



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Lublinie

LLU.410.012.03.2015
P/15/072

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Lublinie
ul. Okopowa 7, 20-022 Lublin
T +48 81 461 31 20, F +48 81 461 31 11
llu@nik.gov.pl
Adres korespondencyjny: Skr. poczt. P-112, 20-001 Lublin 1

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/15/072 – Przygotowanie szpitali do leczenia udarów mózgu
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Lublinie
Kontroler	Janusz Rybaczek, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 94513 z dnia 3.06.2015 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2)
Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Tomaszowie Lubelskim, Aleje Grunwaldzkie 1, 22-600 Tomaszów Lubelski (dalej: Szpital lub SP ZOZ).
Kierownik jednostki kontrolowanej	Andrzej Kaczor, Dyrektor SP ZOZ w Tomaszowie Lubelskim. (dowód: akta kontroli str. 25, 28, 282-284)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości¹.

Uzasadnienie oceny ogólnej

W latach 2013-2015 (I kwartał) Szpital zapewnił prawidłowe warunki udzielania pacjentom świadczeń z zakresu leczenia udaru mózgu, tak w zakresie zatrudnionego personelu, warunków lokalowych, wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, jak i wymaganej diagnostyki. Zgodnie z obowiązującymi przepisami w tym zakresie funkcjonowała Izba Przyjęć oraz Oddział neurologii i leczenia padaczek, gdzie leczono ponad 83% pacjentów z udarem mózgu. Prowadzona diagnostyka pacjentów z udarem mózgu obejmowała badania wskazane w „Wytycznych Grupy Ekspertów Sekcji Chorób Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Neurologicznego z 2012 r.”

Nieprawidłowości dotyczyły:

- niewypełnienia przez SP ZOZ w badanym okresie obowiązku określonego w art. 107 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej², dotyczącego zgłaszania organowi prowadzącemu rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą zmiany danych objętych rejestrem, w terminie 14 dni od ich powstania,
- nieprawidłowych wskazań zegara monitora tomografu komputerowego, wskazujących nierzetelnie czas wykonywania badań pacjentom leczonym w Szpitalu.

Nieprawidłowości te miały charakter formalny i nie wpływały w sposób istotny na kontrolowaną działalność Szpitala.

¹ Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna.

² Dz. U. z 2015 r., poz. 618 ze zm.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

Opis stanu
faktycznego

W latach 2013-2015 (I kw.) w Szpitalu udzielono łącznie 457 świadczeń w zakresie leczenia udarów mózgu, w tym z grupy A49 – 280 i z grupy A50³ – 177. Najwięcej świadczeń - 382, tj. 83,6% - udzielono na Oddziale neurologii i leczenia padaczek (Oddział neurologii). Świadczeń w tym zakresie udzielano również na Oddziale internistyczno – kardiologicznym (38, tj. 8,3%) i Oddziale wewnętrznym o profilu geriatrycznym (37, tj. 8,1%). Oględziny tych oddziałów oraz Izby Przyjęć, w zakresie liczby łóżek będących na ich wyposażeniu, wykazały zgodność z liczbą łóżek wykazanych w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą⁴ (rpwdl) – w Oddziale neurologii (33, w tym cztery łóżka IOM⁵) i Oddziale internistyczno-kardiologicznym (67, w tym cztery łóżka IOM).

(dowód: akta kontroli str. 3-23, 36, 38, 41-54)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono nieprawidłowość, polegającą na niezgodności faktycznej liczby łóżek (23, w tym jedno łóżko IOM)⁶ na Oddziale wewnętrznym o profilu geriatrycznym, z liczbą łóżek wykazaną (15, w tym jedno łóżko IOM) dla tego Oddziału w rpwdl.

Zgodnie z art. 107 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej podmiot wykonujący działalność leczniczą, wpisany do rejestru, jest obowiązany zgłaszać organowi prowadzącemu rejestr wszelkie zmiany danych objętych rejestrem w terminie 14 dni od dnia ich powstania.

Z wyjaśnień Ordynatora Oddziału wynika, że rozbieżność ta istnieje od około 2011 r.⁷, tj. po przejęciu nowych sal w wyniku przeprowadzonego remontu Oddziału.

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśnił, że w SP ZOZ nie było określonych procedur postępowania w zakresie zapewnienia zgodności bieżącej aktualizacji wpisów w rpwdl. W wyniku ustaleń kontroli NIK w powyższym zakresie – zarządzeniem Dyrektora SP ZOZ z dnia 22 czerwca 2015 r. w sprawie zasad ustalania, monitoringu, zgłaszania zmian ilości łóżek oddziałów szpitalnych – określone zostały osoby odpowiedzialne za poszczególne działania oraz zasady postępowania, mające na celu zachowanie zgodności faktycznej liczby łóżek na oddziałach Szpitala z wykazaną w rpwdl oraz zapewnienie zgłaszania zmian do rejestru w terminie 14 dni od ich wystąpienia.

(dowód: akta kontroli str. 2-23)

Opis stanu
faktycznego

W latach 2013-2015 (I kw.) wartość zakontraktowanych przez SP ZOZ świadczeń (wg umów końcowych) wynosiła ogółem 29 767,8 tys. zł⁸. Szpital wykonał świadczenia zdrowotne na kwotę ogółem 31 109,0 tys. zł, tj. 104,5% wartości umów końcowych, w tym świadczenia dot. leczenia udaru mózgu (grupy A49 i A50) na kwotę 1 471,2 tys. zł, stanowiące 4,7% ogólnej wartości zrealizowanych w badanym okresie świadczeń. Lubelski Oddział Wojewódzki NFZ (LOW NFZ) zapłacił Szpitalowi za wykonane świadczenia łącznie 29 649,8 tys. zł, tj. 95,3% wartości świadczeń ogółem wykonanych w ww. okresie, w tym 1 425,4 tys. zł za świadczenia dot. leczenia udaru mózgu (96,9% wartości wykonanych).

³ A49 – Udar mózgu, leczenie ponad trzy dni, A50 – Udar mózgu, leczenie – według systemu rozliczania w oparciu o Jednorodne Grupy Pacjentów (JGP), wprowadzonego na mocy zarządzenia Prezesa NFZ nr 32/2008/DSOZ z dnia 11 czerwca 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne.

⁴ Rejestr dostępny na stronach internetowych Centrum Systemów Informatycznych Ministerstwa Zdrowia: www.rpwdl.csioz.gov.pl.

⁵ IOM – intensywnej opieki medycznej.

⁶ Na podstawie oględzin wykonanych w dniu 11 czerwca 2015 r. i danych z ewidencji księgowej.

⁷ Według protokołu przekazania do użytku Oddziału po remoncie – roboty remontowe zakończono 26.11.2010 r.

⁸ W 2013 r. – 12 987,8 tys. zł; w 2014 r. – 13 358,8 tys. zł; 2015 r. (I kw.) – 3 421,2 tys. zł. Łączna wartość świadczeń wg umów pierwotnych była o 370,9 tys. zł mniejsza i wynosiła 29 396,9 tys. zł ogółem.

Świadczenia o wartości ogółem 1 459,2 tys. zł, jako nadwykonania w stosunku do zawartych kontraktów, w tym 45,8 tys. zł dot. leczenia udaru mózgu, nie zostały sfinansowane przez LOW NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 266-268)

Prawie 99% pacjentów (452) leczonych w SP ZOZ na udar mózgu w latach 2013-2015 (I kw.) przyjętych zostało do Szpitala w trybie nagłym, w tym 308 (67,4%) – przekazanych przez zespół ratownictwa medycznego i 144 – stanowiących inne przypadki⁹. Pięciu pacjentów (1,1%) zostało przyjętych do Szpitala w trybie planowym, na podstawie skierowania. W badanej próbie 50 przypadków leczenia:

- 49 pacjentów przyjęto w trybie nagłym, w tym 30 przekazanych przez Zespół Ratownictwa Medycznego (ZRM), a 19 przyjęć stanowiło inne przypadki,
- 1 pacjent został przyjęty w trybie planowym.

Spośród 457 pacjentów leczonych w Szpitalu na udar mózgu w ww. okresie 280 (61,3%) skierowanych zostało do dalszego leczenia ambulatoryjnego, 32 (7,0%) – do leczenia w zakładzie opieki stacjonarnej, a dziewięciu (2,0%) – do leczenia w zakładzie opieki długoterminowej. U 28 pacjentów (6,1%) zakończono proces diagnostyczno-leczniczy, a 108 pacjentów (23,6%) zmarło. W badanej próbie 50 przypadków leczenia:

- 28 pacjentom zalecono dalszą rehabilitację w systemie leczenia ambulatoryjnego,
- 9 pacjentów skierowano do leczenia w zakładzie opieki stacjonarnej, w tym 2 w zakładzie opieki długoterminowej,
- w 2 przypadkach zakończono proces terapeutyczno-diagnostyczny,
- w 11 przypadkach leczenie zakończyło się zgonem pacjenta.

W badanej próbie 50 przypadków leczenia udarów mózgu w Szpitalu, w tym 42 (84%) na Oddziale neurologii oraz po 4 na Oddziale wewnętrznym o profilu geriatrycznym i Oddziale wewnętrznym kardiologicznym, nie stwierdzono żadnego przypadku, który kwalifikowałby pacjenta do leczenia trombolitycznego, co wymagałoby podjęcia przez Szpital działań, o których mowa w art. 33 ust. 2 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym¹⁰, celem przewiezienia pacjenta do takiego leczenia w najbliższym oddziale udarowym.

Zgodnie z warunkami określonymi w załączniku nr 1 (lp. 30) do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2014 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego¹¹ – warunki szczegółowe, jakie powinni spełnić świadczeniodawcy przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej na oddziale neurologii, wymagają zapewnienia kontynuacji procesu leczniczego przez procedury rehabilitacji leczniczej.

Z wyjaśnień Ordynatora Oddziału neurologii wynika, że Oddział SP ZOZ ściśle współpracował ze Szpitalem w Zamościu w zakresie wymiany pacjentów według potrzeb rehabilitacyjno-leczniczych. Zastępca Dyrektora Szpitala ds. Lecznictwa wyjaśnił zaś, że SP ZOZ od wielu lat współpracuje z Zakładem Opiekuńczo-Leczniczym „Droga Życia” w Smoligowie, w tym z Oddziałem rehabilitacyjnym w Łykoszynie, w zakresie rehabilitacji pacjentów hospitalizowanych w Szpitalu. Ordynator stwierdził, że uzgadnianie miejsca dla pacjentów Szpitala w tym

⁹ Przywiezieni przez rodziny, sąsiadów, znajomych.

¹⁰ Dz. U. z 2013 r., poz. 757 ze zm. – zapewnienie niezwłocznego transportu sanitarnego pacjenta urazowego albo osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego do najbliższego przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej w odpowiednim zakresie.

¹¹ Dz. U. z 2014 r., poz. 1441.

Zakładzie następuje z pewnym wyprzedzeniem, zapobiegającym niepotrzebnemu wydłużaniu hospitalizacji, jednakże do czasu uzyskania zgody na leczenie w tym Zakładzie, pacjent pozostaje w Szpitalu. (dowód: akta kontroli str. 41-54, 258-265)

Analiza zakresu badań medycznych, wykonanych pacjentom przy przyjęciu do Szpitala, którzy w latach 2013-2015 (I kw.) leczeni byli w SP ZOZ na udar mózgu wykazała, że stan w tym zakresie, na podstawie kontroli dokumentacji leczenia 50 pacjentów, był następujący:

- w 49 przypadkach wykonano tomografię komputerową głowy (w 33 przypadkach z kontrastem). Jeden pacjent został przywieziony do SP ZOZ z innego szpitala z wykonaną tomografią komputerową;
- 43 pacjentom wykonano badanie EKG, według wskazań lekarskich;
- wszystkim pacjentom wykonano badanie morfologii krwi, a inne badania krwi: koagulogram, oznaczenie elektrolitów, glikemia, kreatynina wykonano 44-49 pacjentom. Badanie poziomu gazów we krwi (gazometrię) wykonano sześciu pacjentom, stosownie do potrzeb.

Zgodnie z § 11 ust. 1 zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne¹² – 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 zreszające specjalistów z właściwych dziedzin medycyny.

Według „Wytycznych Grupy Ekspertów Sekcji Chorób Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Neurologicznego z 2012 r.”¹³ – po przyjęciu do szpitala u każdego chorego z udarem powinno być wykonane badanie neuroobrazowe (tomografia komputerowa – TK lub rezonans magnetyczny – MR, jeśli nie ma przeciwwskazań – z opcją „angio” – kontrastem). Należy także wykonać badania krwi: morfologię, koagulogram, oznaczenie elektrolitów, glikemii i kreatyniny oraz wysycenia krwi tlenem (gazometrię). Wykonuje się również EKG.

Ordynator Oddziału neurologii wyjaśnił, że gazometrię wykonywano pacjentom z podejrzeniem udaru, mającym zaburzenia oddechowe i krążeniowe. Pacjenci monitorowani, z prawidłowymi wskaźnikami EKG, RR¹⁴ i prawidłową saturacją, nie mieli wykonywanej gazometrii.

W objętej badaniem kontrolnym próbie 50 przypadków leczenia udaru mózgu u 33 pacjentów (66%) rozpoznano udar mózgu na Izbie Przyjęć, w tym u 32 z 42 skierowanych do leczenia na Oddział neurologii i u jednego z czterech pacjentów skierowanych do leczenia na Oddział wewnętrzny o profilu geriatrycznym. U 17 pacjentów rozpoznanie udaru miało miejsce po przekazaniu przez Izbę Przyjęć pacjenta na jeden z oddziałów, na którym leczeni byli pacjenci z udarem mózgu.

(dowód: akta kontroli str. 56-58, 71)

Spośród 33 przypadków przyjęcia pacjentów do Szpitala z podejrzeniem udaru lub zdiagnozowanym na Izbie Przyjęć udarem mózgu najwięcej (28) dotyczyło przyjęć pacjentów z udarem nieokreślonym jako krwotoczny lub zawałowy (I64)¹⁵.

¹² Nr 89/2013 DSOZ.

¹³ Adres www. do skrótu Wytycznych:

http://www.google.pl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCEQFjAAAhUKEwjg6OrcTHAhXfYwKHTYdBBw&url=http%3A%2F%2Fwww.neuroedu.pl%2Findex.php%2Fcontent%2Fdownload%2F4333%2F61074%2Ffile%2F05_PPN_2012_4_Czlonkowska.pdf&ei=LmfcVe20DMX_sQG2upDgAQ&usg=AFQjCNFFjML9IN5KeEONn1Xa1FR2eI0Y_w

¹⁴ Monitorowanie ciśnienia tętniczego krwi metodą Holtera.

¹⁵ Oznaczenie choroby według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób.

Trzech pacjentów przyjęto z rozpoznaniem innych chorób naczyń mózgowych (I67), jednego z rozpoznaniem krwotoku mózgowego (I61) i jednego z rozpoznaniem krwotoku podpajęczynówkowego (I60). Badanie dokumentacji medycznej tych pacjentów wykazało, że:

- upływ czasu od wystąpienia pierwszych objawów udaru mózgu do czasu przybycia pacjenta do Szpitala w 23 przypadkach (70%) wynosił od 20 minut do 1 godziny i 18 minut. W pięciu przypadkach czas ten wynosił do 4,5 godzin, w trzech - powyżej 4,5 godziny, a w dwóch – dwa i trzy dni;
- 28 pacjentów (85%) trafiło do Szpitala z wywiadem wskazującym na czas powstania pierwszych objawów udaru mózgu, a w 5 przypadkach ustalono to w wywiadzie na Izbie Przyjęć, po konsultacji neurologicznej, lub na Oddziale neurologii, gdzie pacjent został skierowany do leczenia;
- w żadnym z 33 przypadków Szpital nie był powiadomiony o transporcie pacjenta z podejrzeniem udaru mózgu;
- w 23 przypadkach (70%) badania biochemiczne krwi wykonano¹⁶ w czasie do 3,5 godziny¹⁷. Dwa badania wykonano w czasie do 4,5 godz., a osiem badań – do 10 godzin (5) i powyżej (3);
- w 15 przypadkach wyniki badania TK otrzymano w czasie do 3,5 godz.¹⁸, w trzech kolejnych – do 4,5 godz., a w dziewięciu przypadkach powyżej 4,5 godz. od przyjęcia pacjenta na Izbę Przyjęć. Ponadto, w sześciu przypadkach wykonano je w dniu przyjęcia pacjenta, ale nie było możliwości ustalenia dokładnego czasu jej wykonania.

(dowód: akta kontroli str. 59-69, 73-77, 83-89)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono nieprawidłowość, polegającą na niezgodności wskazań zegara na monitorze tomografu komputerowego Szpitala z czasem faktycznym. Oględziny przeprowadzone w tym zakresie w dniu 3 lipca 2015 r. w obecności Starszego Asystenta Specjalisty Radiodiagnostyki SP ZOZ – wykazały, że monitor TK wskazuje czas o 1 godzinę i 10 minut wcześniejszy od faktycznego¹⁹. Skutkiem tego jest brak rzetelnych danych o rzeczywistym czasie wykonania badań, w sytuacjach tego wymagających, także w przypadku konieczności potwierdzenia prawidłowości przebiegu procesu leczniczego.

(dowód: akta kontroli str. 72)

Opis stanu
faktycznego

Analiza 33 przypadków transportu pacjenta do Szpitala w trybie nagłym przez Zespół Ratownictwa Medycznego (ZRM) wykazała, że:

- średnia odległość od Szpitala miejsca, z którego zabierany był pacjent przez ZRM, wynosiła 20,2 km (od 2 km do 60 km) i była (średnio) 2,3 razy mniejsza od odległości do najbliższego szpitala z oddziałem udarowym (19 – 72 km),
- średni czas wyjazdu karetki od otrzymanej dyspozycji wyjazdu ZRM do pacjenta wynosił 1,7 minuty (od 1 do 4 minut),
- średni czas jazdy karetki do pacjenta, od przyjęcia dyspozycji wyjazdu, wynosił niepełne 16 minut,
- pacjent przyjmowany był na Izbie Przyjęć Szpitala średnio po 63 minutach od wezwania karetki (od 19 do 184 minut).

¹⁶ Czas od przybycia pacjenta do Szpitala z podejrzeniem/ rozpoznaniem udaru mózgu do uzyskania wyników badań.

¹⁷ 3,5 godziny – czas umożliwiający na ewentualne przewiezienie pacjenta do najbliższego oddziału udarowego (w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Wojewódzkim im. Jana Pawła II w Zamościu) celem leczenia trombolitycznego, które – przy braku przeciwwskazań – można stosować do 4,5 godz. od wystąpienia pierwszych objawów udaru mózgu.

¹⁸ Ze względu na nieprawidłowość opisaną w akapicie poniżej – dane w tym zakresie obarczone są błędem.

¹⁹ Z względu na serwisowanie tomografu komputerowego przez firmę zewnętrzną – nie ustalono osoby odpowiedzialnej oraz przyczyn i czasu powstania tej rozbieżności.

W żadnym z objętych badaniem 50 przypadków leczenia udaru mózgu nie nastąpiło zakwalifikowanie pacjenta do leczenia trombolitycznego. Analiza wykonanych badań i przeprowadzonych wywiadów wykazała, że w wywiadach stwierdzono podstawy wykluczające pacjenta z leczenia trombolitycznego, głównie z powodu:

- wieku pacjenta powyżej 80 lat (17 przypadków),
- rozpoznania innego niż udar mózgu (17).

Kierownik Działu Pomocy Doraźnej i Przyjęć, w ramach którego funkcjonuje Pogotowie Ratunkowe i Izba Przyjęć Szpitala wyjaśnił, że w latach 2013-2015 (I kw.) nie odnotowano kierowania pacjentów z Izby Przyjęć do Oddziału neurologii i leczenia udarów w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Wojewódzkim im. Jana Pawła II w Zamościu. Po wdrożeniu programu współpracy z ww. Oddziałem²⁰ i przeszkoleniu pracowników Izby Przyjęć z zasad kwalifikacji i postępowania z pacjentami ze świeżym udarem mózgu, do Oddziału tego przewieziono sześciu pacjentów. (dowód: akta kontroli str. 59-69, 73-77, 83-89)

W zakresie leczenia udarów mózgu Szpital miał opracowane dwie procedury postępowania:

1. Procedurę postępowania z chorym ze świeżym udarem mózgu²¹, w której określono m.in.:
 - a) zakres stosowania procedury przez oddziały szpitalne i Izbę Przyjęć, obejmujący: wstępną ocenę czynności życiowych i stanu neurologicznego równocześnie z leczeniem zaburzeń zagrażających życiu,
 - b) tryb postępowania, w tym m.in.:
 - zapewnienie drożności dróg oddechowych i stosowanie tlenoterapii u pacjentów z ciężkim świeżym udarem mózgu, cewnikowanie pęcherza moczowego, wklucie do żył centralnych,
 - wykonanie tomografii komputerowej mózgu, oceny parametrów fizjologicznych, biochemicznych, hematologicznych, czasu protrombinowego,
 - wykonanie badań: USG (Doppler), Echo serca, MR w poszukiwaniu rzadkich przyczyn udarów,
 - dokonywanie pilnej konsultacji z lekarzem neurochirurgiem w przypadku krwotoku śródmózgowego lub SAH²²,
 - prowadzenie wczesnej profilaktyki zakrzepicy żył, zatorowości płucnej, zachyłkowego zapalenia płuc i przeciwodleżynowej u chorych w stanie ciężkim,
 - wczesne uruchamianie i rehabilitacja w przypadkach udaru niedokrwienego,
 - c) wskazania do leczenia trombolitycznego udaru niedokrwienego mózgu w najbliższym oddziale udarowym oraz kryteria (13) wykluczające zastosowanie takiego leczenia.
2. Procedurę postępowania z pacjentem w przypadku udaru²³, w której określono m.in.:
 - a) zakres stosowania procedury – w Izbie Przyjęć, w przypadku pacjentów przyjmowanych z powodu podejrzenia lub stwierdzenia udaru,
 - b) tryb postępowania, w tym m.in.:
 - wykonanie wstępnej oceny stanu zdrowia przy przyjęciu,

²⁰ Wdrożony od 12 marca 2015 r., po podpisaniu porozumienia przez Dyrektora Szpitala z Ordynatorem Oddziału neurologii.

²¹ PM-L/06/A Wyd. 1 – zatwierdzoną przez Dyrektora SP ZOZ 13 maja 2010 r.

²² Krwotok podpajecznówkowy – stan nagły w neurologii, spowodowany zazwyczaj pęknięciem tętniaka naczynia wewnątrzczaszkowego.

²³ PM-LPP/14 Wyd. 2 – zatwierdzoną przez Dyrektora SP ZOZ 26 lutego 2013 r.

- dokonanie pomiaru podstawowych parametrów życiowych (ciśnienie tętnicze krwi, tętno, pO₂, oznaczenie glikemii),
- wykonanie wtórnej oceny stanu zdrowia z uwzględnieniem badania neurologicznego,
- stałą kontrolę parametrów życiowych,
- podjęcie decyzji przez lekarza Izby Przyjęć o dalszym postępowaniu z pacjentem, w oparciu o wyniki: diagnostyki laboratoryjnej, obrazowej, występujących objawów i konsultacji neurologicznej.

(dowód: akta kontroli str. 28-35)

W badanym okresie w SP ZOZ funkcjonowała Izba Przyjęć. Zgodnie z zał. Nr 1 (pkt I) do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą²⁴ (dalej: rozporządzenie w sprawie pomieszczeń i urządzeń) Izba Przyjęć Szpitala posiada bezpośrednie zadaszone wejście z dojazdem umożliwiającym podjazd pojazdu oraz nw. pomieszczenia:

- punkt rejestracji pacjentów i poczekalnia,
- do wykonywania badań związanych z przyjęciem pacjenta do szpitala lub do udzielenia doraźnej pomocy ambulatoryjnej,
- do wykonywania doraźnych zabiegów,
- higieniczno-sanitarne, wyposażone w natrysk i wózek-wannę, przystosowane dla osób niepełnosprawnych, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich,
- higieniczno-sanitarne, z natryskiem i wyposażeniem dostosowanym do przyjmowania dziecka,
- gospodarczo-magazynowe, przeznaczone do przechowywania brudnej i czystej bielizny, sprzętu medycznego i czasowego depozytu,
- zapewniające możliwość izolacji pacjenta, u którego stwierdzono chorobę zakaźną.

Zgodnie z warunkami szczegółowymi realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, określonymi w załączniku nr 3 (lp.48) do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego²⁵ organizacja wykonywania świadczeń na Izbie Przyjęć zapewniała całodobową opiekę lekarską i pielęgniarską we wszystkie dni tygodnia. Izba Przyjęć miała zapewnioną bieżącą realizację na terenie Szpitala (w lokalizacji) badań rentgenowskich, elektrokardiograficznych, ultrasonograficznych, a także badań tomografii komputerowej – wykonywanych przez jednostki organizacyjne Szpitala oraz badań laboratoryjnych (pobranie materiału) i rezonansu magnetycznego – wykonywanych przez podmioty zewnętrzne na podstawie zawartych umów.

Analiza grafików dyżurów lekarzy i pielęgniarek pełniących dyżury w okresie sześciu miesięcy badanego okresu²⁶ wykazała, że obsada lekarzy i pielęgniarek na Izbie przyjęć zapewniała ciągłość całodobowej obsługi pacjentów. Stan bieżący (w trakcie oględzin) wyposażenia i personelu Izby Przyjęć był zgodny z wykazanim w załączniku nr 2 „Harmonogram – zasoby” do zawartej z LOW NFZ umowy na leczenie szpitalne.

(dowód: akta kontroli str. 9, 163-171, 177-183, 216-257)

²⁴ Dz. U. z 2012 r., poz. 739 ze zm.

²⁵ Dz. U. z 2013 r., poz. 1520 ze zm.

²⁶ Po dwa miesiące z każdego roku - lekarze: lipiec i sierpień 2013 r., październik i listopad 2014 r., marzec i kwiecień 2015 r., pielęgniarki: lipiec i sierpień 2013 r., listopad i grudzień 2014 r., luty i marzec 2015 r.

W Szpitalu nie funkcjonował Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, mimo że jest gotowy do pracy i odebrany przez „Sanepid”. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że przyczyną tego jest brak kontraktu z Lubelskim Oddziałem Wojewódzkim NFZ, o zawarcie którego Szpital występował dwukrotnie (na przełomie 2014/2015 r. i w czerwcu 2015 r.). W każdym z oddziałów Szpitala, na którym leczono pacjentów z udarem mózgu w badanym okresie, znajdowały się łóżka intensywnej opieki medycznej dla pacjentów wymagającej takiej opieki, którym udzielane były świadczenia z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii przez anestezjologów Działu Anestezjologii SP ZOZ.

Zgodnie z § 4 ust. 1 pkt 2 lit. a rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego – SP ZOZ zobowiązany był posiadać co najmniej jedno stanowisko intensywnej terapii z wyposażeniem, o którym mowa w załączniku Nr 3 cz. I, lp.2 i lp. 3, pkt 3 do rozporządzenia. Analiza wyposażenia takiego stanowiska na Oddziale neurologii, stwierdzonego w ramach przeprowadzonych oględzin, wykazała że spełniało ono wymogi tego przepisu.

Z wyjaśnień lekarza tego Działu wynika, że interwencje anestezjologiczne lekarze anestezjodolodzy wykonywali na oddziałach doraźnie, w sytuacjach pilnych, jak i planowo²⁷, zgodnie ze zgłaszanymi przez oddziały potrzebami. Rozwiązanie to zapewniało ciągłość postępowania w zakresie anestezjologii. Ponadto, na realizację zadań z zakresu intensywnej terapii Szpital miał zawartą umowę²⁸ z SP ZOZ w Hrubieszowie. W badanej próbie 50 hospitalizacji nie stwierdzono przypadku potrzeby przewożenia pacjenta do SP ZOZ w Hrubieszowie, ale w badanym okresie – jak wyjaśnił lekarz anestezjolog – było kilkanaście takich przypadków.

(dowód: akta kontroli str. 9-11, 24-27, 159-161, 294)

Zgodnie z warunkami szczegółowymi realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, określonymi w załączniku nr 3 (lp. 30) do ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia na Oddziale neurologii zatrudnionych było 5 lekarzy neurologów (w wymiarze 3,5 etatu w 2015 r.)²⁹, w tym czterech z II stopniem specjalizacji. Jeden lekarz posiadał I stopień specjalizacji w zakresie neurologii i II stopień specjalizacji w zakresie rehabilitacji medycznej. Dla potrzeb pacjentów Oddziału zapewnione były świadczenia rehabilitacyjne, wykonywane przez ośmiu fizjoterapeutów, w łącznym wymiarze odpowiadającym 1,2 etatu.

Oddział neurologii wyposażony był w 33 łóżka, w tym cztery łóżka IOM, których ustawienie w pomieszczeniach i same pomieszczenia spełniały wymogi rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą - łóżka były dostępne z trzech stron, w tym dwóch dłuższych (§ 18), odstępy między łózkami zapewniały swobodny dostęp do pacjentów (§ 19), a szerokość pomieszczeń umożliwiała wyprowadzenie łóżka (§ 20). Oddział posiadał gabinet diagnostyczno-zabiegowy, a wyposażenie Oddziału w sprzęt i aparaturę medyczną, w tym m.in. urządzenia do wykonywania badań EKG i EEG, było zgodne z określonym w umowie zawartej z Lubelskim Oddziałem Wojewódzkim NFZ w zakresie: lecniectwo szpitalne. Wykonywanie badań TK i MR Oddział miał zapewnione na terenie Szpitala, a badań EMG w Lublinie – w formie usługi obcej, wykonywanej na podstawie zawartej umowy. Na oddziale zapewniona była całodobowa opieka lekarska i pielęgniarska. Pacjenci

²⁷ Na Oddziale neurologii ok. 10 razy miesięcznie, w większości pacjentom z udarem mózgu.

²⁸ Umowa Nr 29/2009 z 11.12.2009 r. ze zmianami – obowiązuje do 31.12.2015 r.

²⁹ 4,8 etatu łącznie, w tym 3,5 na Oddziale neurologii i leczenia padaczek i 1,3 etatu w Przychodni neurologicznej.

leczeni na udar mózgu na Oddziale neurologii mieli zapewnioną rehabilitację na Oddziale przez rehabilitantów udzielających świadczeń w tym zakresie. Po zakończeniu leczenia w Szpitalu zapewniano im możliwość kontynuacji procesu leczniczego poprzez kierowanie na rehabilitację do zakładów opieki stacjonarnej, długoterminowej lub wykonywanej w systemie leczenia ambulatoryjnego.

(dowód: akta kontroli str. 114-127, 159-176)

Na siedem kontroli przeprowadzonych przez LOW NFZ w Szpitalu jedna obejmowała realizację umowy, w ramach której rozliczano również świadczenia dot. leczenia udaru mózgu. Ocenie szczegółowej w tej kontroli poddano 96 świadczeń opisanych w historiach chorób pacjentów hospitalizowanych w SP ZOZ w 2012 r. W 76 przypadkach kontrolerzy LOW NFZ nie stwierdzili uchybień, a w 20 przypadkach, w tym w dwóch dot. leczenia udaru mózgu (A50), kontrolujący stwierdzili brak odstępu 14 dni między pobytami w Szpitalu. Zgodnie z § 23 ust. 9 zarządzenia Nr 72/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 20 października 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania umów w rodzaju: leczenie szpitalne – *jeżeli okres pomiędzy świadczeniami udzielonymi świadczeniobiorcy przez świadczeniodawcę, podczas odrębnych pobytów w szpitalu, z powodu określonego przez rozpoznanie lub procedurę występującą w charakterystyce danej grupy, z katalogu grup stanowiącego załącznik nr 1 do zarządzenia, albo odpowiednio z katalogu świadczeń odrębnych, stanowiącego załącznik nr 1b do zarządzenia, nie przekracza 14 dni, lub z zasad postępowania medycznego wynika, że problem zdrowotny może być rozwiązany jednocześnie, świadczenia te wykazywane są do rozliczenia jako jedno świadczenie.*

Wykazana w wystąpieniu pokontrolnym LOW NFZ wartość zawyżonych z ww. powodu świadczeń określona została na kwotę 36 608 zł, w tym 3 848 zł z tytułu świadczeń dot. leczenia udaru mózgu. Z tytułu ww. nieprawidłowości w rozliczeniach świadczeń, Dyrektor LOW NFZ nałożył na SP ZOZ karę w kwocie 19 715,01 zł (0,1% kwoty kontraktu).

Żadna z przeprowadzonych przez LOW NFZ kontroli w Szpitalu w latach 2013-2015³⁰ nie obejmowała świadczeń dot. leczenia udaru mózgu, wykonywanych w badanym okresie.

(dowód: akta kontroli str. 90-113)

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 Kontroli³¹, wnosi o:

1. Zgłoszenie organowi prowadzącemu rpwdl zmian w zakresie liczby łóżek na Oddziale wewnętrznym o profilu geriatrycznym, celem zapewnienia zgodności danych w rejestrze ze stanem faktycznym.
2. Zapewnienie prawidłowych wskazań zegara tomografu komputerowego i okresowej kontroli ich zgodności z czasem faktycznym.

³⁰ Do 8 czerwca 2015 r. – w dniu tym zakończono badanie tego zagadnienia.

³¹ Dz.U. z 2015 r., poz. 1096.

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 Lublinie.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykonania
wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK proszę o poinformowanie Najwyższej Izby Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

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

Lublin, dnia 15 września 2015 r.

Kontroler
Janusz Rybaczek
Główny specjalista k. p.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Lublinie

Dyrektor
Edward Lis