LKA-4101-039/2014
Nr ewid. 1/2016/P/14078/LKA

Informacja o wynikach kontroli

REALIZACJA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH Z ZAKRESU KARDIOLOGII PRZEZ PUBLICZNE I NIEPUBLICZNE PODMIOTY LECZNICZE

DELEGATURA W KATOWICACH

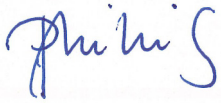
MISJĄ

Najwyższej Izby Kontroli jest dbałość o gospodarność i skuteczność w służbie publicznej dla Rzeczypospolitej Polskiej

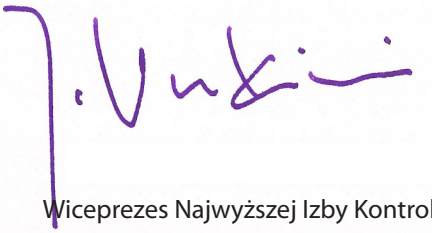
WIZJĄ

Najwyższej Izby Kontroli jest cieszący się powszechnym autorytetem najwyższy organ kontroli państwowej, którego raporty będą oczekiwanym i poszukiwanym źródłem informacji dla organów władzy i społeczeństwa

Dyrektor Delegatury NIK w Katowicach:
Piotr Miklis



Akceptuję:
Jacek Uczkiewicz



Wiceprezes Najwyższej Izby Kontroli

Zatwierdzam:
Krzysztof Kwiatkowski

Prezes Najwyższej Izby Kontroli
Warszawa, dnia 13 kwietnia 2016 r.

Najwyższa Izba Kontroli
ul. Filtrowa 57
02-056 Warszawa
T/F +48 22 444 50 00

www.nik.gov.pl

Spis treści

WPROWADZENIE 8

1. ZAŁOŻENIA KONTROLI 9

2. PODSUMOWANIE WYNIKÓW KONTROLI 11
   2.1. Ocena kontrolowanej działalności 11
   2.2. Synteza ustaleń kontroli 12
   2.3. Wnioski 15

3. ISTOTNE USTALENIA KONTROLI 16
   3.1. Zapewnienie jakości i dostępności świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii 16
      3.1.1. Zapewnienie dostępności świadczeń 16
      3.1.2. Zapewnienie jakości świadczeń 18
      3.1.3. Prowadzenie dokumentacji medycznej 26
   3.2. Spełnianie przez podmioty lecznicze warunków wymaganych do realizacji świadczeń z zakresu lecznictwa szpitalnego 26
      3.2.1. Spełnianie wymogów dotyczących zapewnienia izby przyjęć 26
      3.2.2. Spełnianie warunków ogólnych dotyczących pomieszczeń i sprzętu 29
      3.2.3. Spełnianie warunków dotyczących personelu 30
      3.2.4. Spełnianie wymogów dotyczących OAiIT 32
   3.3. Przekazanie przez wybrane podmioty publiczne realizacji świadczeń kardiologicznych niepublicznym podmiotom leczniczym i wpływ tej decyzji na sytuację finansową tych podmiotów oraz dostępność świadczeń kardiologicznych 33
      3.3.1. Przekazanie przez podmioty publiczne realizacji świadczeń kardiologicznych niepublicznym podmiotom leczniczym 33
      3.3.2. Wpływ decyzji o przekazaniu realizacji świadczeń kardiologicznych niepublicznym podmiotom leczniczym na sytuację finansową podmiotów publicznych oraz na dostępność świadczeń kardiologicznych 36
   3.4. Kontraktowanie przez NFZ świadczenia usług opieki zdrowotnej w zakresie kardiologii 39
   3.5. Kontrola i nadzór merytoryczny nad jakością i zasadnością udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu kardiologii. 40
   3.6. Wycena świadczeń z zakresu kardiologii i jej wpływ na dostępność tych świadczeń 42

4. INFORMACJE DODATKOWE 46

5. ZAŁĄCZNIKI 48

Zdjęcie na okładce:
© Jakub Jirsák – Fotolia.com

Wykaz stosowanych skrótów, skrótowców i pojęć

Angioplastyka (PCI, ang. *Percutaneous coronary intervention*) – zabezpieczenie drożności tętnicy wieńcowej bez/z wszczepieniem stentu – cewki zbudowanej z cienkiej siatki wszczepionej do światła naczynia w celu zwiększenia i utrzymania jego drożności (źródło: A. Szczeklik, Choroby wewnętrzne, t. 1, str. 167 i 172, Kraków 2005).

CK-MB
Izoenzym MB
kinazy kreatynowej jeden z czułych i specyficznych biomarkerów, wzrost stężeń tych biomarkerów we krwi odzwierciedla obecność uszkodzenia prowadzącego do martwicy komórek mięśnia sercowego; martwicę mięśnia sercowego spowodowaną jego niedokrwieniem określa się jako zawał serca (źródło: Trzecia uniwersalna definicja zawału serca, Kardiologia Polska 2012; 70, supl. V, str. 238).

cTn
Troponina sercowa preferowany (zgodnie z wytycznymi ESC) dla celów diagnostycznych biomarker martwicy mięśnia sercowego, cechujący się dużą specyficznością względem tkanki mięśnia sercowego, jak również wysoką czułością kliniczną (źródło: Trzecia uniwersalna definicja zawału serca…, str. 238).

EKG elektrokardiografia – graficzna prezentacja aktywności serca, rejestrowanej z powierzchni ciała za pomocą elektrografu (Źródło: A. Szczeklik, Choroby wewnętrzne, t. 1, str. 77).

ESC Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne

ICD-9 Międzynarodowa Klasyfikacja Procedur Medycznych

ICD-10 Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych

Izba przyjęć zespół pomieszczeń, w którym: przyjmuje się pacjentów do szpitala, wykonuje się doraźne zabiegi, udziela się doraźnej pomocy ambulatoryjnej (§2 pkt 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, Dz. U. z 2012 r. poz. 739).

JGP
Jednorodne
Grupy Pacjentów system rozliczania płatności w ochronie zdrowia oparty na założeniu, że zryczałtowane stawki (taryfy) przypisane są jednorodnym – z uwagi na rozpoznanie czy wykonane procedury medyczne – przypadkom chorobowym, a każda z grup została jednoznacznie zdefiniowana (źródło: Zarządzenie Nr 32/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 czerwca 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne). Występujące w treści informacji grupy:

- **E10** – OZW – diagnostyka inwazyjna
- **E11** – OZW – leczenie inwazyjne dwuetapowe > 3 dni
- **E12** – OZW leczenie inwazyjne złożone
- **E13** – Leczenie inwazyjne >3 dni
- **E14** – OZW – leczenie inwazyjne < 4 dni
- **E16** – OZW > 69 roku życia lub z powikłaniami
- **E18** – OZW bez uniesienia ST
- **E20** – Angioplastyka wieńcowa z implantacją nie mniej niż 2 stentów DES
- **E23** – Angioplastyka wieńcowa z implantacją jednego stentu DES (stentu uwalniającego lek)
- **E27** – Koronarografia
- **E56** – Choroba niedokrwienna serca powyżej 69 roku życia lub z powikłaniami
- **E57** – Choroba niedokrwienna serca poniżej 70 roku życia bez powikłań
- **E61** – Zaburzenia rytmu serca powyżej 69 roku życia lub z powikłaniami
- **E62** – Zaburzenia rytmu serca poniżej 70 roku życia bez powikłań

Kardiologia inwazyjna (interwencyjna) podspecjalność kardiologii wykorzystująca inwazyjne metody obrazowania stanu anatomicznego i dynamicznego układu sercowo-naczyniowego; najbardziej rozpowszechnionym zabiegiem kardiologii inwazyjnej jest przezskórna śródnaczyniowa plastyka tętnic wieńcowych – PCI (źródło: Mariusz Gąsior, Andrzej Lekston, Cewnikowanie serca. Podstawy kardiologii pod redakcją Lecha Polońskiego, Śląska Akademia Medyczna 2000, str. 126–145).

Koronarografia (CAG, angiografia wieńcowa) – obrazowanie tętnic wieńcowych lub pomostów aortalno-wieńcowych za pomocą promieniowania rentgenowskiego po wybiórczym podaniu do nich środka cieniującego przez cewniki wprowadzone przezskórnie do ujść tętnic wieńcowych (Źródło: A. Szczeklik, Choroby wewnętrzne, t. 1, Medycyna Praktyczna, Kraków 2005, s. 41).

Lokalizacja budynek lub zespół budynków oznaczonych tym samym adresem albo oznaczonych innymi adresami, ale położonych obok siebie i tworzących funkcjonalną całość, w których zlokalizowane jest miejsce udzielania świadczeń (§2 pkt 7 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, Dz. U. z 2013 r. poz. 1520, ze zm.).

Miejsce udzielania świadczeń pomieszczenie lub zespół pomieszczeń w tej samej lokalizacji, powiązanych funkcjonalnie i organizacyjnie, w celu wykonywania świadczeń gwarantowanych (§2 pkt 9 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego).

NFZ Narodowy Fundusz Zdrowia

NSTEMI zawał mięśnia sercowego NSTEMI – zawał bez uniesienia odcinka ST w badaniu EKG, do rozpoznania którego konieczne jest stwierdzenie wzrostu i/lub spadku wartości troponiny (cTn) z co najmniej jedną wartością powyżej granicy normy dla określonego laboratorium i typu zawału (źródło: Trzecia uniwersalna definicja zawału serca…, str. 237).

OAiIT Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii

OINK Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego

OZW ostry zespół wieńcowy – zagrażający życiu przejaw miażdżycy, zwykle wywołany nagłym krytycznym zmniejszeniem przepływu krwi będącym następstwem ostrej zakrzepicy w tętnicy wieńcowej (źródło: Wytyczne dotyczące diagnostyki i leczenia ostrych zespołów wieńcowych bez przetrwałego uniesienia odcinka ST, Kardiologia Polska 2011; 69, str. 209).

Podmiot leczniczy podmiot wykonujący działalność leczniczą, działający jako: przedsiębiorca (w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej, Dz. U. z 2015 r. poz. 584, ze zm.) lub w innej formie prawnej określonej w art. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618, ze zm.).

Pracownia hemodynamiki i/lub elektrofizjologii pracownia diagnostyczna lub lecznicza, w której wykonywane są zabiegi lub badania diagnostyczne układu krwionośnego, w tym cewnikowanie serca; wyposażona jest w system rentgenowski, oraz urządzenia służące do rejestracji i zapisu przebiegu badania i zabiegu (źródło: Mariusz Gąsior, Andrzej Lekston, Cewnikowanie serca. Podstawy kardiologii…, str. 126).

Rozporządzenie MZ w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej	rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2014 r. poz. 177, ze zm.).
Rozporządzenie MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych	rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2013 r. poz. 1520, ze zm.).
Rozporządzenie MZ w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia	rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012 r. poz. 739).
SPZOZ	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
SOR	Szpitalny Oddział Ratunkowy
STEMI	zawał mięśnia sercowego STEMI – zawał z uniesieniem odcinka ST w badaniu EKG, do rozpoznania którego konieczne jest potwierdzenie martwicy mięśnia sercowego, której towarzyszy wzrost poziomu markerów tej martwicy, m.in. troponiny sercowej cTn (źródło: Trzecia uniwersalna definicja zawału serca…, str. 237).
Szpital	przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, w którym podmiot ten wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne (art. 2 ust. 1 pkt 9 ustawy o działalności leczniczej).
Świadczenie gwarantowane	świadczenie opieki zdrowotnej finansowane w całości lub współfinansowane ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej (art. 5 pkt 35 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz. U. z 2015 r. poz. 581, ze zm.).
UKG	ultrasonokardiografia – nieinwazyjna technika diagnostyki obrazowej, oparta na wykorzystaniu zjawiska odbicia wiązki ultradźwięków od struktur serca i dużych naczyń (źródło: Bogusława Dzióbek, Krzysztof Dyrbuś, Tomasz Niklewski, Ultrasonograficzne badanie serca. Podstawy kardiologii…, str. 77).
Ustawa o działalności leczniczej	ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618, ze zm.).
Ustawa o NIK	ustawa z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz. U. z 2015 r. poz. 1096).
Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej	ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, ze zm.).
Ustawa o ZOZ	ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm.).

Zarządzenie Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów obowiązujące na dany okres rozliczeniowy zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne, wydane na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 1 i 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej; do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawieranych począwszy od 2010 r. miało zastosowanie zarządzenie Nr 69/2009/DSOZ z dnia 3 listopada 2009 r., do umów zawieranych począwszy od 2012 r. miało zastosowanie zarządzenie Nr 72/2011/DSOZ z dnia 20 października 2011 r., natomiast do umów zawieranych począwszy od 2014 r. zarządzenie Nr 89/2013/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 19 grudnia 2013 r.

Zawał serca śmierć komórki mięśnia sercowego z powodu przedłużonego niedokrwienia; uszkodzenie mięśnia sercowego rozpoznaje się przy obecności wzrostu we krwi stężeń markerów, takich jak cTn, czy CK-MB (źródło: Trzecia uniwersalna definicja zawału serca…, str. 237).

Zawał serca typu 4a (IVa) zawał serca (NSTEMI lub STEMI) spowodowany przeprowadzaną procedurą inwazyjną, rodzaj powikłania okołozabiegowego (źródło: Trzecia uniwersalna definicja zawału serca…, str. 237).

ZOZ Zakład Opieki Zdrowotnej

WPROWADZENIE

W okresie ostatnich dziesięciu lat w Polsce corocznie zwiększeniu ulegała kwota środków publicznych przeznaczana przez NFZ na finansowanie świadczeń kardiologicznych. Wydatki te w 2004 r. wynosiły ok. 1 mld zł, a w 2014 r. już ponad 3 mld zł. W okresie tym rósł także udział procentowy wartości umów z ww. zakresu w kwocie nakładów na leczenie szpitalne ogółem (z 8,3% w 2004 r. do 11,5% w 2014 r.). Odnotowano równocześnie wzrost wartości świadczeń interwencyjnych w leczeniu OZW z 0,2 mld zł do 1,2 mld zł, a tym samym wzrost z 19% do 39% ich udziału w ogólnej wartości świadczeń z zakresu kardiologii[1].

Systematycznie, o ok. 10% rocznie, rosła w Polsce również liczba pracowni hemodynamiki i/lub elektrofizjologii, w których udzielane były ww. świadczenia. W 2010 r., gdy istniały 124 takie pracownie, krajowy konsultant w dziedzinie kardiologii prof. Grzegorz Opolski stwierdził, że dalsze zwiększanie liczby takich ośrodków może prowadzić do obniżenia standardów świadczonych w nich procedur. Mimo to w 2011 r. było ich już 137, w 2012 r. – 153, w 2013 r. –160, a w 2014 r. – 167. Pracownie te często prowadzone były przez wyspecjalizowane niepubliczne podmioty lecznicze, które swoje oddziały kardiologiczne utworzyły na terenie publicznych szpitali wielospecjalistycznych, bądź przejęły takie oddziały od tych szpitali. W przeliczeniu na milion mieszkańców w 2014 r. w Polsce przypadały ponad cztery ośrodki kardiologii inwazyjnej, w sytuacji gdy wg wytycznych europejskich wystarczą dwie takie pracownie dyżurujące całą dobę[2].

W trakcie panelu ekspertów zorganizowanego przez NIK w październiku 2014 r. z udziałem konsultanta krajowego i konsultantów wojewódzkich w dziedzinie kardiologii, kierowników klinik kardiologicznych oraz przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia i NFZ dyskutowano m.in. na temat korzyści odnoszonych przez pacjentów z obserwowanego wzrostu liczby pracowni hemodynamiki. Poruszono też problem pojawiających się w mediach informacji, że niektóre niepubliczne podmioty lecznicze nie spełniają warunków wymaganych przy kontraktowaniu świadczeń przez NFZ i nie są przygotowane do pomocy choremu, którego stan radykalnie się pogorszył lub wystąpiły u niego powikłania, lecz kierują go wówczas do placówki publicznej, która ponosi koszty leczenia tych pacjentów. Podczas dyskusji zwracano także uwagę na sygnalizowane w mediach kwestie skoncentrowania aktywności części ze świadczeniodawców na udzielaniu świadczeń o wyższej marży i krótkim czasie hospitalizacji pacjenta.

---

1 Na podstawie danych o realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w ramach umów zawartych z NFZ, które zostały zgromadzone w systemie informatycznym Centrali NFZ.

2 Na podstawie raportów Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego dot. kardiologii interwencyjnej w Polsce w 2011 i 2012 r., opublikowanych w: „Postępy w Kardiologii Interwencyjnej", 2012; 8, 2 (28)", „Kardiologia Polska", 2013; 71, 11: 1213–1219, prezentacji konsultanta krajowego prof. Jarosława Kaźmierczaka podczas panelu ekspertów 8 października 2014 r. oraz artykułu P. Migdalskiego „Kardiologia inwazyjna: czy grozi nam nadmiar ośrodków i obniżenie jakości leczenia" z 20 grudnia 2010 r. w portalu rynekzdrowia.pl.

1 ZAŁOŻENIA KONTROLI

Tytuł kontroli

„Realizacja świadczeń zdrowotnych z zakresu kardiologii przez publiczne i niepubliczne podmioty lecznicze" – kontrola planowa, koordynowana (nr kontroli P/14/078).

Kontrola została podjęta z inicjatywy Najwyższej Izby Kontroli w ramach realizacji priorytetowego kierunku działań: Zapewnienie powszechnej i niezawodnej opieki medycznej. Poprzedzała ją kontrola doraźna rozpoznawcza „Realizacja świadczeń zdrowotnych przez publiczne i niepubliczne podmioty lecznicze" (nr kontroli R/14/008), przeprowadzona w dwóch jednostkach na terenie województwa śląskiego, której wyniki również zostały ujęte w niniejszej informacji.

Cel główny kontroli

Celem głównym kontroli było dokonanie oceny sposobu realizacji świadczeń zdrowotnych z zakresu kardiologii inwazyjnej przez publiczne i niepubliczne podmioty lecznicze.

Cele szczegółowe

Celami szczegółowymi kontroli było dokonanie oceny:

- spełniania przez podmioty lecznicze warunków udzielania świadczeń zdrowotnych,
- zapewnienia jakości i dostępności świadczeń zdrowotnych,
- przekazania/powierzenia przez podmioty publiczne niepublicznym podmiotom leczniczym realizacji świadczeń kardiologicznych,
- wpływu decyzji o przekazaniu/powierzeniu przez podmiot publiczny niepublicznemu podmiotowi leczniczemu realizacji świadczeń kardiologicznych na sytuację finansową jednostki,
- działań oddziałów wojewódzkich NFZ dotyczących kontraktowania świadczeń z zakresu kardiologii pod względem zapewnienia wyboru świadczeniodawców gwarantujących należytą jakość świadczeń zdrowotnych, kontroli i nadzoru sprawowanego przez NFZ nad tymi świadczeniodawcami.

Podstawa prawna, kryteria kontroli

Kontrole w oddziałach wojewódzkich NFZ zostały przeprowadzone na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy o NIK z uwzględnieniem kryteriów: legalności, gospodarności, celowości i rzetelności (art. 5 ust. 1), u świadczeniodawców, dla których podmiotami tworzącymi są jednostki samorządu terytorialnego (tzw. publicznych) – na podstawie art. 2 ust. 2 ustawy o NIK pod względem legalności, gospodarności i rzetelności (art. 5 ust. 2), a u świadczeniodawców będących przedsiębiorcami (tzw. niepublicznych) – na podstawie art. 2 ust. 3 ustawy o NIK pod względem legalności i gospodarności (art. 5 ust. 3).

Zakres podmiotowy kontroli

Kontrolę przeprowadzono w 12 podmiotach leczniczych, w tym pięciu publicznych i siedmiu niepublicznych, zlokalizowanych na terenie czterech województw: łódzkiego, podkarpackiego, śląskiego i świętokrzyskiego oraz w trzech oddziałach wojewódzkich NFZ (wykaz jednostek skontrolowanych przedstawiono w załączniku nr 2).

W badanym okresie dziesięć spośród 12 podmiotów leczniczych objętych kontrolą realizowało świadczenia z zakresu kardiologii w oparciu o umowy zawarte z NFZ na podstawie art. 132 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, przy czym dwa z nich przekazały udzielanie świadczeń

kardiologicznych odrębnym podmiotom i od 2012 r. nie udzielały już ww. świadczeń. Pozostałe dwa podmioty w latach 2012–2014 udzielały świadczeń zdrowotnych pacjentom w stanach nagłych bez posiadania umowy z NFZ, działając na podstawie art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. W celu uzyskania wynagrodzenia za udzielone świadczenia podmioty te składały – na podstawie ust. 5 ww. przepisu – wnioski do odpowiednich oddziałów wojewódzkich NFZ wraz z rachunkiem, wykazem udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej i ich kosztów oraz pisemnym przedstawieniem okoliczności udzielenia świadczeń uzasadniających ich sfinansowanie ze środków publicznych.

W toku kontroli dokonano analizy dokumentacji medycznej wybranej grupy pacjentów w podmiotach leczniczych realizujących świadczenia z zakresu kardiologii inwazyjnej, przy udziale powołanych w tym celu specjalistów – lekarzy medycyny zatrudnionych w oddziałach wojewódzkich NFZ, w komórkach organizacyjnych zajmujących się kontrolą świadczeniodawców.

W ramach kontroli badaniem kwestionariuszowym, przeprowadzonym w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK, objęto podmioty wykonujące działalność leczniczą, które w latach 2011–2014 udzielały świadczeń opieki zdrowotnej w ramach umów zawartych z 16 oddziałami NFZ w rodzaju leczenie szpitalne, w zakresie Kardiologia – hospitalizacja E10–E14[3]. Najwyższa Izba Kontroli w ramach ww. badania zwróciła się do tych podmiotów o przekazanie informacji (w formie kwestionariusza wypełnionego w trybie „on-line") dotyczących struktury organizacyjnej przedsiębiorstw podmiotów leczniczych oraz warunków realizacji świadczeń (w odniesieniu do poszczególnych miejsc ich udzielania). Zaproszenie do wypełnienia kwestionariusza skierowano do 120 podmiotów leczniczych wykonujących swoją działalność w łącznie 143 (w tym dziesięciu objętych również kontrolą szczegółową) przedsiębiorstwach podmiotów leczniczych – 102 publicznych i 41 niepublicznych[4]. Odpowiedzi udzieliło 98 podmiotów leczniczych w odniesieniu do 136 miejsc udzielania świadczeń, w tym 97 (71,3%) przedsiębiorstw publicznych podmiotów leczniczych oraz 36 (28,7%) niepublicznych.

Okres objęty kontrolą

Kontrolą objęto działalność ww. jednostek w okresie od 1 lipca 2011 r. do 30 czerwca 2015 r., jak również działania i zdarzenia zaistniałe przed 1 lipca 2011 r., w przypadkach gdy miały one wpływ na działalność objętą kontrolą.

[3] Od września 2013 r., wcześniej zakres ten obejmował grupy E11–E14.

[4] Na potrzeby analizy dokonano podziału świadczeniodawców na podmioty publiczne i niepubliczne, przyjmując jako podmioty niepubliczne te, dla których organem założycielskim była np. osoba fizyczna, spółki osobowe, spółki kapitałowe, fundacje, związki zawodowe, samorząd zawodowy, stowarzyszenia. Z kolei, podmioty publiczne stanowiły szpitale gminne, powiatowe, miejskie, wojewódzkie, szpitale kliniczne, inne (jednostki resortowe MON i MSWiA).

2 PODSUMOWANIE WYNIKÓW KONTROLI

2.1 Ocena kontrolowanej działalności

Podmioty lecznicze zapewniały pacjentom dostęp do świadczeń kardiologii inwazyjnej finansowanych ze środków publicznych. We wszystkich skontrolowanych jednostkach świadczenia te przeważały liczbą i wartością nad świadczeniami o charakterze zachowawczym. Zjawisko to zaznaczało się szczególnie w podmiotach niepublicznych, a sprzyjała mu dysproporcja w relacji kosztów i przychodów poszczególnych procedur. Stawki (wyceny) ustalone przez Narodowy Fundusz Zdrowia powodowały, że w przypadku świadczeń kardiologii inwazyjnej realizacja większości procedur była dochodowa, a świadczenia kardiologii zachowawczej przynosiły straty.

Świadczeniodawcy zapewnili – z pewnymi zastrzeżeniami – odpowiednią jakość udzielanych świadczeń. Zapewniono w szczególności, by czas oczekiwania na interwencję zabiegową w przypadku pacjentów w ostrych stanach kardiologicznych nie przekroczył 60 minut, co było zgodne z wytycznymi wydanymi przez Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne[5] i istotnie zwiększało szansę powodzenia zastosowanego leczenia. Wskaźnik śmiertelności po zabiegach kardiologii inwazyjnej (po wykonanej angioplastyce) u świadczeniodawców objętych kontrolą zmniejszał się z roku na rok i był niższy od średniej wartości tego wskaźnika w Polsce.
Zastrzeżenia NIK dotyczyły przypadków odstępstw od zawartych w ww. wytycznych zaleceń dotyczących czasu trwania hospitalizacji pacjentów, u których rozpoznano zawał serca typu STEMI i przeprowadzono leczenie inwazyjne, polegających na wypisywaniu tych pacjentów do domu po czasie znacznie krótszym od zalecanego. Skontrolowane podmioty w zróżnicowany sposób podchodziły do konieczności przeprowadzania badań markerów martwicy mięśnia sercowego na etapie potwierdzenia rozpoznania i oceny. Nie było jednolitego podejścia do kwestii wpływu zmian poziomów tych markerów na decyzje o wypisie pacjenta do domu. W odniesieniu do powyższego NIK zauważa, iż pomimo dynamicznego wzrostu liczby pracowni hemodynamicznych i nakładów na finansowanie świadczeń tam udzielanych, Minister Zdrowia nie ustalił dotąd standardów w dziedzinie kardiologii inwazyjnej, które pozwoliłyby na ujednolicenie praktyki przeprowadzania badań ww. markerów.

Podmioty prowadzące skontrolowane szpitale spełniały większość wynikających z przepisów wymogów dotyczących pomieszczeń i wyposażenia oddziału kardiologii, oddziału intensywnego nadzoru kardiologicznego i pracowni hemodynamiki. Jednostki te zatrudniały personel lekarski i pielęgniarski posiadający wymagane kwalifikacje, w liczbie umożliwiającej zapewnienie właściwej opieki przy realizacji świadczeń[6]. We wszystkich dziesięciu objętych kontrolą bezpośrednią podmiotach leczniczych udzielających świadczeń kardiologicznych wystąpiły jednak nieprawidłowości, z których najistotniejsze dotyczyły organizacji udzielania świadczeń oraz organizacji izby przyjęć.

W żadnym z dwóch zbadanych przypadków podjęcie decyzji o przekazaniu przez podmiot publiczny udzielania świadczeń kardiologicznych podmiotom niepublicznym nie przyczyniło się do trwałej i istotnej zmiany kondycji ekonomicznej przekazującego, pomimo że tym właśnie decyzje te były uzasadniane we wnioskach składanych przez dyrektorów szpitali do organów je tworzących.

---

5 Wytyczne Grupy Roboczej Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) do spraw postępowania w ostrym zawale serca z uniesieniem odcinka ST, opublikowane w: Kardiologia Polska 2012; 70. Obowiązek stosowania tych wytycznych przez świadczeniodawców wynikał z zawartych z NFZ umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych.

6 Ustalenia te są spójne z informacjami pozyskanymi przez NIK w badaniu kwestionariuszowym.

W jednym z dwóch szpitali publicznych rezygnujących z udzielania tych świadczeń nie zapewniono rzetelności postępowania konkursowego przeprowadzonego w celu wyłonienia podmiotu przejmującego świadczenia. Ponadto, w szpitalu tym, wynajmując już w 2009 r. część pomieszczeń na działalność w zakresie kardiologii inwazyjnej, naruszono przepisy obowiązującej wówczas ustawy o ZOZ. W drugim przypadku, po zmianie świadczeniodawcy łączna liczba łóżek w danej lokalizacji dla pacjentów ze schorzeniami kardiologicznymi uległa zmniejszeniu o 30%, co mogło ograniczać dostępność do tego rodzaju świadczeń.

Skontrolowane oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia prowadząc postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń z zakresu kardiologii, zapewniły równe traktowanie ubiegających się o to podmiotów. NFZ przeprowadzał także kontrole tych świadczeniodawców, pomijając w nich jednak badanie jakości i zasadności udzielonych świadczeń kardiologii inwazyjnej, niezbędne dla minimalizacji ryzyka nieefektywnego wydatkowania środków przeznaczonych na ten cel.

2.2 Synteza ustaleń kontroli

I. Dostępność i jakość świadczeń

I.1. Chorzy mieli zapewniony dostęp do świadczeń z zakresu kardiologii inwazyjnej. Skontrolowane podmioty niepubliczne w zdecydowanie większym jednak stopniu niż publiczne koncentrowały swoją aktywność na udzielaniu tych świadczeń, w stosunku do świadczeń zachowawczych. Okolicznością sprzyjającą tej sytuacji była wycena przez NFZ poszczególnych procedur kardiologicznych: stawki ustalone przez płatnika dla świadczeń zachowawczych nie pozwalały bowiem na pokrycie kosztów leczenia, a w przypadku świadczeń inwazyjnych – umożliwiały w większości przypadków realizację zysków. Skoncentrowanie działalności podmiotów niepublicznych na dochodowej kardiologii inwazyjnej było także możliwe dzięki znajdującym się w tej samej lokalizacji szpitalom publicznym, gotowym do przyjęcia pacjentów wymagających leczenia zachowawczego, bez względu na związane z tym uwarunkowania finansowe. [str. 16–18]

I.2. Odsetek przypadków śmiertelnych po zabiegach kardiologii inwazyjnej (po wykonanej angioplastyce) u świadczeniodawców objętych kontrolą wynosił: 2,7% w 2012 r., 2,0% w 2013 r. i 1,7% w 2014 r. i był niższy od średniego wskaźnika w Polsce, wynoszącego w ww. latach odpowiednio: 2,8%, 2,5%, 2,3%[7]. Wskaźnik ten był nieco wyższy w podmiotach niepublicznych (odpowiednio w ww. latach: 2,7%, 2,0% i 1,8%), niż w podmiotach publicznych (odpowiednio w ww. latach: 2,4%, 1,8% i 1,2%). W przypadku pacjentów z zawałem serca typu STEMI czas jaki upłynął od ich przyjęcia na oddział kardiologiczny do rozpoczęcia interwencji w pracowni hemodynamicznej w zdecydowanej większości przypadków wynosił nie więcej niż 60 minut, a często był krótszy niż 30 minut.

W części skontrolowanych jednostek wystąpiły przypadki odstępstw od zaleceń odnoszących się do jakości świadczeń, zawartych w Wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Odstępstwa te polegały w szczególności na wypisywaniu do domu pacjentów, u których rozpoznano zawał serca typu STEMI i przeprowadzono leczenie inwazyjne, w czasie krótszym niż nawet 48 godzin od przyjęcia do szpitala, podczas gdy wg ww. Wytycznych wczesny wypis takich pacjentów jest dopuszczalny „po mniej więcej 72 godzinach". [str. 22–23]

[7] Na podstawie danych ujętych w Ogólnopolskim Rejestrze Ostrych Zespołów Wieńcowych PL-ACS.

Najwyższa Izba Kontroli zwróciła także uwagę na fakt braku jednolitego podejścia w podmiotach kontrolowanych do kwestii przeprowadzania badań markerów martwicy mięśnia sercowego oraz tego, czy i w jakim zakresie należy wiązać możliwość wypisania pacjenta do domu ze zmianami poziomu tych markerów. Podkreślić należy, że także konsultant krajowy i konsultanci wojewódzcy nie prezentowali jednolitego poglądu w tej tak istotnej sprawie, a Minister Zdrowia pomimo uprawnienia ustalonego w ustawie o działalności leczniczej, nie określił standardów w dziedzinie kardiologii inwazyjnej (standardy takie funkcjonują w ramach systemów prawnych np. Wielkiej Brytanii czy Litwy)[8]. [str. 19–20]

Kontrola ujawniła równocześnie przypadki nieprawidłowego rozliczania i dokumentowania udzielonych świadczeń, polegające na:

– niezasadnym zakwalifikowaniu przez pięć podmiotów i przedstawieniu do rozliczeń NFZ świadczeń udzielonych pacjentom jako wynikających z ostrych zespołów wieńcowych w sytuacji, gdy świadczenia te stanowiły realizację kolejnych etapów leczenia zwężeń naczyń wieńcowych lub dotyczyły pacjentów z objawami chorób wieńcowych, jednak bez jednoznacznych cech stanu ostrego, tak podczas przyjęcia do Szpitala, jak i podczas pobytu. Dotyczyło to 22 (33%) powtórnych hospitalizacji objętych badaniem w tych szpitalach [str. 25–26],
– jednostkowych przypadkach nierzetelnego prowadzenia dokumentacji medycznej przez sześć z dziesięciu podmiotów leczniczych. [str. 26]

II. Warunki realizacji świadczeń

Podmioty prowadzące skontrolowane jednostki spełniały większość wynikających z przepisów warunków dotyczących pomieszczeń, wyposażenia i personelu. Nieprawidłowości stwierdzone w powyższym zakresie polegały na:

- niezapewnieniu w części kontrolowanego okresu w czterech oddziałach kardiologicznych i dwóch oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii wymaganej organizacji opieki lekarskiej i pielęgniarskiej [str. 30–31],
- braku w trzech podmiotach izb przyjęć wydzielonych kadrowo, organizacyjnie i sprzętowo [str. 27–28],
- niespełnieniu przez dwie jednostki części wymogów dotyczących izby przyjęć [str. 27],
- niezapewnieniu w trzech podmiotach minimalnej wymaganej liczby łóżek w OAiT [str. 33],
- niezapewnieniu w dwóch jednostkach wymaganego dostępu do łóżek szpitalnych [str. 29],

W skontrolowanych podmiotach leczniczych wystąpiły różne modele rozwiązań mających na celu spełnienie wymogu posiadania izby przyjęć – począwszy od własnej izby przyjęć, należycie wyposażonej i obsadzonej fachowym własnym personelem medycznym – a skończywszy na korzystaniu z pomieszczeń i personelu innego podmiotu bez uregulowania zasad dotyczących

[8] W Wielkiej Brytanii nałożono na świadczeniodawców ustawowy obowiązek stosowania standardów jakości opracowanych przez instytucję pozarządową, po ich zatwierdzeniu przez odpowiednik polskiego NFZ, a standardy dotyczące postępowania w OZW, obejmujące m.in. czas oczekiwania pacjenta na interwencję zabiegową oraz wymagane badania, zostały zatwierdzone we wrześniu 2014 r.
Litewski Minister do spraw zdrowia określił szczegółowe wymagania dot. leczenia szpitalnego w dziedzinie kardiologii, w tym metody diagnostyki i leczenia oraz wymagane badania.
W Polsce Minister Zdrowia ustalił dotąd standardy postępowania medycznego w dziedzinach: [1] opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu połogu oraz opieki nad noworodkiem (rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r., Dz. U. z 2012 r. poz. 1100), [2] anestezjologii i intensywnej terapii (rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r., Dz. U. z 2013 r. poz. 15). Ustalone zostały także standardy dotyczące: [3] zasad stwierdzenia śmierci mózgowej (obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007 r., M.P. z 2007 r., poz. 547) oraz [4] jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych (rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 marca 2006 r., Dz.U. z 2006 r., poz. 435.

tego korzystania [str. 26–28]. W związku z tym, że organizacja izby przyjęć bezpośrednio wpływa na jakość udzielanych świadczeń i bezpieczeństwo pacjentów, a także – co ustalono w wyniku niniejszej kontroli – na zakres przedmiotowy świadczeń, NIK jako optymalne ocenia rozwiązanie polegające na posiadaniu przez podmiot (szpital) udzielający świadczeń z zakresu kardiologii w rodzaju leczenie szpitalne wyodrębnionej organizacyjnie, kadrowo i sprzętowo izby przyjęć, pozwalającej na niezależną i samodzielną obsługę pacjentów. Takie rozwiązanie pozwala bowiem na jednoznaczne przypisanie i ustalenie odpowiedzialności za podejmowane decyzje oraz stanowi narzędzie skutecznego zapewnienia ciągłości i odpowiedniej jakości udzielanych świadczeń.
W czterech podmiotach leczniczych technicy elektroradiologii wykonywali czynności zawodowe w trybie ciągłym przez 12 lub 24 godziny na dobę, a ponadto w niektórych przypadkach pracowali w wymiarze łącznym od 36 do 72 godzin tygodniowo. Maksymalny wymiar czasu pracy technika elektroradiologii, określony w art. 214 ustawy o działalności leczniczej, wynosił tymczasem pięć godzin na dobę (25 godzin na tydzień), a od 2 lipca 2014 r. – na podstawie art. 93 ust. 1 ww. ustawy – siedem godzin i 35 minut na dobę (przeciętnie 37 godzin i 55 minut tygodniowo). Przepis ustalający ten limit odnosi się jednak wyłącznie do osób zatrudnionych na podstawie stosunku pracy, a technicy w ww. podmiotach zatrudnieni byli na podstawie umów cywilnoprawnych. W odniesieniu do powyższego NIK zauważa, że zmęczenie spowodowane pracą w tak dużym wymiarze czasu w ciągu doby jest niezależne od podstawy prawnej zatrudnienia i może stwarzać ryzyko dla bezpieczeństwa pacjentów. [str. 31]

III. Przekazanie przez podmioty publiczne udzielania świadczeń kardiologicznych podmiotom niepublicznym

III.1. Przekazanie – z dniem 1 stycznia 2012 r. – udzielania świadczeń kardiologicznych przez oba szpitale publiczne objęte kontrolą w tym zakresie odbyło się zgodnie z przepisami ustawy o działalności leczniczej. Jednakże w jednym ze zbadanych przypadków, wynajmując w 2009 r. część pomieszczeń na działalność w zakresie kardiologii inwazyjnej, naruszono przepisy art. 35a ust. 1 i 53 ust. 2 obowiązującej wówczas ustawy o ZOZ, gdyż nie przeprowadzono konkursu ofert na udzielanie świadczeń oraz oddano w najem pomieszczenia jeszcze przed uzyskaniem zgody podmiotu tworzącego [str. 34]. Postępowanie konkursowe w celu wyłonienia podmiotu przejmującego od 2012 r. udzielanie świadczeń kardiologicznych przeprowadzono nierzetelnie, gdyż warunki udziału w postępowaniu określono w taki sposób, że w pozycji uprzywilejowanej postawiono podmiot leczniczy, który świadczył już w tej lokalizacji usługi w zakresie kardiologii inwazyjnej. [str. 34]
W przypadku drugiego ze szpitali, w wyniku przekazania udzielania świadczeń kardiologicznych odrębnemu podmiotowi niepublicznemu, łączna liczba łóżek dla pacjentów ze schorzeniami kardiologicznymi w tej lokalizacji uległa zmniejszeniu o 30%, co mogło ograniczać dostępność do świadczeń dla pacjentów niewymagających leczenia inwazyjnego lecz zachowawczego. [str. 38]

III.2. Rezygnacja przez dwa publiczne szpitale z realizacji świadczeń z zakresu kardiologii na rzecz niepublicznych podmiotów leczniczych, mimo uzyskania z tego tytułu znacznych wpływów, nie przyczyniła się do trwałej i istotnej zmiany ich kondycji ekonomicznej. W kolejnych latach po zaprzestaniu ww. działalności oba szpitale osiągnęły wprawdzie zysk netto (co w znacznej części było wynikiem doraźnych wpływów, w szczególności ze sprzedaży „know-how"), lecz wynik finansowy na działalności podstawowej (w tym z tytułu realizacji usług medycznych) każdego z tych podmiotów nadal był ujemny, pomimo osiągania przychodów z najmu pomieszczeń związanych z przekazaną działalnością. [str. 36–37]

IV. Kontraktowanie świadczeń i nadzór NFZ

IV.1. Skontrolowane Oddziały Wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia kontraktując świadczenia z zakresu kardiologii, realizowane w latach 2012–2014 w trybie hospitalizacji, zapewniały równe traktowanie podmiotów leczniczych, a także zapewniały wybór świadczeniodawców, których oferty dowodziły posiadania potencjału umożliwiającego zapewnienie należytej jakości świadczeń zdrowotnych. [str. 39]

IV.2. Oddziały NFZ przeprowadzały kontrole w szpitalach udzielających świadczeń zdrowotnych z zakresu kardiologii. W kontrolach tych pomijano jednak kwestie pozwalające na dokonanie rzetelnej oceny prawidłowości realizacji procesu diagnostyczno-terapeutycznego, zasadności wykonania procedur i czynności medycznych, a także przestrzegania przyjętych standardów (wytycznych) postępowania medycznego. Jako przyczynę tego stanu rzeczy Dyrektorzy Oddziałów NFZ wskazywali brak takiego obowiązku, podczas gdy Prezes NFZ wyjaśniał ten fakt brakami finansowymi i kadrowymi. NIK zauważa, że uprawnienia NFZ w tym zakresie wynikają wprost z przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, a korzystanie z nich przez właściwie przygotowanych pracowników pionu kontrolnego NFZ jest warunkiem koniecznym dla zapewniania efektywności wydatkowania środków publicznych oraz skuteczności nadzoru nad świadczeniodawcami. [str. 40–42]

2.3 Wnioski

W związku z ustaleniami niniejszej kontroli, NIK wnioskuje do:

1. **Ministra właściwego do spraw zdrowia o:**
   - **jednoznaczne określenie sposobu spełniania przez podmioty lecznicze udzielające świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne wymogu posiadania izby przyjęć;**
   - **określenie, w drodze rozporządzenia wydanego na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej, standardów postępowania medycznego dotyczących świadczeń zdrowotnych z zakresu kardiologii inwazyjnej.**
2. **Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia o:**
   - **ustalenie zasad przeprowadzania kontroli w podmiotach leczniczych tak, by uwzględniały one jakość świadczeń, rozumianą jako zgodność z aktualną wiedzą medyczną oraz zasadność udzielanych świadczeń, rozumianą jako słuszność oraz trafność i celowość ich udzielania, co pozwoli na pełną ocenę efektywności wykorzystanych środków.**
3. **Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji o:**
   - **urealnienie wycen świadczeń z zakresu kardiologii i zapewnienie regularnego monitorowania rynku usług medycznych w celu zachowania aktualności danych dot. kosztów składowych elementów tej wyceny pozwalającego na adekwatne reagowanie w sytuacji istotnych zmian tych kosztów.**

3 ISTOTNE USTALENIA KONTROLI

3.1 Zapewnienie jakości i dostępności świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii

3.1.1. Zapewnienie dostępności świadczeń

W badanym okresie dziesięć spośród 12 skontrolowanych podmiotów leczniczych realizowało świadczenia z zakresu kardiologii w oparciu o umowy zawarte z NFZ na podstawie art. 132 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Łączna wartość tych umów w latach 2012–2014 wynosiła 387 250,7 tys. zł, a wartość świadczeń wykonanych – 400 135,8 tys. zł. Zgodnie z treścią obowiązującego w danym roku zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów[9], każdy świadczeniodawca posiadający zawartą z NFZ umowę na udzielanie świadczeń w zakresach: „kardiologia – hospitalizacja E10–E14" i/lub „kardiologia – hospitalizacja E23, E24, E25, E26" (dedykowanych leczeniu inwazyjnemu OZW), musiał posiadać również zawartą umowę w zakresie „kardiologia – hospitalizacja" i obowiązany był do udzielania świadczeń zarówno związanych z leczeniem inwazyjnym, jak i pozostałych świadczeń kardiologicznych (w ramach leczenia zachowawczego).

Pozostałe dwa podmioty[10] w latach 2012–2014 udzielały świadczeń zdrowotnych pacjentom w stanach nagłych bez umowy z NFZ, działając na podstawie art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. W celu uzyskania wynagrodzenia za udzielone świadczenia składały – na podstawie ust. 5 ww. przepisu – wnioski do odpowiednich oddziałów wojewódzkich NFZ wraz z rachunkiem, wykazem udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej i ich kosztów oraz pisemnym przedstawieniem okoliczności udzielenia świadczeń uzasadniających ich sfinansowanie ze środków publicznych. W latach 2012–2014 r. złożyły one do Łódzkiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ 2 484 wnioski tytułem rozliczenia wykonanych świadczeń z zakresu kardiologii na łączną kwotę 31 997,4 tys. zł.

W 2011 r. świadczenia z zakresu kardiologii inwazyjnej stanowiły 48% wszystkich świadczeń kardiologicznych udzielonych przez podmioty lecznicze w Polsce (226,4 tys. z 475,6 tys. świadczeń). W kolejnych latach proporcja ta wzrosła do 49% w 2012 r. (243,0 tys. z 492,8 tys.), 54% w 2013 r. (266,2 tys. z 494,6 tys.) i 55% w 2014 r. (271,0 tys. z 491,8 tys.)[11]. Pozostałą część stanowiły świadczenia z zakresu tzw. kardiologii zachowawczej.

Występująca w kraju tendencja wzrostowa liczby wykonywanych świadczeń z zakresu kardiologii inwazyjnej została zaobserwowana również we wszystkich objętych kontrolą podmiotach leczniczych realizujących świadczenia kardiologii inwazyjnej w oparciu o umowę zawartą z NFZ[12]. Łączna liczba świadczeń z zakresu kardiologii zrealizowanych przez te podmioty wyniosła: 15,4 tys. w 2012 r., 16,6 tys. w 2103 r. i 18,8 tys. w 2014 r., przy czym świadczenia z zakresu kardiologii inwazyjnej stanowiły średnio: 73% wszystkich udzielonych w nich świadczeń kardiologicznych w 2012 r. oraz 76% świadczeń udzielonych w 2013 i w 2014 r. Stwierdzono przy tym występowanie istotnych różnic między podmiotami publicznymi i niepublicznymi w zakresie proporcji pomiędzy udzielonymi świadczeniami kardiologii inwazyjnej i zachowawczej, pomimo że wszystkie

9 §4 ust. 3 i 7 zarządzenia Prezesa NFZ: Nr 69/2009/DSOZ z dnia 3 listopada 2009 r., Nr 72/2011/DSOZ z dnia 20 października 2011 r. i Nr 89/2013/DSOZ z dnia 19 grudnia 2013 r.

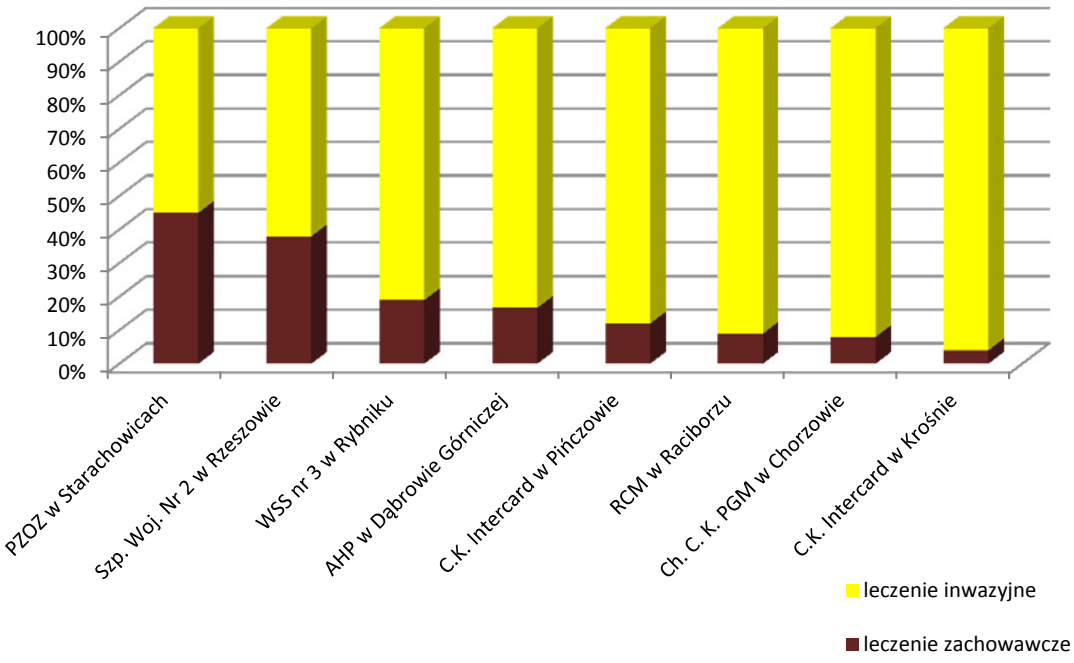
10 Oddział Kardiologiczny AHP w Bełchatowie oraz Centrum Kardiologii Allenort w Kutnie, z tym że w okresie wcześniejszym (pierwszy z nich do 31 stycznia 2012 r., a drugi do 31 grudnia 2011 r.) realizowały one świadczenia na podstawie umowy z NFZ.

11 Wyliczenia dokonano na podstawie otrzymanych od NFZ danych statystycznych dot. liczby sprawozdanych i rozliczonych w tych latach świadczeń kardiologicznych wg JGP przez wszystkich świadczeniodawców w Polsce.

12 Spośród 12 podmiotów leczniczych objętych kontrolą, dziesięć realizowało świadczenia z zakresu kardiologii inwazyjnej, z tego osiem posiadało umowy zawarte z NFZ, pozostałe dwa podmioty udzielały świadczeń zdrowotnych, tylko pacjentom w stanach nagłych (na podst. art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej).

podmioty posiadały umowy zawarte na pełny zakres świadczeń kardiologicznych. I tak, w grupie trzech podmiotów publicznych udział świadczeń kardiologii inwazyjnej wynosił na przestrzeni ww. trzech lat od 31% do 81%. W grupie pięciu podmiotów niepublicznych świadczenia te stanowiły od 81% do 99% wszystkich świadczeń kardiologicznych.

Wykres nr 1
Udział procentowy liczby hospitalizacji w podmiotach objętych kontrolą w zakresie kardiologia w 2014 r. w podziale na grupy zabiegowe (leczenie inwazyjne i zachowawcze)



Źródło: Dane z wystąpień pokontrolnych i akt kontroli. Obliczenia własne NIK.

Dane te wskazują na to, że podmioty niepubliczne w zdecydowanie większym stopniu skoncentrowały się na udzielaniu świadczeń kardiologii inwazyjnej. Było to m.in. uwarunkowane wyceną poszczególnych świadczeń przez NFZ, co opisano szerzej w pkt 3.6. niniejszej informacji. Działanie takie było możliwe dzięki temu, że wszystkie te podmioty prowadziły działalność w tej samej lokalizacji co inne wielospecjalistyczne szpitale publiczne, w większości przypadków w pomieszczeniach wynajmowanych od tych szpitali. Ograniczenie kosztochłonnego leczenia zachowawczego i skoncentrowanie się prawie wyłącznie na leczeniu inwazyjnym pacjentów (które z uwagi na wycenę NFZ pozwala na osiągnięcie dodatnich marż) umożliwiała ciągła gotowość szpitali publicznych do przyjęcia i leczenia wszystkich pacjentów ze schorzeniami kardiologicznymi. Jak opisano w informacji, trzy z podmiotów niepublicznych nie posiadały własnej izby przyjęć, do podmiotów tych trafiali zatem pacjenci, którzy zostali skierowani z izb przyjęć szpitali publicznych działających w tej samej lokalizacji. W jednym z podmiotów[13] stwierdzono mechanizm świadomie prowadzonej selekcji pacjentów, tj. sterowania strumieniem pacjentów w taki sposób, że pacjenci niewymagający leczenia inwazyjnego trafiali na prowadzony przez odrębny podmiot publiczny w tej samej lokalizacji oddział chorób wewnętrznych (który jest także desygnowany przez NFZ

[13] Chorzowskie Centrum Kardiologii PGM.

do leczenia schorzeń kardiologicznych[14]) i tam byli leczeni zachowawczo. Natomiast pacjenci kwalifikujący się do leczenia inwazyjnego trafiali do oddziału kardiologicznego prowadzonego przez podmiot niepubliczny.

- *Pacjentom trafiającym na Izbę Przyjęć **Chorzowskiego Centrum Kardiologii PGM**, którzy nie kwalifikowali się do leczenia inwazyjnego, odmawiano przyjęcia do szpitala, pomimo wskazań do leczenia w warunkach stacjonarnych i rozpoznań w zakresie chorób układu krążenia i pomimo dysponowania przez szpital wolnymi łóżkami. Pacjenci ci kierowani byli na leczenie w Oddziale Chorób Wewnętrznych ZSM w Chorzowie, znajdującym się w tym samym budynku, bądź innych podmiotów leczniczych (przypadki takie stanowiły od 7% do 26% wszystkich odmów w wybranych do kontroli miesiącach).*
- *W **Centrum Kardiologii Intercard w Krośnie** kwalifikacja pacjentów dokonywana była w pierwszej kolejności przez lekarza dyżurnego Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (SOR) Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie (znajdującego się w tej samej lokalizacji). W sytuacji podejrzenia wystąpienia OZW, wzywał on na konsultacje lekarza z Centrum Kardiologii Intercard, który podejmował decyzję o ewentualnym przyjęciu do leczenia inwazyjnego. W przypadku braku wskazań do hospitalizacji w Intercard, lekarz SOR prosił na konsultację lekarza z oddziału kardiologicznego Szpitala Wojewódzkiego, który decydował o dalszym postępowaniu diagnostyczno-leczniczym.*
- *W **RCM w Raciborzu** pacjent zgłaszał się na Izbę Przyjęć należącą do Szpitala Rejonowego im. dr J. Rostka w Raciborzu, a przyjmowany był do RCM w Raciborzu dopiero po kwalifikacji dokonywanej przez lekarzy Szpitala Rejonowego.*

Opisane wyżej działania niepublicznych podmiotów spowodowały, że zakres świadczeń zakontraktowanych przez NFZ został przez tych świadczeniodawców faktycznie ograniczony do tych, które są najwyżej wycenione (kardiologii inwazyjnej)[15]. Szpitale publiczne funkcjonujące w tych samych lokalizacjach[16] przejęły natomiast kosztochłonne leczenie zachowawcze pacjentów kardiologicznych niezakwalifikowanych do leczenia inwazyjnego, prowadzone we własnych oddziałach chorób wewnętrznych.

3.1.2. Zapewnienie jakości świadczeń

W ostatnich latach corocznie wzrastała liczba wykonywanych w Polsce zabiegów angioplastyki. Zachowano przy tym wysoką jakość tych świadczeń. Powikłania zabiegów PCI występowały bardzo rzadko, zawał okołozabiegowy niezakończony zgonem wystąpił u 0,28% pacjentów poddanych PCI[17]. W podmiotach objętych kontrolą liczba powikłań (zawałów okołozabiegowych typu 4a) była niska i wynosiła średnio 2,15% w badanej próbie, przy czym według konsultanta krajowego w dziedzinie kardiologii prof. dra hab. Jarosława Kaźmierczaka oraz konsultantów wojewódzkich w dziedzinie kardiologii dopuszczalna częstość występowania tego typu zawału w oddziale kardiologii interwencyjnej wynosi do 10–20%[18].

Odsetek przypadków śmiertelnych po zabiegach kardiologii inwazyjnej (po wykonanej angioplastyce) u świadczeniodawców objętych kontrolą wynosił: 2,7% w 2012 r., 2,0% w 2013 r. i 1,7% w 2014 r. i był niższy od średniego wskaźnika w Polsce, wynoszącego w ww. latach

14 NFZ dopuszcza leczenie pacjentów ze schorzeniami kardiologicznymi w oddziałach chorób wewnętrznych i rozliczanie udzielanych im tam świadczeń z zakresu kardiologii głównie z tego powodu, że w wielu szpitalach brak jest wyodrębnionych oddziałów kardiologicznych.

15 O wycenie świadczeń szerzej napisano w pkt 3.6. niniejszej informacji.

16 ZSM w Chorzowie i Szp. Specj. w Dąbrowie Górniczej.

17 Na podstawie Raportów Zarządu Asocjacji Interwencji Sercowo-Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego (AISN PTK): „Kardiologia interwencyjna w Polsce w 2011 r." i „Kardiologia interwencyjna w Polsce w 2012 r.", opublikowanych odpowiednio w: „Postępy w Kardiologii Interwencyjnej", 2012; 8, 2 (28)" oraz w „Kardiologia Polska", 2013; 71, 11: 1213–1219 oraz na stronach internetowych ESC i AISN PTK.

18 Zgodnie z wynikami przeprowadzonej na potrzeby kontroli ankiety.

odpowiednio: 2,8%, 2,5%, 2,3%. Wskaźnik ten w podmiotach niepublicznych osiągnął wartość odpowiednio: 2,7%, 2,0% i 1,8%, a w podmiotach publicznych: 2,4%, 1,8% i 1,2%. Natomiast wskaźnik śmiertelności tej grupy pacjentów po 12 miesiącach od przyjęcia do szpitala w jednostkach objętych kontrolą wynosił 7,9% i był porównywalny do średniej wartości tego wskaźnika dla wszystkich szpitali udzielających ww. świadczeń w Polsce (7,0%)[19].
NIK stwierdziła występowanie niejednolitej praktyki w zakresie przeprowadzania badań markerów martwicy mięśnia sercowego na etapie potwierdzenia rozpoznania i oceny ryzyka oraz uzależniania czasu hospitalizacji pacjentów od zmian poziomu troponiny, a także sposobu postępowania w przypadku choroby wielonaczyniowej.

Oznaczanie markerów martwicy mięśnia sercowego

Zgodnie z Wytycznymi ESC dla rozpoznania ostrego zawału niezbędne jest wykrycie wzrostu i/lub spadku podwyższonej wartości troponiny (cTn). Próbki krwi do pomiaru cTn powinno się pobrać w trakcie pierwszej oceny chorego i ponownie po 3–6 godz. Wymagane jest wykonanie kolejnych oznaczeń, jeśli występują dalsze epizody niedokrwienne lub gdy trudno określić czas, w którym wystąpiły początkowe objawy. W celu odróżnienia stanów ostrych od przewlekle podwyższonych stężeń cTn, związanych ze strukturalną chorobą serca, konieczne jest wykazanie układu stężeń ze wzrostem i/lub spadkiem podwyższonej wartości. Jeśli oznaczenie cTn jest niedostępne, najlepszą alternatywą jest pomiar CK-MB[20].

W wyniku analizy dokumentacji medycznej wybranej grupy pacjentów[21] w podmiotach leczniczych realizujących świadczenia z zakresu kardiologii inwazyjnej[22], stwierdzono, że w ośmiu podmiotach[23] u części pacjentów badanej próby (od 1% do 19%) wykonywano badania markerów martwicy mięśnia sercowego: troponiny i izoenzymu MB kinazy kreatynowej tylko raz w trakcie hospitalizacji, a u jednego świadczeniodawcy[24] wystąpiły również przypadki, w których badań w ogóle nie wykonano. U znacznej części pacjentów objętych próbą (od 6% do 93% badanej populacji) do czasu ich wypisu nie odnotowano spadku poziomu tego markera – poziom cTn bądź wzrastał w kolejnych badaniach, bądź badanie to wykonano tylko jednokrotnie, przez co brak było możliwości monitorowania zmian poziomu tego markera. Zupełny brak danych o kształtowaniu się poziomów markerów przed i po zabiegu uniemożliwiał prawidłowe monitorowanie przebiegu leczenia interwencyjnego z wykorzystaniem tych markerów, jak również identyfikację ewentualnych powikłań okołozabiegowych oraz – wobec obowiązujących definicji – postawienie właściwej diagnozy co do STEMI, NSTEMI czy OZW. Niewykonywanie seryjnych badań biomarkerów

19 Na podstawie danych ujętych w Ogólnopolskim Rejestrze Ostrych Zespołów Wieńcowych PL-ACS.

20 Wytyczne Wspólnej Grupy Roboczej Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego /ACCF/AHA/WHF ds. Uniwersalnej Definicji Zawału Serca – „Trzecia Uniwersalna Definicja Zawału Serca", opublikowane w: Kardiologia Polska 2012, 70 supl. V, str. 235–254.

21 Próba obejmowała łącznie 1255 hospitalizacji (min. 105 i max. 133 w poszczególnych podmiotach) z lat 2012 i 2013 wg doboru celowego, tj. pacjentów spełniających następujące warunki: wykonano im zabieg angioplastyki, ich czas hospitalizacji był krótszy niż 72 godzin (w niektórych podmiotach krótszy niż 96 godzin) i których pobyt w szpitalu zakończył się wypisem do domu (z wyłączeniem wypisów na własne żądanie pacjenta).

22 Badanie przeprowadzono przy udziale powołanych specjalistów – lekarzy medycyny, pracowników NFZ zatrudnionych w komórkach kontrolnych.

23 Oddział Kardiologiczny AHP w Bełchatowie, Oddział Kardiologiczny AHP w Dąbrowie Górniczej, Centrum Kardiologii Intercard w Krośnie, Intercard Sp. z o.o. – przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego: Centrum Kardiologii Inwazyjnej, Elektroterapii i Angiologii w Pińczowie (zwane dalej „Centrum Kardiologii Intercard w Pińczowie"), RCM w Raciborzu, WSS Nr 3 w Rybniku, Szp. Woj. Nr 2 w Rzeszowie, PZOZ w Starachowicach.

24 Centrum Kardiologii Intercard w Pińczowie.

w trakcie pobytu pacjenta najczęściej tłumaczono tym, że monitorowanie przebiegu leczenia było prowadzone w oparciu o ocenę stanu klinicznego pacjenta oraz że monitorowanie stężenia troponin służy do potwierdzenia rozpoznania zawału serca, a nie do oceny skuteczności leczenia. Jednakże u przeważającej części pacjentów tych właśnie podmiotów leczniczych, a także we wszystkich przypadkach hospitalizacji z badanej próby z dwóch pozostałych podmiotów objętych kontrolą, powtarzano oznaczenia markerów martwicy mięśnia sercowego dwu-, trzy-, cztero-, a nawet pięciokrotnie w trakcie hospitalizacji.

- *W **Oddziale Kardiologicznym AHP w Bełchatowie** w 106 (81%) przypadkach pacjenci zostali wypisani do domu, pomimo wzrastającego poziomu markera cTn, z czego w przypadku 91 z nich stwierdzono to na podstawie przeprowadzonych dwóch badań (u 87 pacjentów) lub trzech badań (u czterech pacjentów) wykonanych w trakcie hospitalizacji pacjentów w Oddziale, natomiast w przypadku 15 z nich stwierdzono to porównując wyniki jedynego badania wykonanego w trakcie hospitalizacji w Oddziale do badania wykonanego przed przyjęciem do szpitala.*
- *W **Chorzowskim Centrum Kardiologii PGM** wszystkim pacjentom z badanej próby kontrolowano poziom stężenia cTn przynajmniej dwukrotnie w trakcie hospitalizacji, w tym zarówno przed, jak i po zabiegu angioplastyki, jednak w 88 przypadkach (66%) pacjenci ci zostali wypisani do domu, pomimo że po przeprowadzeniu leczenia interwencyjnego poziom troponiny we krwi wzrastał w stosunku do poziomu przed wykonaniem zabiegu i utrzymywał się powyżej normy przewidzianej dla stanu prawidłowego, tj. powyżej 0,1 ng/ml (przy normie 0,0–0,1), w tym w jednym przypadku wyniósł 8,3 ng/ml (co oznacza ponad 80-krotne przekroczenie normy dla stanu prawidłowego).*
- *W **Oddziale Kardiologicznym AHP w Dąbrowie Górniczej** w przypadku 118 pacjentów (93%) do czasu ich wypisu nie odnotowano spadku poziomu cTn – w 18 przypadkach poziom cTn zmierzony w kolejnych badaniach wzrastał, a w 100 przypadkach badanie wykonano tylko raz.*
- *W **Centrum Kardiologii Intercard w Krośnie** w 21 przypadkach (60%) pacjentów z zawałem serca poziom troponiny skontrolowano wyłącznie przed angioplastyką, w jednym przypadku wyłącznie po angioplastyce, w pozostałych przypadkach zarówno przed jak i po tym zabiegu jedno-, dwu- lub trzy krotnie, z tego w dziewięciu przypadkach, pacjentów wypisano do domu w sytuacji kiedy poziom stężenia we krwi cTn po leczeniu interwencyjnym wzrastał w kolejnych badaniach.*
- *W **Centrum Kardiologii Allenort w Kutnie** każdemu pacjentowi z badanej próby kontrolowano poziom stężenia cTn przynajmniej dwukrotnie, a części pacjentów trzy-, cztero- lub pięciokrotnie w trakcie hospitalizacji. W dokumentacji 18 pacjentów (14% badanej próby) do czasu ich wypisu ze szpitala, nie odnotowano spadku poziomu ww. markera.*
- *W **Centrum Kardiologii Intercard w Pińczowie** w 25 przypadkach (48%) pacjentów z rozpoznanym zawałem mięśnia sercowego wypisano ze szpitala pomimo wzrastającego – w badaniu poprzedzającym wypis – poziomu troponiny, wykonano im wprawdzie również badanie poziomu drugiego ze stosowanych markerów martwicy (CK-MB), ale w dwóch przypadkach również poziom tego markera miał tendencję wzrostową.*
- *W **RCM w Raciborzu** pacjentom oznaczano poziom obu markerów martwicy mięśnia sercowego: troponiny i CK-MB, poza jednym przypadkiem (1%), w którym w trakcie hospitalizacji w ogóle nie oznaczano żadnego z markerów. W przypadku siedmiu hospitalizacji (6%) wypisano pacjentów mimo braku stwierdzenia spadku poziomu żadnego z badanych markerów, nie dysponowano również wynikami badań wykonanymi przed przyjęciem pacjenta do szpitala.*
- *W **WSS Nr 3 w Rybniku** w przypadku 16 pacjentów z badanej próby (15%) oznaczono poziom troponiny, a w przypadku 20 pacjentów (19%) poziom CK-MB tylko raz w trakcie hospitalizacji w szpitalu.*
- *W **Szp. Woj. nr 2 w Rzeszowie** w przypadku 35 (41%) badanych hospitalizacji pacjentów z rozpoznanym zawałem mięśnia sercowego (STEMI lub NSTEMI) kontrolowano poziom stężenia cTn jedynie przed zabiegiem angioplastyki (PCI), nie wykonywano w ogóle badania CK-MB uznając je za nieprzynoszące korzyści diagnostycznej.*
- *W **PZOZ w Starachowicach** w 19 przypadkach (15%) oznaczono poziom obu parametrów biochemicznych krwi (troponiny i CK-MB) tylko jeden raz (w dniu przyjęcia tych pacjentów do Szpitala).*

W jednym z dziesięciu podmiotów[25] część pacjentów badanej próby (4%), została przyjęta do szpitala i wykazana do rozliczenia z NFZ, jak po leczeniu ostrego zespołu wieńcowego, jednak nie wykonano u nich oznaczenia poziomu markerów martwicy mięśnia sercowego (troponiny ani CK-MB),

[25] Centrum Kardiologii Intercard w Pińczowie.

a w historiach choroby nie odnotowano informacji o poziomie troponiny oraz CK-MB, co stało w sprzeczności z zasadami prowadzenia diagnostyki w OZW[26]. Konieczność oznaczenia markerów uszkodzenia mięśnia sercowego przy przyjęciu do szpitala pacjenta z podejrzeniem OZW jest działaniem rekomendowanym przez Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne. W zawartych z NFZ umowach o udzielanie świadczeń zdrowotnych świadczeniodawcy zostali zobowiązani do wykonywania tych umów zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w ustalonych na dany okres rozliczeniowy zarządzeniach Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów. W warunkach tych określono m.in. (w §11 ust. 1) obowiązek stosowania przez świadczeniodawców zasad postępowania medycznego zgodnego z aktualnym stanem wiedzy, zawartych m.in. w wytycznych, zaleceniach i rekomendacjach wydawanych przez towarzystwa naukowe zrzeszające specjalistów z właściwych dziedzin medycyny.

Z przeprowadzonej na potrzeby kontroli NIK ankiety wśród konsultantów w dziedzinie kardiologii wynikało, że nie mieli oni jednolitego stanowiska w sprawie powiązania wypisu pacjentów ze zmianami poziomu markerów martwicy mięśnia sercowego. Według konsultanta krajowego prof. dra hab. Jarosława Kaźmierczaka oraz ośmiu z dziesięciu konsultantów wojewódzkich[27] wypis pacjenta z rozpoznanym ostrym zespołem wieńcowym lub zawałem mięśnia sercowego NSTEMI lub STEMI po przeprowadzeniu leczenia interwencyjnego (angioplastyka z/lub bez implantacji stentu) jest możliwy, gdy poziom troponiny maleje, nawet jeśli jest on nadal powyżej normy dla stanu prawidłowego. Jednocześnie jednak dwóch konsultantów wojewódzkich w dziedzinie kardiologii[28] stwierdziło, iż: „Oznaczenie poziomu troponiny jest pomocne w ocenie ryzyka pacjenta z zawałem serca jednak jej poziom nie może być używany jako pojedynczy wskaźnik determinujący długość hospitalizacji (…) zwiększanie się stężenia troponiny w kolejnych pomiarach może świadczyć o utrzymującym się niedokrwieniu o ile jest to skorelowane z zapisem EKG oraz stanem klinicznym pacjenta. U pacjentów z niewydolnością nerek poziom troponiny może (być) przewlekle zwiększony" oraz, że: „Stężenie troponiny nie jest właściwym wskaźnikiem określającym termin wypisu chorego do domu. Decyduje obraz kliniczny. Staramy się jednak uzyskać zmniejszenie stężeń wskaźników martwicy serca wskazujące na proces gojenia".

Powyższe zróżnicowanie w podejściu do wykonywania badań markerów martwicy mięśnia sercowego pacjentom z podejrzeniem OZW występujące tak wśród konsultantów medycznych, jak i podmiotów udzielających świadczeń, wskazuje na konieczność określenia przez ministra właściwego do spraw zdrowia – w drodze rozporządzenia wydanego na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej – standardów postępowania medycznego dotyczących świadczeń zdrowotnych z zakresu kardiologii interwencyjnej.

Dobre praktyki

Jako przykład dobrej praktyki należy uznać fakt, że kierownik podmiotu leczniczego posiadającego kilkanaście szpitali w całej Polsce (którego dwa szpitale zostały objęte kontrolą), po zakończeniu kontroli NIK wydał zarządzenie w sprawie zasad monitorowania oznaczeń biomarkerów w OZW. Nałożono w nim, na kierowników wszystkich przedsiębiorstw tego podmiotu leczniczego (poszczególnych szpitali), obowiązek przeprowadzenia wszystkim chorym

[26] Ustalono przy udziale i w oparciu o opinie powołanych specjalistów – lekarzy medycyny, pracowników NFZ zatrudnionych w komórkach kontrolnych.

[27] Konsultanci dla województw: lubelskiego, lubuskiego, łódzkiego, opolskiego, podlaskiego, śląskiego, świętokrzyskiego, wielkopolskiego.

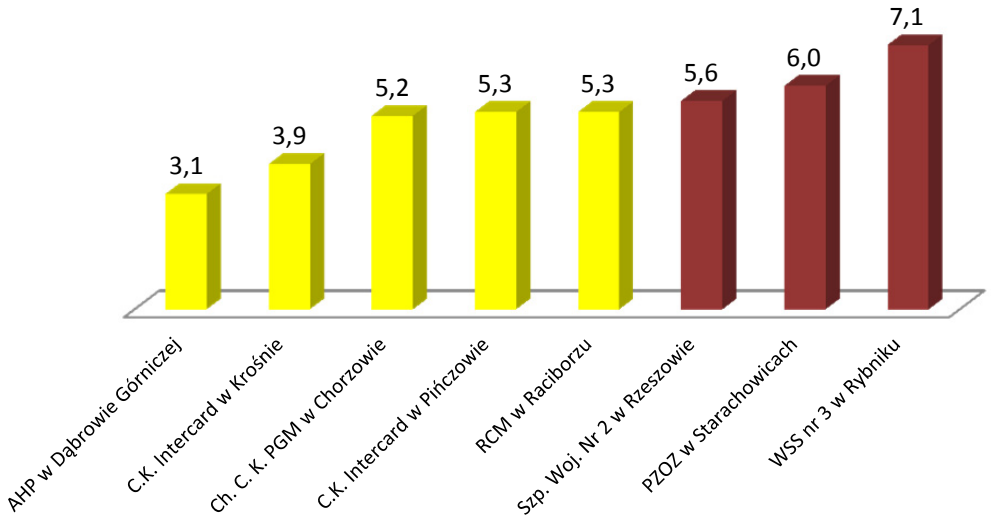
[28] Konsultanci dla województw: małopolskiego, warmińsko-mazurskiego.

z podejrzeniem OZW minimum dwukrotnego badania stężenia troponiny (wstępnego oraz kontrolnego po 12–24 godz.), a także określono częstotliwość wykonywania badań poziomu CK-MB w przypadku różnych typów pacjentów. Powyższe zarządzenie wydano w celu m.in. ujednolicenia standardów postępowania diagnostycznego oraz oceny ryzyka chorych we wszystkich oddziałach, a także w celu uwzględnienia uwag części konsultantów wojewódzkich.

Długość czasu hospitalizacji pacjentów z zawałem serca typu STEMI

W okresie objętym kontrolą stopniowemu skróceniu ulegał czas hospitalizacji pacjentów w oddziałach kardiologicznych podmiotów udzielających świadczeń z zakresu kardiologii inwazyjnej. Wyniósł on w odniesieniu do wszystkich hospitalizacji (zarówno planowych, jak i pilnych, w tym pacjentów z OZW, zarówno grup leczenia zachowawczego, jak i inwazyjnego) średnio 3,7 doby w latach 2012–2013 i 3,4 doby w 2014 r. Średni czas hospitalizacji pacjentów z OZW leczonych inwazyjnie (grupy E10–E14) był nieco dłuższy i wynosił (w 2014 r.) 5,1 doby. Odnotowano jednak wyraźne różnice w czasie trwania hospitalizacji pacjentów z OZW leczonych inwazyjnie (grupy E10–E14) pomiędzy podmiotami niepublicznymi i publicznymi. Średni czas hospitalizacji tych osób w podmiotach publicznych w 2014 r. wynosił 6,4 doby (i był zbliżony do wartości średniej dla wszystkich podmiotów w Polsce[29]), podczas gdy w podmiotach niepublicznych 4,4 doby, tj. o dwie doby mniej.

Wykres nr 2
Średni czas trwania hospitalizacji pacjentów z OZW, leczonych inwazyjnie (grupy E10–E14) w 2014 r. (w dobach)



Źródło: Obliczenia własne NIK na podstawie otrzymanych od NFZ danych statystycznych dot. sprawozdanych i rozliczonych w 2014 r. świadczeń kardiologicznych wg JGP.

NIK zwraca przy tym uwagę na fakt, że w krajach o proporcjonalnie największej liczbie wykonywanych angioplastyk (w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców) spośród 31 krajów OECD, tj. w Niemczech, Austrii i na Węgrzech średnia długość pobytu w szpitalu pacjenta ze zdiagnozowanym ostrym zawałem serca wynosiła w tym okresie odpowiednio: 10,3, 8,1 i 7,9 doby[30].

[29] Co ustalono na podstawie otrzymanych od NFZ danych statystycznych dot. liczby sprawozdanych i rozliczonych w 2014 r. świadczeń kardiologicznych wg JGP. Wartość średnia dla całej Polski wynosząca 6,2 doby pokrywa się z wartością ustaloną w Raporcie OECD: *Health at a Glance* 2015 OECD Indicators, str. 109.

[30] Na podstawie Raportu OECD: *Health at a Glance* 2015 OECD Indicators, str. 109–111.

Zgodnie z wytycznymi Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego dotyczącymi postępowania w zawale serca typu STEMI, wczesny wypis ze szpitala pacjentów z rozpoznanym zawałem STEMI oznacza wypis po mniej więcej 72 godzinach, który jest dopuszczalny u wybranych pacjentów z grupy małego ryzyka, jeżeli zorganizowana zostanie wczesna rehabilitacja i odpowiednia dalsza kontrola[31]. W dwóch podmiotach leczniczych[32] stwierdzono natomiast przypadki (łącznie 24% badanej próby), w których u pacjentów rozpoznano OZW typu STEMI lub zawał mięśnia sercowego STEMI, przeprowadzono leczenie interwencyjne (angioplastykę z/lub bez implantacji stentu), a następnie wypisano do domu przed upływem 48 godzin od przyjęcia do szpitala[33].

- *W **Chorzowskim Centrum Kardiologii PGM** z grupy 29 krótkich hospitalizacji pacjentów, u których rozpoznano OZW typu STEMI lub zawał mięśnia sercowego STEMI i przeprowadzono leczenie interwencyjne (angioplastyka z/lub bez implantacji stentu), sześć osób (21%) wypisano do domu przed upływem 48 godzin od przyjęcia do Szpitala, a pozostałe 23 osoby (79%) – do 64 godzin od przyjęcia do szpitala.*
- *W **Oddziale Kardiologicznym AHP w Dąbrowie Górniczej** średni czas krótkich hospitalizacji 26 pacjentów, u których rozpoznano zawał serca typu STEMI, wyniósł niecałe 51 godz., z czego najkrótszy czas pobytu wyniósł 41 godz., a najdłuższy 62 godz. Czas hospitalizacji siedmiu pacjentów (27%) wyniósł mniej niż 48 godz., natomiast czas hospitalizacji 19 pacjentów (73%) wyniósł pomiędzy 48 a 62 godz.*

Zdaniem kierowników tych jednostek czas pobytu tych pacjentów w szpitalu nie miał wpływu na dalsze ich bezpieczeństwo. Jednakże, w ocenie NIK popartej opiniami specjalistów uczestniczących w czynnościach kontrolnych, w przypadku tych pacjentów nie zostało spełnione zalecenie ESC, odnośnie możliwości wczesnego wypisu, skoro wypisano ich do domu w czasie znacznie krótszym (o całą dobę) od zalecanego.

NIK zwraca uwagę, że zgodnie z Raportem *Występowanie, leczenie i prewencja wtórna zawałów serca w Polsce…* w Polsce tylko 22% chorych po zawale serca objętych jest kompleksową rehabilitacją kardiologiczną. Biorąc pod uwagę fakt, że pobyt chorego w szpitalu trwa zwykle tylko 4–5 dni, podczas hospitalizacji nie ma możliwości przeprowadzenia pełnej interwencji psychologicznej i wystarczającego czasu na właściwą edukację pacjentów oraz zwiększanie dawek leków stosowanych w ramach prewencji wtórnej. W Polsce nie stworzono zintegrowanego systemu kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej i wtórnej prewencji[34].

Na znaczenie rehabilitacji leczniczej Najwyższa Izba Kontroli zwróciła uwagę także m.in. w raporcie z 2014 r.[35], wskazując że w 2012 r. zwiększyła się, w stosunku do 2011 r., liczba osób oczekujących na takie świadczenia oraz wydłużył się rzeczywisty czas oczekiwania na nie, a w 2013 r. dostępność świadczeń rehabilitacyjnych uległa dalszemu pogorszeniu. W odniesieniu do tego stanu NIK zauważyła, że w przypadku udzielania świadczeń rehabilitacyjnych po długotrwałych okresach oczekiwania, istniało wysokie prawdopodobieństwo ich niewystarczającej skuteczności terapeutycznej. W związku z tym środki publiczne przeznaczane przez NFZ na procedury rehabilitacyjne, wykonywane u pacjentów po kilkutygodniowym na nie oczekiwaniu, były wydatkowane w sposób niezapewniający uzyskania najlepszych efektów z danych nakładów.

31 Wytyczne Grupy Roboczej Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) do spraw postępowania w ostrym zawale serca z uniesieniem odcinka ST, opublikowane w: Kardiologia Polska 2012; 70, supl. VI, str. 286.

32 W Chorzowskim Centrum Kardiologii PGM i w Oddziale Kardiologicznym AHP w Dąbrowie Górniczej.

33 Ustalono przy udziale i w oparciu o opinie powołanych specjalistów – lekarzy medycyny, pracowników NFZ zatrudnionych w komórkach kontrolnych.

34 Raport: *Występowanie, leczenie i prewencja wtórna zawałów serca w Polsce. Ocena na podstawie Narodowej Bazy Danych Zawałów Serca* AMI-PL 2009–2012. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Śląski Uniwersytet Medyczny, Gdański Uniwersytet Medyczny, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa, Zabrze, Gdańsk 2014, str. 16 i 22.

35 Informacja o wynikach kontroli dostępności i finansowania rehabilitacji leczniczej (P/13/131) opublikowana w październiku 2014 r., str. 7.

Sposób postępowania w przypadku stwierdzenia występowania u pacjenta wielu istotnych zwężeń

Wytyczne Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego nie określają jednoznacznie czy w przypadku występowania wielu istotnych zwężeń (równocześnie w kilku naczyniach), które nie są bezpośrednio odpowiedzialne za niedokrwienie, należy w trakcie zabiegu również przeprowadzić angioplastykę pozostałych nadających się do takiej interwencji zmian w naczyniach wieńcowych, zamiast tylko zmiany odpowiedzialnej za niedokrwienie. Konsultanci krajowy i wojewódzcy w dziedzinie kardiologii nie byli zgodni co do sposobu postępowania w tej sprawie. Zdaniem siedmiu z dziesięciu konsultantów wojewódzkich[36] decyzja co do postępowania w przypadku pozostałych zwężeń w naczyniach wieńcowych zależy od obrazu koronarograficznego i stanu pacjenta. Dwóch kolejnych konsultantów wojewódzkich[37] oraz konsultant krajowy zalecało przeprowadzenie ww. zabiegów etapami. Natomiast zdaniem jednego konsultanta wojewódzkiego[38] optymalnym rozwiązaniem byłoby jednoczesne przeprowadzenie angioplastyki wszystkich istotnie zwężonych naczyń przy czym podał on, że „jest to nierealne z powodu niemożności rozliczania takiej procedury z NFZ".

We wszystkich podmiotach leczniczych realizujących świadczenia z zakresu kardiologii inwazyjnej w oparciu o umowę z NFZ stwierdzono występowanie przypadków dzielenia interwencji hemodynamicznych na etapy[39]. Dotyczyło to pacjentów, którym w trakcie koronarografii stwierdzono zwężenie więcej niż jednej tętnicy (jednego naczynia) kwalifikujące do zabiegu angioplastyki, po czym wykonano im zabieg udrożniający tylko jedno naczynie i wypisano ich do domu, wyznaczając termin kolejnego zabiegu angioplastyki na pozostałym (lub pozostałych) zwężonych naczyniach (w ciągu od kilku dni do kilku miesięcy po pierwszej hospitalizacji). Dyrektorzy szpitali wyjaśniali w tej sprawie, że wykonanie zabiegu angioplastyki równocześnie na kilku naczyniach byłoby niebezpieczne dla pacjenta ze względu na szkodliwy (zwłaszcza dla nerek) kontrast stosowany w trakcie badania koronarograficznego i późniejszego zabiegu (jego dawka byłaby większa w przypadku zabiegu wykonywanego równocześnie na kilku naczyniach), a także ryzyko restenozy, czyli powstania ponownego zwężenia naczynia w implantowanym stencie.

W odniesieniu do powyższego NIK zwróciła uwagę na istotną tendencję wzrostu liczby wykonywanych zabiegów na pojedynczym naczyniu, zaobserwowaną w jednym z dziesięciu podmiotów[40] objętych kontrolą. Po przejęciu bowiem przez ten podmiot działalności kardiologicznej w danej lokalizacji, liczba wykonanych zabiegów na pojedynczym naczyniu (wg klasyfikacji ICD-9) wzrosła w kolejnych latach nieproporcjonalnie w stosunku do odnotowanego przyrostu liczby hospitalizacji, zmalała natomiast liczba wykonanych zabiegów na dwóch i więcej naczyniach. W wyjaśnieniu przyczyn powyższego wskazano fakt prowadzenia statystyki medycznej w latach 2011–2013 przez dwa różne ośrodki i zespoły. NIK zauważa jednak, że w latach tych nie uległy zmianie ani zasady prowadzenia statystyk wykonywanych procedur medycznych, w szczególności Międzynarodowa Klasyfikacja Procedur Medycznych ICD-9, ani wytyczne Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego dot. postępowania w przypadkach stwierdzenia u chorych w toku diagnostyki inwazyjnej kilku zwężeń w naczyniach.

[36] Konsultanci dla województw: śląskiego, opolskiego, małopolskiego, świętokrzyskiego, lubelskiego, lubuskiego, warmińsko-mazurskiego.

[37] Konsultanci dla województw: łódzkiego i podlaskiego.

[38] Konsultant dla województwa wielkopolskiego.

[39] Ustalono przy udziale i w oparciu o opinie powołanych specjalistów – lekarzy medycyny, pracowników NFZ zatrudnionych w komórkach kontrolnych.

[40] Chorzowskie Centrum Kardiologii PGM.

W pięciu z dziesięciu podmiotów leczniczych[41] stwierdzono przypadki niezasadnego zakwalifikowania i przedstawiania do rozliczenia przez NFZ oraz rozliczenia świadczeń w grupach dedykowanych OZW, tj. E11–E14. Stan taki wystąpił w 22 (33%) powtórnych hospitalizacjach z próby objętej badaniem. Dotyczyło to głównie przypadków, w których opisy w historiach chorób pacjentów wskazywały na zaplanowaną hospitalizację celem realizacji etapów leczenia inwazyjnego kolejnych zwężeń wieńcowych lub pacjentów z objawami chorób wieńcowych, jednak bez jednoznacznych cech stanu ostrego, prezentowanego podczas przyjęcia do szpitala i podczas pobytu (pacjenci zostali przyjęci do szpitala na podstawie skierowań wystawionych głównie przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, w których zawarte rozpoznania nie wskazywały na pilność hospitalizacji, a daty ich wystawienia były wcześniejsze od daty przyjęcia do szpitala nawet o kilka miesięcy). Powyższe wyjaśniano faktem, że u pacjentów tych przy przyjęciu do szpitala wystąpiły dolegliwości bólowe upoważniające do rozliczenia tych przypadków jako pilne. Zdaniem specjalistów uczestniczących w niniejszej kontroli NIK[42], którzy analizowali dokumentację medyczną chorych, w przypadkach tych nie wystąpiły okoliczności dające podstawy do zakwalifikowania ich jako ratujących życie (pilne), z puli tzw. świadczeń nielimitowanych.

- *W **Chorzowskim Centrum Kardiologii PGM** w czterech przypadkach (z próby ośmiu badanych powtórnych hospitalizacji) hospitalizacje, w trakcie których wykonano zaplanowany wcześniej zabieg angioplastyki, zostały rozliczone jako świadczenia nagłe (z grupy E12).*
- *W **Centrum Kardiologii Intercard w Pińczowie** w pięciu przypadkach braki w dokumentacji nie upoważniały szpitala do rozliczenia udzielonych świadczeń w ramach grup E12 i E14. W przypadku trzech kolejnych pacjentów dokumentacja nie pozwalała na zakwalifikowanie tych hospitalizacji do rozliczenia w grupach dedykowanych ostrym zespołom wieńcowym, gdyż ich stan patofizjologiczny został określony jako dławica stabilna. Natomiast występowanie ostrego zespołu wieńcowego wyklucza jednoczasowe występowanie stabilnej postaci dławicy piersiowej.*
- *W **RCM w Raciborzu** przedstawiono do rozliczenia przez NFZ i rozliczono świadczenie medyczne udzielone jednemu z pacjentów, jako udzielone w trybie pilnym (w ramach grupy E12), pomimo że zakwalifikowano go do przyjęcia do szpitala dopiero pięć dni po jego osobistym zgłoszeniu się, a zabieg angioplastyki wykonano mu w kolejnym dniu.*
- *W **WSS Nr 3 w Rybniku** powtórną hospitalizację jednego z pięciu pacjentów, zakwalifikowanych do drugiego etapu angioplastyki błędnie zakwalifikowano, przedstawiono do rozliczenia i rozliczono z NFZ jako procedurę pilną z grupy E14, pomimo że pacjent był przyjęty w trybie planowym.*
- *W **Szp. Woj. Nr 2 w Rzeszowie** w przypadku ośmiu (z 20 badanych powtórnych hospitalizacji) nieprawidłowo rozliczono udzielone świadczenie jedną z grup JGP E12, E14 w sytuacji gdy indywidualna dokumentacja medyczna nie potwierdzała konieczności przyjęcia pacjenta w trybie pilnym. Jak wyjaśnił Ordynator Oddziału Kardiologii, przyczyną nieprawidłowego zakwalifikowania zakończonych hospitalizacji była błędna interpretacja zapisów obowiązujących zarządzeń Prezesa NFZ. Potwierdził też, że właściwymi grupami do rozliczenia udzielonych świadczeń były grupy JGP E23 i E25 dedykowane dla świadczeń udzielonych w trybie planowym.*

Postępowanie takie naruszało przepisy §13 ust. 1–5 Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne[43], które stanowiły m.in., że świadczeniodawca zobowiązany jest do sprawozdawania NFZ: rozpoznania zasadniczego, rozpoznań współistniejących oraz istotnych procedur medycznych oraz do wskazania zakresu świadczeń, grupy z katalogu grup, zgodnej z charakterystyką JGP, dane te muszą być zgodne z danymi zawartymi w indywidualnej dokumentacji medycznej, a spełnienie ww. wymagań jest konieczne dla rozliczenia świadczeń.

41 Chorzowskie Centrum Kardiologii PGM, Centrum Kardiologii Intercard w Pińczowie, RCM w Raciborzu, WSS Nr 3 w Rybniku, Szp. Woj. Nr 2 w Rzeszowie.

42 Badanie przeprowadzono przy udziale powołanych specjalistów – lekarzy medycyny, pracowników NFZ zatrudnionych w komórkach kontrolnych.

43 Nr 72/2011/DSOZ z dnia 20 października 2011 r. oraz Nr 89/2013/DSOZ z dnia 19 grudnia 2013 r.

Świadczenia udzielone pacjentom w trybie pilnym nie podlegają rozliczeniu w ramach limitów ustalonych przez NFZ. W ich przypadku, gdy wartość wykonanych świadczeń przekroczy kwotę zobowiązania NFZ wobec świadczeniodawcy, zwiększeniu ulegają liczby jednostek rozliczeniowych oraz kwoty zobowiązań z tytułu realizacji świadczeń we właściwych ze względu na realizację zakresach oraz odpowiednio kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy NFZ wobec świadczeniodawcy.

W czterech podmiotach[44] wątpliwości NIK wzbudziło rozliczenie łącznie kolejnych 76 takich hospitalizacji. Kontrolowanym zwrócono uwagę na konieczność zweryfikowania tych przypadków i ewentualne przedstawienie NFZ skorygowanego rozliczenia.

Łączna kwota świadczeń nieprawidłowo rozliczonych i budzących wątpliwości co do kwalifikacji do właściwej grupy JGP wyniosła 1.265,6 tys. zł.

3.1.3. Prowadzenie dokumentacji medycznej

Podmioty lecznicze prowadziły, zgodnie z § 12 rozporządzenia MZ w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej, dokumentację medyczną osób korzystających z ich świadczeń, obejmującą zarówno dokumentację indywidualną wewnętrzną (w formie historii choroby) oraz zbiorczą wewnętrzną (m.in. księgi główne przyjęć i wypisów, księgi odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych, wykonywanych w izbie przyjęć, księgi chorych oddziału, księgi zabiegów), a także indywidualną zewnętrzną (karty informacyjne z leczenia szpitalnego, skierowania lub zlecenia na świadczenia zdrowotne realizowane poza szpitalem).
W sześciu z dziesięciu podmiotów realizujących świadczenia z zakresu kardiologii inwazyjnej[45] wystąpiły jednostkowe przypadki prowadzenia dokumentacji medycznej nierzetelnie i niezgodnie z przepisami ww. rozporządzenia. Dotyczyły one w szczególności: braku wpisów wskazujących na to, które tętnice i ich segmenty poddano zabiegom PCI oraz jaka była skala ich przewężenia, braku protokołów operacyjnych z opisem zabiegów PCI, błędnych wpisów o czasie przeprowadzonej interwencji, odnotowania wyników badań pomimo braku potwierdzenia wykonania badania przez laboratorium lub braku w historiach choroby danych o poziomie troponiny oraz CK-MB.

3.2 Spełnianie przez podmioty lecznicze warunków wymaganych do realizacji świadczeń z zakresu lecznictwa szpitalnego

3.2.1. Spełnianie wymogów dotyczących zapewnienia izby przyjęć

Sześć z dziesięciu podmiotów objętych kontrolą, realizujących świadczenia z zakresu kardiologii inwazyjnej, zapewniło funkcjonowanie w swojej strukturze własnych izb przyjęć (lub SOR), działających jako komórki wydzielone organizacyjnie, kadrowo i materialnie. Trzy spośród tych podmiotów były publicznymi szpitalami wielospecjalistycznymi[46], które posiadały umowy z NFZ na realizację świadczeń zdrowotnych w izbie przyjęć lub SOR. Kolejnych trzech

44 Oddział Kardiologiczny AHP w Dąbrowie Górniczej, Centrum Kardiologii Intercard w Krośnie, Centrum Kardiologii Intercard w Pińczowie, PZOZ w Starachowicach.

45 Oddział Kardiologiczny AHP w Dąbrowie Górniczej, Centrum Kardiologii Allenort w Kutnie, Centrum Kardiologii Intercard w Pińczowie, RCM w Raciborzu, Szp. Woj. Nr 2 w Rzeszowie, PZOZ w Starachowicach.

46 SPZOZ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku (zwany dalej „WSS nr 3 w Rybniku"), Szpital Wojewódzki Nr 2 im. Św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie (zwany dalej „Szp. Woj. Nr 2 w Rzeszowie") i Powiatowy ZOZ w Starachowicach (zwany dalej „PZOZ w Starachowicach").

świadczeniodawców[47] to przedsiębiorcy niepubliczni realizujący wyłącznie świadczenia z zakresu kardiologii i nie posiadający takiej umowy z NFZ. W dwóch[48] przypadkach ich własne izby przyjęć nie spełniały części warunków określonych w rozporządzeniu MZ w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia (Załącznik Nr 1 Szczegółowe wymagania, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia szpitala – I. Izba Przyjęć). Dotyczyło to w szczególności niezapewnienia właściwych warunków przy przyjmowaniu pacjentów do szpitala wskutek braku bezpośredniego zadaszonego wejścia z podjazdem dla co najmniej jednego pojazdu.

Trzech kolejnych świadczeniodawców[49] nie posiadało w swojej strukturze izby przyjęć jako wydzielonej organizacyjnie, kadrowo, materialnie i funkcjonalnie komórki organizacyjnej. Funkcje izb przyjęć formalnie przypisano komórkom organizacyjnym innych, odrębnych podmiotów leczniczych. Opiekę lekarską oraz pielęgniarską zapewniały tam podmioty publiczne działające w tych samych lokalizacjach. Świadczeniodawcy ci zawarli co prawda z ww. podmiotami publicznymi umowy w sprawie korzystania z pomieszczeń i wyposażenia ich izb przyjęć (a w jednym przypadku określili nawet zasady wynagradzania personelu lekarskiego Izb Przyjęć szpitali publicznych), jednak nie zapewnili sobie prawa posiadania niezbędnych składników majątkowych oraz personelu, za pomocą których miałaby być wykonywana działalność lecznicza w zakresie izby przyjęć. Nie zawarli w tych umowach także zapisów określających zasady współpracy przy kwalifikowaniu pacjentów. Kierownicy tych podmiotów twierdzili, że przepisy nie rozstrzygały jednoznacznie czy podmiot leczniczy w przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego, nieposiadający odrębnej umowy z NFZ na realizację świadczeń w izbie przyjęć, musi mieć „własną" izbę przyjęć, czy jedynie zapewniony dostęp w lokalizacji do izby przyjęć innego podmiotu. W ocenie NIK, popartej stanowiskiem Głównego Inspektora Sanitarnego[50], rozwiązania zastosowane w ww. trzech podmiotach nie dają możliwości jednoznacznego rozstrzygania – zwłaszcza w przypadkach nagłych i niejednoznacznych – spraw związanych z podległością służbową i odpowiedzialnością pracowników wykonujących obowiązki w izbie przyjęć (tj. reprezentant którego z tych podmiotów jest uprawniony do wydawania poleceń), ewentualną odpowiedzialnością poszczególnych świadczeniodawców za działania pracowników sprzeczne z przepisami i zasadami sztuki medycznej, odpowiedzialnością za szkody w mieniu, odpowiedzialnością za decyzje o odmowie przyjęcia i decyzje o pierwszeństwie w udzielaniu świadczenia.

- *W **Centrum Kardiologii Intercard w Krośnie** funkcję Izby Przyjęć faktycznie realizowała komórka organizacyjna Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego im. Jana Pawła II w Krośnie, gdyż opiekę lekarską oraz pielęgniarską w tej komórce organizacyjnej zapewniał Szpital publiczny. Intercard zawarł co prawda umowę (aneks nr 4/08 do umowy najmu z dnia 9 stycznia 2007 r.) ze Szpitalem, zgodnie z którą miał od 31 grudnia 2008 r. dostęp do pomieszczenia Izby Przyjęć szpitala na potrzeby kwalifikowania pacjentów (kwalifikacje pacjentów uzgadniane każdorazowo z kierownikiem Szpitalnego Oddziału Ratunkowego i Izby Przyjęć Ogólnej lub z osobą przez niego wyznaczoną), lecz kontrola nie wykazała obecności pracowników lub sprzętu Intercard w Izbie Przyjęć Szpitala.*

---

47 American Heart of Poland SA z siedzibą w Ustroniu – przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego: XII Oddział Kardiologiczny w Bełchatowie (zwany dalej „Oddziałem Kardiologicznym AHP w Bełchatowie"), Chorzowskie Centrum Kardiologii prowadzone przez Polską Grupę Medyczną Sp. z o.o., zwane dalej „Chorzowskim Centrum Kardiologii PGM" oraz American Heart of Poland SA z siedzibą w Ustroniu – przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego: III Oddział Kardiologii Inwazyjnej, Angiologii i Elektrokardiologii w Dąbrowie Górniczej (zwany dalej „Oddziałem Kardiologicznym AHP w Dąbrowie Górniczej").

48 Chorzowskie Centrum Kardiologii PGM oraz Oddział Kardiologiczny AHP w Dąbrowie Górniczej.

49 Intercard Sp. z o.o. – przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego: Centrum Kardiologii Inwazyjnej, Elektroterapii i Angiologii w Krośnie (zwane dalej „Centrum Kardiologii Intercard w Krośnie"), Kliniki Kardiologii Allenort Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie – przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego: Centrum Kardiologii Allenort w Kutnie (zwane dalej „Centrum Kardiologii Allenort w Kutnie"), Raciborskie Centrum Medyczne Sp. z o.o. – przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego: Niepubliczny ZOZ Raciborskie Centrum Medyczne w Raciborzu (zwane dalej „RCM w Raciborzu").

50 W piśmie z 26 czerwca 2015 r. (znak GIS-HŚ-NS-4321-6/DS./15).

- ***Centrum Kardiologii Allenort w Kutnie*** *korzystało z Izby Przyjęć Kutnowskiego Szpitala Samorządowego na podstawie zawartych z nim umów o współpracy. Kutnowski Szpital zobowiązał się udostępnić na rzecz pacjentów Centrum infrastrukturę szpitalną Izby Przyjęć wraz ze sprzętem medycznym niezbędnym do opieki nad pacjentem, zapewnić tym pacjentom opiekę zespołu medycznego Izby Przyjęć nad pacjentami przyjętymi w trybie nagłym. Z tytułu realizacji ww. usług Centrum zobowiązało się płacić Kutnowskiemu Szpitalowi zryczałtowany czynsz miesięczny oraz określoną kwotę za każde rozpoczęte 30 minut opieki nad pacjentem udzielonej przez zespół medyczny Kutnowskiego Szpitala. Taki sposób zorganizowania Izby Przyjęć, gdy personel medyczny realizuje zadania na rzecz dwóch podmiotów, oprócz podwójnego opłacania tego samego czasu przez dwa różne podmioty, skutkował nierównym podziałem odpowiedzialności za działania podejmowane wobec pacjentów i ich zdrowie oraz generował ryzyko powstawania utrudnień w kierowaniu i organizowaniu pracy Izby Przyjęć – w przypadku równoczesnego zaistnienia zdarzeń wywołujących konieczność udzielenia świadczeń pacjentom przyjmowanym niezależnie przez obydwa podmioty.*
- ***RCM w Raciborzu*** *korzystało z pomieszczeń, sprzętu i personelu Izby Przyjęć pozostającej w strukturze organizacyjnej Szpitala Rejonowego im. dr J. Rostka w Raciborzu. W zawartych w okresie objętym kontrolą umowie i porozumieniu Szpital wyraził zgodę na całodobowy dostęp RCM do pomieszczeń i korzystanie z Izby Przyjęć. Nie ustalono jednak żadnych szczegółowych warunków korzystania z Izby Przyjęć, ani zasad dotyczących personelu medycznego udzielającego świadczeń na Izbie Przyjęć (w tym podległości służbowej i odpowiedzialności), nie ustalono wysokości wynagrodzenia za udostępnienie Izby Przyjęć (porozumienie określało łączną kwotę wynagrodzenia za udostępnienie wielu różnych pomieszczeń, w tym Izby Przyjęć).*

Każdy podmiot leczniczy oddzielnie dokonał wpisu wspólnie użytkowanych izb przyjęć do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego przez wojewodę. Posiadanie takiego wpisu jest bowiem wymagane od świadczeniodawców udzielających świadczeń zdrowotnych w rodzaju leczenie szpitalne, w wydanych na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, zarządzeniach Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów[51]. Wobec przedstawionych wyżej ustaleń kontrolnych, dane zawarte w tym rejestrze dotyczące trzech ww. świadczeniodawców były niezgodne ze stanem faktycznym. Wpisu izby przyjęć do rejestru dokonano pomimo, iż zarówno z regulaminów organizacyjnych, jak i protokołów kontroli przeprowadzonej przez organy inspekcji sanitarnej wynikało, że podmioty te nie posiadały odrębnej komórki organizacyjnej „Izba Przyjęć", natomiast zawarte ze szpitalami publicznymi umowy dotyczyły jedynie możliwości korzystania z ich pomieszczeń. Wojewodowie[52] wyjaśniając powyższe[53] powoływali się na treść postanowień wydanych przez odpowiednie organy inspekcji sanitarnej, potwierdzających spełnienie przez pomieszczenia i urządzenia izby przyjęć wymagań fachowych i sanitarnych określonych w odpowiednich przepisach. W wyniku kontroli NIK ustalono jednak, że na etapie uzyskiwania ww. postanowień świadczeniodawcy wskazali służbom sanitarnym pomieszczenia izb przyjęć należące do innych podmiotów (publicznych), które już wcześniej zgłaszały inspekcji sanitarnej te izby przyjęć jako własne. W tej sytuacji, w ramach dwóch różnych postępowań administracyjnych, na podstawie odrębnych postanowień organów inspekcji sanitarnej, wojewodowie dokonywali w danych rejestrowych dwóch różnych podmiotów wykonujących działalność leczniczą, wpisu tej samej izby przyjęć – jako komórki organizacyjnej działającej jednocześnie w strukturze każdego z nich.

[51] Odpowiednio: Nr 69/2009/DSOZ z dnia 3 listopada 2009 r., Nr 72/2011/DSOZ z dnia 20 października 2011 r. i Nr 89/2013/DSOZ z dnia 19 grudnia 2013 r., Załącznik nr 3, pkt 1. Warunki wspólne wobec świadczeniodawców, ppkt 1.2.1. Wymagania formalne.

[52] Śląski i Łódzki.

[53] Wyjaśnienia zostały pobrane w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK.

3.2.2. Spełnianie warunków ogólnych dotyczących pomieszczeń i sprzętu

Objęte kontrolą podmioty lecznicze[54] posiadały w swojej strukturze oddziały kardiologiczne. Liczba łóżek w tych oddziałach wynosiła od 11 do 41 (średnio 22 łóżka, przy czym w podmiotach publicznych była ona wyższa i wynosiła 31, a w niepublicznych – 18 łóżek). Na jedno łóżko przypadało średnio: 9,0 m^2 powierzchni w podmiotach publicznych oraz 8,8 m^2 w podmiotach niepublicznych.

W przypadku dwóch podmiotów[55] dane, wykazane w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą, w zakresie liczby łóżek w oddziale kardiologicznym (a w jednym z nich także w SOR) były niezgodne ze stanem faktycznym, a różnice wynosiły od 5% do 25% liczby łóżek.

W przypadku ośmiu z dziesięciu podmiotów, pomieszczenia i urządzenia w ww. oddziałach i pracowniach odpowiadały wymogom określonym w rozporządzeniu MZ w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia. W dwóch pozostałych podmiotach[56] nie zapewniono właściwego dostępu do łóżek w pokojach łóżkowych, określonego w §18 tego rozporządzenia. W dniu oględzin co trzecie łóżko było bowiem dostępne tylko z dwóch stron (w tym tylko z jednej dłuższej), zamiast z trzech stron.

Niespełnianie wymaganych przepisów w ww. zakresie kierownicy tych jednostek tłumaczyli brakiem możliwości technicznych rozlokowania łóżek w istniejących pomieszczeniach w sposób zgodny z przepisami zapewniając, że przeprowadzą w tym celu konieczne remonty lub reorganizację pomieszczeń.

W 136 podmiotach leczniczych objętych badaniem kwestionariuszowym, świadczenia realizowane były w 158 oddziałach kardiologicznych, w tym 119 (75,3%) należących do podmiotów publicznych oraz 39 (24,7%) należących do podmiotów niepublicznych. Łączna liczba łóżek w tych oddziałach wynosiła 5372 w 1902 pokojach łóżkowych, w tym 4760 łóżek (88,6%) zlokalizowanych było w 1646 pokojach podmiotów publicznych, zaś 612 (11,4%) w 256 pokojach podmiotów niepublicznych. Średnia liczba łóżek w oddziale wynosiła zatem 34. Mediana liczby łóżek w publicznym oddziale kardiologicznym wyniosła 42, zaś w podmiocie niepublicznym 14. Na jedno łóżko przypadało średnio: 8,1 m^2 powierzchni w podmiotach publicznych oraz 10,1 m^2 w podmiotach niepublicznych.

Każdy z podmiotów objętych kontrolą NIK posiadał oddział intensywnego nadzoru kardiologicznego, w skład którego wchodziło od czterech do dziewięciu stanowisk w podmiocie niepublicznym (średnio pięć) oraz od sześciu do 19 stanowisk w podmiocie publicznym (średnio 11), a także – pełniące całodobowy dyżur – pracownie hemodynamiki[57].

Wszyscy skontrolowani świadczeniodawcy zapewnili, wymagane rozporządzeniem MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych, wyposażenie pomieszczeń w oddziałach kardiologicznych i pracowniach hemodynamiki. Tylko w jednym z podmiotów[58] w SOR (w obszarze terapii natychmiastowej) brakowało aparatu do znieczulania z wyposażeniem stanowiska do znieczulania wraz z zestawem monitorującym, stanowiącego minimalne wymagane wyposażenie zgodnie z §7 ust. 3 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r. w sprawie szpitalnego

[54] Dotyczy dziesięciu z 12 podmiotów leczniczych, gdyż dwa podmioty publiczne przekazały udzielanie tych świadczeń odrębnym podmiotom prywatnym od stycznia 2012 r.

[55] Chorzowskie Centrum Kardiologii PGM oraz WSS nr 3 w Rybniku.

[56] Chorzowskie Centrum Kardiologii PGM i WSS nr 3 w Rybniku.

[57] Lub pracownie hemodynamiki i elektrofizjologii w przypadku realizowania również świadczeń w zakresie kontroli i wszczepiania rozruszników oraz kardiowerterów/defibrylatorów.

[58] WSS nr 3 w Rybniku.

oddziału ratunkowego[59]. Korzystano tam z mobilnego aparatu do znieczulenia znajdującego się na wyposażeniu innego obszaru SOR (resuscytacyjno-zabiegowego). W toku kontroli NIK zakupiono wymagany sprzęt.
Ponadto, w jednym ze szpitali[60], w OAiIT stwierdzono brak wymaganego przepisami aparatu do monitorowania ciśnienia wewnątrzczaszkowego, który również uzupełniono w trakcie kontroli NIK.

Spośród objętych badaniem kwestionariuszowym 136 podmiotów leczniczych, 113 (83,1%) posiadało w swej strukturze OINK[61], z czego 77 OINK zlokalizowanych było w podmiotach publicznych (w 79,4% podmiotów publicznych), zaś 36 oddziałów należało do podmiotów niepublicznych (92,3% podmiotów niepublicznych). Łączna liczba łóżek w OINK wynosiła 999, w tym 801 (80,2%) w podmiotach publicznych i 198 (19,8%) w podmiotach niepublicznych. Mediana liczby łóżek w publicznym OINK wyniosła osiem, zaś w podmiocie niepublicznym pięć. W podmiotach publicznych w łącznej liczbie łóżek OINK 80,9% stanowiły stanowiska intensywnego nadzoru kardiologicznego, a 5,4% – stanowiska intensywnej opieki medycznej. W podmiotach niepublicznych udział procentowy tych stanowisk wynosił odpowiednio 92,4% i 7,6%.

3.2.3. Spełnianie warunków dotyczących personelu

Przepisy rozporządzenia MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych wymagają, by w OINK zapewniona była całodobowa opieka lekarza specjalisty w dziedzinie kardiologii lub lekarza specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych w trakcie specjalizacji z kardiologii lub lekarza (w domyśle o dowolnej innej specjalności lub bez specjalizacji) w trakcie specjalizacji z kardiologii jednak pod warunkiem, że w oddziale kardiologii pełni jednocześnie dyżur lekarz specjalista w dziedzinie kardiologii. Wymagane jest także zapewnienie opieki pielęgniarki w wymiarze równoważnym co najmniej jednemu etatowi na jedno łóżko intensywnego nadzoru kardiologicznego, w tym co najmniej jedna pielęgniarka na każdej zmianie winna posiadać minimum pięcioletni staż pracy w OINK lub OAiIT.
We wszystkich podmiotach objętych kontrolą zatrudniono personel lekarski i pielęgniarski posiadający odpowiednie kwalifikacje, w liczbie umożliwiającej zapewnienie właściwej opieki przy realizacji świadczeń w oddziale kardiologicznym, oddziale intensywnego nadzoru kardiologicznego i pracowni hemodynamiki. W sześciu podmiotach w oddziałach kardiologicznych zapewniono wymaganą przepisami wyodrębnioną całodobową opiekę lekarską i pielęgniarską we wszystkie dni tygodnia. W pozostałych czterech podmiotach[62] (trzech niepublicznych i jednym publicznym) w oddziałach intensywnego nadzoru kardiologicznego nie zapewniono takiej opieki w 10% do 26% skontrolowanych dni, z tego w przypadku trzech podmiotów[63] brak było całodobowej opieki lekarza z odpowiednimi kwalifikacjami, a w jednym podmiocie[64] zarówno opieki takiego lekarza, jak i pielęgniarki. W ww. jednostkach dyżury w OINK pełnione były bądź przez lekarzy specjalistów w dziedzinie chorób wewnętrznych (niebędących w trakcie specjalizacji z kardiologii), bądź przez lekarzy będących dopiero w trakcie specjalizacji z kardiologii. Brak w tym czasie było zarówno w OINK, jak i w oddziale kardiologicznym lekarza specjalisty

59 Dz. U. z 2015 r. poz. 178.
60 Szp. Woj. Nr 2 w Rzeszowie.
61 Ujęty w odpowiednim terytorialnie Rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą (kod resortowy 4106).
62 Chorzowskie Centrum Kardiologii PGM, Centrum Kardiologii Intercard w Krośnie, RCM w Raciborzu i WSS Nr 3 w Rybniku.
63 Chorzowskie Centrum Kardiologii PGM, RCM w Raciborzu i WSS Nr 3 w Rybniku.
64 Centrum Kardiologii Intercard w Krośnie.

w dziedzinie kardiologii. W dwóch z tych podmiotów specjalista kardiolog pełnił tzw. „nadzór" poprzez pozostawanie w dyspozycji „pod telefonem", co zdaniem kierowników tych jednostek było wystarczające dla spełnienia wymogu zapewnienia odpowiedniej opieki. NIK zwraca uwagę, że zastosowane rozwiązanie nie jest tożsame z pełnieniem przez lekarza dyżuru medycznego, zgodnie bowiem z przepisami art. 95 ust. 1 i 2 ustawy o działalności leczniczej, dyżurem medycznym jest wykonywanie poza normalnymi godzinami pracy czynności zawodowych przez pracowników wykonujących zawód medyczny i posiadających wyższe wykształcenie, w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne.

W trzech podmiotach[65] odpowiednio: jeden, trzech lub czterech lekarzy (stanowiących odpowiednio: 5%, 16% lub 17% personelu lekarskiego), wykonujących w wybranych do kontroli miesiącach badania i zabiegi przy użyciu promieniowania jonizującego, tj. m.in. koronarografie i angioplastyki , wbrew postanowieniom przepisu art. 33c ust. 5 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe[66] nie posiadało aktualnych, potwierdzonych stosownym certyfikatem, uprawnień w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta. Powyższe najczęściej spowodowane było wygaśnięciem wcześniej nabytych uprawnień i oczekiwaniem na możliwość ich aktualizacji.

We wszystkich podmiotach objętych kontrolą, w pracowniach hemodynamiki zapewniono całodobową obecność techników elektroradiologów. Jednakże w czterech z nich[67] osoby te, zatrudnione na podstawie umowy cywilnoprawnej, wykonywały czynności zawodowe jednoosobowo, w trybie ciągłym przez 12 lub 24 godziny na dobę, a ponadto w niektórych przypadkach pracowały w wymiarze łącznym od 36 do 72 godzin tygodniowo. Zgodnie natomiast z art. 214 ust. 1 i 2 ustawy o działalności leczniczej, w przypadku tej grupy zawodowej obowiązywał skrócony czas pracy. Czas ten w okresie do 1 lipca 2014 r. nie mógł przekraczać pięciu godzin na dobę i przeciętnie 25 godzin na tydzień w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym. W okresie od 2 lipca 2014 r. normy czasu pracy dla tej grupy pracowników, podobnie jak dla wszystkich pracowników zatrudnionych w podmiocie leczniczym wynosiły – zgodnie z art. 93 ust. 1 ww. ustawy – siedem godzin i 35 minut na dobę i przeciętnie 37 godzin i 55 minut na tydzień w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym.

Kierownicy tych podmiotów wyjaśniali powyższe faktem zatrudniania techników na podstawie umowy cywilnoprawnej, a nie umowy o pracę i związanym z tym brakiem posiadania przez te osoby statusu pracownika. W ocenie NIK przyjęta w ww. podmiotach praktyka zatrudniania techników elektroradiologów (choć dopuszczalna przez przepisy) szczególnie w sytuacjach 24-godzinnych dyżurów może powodować nadmierne obciążenie/zmęczenie tych osób, może zagrażać bezpieczeństwu pacjentów.

W jednym z podmiotów[68] nie zapewniono stałej dostępności do pracowni hemodynamiki. Pracownia pełniła wprawdzie dyżur całodobowy, natomiast usługi w zakresie elektroradiologii wykonywał w niej podmiot zewnętrzny, jednakże tylko od 8.00 do 16.00 w dni powszednie, a poza tymi godzinami – na wezwanie lekarza dyżurnego. W toku kontroli NIK dokonano stosownych zmian umowy zawartej z ww. podmiotem.

65 Chorzowskie Centrum Kardiologii PGM, Oddział Kardiologiczny AHP w Dąbrowie Górniczej i RCM w Raciborzu.

66 Dz. U. z 2014 r. poz. 1512, ze zm.

67 Oddział Kardiologiczny AHP w Bełchatowie, Chorzowskie Centrum Kardiologii PGM w Chorzowie, Oddział Kardiologiczny AHP w Dąbrowie Górniczej, PZOZ w Starachowicach.

68 RCM w Raciborzu.

W 136 podmiotach leczniczych objętych badaniem kwestionariuszowym lekarze kardiolodzy stanowili 45,6% wszystkich lekarzy zatrudnionych w oddziałach kardiologicznych w podmiotach publicznych i 56,0% lekarzy w podmiotach niepublicznych. Porównywalny był odsetek lekarzy specjalistów w dziedzinie chorób wewnętrznych w trakcie specjalizacji z kardiologii (13,7% w podmiotach publicznych i 14,1% w niepublicznych). Udział procentowy pozostałych lekarzy w trakcie specjalizacji z kardiologii wynosił 26,8% w podmiotach publicznych i 15,1% w podmiotach niepublicznych.
W OINK lekarze kardiolodzy stanowili 55,0% wszystkich lekarzy zatrudnionych w podmiotach publicznych i 52,6% lekarzy w podmiotach niepublicznych. Lekarze w trakcie specjalizacji z kardiologii stanowili 21,5% lekarzy w podmiotach publicznych i 26,3% lekarzy w podmiotach niepublicznych, natomiast lekarze specjaliści w dziedzinie chorób wewnętrznych w trakcie specjalizacji z kardiologii 13,4% lekarzy w podmiotach publicznych i 17,9% lekarzy w podmiotach niepublicznych. Z kolei, wśród pielęgniarek OINK należących do obu kategorii świadczeniodawców, ok. 77% stanowiły pielęgniarki posiadające co najmniej pięcioletni staż pracy w OINK lub OAiIT.
Świadczenia kardiologii inwazyjnej, udzielane w pracowni hemodynamiki/pracowni radiologii zabiegowej, wykonywane były m.in. przez lekarzy – samodzielnych operatorów, z czego w przypadku podmiotów publicznych 83,7% lekarzy było specjalistami w dziedzinie kardiologii posiadającymi doświadczenie w wykonaniu 300 PCI i 600 koronarografii, potwierdzone przez konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie kardiologii. W przypadku podmiotów niepublicznych lekarze ci stanowili 61,5%.

3.2.4. Spełnianie wymogów dotyczących OAiIT

Zgodnie z przepisami rozporządzenia MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych, świadczeniodawca powinien posiadać w strukturze organizacyjnej szpitala OAiIT lub (w przypadku jego braku) co najmniej jedno stanowisko intensywnej terapii oraz zapewnić prawidłowość leczenia pacjentów i ciągłość postępowania w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii u innego świadczeniodawcy, który udziela świadczeń w tym zakresie, pod warunkiem zapewnienia transportu sanitarnego, a także określić szczegółowy sposób zapewnienia ww. warunków w wewnętrznych aktach regulujących funkcjonowanie świadczeniodawcy.

Spośród dziesięciu podmiotów objętych kontrolą, sześciu świadczeniodawców zapewniło bezpieczeństwo pacjenta w sposób określony we wspomnianych wyżej przepisach, tj. posiadało stanowisko intensywnej terapii oraz zapewniło prawidłowość leczenia pacjentów i ciągłość postępowania w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii u innego świadczeniodawcy w tej samej lokalizacji. Określono również szczegółowy sposób leczenia pacjentów i ciągłości postępowania w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii w wewnętrznych aktach regulujących funkcjonowanie świadczeniodawcy.
Cztery pozostałe podmioty zapewniły funkcjonowanie w swojej strukturze OAiIT. Były to wszystkie trzy skontrolowane podmioty publiczne (ich OAiIT liczyły od siedmiu do 20 łóżek) oraz jeden podmiot niepubliczny (z jednołóżkowym OAiIT). W jednym[69] z nich nie zapewniono jednak, w wybrane dni objęte kontrolą, wymaganej przepisami całodobowej opieki lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii. W drugim z nich[70] NIK zwróciła uwagę na fakt, że umowy

69 PZOZ w Starachowicach.
70 Oddział Kardiologiczny AHP w Dąbrowie Górniczej.

zawarte z anestezjologami nie zapewniały stałej obecności lekarza anestezjologa, gdyż ustalały jedynie obowiązek pozostawania w gotowości do świadczenia usług lub zabezpieczały obecność lekarza anestezjologa w OAiIT jedynie w dni powszednie w godzinach 8.00–15.00.

W trzech z ww. czterech podmiotów[71], w OAiIT nie zapewniono minimalnej liczby łóżek szpitalnych ustalonej przepisami §4 ust. 3 rozporządzenia MZ w sprawie standardów w dziedzinie anestezjologii (tj. 2% ogólnej liczby łóżek). Łóżka w OAiIT w tych szpitalach stanowiły od 1,2% do 1,8% wszystkich łóżek.

Powyższy stan wyjaśniano ograniczeniami lokalowymi deklarując, że liczba łóżek w OAiIT była wystarczająca dla zaspokojenia potrzeb. Zgodnie jednak z opinią prof. Krzysztofa Kuszy, konsultanta krajowego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii: „w Polsce brakuje od 600 do 800 stanowisk intensywnej terapii. Jest ich za mało, ponieważ zarządzający szpitalami nie respektują przepisów prawa w tym zakresie i nie tworzą nowych stanowisk"[72].

Spośród 136 świadczeniodawców objętych badaniem kwestionariuszowym, w strukturze organizacyjnej w miejscu udzielania świadczeń 108 (79,4%) posiadało zarejestrowany OAiIT[73], z czego 99 podmiotów (95 publicznych i cztery niepubliczne) posiadało odrębną umowę z NFZ o udzielanie świadczeń zdrowotnych w tym zakresie. Łączna liczba łóżek w OAiIT wyniosła 1198, w tym 1156 (96,5%) zlokalizowanych było w podmiotach publicznych i 42 (3,5%) w podmiotach niepublicznych. Mediana[74] liczby łóżek w OAiIT podmiotu publicznego wyniosła dziesięć, zaś w podmiocie niepublicznym dwa. W grupie 95 OAiIT należących do podmiotów publicznych 62,1% stanowiły oddziały o drugim poziomie referencyjnym. Wśród takich oddziałów należących do podmiotów niepublicznych wszystkie posiadały pierwszy (niższy) poziom referencyjny.

3.3 Przekazanie przez wybrane podmioty publiczne realizacji świadczeń kardiologicznych niepublicznym podmiotom leczniczym i wpływ tej decyzji na sytuację finansową tych podmiotów oraz dostępność świadczeń kardiologicznych

3.3.1. Przekazanie przez podmioty publiczne realizacji świadczeń kardiologicznych niepublicznym podmiotom leczniczym

Z dniem 1 stycznia 2012 r. dwa wybrane do niniejszej kontroli publiczne podmioty lecznicze[75] ograniczyły swoją działalność statutową poprzez likwidację komórek organizacyjnych, w których udzielane były świadczenia z zakresu kardiologii i przekazały realizację tych zadań odrębnym podmiotom. Decyzje te dyrektorzy szpitali uzasadniali głównie trudną sytuacją finansową i możliwością pozyskania przez szpital środków finansowych z tytułu czynszu za wynajem pomieszczeń przeznaczonych na prowadzenie ww. usług medycznych oraz tytułem sprzedaży „know-how".

W jednym ze szpitali[76] decyzja ta nie była poprzedzona rzetelną analizą ekonomiczno-finansową opłacalności tego przedsięwzięcia, uwzględniającą wszystkie uwarunkowania decyzji tak istotnej dla kondycji finansowej szpitala. W szczególności – dostrzegając potrzebę stworzenia kompleksowej

71 Oddział Kardiologiczny AHP w Dąbrowie Górniczej, WSS Nr 3 w Rybniku i PZOZ w Starachowicach.

72 Opublikowanej na stronie www.rynekzdrowia.pl w artykule Marzeny Sygut z 25 kwietnia 2013 r.: *Dlaczego dramatycznie brakuje łóżek w OAiIT? Podjęliśmy próbę diagnozy.*

73 Kod resortowy 4260.

74 Jest to tzw. wartość środkowa zbioru, dla której połowa wyników w danej próbie ma wartość poniżej wartości mediany, a druga połowa ma wartość powyżej wartości mediany.

75 ZSM w Chorzowie oraz Szpital Specjalistyczny im. Starkiewicza w Dąbrowie Górniczej, zwany dalej „Szp. Specj. w Dąbrowie Górniczej".

76 ZSM w Chorzowie.

opieki kardiologicznej dla pacjentów, tj. również leczenia inwazyjnego m.in. ostrych zespołów wieńcowych, a więc świadczeń o wysokiej opłacalności – nie podjęto działań w celu utworzenia w tym szpitalu pracowni hemodynamiki we własnym zakresie, lecz zamiast tego, wynajęto odrębnemu podmiotowi pomieszczenia na taką działalność. Jako jedną z głównych przeszkód w utworzeniu własnej pracowni hemodynamiki wskazywano brak wykwalifikowanego personelu, jednak dyrekcja szpitala nie podjęła działań w celu pozyskania wykwalifikowanego personelu, w szczególności nie upubliczniła swojej oferty pracy w prasie specjalistycznej.
Ponadto, w kwietniu 2008 r. Śląski Konsultant Wojewódzki w dziedzinie kardiologii wydał dla tego podmiotu opinię wskazującą na niecelowość utworzenia pracowni hemodynamiki w zakresie diagnostyki i leczenia choroby wieńcowej (stwierdzając, że potrzeby województwa są w pełni pokryte), choć miesiąc wcześniej spółka PGM, której był udziałowcem, wystąpiła do ZSM z propozycją utworzenia takiej pracowni. NIK zwraca w tym miejscu uwagę na występowanie w przypadku Śląskiego Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie kardiologii konfliktu interesów, stanowiącego jeden ze zdefiniowanych przez Izbę mechanizmów korupcjogennych.
W drugim ze szpitali[77] już w 2005 r. wynajęto odrębnemu podmiotowi (AHP) na okres dziesięciu lat pomieszczenia na działalność w zakresie kardiologii inwazyjnej, a następnie, z uwagi na fakt dobrej współpracy z tym podmiotem, a także ze względu na duże zagęszczenie pracowni hemodynamiki w regionie, nie brano już pod uwagę możliwości stworzenia własnej pracowni.

Zgodnie z art. 53 ust. 2 ustawy o ZOZ (uchylonej z dniem 1 lipca 2011 r.) oddanie w najem aktywów trwałych SPZOZ mogło nastąpić wyłącznie na zasadach określonych przez podmiot, który utworzył zakład (podmiot tworzący). Jeden z podmiotów objętych kontrolą[78] oddał w najem swoje aktywa z naruszeniem ww. zasad. Przystąpiono bowiem do negocjacji warunków wynajmu pomieszczeń z przeznaczeniem na działalność kardiologiczną w marcu 2008 r. bez zasięgnięcia opinii Rady Społecznej ZSM i bez uzyskania zgody Prezydenta Miasta. Opinię Rady Społecznej uzyskano w kwietniu 2008 r. (po rozstrzygnięciu postępowania), a zgodę Prezydenta dopiero w listopadzie 2008 r., tj. już po podpisaniu umowy najmu.

Przekazanie przez wybrane do kontroli szpitale działalności kardiologicznej odrębnym podmiotom od 1 stycznia 2012 r. nastąpiło w wyniku postępowań konkursowych obejmujących łącznie: wynajem pomieszczeń, w których podmioty te do tej pory prowadziły ww. działalność, wynajem sprzętu i wyposażenia, przekazanie pracowników zatrudnionych przy wykonywaniu tych świadczeń oraz sprzedaż „know-how". Postępowania te zostały publicznie ogłoszone i odbyły się zgodnie z zasadami określonymi w wewnętrznych regulaminach dotyczących trybu wyłaniania najemców nieruchomości znajdujących się w posiadaniu tych szpitali. W jednym przypadku[79] postępowanie zostało przeprowadzone nierzetelnie, gdyż warunki udziału w postępowaniu określono w taki sposób, że postawiono w pozycji uprzywilejowanej podmiot leczniczy, który świadczył już w danej lokalizacji usługi w zakresie kardiologii inwazyjnej.

Publiczne podmioty lecznicze przekazujące działalność kardiologiczną podmiotom niepublicznym zdefiniowały „know-how", będące przedmiotem tego postępowania, jako „wieloletnią wiedzę i doświadczenie w realizowaniu usług medycznych z zakresu kardiologii". Kierownicy tych podmiotów wycenili jej wartość netto odpowiednio na: 3 mln zł i 4 mln zł, nie przedstawiając jednak elementów uwzględnionych w wyliczeniu tych kwot, poza wskazaniem, że są one

77 Szp. Specj. w Dąbrowie Górniczej.
78 ZSM w Chorzowie.
79 ZSM w Chorzowie.

porównywalne z wartością odpowiednio trzyletniego bądź rocznego kontraktu z NFZ dla oddziału kardiologicznego (bez uzasadnienia takiego wyliczenia). W ocenie NIK, skoro od najemcy wymagano m.in. wykazania się doświadczeniem i przygotowaniem merytorycznym (czyli kadrą medyczną posiadającą wymagane kwalifikacje w zakresie leczenia kardiologicznego) oczywistym jest, że nie musiał on nabywać „know-how" definiowanego jak wyżej. Należność ta była więc dodatkową opłatą za rezygnację szpitala z udzielania świadczeń z zakresu kardiologii.

Jeden z podmiotów[80], zawierając w październiku 2008 r. z odrębnym podmiotem umowę o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w zakresie elektrofizjologii oraz kardiologii inwazyjnej przez okres 3 lat, a następnie w styczniu 2009 r. zawierając kolejną umowę w tym samym zakresie (którą zawieszono realizację pierwszej z ww. umów) –pominął przepisy dotyczące obowiązku przeprowadzenia konkursu ofert. Wyłaniając wykonawcę ww. świadczeń nie przeprowadzono bowiem wymaganego art. 35a ust. 1 obowiązującej wówczas ustawy o ZOZ konkursu ofert, którego zasady zostały określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 13 lipca 1998 r. w sprawie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne[81], lecz wyłącznie – w marcu 2008 r. – postępowanie w sprawie wyłonienia najemcy części pomieszczeń dotychczas zajmowanych przez oddział chorób wewnętrznych ZSM, w oparciu o Regulamin wynajmu nieruchomości, który nie miał zastosowania do udzielania zamówień na świadczenia zdrowotne. Z wybranym w wyniku tego postępowania najemcą (PGM) zawarto w październiku 2008 r. umowę najmu. Powyższe tłumaczono brakiem czasu oraz błędnym przekonaniem kierownictwa szpitala, że najemca będzie wykonywał świadczenia z zakresu kardiologii inwazyjnej na własny rachunek na podstawie własnej umowy z NFZ (wówczas niepotrzebna byłaby umowa o udzielanie świadczeń między ZSM, a obcym podmiotem), dopiero jesienią 2008 r. dyrekcja powzięła informacje, że warunkiem zawarcia kontraktu z NFZ na wykonywanie ww. świadczeń jest posiadanie całego oddziału kardiologicznego z pracownią hemodynamiki, dlatego zawarto ww. umowy. Ponadto, ogłoszenie o postępowaniu na wynajem pomieszczeń zamieszczono niezgodnie z zasadami przeprowadzania konkursu ofert określonymi w ww. rozporządzeniu, a na etapie postępowania nie zagwarantowano możliwości weryfikacji, czy podmioty, które wezmą w nim udział, spełniają warunki wymagane od świadczeniodawców, dotyczące m.in. liczby i kwalifikacji zawodowych osób udzielających określonych świadczeń zdrowotnych. Od oferentów wymagano bowiem złożenia oferty zawierającej jedynie propozycję warunków najmu.

Szpital ten w zawartej z prywatnym podmiotem umowie na udzielanie ww. świadczeń nie zabezpieczył właściwie swoich istotnych interesów. W szczególności nie zawarto w niej postanowień umożliwiających wypowiedzenie umowy przez ZSM z przyczyn innych niż leżące po stronie NFZ. Umowa zawarta została z PGM na okres trzech lat (2009–2011), z zastrzeżeniem, że „w przypadku przedłużenia umowy z NFZ niniejsza umowa zostanie przedłużona na czas jej trwania, w przypadku zawarcia nowej umowy niniejsza umowa zostanie odpowiednio przedłużona". Faktycznie więc umowa ta została zawarta na okres tak długi, jak długo trwać będzie kontrakt z NFZ, co nie dało ZSM możliwości decydowania jak długo zamierza kontynuować współpracę z PGM na zasadach określonych w tej umowie. W treści umowy niesymetrycznie sformułowano warunki dotyczące możliwości jej rozwiązania przez strony. PGM bowiem mogło to zrobić za jednomiesięcznym okresem wypowiedzenia w przypadku: zmiany przepisów dotyczących zleceniobiorcy, a związanych z przedmiotem umowy, w szczególności dotyczących wymogów istnienia pracowni hemodynamiki w strukturach szpitala, zmiany formy prawnej, rozwiązania,

[80] ZSM w Chorzowie.

[81] Dz. U. Nr 93, poz. 592, uchylonego z dniem 1 lipca 2011 r.

likwidacji lub zaprzestania prowadzenia działalności, a także bez wypowiedzenia w przypadku, gdy ZSM dopuści się co najmniej dwumiesięcznej zwłoki w zapłacie wynagrodzenia. Natomiast ZSM mogło rozwiązać umowę jedynie w przypadku wprowadzenia zmian w przepisach lub w kontrakcie z NFZ uniemożliwiających dalsze jej wykonywanie, zachowując również jednomiesięczny okres wypowiedzenia. Powodowało to ryzyko, że w razie wystąpienia niekorzystnych okoliczności związanych z realizacją umowy, ZSM praktycznie nie miał innych, niż sądowe, możliwości jej rozwiązania. Ryzyko to uległo urzeczywistnieniu, gdyż uzyskiwana przez ZSM kwota 30%, a potem nawet 35% udziału w przychodach z tytułu świadczeń nie rekompensowała strat wynikających z obniżenia przez NFZ kontraktu na pozostałych oddziałach szpitalnych, co narażało szpital na pogłębienie straty. Powyższe spowodowało, że po nieudanej próbie rozwiązania umowy w drodze porozumienia stron, przystano na jedyne rozwiązanie akceptowane przez Zarząd PGM – jak przyznał Dyrektor ZSM – polegające na wyłączeniu kardiologii ze struktury szpitala z równoczesnym przekazaniem pracowników podmiotowi odrębnemu.

3.3.2. Wpływ decyzji o przekazaniu realizacji świadczeń kardiologicznych niepublicznym podmiotom leczniczym na sytuację finansową podmiotów publicznych oraz na dostępność świadczeń kardiologicznych

Rezygnacja przez dwa publiczne szpitale z realizacji świadczeń z zakresu kardiologii na rzecz niepublicznych podmiotów leczniczych, mimo uzyskania wpływów z tytułu najmu pomieszczeń i sprzedaży „know-how", nie przyczyniła się do zmiany kondycji ekonomicznej tych szpitali, pomimo że we wnioskach składanych przez dyrektorów szpitali do organów tworzących te szpitale decyzje w tej sprawie były tym motywowane. W przypadku jednego szpitala miało to bowiem zapobiec dalszemu obniżaniu wartości kontraktu z NFZ na oddziałach szpitalnych na rzecz kardiologicznych procedur inwazyjnych (realizowanych przez podwykonawcę), a w drugim m.in. zoptymalizować koszty funkcjonowania szpitala i pozwolić na rozwój pozostałych zakresów udzielanych świadczeń. Szpitale publiczne objęte kontrolą osiągnęły co prawda zysk netto z całej działalności w kolejnych latach po zaprzestaniu udzielania świadczeń z zakresu kardiologii oraz przekazaniu ich innym podmiotom do realizacji, choć w poprzednich latach osiągały stratę, w znacznej mierze było to jednak wynikiem doraźnych wpływów, w szczególności ze sprzedaży „know-how". Wynik finansowy na działalności podstawowej tych szpitali, w tym z tytułu realizacji usług medycznych w kolejnych latach jednak nadal był ujemny, pomimo osiągania przychodów z najmu pomieszczeń i części płatności NFZ w jednym przypadku.

- ***ZSM w Chorzowie*** *w kolejnych latach po przekazaniu oddziału kardiologii podmiotowi zewnętrznemu, tj. 2012–2013, osiągnął zysk netto w wysokości odpowiednio: 1.255,3 tys. zł i 886,9 tys. zł, co spowodowane było zyskiem na pozostałej działalności operacyjnej (przede wszystkim z otrzymania przychodów z tytułu sprzedaży „know-how" 4.000,0 tys. zł w 2011 r. dot. kardiologii oraz 1.500,0 tys. zł w 2012 r. dot. ginekologii, którą również przekazano odrębnemu podmiotowi). Z powyższego wynika, że bez samych jednorazowych wpływów z tytułu sprzedaży know-how ww. oddziałów, ZSM osiągnąłby stratę w wysokości: -5.580,0 tys. zł w 2011 r. i -244,7 tys. zł w 2012 r. Wynik ze sprzedaży usług (w tym usług medycznych) był natomiast ujemny zarówno w okresie realizacji przez ZSM ww. świadczeń, jak i w okresie po zaprzestaniu ich realizacji [wynosił on w latach 2010–2013 odpowiednio: (-) 558,2 tys. zł, (-) 5.941,3 tys. zł, (-) 1.787,4 tys. zł i (-) 981,0 tys. zł] i to pomimo że w latach 2012–2013 znacznie wzrosła wartość przychodów z tytułu najmu – w wyniku wynajęcia obcym podmiotom pomieszczeń, które wyniosły 1.436,5 tys. zł w 2012 r. i 1.711,1 tys. zł w 2013 r. Ponadto, udział procentowy wartości świadczeń sfinansowanych przez NFZ w stosunku do wartości świadczeń zrealizowanych (leczenie szpitalne ogółem) utrzymywał się na zbliżonym poziomie, tj. nie uległ istotnej poprawie w okresie po zaprzestaniu działalności z zakresu kardiologii. Tym samym faktycznie przychody szpitala po zaprzestaniu udzielania świadczeń kardiologicznych nie uległy per saldo zwiększeniu.*

- ***Szp. Specj. w Dąbrowie Górniczej*** *w pierwszym roku po przekazaniu oddziału kardiologii podmiotowi zewnętrznemu (2012 r.) poniósł stratę w wysokości (-) 178,1 tys. zł, podczas gdy w dwóch poprzednich latach ponosił rocznie straty w wysokości odpowiednio: (-) 4.464,5 tys. zł i (-) 4.600,8 tys. zł Znaczne zmniejszenie straty netto spowodowane było zyskiem na pozostałej działalności operacyjnej. Wynikało to przede wszystkim z otrzymania części przychodów z tytułu sprzedaży know-how (kolejne 4 raty na łączną kwotę 2.000,0 tys. zł). Bez samego jednorazowego wpływu z tytułu sprzedaży know-how, przy zachowaniu pozostałych parametrów przychodów i kosztów Szpital w 2011 r. poniósłby stratę w wysokości: (-) 5.600,8 tys. zł, a w 2012 r. (-) 2.178,1 tys. zł. W 2013 r. Szpital osiągnął zysk w wysokości 2.374,5 tys. zł, natomiast w 2014 r. poniósł stratę w wysokości (-) 3.843,8 tys. zł. Wynik ze sprzedaży usług (w tym usług medycznych) był natomiast ujemny zarówno w okresie realizacji przez Szpital świadczeń w zakresie kardiologii, jak i w okresie po zaprzestaniu ich realizacji. Wynosił on w latach 2010–2014 odpowiednio: (-) 6.371,3 tys. zł, (-) 8.171,3 tys. zł, (-) 7.308,3 tys. zł, (-) 5.507,4 tys. zł, (-) 9.224,5 tys. zł i to pomimo że w latach 2012–2014 znacznie wzrosła wartość przychodów z tytułu najmu (które również wchodziły w skład przychodów ze sprzedaży usług). Dochody z wynajęcia podmiotowi zewnętrznemu pomieszczeń Kardiologii wyniosły 747,0 tys. zł w 2012 r., 803,4 tys. zł w 2013 r. i 820,1 tys. zł w 2014 r. Na znaczne obniżenie wyniku ze sprzedaży usług w 2014 r. wpływ miały m.in. zwiększone koszty amortyzacji wynikające z zakupu sprzętu do rehabilitacji na potrzeby Zagłębiowskiego Centrum Onkologii.*

Pomimo że ww. szpitale przekazały udzielanie świadczeń kardiologicznych odrębnym podmiotom niepublicznym, nadal przyjmowały i leczyły w oddziałach chorób wewnętrznych pacjentów ze schorzeniami kardiologicznymi wymagających leczenia zachowawczego. Przykładowo, w wyniku przekazania przez ZSM w Chorzowie udzielania tych świadczeń odrębnemu podmiotowi, w kolejnych latach wzrosła liczba niektórych świadczeń z zakresu kardiologii zachowawczej udzielanych w obu oddziałach chorób wewnętrznych ZSM (w niektórych grupach aż czterokrotnie). Wzrost liczby tych świadczeń wynikał nie tylko ze zmiennej zachorowalności mieszkańców Chorzowa, jak podał w wyjaśnieniach Dyrektor ZSM, bowiem wzrostowi liczby określonych świadczeń z zakresu kardiologii, udzielonych w oddziałach chorób wewnętrznych ZSM w latach 2012–2013, towarzyszył jej spadek w Oddziale Kardiologii prowadzonym przez PGM. Powyższe umożliwiło podmiotom, które przejęły działalność kardiologiczną skoncentrowanie swojej aktywności na leczeniu inwazyjnym pacjentów, które było wysoko wycenione przez NFZ, a ponadto – taka hospitalizacja podlegała finansowaniu w ramach tzw. świadczeń nielimitowanych.

Oba szpitale ponosiły też od 1 stycznia 2012 r. koszty badań (wykonanych w ramach udzielonych porad ambulatoryjnych w SOR jednego oraz izbie przyjęć drugiego z nich) pacjentów, którzy przyjmowani byli następnie (na podstawie skierowania) na oddziały kardiologiczne prowadzone w tej samej lokalizacji przez podmioty niepubliczne. Działo się tak, pomimo że te niepubliczne podmioty posiadały własne, odrębne izby przyjęć z własnym systemem rejestracji pacjentów. Dotyczyło to w poszczególnych latach i szpitalach od 10% do nawet 20% wszystkich pacjentów hospitalizowanych w podmiotach, które przejęły oddziały kardiologiczne. Szpitale publiczne nie obciążały jednak ww. podmiotów kosztami poniesionymi z tego tytułu. Dyrektorzy szpitali wyjaśniali, że odpowiednio SOR lub izba przyjęć szpitala zobowiązane były do przeprowadzenia wstępnej diagnostyki, która traktowana była jako porada niezakończona hospitalizacją i jej koszty mieściły się w ryczałcie dobowym otrzymywanym z NFZ. W przypadku ZSM w Chorzowie wynik finansowy izby przyjęć z roku na rok się pogarszał, w związku z czym, pomimo że koszty ponoszone przez izbę przyjęć tego szpitala w odniesieniu do pacjentów odrębnego podmiotu mieściły się w dobowym ryczałcie NFZ, to jednak obniżały marżę możliwą do wygenerowania przez szpital w tym obszarze świadczeń.

W przypadku obu szpitali podmioty przejmujące od nich działalność kardiologiczną nie regulowały w terminie swoich zobowiązań z tytułu określonego w umowach czynszu oraz z tytułu sprzedaży „know-how". Pomimo nieterminowej zapłaty ww. należności, w obu szpitalach nie podejmowano stosownych działań, w tym nie kierowano wezwań do zobowiązanego i nie naliczano odsetek za zwłokę. Opóźnienia w płatnościach wynosiły do 56 dni w jednym z nich oraz aż do 128 dni w drugim. Powyższe zaniechania tłumaczono tym, że płatności dokonywane były głównie w drodze wzajemnego potrącania zobowiązań (kompensaty) i tym, że druga strona również nie egzekwowała odsetek za zwłokę. NIK zwróciła uwagę na ryzyko wynikające z faktu, że brak formalnego uregulowania rezygnacji z wzajemnego dochodzenia odsetek za zwłokę nie gwarantuje, że kontrahent w przyszłości odstąpi od naliczenia należnych mu odsetek za zwłokę.

W wyniku przekazania przez Szp. Specj. w Dąbrowie Górniczej udzielania świadczeń kardiologicznych odrębnemu podmiotowi, łączna liczba łóżek dla pacjentów ze schorzeniami kardiologicznymi zmalała z 51 do 36 (o 30%). Okoliczność ta od 2012 r. mogła zatem ograniczać dostępność do świadczeń zdrowotnych z zakresu kardiologii zachowawczej dla pacjentów w danej lokalizacji. Dyrektor Szpitala twierdził wprawdzie, że w kolejnych latach odnotowano wzrost liczby hospitalizacji w oddziale kardiologii prowadzonym już przez nowy podmiot, jednak w ocenie NIK nie musiało to świadczyć o tym, że zachowana została dotychczasowa dostępność świadczeń. Na wzrost ten wpływała bowiem także zmiana w strukturze świadczeń (wzrost liczby świadczeń z zakresu kardiologii inwazyjnej kosztem leczenia zachowawczego, które w części przejął oddział chorób wewnętrznych szpitala) i znaczne skrócenie średniego czasu pobytu pacjentów w oddziale kardiologicznym (z sześciu do dwóch–trzech dni).

Przekazując działalność kardiologiczną odrębnemu podmiotowi, Szpital nie zagwarantował, że ciągłość udzielania świadczeń z zakresu kardiologii będzie utrzymana w niezmienionym zakresie. Udostępnił bowiem AHP pomieszczenia na działalność kardiologiczną na parterze i na II piętrze jednego ze swoich budynków (tzw. Pawilonu A), na podstawie dwóch odrębnych umów, zawartych w różnych momentach i na różne okresy (na parterze na okres 2005–2015, a na II piętrze na okres 2012–2022). Pomieszczenia te faktycznie od 2012 r. stanowiły jedną, funkcjonalną całość (np. pokoje łóżkowe należące do Oddziału Kardiologii rozmieszczone były w części na obu kondygnacjach), zatem działalność wykonywana w pomieszczeniach wynajętych na podstawie jednej z umów nie mogła być prowadzona w oderwaniu od działalności prowadzonej w pomieszczeniach wynajętych na podstawie drugiej z nich. W związku z wygaśnięciem okresu, na który zawarta była jedna z tych umów (w 2015 r., dot. pomieszczeń na parterze), konieczne było przeprowadzenie kolejnego postępowania na wynajem pomieszczeń na parterze Pawilonu A. Wówczas, ani w okresie poprzedzającym (2012–2015) nie podejmowano jednak działań w celu ogłoszenia i przeprowadzenia jednego postępowania na wynajem łącznej powierzchni obu kondygnacji w Pawilonie A, gdyż jak wyjaśniano, działanie takie mogłoby być oceniane jako celowe działanie pod konkretnego oferenta i spotkać się z zarzutami co do naruszenia zasad transparentności postępowania. W ocenie NIK zaniechanie ww. działań spowodowało ryzyko, że w sytuacji gdyby w wyniku postępowania na wynajem pomieszczeń na parterze Pawilonu A od 2015 r. wyłoniony został inny podmiot niż dotychczas prowadzący działalność, mogłoby to powodować utrudnienia w zapewnieniu ciągłości udzielania świadczeń z zakresu kardiologii.

3.4 Kontraktowanie przez NFZ świadczenia usług opieki zdrowotnej w zakresie kardiologii

Skontrolowane Oddziały Wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia[82] kontraktując świadczenia z zakresu kardiologii, realizowane w latach 2012–2014 w trybie hospitalizacji, zapewniały równe traktowanie podmiotów leczniczych. Świadczenia z zakresu kardiologii[83] realizowane były w oparciu o umowy zawierane przez poszczególne oddziały wojewódzkie NFZ ze świadczeniodawcami w trybie przewidzianym w art. 139 ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, tj. po rozstrzygnięciu konkursu ofert (rok 2012). W latach 2013–2014 – w efekcie przeprowadzonych negocjacji na postawie §32 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej[84], świadczenia realizowano na podstawie aneksów do umów z 2012 r.

W latach 2012–2014 Podkarpacki Oddział Wojewódzki NFZ sfinansował świadczenia zdrowotne udzielane w ramach umów zawartych z 15 podmiotami leczniczymi, Śląski Oddział Wojewódzki NFZ z 28 świadczeniodawcami w 2012 r. i 25 – w latach 2013–2014, zaś Świętokrzyski Oddział Wojewódzki NFZ – z siedmioma podmiotami.
W Podkarpackim i Świętokrzyskim OW NFZ[85], prognozowane wydatki na świadczenia szpitalne w zakresie kardiologii utrzymywały się na zbliżonym poziomie. Natomiast w Śląskim OW NFZ w latach 2013 i 2014 prognozowano coroczny wzrost tych wydatków w stosunku do planu na rok 2012 o 12,6% w 2013 r. oraz o 15,1% w 2014 r. W żadnym z oddziałów planowane na rok następny środki na finansowanie świadczeń zdrowotnych z zakresu kardiologii nie osiągnęły poziomu wydatków poniesionych w roku poprzednim.

Pomimo wystąpienia w każdym roku „nadwykonań" w realizacji świadczeń kardiologicznych, oddziały NFZ płaciły świadczeniodawcom kwoty nie większe od kwot wynikających z kontraktów (po zmianach) lub do wysokości kwot ustalonych w ugodach sądowych/pozasądowych[86]. W Śląskim OW NFZ sfinansowano w tym okresie średnio 95,3% wartości świadczeń wykonanych, w Podkarpackim OW NFZ – 97,2%, a w Świętokrzyskim OW NFZ – 98,7%. Najniższy poziom świadczeń zdrowotnych zapłaconych w stosunku do wykonanych dotyczył świadczeń w grupie Kardiologia – hospitalizacja[87], przy czym najniższy poziom refundacji (87,4%) odnotowano w Śląskim OW NFZ w odniesieniu do świadczeń zrealizowanych przez świadczeniodawców w 2014 r.

---

82 Podkarpacki Oddział Wojewódzki NFZ, Śląski Oddział Wojewódzki NFZ i Świętokrzyski Oddział Wojewódzki NFZ.

83 Rodzaj świadczeń: *leczenie szpitalne, zakresy świadczeń: kardiologia – hospitalizacja, kardiologia – hospitalizacja E10, E11, E12, E13, E14* (zakres wprowadzony od stycznia 2013 r., wcześniej obejmował grupy od E11 do E14), *kardiologia – hospitalizacja E23, E24, E25, E26* (od stycznia 2014 r. grupy JGP z tego zakresu rozliczane były w ramach zakresu podstawowego *kardiologia – hospitalizacja*).

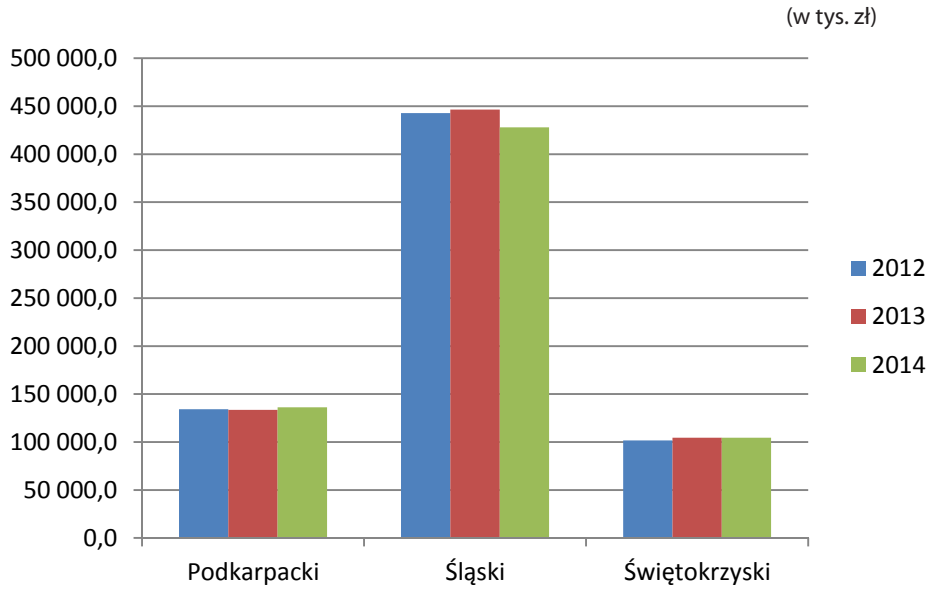
84 Dz. U. Nr 81, poz. 484, zwanego dalej rozporządzeniem MZ w sprawie ogólnych warunków umów.

85 Zwanymi dalej odpowiednio: „Podkarpackim OW NFZ" i „Świętokrzyskim OW NFZ".

86 Zawierane ze świadczeniodawcami ugody pozasądowe i sądowe w zakresie świadczeń ponadlimitowych zawierały klauzulę całkowitego zrzeczenia się roszczeń – świadczeniodawcy akceptując określoną w ugodzie kwotę zapłaty za nadwykonania składali oświadczenia o zrzeczeniu się na przyszłość jakichkolwiek dalszych roszczeń związanych z realizacją świadczeń objętych umową.

87 W Śląskim OW NFZ poziom refundacji świadczeń wynosił 91,1% wartości świadczeń, w Podkarpackim OW NFZ – 95,3%, a w Świętokrzyskim OW NFZ – 97,7%.

Wykres nr 3
Wartość świadczeń z zakresu kardiologii rozliczonych przez skontrolowane oddziały wojewódzkie NFZ w latach 2012–2014



Źródło: Dane z wystąpień pokontrolnych i akt kontroli.

3.5 Kontrola i nadzór merytoryczny nad jakością i zasadnością udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu kardiologii

Oddziały NFZ prowadziły kontrole u świadczeniodawców udzielających świadczeń zdrowotnych z zakresu kardiologii, zarówno pod względem spełniania wymogów dotyczących pomieszczeń, kwalifikacji personelu i wyposażenia w sprzęt oraz aparaturę medyczną, jak też pod względem prawidłowości kwalifikowania rozliczanych świadczeń do odpowiednich grup JGP.

- ***Podkarpacki OW NFZ*** *w 2012 roku przeprowadził kontrole trzech spośród 15 podmiotów realizujących świadczenia w zakresach objętych kontrolą. Kontrole dotyczyły w szczególności realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w zakresie prawidłowości kwalifikacji i rozliczania świadczeń w ramach grup E11–E19 (na podstawie zasad stosowanych w systemie JGP). Badano również spełnienie wymogów dotyczących kwalifikacji personelu, organizacji udzielania świadczeń, wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną oraz sposobu prowadzenia dokumentacji medycznej. W latach 2013–2014 żaden z 14 podmiotów realizujących wówczas świadczenia w zakresie kardiologii nie został skontrolowany przez Oddział, co uzasadniono koniecznością kontroli podmiotów realizujących świadczenia w innych rodzajach i zakresach świadczeń.*
- ***Śląski OW NFZ*** *w latach 2012–2014 przeprowadził łącznie 12 kontroli w 11 podmiotach leczniczych udzielających świadczeń w zakresie kardiologii, z których każda obejmowała spełnianie warunków wymaganych dla realizacji świadczeń (warunki lokalowo-techniczne, kwalifikacje i zatrudnienie personelu, wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną)*[88]*. W toku sześciu spośród ww. kontroli sprawdzono również zasadność kwalifikacji świadczeń z zakresu kardiologii i ich rozliczania w systemie JGP, w tym:*
  - *jedna kontrola obejmowała świadczenia z zakresu „kardiologia – hospitalizacja", „kardiologia – hospitalizacja E11–E14", „kardiologia – hospitalizacja E23–E26";*
  - *pięć kontroli obejmowało świadczenia z zakresu „kardiologia – hospitalizacja" oraz „kardiologia – hospitalizacja E11–E14".*

[88] W jednym z podmiotów przeprowadzono dwie kontrole.

- ***Świętokrzyski OW NFZ*** *w latach 2012–2014 przeprowadził łącznie dziesięć kontroli u pięciu świadczeniodawców, którzy udzielali świadczeń w kontrolowanych zakresach, w tym pięć kontroli w 2012 r., dwie kontrole w 2013 r. i trzy kontrole w 2014 r. Trzy spośród ww. kontroli zrealizowano w ramach kontroli koordynowanej pt. „Realizacja umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie prawidłowości i rozliczania świadczeń w ramach grup E11–E19". Trzy kolejne miały charakter doraźny i były przeprowadzone z inicjatywy Oddziału (jedna dotyczyła realizacji umów w różnych zakresach świadczeń, w tym również we wszystkich zakresach kardiologicznych – w szczególności w odniesieniu do hospitalizacji w trybie nagłym oraz sprawdzenia zasadności przypadków odroczenia terminu wykonania świadczenia; druga dotyczyła realizacji umowy w zakresie „kardiologia-hospitalizacja E11–E14" – w szczególności prawidłowości rozliczania świadczeń; trzecia obejmowała realizację umów we wszystkich zakresach kardiologii pod kątem wymagań określonych w zarządzeniach Prezesa NFZ i rozporządzeniach Ministra Zdrowia, dotyczących personelu i sprzętu medycznego). Cztery pozostałe kontrole były doraźnymi i dotyczyły wyłącznie świadczeń ratujących życie, których finansowanie odbywało się w trybie art. 19 ust. 4 i 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Obejmowały one w szczególności analizę dokumentacji medycznej pacjentów, którym udzielono świadczeń objętych wnioskami składanymi na podstawie ww. przepisów.*

Zakres przedmiotowy kontroli obejmował więc tylko zagadnienia związane z formalnym spełnianiem przez świadczeniodawców wymogów i warunków umowy zawartej z NFZ. Przedstawiony powyżej zakres niewątpliwie był istotny przy ocenie przygotowania do wykonywania umów o świadczenie usług opieki zdrowotnej i ich rozliczania. W toku żadnej z kontroli przeprowadzonej przez NFZ nie weryfikowano jednak jakości udzielanych świadczeń rozumianej jako zgodność ze sztuką medyczną oraz zasadności udzielanych świadczeń rozumianej jako słuszność oraz trafność i celowość ich udzielania, pomimo takiego uprawnienia wynikającego z art. 64 ust. 1 i 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Działo się tak pomimo tego, że również umowy zawierane z NFZ zobowiązywały świadczeniodawców do udzielania świadczeń m.in. zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w zarządzeniach Prezesa NFZ (nr 72/2011/DSOZ z dnia 20 października 2011 r. oraz nr 89/2013/DSOZ z dnia 19 grudnia 2013 r.) w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne, wydanych na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Przepis §11 ust. 1 ww. zarządzeń stanowił, że świadczeniodawca jest zobowiązany przy udzieleniu świadczeń opieki zdrowotnej do stosowania zasad postępowania medycznego zgodnego z aktualnym stanem wiedzy, zawartych w standardach określonych w obowiązujących przepisach prawa oraz wytycznych, zaleceniach i rekomendacjach wydawanych przez towarzystwa naukowe zrzeszające specjalistów z właściwych dziedzin medycyny.

W złożonych wyjaśnieniach Dyrektorzy OW NFZ twierdzili m.in., że taki zakres kontroli był zastrzeżony do dyspozycji Ministra Zdrowia, Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej przy Okręgowej Izbie Lekarskiej albo pozostaje w gestii konsultantów w danej dziedzinie medycyny.

Zdaniem NIK, kontrola realizowana przez NFZ winna zabezpieczać interesy pacjentów nie tylko poprzez odpowiedź na pytanie kto świadczy usługi (kwalifikacje personelu), przy pomocy jakich narzędzi (wyposażenie i sprzęt) i jak rozliczono kontrakt, ale także czy usługi te – w odniesieniu do indywidualnego pacjenta – były świadczone adekwatnie do stanu jego zdrowia i wymogów jakie dla poprawy zdrowia lub ratowania życia przewidują wypracowane wytyczne, rekomendacje i standardy postępowania. Podkreślić należy, że art. 64 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, stanowiący podstawę prawną do przeprowadzenia przez NFZ kontroli u świadczeniodawców, w ust. 1 definiuje katalog obszarów kontroli w sposób otwarty, co wynika z zawartego w ww. przepisie sformułowania „w szczególności". Nadto, sam ustawodawca w ust. 3 ww. artykułu, uściślając podmiotowe aspekty procedury kontrolnej, wskazał obok kontroli dokumentacji medycznej na kontrole „jakości i zasadności udzielanych świadczeń".

Wskazanie w umowie z NFZ obowiązku postępowania medycznego zgodnego z ustalonymi, konkretnymi wytycznymi, zaleceniami i rekomendacjami towarzystwa naukowego zrzeszającego specjalistów z danej dziedziny medycyny, w sposób oczywisty wiązało świadczeniodawców. Tym samym, w ocenie NIK, wywiązywanie się z tych obowiązków winno być również objęte kontrolą NFZ. Izba zwraca jednak uwagę na to, że pomimo wydatków poniesionych w badanym okresie przez skontrolowane oddziały wojewódzkie NFZ na świadczenia kardiologiczne w kwocie przekraczającej 2 mld zł, w żadnym z tych oddziałów nie zatrudniano – w komórkach organizacyjnych zajmujących się kontrolą świadczeniodawców – lekarzy kardiologów. Podkreślenia wymaga również fakt, iż nie skorzystano również z możliwości powołania specjalisty w tej dziedzinie, choć w art. 64 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej określono taką możliwość. Zdaniem NIK, zaniechanie przez NFZ kontroli świadczeń w tym zakresie powodowało, że płatnik nie miał możliwości dokonania pełnej i rzetelnej oceny prawidłowości i efektywności wydatkowania środków publicznych, które przeznaczył na finansowanie świadczeń.

Konieczność objęcia kontrolą ww. aspektów potwierdził Prezes NFZ wskazując równocześnie, że NFZ stale (co zostało również stwierdzone przez NIK[89]) boryka się z problemem zatrudnienia i wysokiej fluktuacji kadr realizujących zadania kontrolne, co w głównej mierze dotyczy osób posiadających wykształcenie lekarskie, a w sposób szczególny lekarzy specjalistów. Przykładowo: na przełomie września i października 2015 r. w skali całego kraju w NFZ zatrudniony był tylko jeden lekarz specjalista w dziedzinie kardiologii. Ww. uwarunkowania w praktyce uniemożliwiają realizację kontroli jakości i zasadności udzielonych świadczeń, a badanie tych obszarów przez kontrolerów-lekarzy nieposiadających stosownej specjalizacji w określonej dziedzinie medycyny stwarza wysokie ryzyko podważalności przez świadczeniodawców (dysponujących wysoko wykwalifikowaną kadrą medyczną) ustaleń kontroli i sformułowanych na ich podstawie ocen. Warunkiem koniecznym, pozwalającym na ich realizację jest zwiększenie nakładów finansowych na działalność kontrolną NFZ, co zwiększy jego atrakcyjność na rynku pracy.

Na potrzebę zintensyfikowania działań kontrolnych NFZ wskazują też przypadki niezasadnego zakwalifikowania, przedstawiania do rozliczenia przez NFZ i rozliczenia świadczeń w grupach dedykowanych OZW stwierdzone w wyniku kontroli NIK w pięciu podmiotach leczniczych oraz wątpliwości co do poprawnego ich rozliczenia w kolejnych trzech podmiotach. Ponadto, w przypadku trzech podmiotów, u których NIK stwierdziła nieprawidłowości m.in. w zakresie warunków realizacji świadczeń (brak własnej izby przyjęć[90] lub niezapewnienie właściwej opieki lekarskiej[91]), kontrole NFZ dotyczące wykonywania świadczeń w okresie objętym kontrolą nie wykazały nieprawidłowości stwierdzonych przez NIK.

3.6 Wycena świadczeń z zakresu kardiologii i jej wpływ na dostępność tych świadczeń

NFZ w 2013 r. dokonał oszacowania wartości hospitalizacji związanej z diagnostyką i leczeniem inwazyjnym OZW na podstawie wniosków składanych przez podmioty o wypłatę wynagrodzenia za świadczenia opieki zdrowotnej udzielone świadczeniobiorcy w stanie nagłym w związku z ustawowym obowiązkiem, wynikającym z art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

89 Informacja o wynikach kontroli nr P/12/142 „Prowadzenie kontroli świadczeniodawców oraz weryfikacja wykonania zakontraktowanych świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia", str. 5–6, 15–19.

90 W Centrum Kardiologii Intercard w Krośnie i Centrum Kardiologii Allenort Kutnie.

91 W WSS nr 3 w Rybniku.

Wykazane we wnioskach koszty badań laboratoryjnych i obrazowych, leków i materiałów medycznych były porównywalne pomiędzy poszczególnymi świadczeniodawcami w ramach rozliczenia hospitalizacji o podobnym zakresie wykonanego zabiegu i wynosiły: 5,2 tys. zł dla świadczenia z grupy E11, 3,6 tys. zł dla świadczenia z grupy E12, 1,5 tys. zł dla świadczenia z grupy E13, oraz 1,2 tys. zł dla świadczenia z grupy E14. W związku z tym Prezes NFZ zdecydował, że wielkości mogą być użyteczne do weryfikacji poziomu dotychczasowego finansowania świadczeń. Natomiast z przeprowadzonej przez NFZ analizy kosztów przedstawianych przez ww. podmioty wynikało, że tzw. „koszty pozamedyczne" są wykazywane w sposób budzący wątpliwość co do ich wiarygodności, wobec czego trudno je było traktować jako podstawę do jakichkolwiek wyliczeń dot. weryfikacji wyceny grup E11–E14. W ramach jednego podmiotu, dla hospitalizacji o podobnym czasie pobytu pacjenta, odpowiadającym tej samej grupie JGP wykazywane były diametralnie różne koszty związane z wynagrodzeniem personelu, amortyzacją, kosztami administracyjnymi oraz pozycją pozostałych kosztów. Dlatego Prezes NFZ zdecydował, by pozostałą część kosztów wchodzących w wycenę grup wyliczyć na podstawie ogólnopolskiej mediany czasu pobytu – trzy dni dla przedmiotowych hospitalizacji, wyliczonej wartości amortyzacji 800 zł na zabieg (czas amortyzacji pięć lat, 1 tys. zabiegów rocznie na jeden podmiot) oraz przyjętej wartości osobodnia 1 000 zł. Dodano też do katalogu nową grupę – E10 OZW – diagnostyka inwazyjna, dedykowaną hospitalizacji w ostrych zespołach wieńcowych kończącej się wykonaniem wyłącznie koronarografii (bez zabiegu przezskórnej interwencji wieńcowej).

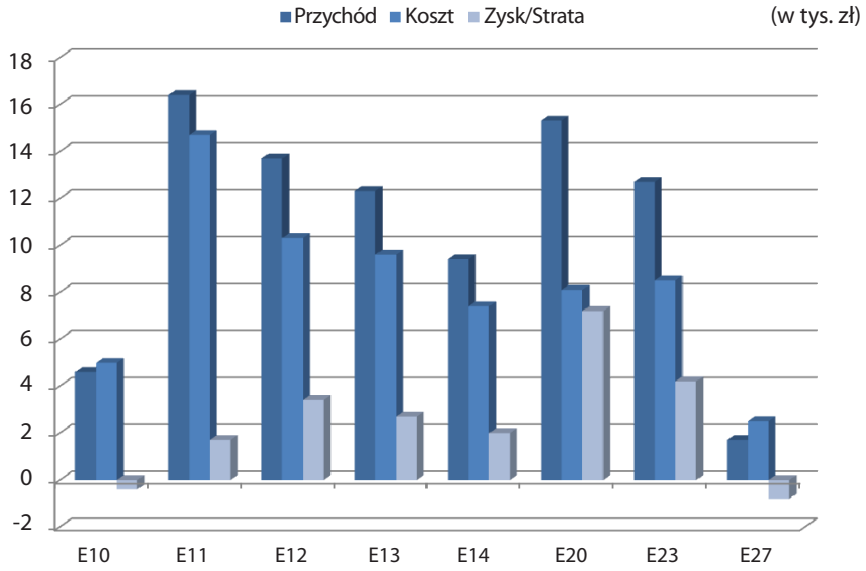
W okresach wcześniejszych NFZ nie przeprowadzał szczegółowych analiz, poza wykonaną na przełomie 2011 i 2012 r. analizą oszacowania wartości grup angioplastyk planowych z zastosowaniem stentów (E23, E24, E25), na podstawie danych przekazanych z ośmiu szpitali, wytypowanych przez konsultanta krajowego. Poza tym zmiany w wycenie świadczeń realizowane były głównie na podstawie pozyskanych danych o cenach wyrobów medycznych kupowanych przez szpitale w przetargach lub ustaleń z zespołem konsultanta krajowego w dziedzinie kardiologii.

Dane pozyskane w ramach niniejszej kontroli od dwóch świadczeniodawców wskazują, że średni koszt najczęściej wykonywanego świadczenia z zakresu kardiologii inwazyjnej E12, po uwzględnieniu zarówno kosztów bezpośrednich, jak i pośrednich, wyniósł w 2014 r. 10,3 tys. zł[92]. Przychód otrzymany z NFZ za te świadczenia to 13,7 tys. zł, uzyskiwana marża wynosiła zatem 3,4 tys. zł. Średni koszt drugiego najczęściej wykonywanego świadczenia E13 wyniósł 9,6 tys. zł, natomiast przychód z NFZ 12,3 tys. zł, marża wynosiła 2,7 tys. zł. Świadczenia kardiologii inwazyjnej wykonywane w trybie planowym charakteryzowały się również przewagą przychodów nad kosztami, np. E20: średni koszt wyniósł 8,1 tys. zł, przychód z NFZ 15,3 tys. zł. Spośród procedur inwazyjnych w grupach dot. diagnostyki (E10 i E27) odnotowano niewielką stratę (odpowiednio: 0,4 tys. zł i 0,8 tys. zł).

[92] Wyliczono na podstawie danych przedstawionych przez tych świadczeniodawców w oparciu o wszystkie hospitalizacje zakwalifikowane do danych JGP i rozliczone przez nich w danym roku.

Wykres nr 4

Porównanie wartości przychodów (otrzymywanych z NFZ), średnich kosztów oraz osiągniętych wyników finansowych w 2014 r. przez podmioty lecznicze w wyniku realizacji wybranych grup świadczeń kardiologicznych inwazyjnych (E10, E11, E12, E13, E14, E20, E23 i E27)

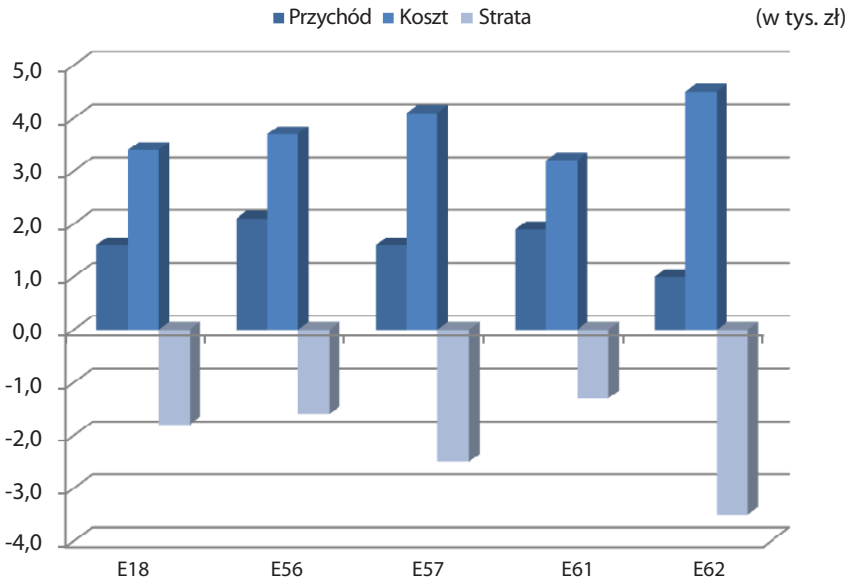


Źródło: Dane z wystąpień pokontrolnych i akt kontroli. Obliczenia własne NIK.

W przypadku świadczeń kardiologii zachowawczej, średni koszt dwóch najczęściej realizowanych świadczeń (E56 i E57) wyniósł odpowiednio: 3,7 tys. zł i 4,1 tys. zł, przychód z NFZ odpowiednio 2,1 tys. zł i 1,6 tys. zł, poniesiona strata wyniosła odpowiednio 1,6 tys. zł i 2,5 tys. zł. Średni koszt leczenia zachowawczego pacjenta z rozpoznanym OZW (E18) wyniósł 3,4 tys. zł, przychód z NFZ 1,6 tys. zł, a poniesiona strata 1,8 tys. zł.

Wykres nr 5

Porównanie wartości przychodów (otrzymywanych z NFZ), średnich kosztów i strat ponoszonych przez podmioty lecznicze w 2014 r. w wyniku realizacji wybranych grup świadczeń kardiologicznych zachowawczych (E18, E56, E57, E61, E62)



Źródło: Dane z wystąpień pokontrolnych i akt kontroli. Obliczenia własne NIK.

Przychód osiągany przez podmiot leczniczy z tytułu leczenia inwazyjnego pacjenta z OZW przyjętego w trybie pilnym wynosi obecnie od 9,4 tys. zł (w przypadku rozliczenia w ramach grupy E14) do 16,4 tys. zł (rozliczenie w ramach grupy E11), a przychód z tytułu leczenia zachowawczego pacjenta z OZW – od 1,6 tys. zł (rozliczenie w ramach grupy E18) do 2,9 tys. zł (w ramach grupy E16). Powyższe oznacza, że leczenie inwazyjne jest średnio pięcio-, sześciokrotnie wyżej wycenione przez NFZ, niż leczenie zachowawcze. Natomiast w krajach sąsiadujących z Polską proporcje te ukształtowane są inaczej. Na Litwie na przykład, leczenie inwazyjne pacjenta z OZW w stanie zagrożenia życia lub z powikłaniami jest wycenione przez instytucję pełniącą funkcję podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych (litewski odpowiednik polskiego NFZ) zaledwie dwuipółkrotnie wyżej, niż leczenie zachowawcze[93]. Podobnie w Niemczech, leczenie inwazyjne pacjenta z ww. schorzeniem wycenione jest przez analogiczną instytucję około dwukrotnie wyżej, niż leczenie zachowawcze[94].

W odniesieniu do powyższego, już we wcześniej opublikowanych informacjach o wynikach kontroli zrealizowanych w obszarze zdrowia NIK zwracała uwagę, że w sytuacji gdy ceny, po których kontraktowane są przez NFZ świadczenia zdrowotne, nie odzwierciedlają rzeczywistych kosztów ich udzielania przez świadczeniodawców, mogą oni podjąć działania zmierzające do udzielania jedynie tych świadczeń, które zapewnią im dodatni wynik finansowy, niezależnie od potrzeb zdrowotnych ludności. W konsekwencji, świadczenia wyceniane przez NFZ poniżej kosztu ich udzielenia będą ograniczane i trudno dostępne dla pacjentów. Z kolei ich przeszacowanie może skutkować ich nadmiernym udzielaniem, nawet wbrew potrzebom medycznym, co z kolei oznacza nieefektywne wydatkowanie środków publicznych[95].

Powyższe ustalenia kontroli wskazują, że w celu uniknięcia podejmowania przez podmioty lecznicze działań zmierzających do udzielania jedynie tych świadczeń, które zapewnią im zdecydowanie większe przychody i unikania świadczeń charakteryzujących się niedoszacowaniem wycen, wskazane jest zapewnienie przez Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji regularnego monitorowania rynku usług medycznych w celu zachowania aktualności danych dot. kosztów składowych elementów wyceny świadczeń z zakresu kardiologii (zarówno inwazyjnej, jak i zachowawczej) i dokonania urealnienia wycen w sytuacji zmiany tych kosztów.

---

93 Ustalono na podstawie informacji uzyskanych od Valstybės Kontrolė (najwyższego organu kontroli Litwy) w piśmie z 12 maja 2015 r.

94 Ustalono na podstawie informacji uzyskanych od GKV – Spitzenverband (Krajowego Stowarzyszenia Ustawowych Funduszy Ubezpieczeń Zdrowotnych w Niemczech) w piśmie z 21 grudnia 2015 r.

95 M.in. w Informacji o wynikach kontroli P/14/060 „Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w ramach planu finansowego na 2013 rok", str. 7 i 19.

4 INFORMACJE DODATKOWE

Doboru jednostek kontrolowanych dokonano w sposób celowy w czterech województwach o zróżnicowanej liczbie pracowni hemodynamiki w przeliczeniu na milion mieszkańców, równocześnie, dla utrzymania odpowiedniej reprezentatywności próby, wybrano województwa o zróżnicowanym stopniu uprzemysłowienia (stopień ten niewątpliwie ma wpływ na zachorowalność na choroby serca i naczyń). Do kontroli wytypowano: dwie pary podmiotów leczniczych znajdujących się w tej samej lokalizacji (w każdej z tych par – publiczny, który w ostatnich latach zaprzestał realizacji świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii, powierzając prowadzenie tej działalności wraz z utworzeniem i prowadzeniem pracowni hemodynamiki drugiemu podmiotowi – niepublicznemu oraz ten właśnie podmiot niepubliczny), a także sześć podmiotów leczniczych (po trzy publiczne i niepubliczne) udzielających w okresie 2011–2014 świadczeń w zakresie kardiologii, w tym inwazyjnej w ramach kontraktów zawartych z NFZ (o znacznych wartościach) oraz dwa podmioty, które realizowały w ww. okresie świadczenia z zakresu kardiologii inwazyjnej (o znacznej wartości) finansowane ze środków publicznych na podstawie art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Kontrolą objęto również trzy oddziały wojewódzkie NFZ, które prowadziły postępowania w sprawie zawarcia umów z ww. świadczeniodawcami.

W treści informacji wykorzystano też wyniki badania kwestionariuszowego przeprowadzonego na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK w podmiotach leczniczych w odniesieniu do 136 miejsc udzielania świadczeń.

Na etapie przygotowania kontroli została opracowana przez eksperta (lekarza specjalistę w dziedzinie kardiologii) metodyka badania dokumentacji medycznej. W oparciu o ww. metodykę oraz informacje uzyskane podczas panelu ekspertów przeprowadzonego w październiku 2014 r., w toku kontroli w podmiotach leczniczych zbadano dokumentację medyczną wybranej grupy pacjentów – łącznie 1.255 z 25.765 (5%) hospitalizacji – świadczeń z zakresu kardiologii inwazyjnej. Badania te przeprowadzono przy udziale powołanych w tym celu specjalistów – lekarzy medycyny zatrudnionych w oddziałach wojewódzkich NFZ, w komórkach organizacyjnych zajmujących się kontrolą świadczeniodawców.

Postępowanie kontrolne zostało przeprowadzone w okresie od 29 grudnia 2014 r. do 15 lipca 2015 r. przez dwie delegatury NIK na terenie wybranych czterech województw: łódzkiego, podkarpackiego, śląskiego, świętokrzyskiego (przy czym kontrola rozpoznawcza przez jedną delegaturę na terenie województwa śląskiego w I połowie 2014 r.) Opis ustalonego stanu faktycznego, ocena kontrolowanej działalności oraz uwagi i wnioski przedstawione zostały w 15 wystąpieniach pokontrolnych. Do kierowników jednostek objętych kontrolą rozpoznawczą sformułowano łącznie pięć wniosków, z których na dzień opracowywania informacji wszystkie są w trakcie realizacji, natomiast do kierowników jednostek objętych kontrolą planową sformułowano łącznie 19 wniosków, z których dwa zostały zrealizowane, dziesięć było w trakcie realizacji i siedmiu wniosków nie zrealizowano.

Do dziewięciu wystąpień pokontrolnych (w tym do jednego z kontroli rozpoznawczej) zgłoszono zastrzeżenia[96]. Zespoły orzekające komisji rozstrzygających w NIK uwzględniły w całości cztery zastrzeżenia, w części 25 zastrzeżeń (w tym dwa zgłoszone po kontroli rozpoznawczej), a oddaliły 12 zastrzeżeń (w tym cztery zgłoszone po kontroli rozpoznawczej). Zastrzeżenia dotyczyły

[96] Dotyczy wystąpień pokontrolnych do kierowników następujących jednostek: Oddział Kardiologiczny AHP w Bełchatowie, Chorzowskie Centrum Kardiologii PGM, Oddział Kardiologiczny AHP w Dąbrowie Górniczej, Szp. Specj. w Dąbrowie Górniczej, Centrum Kardiologii Intercard w Krośnie, Centrum Kardiologii Intercard w Pińczowie, RCM w Raciborzu, PZOZ w Starachowicach, NFZ Śląski OW w Katowicach.

głównie zarzutów: niestosowania się do wytycznych ESC w zakresie monitorowania stężeń biomarkerów oraz zbyt wczesnego, w stosunku do wytycznych, wypisu pacjentów z rozpoznanym zawałem serca typu STEMI, niezapewnienia pacjentom izby przyjęć lub niespełnienia niektórych warunków wymaganych do realizacji świadczeń zdrowotnych dot. izby przyjęć, niezapewnienia wyodrębnionej całodobowej opieki lekarskiej, niewłaściwej organizacji czasu pracy techników elektroradiologii.

Analiza stanu prawnego i uwarunkowań organizacyjno-ekonomicznych dotyczących kontrolowanej działalności

Działalność lecznicza

Zasady wykonywania działalności leczniczej, a także zasady funkcjonowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą niebędących przedsiębiorcami oraz zasady sprawowania nadzoru nad wykonywaniem działalności leczniczej oraz podmiotami wykonującymi działalność leczniczą zostały określone w ustawie o działalności leczniczej.

Działalność lecznicza polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych (art. 3 ustawy). Zgodnie z art. 4 ust. 1 podmiotami leczniczymi są m.in.: przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej, SPZOZ, jednostki budżetowe, instytuty badawcze, fundacje i stowarzyszenia oraz posiadające osobowość prawną ich jednostki organizacyjne w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą.

Zgodnie z art. 17 ust. 1 pkt 1 ustawy o działalności leczniczej podmiot leczniczy powinien posiadać pomieszczenia lub urządzenia odpowiadające wymaganiom określonym w art. 22 ustawy. Natomiast art. 22 ust. 1 i 2 ustawy stanowi, że pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą odpowiadają wymaganiom odpowiednim do rodzaju wykonywanej działalności leczniczej oraz zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych. Wymagania te dotyczą w szczególności warunków: ogólnoprzestrzennych, sanitarnych i instalacyjnych i są określane przez ministra właściwego do spraw zdrowia w drodze rozporządzenia, kierując się m.in. potrzebą zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów (ust. 3). Minister właściwy do spraw zdrowia może też określić, w drodze rozporządzenia, standardy postępowania medycznego w wybranych dziedzinach medycyny lub w określonych podmiotach wykonujących działalność leczniczą, kierując się potrzebą zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych (ust. 5). Do dnia opracowania niniejszej informacji wydane zostały rozporządzenia w sprawie standardów postępowania medycznego, dotyczące tylko dwóch dziedzin: anestezjologii i intensywnej terapii oraz opieki okołoporodowej. Kolejne dwa rozporządzenia (jedno dotyczące standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii, z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej, sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych, a drugie dotyczące standardów postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego) zostały opublikowane, natomiast wejdą w życie odpowiednio: w czerwcu i we wrześniu 2016 r.

Warunki wymagane od świadczeniodawców realizujących świadczenia z zakresu lecznictwa szpitalnego

Warunki ogólne odnośnie pomieszczeń

Pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą muszą odpowiadać, stosownie do rodzaju wykonywanej działalności leczniczej oraz zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych, wymaganiom określonym w rozporządzeniu MZ w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia (wydanym na podstawie art. 22 ustawy o działalności leczniczej). Zgodnie z załącznikiem nr 1 (pkt II) do ww. rozporządzenia w skład zespołu pomieszczeń pielęgnacyjnych w oddziale wchodzą co najmniej: pokoje łóżkowe, punkt pielęgniarski z pokojem

przygotowawczym pielęgniarskim, gabinet diagnostyczno-zabiegowy, pomieszczenia higieniczno-sanitarne wyposażone dodatkowo w natrysk, w tym co najmniej jedno przystosowane dla osób niepełnosprawnych, w szczególności poruszających się na wózkach inwalidzkich, brudownik.
Wymagania odnośnie łóżek w pokojach łóżkowych i wyposażenia tych pokoi są następujące: łóżka dostępne z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych (§18), a odstępy między łóżkami umożliwiać swobodny dostęp do pacjentów (§19), szerokość pokoju łóżkowego winna umożliwiać wyprowadzenie łóżka (§20). Pokój łóżkowy na oddziale szpitalnym powinien być wyposażony w umywalkę z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie oraz pojemnik z ręcznikami jednorazowego użycia i pojemnik na zużyte ręczniki (§24).

Warunki szczegółowe

Warunki szczegółowe: w zakresie personelu, wymagań formalnych, organizacji udzielania świadczeń, wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, jakie powinni spełnić świadczeniodawcy usług w zakresie kardiologii, określone zostały w rozporządzeniu MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych, w załączniku nr 3 (wymagania dla kardiologii wymieniono w części I Lp. 24 lit. A). Warunki realizacji świadczeń z zakresu leczenia inwazyjnego OZW wymieniono w załączniku nr 4 do tego rozporządzenia (Lp. 7 lit. A).
W zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów (załącznik nr 3), wydanym na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej podano następujące wymagania wobec świadczeniodawców (realizujących umowy z zakresu kardiologii):

– formalne – wpisany do rejestru OINK lub co najmniej cztery łóżka intensywnego nadzoru kardiologicznego w oddziale kardiologicznym lub OAiIT lub Oddział Intensywnej Terapii (co najmniej czterołóżkowy),
– w zakresie organizacji udzielania świadczeń – co najmniej dwa stanowiska intensywnej opieki medycznej (w przypadku braku OINK lub łóżek intensywnego nadzoru kardiologicznego) wpisane w rejestrze.

W ww. zarządzeniu Prezesa NFZ warunki wymagane dla realizacji świadczeń z zakresu kardiologii inwazyjnej są m. in. następujące:

– formalne – wpisane w rejestrze: OINK lub co najmniej cztery stanowiska intensywnego nadzoru kardiologicznego w oddziale kardiologii oraz pracownie zabiegowe (w zależności od zakresu zabiegów): Zakład lub Pracownia radiologii zabiegowej lub Pracownia hemodynamiki lub Pracownia elektrofizjologii lub Blok operacyjny z salą operacyjną spełniającą wymagania wyposażenia ww. pracowni, Pracowania urządzeń wszczepialnych serca lub inna wpisana w rejestrze pracownia realizująca kontrolę stymulatorów i kardiowerterów – stymulatorów serca (dot. realizacji grup: E31 – E37);
– w zakresie organizacji udzielania świadczeń:
  1) udokumentowane zapewnienie w OINK wyodrębnionej całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia przez: specjalistę w dziedzinie kardiologii lub specjalistę w dziedzinie chorób wewnętrznych w trakcie specjalizacji z kardiologii albo lekarza w trakcie specjalizacji z kardiologii pod warunkiem, że w oddziale kardiologii jednocześnie pełni dyżur specjalista kardiologii,
  2) lekarz specjalista w dziedzinie anestezjologii, lub anestezjologii i reanimacji, lub anestezjologii i intensywnej terapii – lokalizacji – określony w Harmonogramie – zasoby – w co najmniej jednym zakresie;

3) udokumentowana możliwość przekazania chorego do oddziału kardiochirurgii dysponującego odpowiednim doświadczeniem w leczeniu powikłań elektroterapii oraz implantacji elektrod nasierdziowych.

Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii

Zgodnie z §4 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych, świadczeniodawca powinien posiadać w strukturze organizacyjnej szpitala OAiIT (może on nie być objęty kontraktem z NFZ). Pomieszczenia OAiIT muszą spełniać warunki określone rozporządzeniem MZ w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia. OAiIT musi funkcjonować zgodnie z przepisami rozporządzenia MZ w sprawie standardów w dziedzinie anestezjologii. W przypadku braku OAiIT w strukturze organizacyjnej szpital powinien zapewnić bezpieczeństwo pacjenta w następujący sposób (§4 ust. 1 pkt 2):

- posiadać co najmniej jedno stanowisko intensywnej terapii oraz zapewniać prawidłowość leczenia pacjentów i ciągłość postępowania w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii u innego świadczeniodawcy, zlokalizowanego nie dalej niż w sąsiednim powiecie, który udziela świadczeń w tym zakresie, pod warunkiem zapewnienia przez świadczeniodawcę transportu sanitarnego w składzie odpowiadającym specjalistycznemu zespołowi ratownictwa medycznego oraz
- określać szczegółowy sposób zapewnienia przez świadczeniodawcę leczenia pacjentów i ciągłości postępowania w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii w wewnętrznych aktach regulujących funkcjonowanie świadczeniodawcy, określających warunki współdziałania z innymi podmiotami leczniczymi w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia pacjentów i ciągłości postępowania.

Izba przyjęć

Szczegółowe wymagania, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia izby przyjęć określone zostały w załączniku nr 1 (pkt I) do rozporządzenia MZ w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia. Zgodnie z nimi m.in.:

1. Izba przyjęć posiada bezpośrednie zadaszone wejście z dojazdem umożliwiającym podjazd co najmniej dla jednego pojazdu.
2. W skład izby przyjęć wchodzą: punkt rejestracji pacjentów i poczekalnia, pomieszczenie zapewniające przeprowadzenie badań związanych z przyjęciem pacjenta do szpitala, co najmniej jedno pomieszczenie higieniczno-sanitarne wyposażone dodatkowo w natrysk i wózek-wannę, przystosowane dla osób niepełnosprawnych, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich.
3. W izbie przyjęć zapewnia się możliwość krótkotrwałej izolacji pacjenta, u którego stwierdzono chorobę zakaźną, lub z podejrzeniem zachorowania na chorobę zakaźną. Izolacja może się odbywać w oddzielnym pomieszczeniu, w przypadku gdy izba przyjęć składa się co najmniej z trzech pomieszczeń zapewniających przeprowadzenie badań związanych z przyjęciem pacjenta.

Wymagania odnośnie personelu izby przyjęć określone zostały w rozporządzeniu MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych, w załączniku nr 3 (w części I Lp. 48):

1) lekarze: zapewnienie całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia – w miejscu udzielania świadczeń (może być łączona z innymi komórkami organizacyjnymi szpitala w sposób określony w przepisach porządkowych zakładu);

2) pielęgniarki: zapewnienie całodobowej opieki pielęgniarskiej we wszystkie dni tygodnia – w miejscu udzielania świadczeń.

Udzielanie i finansowanie świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych

Warunki udzielania i zakres świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych określone zostały w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej. Zgodnie z tą ustawą, świadczeniem zdrowotnym jest działanie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania (art. 5 pkt 40), a świadczeniobiorcy mają, na zasadach określonych w ustawie, prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie (art. 15 ust. 1).

Podmiotami zobowiązanymi do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych są właściwi ministrowie lub NFZ (art. 14). Planowane koszty finansowania świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych są dzielone pomiędzy oddziały wojewódzkie NFZ (art. 118 ust. 3).
Podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez NFZ jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a dyrektorem oddziału wojewódzkiego NFZ (popularnie zwana „kontraktem z NFZ"), zgodnie z art. 132 ww. ustawy. Umowa ta określa w szczególności: rodzaj, zakres i warunki udzielania świadczeń, wykaz podwykonawców oraz wymagania dla nich inne niż techniczne i sanitarne, określone w odrębnych przepisach, zasady rozliczeń pomiędzy NFZ a świadczeniodawcą (wymienione w art. 65 tej ustawy), kwotę zobowiązania NFZ wobec świadczeniodawcy, zasady rozpatrywania kwestii spornych, postanowienie o rozwiązaniu umowy (art. 136). Ogólne warunki tych umów Minister Zdrowia określił w rozporządzeniu MZ w sprawie ogólnych warunków umów. Do zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych, a zawieranie przez NFZ umów odbywa się po przeprowadzeniu postępowania w trybie konkursu ofert albo rokowań (art. 138–139). Sposób prowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami określono szczegółowo w art. 140–161b ustawy. Jedną z zasad ubezpieczenia zdrowotnego (określoną w art. 65 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej) jest równe traktowanie i zapewnienie ubezpieczonemu równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej i wyboru świadczeniodawców, którzy zawarli umowę z NFZ. NFZ jest zobowiązany zapewnić równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzić postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji (art. 134 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej).

Ustawa przewiduje również tryb finansowania świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych świadczeniobiorcom w stanie nagłym. Wówczas świadczeniodawca, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ma prawo do wynagrodzenia za świadczenie opieki zdrowotnej udzielone świadczeniobiorcy w stanie nagłym (art. 19 ust. 4). Wynagrodzenie uwzględnia wyłącznie uzasadnione koszty udzielenia niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej. W celu uzyskania ww. wynagrodzenia, świadczeniodawca składa wniosek do podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej wraz z rachunkiem, wykazem udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej i ich kosztów oraz pisemnym przedstawieniem okoliczności udzielenia świadczeń uzasadniających ich sfinansowanie ze środków publicznych (ust. 5). Podmiotowi zobowiązanemu do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych (czyli oddziałowi wojewódzkiemu NFZ) przysługuje prawo kontroli zasadności tego wniosku (ust. 6).

Prezes NFZ opracowuje zarządzenia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w poszczególnych rodzajach świadczeń, których podstawą wydania jest publikacja przez ministra właściwego do spraw zdrowia rozporządzeń w sprawie świadczeń gwarantowanych. Rozporządzenia te zawierają. m.in. warunki, które muszą być spełnione, by realizować świadczenia. Warunki te są przenoszone do zarządzeń Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów (są odpowiednio przyporządkowane do zakresów świadczeń określonych przez NFZ). Ponadto w tych zarządzeniach, Prezes NFZ określa warunki dodatkowo oceniane (dot. min. sprzętu i personelu).

Jakość świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii

W §5 ust. 4 Załącznika do rozporządzenia MZ w sprawie ogólnych warunków umów, zobowiązano świadczeniodawcę do podejmowania i prowadzenia działań mających na celu zapewnienie należytej jakości udzielanych świadczeń.
Ponadto, §11 ust. 1 zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów, wydanego na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej (a więc w przepisach prawnych obowiązujących podmioty lecznicze udzielające świadczeń finansowanych ze środków publicznych) stanowi, że przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniodawca jest zobowiązany do stosowania zasad postępowania medycznego zgodnego z aktualnym stanem wiedzy, zawartych w standardach określonych w obowiązujących przepisach prawa oraz wytycznych, zaleceniach i rekomendacjach wydawanych przez towarzystwa naukowe zrzeszające specjalistów z właściwych dziedzin medycyny. Z tego względu wytyczne Europejskiego czy Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego mogą stanowić podstawę oceny uwzględniającej kryterium legalności oraz – ze względu na oczywisty związek z jakością świadczeń medycznych pozyskiwanych/nabywanych w wyniku wydatkowania środków publicznego płatnika – także gospodarności działania. Departament Prawny i Orzecznictwa Kontrolnego, w opinii prawnej wydanej w tej sprawie[97] stwierdził, że w toku kontroli istnieje możliwość dokonania oceny legalności działań polegających na niezastosowaniu się do zarządzenia Prezesa NFZ zawierającego m.in. wytyczne pod warunkiem, że zostały przeniesione wprost lub pośrednio do umowy.

Ponadto, wytyczne towarzystw medycznych są publikowane i aktualizowane wraz ze zmieniającym się stanem wiedzy medycznej. Ich celem jest ujednolicenie procesu diagnostyczno-terapeutycznego i zobiektywizowanie podejmowanych decyzji medycznych. Biegła znajomość aktualnych wytycznych i opisanych w nich algorytmów postępowania jest bezwzględnie wymagana od zdających egzamin specjalizacyjny lekarzy kardiologów i kardiochirurgów, ponieważ w ten sposób gwarantuje się odpowiednią jakość oferowanych usług[98]. Polskie Towarzystwo Kardiologiczne rozpowszechnia wytyczne zarówno na swojej stronie internetowej, jak i za pomocą publikacji w języku polskim w piśmie branżowym pt. „Kardiologia Polska[99]". Dostosowanie standardów i procedur obowiązujących w jednostce ochrony zdrowia do aktualnych wytycznych świadczy o jakości procesu leczniczego i jest jednym z najważniejszych elementów służących zapewnieniu efektywnego wydatkowania

97 Z dnia 29 czerwca 2015 r. znak: KPK-KPP.440.052.2015.EK-K.

98 Źródło: Programy specjalizacji w dziedzinie kardiologii dla lekarzy nieposiadających odpowiedniej specjalizacji I lub II stopnia lub tytułu specjalisty w odpowiedniej dziedzinie medycyny opracowane przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego i zatwierdzone przez Ministra Zdrowia: www.cmkp.edu.pl/ksztalcenie-podyplomowe/studia-specjalizacyjne-lekarzy/programy-specjalizacji-lekarskich.

99 Oficjalne czasopismo (miesięcznik) Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego.

środków publicznych (gospodarne oznacza w takim przypadku wydatkowane na procedury, których stosowanie jest skuteczniejsze). W przeciwnym bowiem razie nie można zapewnić świadczenia usług na najwyższym poziomie, bez ryzyka narażenia pacjenta na negatywne konsekwencje zdrowotne w przebiegu leczenia prowadzonego z naruszeniem tych wytycznych.

Rozliczanie usług zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych

Sposób rozliczania usług zdrowotnych przez płatnika (NFZ) w Polsce jest oparty o system Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP), który został wprowadzony 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. Kwalifikację do danej JGP wykonuje się albo na podstawie rozpoznania definiowanego międzynarodową klasyfikacją chorób i problemów zdrowotnych ICD-10, albo wymienioną w stosownej liście procedurą leczniczą identyfikowaną kodem klasyfikacji ICD-9 wymienioną w liście JGP[100].

Nadrzędną kategorią w strukturze systemu JGP jest sekcja stanowiąca zbiór jednorodnych grup pacjentów, występujących w układzie anatomiczno-fizjologicznym. Każda sekcja oznaczona jest inną, kolejną literą alfabetu i jest powiązana z obszarem klinicznym lub dziedziną medycyny (np. sekcja oznaczona literą E obejmuje choroby serca). Obecnie w 16 sekcjach znajduje się 511 grup, w tym 285 zabiegowych i 226 zachowawczych.

Jednorodna grupa pacjentów stanowi wyodrębnioną kategorię hospitalizacji posiadającą kod, nazwę oraz charakterystykę, na którą składają się takie elementy, jak procedura medyczna, rozpoznanie, wiek pacjenta oraz czas pobytu (przykładowo: grupa E12 – „OZW leczenie inwazyjne złożone", albo grupa E56 – „choroba niedokrwienna serca powyżej 69 roku życia lub z powikłaniami"). Każda grupa posiada taryfę stanowiącą iloczyn wartości punktowej jednorodnej grupy pacjentów oraz stawki za punkt wyrażonej w złotych, ustalonej podczas negocjacji płatnika ze świadczeniodawcami[101].

Warunki rozliczania świadczeń określone zostały w Ogólnych warunkach umów stanowiących załącznik do rozporządzenia MZ w sprawie ogólnych warunków umów. Zgodnie z §14 tych warunków NFZ jest zobowiązany do sfinansowania świadczeń udzielonych w okresie rozliczeniowym do kwoty zobowiązania NFZ wobec świadczeniodawcy określonej w umowie (są to popularnie zwane „świadczenia limitowane").

Zgodnie z §13 ust. 5 i 6 zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów, świadczeniodawca zobowiązany jest do wskazania w raporcie statystycznym zakresu świadczeń, grupy z katalogu grup, stanowiącego załącznik nr 1a do zarządzenia zgodnej z charakterystyką JGP. W załączniku tym określono jakie JGP mogą być rozliczone w ramach każdej specjalności. I tak w przypadku kardiologii: wszystkie JGP z sekcji E (choroby serca) oraz 5 grup z sekcji D (choroby układu oddechowego), m.in. zator płucny, a także 1 grupa z sekcji P (choroby dziecięce) dot. chorób układu krążenia i 7 grup z sekcji Q (choroby naczyń) dot. zabiegów endowaskularnych. W przypadku specjalności choroby wewnętrzne dopuszczono możliwość rozliczania wszystkich

[100] Listy procedur leczniczych wg klasyfikacji ICD-9 oraz rozpoznań wg klasyfikacji ICD-10 zamieszczone zostały w załączniku nr 1 do rozporządzenia MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych.

[101] Punkt to jednostka rozliczeniowa świadczeń opieki zdrowotnej, służąca do rozliczania umów o udzielanie świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne (§15 zarządzeń Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów). Dariusz Gilewski: „Jednorodne grupy pacjentów. Podstawy systemu", publikacja dostępna pod adresem internetowym: http://szkoleniajgp.smartlearn.pl/cms/wp-content/uploads/2011/03/JGP_2_11_07_2010.pdf.

grup zachowawczych (czyli niezabiegowych) z sekcji E. Oznacza to, że dopuszczalne jest udzielanie i rozliczanie tych świadczeń przez szpitalne oddziały chorób wewnętrznych. Podstawą rozliczenia świadczeń za dany okres sprawozdawczy są jednostki rozliczeniowe odpowiadające grupom lub świadczeniom z odpowiednich katalogów, zatwierdzonym w wyniku weryfikacji danych raportu statystycznego w systemie informatycznym NFZ. Wycena punktowa grup została dokonana empirycznie przez ekspertów NFZ na podstawie danych sprawozdawczych z puli monitorowanych szpitali za okres 2002–2007. Kolejne zmiany w tej wycenie wprowadzane były zarządzeniami Prezesa NFZ i wynikały m.in. ze zmian cen urządzeń i wyrobów medycznych, ponownej weryfikacji cen na podstawie dostępnych wyników przetargów, wniosków konsultanta krajowego w dziedzinie kardiologii[102].

Zgodnie z §16 ust. 2 zarządzeń Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów, w przypadku, gdy wartość wykonanych świadczeń z zakresu kardiologii i grup: E10, E11, E12, E13 i E14 (obejmujących diagnostykę inwazyjną i leczenie inwazyjne ostrych zespołów wieńcowych) przekroczy kwotę zobowiązania Oddziału NFZ wobec świadczeniodawcy, na wniosek świadczeniodawcy składany po upływie kwartału – zwiększeniu ulegają liczby jednostek rozliczeniowych oraz kwoty zobowiązań z tytułu realizacji świadczeń we właściwych ze względu na realizację zakresach oraz odpowiednio kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy Oddziału NFZ wobec świadczeniodawcy (są to popularnie zwane „świadczenia nielimitowane").

Kontrola jakości i zasadności udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu kardiologii

Zgodnie z art. 64 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych (NFZ) może przeprowadzić kontrolę udzielania świadczeń świadczeniobiorcom, a w szczególności kontrolę: organizacji i sposobu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz ich dostępności, udzielania świadczeń opieki zdrowotnej pod względem zgodności z wymaganiami określonymi w umowie, zasadności wyboru leków i wyrobów medycznych, dokumentacji medycznej dotyczącej świadczeń. W ust. 3 podano, że kontrolę dokumentacji medycznej, jakości i zasadności udzielanych świadczeń zdrowotnych przeprowadzają upoważnieni pracownicy podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych, posiadający wykształcenie medyczne odpowiadające zakresowi prowadzonej kontroli.

Art. 64 ust. 4 ustawy stanowi, że kontrolę dokumentacji medycznej oraz jakości i zasadności udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych (NFZ) może zlecić, w razie potrzeby, osobie posiadającej wykształcenie medyczne odpowiadające zakresowi prowadzonej kontroli, a w przypadku konieczności zbadania lub rozstrzygnięcia określonych zagadnień wymagających specjalnych kwalifikacji – powołać specjalistę w danej dziedzinie.

Przejmowanie przez niepubliczne podmioty lecznicze świadczeń zdrowotnych z zakresu kardiologii udzielanych wcześniej przez podmioty publiczne

Zgodnie z art. 54 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, SPZOZ gospodaruje samodzielnie przekazanymi w nieodpłatne użytkowanie nieruchomościami i majątkiem Skarbu Państwa lub komunalnym (jednostki samorządu terytorialnego) oraz majątkiem własnym (otrzymanym

[102] Pismo Dep. Świadczeń Opieki Zdrowotnej NFZ znak NFZ/CF/DSOZ/2014/075/0804/W/20964 z 9 lipca 2014 r.

lub zakupionym). Natomiast w myśl art. 54 ust. 2 przytoczonej ustawy oddanie w najem aktywów trwałych SPZOZ może nastąpić wyłącznie na zasadach określonych przez podmiot, który utworzył zakład (podmiot tworzący, np. gmina, powiat, województwo). Zasady te są wydawane i publikowane w formie uchwały odpowiedniego organu ustawodawczego (np. rady gminy, rady powiatu czy sejmiku wojewódzkiego). W zasadach tych m.in. określony jest wymóg zasięgnięcia opinii rady społecznej szpitala i uzyskanie zgody organu wykonawczego podmiotu tworzącego na dokonanie transakcji z udziałem ww. składników majątku. Mogą w nich być też określone przez ten organ szczegółowe warunki np. odnośnie trybu postępowania lub też uprawnienie do ustanowienia takich zasad/warunków może być delegowane na kierownika SPZOZ.

Prowadzenie dokumentacji medycznej

Podmiot leczniczy jest obowiązany prowadzić dokumentację medyczną osób korzystających z jego świadczeń.

Zgodnie z §12 rozporządzenia MZ w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej podmiot leczniczy prowadzący szpital jest obowiązany sporządzać i prowadzić indywidualną wewnętrzną (w formie historii choroby) i zbiorczą wewnętrzną dokumentację medyczną. W szczególności do dokumentacji medycznej wewnętrznej zbiorczej zalicza się: księgi główne przyjęć i wypisów, księgi odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych, wykonywanych w izbie przyjęć, księgi oczekujących na przyjęcie do szpitala, księgi chorych oddziału lub równorzędnej komórki organizacyjnej szpitala, księgi zabiegów komórki organizacyjnej szpitala, księgi porad ambulatoryjnych wykonywanych w poradni szpitala. Do dokumentacji indywidualnej zewnętrznej zalicza się karta informacyjna z leczenia szpitalnego, skierowania lub zlecenia na świadczenia zdrowotne realizowane poza szpitalem.

Księga główna przyjęć i wypisów, opatrzona numerem, winna zawierać elementy wymienione w §26 rozporządzenia.

Księga odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych udzielanych w izbie przyjęć, opatrzona numerem, winna zawierać elementy wymienione w §27 rozporządzenia.

Wykaz skontrolowanych jednostek

Lp.	Nazwa jednostki organizacyjnej NIK	Nazwa jednostki kontrolowanej	Imię i nazwisko, stanowisko kierownika jednostki kontrolowanej (wg stanu na dzień zakończenia kontroli)
1.	Delegatura w Katowicach	American Heart of Poland SA z siedzibą w Ustroniu – XII Oddział Kardiologiczny w Bełchatowie	Paweł Buszman, Prezes Zarządu
2.	Delegatura w Katowicach	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zespół Szpitali Miejskich w Chorzowie (ZSM)	Jerzy Szafranowicz, Dyrektor Szpitala
3.	Delegatura w Katowicach	Polska Grupa Medyczna Sp. z o.o. z siedzibą w Gliwicach – Chorzowskie Centrum Kardiologii w Chorzowie (ChCK)	Anna Szczerba-Sachs, Prezes Zarządu
4.	Delegatura w Katowicach	Szpital Specjalistyczny im. Sz. Starkiewicza w Dąbrowie Górniczej	Zbigniew Grzywnowicz, Dyrektor Szpitala
5.	Delegatura w Katowicach	American Heart of Poland SA z siedzibą w Ustroniu – III Oddział Kardiologii Inwazyjnej, Angiologii i Elektrokardiologii w Dąbrowie Górniczej	Paweł Buszman, Prezes Zarządu
6.	Delegatura w Katowicach	Kliniki Kardiologii Allenort Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie – Centrum Kardiologii Allenort w Kutnie	Joanna Szyman, Prezes Zarządu
7.	Delegatura w Katowicach	Raciborskie Centrum Medyczne Sp. z o.o. w Raciborzu – Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Raciborskie Centrum Medyczne w Raciborzu (RCM)	Roman Gnot, Prezes Zarządu
8.	Delegatura w Katowicach	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku	Bożena Mocha-Dziechciarz, Dyrektor Szpitala
9.	Delegatura w Katowicach	Powiatowy Zespół Opieki Zdrowotnej w Starachowicach	Sebastian Petrykowski, Dyrektor Szpitala
10.	Delegatura w Katowicach	Śląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Katowicach	Ewa Momot, Dyrektor Oddziału
11.	Delegatura w Katowicach	Świętokrzyski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Kielcach	Zofia Wilczyńska, Dyrektor Oddziału
12.	Delegatura w Rzeszowie	Intercard Sp. z o.o. z siedzibą w Krakowie – Centrum Kardiologii Inwazyjnej, Elektroterapii i Angiologii w Krośnie	Marcin Pasternak, Prezes Zarządu
13.	Delegatura w Rzeszowie	Intercard Sp. z o.o. z siedzibą w Krakowie – Centrum Kardiologii Inwazyjnej, Elektroterapii i Angiologii w Pińczowie	Marcin Pasternak, Prezes Zarządu
14.	Delegatura w Rzeszowie	Kliniczny Szpital Wojewódzki Nr 2 im. Św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie	Janusz Solarz, Dyrektor Szpitala
15.	Delegatura w Rzeszowie	Podkarpacki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Rzeszowie	Grażyna Hejda, Dyrektor Oddziału

Wystąpienia pokontrolne skierowane do kierowników skontrolowanych jednostek zamieszczone są na stronie internetowej Biuletynu Informacji Publicznej Najwyższej Izby Kontroli pod adresem: http://bip.nik.gov.pl/kontrole/wyniki-kontroli-nik/

Opis ustaleń panelu ekspertów

Najwyższa Izba Kontroli w dniu 8 października 2014 r. w Warszawie zorganizowała panel ekspertów, do udziału w którym zaprosiła konsultantów krajowego i wojewódzkich w dziedzinie kardiologii, kierowników klinik kardiologicznych oraz przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia i NFZ.

Celem panelu było m.in. określenie jakie korzyści odnoszą pacjenci z obserwowanego od szeregu lat wzrostu liczby pracowni hemodynamiki oraz czy wzrost liczby zabiegów i ponoszonych nakładów przełożył się również na wzrost skuteczności kardiologii inwazyjnej i przeżywalności chorych.

Uczestnikom panelu przedstawiono następujące prezentacje:

- Dotychczasowe i przyszłe kierunki działań w polityce zdrowotnej państwa w zakresie kardiologii inwazyjnej (Joanna Kilkowska – Dyrektor Departamentu Polityki Zdrowotnej w Ministerstwie Zdrowia).
- Realizacja i finansowanie świadczeń kardiologicznych ze szczególnym uwzględnieniem kardiologii interwencyjnej (Tadeusz Jędrzejczyk – Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia).
- Zasady udzielania świadczeń w oddziałach kardiologicznych z pracowniami hemodynamicznymi w warunkach wskazań do hospitalizacji w oddziałach kardiologii (Prof. dr hab. n. med. Jarosław Kaźmierczak – Konsultant Krajowy w dziedzinie kardiologii).
- Znaczenie zalecanych kryteriów czasowych dla interwencji zabiegowej w przypadkach ostrych zespołów wieńcowych z uniesieniem i bez uniesienia odcinka ST oraz dla postępowania z pacjentem bezpośrednio po przeprowadzeniu leczenia inwazyjnego (Prof. dr hab. n. med. Zbigniew Kalarus – Prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego).

W toku dyskusji odbywającej się pomiędzy prezentacjami, eksperci przekonywali m.in., że w Polsce zapadalność na choroby układu krążenia, w szczególności na zawał serca, jest od dwóch do nawet trzech razy większa niż w krajach Europy Zachodniej. Natomiast wskaźnik umieralności w zawale serca jest jednym z najniższych na świecie. Oznacza to, że pieniądze, które zostały wydane na leczenie ostrych zespołów wieńcowych, przynoszą konkretne oszczędności i korzyści dla społeczeństwa. Choć zdaniem ekspertów nakłady na ochronę zdrowia są jednak wciąż bardzo niskie w porównaniu do innych krajów.

Jako najważniejsze wyzwanie, jakie stoi przed środowiskiem medycznym, uznano skrócenie czasu dotarcia pacjenta z zawałem, czyli usprawnienie organizacji transportu medycznego. Niezwykle ważny jest czas, jaki upływa od wystąpienia bólu w klatce piersiowej do rozpoczęcia leczenia. O ile opóźnienie leczenia chorego na terenie szpitala (tzw. wewnątrzszpitalne), jest jednym z najniższych na świecie, tak dotarcie pacjenta do szpitala w odpowiednim czasie nierzadko graniczy z cudem. Szpitale terenowe mają podpisane umowy z firmą transportową, której siedziba często jest bardzo odległa od miejsca zamieszkania pacjenta. W warunkach polskich opóźnienie „przedszpitalne" sięga ponad czterech godzin, co najmniej dwa razy więcej niż w Stanach Zjednoczonych. Gdyby obniżyć opóźnienie do dwóch, trzech godzin, to zdaniem ekspertów, śmiertelność mogłaby spaść o połowę. Jeżeli niedokrwienie mięśnia trwa ponad dwie godziny, to uszkodzenia (martwica) wywołane niedotlenieniem są nieodwracalne. Profesor Paweł Buszman, Prezes American Heart of Poland podał w tym miejscu przykład woj. łódzkiego, gdzie to opóźnienie „przedszpitalne" średnio sięga siedmiu godzin, ponieważ karetka systemowa jedzie ze stolicy województwa na peryferie, żeby wziąć pacjenta z zawałem i przewieźć parę kilometrów dalej.

Prof. Jarosław Kaźmierczak, konsultant krajowy w dziedzinie kardiologii, zwrócił uwagę na aspekt edukacyjny pacjentów, że nawet ci pacjenci, którzy z drugim zawałem serca trafiają do szpitala, zwlekają z wezwaniem karetki, odsuwają myśl o chorobie. Stwierdził też, że pacjent, który po leczeniu zawału serca wychodzi ze szpitala po trzech czy po pięciu dniach, ma zdecydowanie mniejsze poczucie choroby. Pacjenci chcą być leczeni jak najmniej inwazyjnie, jak najkrócej leżeć w szpitalu, a skrócenie pobytu pacjenta z jednej strony wpływa na niego korzystnie, a z drugiej strony nie docenia on powagi choroby.

Konsultanci z dziedziny kardiologii, za najistotniejsze problemy uznali także zmniejszenie zapadalności na choroby układu krążenia (liczba zachorowań na zawał serca, zwłaszcza u osób w wieku produkcyjnym, jest w Polsce o połowę wyższa niż w niektórych krajach Europy Zachodniej) i opiekę poszpitalną. Prof. Marianna Janion, konsultant wojewódzki dla woj. świętokrzyskiego wyjaśniła, że pacjent po ostrym zespole wieńcowym w szpitalu ma doskonałą opiekę, ale po opuszczeniu szpitala pozostaje sam ze swoim problemem. A śmiertelność jest największa w pierwszych sześciu miesiącach.

Wykaz adresatów, którym przekazuje się informację o wynikach kontroli

1. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej
2. Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
3. Marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej
4. Prezes Rady Ministrów
5. Prezes Trybunału Konstytucyjnego
6. Rzecznik Praw Obywatelskich
7. Minister Zdrowia
8. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
9. Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
10. Główny Inspektor Sanitarny
11. Szef Centralnego Biura Antykorupcyjnego
12. Przewodniczący Sejmowej Komisji do Spraw Kontroli Państwowej
13. Przewodniczący Sejmowej Komisji Zdrowia
14. Przewodniczący Senackiej Komisji Zdrowia
15. Wojewoda Łódzki
16. Wojewoda Podkarpacki
17. Wojewoda Śląski
18. Wojewoda Świętokrzyski
19. Marszałek Województwa Łódzkiego
20. Marszałek Województwa Podkarpackiego
21. Marszałek Województwa Śląskiego
22. Marszałek Województwa Świętokrzyskiego
23. Przewodniczący Sejmiku Województwa Łódzkiego
24. Przewodniczący Sejmiku Województwa Podkarpackiego
25. Przewodniczący Sejmiku Województwa Śląskiego
26. Przewodniczący Sejmiku Województwa Świętokrzyskiego