



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Lublinie

LLU.410.012.04.2015

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	Anna Kowalska, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 94516 z dnia 9 czerwca 2015 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2)
Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej we Włodawie, 22-200 Włodawa, Aleja Józefa Piłsudskiego 64 (dalej: SP ZOZ lub Szpital)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Teresa Szpilewicz, dyrektor Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej we Włodawie, od dnia 19 maja 2015 r. (dowód: akta kontroli str. 3)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

W latach 2013-2015 (do końca I kwartału) Szpital spełniał określone przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia warunki rozliczeń udzielanych świadczeń zdrowotnych, związanych z leczeniem udarów mózgu (grupy A49 i A50¹)².

Uzasadnienie oceny ogólnej

Prawidłowo zorganizowano funkcjonowanie oddziałów leczących pacjentów z udarami mózgu, tj. Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (dalej: SOR), Oddziału Internistycznego i Oddziału Geriatrycznego (dalej: Ol i OG) w zakresie: organizacji udzielania świadczeń, zatrudnionego personelu, wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną oraz warunków lokalowych. Zapewniono pacjentom realizację badań laboratoryjnych oraz aparaturę medyczną służącą diagnozowaniu, w szczególności tomograf komputerowy oraz dostęp do badań rezonansu magnetycznego. W procesie diagnozowania pacjentów z udarami mózgu wykonywano badania określone w zarządzeniach Prezesa NFZ i wskazane w Wytycznych Grupy Ekspertów Sekcji Chorób Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Neurologicznego z 2012 r., a w szczególnych przypadkach konsultowano przyjęty sposób leczenia z lekarzami oddziałów neurologicznych i udarowych innych szpitali. Zapewniono też pacjentom konsultacje neurologopedyczne oraz psychologiczne, a także kontynuację procesu leczniczego poprzez m.in. kierowanie ich na rehabilitację.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

Opis stanu faktycznego

1. SP ZOZ we Włodawie jest wpisany do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego przez Wojewodę Lubelskiego pod numerem 000000002953 oraz do rejestru publicznych zakładów opieki zdrowotnej,

¹ A49 – udar mózgu – leczenie ponad trzy dni, A50 – udar mózgu – leczenie. System rozliczania w oparciu o Jednorodne Grupy Pacjentów wprowadzony został 1 lipca 2008 r. 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.

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.

prowadzonego przez Sąd Rejonowy Lublin-Wschód w Lublinie z siedzibą w Świdniku pod nr. KRS 0000068400.

Na podstawie księgi rejestrowej Nr 000000002953 (stan na 12.06.2015 r.) stwierdzono, że w Szpitalu funkcjonowały m.in: oddział internistyczny (liczba łóżek ogółem 42), szpitalny oddział ratunkowy (dziewięć łóżek), oddział geriatryczny (20 łóżek), oddział anestezjologii i intensywnej terapii oraz pracownia tomografii komputerowej.

(dowód: akta kontroli str. 20-89)

Na podstawie wyników oględzin pomieszczeń oraz wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną ww. Oddziałów stwierdzono, że ich organizacja i funkcjonowanie była zgodna z danymi wynikającymi z rejestru.

Na stronie internetowej SP ZOZ we Włodawie podawano aktualne informacje dotyczące m.in. danych adresowych Szpitala, kierownictwa, struktury i organizacji oraz świadczeń dostępnych na SOR, Oddziale Internistycznym i Geriatrycznym.

(dowód: akta kontroli str. 402-403)

2. W strukturze organizacyjnej Szpitala funkcjonował SOR, powołany do całodobowego udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, polegających na wstępnej diagnostyce oraz podjęciu leczenia w zakresie niezbędnym dla stabilizacji funkcji życiowych osób znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia życia.

SOR spełniał wymogi, dotyczące lokalizacji, wyposażenia, organizacji i zasobów kadrowych, wynikające z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego³.

Wg załączników „Harmonogram – zasoby” do umów zawieranych przez Szpital z Lubelskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Ochrony Zdrowia (dalej: LOW NFZ) na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne (dalej: umowa z NFZ) w latach 2013-2015 w SOR pracę wykonywało: 39 lekarzy różnych specjalności (anestezjologii i intensywnej terapii, chirurgii ogólnej, chorób wewnętrznych, endokrynologii, geriatry, medycyny nuklearnej, medycyny ratunkowej, neonatologii, pediatrii, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, ginekologii i położnictwa, chorób wewnętrznych, kardiologii, medycyny paliatywnej, medycyny rodzinnej, przy czym 14 lekarzy posiadało dwie, a jeden lekarz – trzy specjalności) oraz 32 pielęgniarki i dziewięciu ratowników medycznych. Na podstawie wykazu dyżurów lekarskich w Szpitalu w styczniu i lutym 2013 r., 2014 r. i 2015 r. stwierdzono, że całodobowy dyżur w kolejne dni miesiąca pełnili lekarze, wskazani przez Szpital w załączniku „Harmonogram – zasoby”.

(dowód: akta kontroli str. 218-220, 225-248, 390-396)

Pacjentom zapewniono realizację badań laboratoryjnych, rentgenowskich, tomografii komputerowej, ultrasonograficznych, elektrokardiograficznych, endoskopowych – w lokalizacji oraz dostęp do rezonansu magnetycznego – na podstawie umowy zawartej z ZOZ Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Lublinie (dalej ZOZ MSWiA), obowiązującej od 1.01.2009 r. oraz umowy z 20.10.2005 r. zawartej z SP Szpitalem Klinicznym Nr 4 w Lublinie.

(dowód: akta kontroli str. 285-295, 375-382, 390-396)

Wyposażenie SOR w aparaturę medyczną i sprzęt w dniu przeprowadzenia oględzin (2.07.2015 r.), odpowiadało wykazowi sprzętu, zamieszczonemu w załączniku „Harmonogram – zasoby” do umowy zawartej z NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 103-108, 375-382, 387-389)

3. W strukturze Szpitala działał Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Wg księgi rejestrowej rozpoczął on działalność 14 listopada 2012 r. Oddział ten spełniał wymogi

³ Dz. U. z 2015 r., poz. 178

określone w zał. nr 3 (lp. 2) do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego⁴ (dalej: rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych) – w zakresie:

- wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną,
- organizacji udzielania świadczeń (wyodrębniono całodobową opiekę lekarską i pielęgniarską we wszystkie dni tygodnia⁵),
- zasobów kadrowych (zatrudniono lekarzy ze specjalnością: anestezjologia i intensywna terapia, pielęgniarki – specjalistki w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki oraz pielęgniarki po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa, anestezjologii i intensywnej terapii),
- zapewnienia realizacji badań laboratoryjnych i endoskopowych.

Pomieszczenia Oddziału spełniały wymogi określone w § 18-20 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą⁶ (dalej: rozporządzenie w sprawie wymagań pomieszczeń).

(dowód: akta kontroli str. 375-382, 397-398)

4. Szpital nie miał wewnętrznych procedur określających zasady postępowania z pacjentem z podejrzeniem udaru mózgu. P.o. zastępcy Dyrektora ds. Medycznych wyjaśnił, że w przypadku świeżego udaru mózgu pacjent ma wykonywaną tomografię komputerową w trybie pilnym, EKG, badania laboratoryjne, konsultację w oddziale specjalistycznym – udarowym, np. w Chełmie, Białej Podlaskiej, Lublinie.

(dowód: akta kontroli str. 283--284)

Wg danych Szpitala, w okresie objętym kontrolą 36 pacjentów mających zdiagnozowany udar zostało przywiezionych do innych szpitali na oddział neurologiczny lub oddział udarowy (nr świadczenia 5.52.01.00000.29 *przekazanie do ośrodka o wyższej referencyjności*), w tym:

- w 2013 r. – z Oddziału Internistycznego jeden pacjent, z SOR – 11 pacjentów;
- w 2014 r. – z Oddziału Internistycznego pięciu pacjentów, z Oddziału Geriatrycznego jeden pacjent, z SOR 16 pacjentów,
- w 2015 r. – z SOR dwóch pacjentów.

(dowód: akta kontroli str. 301-302)

5. W latach objętych kontrolą łącznie hospitalizowano 159 pacjentów z udarami mózgu, z tego w Oddziale Geriatrycznym 55 pacjentów (28 w 2013 r., 22 w 2014 r. i 5 w I kwartale 2015 r.), 104 w Oddziale Internistycznym (odpowiednio: 57, 43 i 4 pacjentów). Hospitalizacje zostały rozliczone grupami: A49 (udar mózgu – leczenie ponad 3 dni) – 148 pacjentów i A50 (udar mózgu – leczenie) – 11 pacjentów.

(dowód: akta kontroli str. 224, 303-368)

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że kadra Oddziału Geriatrycznego jest przygotowana do leczenia pacjentów w wieku geriatrycznym z udarem mózgu. Program specjalizacji z geriatрії obejmuje bowiem szereg zagadnień tzw. pozainternistycznych, w tym również postępowanie i leczenie w udarach mózgu.

(dowód: akta kontroli str. 224, 301-368)

6. Na podstawie analizy 50 historii chorób pacjentów z udarami mózgu (31,4% wszystkich hospitalizacji) leczonych w Szpitalu w okresie od 2013 do końca I kwartału 2015 r., z tego sześciu – leczonych w OG, 44 – w OI, stwierdzono, że:

⁴ Dz. U. z 2013 r., poz. 1520 ze zm.

⁵ Skontrolowano na próbie dyżurów lekarskich i pielęgniarskich w styczniu i lutym 2013 r., 2014 r., 2015 r.

⁶ Dz. U. z 2012 r., poz. 739 ze zm.

- a) wszyscy pacjenci zostali przyjęci do Szpitala w trybie nagłym, w tym pięciu (dwóch pacjentów OG i trzech – OI) w wyniku przekazania przez zespół ratownictwa medycznego. Pacjenci przekazani przez zespół ratownictwa medycznego (pięciu pacjentów) zostali przywiezieni do Szpitala z domu (na terenie powiatu, maksymalna odległość 20-30 km);

Szpital nie był powiadamiany o transporcie chorego z podejrzeniem udaru mózgu.

(dowód: akta kontroli str. 91-93, 224, 301-368)

- b) trzech pacjentów (OG) wypisano ze Szpitala w związku z zakończeniem procesu leczenia, 38 (tj. dwóch – OG i 36 – OI) – skierowano do dalszego leczenia w lecznictwie ambulatoryjnym, dziewięciu pacjentów zmarło (jeden – OG, osiem – OI);

(dowód: akta kontroli str. 91-93, 303-367)

- c) 40 pacjentów zostało przyjętych z rozpoznaniem wstępnym udaru mózgu (I64, I63, I63.9), pozostałych – z rozpoznaniem wstępnym innym niż udar mózgu. W przypadku 21 pacjentów (42%) nie można było ustalić, w jakim czasie przed przyjęciem pacjenta do Szpitala powstały pierwsze objawy udaru mózgu; w przypadku sześciu pacjentów pierwsze objawy udaru wystąpiły przed upływem 3 godzin przed przyjęciem ich do Szpitala, trzech – w okresie od 3 do 6 godzin, czterech – w okresie od 6 do 24 godzin, 16 – dłuższym niż 24 godziny. W badanej próbie nie wystąpiły przypadki przekazania pacjentów do oddziału udarowego. W dokumentacji leczenia pacjentów nie stwierdzono też adnotacji o odmowie przejęcia pacjenta przez oddział udarowy lub neurologiczny innego szpitala;

- d) wywiad, wskazujący m.in. na czas powstania pierwszych objawów udaru, przeprowadzono wszystkim pacjentom w momencie przyjęcia do Szpitala (SOR). Wywiad przeprowadzał lekarz przyjmujący pacjenta.

P.o. zastępcy Dyrektora ds. Medycznych wyjaśnił, że u pacjentów z podejrzeniem udaru niedokrwinnego mózgu przeprowadzany był wywiad i badania stanowiące podstawę do zakwalifikowania do leczenia lub wyłączenia pacjenta z leczenia trombolitycznego. O leczeniu pacjenta decyduje lekarz oddziału, do którego pacjent zostaje przekazany. Przyczynami niekwalifikowania pacjentów do leczenia trombolitycznego były m.in. inne choroby współistniejące, kolejny udar (co wynikało z wywiadu z pacjentem lub z kart informacyjnych pacjenta), objawy chorobowe utrzymujące się od kilku dni, trudności w określeniu wystąpienia objawów udaru mózgu, upływ czasu (np. od wystąpienia objawów w domu pacjenta do czasu przywiezienia pacjenta do Szpitala), zaawansowany wiek pacjenta, przeciwwskazania medyczne do zastosowania tego typu leczenia.

W przypadku pięciu pacjentów przyjętych z rozpoznaniem udaru mózgu objawy udaru wystąpiły przed upływem 3 godzin przed przybyciem do Szpitala. Dyrektor wyjaśniła, że przyczyną nieprzekazania ich do innego szpitala z pododdziałem udarowym było: bardzo ciężki stan i choroby współistniejące, m.in. wcześniej przeżyty udar krwotoczny mózgu, zaawansowany wiek (85 lat), brak ostrych objawów neurologicznych;

(dowód: akta kontroli str. 283-284, 298-299, 301-302)

- e) wszystkim pacjentom wykonano badania (procedury) wskazane w Wytocznych Grupy Ekspertów, w tym wymagane w zarządzeniach NFZ dla rozliczenia grupy A49⁷, m.in.:

⁷ Zarządzenie Nr 72/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 20 października 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne (zał. nr 9) - Dz. Urz. NFZ z 2011 r., Nr 42, poz. 72 ze zmianami (zarządzenie obowiązywało do 31 grudnia 2013 r.) oraz zarządzenie Nr 89/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne (zał. nr 9) – Dz. Urz. NFZ z 2013 r., poz. 89 ze zmianami.

- badania TK głowy przeprowadzono 37 pacjentom w dniu przyjęcia do Szpitala (w 31 przypadkach do 3 godzin od przyjęcia do Szpitala, w dwóch – od 3 do 4 godzin, w czterech – powyżej 8 godzin). Pozostałym 16 pacjentom badanie TK głowy wykonano w terminie późniejszym: u siedmiu pacjentów następnego dnia (w tym: sześciu ze wstępnym rozpoznaniem I64, jednego – z rozpoznaniem I63), u sześciu pacjentów po upływie dwóch dni (w tym trzech pacjentów ze wstępnym rozpoznaniem I64), u jednego pacjenta po upływie trzech dni i u dwóch pacjentów po upływie siedmiu dni.

Z wyjaśnień Dyrektor Szpitala wynika, że w przypadku ww. pacjentów nie zachodziła konieczność wykonania badania TK w trybie nagłym (w dniu przyjęcia do Szpitala);

- USG naczyń szyi wykonano 25 pacjentom, a echokardiografię – jednemu pacjentowi;
- terapią psychologiczną lub neurologopedyczną objęto 39 pacjentów, a rehabilitacją - siedmiu;
- badania biochemiczne krwi oraz EKG wykonano wszystkim pacjentom w dniu ich przyjęcia do Szpitala; wyniki badań EKG w 45 przypadkach uzyskano do 3 godzin od przyjęcia pacjentów do Szpitala, w jednym – 12 godzin po przyjęciu do Szpitala, w pozostałych – godzina uzyskania wyników nie została wskazana; wyniki badań biochemicznych otrzymano w dniu przyjęcia pacjentów do szpitala;

(dowód: akta kontroli str. 298-299, 303-368)

- f) konsultacje lekarza neurologa przeprowadzono w przypadku ośmiu pacjentów leczonych w Oddziale Internistycznym i dwóch – leczonych w Oddziale Geriatrycznym.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że w przypadku pozostałych pacjentów nie zachodziła konieczność konsultacji neurologicznej. U pacjentów, u których była konieczność przeprowadzenia konsultacji lekarza specjalisty neurologa została ona przeprowadzona;

(dowód: akta kontroli str. 296-299)

- g) dokumentacja medyczna pacjentów prowadzona była zgodnie z § 13 – 20 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁸. We wszystkich przypadkach lekarze przeprowadzali z pacjentami wywiad lekarski oraz wypełniali kartę, w której opisywali w szczególności:

- rozpoznanie (I60, I61, I62, I63, I64),
- etiologię udaru (ze wskazaniem m.in. na: miażdżycę dużych naczyń zewnątrzczaszkowych, miażdżycę dużych naczyń wewnątrzczaszkowych, choroby małych naczyń, etiologię sercowo-zatorową, krwotok śródmózgowy, krwotok podpajęczynówkowy),
- dane kliniczne odnoszące się do: wcześniej występujących udarów, czasu od zachorowania do przyjęcia, objawów neurologicznych, włączonego leczenia profilaktycznego, zastosowania trombolizy, a w przypadku gdy pacjent zmarł – wtórnej przyczyny zgonu, wykonania badań tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego, badań USG (USG-D) tętnic, podstawy rozpoznania choroby (ze wskazaniem na: wywiad, stan kliniczny, obraz tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego).

(dowód: akta kontroli str. 303-368)

⁸ Dz. U. z 2014 r., poz. 177 ze zm.

10. W okresie od 2013 r. Szpital nie był kontrolowany przez LOW NFZ w zakresie funkcjonowania oddziałów, w ramach których leczeni byli pacjenci z udarem mózgu.

(dowód: akt kontroli str. 401)

11. Szpital spełniał wymogi wynikające z zał. nr 3 (lp. 14 i 20) rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie dotyczącym personelu, organizacji udzielania świadczeń oraz wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną Oddziału Internistycznego i Geriatrycznego, jak również warunki określone w załączniku do umowy z NFZ „Harmonogram – zasoby” (dla: dostępności miejsca udzielania, personelu i sprzętu).

W Oddziale Chorób Wewnętrznych zatrudnionych było dziewięciu lekarzy, w tym ośmiu specjalistów w dziedzinie chorób wewnętrznych, 30 pielęgniarek, psycholog na pełny etat.

W Oddziale Geriatrii zatrudnionych było siedmiu lekarzy, w tym dwóch mających specjalizację w dziedzinie geriatrii, 24 pielęgniarki, pięciu psychologów, fizjoterapeuta (jeden etat).

Znajdujący się w ww. oddziałach sprzęt posiadał wymagane atesty i certyfikaty oraz aktualne przeglądy techniczne.

Pomieszczenia oddziałów spełniały wymogi określone w § 18-20 rozporządzenia w sprawie wymagań pomieszczeń.

(dowód: akta kontroli str. 99-102, 110-111, 144-151, 152-163, 215-217, 221-222, 370-371, 372-374, 383-384, 387-389)

12. W latach 2013-2015 w Szpitalu zapewniono udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza neurologa, z którym zawarte były umowy cywilnoprawne. Zgodnie z umowami świadczenia zdrowotne miały być udzielane pacjentom w stanach nagłego zagrożenia zdrowia, w jednostkach organizacyjnych Szpitala. Lekarz zobowiązał się do realizacji świadczeń zdrowotnych przy wykorzystaniu aparatury, sprzętu medycznego, środków i materiałów znajdujących się w dyspozycji Szpitala. Obowiązkiem lekarza było m.in. stosowanie zasad postępowania 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.

(dowód: akta kontroli str. 249-267)

13. SP ZOZ we Włodawie prowadził współpracę w zakresie leczenia pacjentów z udarem mózgu z innymi jednostkami mającymi zawarte umowy z NFZ na tego rodzaju świadczenia, np. z Samodzielnym Publicznym Wojewódzkim Szpitalem Specjalistycznym w Chełmie – Oddział Neurologiczny i Oddział Udarowy, Wojewódzkim Szpitalem Specjalistycznym w Białej Podlaskiej – Oddział Neurologiczny z Pododdziałem Udarowym, Wojewódzkim Szpitalem Specjalistycznym im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Lublinie – Oddział Neurologiczny z Pododdziałem Udarowym i Oddziałem Rehabilitacyjnym – Pododdział Rehabilitacji Neurologicznej. Współpraca polegała na konsultacjach z lekarzami tych oddziałów i ewentualnym przekazaniu pacjenta do dalszego leczenia.

Najbliższym szpitalem posiadającym oddział neurologiczny lub oddział udarowy jest Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Chełmie.

(dowód: akta kontroli str. 283-284)

14. SP ZOZ we Włodawie posiada w swoich strukturach Oddział Rehabilitacyjny, którego lekarze mogą udzielać konsultacji pacjentom po udarach mózgu. Bezpośrednią opiekę rehabilitacyjną pacjentom w oddziałach szpitalnych, np. Oddziale Geriatrycznym, zapewnia zatrudniony fizjoterapeuta. W strukturach SP ZOZ we Włodawie działa ponadto: Poradnia Neurologiczna, dająca możliwość konsultacji

neurologicznej w oddziałach szpitalnych oraz możliwość dalszego leczenia pacjentów po udarze mózgu; Poradnia Rehabilitacyjna, dająca możliwość dalszego leczenia. Szpital współpracuje także z placówkami pomocy społecznej, tj.: Miejskim Ośrodkiem Pomocy Społecznej, gminnymi ośrodkami pomocy społecznej, Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie.

(dowód: akta kontroli str. 283-284)

W toku oględzin sprzętu i aparatury medycznej, w jaką wyposażony został Oddział Geriatrii stwierdzono, że posiada on sprzęt ułatwiający rehabilitację ruchową pacjentów, taki jak: pionizator, rotor, pur, przy czym był to sprzęt nowy (rok produkcji 2013) i sprawny. Ponadto posiada sprzęt ułatwiający funkcjonowanie niesprawnych pacjentów: wózki inwalidzkie, fotele toaletowo-prysznicowe, podnośnik, materace przeciwodłęzynowe.

(dowód: akta kontroli str. 372-374)

15. W okresie objętym kontrolą wartość wykonanych świadczeń zdrowotnych, rozliczonych z NFZ grupami A49 i A50 wyniosła ogółem 594,8 tys. zł, w tym:

- wykonanych w Oddziale Internistycznym w 2013 r. – 226,3 tys. zł, w 2014 r. – 155,2 tys. zł, w 2015 r. (I kwartał) – 12 tys. zł,
- wykonanych w Oddziale Geriatrii – 92,4 tys. zł, w 2014 r. – 88,9 tys. zł, w 2015 r. (I kwartał) – 20 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 223)

Ustalone
nieprawidłowości

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

IV. 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 z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli⁹ 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.

Lublin, dnia 8 września 2015 r.

Kontroler
Anna Kowalska
główny specjalista kontroli państwowej

Dyrektor
Delegatury Najwyższej Izby Kontroli
w Lublinie
Edward Lis

.....
podpis

.....
podpis

⁹ Dz. U. z 2015 r., poz. 1096