



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Rzeszowie

LRZ.410.003.03.2015

P/14/078

TEKST UJEDNOLICONY

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Rzeszowie
ul. Kraszewskiego 8, 35-016 Rzeszów
T +48 17 780 23 00, F +48 17 780 23 06
lrz@nik.gov.pl

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/14/078 – Realizacja świadczeń zdrowotnych z zakresu kardiologii przez publiczne i niepubliczne podmioty lecznicze
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Rzeszowie
Kontroler	Mariusz Twardowski, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 91593 z dnia 15 stycznia 2015 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2)
Jednostka kontrolowana	Intercard Sp. z o.o. ul. Miechowska 5B/4, 30-055 Kraków – Centrum Kardiologii Inwazyjnej, Elektroterapii i Angiologii w Krośnie, ul. Korczyńska 57, 38-400 Krosno (zwany dalej <i>Intercard</i>).
kierownik jednostki kontrolowanej	Prezesem Zarządu Intercard jest Pan Marcin Pasternak. (dowód: akta kontroli str. 3-6)

II. Ocena kontrolowanej działalności¹

Najwyższa Izba Kontroli ocenia, że Intercard w realizacji świadczeń zdrowotnych z zakresu kardiologii, zatrudnił lekarzy i pielęgniarki w liczbie i o kwalifikacjach wymaganych przez NFZ. Intercard wyposażono również w odpowiedni sprzęt i aparaturę medyczną, wymaganą obowiązującymi przepisami. Intercard spełnił warunki i wymagania określone w obowiązujących przepisach dotyczące zapewnienia wyodrębnionej całodobowej opieki lekarskiej nad pacjentami w zakresie dotyczącym całodobowej opieki sprawowanej przez lekarza specjalistę w dziedzinie kardiologii (poza 3 dyżurami w 2013 r.), rozmieszczenia łóżek w pokojach łóżkowych. Stwierdzone w toku kontroli nieprawidłowości dotyczyły:

- niezapewnienia pacjentom – stosownie do przepisów zarządzenia Prezesa NFZ *w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalne*² – w Oddziale Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego (OINK) w okresie od lipca 2011 r. do stycznia 2013 r. obecności na każdej zmianie pielęgniarki z nie mniej niż 5-letnim stażem pracy w OINK lub Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii (OAIT),
- niezapewnienia w swojej strukturze Izby Przyjęć jako komórki wydzielonej organizacyjnie, kadrowo, materialnie i funkcjonalnie, zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

¹ 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

² Nr 72/2011/DSOZ i Nr 89/2013/DSOZ

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

Opis stanu
faktycznego

1. Spełnianie warunków wymaganych do realizacji świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego.

1. Zgodnie z § 10 punkt 2 lit. c *Regulaminu Organizacyjnego Podmiotu Leczniczego Intercard Sp. z o.o.* Pion Medyczny tworzą Przedsiębiorstwa Podmiotu Leczniczego. Strukturę organizacyjną tworzy m.in. jednostka organizacyjna działalności medycznej: Centrum Kardiologii Inwazyjnej, Elektroterapii i Angiologii w Krośnie w skład którego wchodzi m.in.: Oddział Kardiologii, Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego ze stanowiskiem intensywnej terapii, Pracownia Echokardiografii, Pracownia Radiologii Zabiegowej, Pracownia Elektrofizjologii, Izba Przyjęć, Pracownia Hemodynamiki. Do zadań Oddziału Kardiologii należy w szczególności: udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie kardiologii. Do zadań Oddziału Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego ze stanowiskiem intensywnej terapii, należy w szczególności udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie kardiologii w stanach nagłych i/lub podwyższonego zagrożenia zdrowia/życia.

(dowód: akta kontroli str. 7-32)

W dniu 9 stycznia 2007 r. Intercard zawarł z Wojewódzkim Szpitalem Podkarpackim im. Jana Pawła II w Krośnie, ul. Korczyńska 57 (zwanym w dalszej treści: „Szpitalem”) umowę o współpracy na okres 10 lat. Celem umowy było nawiązanie ścisłej współpracy w zakresie uruchomienia Oddziału Kardiologii Inwazyjnej i Angiologii przez Intercard na bazie obiektów Szpitala (§ 1). Szpital zobowiązał się udostępnić w formie najmu część budynku o powierzchni 570,25 m² za odpłatnością w wysokości 18,50 zł m² miesięcznie. Poprzez umowę najmu uzyskał prawo (na 10 lat) do wynajmowanej powierzchni w budynku Szpitala na prowadzenie działalności medycznej, polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych *na oddziale kardiologii i kardiologii inwazyjnej w pracowni hemodynamiki*. Strony zadeklarowały współpracę na płaszczyźnie medycznej i organizacyjnej, w szczególności w zakresie: kierowania pacjentów szpitalnych i ambulatoryjnych w celu realizacji procedur diagnostyczno-leczniczych w Intercard, zgodnie z aktualnym poziomem wiedzy medycznej, wspierania funkcjonowania Intercard poprzez ścisłe współdziałanie z Oddziałami Szpitala w zakresie leczenia i ruchu chorych, procedur i konsultacji anestezyjologicznych, udostępniania bloku operacyjnego (w razie potrzeby), dostępu do procedur diagnostycznych (rozliczanych zgodnie z obowiązującym cennikiem Szpitala), specjalistycznych konsultacji medycznych, usług transportu sanitarnego („R”) oraz usług Lotniczego Pogotowia Ratunkowego (odpłatnie w sytuacjach nie objętych kontraktami z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ), możliwości korzystania ze środków łączności Centrum Powiadamiania Ratunkowego w Krośnie, działalności edukacyjnej i naukowej, obsługi gospodarczej, w tym umożliwienia zakupu w Szpitalu usług i mediów potrzebnych do funkcjonowania Intercard.

(dowód: akta kontroli str. 33-44)

Szpital w ramach swojej struktury organizacyjnej posiada Oddział Kardiologiczny z Ośrodkiem Implantacji Stymulatorów Serca³.

(dowód: akta kontroli str. 45)

³ Wykaz oddziałów Szpitala jest dostępny pod adresem: <http://www.krosno.med.pl/index.php?menu=oddzialy>

Pan Piotr Lenik – Dyrektor Szpitala udzielając odpowiedzi na zadane przez NIK pytanie: czy *Intercard nie prowadzi działalności konkurencyjnej w stosunku do Szpitala* – stwierdził, iż z uwagi, że do *Intercard* kierowani są pacjenci wymagający procedur z kardiologii inwazyjnej, które nie są realizowane w Szpitalu, działalność *Intercard* należy uznać jako komplementarną do zakresu usług oferowanych przez Oddział Kardiologiczny z Ośrodkiem Implantacji Stymulatorów Szpitala. Aktualnie świadczenia realizowane przez obie strony nie są wobec siebie konkurencyjne, natomiast wzajemnie się uzupełniają, zwiększając bezpieczeństwo i dostęp do różnorodnych usług w obszarze kardiologii dla mieszkańców Krosna oraz innych ościennych powiatów.

(dowód: akta kontroli str. 46-49)

Na poszczególne lata objęte kontrolą *Intercard* zawierał z NFZ roczne umowy, których przedmiotem było udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne: kardiologia hospitalizacja E11 – E14.

(dowód: akta kontroli str. 50-53)

W dniu 19 lutego 2013 r. Wojewoda Małopolski dokonał wpisu *Intercard* do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pod numerem księgi rejestrowej 20109⁴. Zgłoszonym i zarejestrowanym przedsiębiorstwem podmiotu leczniczego był Oddział Kardiologii Inwazyjnej i Angiologii w Krośnie (w dalszej treści Oddział). Rodzajem działalności leczniczej wykonywanej w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego, jest: Stacjonarne i całodobowe świadczenie zdrowotne – szpitalne.

Intercard w okresie objętym kontrolą zatrudniał w podstawowym zespole 15 lekarzy. Na dzień 15 kwietnia 2015 r. w podstawowym zespole zatrudnionych było 8 lekarzy, z których 6 posiadało specjalizację z zakresu kardiologii, a 2 lekarzy miało rozpoczętą specjalizację z zakresu kardiologii. Świadczenia pielęgniarskie *Intercard* realizował poprzez dyżury 28 pielęgniarek – w tym 6 pielęgniarek pracujących w Pracowni Hemodynamiki. Pięcioletni staż pracy na OINK lub OAiT - niezbędny do zabezpieczania dyżurów na OINK – posiadało w 2012 r. – 11 pielęgniarek, natomiast na dzień 15 marca 2015 r. z 21 pielęgniarek zabezpieczających Oddział Kardiologiczny oraz OINK, 19 posiadało minimum 5 letni staż w OINK.

Obsługę Pracowni Hemodynamiki zapewniono poprzez zatrudnienie w podstawowym zespole 4 techników elektroradiologów oraz 6 pielęgniarek. Podstawowy zespół techników liczy 4 osoby. Podwykonawca - [...] Sp. z o.o. z siedzibą w Krakowie, zwany dalej: [...] zabezpiecza dyżury poprzez 16 techników elektroradiologów oraz 6 pielęgniarek.

W dniu 22 kwietnia 2008 r. *Intercard* zawarł umowę o świadczenie usług medycznych z [...]⁷. Przedmiotem umowy było świadczenie usług zdrowotnych polegających na wykonywaniu zabiegów kardiologii inwazyjnej oraz opiece nad pacjentami w *Intercard*.

⁴ Księga rejestrowa jest dostępna pod adresem:

<https://www.rpwl.csioz.gov.pl:443/rpm/druk/wyswietlKsiegaServlet?numerKsiega=000000020109>

⁵ Na podstawie art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2015 r. poz. 2058) i art. 11 ust. 4 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz. U. z 2003 r. Nr 153, poz. 1503 ze zm.) NIK wyłączyła jawność informacji w zakresie ujawnienia nazwy przedsiębiorcy. Wyłączenia tego dokonano w interesie przedsiębiorcy.

⁶ j.w.

⁷ j.w.

[...] ⁸ zobowiązał się do wykonywania świadczeń zdrowotnych przy użyciu aparatury medycznej, sprzętu, środków transportu, wyposażenia i bazy diagnostycznej należących do Intercard, w następującym zakresie:

- przez pierwszego dyżurnego-operatora, dyżurującego przez 14 godzin w dzień powszedni, od godz. 18 do 8 dnia następnego oraz przez 24 godzin w sobotę, niedzielę i święta. Dyżury lekarza na Oddziale Kardiologicznym i w miarę potrzeby zabiegi wykonywane w Pracowni Hemodynamiki,
- przez drugiego dyżurnego, w wymiarze 14 godzin w dzień powszedni, od godz. 18 do 8 dnia następnego oraz przez 24 godzin w sobotę, niedzielę i święta. Dyżur lekarski wykonywany był w OINK-u,
- w takim samym wymiarze czasowym, co powyżej, świadczenia były wykonywane przez pielęgniarkę i technika - wyłącznie w Pracowni Hemodynamiki. Dyżury pielęgniarskie w Oddziale Kardiologii i w OINK były zabezpieczane przez pielęgniarki Intercard.

[...] ⁹ zabezpieczał umowne dyżury poprzez: 34 lekarzy, z tego: ze specjalizacją kardiologiczną – 23, z rozpoczętą specjalizacją – 7 lekarzy, pozostali ze specjalnością – choroby wewnętrzne,

- 16 techników i 6 pielęgniarek – wyłącznie w zakresie obsługi Pracowni Hemodynamiki.

Analiza dokumentacji przeprowadzona w wybranych miesiącach okresu objętego kontrolą ¹⁰, tj.:

- harmonogramów pracy lekarzy zatrudnionych przez Intercard oraz przez [...] ¹¹ – zabezpieczających przez pełną dobę Oddział Kardiologii i oddzielnie Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego oraz Pracownię Hemodynamiki,
- ewidencji czasu pracy personelu lekarskiego Intercard,
- potwierdzonych list obecności dyżurów pielęgniarek Intercard, pielęgniarki [...] ¹² (w Pracowni Hemodynamiki) oraz dyżurów techników elektroradiologów,

wykazała, że wyłącznie ww. uprawnieni lekarze zatrudnieni w Intercard oraz [...] ¹³ pełnili dyżury w ramach opieki lekarskiej w Oddziale Kardiologii, w ONIK oraz w Pracowni Hemodynamiki.

Intercard zapewnił wymaganą przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego ¹⁴ całodobową opiekę lekarską. Dyżury były pełnione przez lekarzy ze specjalizacją z dziedziny kardiologii lub lekarzy tej specjalizacji dyżurującymi wspólnie z lekarzami będącymi w trakcie przedmiotowej specjalizacji. Ustalenia w tym zakresie dotyczyły Oddziału Kardiologii i OINK - poza 3 przypadkami z 2013 r. kiedy w OINK dyżury zabezpieczał lekarz niespełniający ww. wymagań. W dniu

⁸ j.w.

⁹ j.w.

¹⁰ W latach 2012, 2013 i 2014 sprawdzono grafiki za styczeń, lipiec, sierpień i grudzień, w 2011 r. sprawdzono lipiec, sierpień i grudzień.

¹¹ Na podstawie art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2015 r. poz. 2058) i art. 11 ust. 4 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz. U. z 2003 r. Nr 153, poz. 1503 ze zm.) NIK wyłączyła jawność informacji w zakresie ujawnienia nazwy przedsiębiorcy. Wyłączenia tego dokonano w interesie przedsiębiorcy.

¹² j.w.

¹³ j.w.

¹⁴ Dz. U. z 2013 r., poz. 1520 ze zm.

26 czerwca 2012 r. rozpoczął on szkolenie specjalizacyjne z chorób wewnętrznych, jednocześnie w Oddziale Kardiologicznym dyżurował lekarz kardiolog.

Intercard zabezpieczył wymaganą przepisami ww. rozporządzenia całodobową opiekę pielęgniarską. W okresach poddanych kontroli, w OINK dyżury pełniły wyłącznie pielęgniarki Intercard, o odpowiednim wykształceniu i z wymaganą praktyką w zawodzie, za wyjątkiem nw. miesięcy w których nie spełniono wymogu wymaganej obsady przez pielęgniarkę z nie mniej niż 5-letnim stażem pracy w OINK lub OAiT:

- lipiec 2011 r. – na 62 dyżury, 25 dyżurów (42%) nie posiadało wymaganej obsady przez pielęgniarkę z nie mniej niż 5-letnim stażem pracy w OINK lub OAiT,
- sierpień, grudzień 2011 r., styczeń, luty, lipiec 2012 r. – na 62 dyżury (w każdym z tych miesięcy), brak wymaganej obsady na 22 dyżurach (w każdym z tych miesięcy) (35%),
- sierpień 2012 r. na 62 dyżury, brak takiej obsady na 18 dyżurach (29%),
- grudzień 2012 r. na 62 dyżury, brak obsady na 2 dyżurach (3%),
- styczeń 2013 r. na 62 dyżury, brak takiej pielęgniarki na 1 dyżurze (2%).

Całodobowe funkcjonowanie Pracowni Hemodynamiki zapewniono zgodnie z wymaganiami cyt. rozporządzenia. Intercard zatrudniał 4 samodzielnych operatorów – wykonujących obowiązki w Oddziale Kardiologii i jednocześnie w miarę potrzeby w Pracowni Hemodynamiki oraz pielęgniarki i techników elektroradiologów wyłącznie dla potrzeb Pracowni. Dyżur w Pracowni Hemodynamiki, w godzinach od 18 do 8 dnia następnego oraz w dniach ustawowo wolnych od pracy, zgodnie z warunkami cyt. umowy zapewniał [...] ¹⁵ (operator, pielęgniarka, technik elektroradiolog).

(dowód: akta kontroli str. 54-71)

Pomieszczenia, łóżka szpitalne, sprzęt medyczny spełniały wymagania określone w załączniku nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego*. Wyposażenie poddane oględzinom było zgodne z rejestrem sprzętu medycznego Intercard, co do rodzaju, marki, numeru fabrycznego poszczególnych urządzeń. Rejestr urządzeń był tożsamy z listą sprzętu zgłoszonego w Portalu Świadczeniodawcy NFZ. Liczba łóżek szpitalnych na Oddziale Kardiologicznym i na OINK była zgodna z liczbą łóżek odnotowaną w rejestrze podmiotów prowadzących działalność leczniczą.

Urządzenia medyczne (w tym angiokardiograf – Artis Zee Flor VC21 wyprodukowany w 2013 r. przez firmę Siemens) były regularnie serwisowane przez specjalistyczne, certyfikowane firmy. Do lipca 2014 r. świadczeniodawca dysponował angiografem AXIOM Artis FC wyprodukowanym w 2007 r., po czym nastąpiła jego wymiana na nowy Artis Zee Flor VC21, który pełne dopuszczenie do użytku uzyskał w dniu 8 sierpnia 2014 r. Zarówno o zamiarze wymiany angiokardiografu, jak również o ponownym uruchomieniu NFZ został poinformowany.

¹⁵ Na podstawie art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2015 r. poz. 2058) i art. 11 ust. 4 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz. U. z 2003 r. Nr 153, poz. 1503 ze zm.) NIK wyłączyła jawność informacji w zakresie ujawnienia nazwy przedsiębiorcy. Wyłączenia tego dokonano w interesie przedsiębiorcy.

Intercard mieści się na poziomie I budynku należącego do Szpitala. W skład Oddziału Kardiologicznego wchodzi dwa pokoje pięciolóżkowe, jedna izolatka (1 łóżko), tj. łącznie 11 łóżek. Wszystkie pokoje łóżkowe są wyposażone w umywalkę z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie oraz pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte ręczniki. Pokoje łóżkowe posiadają swoje węzły higieniczno-sanitarne.

W obrębie Intercard mieści się OINK, tj. 4 stanowiska łóżkowe oraz jedno stanowisko intensywnej terapii (łącznie 5 łóżek). Wszystkie stanowiska spełniają wymagania określone w załączniku nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia *w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną*. W pomieszczeniu tym zorganizowane jest również stanowisko nadzoru pielęgniarskiego. Oddział Kardiologiczny i OINK posiadają niezależne (swoje) punkty nadzoru pielęgniarskiego. Wspólne były: gabinet diagnostyczno-zabiegowy (pokój zabiegowy) oraz pomieszczenie porządkowe i brudownik. Intercard zapewnia pomieszczenia higieniczno-sanitarne dostosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych, w szczególności poruszających się na wózkach inwalidzkich.

Pracownia Hemodynamiki znajdowała się również na I poziomie, do której zapewniono bezpośredni dostęp z Oddziału Kardiologii i z OINK.

(dowód: akta kontroli str. 72-81)

Realizację wymaganych badań diagnostycznych Intercard zapewnia na podstawie zawartych z podwykonawcami umów:

- z dnia 27.02.2008 r. [...] ¹⁶ – na okres 10 lat – na wykonywanie usług medycznych wykonywanych przez Zakłady: Diagnostyki Laboratoryjnej, Diagnostyki Obrazowej, Mikrobiologii, Serologii, Pracownie Diagnostyczne, Oddziały oraz Poradnie Szpitalne;
- z dnia 23.02.2011 r. z [...] ¹⁷ – na wykonywanie badań histopatologicznych oraz sekcyjnych;
- z dnia 2.11.2008 r. z [...] ¹⁸ na wykonywanie badań EEG, zawarta jest na czas nieokreślony;
- z dnia 31.12.2009 r. z [...] ¹⁹ – na czas nieokreślony – na wykonywanie badań rezonansem magnetycznym w [...] ²⁰ w Krośnie.

(dowód: akta kontroli str. 56)

Intercard prowadzi sprawozdawczość z wykonanych świadczeń z zakresu diagnostyki i terapii ostrych zespołów wieńcowych (realizując grupy: E10 do E14 i E20 do E27) zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 października 2013 r. *w sprawie Ogólnopolskiego Rejestru Ostrych Zespołów Wieńcowych*²¹. Intercard nie realizował procedury 37.4901 - przezskórnego zamknięcia uszka lewego przedsionka w prewencji powikłań zakrzepowo - zatorowych u pacjentów z migotaniem przedsionków (z grupy E21).

Jak oświadczył – Janusz Szczupak – Ordynator w Intercard - *karta zgłoszenia do rejestru OZW wypełniana jest dla każdego pacjenta, u którego rozpoznano ostry zespół wieńcowy, następnie dane te są wprowadzane do formularza elektronicznego. Baza przesyłana jest w formie elektronicznej do Śląskiego Centrum*

¹⁶ j.w.

¹⁷ j.w.

¹⁸ j.w.

¹⁹ j.w.

²⁰ j.w.

²¹ Dz. U. z 2013 r. poz. 1234. ze zm.

Chorób Serca prowadzącego Rejestr w terminie do 20 dnia każdego miesiąca. Karty zgłoszenia zabiegów kardiologii inwazyjnej do Ogólnopolskiego Rejestru Procedur Kardiologii Inwazyjnej (ORPKI) wypełniane są na bieżąco po każdym przeprowadzonym zabiegu, a następnie wypełniane elektronicznie i na bieżąco elektronicznie wysyłane do ORPKI prowadzonej przez Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum.

(dowód: akta kontroli str. 557)

2. Stosownie do treści załącznika nr 3, części I Lp. 24 lit. A rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, Intercard zapewnił funkcjonowanie w swojej strukturze OINK.

(dowód: akta kontroli str. 54-56, 72-81)

3. Intercard nie zapewnił funkcjonowania w swojej strukturze OAiT, natomiast bezpieczeństwo pacjenta zapewniono w sposób określony w § 4 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, poprzez zorganizowanie jednego stanowiska intensywnej terapii (przy 4-łożkowym OINK, funkcjonuje piąte łóżko jako stanowisko intensywnej terapii). Ponadto zapewniono prawidłowość leczenia pacjentów i ciągłość postępowania w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii na podstawie zawartego w dniu 8 grudnia 2011 r. porozumienia ze Szpitalem (w lokalizacji).

Zasady konsultowania oraz przekazywania pacjentów wymagających innego specjalistycznego leczenia zawarte są w wewnętrznej Procedurze PM-16.3 - *Procedura przyjęcia pacjenta w trybie planowym i nagłym – czynności lekarskie.*

(dowód: akta kontroli str. 56, 82-84)

4. W § 10 *Regulaminu Organizacyjnego Podmiotu Leczniczego Intercard* zapisano, że w skład Intercard wchodzi m.in. komórka organizacyjna „Izba Przyjęć”.

(dowód: akta kontroli str. 7-32)

Szpital zobowiązał się od 31 grudnia 2008 r. udostępnić dla Intercard pomieszczenia Izby Przyjęć na potrzeby kwalifikowania pacjentów (kwalifikacje pacjentów uzgadniane każdorazowo z kierownikiem Szpitalnego Oddziału Ratunkowego i Izby Przyjęć Ogólnej lub z osobą przez niego wyznaczoną (aneks nr 4/08 do umowy najmu z dnia 9 stycznia 2007 r). Intercard z tego tytułu płaci Szpitalowi miesięczny ryczałt w wysokości 1.000 zł brutto. Porozumienie nie zawierało innych zapisów dotyczących zasad bądź procedur korzystania z Izby Przyjęć.

(dowód: akta kontroli str.85)

Postanowieniem z dnia 2 lutego 2009 r. Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Krośnie stwierdził, iż Izba Przyjęć Ogólna, działająca w strukturze organizacyjnej Szpitala, może służyć również na potrzeby kwalifikowania pacjentów do leczenia w Intercard na warunkach aneksu nr 4/08 do umowy najmu z dnia 9 stycznia 2007 r.

(dowód: akta kontroli str. 86-87)

W dniu 19 lutego 2013 r. Intercard dokonał wpisu *Izby Przyjęć ul. Korczyńska 57, 38-400 Krosno, kod resortowy 4900* do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (rejestr prowadzony przez Wojewodę Małopolskiego), nr księgi 000000020109, tj. pod tym samym adresem co Szpital. Poprzednio wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą był dokonany w dniu 16 kwietnia 2008 r. (rejestr prowadzony przez Wojewodę Podkarpackiego) - nr księgi: 18-00925. Ujęte w prowadzonym przez Wojewodę Małopolskiego rejestrze zakładów opieki zdrowotnej dane odnośnie Izby Przyjęć były niezgodne ze stanem faktycznym.

(dowód: akta kontroli str.56)

Pan Marcin Pasternak – Prezes Intercard wyjaśnił, że *pomimo, iż Izby Przyjęć Intercard i Szpitalny Oddział Ratunkowy Szpitala w Krośnie działają w jednym budynku, w ramach szeroko rozumianego zespołu pomieszczeń....Centrum Kardiologii Inwazyjnej, Elektroterapii i Angiologii Intercard w Krośnie zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, prowadzi własną dokumentację zbiorczą, tj.: Księgę Przyjęć do Szpitala, Księgę Odmów Przyjęć i Porad Ambulatoryjnych udzielonych w Izbie Przyjęć.*

NIK zwraca uwagę, że powyższe nie znajduje potwierdzenia w rzeczywistości, bowiem Intercard nie dysponował „swoją” Izbą Przyjęć, co potwierdziły przeprowadzone w Intercard w dniu 19 maja 2015 r. oględziny. Intercard prowadzi własną dokumentację zbiorczą, tj.: Księgę Przyjęć do Szpitala, Księgę Odmów Przyjęć i Porad Ambulatoryjnych udzielonych w Izbie Przyjęć.

(dowód: akta kontroli str.72 – 75, 88-94)

Szpital w ramach swojej struktury organizacyjnej posiada również Oddział Kardiologiczny z Ośrodkiem Implantacji Stymulatorów Serca.

(dowód: akta kontroli str.45)

Pan Marcin Pasternak – Prezes Intercard w odpowiedzi na zadane przez NIK pytanie: *w jaki sposób odbywa się kwalifikowanie/selekcja pacjentów Intercard oraz pacjentów Szpitala na Izbę Przyjęć Szpitala – mając na uwadze, iż Szpital w ramach swojej struktury organizacyjnej posiada również Oddział Kardiologiczny z Ośrodkiem Implantacji Stymulatorów Serca – wyjaśnił, iż wszyscy pacjenci zgłaszający się na Izbę Przyjęć Intercard, która mieści się na terenie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Szpitala są badani przez lekarza i pielęgniarkę Intercard. Dla obydwu trybów przyjęcia ze względu na dobro pacjenta, czas jego wstępnej diagnostyki, w przypadku pacjentów zgłaszających się bezpośrednio do recepcji Oddziału Kardiologii Intercard zarząd spółki Intercard wyodrębnił na terenie Oddziału dodatkowe pomieszczenie (gabinet diagnostyczny) w celu możliwości przyjęcia pacjenta oraz dopuścił możliwość wykonania przyjęcia i wstępnej diagnostyki pacjenta na terenie Oddziału, zgodnie z procedurami właściwymi dla Izby Przyjęć Intercard;... Żaden pacjent Centrum Kardiologii Inwazyjnej, Elektroterapii i Angiologii w Krośnie nie został przyjęty ze Szpitalnego Oddziału Ratunkowego z pominięciem procedur. Nie jest wykluczone, iż pacjentowi przyjętemu do Intercard udzielano wcześniej świadczeń ambulatoryjnych lub szpitalnych w komórkach Szpitala, jednak sytuacja taka może być zidentyfikowana przez Intercard jedynie w przypadku wystawienia przez komórkę Szpitala skierowania na leczenie szpitalne (do hospitalizacji planowej) w Oddziale Kardiologicznym Intercard lub w przypadku zgłoszenia przez Szpital konieczności pilnego przyjęcia pacjenta w stanie zagrożenia życia. Wszyscy pacjenci Intercard przyjmowani są przez Izbę Przyjęć Intercard. Przyjęcie pacjenta odbywa się zgodnie z procedurami medycznymi 16.4 „Procedura przyjęcia pacjenta – lekarska” oraz 7.4 „Procedura przyjęcia pacjenta – pielęgniarki”, będącymi elementem certyfikowanego Zintegrowanego Systemu Zarządzania przedsiębiorstwem.*

Pacjent w stanie zagrożenia zdrowia i/lub życia trafia bezpośrednio do Intercard z Pogotowia Ratunkowego, SOR Szpitala lub oddziałów Szpitala co zostało zapisane w obowiązującej w Intercard *Procedurze przyjęcia pacjenta w trybie planowym i nagłym – czynności lekarskie PP-16.3 (Przyjęcia pacjenta w trybie ostrym)*. Potwierdza to również Dyrektor Szpitala Pan Piotr Lenik *...lekarz dyżurny SOR w sytuacji podejrzenia wystąpienia ostrego zespołu wieńcowego, wzywa na*

konsultacje lekarza Intercard, który podejmuje decyzję o ewentualnym przyjęciu do leczenia inwazyjnego.

(dowód: akta kontroli str. 46-49, 88-94, 560-601)

Procedura przyjęcia pacjenta oraz przebiegu hospitalizacji – personel pielęgniarski (PP-7.3) obowiązuje od 1.11.2014 r. Procedura reguluje zasady przyjmowania pacjentów w trybie nagłym i planowym. Opisuje czynności wykonywane przez personel pielęgniarski od momentu zgłoszenia się pacjenta do oddziału do przyjęcia planowego i nagłego, poprzez całą hospitalizację, do czasu wypisu chorego. Procedura przyjęcia pacjenta w trybie planowym i nagłym – czynności lekarskie PP-16.3 obowiązuje od 1.12.2014 r. Procedura reguluje zasady przyjmowania pacjentów w trybie nagłym i planowym. W punkcie 4 tej procedury zawarto opis postępowania. Przyjęcie pacjenta w trybie planowym (punkt 4.1): lekarz do którego został przyjęty pacjent z ustalonym terminem przyjęcia: ... identyfikuje dane osobowe chorego, przeprowadza w pokoju badań wstępne badania podmiotowo-przedmiotowe kwalifikuje lub dyskwalifikuje pacjenta do przyjęcia. Przyjęcie pacjenta w trybie ostrym (punkt 4.2): pacjent w stanie zagrożenia zdrowia i/lub życia trafia bezpośrednio do Intercard z Pogotowia Ratunkowego, SOR szpitala lub oddziałów szpitalnych.

(dowód: akta kontroli str. 560-601)

Pan Piotr Lenik – Dyrektor Szpitala oświadczył, iż w przypadku przyjęcia pacjenta w trybie pilnym do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego z Izby Przyjęć Planowych Szpitala, elementem decydującym o wyborze podmiotu, w którym prowadzone będą dalsze stacjonarne leczenie kardiologiczne (Intercard bądź Szpital) jest stan kliniczny pacjenta. Kwalifikacja dokonywana jest w pierwszej kolejności przez lekarza dyżurnego SOR, który w sytuacji podejrzenia wystąpienia ostrego zespołu wieńcowego, wzywa na konsultacje lekarza Intercard, który podejmuje decyzję o ewentualnym przyjęciu do leczenia inwazyjnego. W przypadku braku wskazań do hospitalizacji w Intercard, lekarz SOR-u prosi na konsultację lekarza z oddziału kardiologicznego Szpitala, który decyduje o dalszym postępowaniu diagnostyczno-leczniczym.

(dowód: akta kontroli str. 46-49)

W § 9 ust. 4 do umowy najmu z dnia 9 stycznia 2007 r. zapisano, iż warunki kwalifikowania pacjentów Intercard każdorazowo mają być uzgodnione z kierownikiem SOR i Izby Przyjęć Ogólnej Szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 85)

Pan Marcin Pasternak – Prezes Intercard wyjaśnił, iż zasady współpracy zostały ustalone pomiędzy Intercard a Szpitalem przed uruchomieniem działalności operacyjnej Centrum, tj. przed przyjęciem pierwszych pacjentów na zasadzie umowy ustnej i nadal traktowane są jako obowiązujące. Na kanwie wniosków z niniejszego pisma, Zarząd doprowadzi w ciągu 14 dni do umieszczenia stosownego opisu jako załącznika do przywołanej umowy najmu z dnia 9 stycznia 2007r. wraz z aneksem nr 4/08 z dnia 31 grudnia 2008r.

Zdaniem NIK powyższe wyjaśnienie potwierdza, iż nie uregulowano w sposób wystarczający zasad funkcjonowania Izby Przyjęć, w tym w zakresie współpracy z lekarzami dyżurującymi w Szpitalu.

(dowód: akta kontroli str. 88-94)

Pan Piotr Lenik – Dyrektor Szpitala stwierdził, iż *zasady kwalifikacji wynikają z obowiązujących standardów postępowania medycznego w dziedzinie kardiologii, w szczególności w zakresie leczenia kardiologicznego inwazyjnego i zostały one zaakceptowane przez obie strony.*

(dowód: akta kontroli str. 46-49)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. Nie spełniono wymogu dotyczącego zapewnienia obecności pielęgniarki - równoważnik co najmniej 1 etatu na jedno łóżko intensywnego nadzoru kardiologicznego, w tym co najmniej jednej pielęgniarki na każdej zmianie z nie mniej niż 5-letnim stażem pracy w OINK lub OAiT w sali intensywnego nadzoru kardiologicznego - określonego w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego w zał. Nr 4 (Lp.7 lit. A) w każdym z wybranych do badania miesięcy.

W Intercard nie spełniono ww. wymogu w lipcu 2011 r. (na 25 dyżurach), sierpniu, grudniu 2011 r., styczniu, lutym, lipcu 2012 r. (na 22 dyżurach w każdym z tych miesięcy), sierpniu 2012 r. (na 18 dyżurach), grudniu 2012 r. (na 2 dyżurach) i styczniu 2013 r. (na 1 dyżurze).

(dowód: akta kontroli str. 54-58)

Pan Marcin Pasternak – Prezes Intercard wyjaśnił, iż *brak spełnienia wymagań wynikał z ograniczonej możliwości wypracowywania liczby godzin zawartych w umowach cywilno-prawnych przez pielęgniarki z 5-letnim stażem. Pielęgniarki zatrudnione w ramach umów cywilno-prawnych uzupełniały braki w harmonogramach w tym zakresie. Od kwietnia 2013 r. zdecydowana większość podstawowego personelu pielęgniarskiego spełnia wymagany warunek. Od I 2013 roku na każdej zmianie była pielęgniarka z min. 5-letnim stażem w OINK lub OAiT z wyjątkiem jednego dyżuru w styczniu – zwolnienie lekarskie piel. z 5-letnim stażem i brak możliwości zorganizowania w krótkim czasie zastępstwa przez piel. z odpowiednimi kwalifikacjami. Obecnie na 21 pielęgniarek zabezpieczających OINK 19 posiada min. 5 letni staż w OINK lub OAiT. Stosowne wyjaśnienia zostały złożone przez osoby uprawnione także w ramach kontroli przeprowadzonej przez Podkarpacki Oddział Wojewódzki NFZ w dniach 19.07.2012 r. – 18.09.2012 r. Ze względu na niską wagę uchybienia, odstąpiono od wystosowania sankcji.*

(dowód: akta kontroli str. 88-94)

2. W styczniu 2013 r. w trakcie 3 dyżurów w OINK nie zapewniono wyodrębnionej całodobowej opieki lekarskiej przez lekarza z odpowiednimi kwalifikacjami. Dyżury pełnił lekarz niespełniający wymagań określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego w części *Organizacja udzielania świadczeń*, które stanowią, że świadczeniodawca, udzielający świadczeń w trybie hospitalizacji – w przypadku leczenia inwazyjnego ostrych zespołów wieńcowych (OZW) – zabezpiecza we wszystkie dni tygodnia: 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.

(dowód: akta kontroli str. 54-58)

Pan Marcin Pasternak – Prezes Intercard wyjaśnił, iż *powodem takiej sytuacji był wypadek losowy – choroba lekarza zaplanowanego pierwotnie w grafiku do pełnienia dyżuru i jednocześnie brak lekarza z odpowiednimi kwalifikacjami na zastępstwo.*

(dowód: akta kontroli str. 88-94)

3. Intercard nie zapewnił w swojej strukturze Izby Przyjęć wydzielonej organizacyjnie, kadrowo, materialnie i funkcjonalnie, zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Funkcje Izby Przyjęć Intercard faktycznie realizowała komórka organizacyjna odrębnego podmiotu leczniczego, gdyż opiekę lekarską oraz pielęgniarską zapewniał Szpital, a nie Intercard. Intercard zawarł co prawda umowę (aneks nr 4/08 do umowy najmu z dnia 9 stycznia 2007 r.), ze Szpitalem, który zobowiązał się od 31 grudnia 2008 r. udostępnić dla Intercard pomieszczenia Izby Przyjęć na potrzeby kwalifikowania pacjentów (kwalifikacje pacjentów uzgadniane każdorazowo z kierownikiem Szpitalnego Oddziału Ratunkowego i Izby Przyjęć Ogólnej lub z osobą przez niego wyznaczoną).

Przeprowadzone w dniu 19 maja 2015 r. oględziny pomieszczeń i wyposażenia Intercard, zapisy w obowiązującym Regulaminie Organizacyjnym, potwierdzają ustalenia kontroli dotyczące braku Izby Przyjęć w Intercard. Wynika z nich bowiem, że choć w cyt. Regulaminie jest mowa o posiadaniu Izby Przyjęć jako wydzielonej komórki organizacyjnej Intercard, to faktycznie ona nie funkcjonuje.

(dowód: akta kontroli str. 56, 72-75, 85, 88-94, 261-265, 560-601)

Ocena częściowa

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli *Intercard*, realizując w Krośnie świadczenia zdrowotne z zakresu kardiologii, spełniał warunki formalno - prawne pozwalające na ich rzetelne udzielanie, w tym do posiadania stosownych pracowni zabiegowych (poza zapewnieniem pacjentom dostępu do własnej Izby Przyjęć). Dysponowano stosownym sprzętem i wyposażeniem medycznym. Zatrudniano lekarzy ze stosownym wykształceniem - specjalizacją medyczną (poza 3 dyżurami w 2013 r.). Dyżury w OINK pełniły wyłącznie pielęgniarki Intercard o odpowiednim wykształceniu i z wymaganą praktyką w zawodzie, za wyjątkiem okresu od lipca 2011 r. do stycznia 2013 r. kiedy nie spełniono wymogu wymaganej obsady przez pielęgniarkę z nie mniej niż 5-letnim stażem pracy w OINK lub OAiT. Intercard spełniał warunki formalne i faktyczne, co do struktury organizacyjnej, w tym m. in. do posiadania stosownych pracowni zabiegowych, ale nie zapewniono pacjentom dostępu do własnej Izby Przyjęć. Nie uregulowano zasad funkcjonowania Izby Przyjęć, w tym w zakresie współpracy z lekarzami dyżurującymi w Szpitalu.

2. Jakość i dostępność świadczeń zdrowotnych.

5. W zakresie świadczeń kardiologia – hospitalizacja w 2011 r. zaplanowano 9.248 jednostek, zakontraktowano 10.431 (113% planu) na kwotę 531.981 zł, a wykonano 10.430,84 (100% zakontraktowanych) za które Intercard otrzymał zapłatę w kwocie 531.972,84 zł. W 2012 roku zaplanowano i zakontraktowano 9.308 jednostek, na kwotę 484.016 zł. co stanowiło 90% w porównaniu do roku poprzedniego (zmniejszenie o 1.123 jednostki). Wykonano 17.352,60 jednostki (187% kontraktu),

a zapłatę Intercard otrzymał za 15.393,60 jednostki (166% kontraktu i 89% wykonania) w kwocie 800.467,20 zł. W 2013 roku zaplanowano 13.643 jednostki, zakontraktowano 55.082 jednostki, na kwotę 2.143.684 zł. W porównaniu do roku poprzedniego kontrakt zwiększył się o 45.774 jednostek (592% w porównaniu do roku poprzedniego). Wykonano 55.074,82 jednostki (100% kontraktu), za które Intercard otrzymał zapłatę w kwocie 2.143.310,64 zł. W 2014 roku zaplanowano 68.168 jednostek, zakontraktowano 103.856 jednostek, na kwotę 5.400.512 zł. W porównaniu do roku poprzedniego kontrakt uległ zwiększeniu o 61.650 jednostki (co stanowiło 212% w porównaniu do roku poprzedniego). Wykonano 116.724,90 jednostek (113% kontraktu), a zapłatę Intercard otrzymał za 103.856 jednostek (100% kontraktu i 89% wykonania) w kwocie 5.400.512 zł. Główną przyczyną zwiększenia kontraktu w stosunku do roku poprzedniego było łączne kontraktowanie świadczeń z zakresu Kardiologia – hospitalizacja E23, E24, E25, E26.

Świadczenia w zakresie kardiologia – hospitalizacja E11, E12, E13, E14 w 2011 r. Intercard zaplanował na poziomie 183.159 jednostek. Zakontraktowano 173.634 jednostek, wykonano 174.106 jednostek i otrzymano zapłatę za 173.870 (95% planu) jednostek w kwocie 8.867.370 zł. W 2012 r. świadczenia te planowano na poziomie 162.663 jednostek. Zakontraktowano i wykonano 176.291 (97% planu) na kwotę 9.167.132 zł. Zapłatę otrzymano za wszystkie wykonane świadczenia. W porównaniu do roku poprzedniego kontrakt uległ zwiększeniu o 2.657 (2%) jednostek, a wykonanie uległo zwiększeniu o 2.185 (2%) jednostek. W 2013 r. zaplanowanych zostało 166.658 jednostek. Zakontraktowano i wykonano 168.831 jednostek. Zapłatę otrzymano za wszystkie wykonane świadczenia w kwocie 8.779.212 zł. W porównaniu do roku poprzedniego kontrakt i wykonanie zmniejszyły się o 7.460 (4%) jednostek. W 2014 r. zaplanowanych zostało 163.296 jednostek. Zakontraktowano i wykonano 152.998 jednostek. Zapłatę otrzymano za wszystkie wykonane świadczenia w kwocie 7.955.896 zł. W porównaniu do roku poprzedniego kontrakt i wykonanie zmniejszyły się o 15.833 (9%) jednostek.

W zakresie świadczeń kardiologia – hospitalizacja E23, E24, E25, E26 w 2011 r. zaplanowano 58.726 jednostek. Zakontraktowano i wykonano 59.821 (102% planu) jednostek. Zapłatę Intercard otrzymał za wszystkie wykonane świadczenia w kwocie 3.050.871 zł. W 2012 r. zaplanowano i zakontraktowano 48.270 jednostek tych świadczeń. Wykonano 54.493 (113% planu). Zapłatę Intercard otrzymał za 53.758 jednostek w kwocie 2.795.416 zł (99% kontraktu). W porównaniu do roku poprzedniego kontrakt zmniejszył się o 11.551 jednostek (zmniejszenie o 9%), wykonanie uległo zmniejszeniu o 5.328 jednostek (zmniejszenie o 9%). W 2013 r. zaplanowano 54.525 jednostek, zakontraktowano 54.372 jednostki tych świadczeń. Wykonano 54.160 jednostek, za które zapłatę w całości Intercard otrzymał w kwocie 2.758.493 zł (98% kontraktu). W porównaniu do roku poprzedniego kontrakt zwiększył się o 6.102 jednostek (113%), wykonanie uległo zmniejszeniu o 333 jednostki. W roku 2014 łącznie kontraktowano świadczenia z zakresu Kardiologia – hospitalizacja E23, E24, E25, E26.

W latach 2011 – 2014 Intercard nie kontraktował świadczeń w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii – hospitalizacji oraz w zakresie izby przyjęć/SOR.

(dowód: akta kontroli str.95-98)

6. W latach 2011 – 2014 Intercard udzielił 32.205 świadczeń według procedur ICD-9²², z czego 905 w 2011r., 3.002 w 2012 r., 14.101 w 2013 r. oraz 17.197 w 2014 r.

²² Międzynarodowa Klasyfikacja Procedur Medycznych

W 2012 r. spośród udzielonych świadczeń według katalogu procedur ICD-9 największy udział miały procedury: koronarografia z użyciem dwóch cewników – 1.257 (41,87%), echokardiografia – 519 (17,29%), wprowadzenie jednego stentu uwalniającego leki do tętnicy wieńcowej – 323 (10,76%), angioplastyka wieńcowa nieokreślona inaczej – 270 (8,99%) oraz wprowadzenie jednego stentu naczyniowego – 242 (8,06%). Wśród procedur zabiegowych największy udział miały: koronarografia z użyciem dwóch cewników – 1.257 (41,87%), wprowadzenie jednego stentu uwalniającego leki do tętnicy wieńcowej – 323 (10,76%), oraz angioplastyka wieńcowa nie określona inaczej – 270 (8,99%).

W 2013 r. spośród udzielonych świadczeń według procedur ICD-9 największy udział miały: koronarografia z użyciem dwóch cewników – 1.319 (9,35%), czas protrombinowy – 892 (6,32%), elektrokardiografia z 12 lub więcej odprowadzeniami – 882 (6,26%), Sód – 879 (6,23%), Potas – 877 (6,21%). Wśród procedur zabiegowych największy udział miały: koronarografia z użyciem dwóch cewników – 1.319 (9,35%), angioplastyka wieńcowa nie określona inaczej – 622 (4,41%), wprowadzenie jednego stentu uwalniającego leki do tętnicy wieńcowej – 524 (3,72%). Największy wzrost liczebności świadczeń w porównaniu do roku poprzedniego wystąpił w procedurach: wprowadzenie jednego stentu naczyniowego o 376 oraz angioplastyka wieńcowa nie określona inaczej wzrost o 352.

W 2014 r. spośród udzielonych świadczeń według procedur ICD-9 największy udział miały: elektrokardiografia z 12 lub więcej odprowadzeniami – 1.554 (9,04%) świadczeń, czas protrombinowy – 1.515 (8,81%), morfologia krwi 8-parametrowa – 1.432 (8,33%), kreatynina – 1.412 (8,21%), koronarografia z użyciem dwóch cewników – 1.376 (8%). Wśród procedur zabiegowych największy udział miały: koronarografia z użyciem dwóch cewników – 1.376 (8%), angioplastyka wieńcowa nie określona inaczej – 1.019 (5,92%), wprowadzenie jednego stentu uwalniającego leki do tętnicy wieńcowej – 753 (4,38%). Największy wzrost liczebności świadczeń w porównaniu do roku poprzedniego wystąpił w procedurach: elektrokardiografia z 12 lub więcej odprowadzeniami gdzie odnotowano wzrost o 672 procedury oraz czas protrombinowy - wzrost o 623 procedury. Największy spadek odnotowano w procedurach: wirus zapalenia wątroby typu C HCV Antygen spadek o 427 procedur oraz wirus zapalenia wątroby typu B HBS Antygen spadek o 413 procedur.

W okresie od 1 lipca do 31 grudnia 2011 r. najczęściej występującymi w Intercard rozpoznaniem były I20.8 – inne postacie dusznic bolesnej – 205 (32,49%), I21.4 – ostry zawał serca podwiesierdziowy – 166 (26,31%) I20.0 – dusznica niestabilna – 99 (15,68% ogółu) hospitalizacji, I21.1 – ostry zawał serca pełnościenny ściany dolnej – 66 (10,46%), I21.0 – ostry zawał serca pełnościenny ściany przedniej – 50 (7,92%). W 2012 r. najczęściej występowały rozpoznania I20.8 – 514 (37,27%) hospitalizacji, I21.4 – 282 (20,45%), I20.0 – 252 (18,27%), I21.1 – 125 (9,06%), I21.0 – 85 (6,16%). W 2013 r. najczęściej występowały rozpoznania I20.8 – 547 (37,52%) hospitalizacji, I21.4 – 305 (20,92%), I20.0 – 231 (15,84%), I21.0 – 96 (6,58%), I21.1 – 85 (5,83%). Największy wzrost w roku 2013 stosunku do roku poprzedniego wystąpił w rozpoznaniach I21.4 o 0,47% udziału we wszystkich hospitalizacjach. Największy spadek odnotowano w rozpoznaniach I21,1 o 3,23% wszystkich hospitalizacji oraz w I20.0 o 2,43%. W 2014 r. najczęściej występowały rozpoznania I20.8 – 669 (44,1%) hospitalizacji, I21.4 – 255 (16,81%), I20.0 – 250 (16,48%), I21.1 – 98 (6,46%), I21.0 – 72 (4,75%). Największy wzrost w roku 2014 stosunku do roku poprzedniego wystąpił w rozpoznaniach I20.8 o 6,58% udziału wszystkich hospitalizacji. Największy spadek odnotowano w rozpoznaniach I21.4, o 4,11% wszystkich hospitalizacji oraz w I21,0 o 1,83%.

W okresie od 1 lipca do 31 grudnia 2011 r. w Intercard przyjętych było 631 pacjentów (JGP)²³. Największy udział miały JGP E13 – leczenie inwazyjne powyżej 3 dni – 147 (23,30%), E12 – leczenie inwazyjne złożone – 128 (20,29%), E27 – koronarografia i inne zabiegi inwazyjne – 101 (16,01%), E14 – leczenie inwazyjne poniżej 4 dni – 94 (14,90%) i E23 – angioplastyka wieńcowa z implantacją DES – 89 (14,1%).

W 2012 r. do Intercard przyjęto 1.379 pacjentów. Wśród hospitalizowanych największy udział mieli pacjenci z JGP: E12 – 344 (24,95%), E27 – 325 (23,57%), E13 – 211 (15,3%), E14 – 208 (15,08%) i E23 – 181 (13,13%).

W 2013 r. przyjęto 1.458 pacjentów. Największy udział miały JGP E12 – 396 (27,16%), E27 – 361 (24,76%), E23 – 199 (13,65%), E14 – 164 (11,25%), E13 – 132 (9,05%). Wśród rozliczeń pojawiła się grupa E10 – diagnostyka inwazyjna – 27 przypadków, co stanowiło 1,85% wszystkich hospitalizacji.

Największy wzrost liczebności świadczeń w stosunku do roku poprzedniego odnotowano w JGP E12 – wzrost o 2,21% udziału we wszystkich hospitalizacjach oraz E10 o 1,85%. Największy spadek świadczeń wystąpił w JGP E13 o 6,25% udziału wszystkich hospitalizacji, oraz w grupie E14 o 3,84% wszystkich hospitalizacji.

W 2014 r. przyjęto do hospitalizacji 1.517 pacjentów. Największy udział miały JGP E12 – 470 (30,98%), E23 – 336 (22,15%), E27 – 315 (20,76%), E10 – 171 (11,27%), E20 – 54 (3,55%). Największy wzrost liczebności świadczeń w stosunku do roku poprzedniego odnotowano w JGP E10 – diagnostyka inwazyjna o 9,42% udziału we wszystkich hospitalizacjach oraz E23 – angioplastyka wieńcowa z implantacją DES o 8,5%, Największy spadek liczby świadczeń wystąpił w JGP E14 – leczenie inwazyjne poniżej 4 dni o 9,6% udziału we wszystkich hospitalizacjach oraz E13 – leczenie inwazyjne powyżej 3 dni o 7,01%.

(dowód: akta kontroli, str. 99-259)

7. Rodzaj i zakres udzielanych świadczeń w kardiologii, w okresie objętym kontrolą był zgodny z ustalonym w kontrakcie z NFZ i rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą²⁴.

(dowód: akta kontroli str. 56)

8. Według zapisów w *Księdze odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych udzielanych w Izbie Przyjęć*, w okresie od 1 lipca 2011 r. do 30 września 2013 r. nie wystąpiły przypadki odmowy przyjęcia do Intercard. W okresie od 1 października 2013 r. do 31 grudnia 2013 r. Intercard odmówił przyjęcia 3 pacjentów. Przyczynami odmowy były: brak dolegliwości dławicowych – CCS 0 – 1 pacjent, brak jakiegokolwiek leczenia kardiologicznego, bez typowej stenokardii²⁵ – 1 pacjent, nietypowe bóle w klatce piersiowej, dobra tolerancja wysiłku – 1 pacjent.

(dowód: akta kontroli str. 261-279)

Pan Janusz Szczupak – Ordynator w Intercard wyjaśnił, iż *ww. pacjenci, przede wszystkim wymagali przeprowadzenia pełnej diagnostyki nieinwazyjnej w warunkach ambulatoryjnych, optymalizacji lub włączenia właściwego leczenia farmakologicznego oraz rzetelnego poinformowania przez lekarza kierującego, na jakie badanie kierowany jest chory i jakie możliwe powikłania w czasie takiego*

²³ System Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP), wprowadzony w dniu 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 – zmienionego zarządzeniami nr 69/2009/DSOZ, nr 72/2011/DSOZ i obowiązujące nr 89/2013/DSOZ z dnia 19 grudnia 2013 r. (NFZ.2013.89).

²⁴ Rejestr jest dostępny na stronach internetowych Centrum Systemów Informatycznych Ministerstwa Zdrowia – <http://rpwdl.csioz.gov.pl/>.

²⁵ choroba wywołana niedokrwieniem mięśnia sercowego, objawiająca się dusznością i nagłymi bólami zmostkowymi.

badania mogą wystąpić. Wszyscy chorzy po wyjaśnieniu metodyki badania i możliwych powikłań zrezygnowali z ewentualnego badania inwazyjnego. Analiza nie wykazała nieprawidłowości w postępowaniu lekarzy konsultujących, których postępowanie było zgodne z obowiązującymi standardami.

(dowód: akta kontroli str. 261-264)

W okresie od 1 stycznia 2014 r. do 31 grudnia 2014 r. Intercard odmówił przyjęcia 11 pacjentów. Przyczynami odmowy było: brak jakichkolwiek dolegliwości – 2 pacjentów, brak dolegliwości dławicowych – CCS 0 – 1 pacjent, nietypowe bóle w klatce piersiowej – 2 pacjentów, dolegliwości nie związane z chorobami serca (bóle kończyn) – 1 pacjent, ciężka niedokrwistość – 2 pacjentów, niewydolność serca i przewlekła choroba nerek (dializy) – 1 pacjent, brak zgody chorego na diagnostykę i leczenie inwazyjne – 2 pacjentów,

(dowód: akta kontroli str. 261-279)

Pan Janusz Szczupak – Ordynator w Intercard wyjaśnił m.in., iż dwie chore nie wyraziło zgody na diagnostykę i leczenie inwazyjne (chora z zawałem skierowana została do Oddziału Kardiologii Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego w Krośnie i chora ze stenozą aortalną, która nie wiedziała, na jakie badanie została skierowana, niewyrażająca również zgody na operację zastawkową). Dwoje pacjentów wymagało poszerzenia diagnostyki ciężkiej niedokrwistości, która mogła być przyczyną dolegliwości dławicowych. Przeprowadzenia pełnej diagnostyki nieinwazyjnej w warunkach ambulatoryjnych, optymalizacji lub włączenia właściwego leczenia farmakologicznego wymagało 6 chorych. Jedna chora została skierowana z bólami kończyn górnych i dolnych, bez stenokardii, czy pogorszenia wydolności serca – bez jakichkolwiek wskazań do diagnostyki. 1 pacjentka zupełnie nie miała wiedzy na temat badania, na które została skierowana. Do diagnostyki inwazyjnej kierowani pacjenci są bez właściwej oceny klinicznej, bez wykonania badań nieinwazyjnych (ekg, echo, EPW), bez badań analitycznych, bez właściwego poinformowania przez lekarza kierującego o jakie badania chodzi i jakie powikłania mogą wystąpić w czasie i po badaniu. Analiza nie wykazała nieprawidłowości w postępowaniu lekarzy konsultujących, których postępowanie było zgodne z obowiązującymi standardami.

(dowód: akta kontroli str. 261-264)

We wszystkich dniach w których dokonywano odmowy przyjęcia pacjenta, Intercard dysponował wolnymi łózkami.

(dowód: akta kontroli str. 261-279)

9. Średni czas hospitalizacji pacjentów w Intercard w 2012 r. wynosił 2,3 dnia. Hospitalizacji jednodniowych (poniżej 24 h) było 263 (19,1% ogółu), hospitalizacji dwudniowych (pomiędzy 24 a 48 h) było 536 (38,9%), hospitalizacji trzydniowych (pomiędzy 48 a 72 h) było 91 (6,6%), a hospitalizacji powyżej 72 h było 489 (35,4%). W 2013 r. średni czas hospitalizacji w Intercard wynosił 2,17 dnia. Jednodniowych hospitalizacji (poniżej 24 h) było 363 (25,5% ogółu), dwudniowych (pomiędzy 24 a 48 h) było 565 (39,6%), trzydniowych (pomiędzy 48 a 72 h) było 87 (6,1%), a hospitalizacji powyżej 72 h było 411 (28,8%).

Średni czas hospitalizacji w Intercard w 2014 r. wynosił 2 dni. Hospitalizacji jednodniowych (poniżej 24 h) było 327 (21,6% ogółu), hospitalizacji dwudniowych (pomiędzy 24 a 48 h) było 682 (45,1%), hospitalizacji trzydniowych (pomiędzy 48 a 72 h) było 130 (8,6%), a hospitalizacji powyżej 72 h było 373 (24,7%).

(dowód: akta kontroli str. 260)

10. Kontrolą objęto dokumentację medyczną 130 pacjentów (4,8% ogółu) hospitalizowanych w InterCard w latach 2012-2013, dobranych celowo, spełniających następujące kryteria:

- wykonano im zabieg angioplastyki (zostali rozliczeni grupą JGP E12 - leczenie inwazyjne złożone lub E14 - leczenie inwazyjne < 4 dni),
- ich czas hospitalizacji był krótszy niż 72 godziny (hospitalizacje jedno-, dwu- i trzydniowe),
- zostali wypisani do domu.

Z objętych kontrolą 130 hospitalizacji:

- w 34 (26,2%) przypadkach rozpoznano zawał serca typu NSTEMI, w tym 1 przypadek zawał typu 4a (powikłanie spowodowane przeprowadzoną procedurą),
- w 95 (73,1%) dusznicę niestabilną,
- w 1 (0,77%) zawał serca typu STEMI.

W badanej próbie stwierdzono 1 przypadek zawału serca typu STEMI, pacjentka M.T. nr księgi głównej 912/2013. Pacjentka ta z zawałem serca typu STEMI była hospitalizowana 68 godz. 25 min., co było zgodne z wytycznymi Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) dotyczącymi postępowania w ostrym zawale serca z przetrwałym uniesieniem odcinka ST²⁶. Czas oczekiwania ww. pacjentki z rozpoznaniem zawału serca typu STEMI od przyjęcia do Szpitala na interwencję zabiegową (wykonanie koronangiografii) wynosił 57 minut, co było zgodne z wytycznymi ESC dotyczącymi rewaskularyzacji mięśnia serca²⁷ (*czas oczekiwania na interwencję zabiegową w przypadku pacjentów z rozpoznaniem zawału serca STEMI nie powinien przekroczyć 60-120 minut*).

W badanej próbie (130 dokumentacji medycznych) we wszystkich przypadkach w indywidualnej dokumentacji medycznej znajdował się protokół badania hemodynamicznego, który potwierdzał istnienie zmian odpowiedzialnych za niedokrwienie mięśnia sercowego (przewężenia lub istotne przewężenia). Nie stwierdzono przypadku, by u pacjentów, u których nie stwierdzono zmian odpowiedzialnych za niedokrwienie, był wykonany zabieg angioplastyki.

Badania troponiny: spośród 35 przypadków pacjentów z rozpoznaniem zawałem mięśnia sercowego (STEMI lub NSTEMI) stwierdzono, że:

- w 21 przypadkach poziom troponiny kontrolowano wyłącznie przed angioplastyką (PCI - *przezskórna interwencja wieńcowa*). We wszystkich tych przypadkach stwierdzono poziom troponiny przekraczający normę dla stanu prawidłowego, w 2 przypadkach stwierdzono wyjątkowo wysoką wartość (1.236ng/l i 3.827ng/l), gdzie norma wynosiła <14 ng/l,
- w 1 przypadku poziom troponiny kontrolowano wyłącznie po angioplastyce (PCI) – stwierdzono wysoką wartość tego markera (1.777ng/l),
- w 7 przypadkach poziom troponiny kontrolowano zarówno przed angioplastyką i po angioplastyce (PCI) jednokrotnie – we wszystkich przypadkach stwierdzono wzrost poziomu tego markera (nieupoważniający do rozpoznania zawału mięśnia sercowego typu IVa),
- w 5 przypadkach poziom troponiny kontrolowano przed angioplastyką i dwukrotnie po angioplastyce (PCI) – w 4 przypadkach stwierdzono spadek poziomu a w 1 przypadku wzrost poziomu tego markera,

²⁶ Wytyczne ESC dotyczące postępowania w ostrym zawale serca z przetrwałym uniesieniem odcinka ST. Kardiologia Polska 2012; 70 (supl. VI), str. 286

²⁷ Kardiologia Polska 2010; 68 (supl. VIII), str. 589-591

- w 1 przypadku poziom troponiny kontrolowano przed angioplastyką i trzykrotnie po angioplastyce (PCI), stwierdzając wzrost poziomu (rozpoznano zawał mięśnia sercowego typu IVa, pacjent wypisany bez potwierdzenia tendencji spadkowej tego markera).

W 4 przypadkach, pacjentów wypisano do domu w sytuacji kiedy poziom stężenia we krwi cTn po przeprowadzonym leczeniu interwencyjnym zmniejszał się w kolejnych badaniach.

W 9 przypadkach, pacjentów wypisano do domu w sytuacji kiedy poziom stężenia we krwi cTn po leczeniu interwencyjnym wzrastał w kolejnych badaniach.

W 21 przypadkach po leczeniu interwencyjnym nie kontrolowano poziomu cTn.

(dowód: akta kontroli str. 265-486)

Pan Marcin Pasternak – Prezes Intercard wyjaśnił, iż *...nie oznaczono ponownie stężeń markerów, z powodu stabilnego stanu klinicznego chorego i niepowikłanego zabiegu.Zgodnie z wytycznymi dotyczącymi diagnostyki i leczenia ostrych zespołów wieńcowych bez przetrwałego uniesienia odcinka ST 2011 „osoby z NSTEMI-ACS powinny pozostać w szpitalu przez co najmniej 24 godziny po udanym stentowaniu zwężenia odpowiedzialnego za niedokrwienie”. W wytycznych tych nie ma mowy o warunkowaniu wypisu chorego po interwencji spadającymi wartościami troponiny i/lub CK-MB.*

(dowód: akta kontroli str. 487-501)

W 1 przypadku oznaczono poziom troponiny wyłącznie jeden raz po PCI.

Analizie merytorycznej i ocenie poddano 130 świadczeń zdrowotnych opisanych w 130 historiach chorób pacjentów hospitalizowanych w Intercard w kontrolowanym okresie.

Zgodnie z charakterystyką grup JGP, zamieszczoną w załączniku nr 9 do Zarządzenia 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*²⁸, kontrolujący ocenili kwalifikowanie zakończonej hospitalizacji do jednej z grup systemu jednorodnych grup pacjentów (JGP), wyodrębnionej według kryterium spójności postępowania medycznego, porównywalnego stopnia zużycia zasobów, standaryzowanego czasu pobytu i innych uznanych parametrów i elementów charakterystyki grup JGP służących do wyznaczenia grupy, w tym w szczególności:

- a) rozpoznania według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych - ICD-10,
- b) procedur medycznych wg wskazanej przez Fundusz wersji Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych - ICD-9,
- c) trybu przyjęcia,
- d) czasu pobytu pacjenta w oddziale.

Po szczegółowej analizie i ocenie merytorycznej kontrolowanej dokumentacji medycznej stwierdzono, że we wszystkich badanych przypadkach sprawozdanych świadczeń do płatności do OW NFZ, sprawozdane procedury (ICD-9) istotne dla procesu grupowania zakodowano zgodnie z dokumentacją medyczną oraz załącznikami nr: 1a i 9 do ww. zarządzenia nr 72/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

(dowód: akta kontroli str. 265-486)

²⁸ Dz. Res. NFZ.2011.42.72 ze zm.

11. Spośród wybranych 130 hospitalizacji wytypowanych do badania sposobu realizacji świadczeń zdrowotnych w odniesieniu do obowiązujących wytycznych (standardów) postępowania (punkt 10 niniejszego wystąpienia) w przypadku 42 pacjentów wystąpiły powtórne hospitalizacje. W badanych przypadkach, w wyniku badania koronarograficznego stwierdzono istotne zwężenie w więcej niż jednym naczyniu, a następnie - w trakcie hospitalizacji objętej niniejszą próbą - przeprowadzono zabieg angioplastyki na naczyniu odpowiedzialnym za niedokrwienie. Zmianę w drugim naczyniu (lub w pozostałych) zakwalifikowano do angioplastyki w kolejnym etapie. Czas między kolejnymi zabiegami wynosił od 7 dni do miesiąca. Powtórne hospitalizacje pacjentów u których wykonano angioplastykę we wszystkich przypadkach były zasadne i związane z nagłymi dolegliwościami bólowymi lub zaplanowanym terminem. Wszystkie kontrolowane ponowne hospitalizacje zostały prawidłowo sprawozdane do POW NFZ. W jednym przypadku powtórnego, planowego przyjęcia do PCI - 1407/2013 – wystąpiło powikłanie w postaci zawału mięśnia sercowego typ IVa.

(dowód: akta kontroli str.265-279)

12. Szacunkowa analiza kosztów hospitalizacji 3 losowo wybranych pacjentów²⁹ rozliczonych w najliczniejszych JGP (E10, E12, E23, E27, E32) w 2014 r. wykazała:

- w JGP E10 koszt hospitalizacji wynosił od 2.398,44 zł do 8.843,97 zł, przychód uzyskany z NFZ wynosił 4.628 zł (każdorazowo), zysk od 422,11 zł do 2.229,56 zł. W przypadku pacjenta – nr ks. głównej 1.473 – wystąpiła strata w kwocie 4.215,97 zł.
 - w JGP E12 koszt wynosił od 10.076,72 zł do 25.803,01 zł, przychód wyniósł 13.728 zł (każdorazowo), zysk od 1.340,06 zł do 3.651,94 zł. W przypadku pacjenta – nr ks. głównej 1.392 wystąpiła strata w wysokości 12.075,01 zł.
 - w JGP E13 koszt wynosił od 9.220,40 zł do 18.003,10 zł, przychód 12.272 zł (każdorazowo), zysk od 1.419,59 zł do 3.051,6 zł. W przypadku pacjenta – nr ks. głównej 303 wystąpiła strata w wysokości 5.731,10 zł.
 - w JGP E23 koszt wynosił od 4.001,01 zł do 23.176,16 zł, przychód wyniósł 12.740 zł, zysk wyniósł od 6.474,58 zł do 8.738,99 zł.
 - w JGP E27 koszt wynosił od 2.458,81 zł do 2.668,12 zł, przychód wyniósł 1.664 zł (każdorazowo). Strata wynosiła od 794,81 zł do 1.023 zł.
- Najbardziej opłacalna dla Intercard była JGP E23 (zysk 8.738,99 zł), natomiast największa strata wystąpiła w JGP E12 (12.075,01zł.).

(dowód: akta kontroli str.502-524)

13. Intercard w okresie objętym kontrolą był kontrolowany przez POW NFZ (postępowanie kontrolne nr 09/0101.2012/POW NFZ). Kontrola obejmowała okres od lipca 2011 r. do lipca 2012 r., a jej przedmiotem była realizacja umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie prawidłowości kwalifikacji i rozliczania świadczeń w ramach grup E11-E19. Kontrola obejmowała również spełnianie wymogów dotyczących kwalifikacji personelu i wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, a także zasadność kwalifikacji i rozliczenia grup na podstawie zasad stosowanych w JGP.

Podczas kontroli wskazano uchybienia i nieprawidłowości w zakresie:

- braku tablicy ze znakiem graficznym NFZ na zewnątrz budynku. Wymagana tablica była wcześniej umieszczona przy wejściu do budynku szpitala, a zdjęta przez właściciela obiektu, tj. Wojewódzki Szpital Podkarpacki w Krośnie na czas

²⁹ Pacjenci z 2014 r. o różnych okresach hospitalizacji i 1 pacjent z powikłaniami.

wykonywania termomodernizacji. Wykonując zalecenia pokontrolne zlecono wykonanie nowej tablicy, wolnostojącej, która została zamontowana przed wejściem głównym do Szpitala.

- w pojedynczych przypadkach w dokumentacji zbiorczej oraz indywidualnej nieoznaczenia lekarza. Oznaczenia te zostały uzupełnione, a personel został zobligowany do zwracania szczególnej uwagi na kompletność dokumentacji medycznej indywidualnej oraz zbiorczej, oraz do prowadzenia jej w sposób czytelny.
- niezapewnienia we wszystkie dni tygodnia w OINK opieki co najmniej jednej pielęgniarki posiadającej min. 5 letni staż w OINK lub OAiT. Brak zapewnienia opieki przez pielęgniarkę z min. 5 letnim stażem wynikał z przejściowej niemożności wypracowania przez pielęgniarki zatrudnione na umowy cywilno-prawne wymiaru czasu pracy zawartego w umowach.
- kwalifikacji i rozliczania świadczeń w grupach JPG E11-E14. Do rozliczenia wykazywane były świadczenia w trybie ostrym, ale również przyczyną przyjęcia do szpitala było różnego stopnia nasilenie dolegliwości występujące w ciągu ostatnich dni lub tygodni, przyjęcie po upływie kilku dni/tygodni po wypisie z oddziału chorób wewnętrznych innego szpitala, na podstawie skierowania lekarza opieki ambulatoryjnej wystawionego przed 2-6 tygodniami, a także rozliczenia OZW mimo braku odnotowania w dokumentacji ostrych dolegliwości, przyjęcie określone w historii choroby jak w trybie planowym lub przyspieszonym.

Wszystkie przypadki kwalifikacji oraz rozliczania świadczeń w grupach JPG E11-E14, na które POW NFZ zwrócił uwagę iż były wykazywane jako przyjęcie w trybie ostrym, a z dokumentacji jednoznacznie to nie wynikało, zostały opisane w informacji Intercard z dnia 24 października 2012 r. o sposobie wykonania zaleceń pokontrolnych oraz o podjętych działaniach, do których POW NFZ nie wniósł uwag. Intercard w okresie objętym kontrolą nie był kontrolowany przez konsultantów wojewódzkich, ani przez krajowych, ani przez inne podmioty i instytucje.

(dowód: akta kontroli str. 524-556)

*Uwaga dotycząca
badanej działalności*

Wątpliwości NIK budzi rozliczenie 26³⁰ (20% badanych) hospitalizacji z lat 2012-2013 jako świadczeń jednej z grup JPG (E12, E14) w sytuacji, gdy indywidualna dokumentacja medyczna jednoznacznie nie potwierdzała konieczności przyjęcia pacjenta w trybie pilnym. Z opisów zawartych w historiach chorób nie wynikało, aby pacjenci kwalifikowali się do natychmiastowej interwencji (m.in. stabilne EKG, dość dobry stan ogólny). Łączna zapłata dokonana przez NFZ dla Intercard przy rozliczeniu ww. 26 świadczeń wyniosła 330.824 zł.

(dowód: akta kontroli str. 265-486)

Pan Marcin Pasternak – Prezes Intercard wyjaśnił, iż ... *istniały jednoznaczne przesłanki do zakwalifikowania powyższych pacjentów do zabiegu w oparciu o wytyczne rewaskularyzacji mięśnia sercowego u pacjentów z NSTEMI – ACS punkt 3, w trybie pilnym, raportowanym w grupie 'Kardiologia – Hospitalizacja E10,E11,E12,E13,E14. Każdy z powyższych chorych został przyjęty do CKIEiA w Krośnie w trybie pilnym, z rozpoznaniem niestabilnej dławicy piersiowej lub*

³⁰ BJ – 74/2012; FA – 102/2012; CM – 125/2012; MM – 305/2012; BA – 458/2012; JK – 471/2012 (E10); MB – 577/2012; TT – 681/2012; ŚF – 721/2012; CJ – 765/2012; SK – 981/2012; KM – 1048/2012; SH – 1079/2012; LM – 1148/2012; MR – 1214/2012; ZT – 72/2013; MJ – 125/2013; WK – 130/2013; RE – 183/2013; RT – 370/2013; FJ – 381/2013; BJ – 550/2013; MJ – 556/2013; OK – 567/2013; BK – 615/2013; LZ – 705/2013; JE – 1055/2013; BK – 1063/2013; TT – 1069/2013; OS – 1153/2013; SJ – 1173/2013; OA – 1181/2013; PS – 1220/2013; SA – 1283/2013; WW – 1284/2013; ZJ – 1298/2013; SS – 1308/2013; RM – 1311/2013; PK – 1314/2013; DM – 1337/2013; KM – 1349/2013; KZ – 1352/2013.

zaostrenia przewlekłej choroby wieńcowej (wyjątek RT 370/2013 – przyjęty bezpośrednio ze szpitala w Jaśle, gdzie hospitalizowany był chory z powodu niestabilnej dławicy piersiowej, a skierowany do CKiEiA w Krośnie z rozpoznaniem: Stan po NSTEMI (6.03.2013), do dalszej PCI LAD/Dg, po hospitalizacji). U każdego pacjenta wykonano koronarografię i angioplastykę krytycznie zwężonej tętnicy wieńcowej odpowiedzialnej za dolegliwości, zmniejszając tym samym ryzyko zawału serca i jego powikłań, powodując stabilizację i poprawę stanu klinicznego chorego. Wyczerpujemy, więc tym samym definicję stanu nagłego (stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego) rozumianą, jako stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogorszenia stanu zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenia funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia. Zgodnie z wytycznymi „ostrej zespołu wieńcowego bez uniesienia odcinka ST jest niestabilną chorobą naczyń wieńcowych charakteryzująca się skłonnością do nawrotów niedokrwienia i innych powikłań mogących w perspektywie krótko – lub długoterminowej prowadzić do zgonu lub MI”. Skala Grace nie jest podstawą rozpoznania czy też nie niestabilności choroby niedokrwiennej serca, służy stratyfikacji ryzyka. Rozpoznanie niestabilnej dławicy piersiowej i postępowanie są zgodne z obowiązującymi standardami.

(dowód: akta kontroli str. 487-501)

Zdaniem NIK uzasadnione byłoby zweryfikowanie przez Intercard powyższych przypadków i ewentualne ich przedstawienie NFZ do ponownego rozliczenia.

Ocena cząstkowa

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli świadczenia medyczne, poza brakiem – w niektórych przypadkach – pomiarów markerów martwicy mięśnia sercowego przy wypisywaniu pacjentów po wykonanych zabiegach, były realizowane zgodnie obowiązującymi wytycznymi Europejskiego i Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Pacjenci z najcięższymi postaciami zawału mięśnia sercowego hospitalizowani byli przez ponad 48 godzin. Czas oczekiwania na interwencję zabiegową nie przekraczał 60 minut. Nie stwierdzono nieuzasadnionych interwencji zabiegowych.

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 zapewnienie funkcjonowania komórki organizacyjnej Izba Przyjęć w strukturze Intercard zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą lub doprowadzenie do zgodności wpisu w rejestrze ze stanem faktycznym.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ustawy o Najwyższej Izbie Kontroli kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń

³¹ Dz. U. z 2015 r. poz.1096, ze zm.

*Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków*

do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Delegatury NIK w Rzeszowie.

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

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

Rzeszów, dnia 15 lipca 2015 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Rzeszowie

Dyrektor
Wiesław Motyka

.....
Podpis