krążenia zalecanym leczeniem jest rewaskularyzacja naczyń wieńcowych (bowiem najpowszechniej niewydolność serca rozwija się w przebiegu zaawansowanej choroby wieńcowej) lub elektroterapia (wszczepienie kardiowertera-defibrylatora poprzedzone również koronarografią lub/i angioplastyką wieńcową), gdyż procedury te jako jedyne mogą wydłużyć życie tych chorych (dot. E52),
- tym, że starsi pacjenci z zaburzeniami rytmu serca (lub z powikłaniami) przyjmowani są najczęściej w trybie ratującym życie i wymagają elektroterapii, czyli implantacji stymulatora serca lub kardiowertera - defibrylatora lub też zaburzenia rytmu są u nich objawem zaostrzenia choroby wieńcowej i wymagają koronarografii (dot. E61),
- tym, że młodsi pacjenci z zaburzeniami rytmu serca są obecnie często diagnozowani i leczeni ambulatoryjnie, często bowiem arytmie te nie mają charakteru groźnego dla życia, pozostali chorzy wymagają diagnostyki i leczenia inwazyjnego (dot. E62),
- tym, że wielu pacjentów z wadami zastawek serca małego stopnia jest współcześnie leczonych i diagnozowanych ambulatoryjnie i nie wymaga przyjęcia na Oddział, PGM nie prowadzi diagnostycznych hospitalizacji jednodniowych (co wpłynęłoby na wzrost liczby tych chorych) w związku z koniecznością zapewnienia możliwości przyjęcia pacjentów w stanach zagrożenia życia, co wiąże się z potrzebą racjonalnego wykorzystania bazy łóżkowej, natomiast pacjenci z zaawansowanymi postaciami wad zastawkowych serca, szczególnie wady mitralnej kierowani są na Oddział Kardiologiczny w przebiegu zaostrzenia choroby wieńcowej, która jest przyczyną powstania

najczęstszej obecnie postaci niedokrwiennej niedomykalności mitralnej, leczeniem przyczynowym jest współcześnie rewaskularyzacja naczyń wieńcowych czyli angioplastyka wieńcowa bądź pomostowanie aortalno - wieńcowe połączone lub nie z operacją zastawki, poprzedzone koronarografią wykonywaną w Oddziale Kardiologicznym (dot. E73).

(dowód: akta kontroli str. 26-28)

Zdaniem NIK, PGM ograniczając w ChCK liczbę świadczeń udzielanych w ramach leczenia zachowawczego, koncentrowała się przede wszystkim na leczeniu inwazyjnym pacjentów, które było wysoko wycenione przez NFZ, a ponadto hospitalizacja taka podlegała finansowaniu w ramach tzw. „świadczeń nielimitowanych"[23]. O opłacalności takich działań świadczy fakt, że w latach 2009-2011 PGM realizując w ChCK świadczenia z zakresu kardiologii inwazyjnej osiągała znaczne zyski pomimo tego, że otrzymywała tylko 70-procentowy (a od kwietnia 2011 r. 65-procentowy) udział w kwocie otrzymanej za rozliczenie tych świadczeń z NFZ.

Koncentracja na zabiegach kardiologii inwazyjnej spowodowała, że PGM nie dotrzymała własnego zobowiązania dotyczącego zachowania struktury udzielanych świadczeń, zawartego w załączniku do umowy najmu pomieszczeń Oddziału Kardiologicznego oraz Pracowni Hemodynamiki nr N/14/2011 z 31 sierpnia 2011 r. W oświadczeniu z 29 lipca 2011 r.[24] stanowiącym załącznik nr 10 do tej umowy Prezes Zarządu Spółki potwierdziła zapewnienie ciągłości udzielania stacjonarnych świadczeń zdrowotnych w zakresie i specjalnościach realizowanych dotychczas przez ZSM, bez istotnego ograniczenia ich dostępności, warunków udzielania i jakości. Ww. ograniczenie dostępności do świadczeń – jak wyjaśniał to Dyrektor ZSM w toku postępowania w sprawie wyłonienia najemcy ww. pomieszczeń w odpowiedzi na pytanie zadane przez Zarząd PGM – miało polegać na przyjmowaniu pacjentów kwalifikujących się do zabiegów inwazyjnych kosztem pacjentów ze schorzeniami ogólnokardiologicznymi, a za istotne naruszenie zostanie uznany wzrost jednej z grup pacjentów powodujący zmianę ww. proporcji o ponad 20%.

Zgodnie z wyjaśnieniem Dyrektora ZSM, nałożenie ww. wymogu zachowania struktury udzielanych świadczeń miało na celu wyeliminowanie ryzyka wyspecjalizowania się Oddziału Kardiologicznego w wąskiej dziedzinie kardiologii inwazyjnej.

Prezes Zarządu PGM wyjaśniła, że *przyczynami spadku w latach 2012-2013 liczby niektórych udzielanych świadczeń z zakresu kardiologii zachowawczej był fakt, że w poprzednich latach (2009-2011) w szeregu sytuacji preferowane było postępowanie zachowawcze głównie ze względu na finanse i sposób rozliczania kontraktu w ZSM, były one bowiem zagrożone na skutek wprowadzenia procedur kardiologii inwazyjnej. Dopiero w latach 2012 i 2013 (czyli po przejęciu oddziału) można było w pełni wykorzystać potencjał zabiegowy Oddziału Kardiologicznego, bez szkody dla finansów ZSM* oraz że *utrzymanie proporcji świadczeń nie może odbywać się w sposób sztuczny, niezgodny z obowiązującą medycyną i wiązać się z zagrożeniem dla pacjenta.*

---

[23] Świadczeń, w przypadku których, gdy kwota wykonanych świadczeń przekroczy kwotę zobowiązania NFZ wobec świadczeniodawcy, zwiększeniu ulegają liczby jednostek rozliczeniowych oraz kwoty zobowiązań z tytułu realizacji świadczeń we właściwych ze względu na realizację zakresach oraz odpowiednio kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy NFZ wobec świadczeniodawcy.

[24] Umowa lub jej załączniki nie ustalały zasad prowadzenia monitoringu struktury udzielanych świadczeń ani też sankcji związanych z niedopełnieniem tego zobowiązania.

Dyrektor ZSM zaprzeczył w wyjaśnieniach, że w latach 2009 - 2011 (gdy ZSM posiadał kontrakt w zakresie kardiologii, a PGM była tylko podwykonawcą) w Oddziale Kardiologicznym preferowane było postępowanie zachowawcze kosztem leczenia inwazyjnego.

(dowód: akta kontroli str. 26-27, 263, 265, 1488-1489)

Zdaniem Izby, spadek liczby świadczeń z zakresu kardiologii zachowawczej udzielonych w Oddziale Kardiologicznym PGM nie wynikał jednak tylko z przyczyn wymienionych przez Prezes Zarządu w wyjaśnieniach, tj. zmiany sposobu leczenia, lecz także z faktu, że w tej samej lokalizacji (w tym samym budynku) znajdował się Oddział Chorób Wewnętrznych prowadzony przez ZSM i gotowy do przyjęcia wszystkich pacjentów, u których zdiagnozowano schorzenia kardiologiczne, a których z różnych względów nie zakwalifikowano do leczenia inwazyjnego w PGM.

Stwierdzono bowiem, że istotnemu spadkowi liczby udzielonych w latach 2012-2013 przez ChCK świadczeń z zakresu kardiologii zachowawczej (zwłaszcza w grupach: D16 „Zator płuc", E73 „Choroby zastawek serca powyżej 17 roku życia" i E16 „Ostry zespół wieńcowy, powyżej 69 roku życia lub z powikłaniami"), towarzyszył jej znaczny wzrost w Oddziale Chorób Wewnętrznych prowadzonym przez ZSM. Największy wzrost procentowy świadczeń udzielonych przez ZSM nastąpił w grupach: D16 (z 6 w 2011 r. do 24 w 2012 r. i 22 w 2013 r.), E16 (z 6 w 2011 r. do 21 w 2012 r.), E17 „Ostry zespół wieńcowy, poniżej 70 roku życia" (z 1 w 2011 r. do 7 w 2012 r. i 4 w 2013 r.), E18 „Ostry zespół wieńcowy bez uniesienia ST" (z 7 w 2011 r. do 23 w 2012 r. i 17 w 2013 r.), E56 „Choroba niedokrwienna serca powyżej 69 roku życia lub z powikłaniami" (z 52 w 2011 r. do 80 w 2012 r. i 76 w 2013 r.), E73 (ze 188 w 2011 r. do 225 w 2012 r. i 231 w 2013 r.) i E77 „Inne choroby układu krążenia powyżej 17 roku życia" (z 15 w 2011 r. do 19 w 2012 r. i 30 w 2013 r.).

(dowód: akta kontroli str. 120-124, 127, 144, 148, 263, 265, 1488-1489)

Ponadto, wzrost liczby świadczeń kardiologicznych w obu oddziałach chorób wewnętrznych prowadzonych przez ZSM w latach 2012-2013 spowodował wzrost wartości świadczeń wykonanych ogółem w tych oddziałach (do 7.855 tys. zł w 2012 r. i 8.435 tys. zł w 2013 r.). Wartości te znacznie przewyższały wartości zawartego kontraktu, tym samym ZSM posiadał znaczne tzw. „nadwykonania", w 2012 r. odsetek świadczeń zrealizowanych w obu oddziałach, za które otrzymano zapłatę wyniósł 96%, natomiast w 2013 r. zaledwie 82%. Powyższe zjawisko pogłębiało zatem wysokość straty ponoszonej przez ZSM na działalności leczniczej.

(dowód: akta kontroli str. 1490-1493)

Opis stanu faktycznego

1.3. Badanie dokumentacji medycznej 133 pacjentów[25], którym w latach 2012-2013 w ChCK wykonano zabiegi angioplastyki w ramach świadczeń z grup E12 i E14 i których okres hospitalizacji był krótszy lub równy 3 dni (oraz zakończony wypisem do domu), wykazało, że:

- u 104 pacjentów rozpoznano zawał mięśnia sercowego typu NSTEMI, w tym u 15 z nich[26] typ 4a (pozabiegowy[27]),

[25] Obejmującej łącznie 3,8% wszystkich hospitalizacji oraz 4,2% hospitalizacji pacjentów leczonych inwazyjnie w latach 2012-2013.

[26] Numery w księdze głównej w 2012 r.: 409, 601, 616, 889, 1020, 1075, 1258, 1282 i w 2013 r.: 87, 235, 806, 1139, 1598, 1718, 1737.

[27] Zawał serca okołozabiegowy, związany z przeprowadzaną procedurą (typ 4a) - podejrzewany jest wówczas, gdy po przeprowadzonej procedurze inwazyjnej wzrasta poziom troponiny: u pacjentów z wartościami prawidłowymi przekracza po zabiegu normę, u pacjentów z wartościami ponad normę wzrasta po zabiegu o ponad 20%. W celu postawienia takiego rozpoznania konieczne jest jednak

- u 29 pacjentów rozpoznano zawał mięśnia sercowego typu STEMI, w tym u 1 pacjenta[28] przyjętego w trybie planowym do diagnostyki inwazyjnej układu krążenia z podejrzeniem zaostrzenia choroby wieńcowej stwierdzono zawał mięśnia sercowego STEMI typ 4a (pozabiegowy),
- w przypadku wszystkich 28 pacjentów przyjętych w trybie pilnym z rozpoznanym ostrym zespołem wieńcowym lub zawałem mięśnia sercowego typu STEMI, czas jaki upłynął od przyjęcia ich na oddział kardiologii do rozpoczęcia interwencji hemodynamicznej wynosił nie więcej niż 2 godziny, z tego: w 21 przypadkach[29] był krótszy niż 60 minut, a w 7 przypadkach[30] zawierał się w przedziale 60-120 minut, co odpowiadało Wytycznym Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego[31], zgodnie z którymi czas do pierwotnej interwencji nie powinien przekroczyć 60-120 minut,
- w przypadku 8 pacjentów[32] z rozpoznanym zawałem mięśnia sercowego NSTEMI lub STEMI, gdy w wyniku przeprowadzonego badania koronarografii stwierdzono istotne zwężenia więcej niż jednego naczynia, interwencję hemodynamiczną (zabieg angioplastyki) przeprowadzono na jednym naczyniu odpowiedzialnym za wystąpienie dolegliwości i wypisano pacjenta do domu, a pozostałe, istotnie zwężone naczynia zakwalifikowano do zabiegu podczas kolejnej, planowej hospitalizacji. W czterech przypadkach powtórne hospitalizacje, w trakcie których wykonano ww. zaplanowany zabieg angioplastyki, zostały rozliczone jako świadczenia nagłe (z grupy E12). W trzech z nich[33] rozpoznano zawał serca bez uniesienia ST (NSTEMI) związany z przezskórną interwencją wieńcową (typu 4a), w czwartym przypadku[34] zawał serca z uniesieniem ST (STEMI).

Prezes Zarządu PGM wyjaśniła, że *angioplastyka wieloetapowa nie zawsze jest bezpieczna dla chorego ze względu np. na ilość podanego kontrastu, możliwość wystąpienia nefropatii pokontrastowej, ekspozycji na promienie RTG. Stąd interwencje należy ograniczyć do niezbędnego minimum. Ewentualna pełna rewaskularyzacja wskazana jest jedynie w przypadku pacjentów z niestabilnością hemodynamiczną (wstrząs) lub elektryczną (groźne dla życia zaburzenie rytmu lub przewodnictwa). Stąd zabiegi na kolejnych naczyniach wykonywane są w osobnej sesji, bądź w trakcie tej samej lub nowej hospitalizacji. Każdy przypadek wymaga indywidualnego rozpatrzenia i kwalifikacji, podczas którego brane jest pod uwagę bardzo wiele czynników różnych dla poszczególnych pacjentów*.

(dowód: akta kontroli str. 239-250, 260-261, 383-384, 389-1206)

Zjawisko dzielenia interwencji hemodynamicznej na etapy zaobserwowane na próbie badanej dokumentacji medycznej 133 pacjentów potwierdzają również dane statystyczne dot. liczby wykonanych w latach 2011-2013 procedur medycznych wg klasyfikacji ICD-9, przy czym Izba zwraca uwagę na dodatnią dynamikę zmian (przyrost częstotliwości przypadków mierzony zarówno w liczbach bezwzględnych jak i wskaźnikowo). Stwierdzono bowiem, że w stosunku do 2011 r.:

---

potwierdzenie jego skutków w kolejnych badaniach diagnostycznych: EKG, UKG lub koronarografii (wg Trzeciej uniwersalnej definicji zawału serca, w: *Kardiologia Polska 2012;70,supl. V, str. 241*).

[28] Nr 111 w księdze głównej w 2013 r.

[29] Numery w księdze głównej w 2012 r. 86, 139, 144, 148, 274, 449, 543, 803, 1321, 1400, 1511, 1513, 1624 i w 2013 r.: 58, 118, 123, 284, 704, 760, 875, 1391.

[30] Numery w księdze głównej w 2012 r. 535, 629, 1283, 1514 i w 2013 r.: 102, 161, 256.

[31] Zawartymi m. in. w: Kardiologia Polska 2010, 68 supl. VIII, str. 589-591.

[32] Numery w księdze głównej w 2012 r. : 409, 449, 616, 629, 864, 1282 i w 2013 r.: 256, 1715.

[33] Numery w księdze głównej w 2012 r. : 409, 616, 1282.

[34] Numer 256 w księdze głównej w 2013 r.

- w 2012 r. przy wzroście liczby hospitalizacji ogółem w oddziale kardiologii o 44% (z 1112 do 1605), liczba wykonanych procedur 00.40 „Zabieg na pojedynczym naczyniu" wzrosła nieproporcjonalnie, bo o 258% (ze 190 do 682),
- w 2013 r. przy wzroście liczby hospitalizacji ogółem w oddziale kardiologii o 73% (z 1112 do 1928), liczba wykonanych procedur 00.40 „Zabieg na pojedynczym naczyniu" wzrosła nieproporcjonalnie, bo o 332% (ze 190 do 822).

Prezes Zarządu PGM w wyjaśnieniu przyczyn powyższego wskazała fakt prowadzenia statystyki medycznej w latach 2011-2013 przez dwa różne ośrodki i zespoły.

(dowód: akta kontroli str. 260, 1207-1215)

Uwagi dotyczące badanej działalności

Izba zwraca uwagę, że w latach 2011-2013 nie uległy zmianie zasady prowadzenia statystyk wykonywanych procedur medycznych, w szczególności Międzynarodowa Klasyfikacja Procedur Medycznych ICD-9. Nadto, w okresie objętym kontrolą nie uległy zmianie wytyczne Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego dot. postępowania w przypadkach stwierdzenia u chorych w toku diagnostyki inwazyjnej kilku zwężeń w naczyniach. Powtórna hospitalizacja takich pacjentów umożliwia natomiast wielokrotne rozliczenie z NFZ świadczeń udzielonych tej samej osobie. Ponadto, pomimo że ww. pacjentom wyznaczono (zaplanowano) termin przeprowadzenia kolejnego zabiegu angioplastyki, to hospitalizacje 4 z nich rozliczono jako świadczenia nagłe (z puli tzw. świadczeń nielimitowanych).

(dowód: akta kontroli str. 260, 755-774, 784-791, 1135-1145, 1207-1215)

Opis stanu faktycznego

1.4. Badanie dokumentacji medycznej 133 pacjentów, którym w latach 2012-2013 w ChCK wykonano zabiegi angioplastyki w ramach świadczeń z grup E12 i E14 i których okres hospitalizacji był krótszy lub równy 3 dni, wykazało, że w 88 przypadkach[35] (66%) pacjenci ci zostali wypisani do domu pomimo, że po przeprowadzeniu leczenia interwencyjnego (angioplastyka z/lub bez implantacji stentu) poziom troponiny (markera martwicy mięśnia sercowego) we krwi wzrastał w stosunku do tego poziomu zmierzonego u nich przed wykonaniem zabiegu i utrzymywał się powyżej normy przewidzianej dla stanu prawidłowego, tj. powyżej 0,1 ng/ml (przy normie 0,0-0,1)[36]. W przypadku pozostałych 45 pacjentów[37] wypis nastąpił przy malejącym poziomie troponiny.

Prezes Zarządu wyjaśniła w tej sprawie, że *narastanie i utrzymywanie się podwyższonego poziomu troponiny nie świadczy o poszerzeniu/dorzucie zawału,*

[35] Numery w księdze głównej w 2012 r.: 81, 86, 144, 148, 185, 274, 307, 351, 367, 383, 409, 518, 535, 560, 601, 609, 616, 629, 682, 731, 783, 789, 802, 803, 864, 867, 889, 1003, 1020, 1025, 1030, 1075, 1120, 1258, 1270, 1282, 1300, 1321, 1357, 1400, 1513, 1514, 1544, 1614 i w 2013 r.: 41, 56, 58, 86, 87, 102, 118, 123, 161, 163, 217, 256, 272, 422, 500, 545, 625, 675, 704, 774, 797, 806, 875, 1006, 1023, 1134, 1139, 1159, 1160, 1168, 1305, 1321, 1330, 1391, 1399, 1412, 1450, 1598, 1640, 1715, 1718, 1737, 1820, 1867.

[36] W tym: w jednym przypadku poziom troponiny wyniósł 8,3 ng/ml (co oznacza ponad 80-krotne przekroczenie normy dla stanu prawidłowego), w 3 przypadkach powyżej 5,0 ng/ml, w 3 przypadkach powyżej 4,0 ng/ml, w 3 przypadkach powyżej 3,0 ng/ml, w 9 przypadkach powyżej 2,0 ng/ml, w 19 przypadkach powyżej 1,0 ng/ml.

[37] Numery w księdze głównej w 2012 r. 101, 139, 192, 204, 399, 448, 449, 510, 543, 619, 646, 749, 754, 921, 1272, 1412, 1452, 1494, 1511, 1147, 1283, 1613, 1624 i w 2013 r.: 44, 111, 119, 174, 235, 271, 284, 308, 688, 725, 760, 782, 921, 949, 977, 1110, 1253, 1256, 1452, 1616,1744, 1839,

ponieważ wzrost troponiny rozpoczyna się od 4-6 godziny po ostrym incydencie wieńcowym, narasta do 12-24 godziny i utrzymuje się do ok. 14 dni.

(dowód: akta kontroli str. 259, 389-754)

Uwagi dotyczące badanej działalności

NIK zauważa, iż zgodnie z opinią wyrażoną przez konsultanta krajowego w dziedzinie kardiologii prof. dra hab. Jarosława Kaźmierczaka oraz przez 9 z 10 konsultantów wojewódzkich w dziedzinie kardiologii[38], w prawidłowym postępowaniu wypis pacjenta ze szpitala powinien nastąpić dopiero, gdy poziom troponiny maleje (nawet jeśli jest nadal powyżej normy dla stanu prawidłowego). W dokumentacji ww. 88 pacjentów, do czasu ich wypisu z Oddziału, nie odnotowano jednak spadku poziomu tego markera.

Skala powyższego zjawiska (66%) zdaniem NIK skutkowała możliwością uzyskania przez PGM szybszej rotacji pacjentów w oddziale, a to z kolei pozwalało na maksymalizację liczby przeprowadzanych zabiegów (dalsze szczegóły opisano w kolejnym punkcie wystąpienia).

Działanie takie może jednakże mieć negatywny wpływ na stan zdrowia osób wypisywanych ze Szpitala pomimo nieutrwalonej poprawy po ostrym incydencie wieńcowym i jako takie być sprzeczne z § 5 ust. 4 Załącznika do *rozporządzenia MZ w sprawie ogólnych warunków* umów, zobowiązującego świadczeniodawcę do podejmowania i prowadzenia działań mających na celu zapewnienie należytej jakości udzielanych świadczeń.

(dowód: akta kontroli str. 1216-1268)

Opis stanu faktycznego

1.5. Spośród 133 pacjentów, którym w latach 2012-2013 w ChCK wykonano zabiegi angioplastyki w ramach świadczeń z grup E12 i E14 i których okres hospitalizacji był krótszy lub równy 3 dni, których dokumentacja medyczna podlegała szczegółowemu badaniu kontrolnemu NIK, u 29 osób rozpoznano OZW typu STEMI lub zawał mięśnia sercowego STEMI i przeprowadzono leczenie interwencyjne (angioplastyka z/lub bez implantacji stentu).

Z ww. grupy 29 pacjentów, 6 osób[39] wypisano z ChCK przed upływem 48 godzin od przyjęcia do Szpitala, a pozostałe 23 osoby[40] – do 64 godzin od przyjęcia.

(dowód: akta kontroli str. 851-1206)

Uwagi dotyczące badanej działalności

NIK zauważa, że zgodnie z wytycznymi Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego w tej sprawie *wczesny wypis (po mniej więcej 72h) pacjentów z rozpoznanym zawałem STEMI jest dopuszczalny u wybranych pacjentów z grupy małego ryzyka, jeżeli zorganizowana zostanie wczesna rehabilitacja i odpowiednia dalsza kontrola*[41].

Prezes Zarządu wyjaśniła w tej sprawie, że *wytyczne dopuszczają wypisanie pacjenta do domu do 3 dni w wypadku STEMI, sposób raportowania długości hospitalizacji NFZ zakłada wykazywanie pierwszego dnia hospitalizacji oraz ostatniego dnia hospitalizacji jako jednego dnia, a decyzja o wypisie ze szpitala podejmowana jest indywidualnie dla każdego pacjenta i uwzględnia szereg czynników, m.in. stan kliniczny, rodzaj przeprowadzonego zabiegu, stan naczyń wieńcowych itp. oraz zakłada brak wpływu długości pobytu na dalsze bezpieczeństwo pacjenta*.

Zdaniem Izby nie sposób uznać, że zalecenie Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego, mówiące o dopuszczalności wczesnego wypisu, utożsamianego

---

[38] Lubelskiego, lubuskiego, łódzkiego, opolskiego, podlaskiego, śląskiego, świętokrzyskiego, warmińsko-mazurskiego, wielkopolskiego.

[39] Numery w księdze głównej w 2012 r.: 148, 803, 1400 i w 2013 r.: 123, 284, 1391.

[40] Numery w księdze głównej w 2012 r. 86, 139, 144, 274, 449, 535, 543, 629, 1283, 1321, 1511, 1513, 1514, 1624 i w 2013 r.: 58, 102, 111, 118, 161, 256, 704, 760, 875.

[41] Zawartymi m. in. w: Kardiologia Polska 2012, 70 supl. VI, str. 286.

z upływem mniej więcej 72 godzin od przyjęcia, jest spełnione w przypadku dokonania wypisu w czasie znacznie krótszym (np. o całą dobę), jak miało to miejsce w przypadku 6 pacjentów PGM.

(dowód: akta kontroli str. 261, 851-1206, 1269-1270)

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia, że PGM, w ramach swojej jednostki organizacyjnej ChCK zapewniła ciągłość udzielania stacjonarnych świadczeń zdrowotnych z zakresu kardiologii, realizowanych uprzednio przez ZSM, jednakże wskutek odmowy hospitalizacji osób ze schorzeniami ogólnokardiologicznymi, niewymagającymi zabiegów inwazyjnych, ograniczyła dostępność świadczeń zdrowotnych dla tych chorych, a także ich zakres w stosunku do ustaleń zawartych w umowie ze Śląskim Oddziałem Wojewódzkim NFZ. Dotyczyło to od 7% do 26% wszystkich odmów w wybranych 8 miesiącach z dwuletniego okresu 2012-2013.

Ponadto, w procesie leczenia chorych w ChCK wystąpiły przypadki odstąpienia od zasad ustalonych w wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego, a także zasad sztuki lekarskiej przedstawionych przez konsultantów wojewódzkich z zakresu kardiologii, dotyczących w szczególności czasu hospitalizacji pacjentów o nieustabilizowanym poziomie markerów martwicy mięśnia sercowego. Dotyczyło to aż 66% pacjentów z wybranej do badania próby obejmującej maksymalnie trzydniowe hospitalizacje, zakończone zabiegiem angioplastyki i wypisem do domu.

2. Spełnianie przez świadczeniodawcę warunków wymaganych do realizacji świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia szpitalnego.

Opis stanu faktycznego

2.1. Przed przejęciem Kardiologii od ZSM, PGM zawarła w 2011 r. z ZSM umowy o współpracy[42], dotyczące wzajemnego realizowania świadczeń za określonym wynagrodzeniem. PGM zobowiązała się w nich do zapewnienia pacjentom ZSM: konsultacji specjalistycznych lekarza kardiologa, świadczeń medycznych w zakresie kardiologii inwazyjnej (m. in. koronarografia, koronaroplastyka), specjalistycznych badań diagnostycznych w zakresie kardiologii (m.in. UKG serca przezprzełykowe) oraz dostępu do Oddziału Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego. ZSM zobowiązał się natomiast w tych umowach do zapewnienia pacjentom PGM całodobowego dostępu do: bloku operacyjnego z pełnym wyposażeniem, Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii w celu kontynuacji leczenia (hospitalizacja na tym oddziale), świadczeń medycznych lekarzy anestezjologów, konsultacji specjalistycznych lekarskich zgodnie z profilem istniejących oddziałów, dostępu do bloku operacyjnego z pełnym wyposażeniem oraz do świadczenia usług medycznych w zakresie badań: laboratoryjnych, mikrobiologicznych, endoskopowych, RTG, USG jamy brzusznej, tomografii komputerowej, histopatologicznych oraz cytologicznych, a także do udostępnienia aparatu usg z funkcją badań przezprzełykowych[43].

(dowód: akta kontroli str. 273-288, 289-295, 296-299)

2.2. Zgodnie z zarządzeniami Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne[44], wydanymi na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3 *ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki*

---

[42] Umowy: Nr S/9/2011 z 28 września 2011 r., Nr S/11/2011 z 25 października 2011 r. oraz umowy o współpracy (bez numeru) z 6 grudnia 2011 r.

[43] Na podstawie umów: Nr S/9/2011 z 28 września 2011 r., Nr S/11/2011 z 25 października 2011 r. oraz umowy o współpracy (bez numeru) z 6 grudnia 2011 r.

[44] Nr 72/2011/DSOZ i Nr 89/2013/DSOZ

zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych[45], świadczeniodawca winien dysponować własną izbą przyjęć (spełnienie tego wymogu powinno być potwierdzone stosownym wpisem w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą).

PGM zapewniła od 2012 r. funkcjonowanie w ChCK izby przyjęć, tzw. Izby Przyjęć Oddziału Kardiologii[46]. Prowadzona w Izbie Przyjęć dokumentacja była zgodna z *rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*[47] i obejmowała w szczególności Księgę odmów przyjęć i księgę porad ambulatoryjnych udzielanych w izbie przyjęć.

Pomieszczenia Izby Przyjęć mieściły się w Pawilonie II należącym do kompleksu budynków ZSM, na wysokim parterze tego budynku. Dostęp do Izby Przyjęć z poziomu chodnika przed budynkiem wymagał pokonania sześciu stopni i otwarcia dwóch par drzwi z zawiasami. Natomiast dostęp do Izby Przyjęć dla osób leżących, mniej sprawnych bądź poruszających się na wózkach inwalidzkich, wymagał przejścia przez Izbę Przyjęć ZSM znajdującą się w innym budynku (budynku głównym ZSM, tzw. Pawilonie nr I), a następnie poprzez podziemny korytarz łączący Pawilon I z Pawilonem II i wyjazd windą na I piętro.

Izba Przyjęć składała się z 2 połączonych ze sobą pomieszczeń, z których jedno służyło jako punkt rejestracji pacjentów i poczekalnia, a drugie jako pomieszczenie umożliwiające przeprowadzenie badań przed przyjęciem do szpitala. W pomieszczeniu po drugiej stronie korytarza (służącym jako poczekalnia wspólna dla pacjentów Izby Przyjęć PGM oraz poradni należących do ZSM) znajdowało się ponadto pomieszczenie serwerowni oraz toaleta dla pacjentów PGM, przystosowana dla osób niepełnosprawnych, wyposażona w ustęp oraz w umywalkę z lustrem, dozownikami na mydło i koszem na odpady.

Uwagi dotyczące badanej działalności

W Izbie Przyjęć brak było pomieszczeń gospodarczo-magazynowych przeznaczonych w szczególności do przechowywania czystej bielizny, brudnej bielizny, sprzętu medycznego i czasowego depozytu, wymaganych w ramach warunków szczegółowych, jakie powinni spełniać świadczeniodawcy przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych w trybie hospitalizacji – na podstawie Załącznika nr 3 pkt 48. do *rozporządzenia MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych*[48].

Prezes Zarządu wyjaśniła: *W Izbie Przyjęć są duże zasuwane szafy (podzielone na 3 części) do przechowywania bielizny jednorazowej dla pacjentów oraz pakietów i środków jednorazowych (jednorazowe prześcieradła, serwety jednorazowe, obłożenia i fartuchy do zabiegów wykonywanych w Izbie Przyjęć), ze względu na korzystanie z materiałów jednorazowych nie mamy na Izbie Przyjęć brudnej bielizny. Miejsce czasowego depozytu w postaci zabudowanej szafy znajduje się w pomieszczeniu za WC dla pacjenta.*

NIK zwraca uwagę, że powyższe nie znajduje potwierdzenia w rzeczywistości, bowiem w dniu oględzin w przywołanym w wyjaśnieniach „pomieszczeniu za WC" (bez oznaczenia na drzwiach wejściowych) znajdował się jedynie serwer komputerowy i tekturowe kartony, brak było zabudowanej szafy.

(dowód: akta kontroli str. 300-311, 326)

Opis stanu faktycznego

2.3. Oddział Kardiologiczny ChCK mieści się w Pawilonie II należącym do kompleksu budynków ZSM, na wysokim parterze tego budynku. W skład Oddziału

[45] Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm., zwanej dalej *ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej*.
[46] Zwanej dalej „Izbą Przyjęć".
[47] Dz. U. z 2014 r. poz. 177 ze zm.
[48] W brzmieniu obowiązującym od 27 grudnia 2013 r.

wchodziło pięć pokoi łóżkowych (3 i 4-osobowych), w których znajdowało się łącznie 19 łóżek. Wszystkie pokoje łóżkowe były wyposażone w umywalkę z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie oraz pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte ręczniki. Cztery pokoje łóżkowe posiadały bezpośredni dostęp do pomieszczenia higieniczno-sanitarnego (wspólnego dla dwóch pokoi). Do dyspozycji pacjentów jednego z pokoi (nr 15) było wyznaczone pomieszczenie higieniczno-sanitarne dostępne z korytarza Oddziału Kardiologicznego.

W jednym z pomieszczeń Oddziału mieściły się 4 stanowiska łóżkowe Oddziału Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego[49] oraz jedno stanowisko intensywnej terapii. Wszystkie stanowiska spełniały wymagania określone w Załączniku Nr 3 do *rozporządzenia MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych*[50] w zakresie wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną. W pomieszczeniu tym zorganizowane było również stanowisko nadzoru pielęgniarskiego.
Wspólne dla Oddziału Kardiologicznego i OINK były m.in.: gabinet diagnostyczno-zabiegowy (*Pokój zabiegowy*), punkt pielęgniarski, pomieszczenie porządkowe, brudownik. Jedno z pomieszczeń higieniczno-sanitarnych było dostosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych, w szczególności poruszających się na wózkach inwalidzkich.
Pracownia Hemodynamiki i Elektrofizjologii usytuowana była na pierwszym piętrze Pawilonu II. Pomiędzy Oddziałem Kardiologii i OINK, a Pracownią Hemodynamiki i Elektrofizjologii istniała możliwość transportu pacjentów dwiema windami, z których jedna umożliwiała przewożenie chorych na łóżkach. W skład pomieszczeń ww. Pracowni wchodziła m.in. Pracownia Urządzeń Wszczepialnych Serca, realizująca kontrolę stymulatorów i kardiowerterów – stymulatorów serca. Ww. pomieszczenia i ich wyposażenie spełniały wymagania określone w Załączniku Nr 3 (w części I w lp. 7) do *rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych*[51] w części dotyczącej wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną.

(dowód: akta kontroli str. 312-322)

Uwagi dotyczące badanej działalności

1. W latach 2012-2013 PGM nie aktualizowała na bieżąco (za pomocą udostępnionej przez NFZ aplikacji informatycznej) danych o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy w ChCK, w szczególności dotyczącym osób udzielających świadczeń, do czego zobowiązana była stosownie do treści §2 umów zawartych ze ŚOW NFZ. Nie zgłoszono bowiem do NFZ technika RTG (B.O.), który w wybranych do badania miesiącach (styczeń-czerwiec-wrzesień 2012/2013) faktycznie wykonywał świadczenia. Z kolei, w załączniku do umowy z NFZ jako personel realizujący świadczenia wykazano osoby, które w okresie objętym kontrolą w ogóle nie wykonywały świadczeń i których dział kadr nie wykazał jako personel zatrudniony (wyznaczony) w PGM do realizacji świadczeń w ChCK.

Powyższe wyjaśniono nieumyślnym działaniem, wynikającym z niedopełnienia formalności przez pracownika kadr.

(dowód: akta kontroli str. 52-53, 64-69, 1300-1305, 1317-1323)

2. W toku kontroli stwierdzono, że technicy elektroradiologii w Pracowni Hemodynamiki ChCK wykonywali czynności zawodowe jednoosobowo, w trybie ciągłym przez 12, a nawet 24 godziny na dobę. Ponadto, w niektórych przypadkach osoby te pracowały w wymiarze łącznym 36-48 godzin tygodniowo. Powyższe

[49] Zwany dalej „OINK".
[50] W brzmieniu obowiązującym od 27 grudnia 2013 r.
[51] W brzmieniu obowiązującym od 27 grudnia 2013 r.

przypadki stwierdzono we wszystkich wybranych do badania miesiącach realizacji świadczeń (styczeń, czerwiec i wrzesień w latach 2012-2013). Zgodnie z art. 214 ust. 1 i 2 ustawy o działalności leczniczej[52], czas pracy pracowników komórek organizacyjnych stosujących w celach diagnostycznych lub leczniczych źródła promieniowania jonizującego, nie może przekraczać 5 godzin na dobę i przeciętnie 25 godzin na tydzień, w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym.
W wyjaśnieniu powyższego podano, iż zasady ograniczonego czasu pracy w Pracowni Hemodynamiki dotyczą pracowników zatrudnionych na podstawie umów o pracę, a technicy rtg ChCK wykonywali swoje czynności na podstawie umów cywilnoprawnych, do których przepisy ww. ustawy o czasie pracy pracowników nie mają zastosowania.
NIK zauważa, że przyjęta w PGM praktyka powodowała, że technicy rtg, wykonujący czynności zawodowe na podstawie umowy cywilnoprawnej, bez wymaganego odpoczynku kontynuowali pracę, co zważywszy na jej charakter w ocenie NIK było niewłaściwe.

(dowód: akta kontroli str. 64-69, 1317-1323)

3. Ustalona podczas oględzin łączna liczba łóżek na Oddziale wynosiła 19, podczas gdy w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą (prowadzonym przez Wojewodę Śląskiego – nr księgi 000000014423) wpisano (na podstawie wniosku PGM) w Oddziale Kardiologii ChCK 20 łóżek.
Powyższe, Prezes Zarządu w wyjaśnieniach z 15 kwietnia 2014 r. uzasadniła: *Na Oddziale Kardiologii jest 20 łóżek, natomiast w skład OINK wchodzą 4 łóżka, dodatkowo jest jedno stanowisko intensywnej terapii (…). W przypadku ChCK optymalną lokalizacją dla stanowiska intensywnej terapii jest OINK. Przedmiotowe stanowisko nie powinno być wliczane ani do łóżek Oddziału Kardiologii ani do łóżek OINK. Jest to bowiem łóżko będące odrębnym stanowiskiem intensywnej terapii, przy czym należy zauważyć, że zgodnie z Zarządzeniem Prezesa NFZ nr 89/2013/DSOZ obowiązek wpisania w rejestrze przedmiotowego stanowiska (jako łóżka intensywnej opieki medycznej) stosuje się do postępowań w sprawie zawarcia lub zmiany umów dopiero od dnia 01.01.2014 r.*

Prezes Zarządu wyjaśniła ponadto: *Od 1 stycznia 2012 roku łączna liczba łóżek na obu oddziałach wynosiła 25 łóżek. W dniu dokonania przez Państwa oględzin jedno łóżko zostało wywiezione poza teren naszej jednostki przez Pielęgniarkę Oddziałową.*

Pielęgniarka Oddziałowa wyjaśniła: *Przygotowując się do kontroli w oparciu o posiadaną dokumentację dotyczącą komórek organizacyjnych zrozumiałam, że mamy wykazane 20 łóżek oddziałowych i 4 łóżka intensywnego nadzoru kardiologicznego. W stresie spowodowanym kontrolą nie uwzględniłam w wykazie posiadanego łóżka intensywnej terapii medycznej. Obawiając się negatywnych konsekwencji związanych z dodatkowym łóżkiem na oddziale, postanowiłam czasowo przesunąć jedno łóżko poza oddział. W sumie łączna ilość łóżek w oddziale wynosi 25 i są one przez cały czas dostępne dla pacjentów. Zaistniała sytuacja została spowodowana stresem związanym z kontrolą i moją błędną interpretacją przepisów.*

Powyższe wyjaśnienia stoją w sprzeczności z ustalonym podczas oględzin stanem faktycznym oraz wyjaśnieniami Ordynator Oddziału Kardiologicznego złożonymi podczas oględzin, która na pytanie kontrolujących o brakujące łóżko na Oddziale

[52] Według normy przejściowej, obowiązującej w okresie od 1 lipca 2011 r. do 1 lipca 2014 r.

wyjaśniła, iż jedno z 20 łóżek Oddziału Kardiologicznego zostało zlokalizowane w OINK i zorganizowane jako stanowisko intensywnej terapii.
Łączna liczba 24 łóżek (w Oddziale Kardiologicznym i OINK), a nie 25, jak podano w wyjaśnieniach, potwierdzona została również w dwóch protokołach kontroli przeprowadzonych w ChCK w dniach 23-24 kwietnia 2013 r. na zlecenie Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Chorzowie.

(dowód: akta kontroli str. 312-313, 328, 343, 355, 356-366, 368, 374)

4. Tablica informacyjna umieszczona na zewnątrz budynku, przy drzwiach wejściowych nie spełniała warunku określonego w § 11 ust. 2 *rozporządzenia MZ w sprawie ogólnych warunków umów*, zobowiązującego świadczeniodawcę do umieszczenia na zewnątrz budynku, w którym udzielane są świadczenia, w miejscu ogólnie dostępnym, tablicy ze znakiem graficznym NFZ, według wzoru określonego przez Prezesa NFZ. Zawierała ona bowiem jedynie logo NFZ, bez nazwy i adresu świadczeniodawcy.

Powyższe Prezes Zarządu uzasadniła: *Przy bramie głównej szpitala umieszczona jest tablica informacyjna z mapką sytuacyjną z wykazem jednostek organizacyjnych szpitala i niepublicznych jednostek świadczących usługi na terenie szpitala w tym PGM. Pawilon II, w którym funkcjonuje oddział Spółki, podobnie jak większość budynków szpitala to obiekty zabytkowe, co w znaczny sposób ogranicza możliwości ingerencji w infrastrukturę np. zewnętrzną elewację.*

NIK zwraca uwagę, że tablica z logo NFZ była już zamontowana na zewnętrznej elewacji budynku. Tym samym umieszczenie na niej nazwy i adresu świadczeniodawcy nie wiąże się z dodatkową ingerencją w infrastrukturę, tym bardziej, że były tam również umieszczone trzy inne tablice (m. in. informująca o pracowniach diagnostycznych znajdujących się w budynku oraz o firmie ochraniającej obiekt).

(dowód: akta kontroli str. 301, 309, 326-327)

Ustalone nieprawidłowości

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

1. W wybranych do kontroli miesiącach: styczeń, czerwiec i wrzesień z lat 2012 i 2013 stwierdzono 49 dni (26%), w których w ChCK nie zapewniono wymaganej przepisami *rozporządzeń Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego* wyodrębnionej całodobowej opieki lekarskiej. Dyżury w tych dniach pełnione były przez: dwóch lekarzy w trakcie specjalizacji z kardiologii lub przez jednego lekarza specjalistę w dziedzinie chorób wewnętrznych oraz jednego lekarza w trakcie specjalizacji z kardiologii. Brak więc w tym czasie było obecnego w Oddziale Kardiologicznym lekarza specjalisty w dziedzinie kardiologii.

(dowód: akta kontroli str. 36-63)

Tymczasem, w Załączniku nr 4 do *rozporządzeń Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych* (lp. 7), w części *Organizacja udzielania świadczeń* zobowiązano świadczeniodawcę, udzielającego świadczeń w trybie hospitalizacji – w przypadku leczenia inwazyjnego ostrych zespołów wieńcowych (OZW) – do zapewnienia wyodrębnionej całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia przez:
– specjalistę w dziedzinie kardiologii lub
– specjalistę w dziedzinie chorób wewnętrznych w trakcie specjalizacji z kardiologii albo
– lekarza w trakcie specjalizacji z kardiologii pod warunkiem, że w oddziale kardiologii jednocześnie pełni dyżur specjalista w dziedzinie kardiologii.

Ordynator Oddziału Kardiologii w ChCK, wyjaśniła w tej sprawie, że *w wymienionych sytuacjach nadzór nad lekarzami pełniącymi dyżur w Oddziale realizowany był przez specjalistę kardiologa będącego w dyspozycji wezwania na Oddział wg przedstawionego grafiku dyżurów, rubryka „Nadzór"*.

(dowód: akta kontroli str. 1306-1307)

Pełnienie nadzoru przez lekarza specjalistę kardiologa będącego w dyspozycji wezwania na Oddział nie jest tożsame z pełnieniem przez niego dyżuru medycznego. Zgodnie bowiem z przepisami art. 95 ust. 1 i 2 *ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej*[53], dyżurem medycznym jest wykonywanie poza normalnymi godzinami pracy czynności zawodowych przez pracowników wykonujących zawód medyczny i posiadających wyższe wykształcenie, w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne. Takie też stanowisko zaprezentował Piotr Warczyński, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia.

Izba nie podziela również argumentacji przedstawionej w wyjaśnieniu Prezes Zarządu, że sytuacje te dotyczyły tylko nieprzewidzianych lub losowych zdarzeń (np. choroba, nagły urlop), gdyż taka obsada lekarska (niezgodna z przepisami) wynikała z opracowanych wcześniej planów dyżurów na cały miesiąc i dotyczyła aż 26% czasu pracy przypadającego na badany okres.

(dowód: akta kontroli str. 259-262, 1308-1311)

2. Wbrew postanowieniom przepisu art. 33c ust. 5 *ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe*[54], określającego, że *osoby wykonujące i nadzorujące wykonywanie badań i zabiegów leczniczych przy użyciu promieniowania jonizującego są obowiązane do podnoszenia swoich kwalifikacji z zakresu ochrony radiologicznej pacjenta poprzez ukończenie szkolenia w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta, zdanie egzaminu i uzyskanie certyfikatu potwierdzającego jego zdanie*, w latach 2012-2013 czterech lekarzy[55] wykonujących ww. badania i zabiegi nie posiadało stosownych i aktualnych uprawnień w tym zakresie (ustalono na podstawie dokumentacji z wybranych do badania miesięcy).
Lekarze ci, co prawda wykonywali badania/zabiegi lecznicze pod nadzorem osób posiadających stosowne przeszkolenie w zakresie ochrony radiologicznej, jednakże przywołany powyżej przepis określa ww. obowiązek uzyskania uprawnień tak przez osoby nadzorujące jak i wykonujące badania/zabiegi.

(dowód: akta kontroli str. 50-53, 1312-1361)

3. Pomieszczenia Izby Przyjęć nie spełniały części z warunków określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą[56] (Załącznik Nr 1 *Szczegółowe wymagania, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia szpitala – I. Izba Przyjęć* pkt 1. i pkt 2. ppkt 3), bowiem:

- Izba Przyjęć nie posiadała bezpośredniego zadaszonego wejścia z dojazdem umożliwiającym podjazd co najmniej dla jednego pojazdu (dostęp możliwy był

[53] Dz. U. z 2013 r., poz. 217 ze zm., zwanej dalej *ustawą o działalności leczniczej*.
[54] Dz. U. z 2014 r., poz. 1512.
[55] Lekarze: A.O. i D.T. – posiadali certyfikaty ważne od 19 listopada 2013 r., P.W. – certyfikat ważny od 23 czerwca 2012 r. i W.W. – certyfikat ważny od 12 listopada 2013 r.
[56] (Dz. U. z 2012 r. poz. 739), zwanego dalej *rozporządzeniem MZ w sprawie* wymagań dla pomieszczeń.

jedynie poprzez Izbę Przyjęć ZSM i podziemny korytarz łączący dwa odrębne pawilony).

Prezes Zarządu wyjaśniła: *PGM może korzystać jedynie z tych pomieszczeń, które udostępnia jej ZSM w ramach umowy dzierżawy. W czasie przetargu w odpowiedzi na nasze zapytanie szpital zajął jednoznaczne stanowisko, że wszystkie komórki organizacyjne PGM w tym Izba Przyjęć (której szpitalny oddział kardiologii nie posiadał własnej) muszą być zorganizowane na powierzchni będącej przedmiotem negocjacji (były to tylko i wyłącznie pomieszczenia dotychczasowego oddziału kardiologii i pracowni hemodynamiki). Chcąc wywiązać się z nałożonego umową obowiązku o nieograniczaniu dostępu pacjentom do leczenia kardiologicznego i zapewnienia go na co najmniej tym samym poziomie co ZSM, musieliśmy racjonalnie zagospodarować dzierżawioną przestrzeń stosownie do potrzeb i specyfiki oddziału. W obecnej lokalizacji PGM nie ma możliwości technicznych dobudowy zadaszonego podjazdu i od początku działalności korzystamy z jedynej w tej sytuacji możliwości transportu pacjenta leżącego tj. przez zadaszony podjazd i ciąg komunikacyjny podziemny szpitala do wind znajdujących się w pobliżu Izby Przyjęć i oddziału PGM.*

(dowód: akta kontroli str. 301-302, 309-311, 326)

NIK zwraca uwagę, że ww. wymóg posiadania bezpośredniego zadaszonego wejścia z dojazdem umożliwiającym podjazd co najmniej dla jednego pojazdu wynikał bezpośrednio z przepisów.

- Pomieszczenie higieniczno-sanitarne Izby Przyjęć nie było wyposażone ani w natrysk, ani (w dniu przeprowadzenia oględzin) w wózek-wannę.

Prezes Zarządu wyjaśniła: *Pacjenci przyjmowani do oddziału są hospitalizowani planowo lub w większości w trybie nagłym. Planowe przyjęcie umożliwia pacjentowi zmianę ubrania na pidżamę w oddziale w łazience przy pokoju. Z kolei nagłe przyjęcie i standard tzw. „złotej godziny" ogranicza znacznie wykonanie planowanych działań z powodu warunków koniecznych do zabezpieczenia życia pacjenta, wiąże się z udzieleniem pomocy na pracowni hemodynamiki lub w gabinecie zabiegowym i w drugiej kolejności na kontynuacji świadczenia na oddziale.*

NIK zwraca uwagę, że ww. wymóg wyposażenia co najmniej jednego pomieszczenia higieniczno-sanitarnego Izby Przyjęć w natrysk oraz w wózek-wannę wynikał bezpośrednio z przepisów oraz z konieczności dostosowania takiego pomieszczenia do potrzeb osób niepełnosprawnych.

W związku z powyższym, w trakcie kontroli NIK, PGM dokonała zakupu wózka transportowo-kąpielowego.

(dowód: akta kontroli str. 300-309, 326, 335-337)

4. W dniu przeprowadzenia oględzin w każdym z pięciu pokoi łóżkowych Oddziału Kardiologicznego od jednego do dwóch łóżek (łącznie 6 spośród 19 łóżek Oddziału) dostępnych były tylko z jednej dłuższej strony[57], czym naruszono § 18 *rozporządzenia MZ w sprawie wymagań dla pomieszczeń,* zgodnie z którym łóżka w pokojach łóżkowych powinny być dostępne z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych.

Prezes Zarządu wyjaśniła: *Na łóżkach tych przebywają chorzy w stanie dobrym, chodzący nie wymagający zabiegów pielęgnacyjnych zakwalifikowani do wypisu. Zmiany powierzchni pokoi pacjentów umożliwiające właściwe rozmieszczenie łóżek*

[57] W pokojach oznaczonych numerami 2, 3, 4 i 5: po jednym łóżku dostępnym tylko z jednej dłuższej strony, w pokoju nr 15 – 2 łóżka dostępne z jednej dłuższej strony.

przewidziane są w miarę planowanych remontów, co jednak jest znacznie utrudnione i wydłuża się w czasie z uwagi na konieczność realizacji umowy zawartej z NFZ oraz tym, że budynek jest zabytkowy i każda przebudowa wymaga zgody nie tylko szpitala, ale przede wszystkim konserwatora zabytków.

(dowód: akta kontroli str. 312-313, 315, 327-328)

NIK zwraca uwagę, że ani stan pacjentów, ani brak możliwości technicznych, nie stanowią usprawiedliwienia dla niestosowania przepisów rozporządzenia w zakresie wymagań dla pokoi łóżkowych.

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia, że PGM, w ramach swojej jednostki organizacyjnej ChCK:

- zatrudniała personel lekarski i pielęgniarski w odpowiedniej liczbie i posiadający odpowiednie kwalifikacje (z opisanymi wyżej wyjątkami dot. posiadania przeszkolenia w zakresie ochrony radiologicznej pacjenta), jednakże w wybranych do kontroli 6 miesiącach stwierdzono aż 49 dni (26%), w których nie zapewniono wymaganej przepisami odpowiedniej, wyodrębnionej całodobowej opieki lekarskiej nad pacjentami,
- zapewniła od 2012 r. funkcjonowanie w ChCK izby przyjęć, która jednak nie spełniała wymaganych warunków technicznych, a zwłaszcza bezpośredniego zadaszonego wejścia z dojazdem umożliwiającym podjazd co najmniej dla jednego pojazdu,
- zapewniła wymagane warunki ogólne dot. pomieszczeń i urządzeń podmiotu wykonującego działalność leczniczą, jednakże w toku przeprowadzonych oględzin rozmieszczenie 30% łóżek w pokojach łóżkowych nie było zgodne z obowiązującymi przepisami.

IV. Wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi, wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli[58], wnosi o:

1. **Podjęcie i prowadzenie działań mających na celu:**
   - **zapewnienie pełnego spektrum świadczeń określonego w umowie zawartej z NFZ, poprzez wyeliminowanie nieuzasadnionych przypadków odmowy przyjmowania do leczenia w Oddziale Kardiologicznym ChCK pacjentów ze wskazaniami do leczenia szpitalnego w warunkach stacjonarnych i rozpoznaniem w zakresie chorób układu krążenia,**
   - **wyeliminowanie przypadków wypisywania pacjentów bez uzyskania zmniejszenia stężeń wskaźników martwicy serca wskazujących na proces gojenia oraz przypadków krótszego, w odniesieniu do wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego, czasu hospitalizacji pacjentów z rozpoznanym zawałem mięśnia sercowego typu STEMI.**
2. **Zapewnienie wymaganej przepisami aktualnie obowiązującego *rozporządzenia MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych* wyodrębnionej całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia.**

[58] Dz. U. z 2012 r., poz.82 ze zm., zwanej dalej *ustawą o NIK*.

3. **Doprowadzenie pomieszczeń Izby Przyjęć oraz Oddziału Kardiologicznego do zgodności z warunkami określonymi w *rozporządzeniu MZ w sprawie wymagań dla pomieszczeń.***
4. **Zapewnienie realizacji świadczeń z zakresu kardiologii inwazyjnej przez personel posiadający odpowiednie kwalifikacje z zakresu ochrony radiologicznej pacjenta.**
5. **Bieżące powiadamianie NFZ o zmianach w zakresie personelu realizującego świadczenia.**

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia zastrzeżeń

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

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

Obowiązek poinformowania NIK o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK proszę o poinformowanie Najwyższej Izby Kontroli Delegatury w Katowicach, 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 26 marca 2015 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Katowicach