



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Poznaniu

LPO. 410.017.02.2015

P/15/072

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Poznaniu

ul. Dożynkowa 9H, 61-662 Poznań

T +48 61 655 62 00, F +48 61 655 62 01

lpo@nik.gov.pl

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/15/072 Przygotowanie szpitala do leczenia udarów mózgu.
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Poznaniu
Kontroler	Izabela Chlebowska-Gąsczyk, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 95172 z dnia 3 czerwca 2015 r. [Dowód: akta kontroli str. 1-3]
Jednostka kontrolowana	SP ZOZ Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. Aleksandra Piotrowskiego „Dziekanka” (dalej: Szpital lub „Dziekanka”), ul. Poznańska 15, 62-200 Gniezno.
Kierownik jednostki kontrolowanej	Barbara Trafarska, Dyrektor Szpitala (dalej „Dyrektor”) [Dowód: akta kontroli str. 4]

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie¹ mimo stwierdzonych nieprawidłowości przygotowanie Szpitala do leczenia udarów mózgu.

Uzasadnienie oceny ogólnej

Pozytywną ocenę uzasadnia m.in. spełnienie warunków realizacji świadczeń dotyczących personelu, wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną oraz zapewnienie realizacji badań.

Stwierdzone nieprawidłowości polegały m.in. na: niespełnieniu w części sal łóżkowych w oddziale neurologicznym wymogów § 18 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą², oraz niepełnym wyposażeniu pomieszczenia ze stanowiskami intensywnej opieki medycznej w tym oddziale.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

Opis stanu faktycznego

Świadczenia z zakresu leczenia szpitalnego udarów mózgu w latach 2013-2015 (I kwartał) realizowane były w Szpitalu w szczególności przez oddział leczenia udarów (639 hospitalizacji³) oraz oddział neurologiczny (210 hospitalizacji⁴). W okresie tym, leczenie udarów mózgu realizowane było również na oddziale geriatrycznym (3 hospitalizacje) oraz na oddziale wewnętrznym⁵ (1 hospitalizacja)⁶.

[Dowód: akta kontroli str. 5]

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

² Dz. U. z 2012 r., poz. 739, dalej „rozporządzenie z 26 czerwca 2012 r.”.

³ W tym w ramach grupy A48 – 620 hospitalizacji oraz w ramach grupy A51 – 19 hospitalizacji. Wyjaśnienie skrótów: grupa A48, A49, A50 i A51 – w dalszej części wystąpienia pokontrolnego w przypisie 19.

⁴ W tym w ramach grupy A49 – 109 hospitalizacji oraz w ramach grupy A50 – 101 hospitalizacji.

⁵ Oddział wewnętrzny psychosomatyczny z pododdziałem reumatologii.

⁶ W ramach grupy A50.

Oddziały te wpisane były do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą⁷, o którym mowa w art. 100 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁸. Na dzień przeprowadzenia kontroli, stan faktyczny w zakresie liczby łóżek na oddziale leczenia udarów był zgodny z wpisem do rejestru (16 łóżek). Natomiast na oddziale neurologicznym – był większy (45⁹), niż wykazany w rejestrze (40 łóżek). Był to, jak wyjaśniła Dyrektor Szpitala, stan przejściowy, wynikający z dyżurowego obciążenia oddziału, pacjentami, którzy wymagali pilnego przyjęcia. Ponadto wskazała, iż taki stan łóżek wynika również z przygotowań obronnych realizowanych przez jednostki podległe Urzędowi Marszałkowskiemu, a polegających na zapewnieniu dodatkowych łóżek szpitalnych w przypadku wystąpienia sytuacji kryzysowych, stanów nadzwyczajnych i zagrożenia bezpieczeństwa państwa.

[Dowód: akta kontroli str. 6-44, 38-39, 83-86]

Szpital zapewnił funkcjonowanie w swojej strukturze Izby Przyjęć (dalej „IP”). W „Dziekance” nie funkcjonował Szpitalny Oddział Ratunkowy (SOR), o którym stanowią przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego¹⁰.

W IP zapewniona była całodobowa opieka lekarska (lekarzy specjalistów w zakresie psychiatrii lub lekarzy w trakcie specjalizacji z psychiatrii) i pielęgnarska. Sposób zapewnienia w IP całodobowej opieki lekarskiej, został określony w przepisach porządkowych Szpitala, tj. w „Procedurze harmonogramu dyżurowego lekarzy i konsultacji wewnątrzszpitalnych”. W ramach świadczeń w IP zapewniona została również realizacja badań określonych w załączniku nr 3 (lp. 48¹¹) do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego¹² (dalej „rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych”).

[Dowód: akta kontroli str. 45-66]

„Dziekanka” nie posiadała w strukturze organizacyjnej oddziału anestezjologii i intensywnej terapii, posiadała natomiast, zgodnie z rejestrem, dziewięć łóżek intensywnej opieki medycznej (dwa w oddziale neurologicznym, cztery w oddziale leczenia udarów oraz trzy w oddziale wewnętrznym¹³).

Oddział leczenia udarów, w którym znajduje się pomieszczenie z czterema stanowiskami intensywnej opieki medycznej wyposażony był w urządzenia określone w przepisach § 4 ust. 1 pkt 2 oraz ust. 2 rozporządzenia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych.

[Dowód: akta kontroli str. 6-37, 67-82]

W okresie objętym kontrolą pomiędzy Szpitalem, a Zakładem Opieki Zdrowotnej w Gnieźnie, przy ul. Św. Jana 9 obowiązywała umowa m.in. na udzielanie świadczeń Intensywnej Opieki Medycznej¹⁴. Z tym samym podmiotem, oddalonym od „Dziekanki” o 2,6 km, zawarte były również umowy na świadczenie usług

⁷ Zwany dalej: „rejestrem”.

⁸ Dz. U. z 2015 r., poz. 618 ze zm.

⁹ Ponadto w 2 salach znajdowało się dodatkowe łóżko składane.

¹⁰ Dz. U. z 2015 r., poz. 178.

¹¹ Wcześniej lp.47.

¹² Dz. U. z 2013 r., poz. 1520 ze zm.

¹³ Oddział wewnętrzny psychosomatyczny z pododdziałem reumatologii.

¹⁴ Umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych, z dnia 24 października 2005 r. (z aneksami) w zakresie diagnostyki laboratoryjnej, bakteriologicznej, obrazkowej – RTG, USG, USG Doppler, gastrokopii, OIOM oraz konsultacji specjalistycznych.

transportu sanitarnego (specjalistycznego typu „S” oraz podstawowego typu „P”), obowiązujące od 18 stycznia 2013 r. do 31 stycznia 2015 r. Od 1 lutego 2015 r. w zakresie transportu sanitarnego obowiązuje umowa zawarta z SPZOZ MSW w Poznaniu, przy ul. Dojazd 34, którego siedziba znajduje się w odległości 50 km od „Dziekanki”.

[Dowód: akta kontroli str. 87-111]

Dyrektor wyjaśniła, że ZOZ w Gnieźnie nie przystąpił do konkursu ofert na świadczenie usług transportu sanitarnego od 1 lutego 2015 r. dla „Dziekanki”. Transporty na oddział intensywnej opieki medycznej ZOZ w Gnieźnie realizowane są obecnie przez karetkę „Dziekanki” (Szpital posiada 3 karetki). Gdy zachodzi potrzeba obecności lekarza w karetce, delegowany jest na ten czas lekarz oddziału lub lekarz anestezjolog. Dyrektor wskazała, iż przewozy są realizowane 10 - 15 minut od zgłoszenia (czas potrzebny na przygotowanie pacjenta do transportu i wypisanie skierowania). Dyrektor wyjaśniła ponadto, że jeżeli zachodzi potrzeba przewiezienia pacjenta do innego szpitala (w Poznaniu) wezwana karetka z MSW jest w „Dziekance” w ciągu 30 - 40 minut od chwili wezwania. W tym czasie lekarz musi m.in. wypełnić skierowanie, uzgodnić miejsce w szpitalu, skonsultować wyniki. Konsultacje neurochirurgiczne u pacjentów wykonywane są na miejscu w „Dziekance”. Od momentu możliwości przekazywania obrazu z pracowni tomografii komputerowej (TK) i rezonansu magnetycznego (MR) bezpośrednio do szpitala im. J. Strusia, czas na udzielenie pomocy został skrócony.

[Dowód: akta kontroli str. 112-131]

W regulaminie organizacyjnym Szpitala, w zakresie warunków współdziałania z innymi podmiotami, zawarty został zapis, że Szpital współpracuje z: zakładami opieki zdrowotnej, placówkami naukowo badawczymi, placówkami szkolnictwa medycznego, organizacjami społecznymi i stowarzyszeniami, organami samorządu terytorialnego i Powiatową Stacją Sanitarno-Epidemiologiczną, na podstawie szczegółowych umów i kontraktów zawartych z tymi podmiotami.

[Dowód: akta kontroli str. 67-80]

„Dziekanka” nie posiadała pisemnych procedur wewnętrznych określających zasady postępowania z pacjentem z podejrzeniem udaru mózgu. Przyjęta w Szpitalu praktyka polegała m.in. na tym, że pacjenci z podejrzeniem udaru mózgu traktowani są priorytetowo i mają wykonywany pakiet badań (TK, badanie krwi, EKG, itp.) w trybie pilnym. Skierowania na pilne badania krwi wyróżniają się innym kolorem.

[Dowód: akta kontroli str. 112-131]

Spośród 853 hospitalizacji z zakresu leczenia szpitalnego udarów mózgu realizowanych w „Dziekance” w latach 2013-2015 (I kwartał), 372 realizowane było w 2013 r., 383 – w 2014 r. oraz 98 – w I kwartale 2015 r., z czego: przez oddział leczenia udarów – 639 hospitalizacji (odpowiednio: 300 – w 2013 r., 269 – 2014 r. oraz 70 – w I kwartale 2015 r.), przez oddział neurologiczny – 210 hospitalizacji (odpowiednio: 72, 111 oraz 27), przez oddział geriatricznej – 3 hospitalizacje (2 w 2014 r. oraz 1 w I kwartale 2015 r.) oraz 1 – przez oddział wewnętrzny psychosomatyczny (w 2014 r.).

[Dowód: akta kontroli str. 5]

Spośród 50 badanych hospitalizacji, we wszystkich przypadkach pacjenci przyjęci zostali w trybie nagłym, w tym w 25 – w wyniku przekazania przez zespół ratownictwa medycznego, w 10 – na podstawie skierowania z poradni, 12 – z innego

szpitala (w tym: 8 – ze szpitalnego oddziału ratunkowego i 4 – z innych oddziałów) oraz 3 – na podstawie skierowania z Izby Przyjęć Szpitala.

[Dowód: akta kontroli str. 159-233]

Spośród 50 badanych hospitalizacji, pacjent został wypisany ze szpitala i skierowany w 23 przypadkach do dalszego leczenia w lecznictwie ambulatoryjnym¹⁵, w 16 – na oddział rehabilitacji neurologicznej¹⁶, w 6 – do leczenia w innym szpitalu, w 5 nastąpił zgon.

[Dowód: akta kontroli str. 159-233]

Spośród 50 badanych hospitalizacji, 47 pacjentów ze zdiagnozowanym udarem mózgu było hospitalizowanych w oddziale leczenia udarów, 2 – w neurologicznym oraz 1 – początkowo neurologicznym, a następnie w oddziale leczenia udarów.

[Dowód: akta kontroli str. 159-233]

Pacjentom z podejrzeniem udaru mózgu, przeprowadzono m.in. badania krwi, TK, MR, EKG, USG. Upływ czasu od przybycia pacjenta z podejrzeniem lub rozpoznaniem udaru mózgu na IP do uzyskania wyników badań biochemicznych i TK/MR wynosił od 10 minut do kilku dni. Ordynator oddziału neurologii i oddziału leczenia udarów wskazał, iż badania neuroobrazowe wykonywane są na oddziale niezwłocznie lub gdy istnieją wskazania medyczne w trybie późniejszym (np. przyjęcie pacjenta po kilku dniach od wystąpienia udaru mózgu). Czas rozpoczęcia podawania leków trombolitycznych w przypadku udaru niedokrwinnego, wynosił od 2 h do 3 h i 16 min (na 43 badane przypadki¹⁷ w 3 podano lek trombolityczny).

[Dowód: akta kontroli str. 159-233, 246-248, 540]

Upływ czasu od powstania pierwszych objawów udaru mózgu do czasu przybycia pacjenta do szpitala, wynosił od niespełna ½ godziny do kilkunastu dni, przy czym w 21 przypadkach brak było możliwości ustalenia czasu od powstania pierwszych objawów. W 27 przypadkach pacjenci trafili do Szpitala z przeprowadzonym wywiadem, jednak w siedmiu z nich brak było czasu wskazującego na powstanie pierwszych objawów udaru mózgu. „Dziekanka” została powiadomiona o transporcie chorego w 12 przypadkach przewiezienia z innych szpitali (ze szpitalnego oddziału ratunkowego oraz z innych oddziałów). W przypadkach przekazania pacjenta przez zespół ratownictwa medycznego (25) oraz na podstawie skierowania z poradni (10)¹⁸ Szpital nie był powiadomiony o transporcie chorego. U wszystkich pacjentów (50 badanych hospitalizacji) przeprowadzony został w Szpitalu wywiad / badania stanowiące podstawę do wyłączenia lub zakwalifikowania pacjenta do leczenia trombolitycznego.

[Dowód: akta kontroli str. 159-233, 234-245]

W okresie objętym kontrolą Szpital „Dziekanka” kontrolowany był przez Wielkopolski Oddział Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu (dalej „NFZ”). Przedmiotem kontroli było sprawdzenie prawidłowości realizacji umów w latach 2012-2014, obejmujących w szczególności: spełnienie warunków dla świadczenia gwarantowanego – leczenia udaru mózgu w oddziale udarowym oraz prawidłowości

¹⁵ W tym, wcześniej – w 1 przypadku – skierowany do leczenia na innym oddziale Szpitala.

¹⁶ W tym, wcześniej – w 6 przypadkach – skierowany do leczenia ambulatoryjnego, w 1 – do leczenia w innym szpitalu oraz w 1 – do leczenia na innym oddziale Szpitala.

¹⁷ Badaniem objęto 50 hospitalizacji, siedem przypadków dotyczyło udaru krwotocznego.

¹⁸ Oraz na podstawie skierowania z Izby Przyjęć Szpitala (3).

wykazywania do rozliczeń właściwych produktów rozliczeniowych oraz rozliczania ich na podstawie grup: A48, A49, A50 i A51¹⁹.

[Dowód: akta kontroli str. 249-292]

W wyniku kontroli pozytywnie oceniona została m.in. organizacja udzielania świadczeń oraz wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną. Negatywnie NFZ ocenił rozliczenie 5 spośród 35 poddanych kontroli świadczeń z grup A48 i A51 (3) oraz z grupy A49 (2). Szpital zobowiązany został m.in. do zwrotu na konto NFZ 11.690,52 zł, na które składała się kwota nienależnie uzyskana (10.088 zł) oraz kara umowna (1.602,52 zł).

[Dowód: akta kontroli str. 278-288]

„Dziekanka” w kontrolowanym okresie posiadała w swojej strukturze organizacyjnej, wpisany w rejestrze, oddział leczenia udarów (16 łóżek, w tym 4 łóżka intensywnej opieki medycznej) oraz oddział neurologiczny (40 łóżek, w tym 2 łóżka intensywnej opieki medycznej).

Pomieszczenia oddziału leczenia udarów spełniały warunki określone w §§ 18-20 rozporządzenia z 26 czerwca 2012 r. Faktyczna liczba łóżek na tym oddziale znajdowała swoje odzwierciedlenie w rejestrze. Szpital spełniał warunki realizacji świadczeń w zakresie leczenia udarów mózgu w oddziale udarowym dotyczące lekarzy, pielęgniarek i pozostałego personelu oraz w zakresie wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną.

[Dowód: akta kontroli str. 6-42, 293-437]

Koordynatorem działań zespołu leczniczo-rehabilitacyjnego (lekarz kardiolog, lekarz specjalista chorób wewnętrznych, lekarz rehabilitacji medycznej) był ordynator oddziału leczenia udarów. W zależności od stanu klinicznego pacjenta, rokowań co do stanu ogólnego i możliwości powrotu do sprawności fizycznej, ordynator ustalał kolejność, czas i zakres konsultacji prowadzonych przez lekarzy zespołu. Procedura ta, zgodnie z informacją Zastępcy Dyrektora ds. lecznictwa, ma charakter utrwalony, wpisany w sposób funkcjonowania oddziału i jest elastyczna z uwagi na różny przebieg i nasilenie objawów poudarowych u pacjentów.

[Dowód: akta kontroli str. 159- 219, 370-386, 438-439]

Szpital zawarł z podmiotami zewnętrznymi umowy związane z przedmiotem niniejszej kontroli, w tym m.in.:

- z ZOZ MSWiA w Poznaniu²⁰, której przedmiotem jest świadczenie procedur wewnątrznaczyniowych w ostrym okresie udaru niedokrwinnego na rzecz przekazywanych w trybie pilnym chorych z udarem niedokrwinnym, hospitalizowanych w „Dziekance”;
- z Wielospecjalistycznym Szpitalem Miejskim im. J. Strusia w Poznaniu²¹, w zakresie konsultacji neurochirurgicznych;
- ze Szpitalem Klinicznym Przemienienia Pańskiego UM w Poznaniu, ul. Długa 1/2²², w zakresie m.in. konsultacji specjalistycznych.

¹⁹ A48 – kompleksowe leczenie udarów mózgu > 7 dni w oddziale udarowym, A49 – udar mózgu leczenie > 3 dni, A50 – udar mózgu – leczenie oraz A51 udar mózgu – leczenie trombolityczne > 7 dni w oddziale udarowym.

²⁰ Umowa o współpracy zawarta w dniu 28 marca 2011 r. (na czas nieokreślony) pomiędzy Zakładem Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego, ul. Dojazd 34 (Zleceniobiorca) a Szpitalem (Zleceniodawca).

²¹ Umowa z dnia 10 grudnia 2012 r. (zawarta na okres od 1 stycznia 2013 r. do 31 grudnia 2016 r.) pomiędzy Wielospecjalistycznym Szpitalem Miejskim im. J. Strusia w Poznaniu, ul. Szwajcarska 3 (Zleceniobiorca) a Szpitalem (Zleceniodawca) oraz aneks z dnia 16 października 2013 r.

[Dowód: akta kontroli str. 87-89, 132-158]

W zakresie leczenia udarów mózgu w oddziale udarowym prowadzona była kontrola badań i interwencji terapeutycznych w formie karty obserwacji chorego, codziennej oceny stanu neurologicznego, codziennej oceny stanu internistycznego, karty działań pielęgniarских, udokumentowania co najmniej 2 konsultacji internistycznych.

[Dowód: akta kontroli str. 541-597]

W Szpitalu w latach 2014-2015 była zapewniona stała obecność lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii²³.

[Dowód: akta kontroli str. 387-395]

Szpital spełniał warunki realizacji świadczeń w zakresie leczenia udarów mózgu w oddziale neurologicznym dotyczące personelu, tj. lekarzy i osób prowadzących fizjoterapię oraz w zakresie wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną.

[Dowód: akta kontroli str. 293-303, 396-437, 440-446, 598-681]

W okresie kontrolowanym oddział leczenia udarów „Dziekanki”, posiadał zabezpieczenie w leki trombolityczne w dawce ogólnej od 80 do 510 mg. Oddział składał zapotrzebowanie do apteki Szpitala (funkcjonującej w godzinach od 7 do 15), a po zrealizowaniu zamówienia leki przechowywane były na oddziale. Zgodnie z ewidencją przychodów i rozchodów leków prowadzoną przez aptekę Szpitala, leki trombolityczne (Actilyse 10/ 20/ 50 mg) przekazywane były głównie na oddział leczenia udarów. Leki przekazane na oddział wewnętrzny psychosomatyczny oraz na oddział geriatryczny dotyczyły leczenia niezwiązanego z przedmiotem niniejszej kontroli.

[Dowód: akta kontroli str. 112-131, 447-490]

Ordynator oddziału neurologii i oddziału leczenia udarów wskazał, iż zwykle zabezpieczony jest poziom leku dla dwóch – trzech pacjentów. W przypadku, gdyby ilość zapasów leku spadła, możliwe jest „na ratowanie życia” niezwłoczne jego dostarczenie przez hurtownię po południu, w soboty, niedziele oraz święta. Ponadto, awaryjnie istnieje możliwość pożyczania leku z innego oddziału lub sąsiedniego szpitala (nie było dotychczas takiego przypadku).

[Dowód: akta kontroli str. 539]

W latach 2013-2015 było 14 hospitalizacji w których zastosowano leczenie trombolityczne (podanie leku trombolitycznego drugiej generacji) lecz nie rozliczono ich wg. grupy A51 (udar mózgu – leczenie trombolityczne > 7 dni w oddziale udarowym). Powodem nierozliczenia wg. grupy A-51 ośmiu z nich był, zgodnie z wyjaśnieniem, zbyt krótki pobyt, a sześciu pozostałych – niewykonanie wszystkich badań wymaganych do grupy A-51 (ciężki stan, zaburzenia oddychania, majaczenia z niepokojem).

[Dowód: akta kontroli str. 112-131]

W Szpitalu znajduje się oddział rehabilitacji neurologicznej wyposażony, zgodnie z rejestrem, w 20 łóżek. Kwalifikacja pacjentów oddziału leczenia udarów, do dalszego leczenia w oddziale rehabilitacji neurologicznej odbywa się po konsultacji

²² Umowa z dnia 21 października 2009 r.

²³ Wcześniej, w okresie objętym kontrolą, były to dyżury anestezjologiczne: w dni robocze - popołudniowe, w soboty, niedziele i dni wolne.

lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej. Termin przejścia do oddziału rehabilitacji neurologicznej uzależniony jest od ocenianego przez konsultanta rokowania i zależy od stanu pacjenta wyrażonego w punktacji w stali Barthel (punktacja do 14 oznacza wcześniejsze terminy przyjęcia, powyżej 14 – późniejsze).

[Dowód: akta kontroli str. 6-37, 438-439]

Wielkość zakontraktowanych w latach 2013-2015²⁴ świadczeń zdrowotnych w obszarze objętym kontrolą:

- w zakresie „neurologia – hospitalizacja” wynosiła 5.078.164 zł (2013 r.), 5.027.360 zł (2014 r.) oraz 5.031.468 (2015 r.);
- w zakresie „neurologia – hospitalizacja A48, A51” wynosiła 2.134.496 zł (2013 r.), 2.295.805 zł (2014 r.) oraz 2.147.184 (2015 r.);

Wartość wykonanych świadczeń zdrowotnych w ww. obszarach wynosiła:

- w zakresie „neurologia – hospitalizacja” 5.772.364 zł (2013 r.), 5.234.054 zł (2014 r.) oraz 1.170.780 zł (I kwartał 2015 r.);
- w zakresie „neurologia – hospitalizacja A48, A51” 2.505.776 zł (2013 r.), 2.211.976 zł (2014 r.) oraz 607.568 zł (I kwartał 2015 r.).

Wartość zapłaconych przez NFZ świadczeń wynosiła:

- w zakresie „neurologia – hospitalizacja” 5.078.112 zł (2013 r.), 5.027.250 zł (2014 r.) oraz 1.156.636 zł (I kwartał 2015 r.);
- w zakresie „neurologia – hospitalizacja A48, A51” 2.130.960 zł (2013 r.), 2.288.073 zł (2014 r.) oraz 515.008 zł (I kwartał 2015 r.).

[Dowód: akta kontroli str. 491-538]

Nadwykonania w realizacji umów z NFZ wynikają z przyjęć na oddział neurologii i leczenia udarów, które były przyjęciami ratującymi życie, których nie można było zrealizować w innym trybie jak w leczeniu szpitalnym, a tryb przyjęcia był pilny. Zgodnie z informacją Zastępcy Dyrektora ds. leczenia, w postępowaniu sądowym przeciwko NFZ za lata 2010-2011 Szpital uzyskał zwrot należnych kwot za nadwykonania, natomiast aktualnie w toku znajduje się postępowanie sądowe za nadwykonania za lata 2011-2012.

[Dowód: akta kontroli str. 438-439]

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności Szpitala w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Zgodnie z rejestrem, w oddziale neurologicznym Szpitala znajdowały się dwa stanowiska intensywnej opieki medycznej. Wbrew wymogom, jakie powinny spełniać te stanowiska, określonym w § 4 ust. 2 rozporządzenia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych, w oddziale brak było defibrylatora oraz była tylko jedna pompa infuzyjna – zamiast co najmniej czterech oraz jeden kardiomonitor – zamiast dwóch.

[Dowód: akta kontroli str. 6-37, 82, 83-86]

Dyrektor Szpitala w wyjaśnieniach powołała się na § 4 ww. rozporządzenia wskazujący na warunek posiadania co najmniej jednego stanowiska intensywnej

²⁴ zgodnie z umową końcową (2013 r., 2014 r.) oraz zgodnie z umową dotyczącą 2015 r. obowiązującą na dzień kontroli (7 września 2015 r.)

terapii, w przypadku braku w strukturze organizacyjnej - oddziału anestezjologii i intensywnej terapii - który został spełniony w oddziale leczenia udarów.

[Dowód: akta kontroli str. 83-86]

NIK wskazuje, iż wprowadzie warunek posiadania co najmniej jednego stanowiska intensywnej terapii został w Szpitalu spełniony, to jednak dwa niekompletnie wyposażone stanowiska wykazane w rejestrze, w rzeczywistości nie są stanowiskami intensywnej opieki medycznej.

2. Spośród 17 sal łóżkowych oddziału neurologicznego, w 11 z nich (tj. we wszystkich 1 i 2 łóżkowych) dostęp do łóżek był zapewniony z dwóch stron, w tym z jednej dłuższej, podczas gdy zgodnie z § 18 rozporządzenia z 26 czerwca 2012 r., łóżka te powinny być dostępne z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych.

[Dowód: akta kontroli str. 38-39]

Dyrektor wyjaśniła, że sale z dostępem do łóżek z dwóch stron to sale niebędące salami intensywnego nadzoru, przeznaczone dla pacjentów w lepszym stanie ogólnym lub po uzyskaniu poprawy i samodzielnych, niewymagających opieki przyłóżkowej ani pielęgnacji w łóżku. Ponadto wskazała, że łóżko w każdej sytuacji tego wymagającej może być przesunięte, a personel ma wówczas dostęp z trzech stron, w tym dwóch dłuższych.

[Dowód: akta kontroli str. 83-86]

3. Izba Przyjęć Szpitala nie była wyposażona w wózek-wannę przystosowaną dla osób niepełnosprawnych. Zgodnie z pkt I2 podpunkt 3 załącznika nr 1 do rozporządzenia z 26 czerwca 2012 r., w skład izby przyjęć wchodzić powinno co najmniej jedno pomieszczenie higieniczno-sanitarne wyposażone dodatkowo w natrysk i wózek – wannę, przystosowane dla osób niepełnosprawnych, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich.

[Dowód: akta kontroli str. 48]

Dyrektor Szpitala w wyjaśnieniach zwróciła uwagę na specyfikę szpitala, w którym oddziały rozmieszczone są w pawilonach na obszarze 30ha. Pacjenci w obrębie izby przyjęć nie przebiegają się ani nie są poddawani myciu i toalecie. Czynności te przeprowadzane są w oddziałach, co wynika bezpośrednio z konieczności ich przemieszczania w odległe miejsca szpitala. Wskazała, iż posiadanie wózka-wanny w izbie przyjęć, nie znajduje zatem uzasadnienia.

[Dowód: akta kontroli str. 83-86]

Uwagi dotyczące
badanej działalności

1. Szpital w okresie objętym kontrolą akceptował sytuację, w których te same osoby pracowały na podstawie umowy o pracę oraz pełniły dyżury poza etatem²⁵, w ramach umowy zawartej między Szpitalem a NZOZ Poradnią Zdrowia Psychicznego „Promyk”, powodując przypadki faktycznego:

a. przekroczenia łącznego dobowego/tygodniowego czasu pracy (przy czym czas pracy w ramach umowy o pracę nie został przekroczony),

²⁵ Kontrolą objęto oddział leczenia udarów i oddział neurologiczny.

b. niekorzystania z przysługującego w każdej dobie prawa do co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku (bezpośrednio po zakończeniu pełnienia dyżuru medycznego).

NIK zwraca uwagę, iż rozpatrując wyłącznie zatrudnienie w ramach umowy o pracę, przepisy działu III „Czas pracy pracowników podmiotów leczniczych” ustawy o działalności leczniczej nie zostały naruszone. Niemniej jednak Szpital mając pełną informację w zakresie obsadzenia dyżurów, godził się na praktykę skutkującą faktycznym obchodzeniem norm czasu pracy i odpoczynku jego pracowników. Sytuacja taka może zwiększać ryzyko niezapewnienia przez „Dziekanke” należytej jakości udzielanych świadczeń.

[Dowód: akta kontroli str. 598-678]

Zgodnie z wyjaśnieniami Dyrektora lekarze zatrudnieni przez Szpital w ramach umowy o pracę nie przekraczają 35 h pracy w tygodniu i mają zapewnionych co najmniej 11 h nieprzerwanego odpoczynku po zakończeniu dyżuru medycznego. Celem zapewnienia ciągłości dyżurów, część z nich została zapewniana przez NZOZ PZP „Promyk”, któremu Szpital zlecił to, po przeprowadzeniu postępowania przetargowego. NZOZ PZP „Promyk” był jedynym oferentem, a niewybranie oferty oznaczałoby brak ciągłości dyżurowej w oddziałach Szpitala. Dyrektor wskazała, iż harmonogram pracy lekarzy pełniących dyżury w ramach NZOZ PZP „Promyk” jest ustalany przez ww. podmiot, a Szpital nie ma wpływu na to jakich konkretnych lekarzy zatrudnia NZOZ PZP „Promyk”, ani na rozkład ich pracy.

[Dowód: akta kontroli str. 83-86]

NIK zwraca uwagę, iż miesięczne zestawienie zawierające nazwiska wszystkich lekarzy pełniących dyżury na oddziale neurologicznym i leczenia udarów, było każdorazowo podpisywane przez ordynatora tych oddziałów.

[Dowód: akta kontroli str. 598-674]

2. W zakresie zapewnienia całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia, w „Dziekanke” przyjęto zasadę, że dyżury lekarza specjalisty w dziedzinie neurologii lub lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie neurologii, realizowane były przez jednego lekarza łącznie dla oddziału leczenia udarów i neurologicznego (w soboty, niedziele i święta oraz po godzinie 15 w dni robocze), tj. harmonogram dyżurów sporządzany był łącznie dla oddziału neurologicznego i oddziału leczenia udarów.

[Dowód: akta kontroli str. 609-674]

NIK dostrzega, iż w treści załącznika nr 4 aktualnie obowiązującego rozporządzenia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych, w zakresie całodobowej opieki lekarskiej, wskazuje się, kiedy może być ona łączona z innymi oddziałami (np. lp. 6), poprzez użycie zwrotu „może być łączona (...)” lub kiedy nie może być łączona poprzez użycie zwrotu „nie może być łączona z innymi oddziałami” (np. lp. 24 i 27). Zapewnienie całodobowej opieki lekarskiej w zakresie świadczenia gwarantowanego „leczenie udaru mózgu w oddziale udarowym” nie mieści się w żadnej z ww. kategorii.

IV. Wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny 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 Kontroli²⁶, wnosi o podjęcie działań w celu uzupełnienia wyposażenia pomieszczeń Szpitala i dostosowania go do obowiązujących w tym zakresie przepisów.

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 Poznaniu.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i 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.

Poznań, dnia **22** września 2015 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Poznaniu

Kontroler
Izabela Chlebowska-Gąsczyk
specjalista kontroli państwowej

Dyrektor
z up. Grzegorz Malesiński
Wicedyrektor

.....
Podpis

.....
Podpis

²⁶ Dz. U. z 2015 r., poz. 1096.