



LKA.410.015.2015
Nr ewid. 43/2016/P/15/072/LKA

Informacja o wynikach kontroli

**PRZYGOTOWANIE SZPITALI
DO LECZENIA PACJENTÓW
Z UDAREM MÓZGU**

DELEGATURA W KATOWICACH

MISJA

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

WIZJA

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 25.07.16r.

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

www.nik.gov.pl

WPROWADZENIE	7
1. ZAŁOŻENIA KONTROLI	10
2. PODSUMOWANIE WYNIKÓW KONTROLI.....	11
2.1. Ogólna ocena kontrolowanej działalności	11
2.2. Synteza ustaleń kontroli	11
2.2.1. Spełnienie przez szpitale warunków do realizacji świadczeń.....	11
2.2.2. Nadzór Narodowego Funduszu Zdrowia	15
2.3. Uwagi końcowe	16
3. WAŻNIEJSZE USTALENIA KONTROLI.....	17
3.1. Spełnianie przez podmioty lecznicze warunków wymaganych do realizacji świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego	17
3.1.1. Personel.....	17
3.1.2. Organizacja udzielania świadczeń.....	17
3.1.3. Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną	19
3.1.4. Pomieszczenia i łóżka szpitalne	22
3.1.5. Diagnostyka.....	25
3.1.6. Zabezpieczenie w leki trombolityczne	28
3.1.7. Konsultacje i rehabilitacja	29
3.1.8. Pozostałe ustalenia.....	31
3.2. Oddziały Wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia	33
4. INFORMACJE DODATKOWE	39
4.1. Postępowanie kontrolne i działania podjęte po zakończeniu kontroli	39
5. ZAŁĄCZNIKI.....	40

Wykaz stosowanych skrótów, skrótowców i pojęć

AiIT	Anestezjologia i Intensywna Terapia
Hospitalizacja	całodobowe udzielanie świadczeń gwarantowanych w trybie planowym albo nagłym, obejmujące proces diagnostyczno-terapeutyczny oraz proces pielęgnowania i rehabilitacji, od chwili przyjęcia świadczeniobiorcy do chwili jego wypisu albo zgonu
ICD-9	Międzynarodowa Klasyfikacja Procedur Medycznych
ICD-10	Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych
IOM	Intensywna opieka medyczna
Jednostka rozliczeniowa	miara przyjęta przez Narodowy Fundusz Zdrowia do określenia wartości świadczenia opieki zdrowotnej w określonym zakresie lub rodzaju (w szczególności: punkt, porada, osobodzień)
Jednorodne grupy pacjentów (JGP)	wprowadzony <i>Zarządzeniem 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 szpitalne¹</i> , 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; występujące w treści informacji jednorodne grupy pacjentów, obejmujące świadczenia zdrowotne w zakresie leczenia udarów to: A48 – Kompleksowe leczenie udarów mózgu > 7 dni w oddziale udarowym A49 – Udar mózgu – leczenie > 3 dni A50 – Udar mózgu – leczenie A51 – Udar mózgu – leczenie trombolityczne > 7 dni w oddziale udarowym
Leki trombolityczne	leki stosowane w terapii zakrzepowego udaru mózgu, których mechanizm działania polega na rozpuszczaniu skrzeplin i udrożnieniu naczynia zamkniętego przez materiał zakrzepowy
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 (...))
OW NFZ	Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

¹ www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/

OWU	ogólne warunki umów, określone w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81 poz. 484), zastąpionego z dniem 1 stycznia 2016 r. rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2015 r. poz. 1400, ze zm.)
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.), zastąpione z dniem 23 grudnia 2015 r. rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. poz. 2069)
Rozporządzenie MZ w sprawie standardów w dziedzinie anestezjologii	rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą (Dz. U. z 2013 r. poz. 15)
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)
Rozporządzenie MZ w sprawie SOR	rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. z 2015 r. poz. 178)
SPZOZ	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
SOR	szpitalny oddział ratunkowy
Świadczenia gwarantowane	świadczenia opieki zdrowotnej finansowane w całości lub współfinansowane ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej <i>(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.)</i>
Udar mózgu	nagle wystąpienie ogniskowych lub uogólnionych zaburzeń czynności mózgu, spowodowanych wyłącznie przyczynami naczyniowymi, związanymi z mózgowym przepływem krwi, trwających dłużej niż 24 godziny ² (zwany dalej udarem)
Ustawa o działalności leczniczej	ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618, ze zm.)

² Definicja zgodna ze stanowiskiem ekspertów (2013 r.) American Heart Association i American Stroke Association. Udar niedokrwienny mózgu jest wywołany zamknięciem lub zwężeniem światła naczyń wewnątrzmożgowych albo doprowadzających krew do mózgu lub występuje wskutek zaburzeń hemodynamicznych powodujących spowolnienie przepływu mózgowego. Udar krwotoczny powstaje wskutek rozerwania naczynia mózgowego, powodując wynaczynienie krwi w obrębie mózgowia lub do przestrzeni podpajęczynówkowej.

Ustawa o NIK	ustawa z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz. U. z 2015 r. poz. 1096, ze zm.)
Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym	ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2013 r. poz. 757, ze zm.)
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.)
Zarządzenie Prezesa NFZ	zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne – Nr 8/2009/DSOZ z dnia 23 stycznia 2009 r. ³ , Nr 72/2011/DSOZ z dnia 20 października 2011 r. (NFZ z 2011 r. Nr 42, poz. 72, ze zm.), który to akt został uchylony z dniem 19 grudnia 2013 r. (utracił moc z dniem 31 stycznia 2013 r.) i Nr 89/2013/DSOZ z dnia 19 grudnia 2013 r. (NFZ z 2013 r. poz. 89, ze zm.)

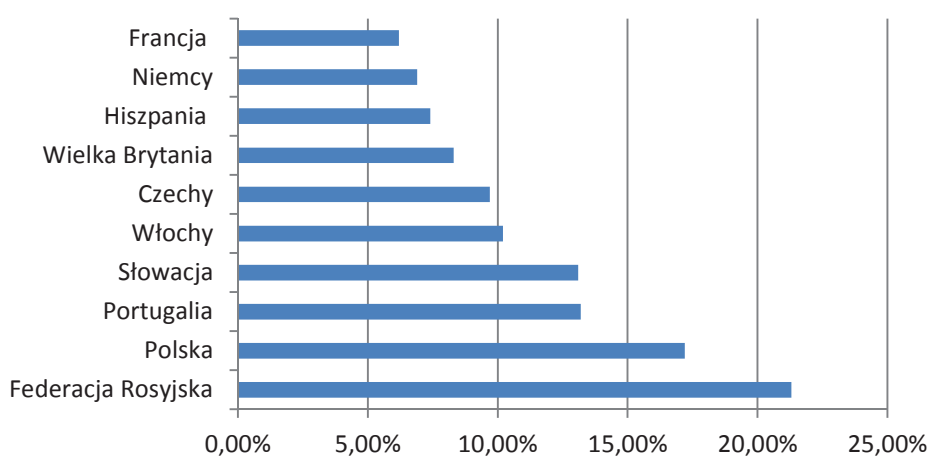
³ Zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne, w którym Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia wyodrębnił w katalogu grup JGP, grupę A51 *Udar mózgu – leczenie trombolityczne > 7 dni w oddziale udarowym*, jako odrębny produkt kontraktowy/rozliczeniowy. www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/.

Według raportu WHO z 2014 r.⁴, udar na przestrzeni lat 2000–2012 stanowił na świecie drugą w kolejności, po chorobach serca, przyczynę zgonów osób dorosłych.

W Polsce w ostatnich latach liczba zarejestrowanych przypadków udaru, będącego jednym z najcięższych powikłań choroby nadciśnieniowej uległa zmniejszeniu z 94 963 w 2009 r. do 89 912 w 2014 r.⁵ Równocześnie jednak według danych WHO, Polska jest drugim po Federacji Rosyjskiej krajem w Europie o największym odsetku zgonów spowodowanych udarami. Udział zgonów spowodowanych udarami w ogólnej liczbie zgonów jest w naszym kraju ponad dwukrotnie wyższy niż we Francji, Niemczech, Hiszpanii czy Wielkiej Brytanii.

Wykres nr 1

Udział zgonów spowodowanych udarem w ogólnej liczbie zgonów



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych WHO.

Co istotne, wskaźniki śmiertelności poudarowej w Polsce są dużo wyższe niż w innych krajach europejskich i USA. W czasie do 14 dni od wystąpienia incydentu naczyniowego w Polsce na 100 chorych umiera 13 osób, a w innych krajach średnio mniej niż 10 (o 35% mniej).

Skala zachorowań oraz ich następstwa: niepełnosprawność i śmiertelność mają ogromne konsekwencje społeczne i ekonomiczne. Spośród tych, którzy przeżyli udar od 44% do 75% pacjentów pozostaje zależnych od otoczenia. Grupa od 15% do 30% chorych na zawsze pozostaje niepełnosprawna, a ok. 20% w trzy miesiące po udarze wymaga pomocy instytucjonalnej. Udar jest drugą pod względem częstości przyczyną otępienia i najczęstszą przyczyną padaczki u osób w podeszłym wieku.

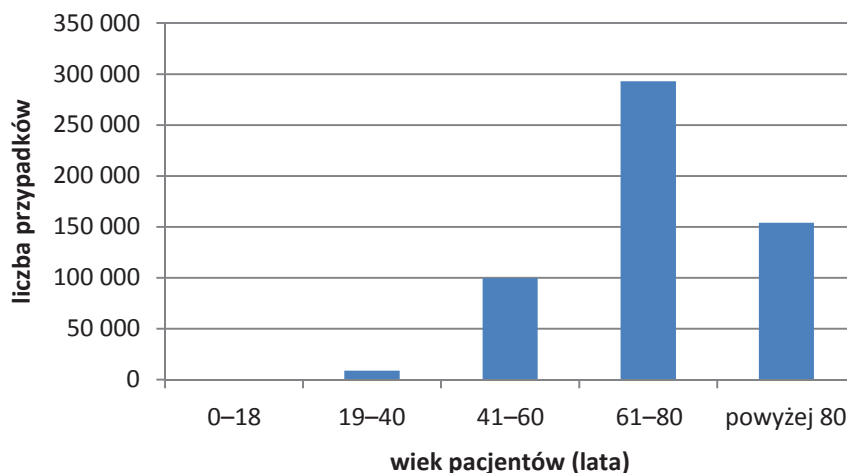
Na wystąpienie udaru szczególnie narażone są osoby po 60. roku życia. Zmiany demograficzne w społeczeństwie powodują, że prognozy dotyczące zachorowalności w następnych kilkudziesięciu latach nie są optymistyczne.

⁴ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en>

⁵ Według danych Narodowego Funduszu Zdrowia.

Wykres nr 2

Udary w Polsce w latach 2009–2015 wg wieku chorych



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

Leczenie pacjentów z udarem wymaga zapewnienia kompleksowej opieki medycznej realizowanej przez odpowiednio wykwalifikowany zespół (w skład, którego wchodzi lekarze neurologi, interniści lub kardiolog, fizjoterapeuci, psycholog, logopedzi oraz pielęgniarki neurologiczne) z wykorzystaniem specjalistycznego sprzętu i aparatury medycznej. Opieka taka może być jednak udzielana wyłącznie w szpitalach spełniających warunki dotyczące personelu, organizacji udzielania świadczeń oraz wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną określone dla realizacji świadczeń w ramach oddziałów udarowych⁶. Tam też pacjenci mogą być poddani najskuteczniejszej procedurze leczenia niedokrwiennych udarów⁷, jaką jest leczenie trombolityczne⁸ (grupa JGP: A51), które prowadzi do udrożnienia zamkniętego naczynia poprzez rozpuszczenie materiału zakrzepowego.

Leczenie pacjentów dotkniętych udarem prowadzone jest jednak również w szpitalach nieposiadających takich oddziałów, udzielających świadczeń w grupach JGP: A49 i A50 w ramach oddziałów neurologii lub oddziałów wewnętrznych, które nie są obowiązane do zapewnienia tak rozbudowanego składu personelu medycznego i specjalistycznego wyposażenia.

Liczba szpitali, które w swych strukturach organizacyjnych posiadały oddział udarowy na przestrzeni lat 2009–2015 utrzymywała się na zbliżonym poziomie (169 w 2009 r. i 174 w 2015 r.).

Wsparcie dla rozwoju nowoczesnych oddziałów udarowych w Polsce stanowiły dwa programy finansowane ze środków budżetowych: [1] Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Udaru Mózgu (realizowany w latach 1996–2002), oraz [2] Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Krążenia POLKARD⁹ (realizowany od 2003 r.). W wyniku działań podejmowanych w ramach części

⁶ Przez oddział udarowy należy rozumieć także pododdział udarowy, funkcjonujący w ramach innego oddziału szpitalnego.

⁷ Niedokrwiennie udary mózgu stanowią około 80% wszystkich udarów.

⁸ Poprzez podanie rekombinowanego tkankowego aktywatora plazminogenu (rt-PA, alteplaza).

⁹ Narodowy Program Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD na lata 2013–2016, opracowany na podstawie art. 48 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Jednym z celów programu jest wsparcie podmiotów wykonujących działalność leczniczą poprzez działania na rzecz wyrównywania dysproporcji – uwarunkowanych bazą sprzętową – w dostępie pacjentów do wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych m.in. w dziedzinie neurologii i rehabilitacji neurologicznej.

neurologicznej programu POLKARD, w latach 2013–2015 oddziały udarowe 29 szpitali wyłonionych przez Ministra Zdrowia w drodze konkursów ofert zostały wyposażone w 13 respiratorów stacjonarnych, trzy kardiografy impedancyjne i 18 USG z funkcją Duplex. Wsparciem w ramach tego programu objęto także funkcjonujące w 52 szpitalach oddziały rehabilitacji pacjentów po udarze, dla których w latach 2013–2015 sfinansowano zakup aparatury medycznej wspomagającej odtwarzanie funkcji ruchowych pacjentów (urządzeń wspomagających naukę chodzenia czy urządzeń wspomagających ruch niedowładnych dłoni). Łącznie na ww. zakupy przeznaczono środki w kwocie 4,9 mln zł (12% środków programu POLKARD).

Temat i numer kontroli

Kontrola P/15/072 „Przygotowanie szpitali do leczenia pacjentów z udarem mózgu” była kontrolą planową, podjętą z inicjatywy własnej Najwyższej Izby Kontroli.

Cel kontroli

Celem kontroli było dokonanie oceny przygotowania szpitali do leczenia pacjentów z udarem. Ocenie poddano spełnianie przez szpitale warunków do realizacji świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia szpitalnego udaru oraz sprawowanie nadzoru przez NFZ nad prawidłowym przygotowaniem szpitali do udzielania tego rodzaju świadczeń.

Zakres podmiotowy kontroli

W kontroli uczestniczyło siedem delegatur NIK¹⁰. Badania kontrolne przeprowadzono w:

- 20 podmiotach leczniczych (szpitalach) prowadzących działalność na terenie siedmiu województw¹¹, z tego: w 7 szpitalach udzielających świadczeń w zakresie leczenia pacjentów z udarem w oddziałach/pododdziałach udarowych¹², w 6 szpitalach udzielających tych świadczeń w oddziałach neurologicznych i w 7 udzielających świadczeń w oddziałach wewnętrznych¹³;
- siedmiu OW NFZ.

Wykaz skontrolowanych podmiotów zawiera Załącznik nr 1 do informacji.

Podstawa prawna, kryteria kontroli

Kontrola podmiotów leczniczych, zgodnie z art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o NIK, przeprowadzona została pod względem legalności, gospodarności i rzetelności, natomiast kontrolę OW NFZ, zgodnie z art. 5 ust. 1 ustawy o NIK, przeprowadzono pod względem legalności, gospodarności, celowości i rzetelności.

Okres objęty kontrolą

Badaniem kontrolnym objęto okres od 1 stycznia 2013 r. do 30 września 2015 r.

¹⁰ Delegatury w: Gdańsku, Katowicach, Lublinie, Łodzi, Opolu, Poznaniu, Rzeszowie.

¹¹ Lubelskim, Łódzkim, Opolskim, Pomorskim, Podkarpackim, Śląskim, Wielkopolskim.

¹² Szpitale te, oprócz kontraktu na realizację świadczeń z grup JGP A48 i A51 (leczenie pacjentów z udarem w ramach oddziałów udarowych), udzielały także świadczeń zdrowotnych związanych z leczeniem pacjentów z udarem w ramach oddziałów neurologii.

¹³ Pacjenci objęci niniejszą kontrolą hospitalizowani byli w ramach oddziałów wewnętrznych i geriatrycznych, które dla potrzeb niniejszej informacji nazwano „oddziałami wewnętrznymi”.

2.1 Ogólna ocena kontrolowanej działalności

I. Szpitale z oddziałami udarowymi były właściwie przygotowane do leczenia pacjentów, u których wystąpiły objawy udaru. Warunki tam stworzone – mimo ujawnionych w części jednostek nieprawidłowości o różnym stopniu istotności – umożliwiły zapewnienie osobom hospitalizowanym w oddziałach udarowych jednoznacznej i zdecydowanie szybszej – w stosunku do szpitali leczących chorych z udarami w oddziałach neurologicznych lub wewnętrznych – diagnozy, zapewnienie, z wyjątkami opisanymi w dalszej części informacji, dostępu do specjalistycznego leczenia i opieki wykwalifikowanego zespołu udarowego, a także do wczesnej rehabilitacji w oddziale.

Rozbudowana sieć szpitali z oddziałami udarowymi¹⁴ umożliwiła transport w krótkim czasie osób z podejrzeniem udaru do tych jednostek, co NIK ocenia pozytywnie.

Pomimo tego ponad 1/3 świadczeń z zakresu leczenia pacjentów z udarem udzielona została w szpitalach nieposiadających w swoich strukturach takich oddziałów – pacjenci leczeni byli w oddziałach neurologicznych i wewnętrznych, które nie są zobowiązane do spełnienia restrykcyjnych norm jakie obowiązujące przepisy nakładają na oddziały udarowe (dotyczących personelu, organizacji udzielania świadczeń, czy wyposażenia), a przez to nie zapewniają chorym najwyższego poziomu bezpieczeństwa¹⁵.

W ocenie NIK istniejąca sieć szpitali z oddziałami udarowymi, zapewniających chorym wyższy poziom bezpieczeństwa, daje Ministrowi Zdrowia możliwość podjęcia systemowych działań celem kierowania pacjentów z podejrzeniem udaru mózgu bezpośrednio do tych jednostek. Jako dalece niewystarczające NIK ocenia objęcie bezpośrednią opieką w oddziałach rehabilitacji neurologicznej jedynie 29% pacjentów oddziałów udarowych, zakwalifikowanych do rehabilitacji, w sytuacji gdy przepisy zobowiązują do zapewnienia ciągłości leczenia przez procedury rehabilitacji neurologicznej wszystkim chorym leczonym w oddziałach udarowych, u których nie występują przeciwwskazania do ich zastosowania.

II. NIK pozytywnie ocenia nadzór NFZ nad prawidłowym przygotowaniem i stanem zabezpieczenia szpitali w personel i sprzęt niezbędny do udzielania świadczeń w zakresie leczenia pacjentów z udarem.

2.2 Synteza ustaleń kontroli

2.2.1. Spełnienie przez szpitale warunków do realizacji świadczeń

Diagnostyka

Wszystkie szpitale zapewniły pacjentom z podejrzeniem udaru dostęp do badań tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego. Czas oczekiwania na ich przeprowadzenie był jednak zróżnicowany. W szpitalach z oddziałami udarowymi badaniu neuroobrazowemu w pierwszej godzinie od przyjęcia do szpitala poddano o 1/3 pacjentów więcej niż w szpitalach

¹⁴ 174 szpitale w 2015 r.

¹⁵ Warunki jakie zapewniły szpitale z oddziałami udarowymi miały wpływ na niski wskaźnik śmiertelności wewnątrzoddziałowej, wynoszący średnio 5,6% dla hospitalizacji rozliczonych wg grup JGP: A48 i A51 (leczenie w oddziałach udarowych), przy 27% dla grup JGP A49 i A50 (hospitalizacje przede wszystkim poza takimi oddziałami), w tym: 14,4% dla grupy A49 i aż 51,4% dla grupy A50 (według ustaleń kontroli, hospitalizacje ok. 75% pacjentów leczonych w oddziałach udarowych rozliczono wg grup A48 i A51) – dane NFZ za lata 2009–2014 dla wszystkich hospitalizacji rozliczonych wg grup JGP A48–A51.

leczących pacjentów z udarem w oddziałach neurologicznych, czy oddziałach wewnętrznych. W związku ze stwierdzonymi w części szpitali przypadkami długotrwałego oczekiwania na badanie tomografii komputerowej NIK zwróciła uwagę na potrzebę podjęcia działań eliminujących takie sytuacje, gdyż mogą one powodować nieodwracalne, negatywne skutki dla pacjentów. Szybkie rozpoznanie rodzaju schorzenia i jego przyczyn oraz identyfikacja czynników ryzyka mają niezwykle istotny wpływ na dalsze postępowanie z chorymi (np. wdrożenie leczenia trombolitycznego, czy skierowanie do leczenia operacyjnego udaru krwotocznego, a także wyeliminowanie innych schorzeń) i w konsekwencji na przyszłe rokowania.

Najczęstszym rozpoznaniem u chorych leczonych w szpitalach z oddziałami udarowymi był zawał mózgu wywołany przez zakrzep lub zator tętnic mózgowych. W szpitalach leczących udary w oddziałach neurologicznych najczęściej diagnozowano zawał mózgu wywołany przez nieokreśloną niedrożność/zwężenie lub zakrzep tętnic mózgowych. W szpitalach udzielających tych świadczeń w ramach oddziałów wewnętrznych diagnozy były najmniej precyzyjne, gdyż wskazywano w nich najczęściej udar/zawał mózgu nieokreślony. Tymczasem precyzyjna diagnoza jest warunkiem niezbędnym dla określenia właściwego postępowania terapeutycznego.

Konsultacje i rehabilitacja

Chorzy leczeni w oddziałach udarowych oraz neurologicznych objęci byli stałą opieką lekarzy specjalistów w dziedzinie neurologii. W szpitalach udzielających świadczeń z zakresu leczenia pacjentów z udarem w ramach oddziałów wewnętrznych, jedynie połowa pacjentów objęta została takimi konsultacjami. Jedną z przyczyn powyższego jest brak obowiązku prawnego zapewnienia takiej opieki przez te szpitale, mimo iż lekarz specjalista w dziedzinie neurologii jest jednym z kluczowych uczestników procesu diagnostyki i leczenia pacjentów z udarem.

Przepisy, nieprzewidujące dla szpitali bez oddziałów udarowych i neurologii obowiązku zapewnienia rehabilitacji chorych z udarem powodują, że pacjenci tych jednostek w znikomym stopniu korzystali z rehabilitacji neurologicznej. Dzieje się tak, pomimo iż kontynuacja procesu leczenia przez procedury rehabilitacji neurologicznej jest czynnikiem niezwykle istotnie wpływającym na ograniczenie negatywnych skutków udaru. Średnio jedynie 3,7% pacjentów z udarem leczonych w oddziałach wewnętrznych podjęło szpitalną rehabilitację neurologiczną, podczas gdy w przypadku takich pacjentów w oddziałach neurologicznych oraz oddziałach udarowych odsetek ten był ponad siedmiokrotnie wyższy. Rehabilitacji neurologicznej poddało się 26,0% pacjentów oddziałów neurologicznych i 26,3% pacjentów oddziałów udarowych¹⁶, z tym że różny był odsetek osób przekazanych bezpośrednio do oddziału rehabilitacji neurologicznej, wynoszący odpowiednio: 47,0% i 26,3% pacjentów, którzy podjęli wczesną rehabilitację w oddziale. Stan ten NIK ocenia negatywnie, gdyż oczekiwanie na kontynuację procesu rehabilitacji może zniweczyć efekty fizjoterapii prowadzonej w oddziale udarowym. Powoduje to ponadto, w ostatecznym rachunku, wzrost kosztów łącznych związanych z niwelowaniem skutków udaru.

Zabezpieczenie w leki trombolityczne

Liczba pacjentów leczonych trombolitycznie w latach 2009–2014 w stosunku do liczby pacjentów szpitali posiadających oddziały udarowe wzrastała. W roku 2009 chorzy ci stanowili 0,7% pacjentów ogółem i 1,8% hospitalizacji rozliczonych wg grup A51 i A48, a w 2014 r. odsetek ten wyniósł już odpowiednio: 6,3% i 10,9%.

¹⁶ Wartości te są zbliżone z danymi Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, zgodnie z którymi około 30% pacjentów wymaga wczesnego podjęcia rehabilitacji (zapis posiedzenia Komisji Zdrowia z dnia 28 maja 2014, www.sejm.gov.pl).

Spośród 20 skontrolowanych jednostek, siedem posiadało umowę z NFZ na prowadzenie terapii lekami trombolitycznymi. Dzienny zapas tych leków utrzymywany przez trzy szpitale umożliwiał wdrożenie leczenia u co najmniej dwóch pacjentów. W pozostałych czterech szpitalach utrzymywany w części kontrolowanego okresu zapas leków pozwalał na zastosowanie terapii jedynie wobec jednego pacjenta w sytuacji, gdy występowały w tym okresie dni, w których do szpitala przyjęto dwóch i więcej chorych z udarem. W jednym ze szpitali stwierdzono ponadto brak leku trombolitycznego w ciągu pięciu dni w 2013 r. Z uwagi na czas konieczny na uzupełnienie zapasu leku przez szpital oraz fakt, że leczenie swoiste udaru niedokrwiennego przynosi najlepsze rezultaty, gdy zostanie wdrożone przed upływem 4,5 godziny od wystąpienia pierwszych objawów udaru, NIK pozytywnie ocenia decyzje podjęte w czterech jednostkach, skutkiem których zapas leków już w 2015 r. został zwiększony do zabezpieczającego potrzeby co najmniej dwóch pacjentów.

Personel

We wszystkich 20 skontrolowanych szpitalach zatrudniano personel medyczny o kwalifikacjach odpowiadających wymogom określonym w obowiązujących przepisach, przy czym były one istotnie zróżnicowane w zależności od profilu oddziałów, w których udzielano świadczeń w zakresie leczenia pacjentów z udarem. I tak, pacjenci z udarem leczeni w szpitalnych oddziałach chorób wewnętrznych pozostawali pod stałą opieką specjalistów chorób wewnętrznych, zatrudnionych tam zgodnie z wymogami przepisów. Obowiązujące regulacje prawne nie wymagają zatrudnienia w oddziałach wewnętrznych neurologa, logopedy, psychologa fizjoterapeuty, czy pielęgniarek neurologicznych. Pacjenci z udarem trafiający na leczenie do oddziałów chorób wewnętrznych, byli de facto pozbawieni opieki tych specjalistów, których obowiązek zatrudnienia mają oddziały udarowe.

Organizacja udzielania świadczeń

Najwyższa Izba Kontroli nie miała zastrzeżeń dotyczących organizacji udzielania świadczeń w 17 jednostkach, w tym sześciu udzielających świadczeń w ramach oddziałów neurologicznych i siedmiu – w ramach oddziałów wewnętrznych. Podobnie jednak jak w przypadku personelu, najbardziej rozbudowane wymagania w tym zakresie odnosiły się do szpitali z oddziałami udarowymi. Tam też – w przypadku trzech z siedmiu takich skontrolowanych jednostek – wystąpiły nieprawidłowości, które dotyczyły: w dwóch jednostkach braku w lokalizacji stałej obsady lekarzy anestezjologów podczas dyżurów (w godzinach popołudniowych i nocnych oraz w dni świąteczne i wolne od pracy), a także w godz. 7.00–15.00 w ciągu trzech dni w 2015 r., a w jednym ze szpitali – pełnienia tych dyżurów (w godzinach 15.00–7.00) przez lekarzy o niższym stopniu specjalizacji niż wynikający z obowiązujących przepisów. Dodatkowo w dwóch z ww. trzech szpitali nie przeprowadzono konsultacji internistycznych przy przyjęciu i przy wypisie pacjentów, a w jednym z nich – udokumentowanego udziału w zespole leczniczo-rehabilitacyjnym lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji.

Sprzęt i aparatura medyczna

Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną w ponad połowie skontrolowanych szpitali odpowiadało wymogom przepisów rozporządzenia MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych oraz rozporządzenia MZ w sprawie SOR. Tak jak w przypadku personelu i organizacji udzielania świadczeń, najwyższe wymogi w zakresie wyposażenia dotyczyły jednostek z oddziałami

udarowymi. Nieprawidłowości w zakresie sprzętu i aparatury wystąpiły w dziewięciu jednostkach, lecz w większości przypadków były mało znaczące lub zostały usunięte przed podjęciem czynności kontrolnych NIK. W trzech szpitalach, w których braki były najistotniejsze, a dotyczyły elementów wyposażenia stanowiska anestezjologii i intensywnej terapii, stanowiska intensywnej opieki medycznej oraz SOR, sprzęt uzupełniano prowadząc postępowania o udzielenie zamówienia bądź, z uwagi na brak środków finansowych, korzystano czasowo z wyposażenia innych oddziałów.

Pomieszczenia i łóżka szpitalne

Najwyższa Izba Kontroli nie miała żadnych uwag dotyczących pomieszczeń 15 szpitali. Spełniały one ustalone w przepisach jednolite wymogi dla wszystkich świadczeniodawców udzielających świadczeń zdrowotnych w rodzaju: leczenie szpitalne.

W pięciu jednostkach wystąpiły przypadki naruszeń przepisów rozporządzenia MZ w sprawie szczegółowych wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia oraz rozporządzenia MZ w sprawie SOR. Polegały one w szczególności na niezapewnieniu w szpitalu pomieszczeń higieniczno-sanitarnych dostosowanych do potrzeb osób niepełnosprawnych, braku wydzielenia punktów pielęgniarskich z pokojem przygotowawczym, braku izolatki w izbie przyjęć, braku podziału obszaru terapii natychmiastowej SOR na dwa pomieszczenia, niezapewnieniu wydzielonego pomieszczenia dla stanowisk IOM. W trzech przypadkach NIK zakwestionowała także rozwiązania dotyczące wejść i dojazdów do SOR oraz izby przyjęć.

NIK zgłosiła również zastrzeżenia dotyczące niezapewnienia w trzech szpitalach posiadających w swojej strukturze oddział AiIT (z 13 takich jednostek) minimalnej liczby łóżek wymaganej przepisami rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie anestezjologii. W pięciu szpitalach NIK jako nieprawidłowe oceniła ponadto niezapewnienie właściwego (z co najmniej trzech stron) dostępu do części łóżek.

Trzy szpitale, spośród jednostek które nie spełniały wymogów dotyczących wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną oraz wymogów dotyczących pomieszczeń, posiadały zatwierdzone programy dostosowawcze sankcjonujące prowadzoną działalność leczniczą mimo występujących nieprawidłowości. W przypadku jednego z tych szpitali program ten nie zakładał jednak dostosowania istniejących warunków do wymogów wynikających z przepisów lecz przewidywał, że wszelkie normy zostaną spełnione w nowym, zaplanowanym do budowy szpitalu. Z uwagi na powyższe NIK uznała, że dokument ten nie spełnia wymogów określonych w art. 207 ustawy o działalności leczniczej.

Pozostałe ustalenia

W trzech szpitalach stwierdzono naruszenie reguł sprawozdawania, rozliczania i finansowania świadczeń zdrowotnych określonych w Zarządzeniu Prezesa NFZ, polegające na niezasadnym przedstawieniu do rozliczeń 24 świadczeń, których faktycznie nie udzielono oraz zakwalifikowaniu świadczenia do niewłaściwej grupy JGP, niżej wycenionej od świadczeń faktycznie zrealizowanych. Dokumentacja medyczna w jednym ze skontrolowanych szpitali prowadzona była nierzetelnie. Nie zapewniono tam kompletności wpisów w księdze głównej przyjęć i wypisów, księdze odmów przyjęć i udzielania porad ambulatoryjnych w Izbie Przyjęć, księdze chorych oddziałów wewnętrznych, historiach chorób. Wady te stanowiły naruszenie przepisów rozporządzenia MZ w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej. W kolejnym szpitalu wystąpiły przypadki rozbieżności danych o dacie wypisu pacjentów odnotowanych w systemie elektronicznym służącym do rozliczeń z NFZ, w stosunku do informacji zawartych w historiach chorób.

W przypadku pięciu szpitali stwierdzono rozbieżności pomiędzy stanem faktycznym i danymi wykazanymi w rejestrach podmiotów leczniczych prowadzonych przez wojewodów, a najistotniejsze z nich dotyczyły dwóch jednostek, które wg rejestru posiadały w swoich strukturach pododdziały udarowe, mimo że w rzeczywistości pododdziałów takich nie utworzyły.

W 13 szpitalach nie zapewniono aktualności, wykazywanych w prowadzonym przez NFZ portalu świadczeniodawcy, danych dotyczących personelu udzielającego świadczeń medycznych oraz sprzętu i aparatury medycznej.

2.2.2. Nadzór Narodowego Funduszu Zdrowia

Opracowując plany zakupu świadczeń w zakresie neurologia-hospitalizacja oraz neurologia-hospitalizacja A48, A51 skontrolowane oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia prawidłowo uwzględniały liczbę i strukturę zrealizowanych świadczeń, limity środków określone w planie finansowym oddziału, a także potrzebę zapewnienia równego dostępu pacjentów do świadczeń.

W 2015 r. funkcjonowało w Polsce 174 świadczeniodawców, posiadających w swoich strukturach oddział udarowy. Rozmieszczenie tych szpitali na terenie kraju pozwalało na to, by czas transportu¹⁷ osób, u których wystąpiło podejrzenie udaru, do tych jednostek nawet z miejscowości położonych od nich najdalej na terenie województwa nie przekracza 77 minut¹⁸ (przeciętnie 43 minuty) i był średnio o 14 minut dłuższy od czasu przejazdu do najbliższych szpitali z SOR.

Według danych NFZ, wśród wszystkich rozliczonych w latach 2009–2014 świadczeń dedykowanych leczeniu pacjentów z udarem, średnio połowę stanowiły świadczenia wg grup JGP: A48 i A51 (świadczenia specjalistyczne udzielane w oddziałach udarowych), a połowę świadczenia wg grup JGP: A49 i A50 (z których ok. 25% przypadało na oddziały udarowe). W skontrolowanych województwach relacja ta była znacznie zróżnicowana. Największy udział świadczeń specjalistycznych w ogólnej liczbie świadczeń udzielonych w tych latach pacjentom z udarem występował w województwie pomorskim (średnio 70%), a najniższy – w województwie łódzkim (średnio 25%).

Skontrolowane oddziały NFZ planowały i przeprowadzały kontrole świadczeniodawców, którzy realizowali umowy w zakresie neurologia-hospitalizacja i neurologia-hospitalizacja A48, A51. Zakres kontroli obejmował m.in. spełnienie wymogów określonych dla świadczenia gwarantowanego leczenia udaru mózgu w oddziale udarowym (w tym dotyczących sprzętu i personelu), rzetelność prowadzenia dokumentacji medycznej oraz prawidłowość rozliczeń. Kontrolą objęto 44 świadczeniodawców, w tym czterech skontrolowanych w ramach niniejszej kontroli NIK. W wyniku przeprowadzonych kontroli NFZ, w uzasadnionych przypadkach nakładał na szpitale przewidziane przepisami kary finansowe.

¹⁷ Według danych z ewidencji Zespołów Ratownictwa Medycznego.

¹⁸ Przejazd zajmuje poniżej 30% czasu wskazanego jako okno terapeutyczne w leczeniu udarów z zastosowaniem leków trombolitycznych (4,5 godziny od wystąpienia objawów udaru).

2.3 Uwagi końcowe

Zróznicowanie warunków realizacji świadczeń zdrowotnych w obowiązujących przepisach, w zależności od rodzaju oddziału, w jakim leczeni są pacjenci z udarem, skutkuje różnym zakresem oferowanej opieki nad pacjentem, mającym bezpośredni wpływ na bezpieczeństwo chorych.

NIK zwraca uwagę, że już w 2000 r. w Raplocie zespołu ekspertów¹⁹ Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Udarów Mózgu²⁰ wskazano, że *udar mózgu jest stanem zagrożenia życia i powinien być traktowany przez wszystkie służby medyczne jako wymagający natychmiastowej pomocy i szybkiego postępowania według określonych zasad podobnie jak w ostrym zawałe serca. (...) Często w Polsce spotykana sytuacja, w której chory z udarem trafia do oddziału neurologicznego, internistycznego lub innego (...) jest zaprzeczeniem idei oddziału udarowego (...) Nieco dłuższy transport, ale do znacznie lepiej wyposażonego szpitala (posiadającego oddział udarowy) może okazać się lepszym wyborem zarówno dla chorego, jak i organizatorów opieki medycznej.*

Tożsamo stanowisko zawarte zostało w wytycznych Grupy Ekspertów Sekcji Chorób Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Neurologicznego z 2012 r.²¹, gdzie wskazano, że *pacjenta z podejrzeniem udaru mózgu najlepiej przewieźć do szpitala z oddziałem/pododdziałem udarowym (...).*

Zdaniem NIK, z uwagi na rozbudowaną sieć szpitali z oddziałami udarowymi, które muszą spełniać wysokie wymagania w zakresie m.in. personelu medycznego i aparatury medycznej oraz zapewniają chorym wyższy poziom bezpieczeństwa, niezbędne jest podjęcie przez Ministra Zdrowia działań w celu poprawy systemowej dostępności do leczenia prowadzonego w tych oddziałach. Powinno to nastąpić w szczególności poprzez uszczegółowienie zasad transportu sanitarnego tak, by osoby z podejrzeniem udaru mózgu trafiały bezpośrednio do specjalistycznych placówek, analogicznie jak ma to miejsce w przypadku chorych z podejrzeniem zawału serca lub ostrego zespołu wieńcowego.

NIK zwraca także uwagę na konieczność podjęcia przez skontrolowane szpitale z oddziałami udarowymi działań celem zapewnienia wszystkim wymagającym tego pacjentom ciągłości procesu terapeutycznego przez procedury rehabilitacji neurologicznej. Dla realizacji tego celu konieczne jest stworzenie warunków dających możliwość przekazywania pacjentów, bezpośrednio po zakończeniu procesu leczenia w oddziale udarowym, do oddziałów rehabilitacji neurologicznej.

¹⁹ Zespół ekspertów w składzie: doc. dr hab. med. A. Szczudlik, prof. dr hab. med. A. Członkowska, prof. dr hab. med. W. Kozubski, prof. dr hab. med. H. Kwieciński, prof. dr hab. med. R. Mazur, dr hab. med. J. Opara, prof. dr hab. med. D. Ryglewicz, prof. dr hab. med. Z. Stelmasiak, prof. dr hab. med. B. Stroińska-Kuś, dr med. A. Szczepańska-Szerej, dr med. G. Zwolińska.

²⁰ www.mp.pl/artykuły/1278#wyt7

²¹ Polski Przegląd Neurologiczny 2012; 8 (4): 161–175.

3.1 Spełnianie przez podmioty lecznicze warunków wymaganych do realizacji świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego

3.1.1. Personel

Kwalifikacje i stan zatrudnienia personelu medycznego we wszystkich 20 skontrolowanych szpitalach spełniały wymagania obowiązujących przepisów. Wymagania te były zróżnicowane i zależne od tego, w ramach jakich oddziałów szpitale udzielały świadczeń medycznych w zakresie leczenia pacjentów z udarem. I tak:

- a) dla udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach oddziałów udarowych wymagano zatrudnienia lekarzy specjalistów w dziedzinie neurologii²², pielęgniarek²³, logopedów²⁴, psychologów²⁵ i osoby prowadzącej fizjoterapię²⁶ (wymagania określone w zał. Nr 4 lp. 2 do rozporządzenia MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych);
- b) dla udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach oddziałów neurologii – zatrudnienia lekarzy specjalistów w dziedzinie neurologii²⁷ i osoby prowadzącej fizjoterapię²⁸ (wymagania określone w zał. Nr 3 lp. 30 do ww. rozporządzenia);
- c) dla udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach oddziałów wewnętrznych – zatrudnienia lekarzy specjalistów w dziedzinie chorób wewnętrznych²⁹ (wymagania określone w zał. Nr 3 lp. 14 do ww. rozporządzenia);
- d) dla udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach szpitalnych oddziałów ratunkowych: zatrudnienia ordynatora (lekarza kierującego oddziałem), pielęgniarki oddziałowej, lekarzy, pielęgniarek lub ratowników medycznych w liczbie niezbędnej do zabezpieczenia prawidłowego funkcjonowania oddziału, (zasoby kadrowe określone w § 13 rozporządzenia MZ w sprawie SOR).

3.1.2. Organizacja udzielania świadczeń

We wszystkich szpitalach, udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia pacjentów z udarem w ramach oddziałów wewnętrznych lub neurologicznych, spełniono wymagania dotyczące organizacji udzielania w nich świadczeń.

Wynikające z przepisów rozporządzenia MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych (zał. Nr 3, lp. 14 i 30) wymagania dla szpitali nieposiadających oddziałów udarowych były znacznie mniejsze od stawianych przed jednostkami sprofilowanymi. W odniesieniu do szpitali udzielających świadczeń zdrowotnych z grup JGP: A49 i A50 w ramach oddziałów neurologii wymagano bowiem zapewnienia całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia, kontynuacji procesu leczniczego przez procedury rehabilitacji neurologicznej oraz posiadania co najmniej jednego stanowiska intensywnej opieki medycznej i gabinetu diagnostyczno-zabiegowego. W odniesieniu do szpitali udzielających ww. świadczeń zdrowotnych w ramach oddziałów wewnętrznych wymagano jedynie zapewnienia całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia.

²² W wymiarze odpowiadającym równoważnikowi co najmniej dwóch etatów.

²³ W wymiarze odpowiadającym równoważnikowi co najmniej jednemu etatowi na jedno łóżko intensywnej opieki medycznej oraz równoważnikowi co najmniej jednemu etatowi na dwa łóżka wczesnej rehabilitacji neurologicznej.

²⁴ W wymiarze odpowiadającym równoważnikowi co najmniej 0,5 etatu.

²⁵ W wymiarze odpowiadającym równoważnikowi co najmniej 0,5 etatu.

²⁶ W wymiarze odpowiadającym co najmniej jednemu etatowi na cztery łóżka wczesnej rehabilitacji neurologicznej.

²⁷ W wymiarze odpowiadającym równoważnikowi co najmniej dwóch etatów.

²⁸ W wymiarze odpowiadającym równoważnikowi co najmniej 0,5 etatu.

²⁹ W wymiarze odpowiadającym równoważnikowi co najmniej dwóch etatów.

Szpitala udzielające świadczeń zdrowotnych w ramach oddziałów udarowych (rozliczanych grupami JGP: A48–A51) spełniały część z wymagań określonych w załączniku nr 4 lp. 2 rozporządzenia MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych³⁰, tj.:

- posiadały co najmniej jedną salę intensywnego nadzoru udaru mózgu: co najmniej 4 łóżka (stanowiska) intensywnej opieki medycznej – przeznaczone dla krótkiego (1–3 dni) pobytu chorych w ciągu pierwszych dni udaru;
- posiadały sale dla chorych z udarem w fazie „podostrej”: nie mniej niż 12 łóżek przeznaczonych dla wczesnej rehabilitacji neurologicznej (udarowej);
- udokumentowały udział w zespole leczniczo-rehabilitacyjnym: lekarza specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych lub lekarza specjalisty w dziedzinie kardiologii, oraz (poza jednym szpitalem) specjalisty w dziedzinie rehabilitacji lub rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji medycznej;
- udokumentowały konsultacje: lekarza specjalisty w dziedzinie neurochirurgii lub neurochirurgii i neurotraumatologii, lekarza specjalisty w dziedzinie chirurgii naczyniowej.

Nieprawidłowości w organizacji udzielania świadczeń wystąpiły w czterech tego typu jednostkach (z siedmiu skontrolowanych) i dotyczyły opieki anestezyjologicznej, zespołu leczniczo-rehabilitacyjnego oraz konsultacji internistycznych. I tak:

- w trzech szpitalach nie zapewniono stałej obecności w lokalizacji lekarza specjalisty w dziedzinie anestezyjologii lub anestezyjologii i reanimacji, lub anestezyjologii i intensywnej terapii, co naruszało wymagania określone w zał. Nr 4 (lp. 2 pkt 4) rozporządzenia MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych;
 - **W Szpitalu Neuropsychiatrycznym im. prof. Mieczysława Kaczyńskiego Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Lublinie** (zwanym dalej Szpitalem w Lublinie) przez cały okres objęty kontrolą nie zapewniono stałej obecności lekarza anestezyjologa. Dyrektor wyjaśnił, że w *Szpitalu zatrudniony jest lekarz, specjalista I stopnia w dziedzinie anestezyjologii i specjalista z ratownictwa medycznego, w pełnym wymiarze czasu pracy. W celu uzupełnienia zapewnienia stałego zabezpieczenia anestezyjologicznego pacjentów, podpisano porozumienie z 2 stycznia 2010 r. oraz w dniu 20 stycznia 2015 r. umowę z SP Szpitalem Wojewódzkim im. Jana Bożego w Lublinie, których przedmiotem jest zabezpieczenie pacjentów hospitalizowanych w Szpitalu w oddziale anestezyjologii i intensywnej terapii.*
NIK zauważa, że przedstawione w wyjaśnieniach działania Dyrektora nie zapewniały jednak spełnienia wymagań określonych w ww. przepisach.
 - **W Szpitalu Powiatowym w Sędziszowie Małopolskim** (zwanym dalej Szpitalem w Sędziszowie Młp.) nie zapewniono opieki lekarza anestezyjologa w trzech dniach 2015 r. w godz. od 7.00 do 15.00 oraz w całym kontrolowanym okresie w czasie dni świątecznych i wolnych od pracy, a także w czasie dyżurów pełnionych w dni powszednie w godz. od 15.00 do 7.00. P.o. Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśnił, że lekarze zatrudnieni w *Szpitalu posiadają specjalizację z zakresu anestezyjologii i intensywnej terapii, są zatrudnieni na podstawie umów cywilno-prawnych w godzinach od 7.00 do 15.00, a dyżury w dniach od poniedziałku do piątku w godzinach 15.00–7.00 oraz w dni świąteczne i wolne od pracy pełnią pod telefonem.*
W odniesieniu do powyższego NIK zwróciła uwagę, że pełnienie dyżuru pod telefonem nie wypełnia wymogu zapewnienia chorym właściwej opieki w szpitalu (w lokalizacji).
 - **W Powiatowym Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej w Będzinie** (zwanym dalej Szpitalem w Będzinie) pełnienie 40% dyżurów³¹ powierzono lekarzom o I stopniu specjalizacji w sytuacji, gdy zgodnie z § 2 pkt 5 rozporządzenia MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych, dyżury takie winni pełnić lekarze z II stopniem specjalizacji. Dyrektor Szpitala podał w wyjaśnieniach, że *jego zdaniem została zapewniona całodobowa*

³⁰ Wymagań takich nie ustalono w przepisach dla udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym pacjentom z udarem, w ramach oddziałów neurologii i chorób wewnętrznych.

³¹ W sześciu dobranych do szczegółowego badania miesiącach okresu 2013 r.–2015 r.

opieka lekarska nad pacjentami, ponieważ kierownikami działów anestezjologii Szpitala są specjaliści II stopnia, którzy pełnią nadzór nad dyżurami lekarzy z I stopniem specjalizacji lub w trakcie specjalizacji, a zatrudnieni lekarze z stopniem specjalizacji są pracownikami z długoletnim stażem, którzy posiadają niezbędne doświadczenie zawodowe.

- w jednym szpitalu nie zapewniono właściwego składu zespołu leczniczo-rehabilitacyjnego;
 - **W Szpitalu w Sędziszowie Młp.** nie zapewniono udziału w zespole leczniczo-rehabilitacyjnym lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji lub rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji medycznej, co naruszało wymagania określone w załączniku nr 4 (lp. 2, ppkt 5 lit. c) rozporządzenia MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych.
- w dwóch szpitalach nie dopełniono obowiązku przeprowadzenia udokumentowanych konsultacji internistycznych przy przyjęciu i przy wypisie pacjentów, co naruszało wymagania określone w Załączniku nr 4 (lp. 2 ppkt 7 lit. e) do rozporządzenia MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych;
 - **W Szpitalu w Lublinie** konsultacji przy przyjęciu nie przeprowadzono w przypadku 9 z 24 pacjentów z rozpoznaniem wstępnym: udar mózgu oraz przy wypisie 20 z 21 pacjentów rozliczanych grupami JGP: A48 i A51. Ordynator Oddziału Neurologii w wyjaśnieniu podał, m.in. że *wszelkie odstępstwa od wymogów zapisanych w rozporządzeniu odbyły się ze względów merytorycznych czyli medycznych. Zgodnie z § 3 ust. 3 rozporządzenia, świadczenia gwarantowane są udzielane zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, z wykorzystaniem metod diagnostyczno-terapeutycznych.*
 - **W Szpitalu Specjalistycznym im. J.K. Łukowicza w Chojnicach** (zwanym dalej Szpitalem w Chojnicach) w przypadku hospitalizacji jednego z 50 pacjentów przeprowadzono tylko jedną konsultację internistyczną w trakcie leczenia.
Ordynator Oddziału Neurologicznego z Oddziałem Udarowym wyjaśnił, że *objawy neurologiczne wystąpiły w trakcie hospitalizacji, pacjentka była w dobrym, stabilnym stanie ogólnym i neurologicznym z nieznacznym deficytem objawów ogniskowych oraz brak było wskazań do kolejnej konsultacji internistycznej przy wypisie.*
W odniesieniu do nieprawidłowości stwierdzonych w Szpitalu w Lublinie i w Szpitalu w Chojnicach NIK zwróciła uwagę, że przepisy rozporządzenia MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych nie przewidują dowolności postępowania w zakresie konsultacji internistycznych, które finansowane są ze środków publicznych.

3.1.3. Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną

W przypadku 11 szpitali (z 20 skontrolowanych) zapewniono kompletne wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną, wymagane rozporządzeniem MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych, rozporządzeniem MZ w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego oraz rozporządzeniem MZ w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia.

Pośród pozostałych dziewięciu jednostek, w których wystąpiły braki w wyposażeniu i sprzęcie, dwa szpitale posiadały zatwierdzone programy dostosowawcze, o których mowa w art. 207 ustawy o działalności leczniczej, będące warunkiem dopuszczającym kontynuowanie działalności do 31 grudnia 2017 r.³². Jeden z tych programów nie spełniał jednak wymogów wynikających z ww. przepisów, co przedstawiono szczegółowo w dalszej części informacji.

³² Do dnia 1 grudnia 2015 r. przepis art. 207 ustawy o działalności leczniczej dopuszczał udzielanie świadczeń, mimo niespełnienia wymogów określonych w przepisach do 31 grudnia 2016 r. Po zmianie, wprowadzonej ustawą z dnia 25 września 2015 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, ustawy o działalności leczniczej oraz ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2015 r. poz. 1887), termin ten ustalony został na 31 grudnia 2017 r.

Oddziały udarowe, neurologiczne i wewnętrzne

Oddziały udarowe sześciu szpitali były wyposażone w sprzęt i aparaturę medyczną zgodnie z wymogami Załącznika Nr 4 (lp 2) do rozporządzenia MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych. W miejscach udzielania świadczeń znajdowały się bowiem holter EKG i holter ciśnieniowy (ABPM), a w lokalizacjach – aparat USG z opcją Dopplera i tomograf komputerowy. W jednym przypadku nie zapewniono kompletności posiadanego sprzętu.

- **W Szpitalu Wojewódzkim im. Jana Pawła II w Bełchatowie** (zwanym dalej Szpitalem w Bełchatowie) brakowało jednego z wymaganych urządzeń, tj. holtera EKG. P.o. Dyrektora tego szpitala Główna księgowa wyjaśniła, że do czasu zakupu nowego aparatu badania pacjentów oddziału udarowego wykonywane są z wykorzystaniem sprzętu oddziału kardiologii.

Sale intensywnego nadzoru udaru mózgu pięciu szpitali z oddziałami udarowymi (z siedmiu takich skontrolowanych jednostek) wyposażone były prawidłowo. Znajdowały się w nich: kardiowerter-defibrylator, elektryczne lub próżniowe urządzenia do ssania, zestawy do intubacji, worki samorozprężalne, kardiomonytory, pompy infuzyjne. Wyposażenie to spełniało wymogi § 4 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych. Braki w tym wyposażeniu wystąpiły w dwóch szpitalach.

- W wyposażeniu **Szpitala w Bełchatowie i SPZOZ Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych „DZIEKANKA” im. Aleksandra Piotrowskiego w Gnieźnie** (zwanego dalej Szpitalem w Gnieźnie) brakowało kardiowertera-defibrylatora, przy czym w drugim z tych szpitali brak było dodatkowo trzech pomp infuzyjnych i kardiomonitora. Braki te wyjaśniano przede wszystkim awariami sprzętu i ograniczeniem środków finansowych niezbędnych na zakup nowego.

W pięciu szpitalach udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia pacjentów z udarem w ramach oddziałów neurologii (z sześciu takich skontrolowanych jednostek) spełnione były wymagania dotyczące wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, określone w Załączniku Nr 3 (lp. 30) rozporządzenia MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych. Szpitale te zapewniły w lokalizacji tomograf komputerowy i aparat EEG.

Nieprawidłowość stwierdzono w jednej jednostce:

- **W Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie-Koźlu** (zwanym dalej Szpitalem w Kędzierzynie-Koźlu), tomograf komputerowy (do listopada 2014 r.) znajdował się w budynku Szpitala położonym poza lokalizacją oddziału neurologii, co naruszało obowiązujące w tym zakresie przepisy.

We wszystkich siedmiu szpitalach, udzielających tych świadczeń zdrowotnych w ramach oddziałów wewnętrznych zapewniło kompletne wyposażenie w aparaturę medyczną, na które składały się: kardiomonitor i aparat EKG 12-odprowadzeniowy (w miejscu udzielania świadczeń) oraz holter ciśnieniowy (ABPM) i holter EKG (w lokalizacji), czym wypełniono wymóg określony w Załączniku Nr 3 (lp. 14) rozporządzenia MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych.

Anestezjologia i intensywne leczenie (AiL)

W 13 szpitalach (z 20 skontrolowanych jednostek) zapewniono funkcjonowanie oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii, wymaganych przepisami § 4 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych. W pozostałych siedmiu przypadkach, opieka ta zorganizowana była w sposób określony w § 4 ust. 1 pkt 2 tego rozporządzenia, tj. świadczeniodawcy posiadali co najmniej jedno stanowisko intensywnej terapii oraz zapewniali 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 oraz transport sanitarny w składzie odpowiadającym specjalistycznemu zespołowi ratownictwa medycznego.

Nieprawidłowości w zakresie wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną tych oddziałów wystąpiły w dwóch jednostkach.

- **W Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Wieluniu** (zwanym dalej Szpitalem w Wieluniu) na dwóch stanowiskach intensywnej terapii brakowało kapnografu³³, co naruszało przepisy Załącznika Nr 3 część I, lp. 2 do rozporządzenia MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych. Dyrektor wyjaśnił, że brakujący sprzęt zostanie zakupiony niezwłocznie.
- **W Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej w Żywcu** (zwanym dalej Szpitalem w Żywcu) w pomieszczeniu izolátky OAiT nie zapewniono płuczki-dezynfektora lub urządzenia do dekontaminacji oraz do utylizacji wkładów jednorazowych, czym naruszono wymóg określony w § 21 ust. 1 rozporządzenia MZ w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia.

Dyrektor Szpitala w wyjaśnieniach podał: (...) mamy opracowany program dostosowawczy i organ prowadzący realizuje projekt budowy nowego szpitala, co zostało uwzględnione w programie dostosowawczym. Projekt do końca sierpnia uzyska zamknięcie finansowe i od września ruszy proces budowy nowego szpitala (...). Powyższe zostanie usunięte w momencie wybudowania nowego Szpitala.

NIK oceniła, że jakkolwiek Szpital posiadał dokument nazwany programem dostosowawczym, który pozytywnie zaopiniował Śląski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny, to z uwagi na fakt, że w opracowaniu tym nie zakładano dostosowania pomieszczeń szpitala do wymogów określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 22 ustawy o działalności leczniczej, lecz przewidywano budowę nowego obiektu w drodze partnerstwa publiczno-prywatnego, to jest przedsięwzięcia niezależnego od Szpitala i dotyczącego nowego innego podmiotu leczniczego, przez co szpital nie spełnił wymogów art. 207 ustawy o działalności leczniczej, dopuszczających udzielanie świadczeń w pomieszczeniach niespełniających wymaganych warunków.

Szpitalne oddziały ratunkowe/izby przyjęć

Zakresy świadczeń w szpitalnym oddziale ratunkowym i w izbie przyjęć u tego samego świadczeniodawcy kontraktowane są alternatywnie. Świadczenia w ramach szpitalnych oddziałów ratunkowych zakontraktowano w 11 szpitalach³⁴, a dziewięć posiadało kontrakt na izby przyjęć.

Osiem szpitali posiadających szpitalne oddziały ratunkowe spełniło wynikające z rozporządzenia MZ w sprawie SOR wymogi dotyczące funkcjonowania poszczególnych obszarów³⁵ w tych oddziałach i ich wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną. Nieprawidłowości w tym zakresie wystąpiły w trzech jednostkach (po jednej z każdej grupy³⁶ kontrolowanych szpitali). I tak:

- **W Szpitalu w Bełchatowie:**
 - 1) wyposażenie obszaru resuscytacyjno-zabiegowego SOR nie spełniało wymogów określonych w § 7 ust. 1 w związku z ust. 3 ww. rozporządzenia z uwagi na brak jednego (z dwóch wymaganych): stołu zabiegowego z lampą operacyjną, aparatu do powierzchniowego ogrzewania pacjenta, zestawu do trudnej intubacji i respiratora stacjonarnego;
 - 2) w obszarze terapii natychmiastowej SOR nie było aparatu do znieczulenia z wyposażeniem stanowiska do znieczulania wraz z zestawem monitorującym – co było niezgodne z § 9 ust. 3 pkt 2 ww. rozporządzenia; a w sali zabiegowej znajdowało się jedno gniazdo do poboru tlenu, powietrza i próżni zamiast dwóch takich gniazd.

Braki w wyposażeniu stanowiska do znieczulania Ordynator SOR wyjaśniał koniecznością wypożyczenia sprzętu do Zakładu Diagnostyki i Terapii Endoskopowej celem przeprowadzenia zaplanowanych tam badań (z uwagi na awarię sprzętu w tym Zakładzie), a jako przyczynę niezapewnienia wymaganej liczby gniazd do poboru tlenu, powietrza i próżni wskazał złe warunki lokalowe i planowaną przebudowę SOR.

³³ Kapnograf – urządzenie mierzące i odzwierciedlające na wykresie zmiany stężenia CO₂.

³⁴ Pięć z tych jednostek utworzyło w swoich strukturach, poza SOR, izby przyjęć, które jednak nie były objęte kontraktem NFZ.

³⁵ Przepisy rozporządzenia MZ w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego identyfikują następujące obszary SOR: segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć; resuscytacyjno-zabiegowy, wstępnej intensywnej terapii; terapii natychmiastowej; obserwacji; konsultacyjny, zaplecza administracyjno-gospodarczego.

³⁶ Grupy ze względu na rodzaj oddziału szpitalnego, na którym leczeni są chorzy z udarami: 1] szpitale leczące chorych w oddziałach udarowych, 2] szpitale leczące chorych w oddziałach neurologicznych, 3] szpitale leczące chorych w oddziałach wewnętrznych.

- **W Zespole Opieki Zdrowotnej w Dębicy** (zwanym dalej Szpitalem w Dębicy) w SOR nie zapewniono:
 - 1) przyłóżkowego zestawu RTG, co naruszało wymóg określony w § 4 ust. 3 pkt 2 ww. rozporządzenia;
 - 2) stołu zabiegowego (w obszarze resuscytacyjno-zabiegowym), co naruszało wymóg określony w § 7 ust. 3 pkt 1 ww. rozporządzenia;
 - 3) respiratora stacjonarnego (w obszarze wstępnej intensywnej terapii), co naruszało wymóg określony w § 7 ust. 4 pkt 2 ww. rozporządzenia.
 Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że zakupy stołu zabiegowego dla obszaru resuscytacyjnego-zabiegowego oraz respiratora stacjonarnego dla obszaru wstępnej terapii są w trakcie realizacji, a przyłóżkowy zestaw rtg użytkowany jest także w innych oddziałach szpitalnych. Jest to aparat mobilny i może być swobodnie przewożony.
- **W Szpitalu w Wieluniu:** w obszarze resuscytacyjno-zabiegowym jedno stanowisko resuscytacyjne nie zostało wyposażone w lampę operacyjną, co było sprzeczne z postanowieniami § 9 ust. 3 rozporządzenia. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że lampa operacyjna uległa awarii i planowany jest zakup nowej.

W przypadku pięciu szpitali posiadających w swej strukturze Izbę przyjęć, której świadczenia objęte były kontraktem NFZ (z dziewięciu takich jednostek), spełnione zostały wymagania dotyczące pomieszczeń, określone w Załączniku Nr 3 (lp. 48) do rozporządzenia MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych. Zapewniono tam bowiem, m.in. funkcjonowanie punktu rejestracji, pomieszczenia do przeprowadzania badań związanych z przyjęciem pacjenta do szpitala lub do udzielenia doraźnej pomocy ambulatoryjnej i pomieszczenia do wykonania doraźnych zabiegów.

W wyposażeniu izb przyjęć czterech szpitali (**Szpitala w Sędziszowie Młp., Szpitala w Lublinie, Szpitala w Gnieźnie, Wojewódzkiego Szpitala Neuropsychiatrycznego im. Oskara Bielawskiego w Kościanie** – zwanego dalej Szpitalem w Kościanie) brakowało jednego z elementów wymaganych Załącznikiem Nr 3 (lp. 48) do rozporządzenia MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych, tj. wózków-wanien. Z ww. jednostek, Szpital w Lublinie posiadał program dostosowawczy, o którym mowa w art. 207 ustawy o działalności leczniczej, zgodnie z którym zakup wózka-wanny powinien zostać zrealizowany do 31 grudnia 2016 r.

3.1.4. Pomieszczenia i łóżka szpitalne

NIK nie miała zastrzeżeń dotyczących spełnienia przez 15 szpitali wymagań odnoszących się do pomieszczeń oddziałów udarowych, oddziałów wewnętrznych, izb przyjęć i szpitalnych oddziałów ratunkowych, określonych w przepisach rozporządzenia MZ w sprawie szczegółowych wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia, rozporządzenia MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych oraz rozporządzenia MZ w sprawie SOR.

Naruszenia części z tych wymogów stwierdzono w pięciu jednostkach, z których dwie posiadały programy dostosowawcze³⁷.

- **W Szpitalu w Będzinie**, w zespole pomieszczeń oddziałów neurologii i udarowego nie zapewniono punktów pielęgniarskich z pokojem przygotowawczym pielęgniarskim oraz pomieszczeń higieniczno-sanitarnych wyposażonych w natrysk, przystosowanych dla osób niepełnosprawnych, w tym w szczególności poruszających się na wózkach inwalidzkich, naruszając tym samym regulacje wynikające z Załącznika Nr 1 (część II) do rozporządzenia MZ w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia. Ponadto, w Oddziale Neurologii sposób połączenia ścian z podłogami utrudniał właściwą ich dezynfekcję. Szpital posiadał zaopiniowany przez Śląskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego program dostosowawczy z terminem likwidacji powyższych nieprawidłowości w 2016 r.
- **W Szpitalu w Sędziszowie Młp.** nie zapewniono, by pomieszczenia oraz łazienki Izby przyjęć wyposażone były w sposób dostosowanych do przyjmowania dzieci, co było niezgodne z treścią Załącznika Nr 3 (lp. 48) do rozporządzenia MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych. Po. Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśnił, że Izba Przyjęć nie spełnia ww. wymogów z powodu trudnej sytuacji finansowej Szpitala.

³⁷ Szpital w Będzinie i Szpital w Żywcu.

- **W Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Marii Skłodowskiej-Curie w Zgierzu** (zwanym dalej Szpitalem w Zgierzu) w Izbie Przyjęć Szpitala nie zorganizowano pomieszczenia zapewniającego możliwość krótkotrwałej izolacji pacjenta, co stanowiło naruszenie treści Załącznika Nr 3 lp. 48 pkt 4 lit. g rozporządzenia MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych. Powyższe wyjaśniano ewentualnym przeznaczeniem na ten cel pomieszczenia z obszaru wstępnej intensywnej terapii SOR lub – przekazaniem w trybie pilnym pacjenta do innego oddziału. Rozwiązanie przedstawione w tych wyjaśnieniach nie spełnia jednak wymogów ww. przepisów.

- **W Szpitalu w Żywcu** pomieszczenia w Izbie Przyjęć (gabinetu zabiegowego i gabinetu w którym prowadzono badania pacjentów) oraz w salach pacjentów w Oddziale Wewnętrzny II, nie były wykonane z materiałów zmywalnych umożliwiających utrzymanie pełnej aseptyki, co było niezgodne z § 30 rozporządzenia MZ w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia, Właściwa dezynfekcja nie była także możliwa w przypadku połączeń podłóg ze ścianami, co było niezgodne z § 29 ww. rozporządzenia MZ.

W pracowni EKG na Oddziale Wewnętrzny I brakowało umywalki z baterią z ciepłą i zimną wodą, dozownika z mydłem w płynie, dozownika ze środkiem dezynfekcyjnym, pojemnika z ręcznikami jednorazowego użycia, a także zlewu z baterią, tj. wyposażenia wymaganego przepisami § 36 ust. 1 ww. rozporządzenia MZ. Stanowiska intensywnej opieki medycznej wyodrębnione w ramach dwóch Oddziałów Wewnętrznych nie odpowiadały wymogom określonym w § 4 ust. 2 pkt 1, 2 i 3 rozporządzenia MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych, gdyż nie znajdowały się w wyodrębnionym pomieszczeniu z zapewnionym przyłączem tlenu, próżni i sprężonego powietrza, do stanowisk tych nie zapewniono swobodnego dostępu ze wszystkich stron, brak było możliwości stałej obserwacji każdego pacjenta ze stanowiska pielęgniarki.

Usytuowanie Oddziału AiIT nie zapewniało komunikacji z blokiem operacyjnym, oddziałem przyjęć i pomocy doraźnej oraz ze wszystkimi oddziałami łóżkowymi, co było niezgodne z § 4 ust. 4 rozporządzenia MZ w sprawie standardów w dziedzinie anestezjologii.

Izolotka w Oddziale AiIT nie spełniała wymogów określonych w § 21 ust. 1 pkt 2 i 3 rozporządzenia MZ w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia (pomiędzy pomieszczeniem pobytu pacjenta a ogólną drogą komunikacyjną nie zapewniono śluzi umywalkowo-fartuchowej, która spełniałaby wymogi określone w § 22 ww. rozporządzenia oraz nie zapewniono pomieszczenia higieniczno-sanitarnego dostępnego z sali pacjenta, które umożliwiałyby umycie rąk bez kontaktu dłoni z baterią umywalkową, a także przebieranie się i składowanie materiałów izolacyjnych). Izolotka nie spełniała także wymogu określonego w § 21 ust. 3 ww. rozporządzenia, bowiem nie była wyposażona w wentylację wymuszoną, działającą na zasadzie podciśnienia w taki sposób, że ciśnienie w izolotce byłoby niższe niż na korytarzu. W Oddziale AiIT brak było pomieszczenia higieniczno-sanitarnego przystosowanego do potrzeb osób niepełnosprawnych, w szczególności poruszających się na wózkach inwalidzkich, co było niezgodne z wymogiem określonym w Załączniku nr 1 cz. II pkt 4 do ww. rozporządzenia; sala pacjentów w Oddziale AiITi, w której znajdowały się trzy stanowiska była pomieszczeniem przechodnim, co było niezgodne z § 15 ww. rozporządzenia.

Szerokość czterech pomieszczeń dla pacjentów na Oddziałach Wewnętrznych, w których znajdowały się po dwa stanowiska intensywnej opieki uniemożliwiała wyprowadzenie łóżek szpitalnych, co było niezgodne z § 18 tego rozporządzenia.

Wyjaśniając przyczyny niespełnienia ww. wymogów dotyczących pomieszczeń szpitalnych Dyrektor Szpitala w Żywcu wskazał program dostosowawczy.

- **W Szpitalu w Bełchatowie** obszar terapii natychmiastowej składał się z jednej sali (w której wydzielono miejsce do przeprowadzenia zabiegów i miejsce, w którym dokonuje się opatrunków gipsowych) zamiast dwóch sal przeznaczonych odrębnie dla zabiegów i dokonywania opatrunków gipsowych, co naruszało postanowienia § 9 ust. 1 rozporządzenia MZ w sprawie SOR.

W Oddziałach AiIT dziesięciu szpitali (z 13 jednostek posiadających taki oddział w swojej strukturze) spełniono wymóg § 4 ust. 3 rozporządzenia MZ w sprawie standardów w dziedzinie anestezjologii dotyczący minimalnej liczby łóżek (nie mniej niż 2% ogólnej liczby łóżek w szpitalu). W trzech jednostkach norma ta nie została dochowana.

- Liczba łóżek oddziału AiIT w **Szpitalu w Żywcu** stanowiła 1,1% ogólnej liczby łóżek, a w **Szpitalu w Zgierzu** i w **Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Kępnie** (zwanym dalej Szpitalem w Kępnie) – 1,7% ogólnej liczby łóżek. W składanych wyjaśnieniach Dyrektorki szpitali jako przyczyny podawali ograniczenia lokalowe deklarując równocześnie, że stwierdzone nieprawidłowości zostaną usunięte w wyniku prowadzonych lub zaplanowanych do przeprowadzenia prac budowlanych/inwestycyjnych.

W odniesieniu do powyższego NIK zauważa, że przepisy rozporządzenia w sprawie standardów w dziedzinie anestezjologii ustalają minimalny udział łóżek Oddziałów AIT w ogólnej liczbie łóżek w szpitalu. Zgodnie 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”³⁸.

W przypadku 15 skontrolowanych szpitali (z 20) spełniony została wymóg dostępu do łóżek z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych określony w § 18 rozporządzenia MZ w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia. Odstępstwa od tych wymogów stwierdzono u pięciu świadczeniodawców i dotyczyły one:

- 21 z 45 łóżek oddziału neurologicznego w **Szpitalu w Gnieźnie**. Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że sale z dostępem do łóżek z dwóch stron to sale niebędące salami intensywnego nadzoru, przeznaczone dla pacjentów w lepszym stanie. Ponadto wskazała, że łóżko w każdej sytuacji tego wymagającej może być przesunięte, a personel ma wówczas dostęp z trzech stron, w tym dłuższej;
- 8 z 32 łóżek pododdziału udarowego w **Szpitalu w Lublinie**. Według programu dostosowania budynków Szpitala do wymagań rozporządzenia, wymagania w tym zakresie zostaną spełnione do 31 grudnia 2016 r.;
- 24 z 30 łóżek w oddziale neurologicznym w **Szpitalu w Kościanie**. Ordynator Oddziału wyjaśnił, że w Oddziale Neurologicznym dostęp z trzech stron zapewniony jest do sześciu łóżek, przeznaczonych dla chorych w stanach ostrych. Ustawienie pozostałych łóżek wynika z próśb pacjentów, zapewniając ich zdaniem większy komfort i intymność w czasie pobytu szpitalnego. Dodał jednocześnie, że w związku z pełną mobilnością wszystkich łóżek oddziału, wymagane ustawienie może zostać w razie potrzeby szybko zapewnione;
- 51 z 78 łóżek oddziałów wewnętrznych w **Szpitalu w Wieluniu**. Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że zgodnie z aktualnym, zatwierdzonym przez Państwowy Wojewódzki Inspektorat Sanitarny w Łodzi Planem dostosowania SP ZOZ Wieluń do wymagań, do końca 2016 r. zostaną wykonane zalecenia dotyczące łóżek z dostępem z trzech stron, w tym dwóch podłużnych na ww. Oddziałach;
- 57 z 115 łóżek na oddziałach wewnętrznych w **Szpitalu w Żywcu**.

W trzech szpitalach (z 20) występowały także nieprawidłowości dotyczące organizacji ciągów komunikacyjnych prowadzących do SOR/Izby Przyjęć.

- **W Szpitalu w Dębicy** wejście do szpitalnego oddziału ratunkowego, dla pieszych i trasa podjazdu specjalistycznych środków transportu były wspólne, co naruszało wymóg określony w § 3 ust. 1 rozporządzenia MZ w sprawie SOR, zgodnie z którym oddział organizuje się na poziomie wejścia dla pieszych i podjazdu specjalistycznych środków transportu sanitarnego do oddziału, z osobnym wejściem dla pieszych oddzielonym od trasy podjazdu specjalistycznych środków transportu sanitarnego. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że: *W SOR przyjmuje się osoby w stanie zagrożenia życia i zdrowia. W związku z powyższym najczęstszą formą transportu jest dowóz karetką pogotowia ratunkowego lub samochodem prywatnym przez zadaszony, zamykany podjazd. Pacjenci, którzy pieszo starają się dostać na SOR mają taką możliwość od strony korytarza szpitalnego.*
- **W Szpitalu w Sędziszowie Młp.** nie zapewniono bezpośredniego zadashzonego wejścia z dojazdem do Izby przyjęć umożliwiającym podjazd co najmniej dla jednego pojazdu co naruszało wymogi wynikające z Załącznika nr 1 pkt 1 do rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia.
- **W Szpitalu w Wieluniu** nie został zapewniony bezkolizyjny dojazd do SOR dla pojazdów specjalistycznych środków transportu sanitarnego, co było niezgodne z § 3 ust. 3, rozporządzenia MZ w sprawie SOR. Dyrektor Szpitala jako przyczynę powyższego w wyjaśnieniach wskazał na nieuregulowany stan prawny działek przeznaczonych na wykonanie dróg dojazdowych. (...).

³⁸ Opublikowanej na stronie www.rynekzdrowia.pl w artykule Marzeny Sygut z 25 kwietnia 2013 r.: Dlaczego dramatycznie brakuje łóżek w OAIIT? Podjęliśmy próbę diagnozy.

3.1.5. Diagnostyka

Postępowanie diagnostyczne w udarze obejmuje zebranie wywiadu (w tym ustalenie okoliczności zachorowania), badanie przedmiotowe (ogólne i neurologiczne) i badania dodatkowe. Spośród badań dodatkowych w przypadku tej jednostki chorobowej największe znaczenie ma badanie obrazowe mózgu, w którym najpowszechniejsza jest tomografia komputerowa głowy. Badanie to pozwala na szybkie ustalenie charakteru schorzenia, tj. zróżnicowanie pomiędzy udarem niedokrwiennym a krwotocznym, będące podstawą dla podjęcia właściwego leczenia. Pozwala ono także na wykluczenie chorób, których przebieg kliniczny może być zbliżony do udaru (np. guz mózgu)³⁹. Jeżeli rozpoznanie udaru niedokrwiennego jest pewne i u chorego nie występują przeciwwskazania, możliwe jest wdrożenie leczenia trombolitycznego⁴⁰. Zgodnie z Wytycznymi Grupy Ekspertów Sekcji Chorób Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Neurologicznego z 2012 r., dożylna tromboliza, jako zalecana metoda leczenia świeżego udaru niedokrwiennego, przynosi najlepsze efekty, gdy jest zastosowana w czasie do 4,5 godziny od wystąpienia objawów. Lek powinno się podać najszybciej jak to jest możliwe, ponieważ największe korzyści pacjent uzyskuje, jeśli leczenie trombolityczne zostanie wdrożone w pierwszej godzinie od wystąpienia objawów udaru.

Z powyższych powodów jak najkrótszy czas oczekiwania na badanie ma niezwykle istotne znaczenie dla wdrożenia właściwego postępowania terapeutycznego.

Czas oczekiwania na przeprowadzenie badania tomografii komputerowej był w poszczególnych grupach szpitali istotnie zróżnicowany. Największy odsetek pacjentów⁴¹, którym badania przeprowadzono w czasie pierwszej godziny od przybycia do szpitala występował w jednostkach sprofilowanych, udzielających świadczeń w oddziałach udarowych i wynosił średnio prawie 60% badanej próby przypadków. W szpitalach tych najwyższy był również odsetek pacjentów, którym zapewniono dostęp do badań w ciągu trzech pierwszych godzin od przybycia i wynosił 81%.

Spośród siedmiu takich szpitali, dostęp do badań obrazowych mózgu w czasie pierwszej godziny największej liczbie chorych zapewnił Zespół Opieki Zdrowotnej w Nysie (zwany dalej Szpitalem w Nysie). W czasie tym badania te przeprowadzono u 90% pacjentów, których dokumentacja medyczna objęta była kontrolą w ramach badania próby hospitalizacji. W Szpitalu w Sędziszowie Młp. badania w czasie pierwszej godziny przeprowadzono u 78%. W Szpitalu w Chojnicach odsetek ten wyniósł 62%, a w Szpitalu w Bełchatowie 60%. W Szpitalu w Lublinie dostęp do badań w ciągu godziny uzyskało 59% pacjentów, a w Szpitalu w Będzinie – 42% pacjentów. Najmniej chorych poddano badaniu w ciągu pierwszej godziny w Szpitalu w Gnieźnie – 29%.

- **W Szpitalu w Bełchatowie** z grupy 50 pacjentów badaniu w czasie pierwszej godziny poddano 30 osób (w tym siedem, u których zastosowano później leki trombolityczne), w drugiej godzinie – pięć osób, w czwartej godzinie i kolejnych – 14 osób (w 1 przypadku badania TK nie wykonano).
- **W Szpitalu w Będzinie** z grupy 52 pacjentów badania w pierwszej godzinie przeprowadzono u 22 osób (w tym trzech, u których zastosowano później leczenie trombolityczne), w drugiej godzinie – u 13 osób, w trzeciej godzinie u 13 osób, w czasie powyżej trzech godzin – u czterech osób.
- **W Szpitalu w Chojnicach** z grupy 50 pacjentów w pierwszej godzinie przebadano 31 osób (w tym 11, u których wdrożono później terapię trombolityczną), w drugiej godzinie – sześć osób, w trzeciej godzinie – jedną osobę, w czasie powyżej trzech godzin – ośmiu pacjentów, w tym trzech – w czasie powyżej 12 godzin (w 1 przypadku badania TK nie wykonano, a w 3 przypadkach brak było danych dot. czasu wykonania badania).

³⁹ Udar mózgu – konsekwencje społeczne i ekonomiczne. Instytut Organizacji Ochrony Zdrowia Uczelni Łazarzkiego. Warszawa 2013.

⁴⁰ Leczenie rekombinowanym tkankowym aktywatorem plazminogenu (rt-PA, alteplaza).

⁴¹ Badanie przeprowadzono na próbie dokumentacji medycznej.

- **W Szpitalu w Gnieźnie** z grupy 47 pacjentów badanie tomografii komputerowej w czasie pierwszej godziny od przyjęcia przeprowadzono u 15 osób (w tym jednej, u której zastosowano później leki trombolityczne), w drugiej godzinie – u 14 osób, w trzeciej godzinie – u czterech 4 osób, w czasie powyżej trzech godzin – u 12 osób, w tym u siedmiu – w czasie powyżej 12 godzin, a w dwóch przypadkach brak było danych dot. czasu wykonania badania).
- **W Szpitalu w Lublinie** z grupy 43 pacjentów badania w pierwszej godzinie przeprowadzono u 26 osób (w tym sześciu, u których zastosowano później leki trombolityczne), w drugiej godzinie – u sześciu osób, w trzeciej godzinie – u dwóch osób, w czasie powyżej 12 godzin – u siedmiu osób (w dwóch przypadkach badania TK nie wykonano).
- **W Szpitalu w Nysie** z grupy 48 pacjentów badania w pierwszej godzinie zapewniono 43 osobom (w tym 38 pacjentom, u których zastosowano później leczenie trombolityczne), w drugiej godzinie – dwóm pacjentom, w trzeciej godzinie – jednemu pacjentowi, w czasie powyżej trzech godzin – dwóm pacjentom.
- **W Szpitalu w Sędziszowie Młp.** z grupy 47 pacjentów badanie w czasie pierwszej godziny zapewniono 36 osobom (w tym siedmiu pacjentom, u których zastosowano później leczenie trombolityczne), w drugiej godzinie – pięciu osobom, w czasie powyżej trzech godzin – pięciu osobom, w tym trzem – powyżej 12 godzin (w jednym przypadku badania nie wykonano).

Łącznie, na 337 przypadków chorych leczonych w szpitalach udzielających świadczeń w zakresie leczenia pacjentów z udarem w ramach oddziałów udarowych, badanie obrazowe mózgu w czasie pierwszej godziny od przybycia pacjenta do szpitala wykonano 203 pacjentom (60,2%), w drugiej godzinie – 51 pacjentom (15,1%), w trzeciej godzinie – 21 pacjentom (6,2%), w czwartej godzinie i kolejnych – 52 pacjentom (15,4%). W pięciu przypadkach (1,5%) badania tego nie wykonano, a w kolejnych pięciu przypadkach nie odnotowano czasu wykonania badania. Najczęstszym rozpoznaniem odnotowanym w dokumentacji medycznej pacjentów z udarem leczonych w tych oddziałach był *zawał mózgu wywołany przez zakrzep tętnic mózgowych i zawał mózgu wywołany przez zator tętnic mózgowych*.

W szpitalach udzielających świadczeń z zakresu leczenia pacjentów z udarem w oddziałach neurologicznych średni odsetek pacjentów, u których wykonano badanie obrazowe mózgu w pierwszej godzinie od przyjęcia do szpitala wynosił 43%.

Wśród sześciu takich szpitali największy odsetek pacjentów przebadanych w pierwszej godzinie odnotowano w Szpitalu w Zgierzu, gdzie wynosił on 74% pacjentów, z próby objętej badaniem dokumentacji medycznej. Nieco mniejszy odsetek pacjentów przebadanych w pierwszej godzinie wystąpił w Beskidzkim Centrum Onkologii Szpitalu Miejskim im. Jana Pawła II w Bielsku-Białej (zwanym dalej Szpitalem w Bielsku-Białej) – 69%. W Szpitalu w Dębicy dostęp do badań w tym czasie zapewniono 56% pacjentów. W kolejnych dwóch jednostkach – Szpitalu w Kędzierzynie-Koźlu i w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Tomaszowie Lubelskim (zwanym dalej Szpitalem w Tomaszowie Lubelskim) odsetek ten był zbliżony i wynosił odpowiednio: 24% i 25%. W Szpitalu w Kościanie dostępu do badania w pierwszej godzinie nie zapewniono żadnemu pacjentowi.

- **W Szpitalu w Bielsku-Białej** z grupy 49 pacjentów badania w pierwszej godzinie przeprowadzono u 34 osób, w drugiej godzinie – u 14 osób, w trzeciej godzinie – u jednej osoby.
- **W Szpitalu w Dębicy** z grupy 50 pacjentów w czasie pierwszej godziny przebadano 28 osób, w drugiej godzinie – sześć osób, w trzeciej godzinie – sześć osób, w czasie powyżej trzech godzin – osiem osób, w tym jedną osobę w czasie powyżej 12 godzin (w 2 przypadkach badania TK nie wykonano).
- **W Szpitalu w Kędzierzynie-Koźlu** z grupy 49 pacjentów badaniu w pierwszej godzinie poddano 12 osób, w drugiej godzinie – 11 osób⁴², w trzeciej godzinie – pięć osób, w czasie powyżej trzech godzin 21 osób, w tym trzy osoby w czasie powyżej 12 godzin.

⁴² Na 23 przypadki, przeprowadzenia badania TK do 2 godz., w 22 przypadkach miało to miejsce w okresie od 15 listopada 2014 r., tj. po przeniesieniu oddziału neurologii do budynku Szpitala, w którym znajdował się tomograf komputerowy.

- **W Szpitalu w Kościanie** z grupy 50 pacjentów badania w pierwszej godzinie nie przeprowadzono u żadnej osoby, w czasie drugiej godziny badanie przeprowadzono u 42 osób. Pozostali pacjenci zostali przebadani w czasie powyżej 12 godzin.
- **W Szpitalu w Tomaszowie Lubelskim** z grupy 32 pacjentów w pierwszej godzinie przebadano osiem osób, w drugiej godzinie – cztery osoby, w trzeciej godzinie – jedną osobę, w czasie powyżej trzech godzin – 13 osób, w tym cztery osoby w czasie powyżej 12 godzin (w sześciu przypadkach nie odnotowano godziny wykonania badania TK). W trakcie kontroli stwierdzono niezgodność wskazań zegara na monitorze tomografu komputerowego ze stanem faktycznym, co miało wpływ na wiarygodność danych dotyczących czasu wykonania badania.
- **W Szpitalu w Zgierzu** z grupy 50 pacjentów w pierwszej godzinie przebadano 37 osób, w drugiej godzinie – osiem osób, w trzeciej godzinie – trzy osoby, w czasie powyżej 12 godzin – dwie osoby.

Łącznie, na 280 skontrolowanych przypadków pacjentów leczonych w szpitalach udzielających świadczeń w zakresie leczenia pacjentów z udarem w ramach oddziałów neurologicznych, badanie TK w czasie pierwszej godziny od przybycia do szpitala wykonano 119 pacjentom (42,5%), w drugiej godzinie – 43 pacjentom (15,4%), w trzeciej godzinie – 58 pacjentom (20,7%), w czasie powyżej trzech godzin – 52 pacjentom (18,6%), w tym 18 pacjentom (6,4%) w czasie powyżej 12 godzin. W ośmiu przypadkach (2,9%) badania TK nie wykonano. Rozpoznaniami wskazywanym najczęściej u chorych z udarem leczonych w tych oddziałach był *zawał mózgu wywołany przez nieokreśloną niedrożność lub zwężenie tętnic mózgowych i zawał mózgu wywołany przez zakrzep tętnic mózgowych*. Szpitale udzielające świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia pacjentów z udarem w oddziałach wewnętrznych dostęp do badań obrazowych mózgu w czasie pierwszej godziny od przyjęcia zapewniły średnio 43% pacjentów.

Spośród siedmiu takich szpitali największy odsetek pacjentów przebadanych w pierwszej godzinie odnotowano w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej we Włodawie (zwanym dalej Szpitalem we Włodawie), gdzie wynosił on 60% pacjentów, których dokumentacja medyczna objęta była kontrolą. Nieco mniejszy odsetek pacjentów przebadanych w pierwszej godzinie wystąpił w Szpitalu w Żywcu – 56%. W kolejnych dwóch jednostkach – w Samodzielnym Publicznym Specjalistycznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Łęborku (zwanym dalej Szpitalem w Łęborku) i w Szpitalu w Wieluniu odsetek ten był taki sam i wynosił 48%. W Szpitalu w Kępnie dostęp do badań w tym czasie zapewniono 30% pacjentów, a w Samodzielnym Publicznym Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej w Nowej Dębie (zwanym dalej Szpitalem w Nowej Dębie) – jedynie 18% pacjentów.

- **W Szpitalu w Kępnie** z grupy 50 pacjentów w ciągu pierwszej godziny przebadano 15 osób, w drugiej godzinie – siedem osób, w trzeciej godzinie – dziewięć osób, w czasie powyżej trzech godzin – 19 osób, w tym 14 – powyżej 12 godzin.
- **W Szpitalu w Łęborku** z grupy 50 pacjentów badanie w pierwszej godzinie przeprowadzono u 24 osób, w drugiej godzinie – u 19 osób, w trzeciej godzinie – u pięciu osób, w czasie powyżej 12 godzin – u dwóch osób.
- **W Szpitalu w Nowej Dębie** z grupy 49 pacjentów w pierwszej godzinie przebadano dziewięć osób, w drugiej godzinie – cztery osoby, w czasie powyżej 12 godzin – 29 pacjentów (w siedmiu przypadkach badania TK nie wykonano).
- **W Szpitalu w Wieluniu** z grupy 48 pacjentów w pierwszej godzinie przebadano 23 osoby, w drugiej godzinie – pięć osób, w trzeciej godzinie – jedną osobę, w czasie powyżej trzech godzin – 15 osób, w tym 14 – w czasie powyżej 12 godzin (w czterech przypadkach badania TK nie wykonano).
- **W Szpitalu we Włodawie** z grupy 50 pacjentów badanie w pierwszej godzinie przeprowadzono u 30 osób, w drugiej godzinie – u jednej osoby, w czasie powyżej trzech godzin – u 19 osób, w tym u 17 osób w czasie powyżej 12 godzin.
- **W Szpitalu w Żywcu** z grupy 41 pacjentów w czasie pierwszej godziny przebadano 23 osób, w drugiej godzinie – 14 osób, w trzeciej godzinie – dwie osoby, w czasie powyżej trzech godzin – dwie osoby.

Łącznie, na 288 skontrolowanych przypadków pacjentów leczonych w szpitalach udzielających świadczeń w zakresie leczenia pacjentów z udarem w ramach oddziałów wewnętrznych, badanie obrazowe mózgu w czasie pierwszej godziny od przybycia pacjenta do szpitala wykonano 124 osobom (43,1%), w drugiej godzinie – 46 osobom (16,0%), w trzeciej godzinie – 21 osobom (7,3%), w czasie powyżej 3 godzin – 86 osobom (29,9%), w tym – 78 (27,1%) w czasie powyżej 12 godzin. W 11 przypadkach (3,8%) badania TK nie wykonano. W szpitalach tych rozpoznaniem wskazywanym najczęściej u chorych z udarem był *udar nieokreślony jako krwotoczny lub zawałowy lub zawał mózgu nieokreślony*.

3.1.6. Zabezpieczenie w leki trombolityczne

Zarządzeniem Nr 8/2009/DSOZ z dnia 23 stycznia 2009 r., zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne, Prezes NFZ wyodrębnił w katalogu grup JGP, grupę A51 *Udar mózgu – leczenie trombolityczne > 7 dni w oddziale udarowym*, jako odrębny produkt kontraktowy/rozliczeniowy. Zalecaną metodą leczenia pacjenta ze świeżym udarem niedokrwiennym jest dożylnie podanie alteplazy – leku trombolitycznego, który może być zastosowany do 4,5 godziny od wystąpienia objawów udaru. Leczenie może być prowadzone wyłącznie przez lekarzy przeszkolonych i z doświadczeniem w dziedzinie neurologii w ramach hospitalizacji w oddziałach udarowych. Zalecana dawka wynosi 0,9 mg alteplazy/kg masy ciała (maksymalnie 90 mg) w dożylnym wlewie w ciągu godziny.

Zapas leku będący na stanie każdego z siedmiu skontrolowanych szpitali z oddziałami udarowymi był zróżnicowany⁴³. W trzech jednostkach zapas leku w części kontrolowanego okresu odpowiadał dawce dla jednego pacjenta, przy czym wystąpił przypadek, gdy zapas leku w ciągu 5 dni nie wystarczał na wdrożenie tej terapii nawet u jednej osoby. Pozostałe szpitale utrzymywały zapas leku na poziomie umożliwiającym zastosowanie leczenia u dwóch do pięciu pacjentów. W wyniku działań podjętych przez szpitale w trakcie kontroli, zapas leków we wszystkich jednostkach został zwiększony do umożliwiającego ich zastosowanie w leczeniu co najmniej dwóch osób.

- **W Szpitalu w Belchatowie** na 571 hospitalizacji rozliczonych w ramach pododdziału udarowego leczenie trombolityczne zastosowano u 84 pacjentów (14,7%). Dzienny zapas leków zawierał się w przedziale od 230 mg do 310 mg.
- **W Szpitalu w Będzinie** na 559 hospitalizacji w ramach pododdziału udarowego leczenie trombolityczne zastosowano u 35 pacjentów (6,3%). Zapas leku posiadany przez Szpital wynosił od 90 mg do 170 mg, za wyjątkiem pięciu dni w 2013 r., gdy posiadana przez Szpital dawka leku nie była wystarczająca dla leczenia jednego pacjenta. Dyrektor Szpitala w wyjaśnieniach podał, że *w przypadku zaistnienia braku preparatu, który mógłby wynikać z większej ilości tromboliz w jednym dniu, pogotowie ratunkowe byłoby natychmiast zawiadomione o kierowaniu pacjenta do ośrodka wyższej referencyjności leczenia udarów*. W odniesieniu do tych wyjaśnień NIK zwróciła uwagę, że zgodnie z informacją Kierownik Izby Przyjęć Szpitala nie każdy transport pacjenta z podejrzeniem udaru przez pogotowie ratunkowe jest poprzedzony wcześniejszą informacją przekazywaną do szpitala.
- **W Szpitalu w Chojnicach** na 662 hospitalizacje w ramach Oddziału Neurologicznego z Oddziałem Udarowym, w tym 536 rozliczonych grupami A48 i A51 leczenie trombolityczne zastosowano u 75 pacjentów (14,0%). Utrzymywany przez Szpital zapas leku w wynosił od 180 mg do 330 mg.
- **W Szpitalu w Gnieźnie** na 124 hospitalizacje rozliczone w ramach oddziału udarowego, leczenie trombolityczne zastosowano u 33 pacjentów (26,6%). Szpital posiadał zabezpieczenie w leki trombolityczne w dawce ogólnej od 80 mg do 510 mg.

⁴³ Badanie w każdym z tych szpitali przeprowadzono na próbie dni z okresu kontrolowanego.

- **W Szpitalu w Lublinie** na 786 hospitalizacji w ramach pododdziału udarowego, w tym 558 hospitalizacji rozliczonych wg grup A48 i A51, leczenie trombolityczne zastosowano u 6 pacjentów (1,1%). Pomimo posiadania kontraktu z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie neurologia-hospitalizacja A48, A51 od 2010 r., dopiero w listopadzie 2013 r. po raz pierwszy w Szpitalu tym przeprowadzono leczenie przy użyciu leku trombolitycznego. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że *przed rozpoczęciem stosowania leczenia trombolitycznego należało dokonać zmian organizacyjnych dotyczących laboratorium (...). Lekarze oddziałów neurologicznych uczestniczyli w konferencjach zewnętrznych związanych z tematyką trombolizy, prowadzone było szkolenie dotyczące wykonywania usg Dopplera oraz leczenia trombolitycznego. W latach 2013–2015 (do marca) zapas leku wynosił 80 mg. Od marca do czerwca 2015 r. zwiększono dawkę posiadanego leku do 160 mg, a od czerwca 2015 r. do 240 mg.*
- **W Szpitalu w Nysie** na 194 hospitalizacje rozliczone wg grup A48 i A51 w ramach pododdziału udarowego leczenie trombolityczne zastosowano u 41 pacjentów (21,1%). Szpital posiadał zabezpieczenie leku dla pięciu pacjentów.
- **W Szpitalu w Sędziszowie Młp.** na 315 hospitalizacji w ramach pododdziału udarowego leczenie trombolityczne zastosowano u 35 pacjentów (11,1%). Zapas leku w 2013 r. wynosił 90 mg leku. Od 2014 r. zwiększono zapas leków w Oddziale do 180 mg i stworzono rezerwę w Dziale Farmacji wynoszącą 160 mg leku.
- **Szpital w Kędzierzynie-Koźlu** do czerwca 2015 r. nie posiadał umowy z NFZ o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie neurologia – hospitalizacja A48, A51 (dedykowanych dla oddziałów udarowych), jednak w latach 2014–2015 dokonał rozliczenia 17 takich hospitalizacji. Rozliczenia dokonano w trybie art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, zgodnie z którym świadczeniodawca, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ma prawo do wynagrodzenia za świadczenia opieki zdrowotnej udzielone świadczeniobiorcy w stanie nagłym.

W 2015 r. do Szpitala przyjęto pacjenta, który spełniał kryteria dotyczące zastosowania leczenia trombolitycznego, lecz z uwagi na brak niezbędnej dawki leku, terapii trombolitycznej nie wdrożono.

Jak wyjaśnił Kierownik Oddziału Neurologii, *wg wpisu lekarza dyżurnego brak było odpowiedniej dawki preparatu Actylise. W tym czasie założeniem było posiadanie zapasu leku na 2 terapie trombolityczne. W dniu 19 stycznia 2015 r. wykonano trombolizę – użyto 70 mg leku. W związku z wykonaniem kolejnej terapii zużyto 80 mg Actylise – podano 72 mg i nie zdołano uzupełnić zapasu leku wystarczającego na podanie pełnej dawki kolejnemu pacjentowi – posiadana ilość była niewystarczająca. Biorąc pod uwagę kryterium czasowe, w ocenie lekarza dyżurnego istniała niewielka szansa na zastosowanie leczenia trombolitycznego w przypadku przekazania tego pacjenta do innego ośrodka udarowego. Od tego czasu zwiększono dostępną dawkę leku wystarczającą na trzy terapie. Dodatkowo usprawniono system zamawiania i dostarczanie leku do Oddziału. Początkowo preparat Actylise był sprowadzany na indywidualne zamówienie przez aptekę szpitalną, od 24 kwietnia 2015 r. lek dostarczany jest w ramach procedury przetargowej z dostępnością w dniu następującym po zapotrzebowaniu. Należy w tym przypadku wziąć pod uwagę fakt niedługiego okresu stosowania w/w leczenia (okres, w którym większość oddziałów zaczynających stosowanie tej terapii oddziałów napotyka na niedogodności wynikające z nabywania doświadczenia).*

W dniu 18 czerwca 2015 r. Szpital zawarł z OOW NFZ umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne w zakresie neurologia – hospitalizacja A48, A51 w okresie od 1 lipca 2015 r. do 30 czerwca 2016 r.

3.1.7. Konsultacje i rehabilitacja

Na mocy przepisów rozporządzenia MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych, dla realizacji świadczeń w ramach oddziałów udarowych oraz neurologii wymagany jest zatrudnienie lekarzy specjalistów w dziedzinie neurologii, w tym w ramach oddziałów udarowych zapewnienie całodobowej opieki zdrowotnej tych lekarzy i obowiązek codziennej oceny stanu neurologicznego pacjenta. W przypadku szpitali udzielających świadczeń zdrowotnych pacjentom z udarem w ramach oddziałów wewnętrznych nie jest wymagane zapewnienie opieki lekarza neurologa.

Odzwierciedleniem tych uwarunkowań są ustalenia kontroli szpitali leczących pacjentów z udarem w oddziałach wewnętrznych. Z objętych szczegółowym badaniem 267 przypadków chorych hospitalizowanych w tych jednostkach, konsultacje neurologiczne przeprowadzono jedynie u 147 pacjentów (55,1%), w tym, m.in.: **w Szpitalu we Włodawie** – konsultacje neurologiczne przeprowadzono u 10 pacjentów (z 50 analizowanych historii choroby), **w Szpitalu w Kępnie** – konsultacje neurologiczne przeprowadzono u 9 pacjentów (z 50 analizowanych historii choroby),

w Szpitalu w Wieluniu – konsultacje neurologiczne przeprowadzono u 46 z 50 pacjentów, **w Szpitalu w Żywcu** – konsultacje neurologiczne przeprowadzono u 15 z 17 hospitalizowanych pacjentów, **w Szpitalu w Nowej Dębie** – konsultacją neurologiczną objęto 25 pacjentów (z 50 analizowanych historii choroby), **w Szpitalu w Lęborku** – konsultacją neurologiczną objęto 42 pacjentów (z 50 analizowanych historii choroby).

Szpitaly udzielające świadczeń zdrowotnych w ramach oddziałów udarowych oraz szpitale leczące pacjentów z udarami w oddziałach neurologicznych zobowiązane były przepisami rozporządzenia MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych do zapewnienia swoim pacjentom, u których nie wystąpiły przeciwwskazania, kolejnego etapu opieki, jakim jest rehabilitacja neurologiczna. W stosunku do szpitali udzielających świadczeń w ramach oddziałów wewnętrznych, w tym pacjentom z udarem, nie określono żadnych wymogów dotyczących zapewnienia tym osobom rehabilitacji.

Na podstawie szacunków przeprowadzonych przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, około 30% pacjentów, po wypisaniu z oddziału udarowego wymaga wczesnego podjęcia rehabilitacji w oddziale rehabilitacji neurologicznej⁴⁴.

W przypadku siedmiu skontrolowanych szpitali nieposiadających kontraktu na neurologię i/lub udary, z 242 leczonych pacjentów, jedynie dziewięć osób (3,7%) kontynuowało rehabilitację neurologiczną na oddziale szpitalnym, a czas oczekiwania na przyjęcie na ten oddział wynosił średnio 15 dni (przeciętnie w poszczególnych jednostkach od 3 do 35 dni).

W przypadku pacjentów leczonych na oddziałach neurologicznych i udarowych odsetek ten był znacząco wyższy, a czas oczekiwania na przyjęcie na oddział rehabilitacji neurologicznej krótszy. Z 261 pacjentów oddziałów neurologicznych, 68 osób (26,0%) kontynuowało rehabilitację neurologiczną na oddziale szpitalnym, z czego 32 pacjentów (47,0% pacjentów, którzy podjęli rehabilitację neurologiczną) zostało natychmiast przekazanych na oddział rehabilitacji neurologicznej. Średni czas oczekiwania⁴⁵ na podjęcie rehabilitacji neurologicznej w przypadku pozostałych pacjentów oddziałów neurologicznych wynosił 6 dni (w poszczególnych jednostkach przeciętnie od 3 dni⁴⁶ do 12 dni⁴⁷). Sytuacja pacjentów leczonych na oddziałach udarowych w zakresie rehabilitacji kształtowała się następująco: z 288 pacjentów, 76 osób (26,3%) kontynuowało rehabilitację neurologiczną na oddziale szpitalnym, z czego 22 osoby (29% pacjentów, którzy podjęli rehabilitację neurologiczną) zostały natychmiast przekazane do oddziału rehabilitacji neurologicznej. Średni czas oczekiwania⁴⁸ na rehabilitację neurologiczną w przypadku pacjentów oddziałów udarowych wynosił 9 dni (w poszczególnych jednostkach przeciętnie od 3 dni⁴⁹ do 16 dni⁵⁰).

⁴⁴ Zapis posiedzenia Komisji Zdrowia z dnia 28 maja 2014 – www.sejm.gov.pl.

⁴⁵ Po odrzuceniu wartości skrajnej, niejednorodnej w stosunku od pozostałych (122 dni w przypadku pacjenta Szpitala w Tomaszowie Lubelskim).

⁴⁶ W przypadku pacjentów Szpitala w Dębicy.

⁴⁷ W przypadku pacjentów Szpitala w Tomaszowie Lubelskim.

⁴⁸ Po odrzuceniu wartości skrajnej, niejednorodnej w stosunku od pozostałych (250 dni w przypadku pacjenta Szpitala w Będzinie).

⁴⁹ W przypadku pacjentów Szpitala w Bełchatowie.

⁵⁰ W przypadku pacjentów Szpitala w Będzinie.

3.1.8. Pozostałe ustalenia

Prawidłowość dokonywania rozliczeń udzielonych świadczeń

Zasady sprawozdawania, rozliczania i finansowania świadczeń określone zostały w zarządzeniu Prezesa NFZ. Naruszenie tych zasad stwierdzono w przypadku trzech szpitali.

- **Szpital w Żywcu** niezasadnie przedstawił do rozliczenia przez NFZ 22 z 50 poddanych szczegółowemu badaniu hospitalizacji pacjentów z podejrzeniem udaru. 20 hospitalizacji zostało rozliczonych na podstawie dokumentacji medycznej opisującej leczenie na oddziale szpitala, które faktycznie nie miało miejsca. Ustalono, że pacjenci w tych przypadkach trafili z rozpoznaniem udaru na Izbę Przyjęć, gdzie udzielono im porady ambulatoryjnej (wykonano badanie tomografii komputerowej głowy, ekg oraz badania krwi) finansowanej przez NFZ w ramach tzw. ryczałtu i następnie bez hospitalizacji w Szpitalu tego samego dnia zostali przewiezieni do innego szpitala z oddziałem neurologicznym w celu dalszego leczenia. Dwie hospitalizacje miały miejsce w Szpitalu, jednak mimo iż pacjenta przekazano do innego szpitala w celu dalszego leczenia, dokonano rozliczenia udzielonych świadczeń wg grupy JGP A50, zamiast z katalogu świadczeń odrębnych.

Lekarze udzielający świadczeń medycznych w Izbie Przyjęć w odniesieniu do tych przypadków podali, że fikcyjne historie chorób (hospitalizacji) pacjentów musieli wykonać ze względu na ówczesne ustne dyspozycje Dyrekcji Szpitala.

- **Szpital w Sędziszowie Młp.** dokonał niezgodnie z przepisami § 23 pkt 9, 11 i 12 zarządzenia nr 72/2011/DSOZ Prezesa NFZ rozliczenia dwóch hospitalizacji: 1) drugiego pobytu tego samego pacjenta w Szpitalu, u którego podczas tej hospitalizacji nie stwierdzono udaru. Okres pomiędzy pierwszym i drugim pobytom w Szpitalu był krótszy niż 14 dni lecz Szpital nie wystąpił i nie uzyskał zgody dyrektora OW NFZ na jego rozliczenie; 2) rozliczenie z NFZ świadczenia wg procedury udarowej, pomimo że hospitalizacja pacjenta spowodowana była urazowym uszkodzeniem mózgu.
- **Szpital w Nysie** dokonał rozliczenia jednej hospitalizacji wg niewłaściwej grupy JGP, tj. mimo spełnienia wszystkich koniecznych warunków do rozliczenia hospitalizacji wg grupy A51, hospitalizacja pacjenta została rozliczona wg grupy A48 (strata 4 160 zł). Przyczyną tej sytuacji były błędne odnotowanie danych o udzielonym świadczeniu w systemie informatycznym.

Prowadzenie dokumentacji medycznej

W przypadku dwóch skontrolowanych szpitali NIK stwierdziła naruszenie przepisów rozporządzenia MZ w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej, tj.:

- **W Szpitalu w Żywcu** nie zapewniono rzetelności prowadzonej dokumentacji medycznej, obejmującej: księgę główną przyjęć i wypisów, księgę odmów przyjęć i udzielania porad ambulatoryjnych w Izbie Przyjęć, księgę chorych oddziałów wewnętrznych, historie chorób:
 - księga główna przyjęć i wypisów – na 245 wpisów poddanych analizie: w żadnym przypadku nie odnotowano miejsca, do którego pacjent został wypisany; w 28 przypadkach nie odnotowano godziny przyjęcia pacjenta do Szpitala; w 11 przypadkach nie odnotowano daty wypisania pacjenta ze Szpitala; w dwóch przypadkach nie odnotowano nr pesel pacjenta, co było niezgodne z § 26 pkt 3, 4, 9, 10 rozporządzenia MZ w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej;
 - księga odmów przyjęć i udzielenia porad ambulatoryjnych udzielanych w Izbie Przyjęć – w żadnym ze 119 wpisów poddanych analizie nie oznaczano lekarza kierującego; w 30 przypadkach nie odnotowano miejsca, do którego pacjent został skierowany; w sześciu przypadkach nie odnotowano precyzyjnie czasu zgłoszenia się pacjenta do Izby Przyjęć, co było niezgodne z § 27 pkt 4, 5, 13 rozporządzenia MZ w sprawie dokumentacji medycznej;
 - księga chorych oddziałów wewnętrznych – na 115 wpisów poddanych analizie: w 111 przypadkach nie wskazano lekarza prowadzącego; w 19 przypadkach nie odnotowano godziny wypisu z oddziału; w ośmiu przypadkach nie odnotowano godzin i minut przyjęcia na oddział, co było niezgodne z § 29 pkt 3, 6 i 7 rozporządzenia MZ w sprawie dokumentacji medycznej;
 - historie chorób – żadna z 48 poddanych analizie nie stanowiła chronologicznie uporządkowanej całości i część stron dokumentacji indywidualnej pacjenta nie była ponumerowana, co było niezgodne z § 5 rozporządzenia MZ w sprawie dokumentacji medycznej. Ponadto w 10 historii chorób brakowało części z wymaganych elementów historii choroby (karty informacyjnej lub karty gorączkowej lub karty zleceń lekarskich, co było niezgodne z § 15 ust. 1 pkt 4, 5, 9 rozporządzenia MZ w sprawie dokumentacji medycznej.

Kierownik Działu Świadczeń Zdrowotnych odpowiedzialna za prowadzenie księgi głównej oraz za nadzór nad dokumentacją medyczną w wyjaśnieniu przyczyn ww. braków wskazała niedopatrzenie, zaznaczając, że zgłaszane przez nią uwagi były lekceważone. Dyrektor Szpitala w wyjaśnieniach stwierdził, że *Faktycznie problem był poruszany z personelem medycznym, który miał się zastosować do zaleceń. Problem staranności wypełniania dokumentacji medycznej jest omawiany/przypominany na regularnych odprawach z kadrą kierowniczą oddziałów.*

- **W Szpitalu w Wieluniu** w trzech przypadkach stwierdzono, że w historii choroby pacjentów data wypisu była odmienna od daty wprowadzonej w systemie elektronicznym, służącym do rozliczeń z NFZ (w dwóch przypadkach różnica wynosiła jeden dzień, a w jednym przypadku – sześć dni).

P.o. Zastępcy Dyrektora Szpitala wyjaśnił, że ww. nieścisłości wynikają z błędu ludzkiego – omyłkowe wpisanie daty w wersji papierowej.

Aktualność danych w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz portalu świadczeniodawcy

Dane zawarte w rejestrach podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonych przez wojewodów na podstawie art. 106 ustawy o działalności leczniczej, dotyczące 15 skontrolowanych szpitali odpowiadały stanowi faktycznemu.

Stwierdzone nieprawidłowości polegały na niezgodnym ze stanem faktycznym wykazaniu przez dwa szpitale udzielające świadczeń w zakresie leczenia pacjentów z udarem w ramach oddziałów neurologicznych – **Szpital w Bielsku-Białej i Szpital w Zgierzu** – funkcjonowania w ich strukturach pododdziałów udarowych. W złożonych wyjaśnieniach Dyrektor jednego z tych szpitali wskazał, że sama nazwa własna oddziału nie ma kluczowego znaczenia dla realizacji poszczególnych rodzajów działalności leczniczej i konkretnych grup świadczeń, a w oddziale leczone są udary z grup A49 i A50. Zdaniem NIK rozszerzenie nazwy komórki o zapis z *pododdziałem udarowym* (jak również posługiwanie się, w strukturze organizacyjnej, dokumentach szpitala oraz na zewnątrz – rejestr wojewody, strona internetowa szpitala) nazwą *Oddział neurologiczny z pododdziałem udarowym* błędnie sugeruje odbiorcom tej informacji, że pacjent trafiający do szpitala może uzyskać świadczenia m.in. w zakresie: trombolitycznego leczenia pacjentów z udarem > 7 dni w oddziale udarowym (grupa A51). W rzeczywistości żaden z tych szpitali nie spełniał warunków wymaganych od świadczeniodawców posiadających w swoich strukturach pododdział udarowy.

W przypadku kolejnych trzech szpitali stwierdzono błędne dane w rejestrach o liczbie łóżek w oddziałach szpitalnych: **SPZOZ w Tomaszowie Lubelskim** – liczba łóżek wg rejestru wojewody – 15, a wg stanu faktycznego – 23 łóżka; **Szpital w Wieluniu** – liczba łóżek wg rejestru wojewody – 40, w tym osiem intensywnego nadzoru, a wg stanu faktycznego – 38 łóżek, w tym 4 intensywnego nadzoru; **Szpital w Żywcu** wg rejestru wojewody – 102 łóżka, w tym cztery intensywnej opieki medycznej, a wg stanu faktycznego 116 łóżek, w tym osiem intensywnej opieki medycznej.

W odniesieniu do ww. rozbieżności liczba zwraca uwagę, że zgodnie z art. 107 ustawy o działalności leczniczej, na podmiocie wykonującym działalność leczniczą ciąży obowiązek zapewnienia aktualności danych rejestru, które jego dotyczą (podmiot jest obowiązany zgłaszać organowi prowadzącemu rejestr wszelkie zmiany danych objętych rejestrem w terminie 14 dni dnia ich powstania).

Dane dotyczące 13 szpitali, wykazane w Portalu NFZ i załącznikach nr 2 do umów zawartych z NFZ „*Harmonogram-zasoby*” odpowiadały stanowi faktycznemu na dzień przeprowadzania kontroli. Stwierdzone nieprawidłowości wystąpiły w siedmiu szpitalach i dotyczyły braku aktualizacji:

- a) danych o personelu udzielającym świadczeń medycznych w: **Szpitalu w Nysie, Szpitalu w Bełchatowie, Szpitalu w Zgierzu, Szpitalu w Wieluniu i Szpitalu w Dębicy;**
- b) danych dotyczących sprzętu i aparatury medycznej w: **Szpitalu w Chojnicach, Szpital w Zgierzu, Szpital w Wieluniu, Szpital w Żywcu.**

Nieprawidłowości te naruszały dyspozycję określoną w § 10 ust. 6 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2008 r. Nr 81, poz. 484) oraz § 2 ust. 7 i 8 umów zawartych z poszczególnymi OW NFZ, stosownie do których świadczeniodawca jest zobowiązany, m.in. do dbania o aktualność informacji dostępnych w Portalu, poprzez bieżącą aktualizację dotyczących go danych. Dyrektorzy tych jednostek jako przyczynę ww. rozbieżności wskazywali przede wszystkim niedopatrzenia pracowników.

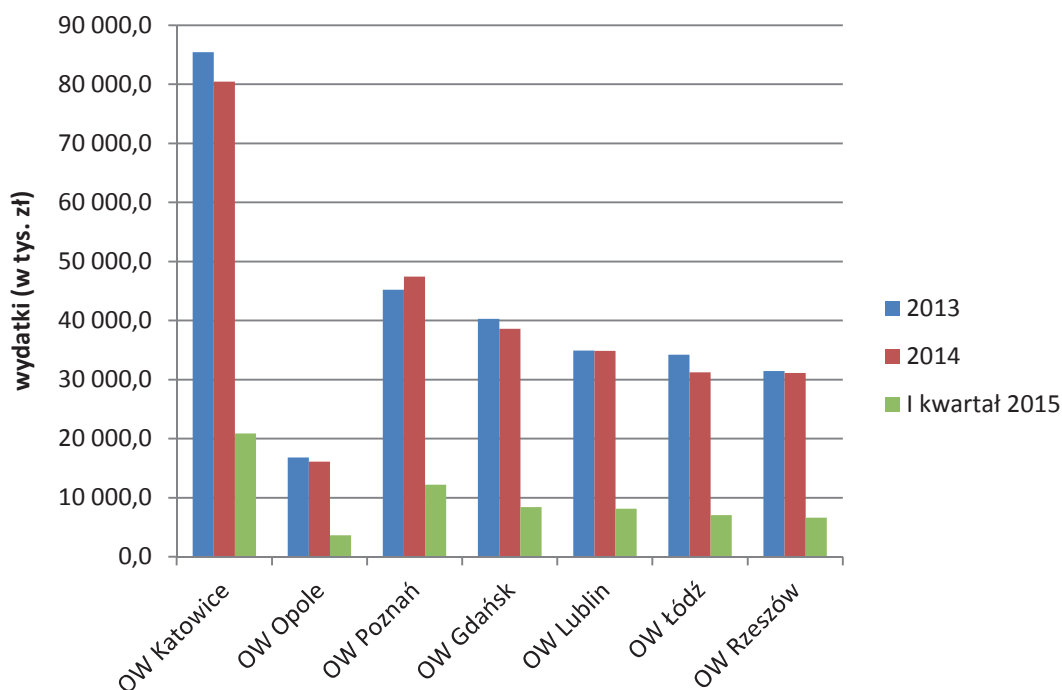
3.2 Oddziały Wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia

3.2.1. Z łącznej liczby 555 985 rozliczonych przez NFZ w latach 2009–2014 świadczeń z zakresu leczenia pacjentów z udarem (A48, A49, A50, A51): 261 102 hospitalizacji rozliczono wg grupy JGP A48 – *Kompleksowe leczenie udaru mózgu > 7 dni w oddziale udarowym*, 17 445 hospitalizacji wg grupy JGP A51 – *Udar mózgu – leczenie trombolityczne > 7 dni w oddziale udarowym*, 182 450 hospitalizacji rozliczono wg grupy JGP A49 – *Udar mózgu – leczenie > 3 dni*, a 94 988 hospitalizacji wg grupy JGP A50 – *Udar mózgu – leczenie*.

Łączne wydatki NFZ na ww. świadczenia za lata 2009–2014 wyniosły 3 596 815 tys. zł, z tego 2 302 111 tys. zł dotyczyło świadczeń wg grupy A48, 230 852 tys. zł – grupy A51, 791 245 tys. zł – grupy A49 i 272 607 tys. zł – grupy A50.

Wykres nr 3

Wydatki poniesione przez skontrolowane Oddziały Wojewódzkie NFZ (tys. zł) na leczenie pacjentów z udarem w latach 2013–2015 r. (I kwartał)



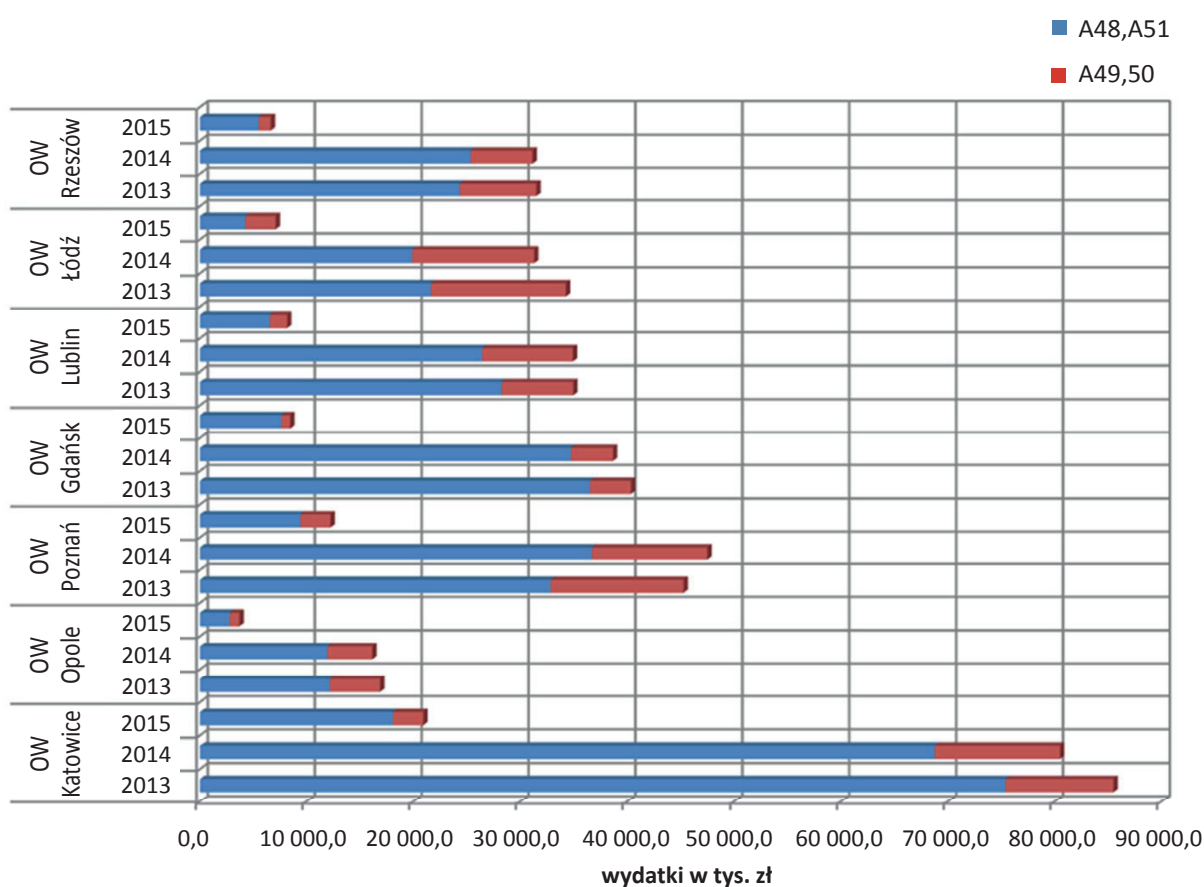
Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie ustaleń kontroli.

Najwyższe wydatki na leczenie pacjentów z udarem poniósł Śląski Oddział Wojewódzki NFZ, natomiast najniższe Opolski Oddział Wojewódzki NFZ.

Udział wydatków na leczenie pacjentów z udarem rozliczane wg grup JGP: A48 i A51 w wydatkach ogółem na leczenie pacjentów z udarem w poszczególnych województwach był zróżnicowany. W województwie łódzkim stanowił on od 60% do 63,5% wydatków ogółem, a w województwie pomorskim od 89,9% do 90,5%.

Wykres nr 4

Relacja wydatków poniesionych na sfinansowanie procedur medycznych związanych z leczeniem pacjentów z udarem rozliczanych wg grup JGP: A48 i A51 do wydatków na procedury leczenia pacjentów z udarem A49 i A50 (dane w tys. zł)



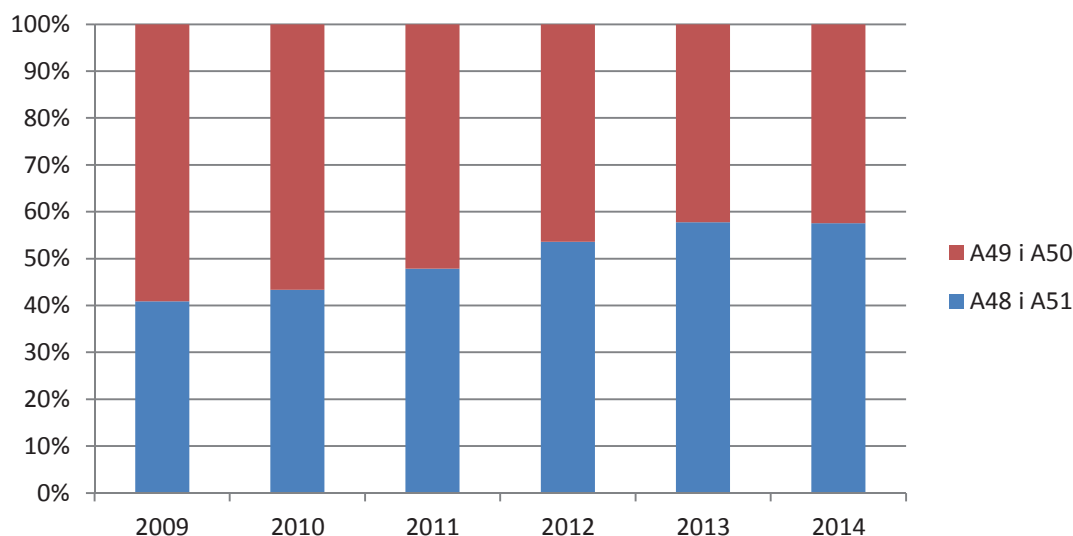
Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie ustaleń kontroli.

Wydatki NFZ na świadczenia zdrowotne związane z leczeniem pacjentów z udarem w latach 2013–2015 (I kwartał) zrealizowane przez 20 skontrolowanych szpitali wynosiły 639 325 525 zł, w tym 610 456 246 zł stanowiły wydatki na świadczenia udzielone w ramach oddziałów neurologii i oddziałów udarowych, a 28 869 279 zł – w ramach oddziałów wewnętrznych.

Odsetek pacjentów z udarem leczonych w latach 2009–2014, których hospitalizacje rozliczono wg grup JGP: A48 i A51 (dedykowanymi oddziałom udarowym) w łącznej liczbie wszystkich pacjentów z udarem, mimo że był zróżnicowany w poszczególnych województwach, to jednak wykazuje tendencję wzrostową.

Wykres nr 5

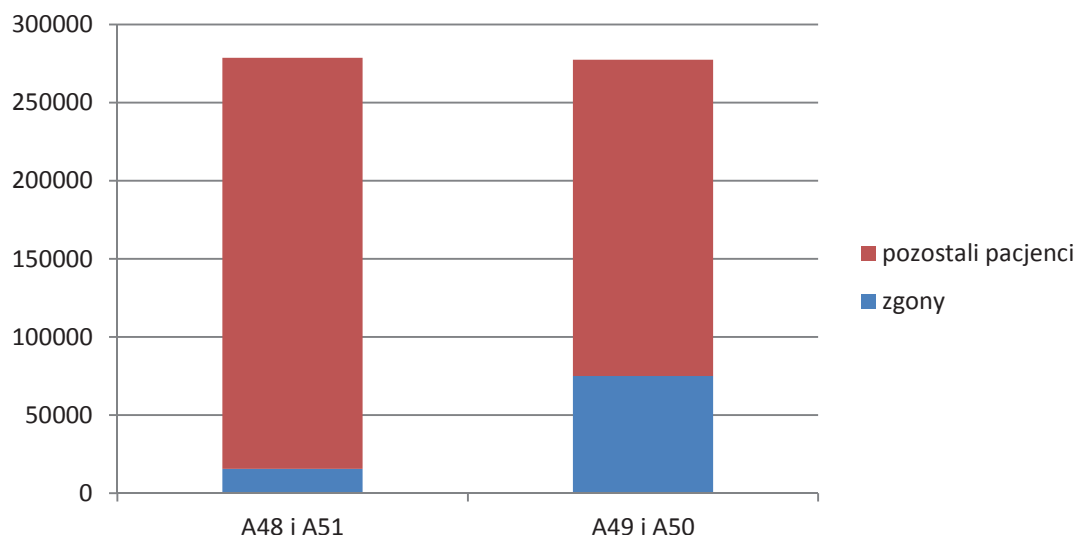
Udział hospitalizacji rozliczonych wg grup JGP A48 i A51 w łącznej liczbie hospitalizacji rozliczonych wg grup JGP A48–A51



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

Wykres nr 6

Śmiertelność pacjentów, których hospitalizacje rozliczono wg grup JGP A48 i A51 (hospitalizacje w ramach oddziałów udarowych) i wg grup JGP A49 i A50



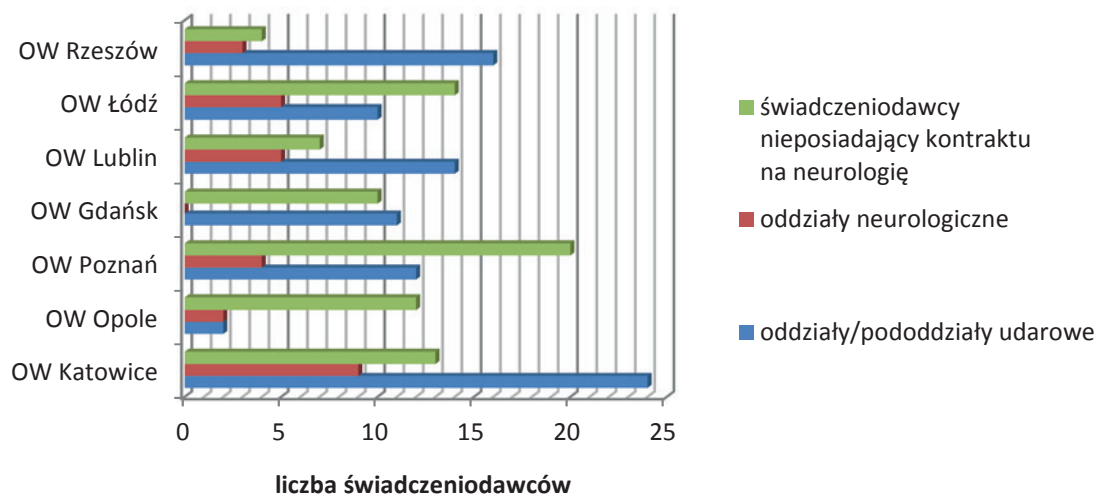
Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

3.2.2. Liczba świadczeniodawców udzielających świadczeń z zakresu leczenia pacjentów z udarem na oddziałach udarowych i neurologicznych w skontrolowanych województwach w latach 2013–2015 (na koniec I kwartału) utrzymywała się na zbliżonym poziomie. W poszczególnych latach ww. okresu świadczeniodawców leczących pacjentów z udarem na oddziałach udarowych było odpowiednio: 88, 91 i 89, a świadczeniodawców udzielających tych świadczeń na oddziałach neurologicznych: 27, 25 i 28.

Liczba świadczeniodawców nieposiadających kontraktu na leczenie pacjentów z udarem w oddziałach neurologicznych lub wewnętrznych, którzy rozliczyli świadczenia z zakresu leczenia pacjentów z udarem wynosiła 114 w roku 2013, 113 w roku 2014 oraz 80 na koniec I kwartału 2015 r.

Wykres nr 7

Liczba świadczeniodawców udzielających świadczeń z zakresu leczenia pacjentów z udarem w podziale na rodzaj oddziału na jakim świadczenie było udzielone wg stanu na koniec 2014 r.



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

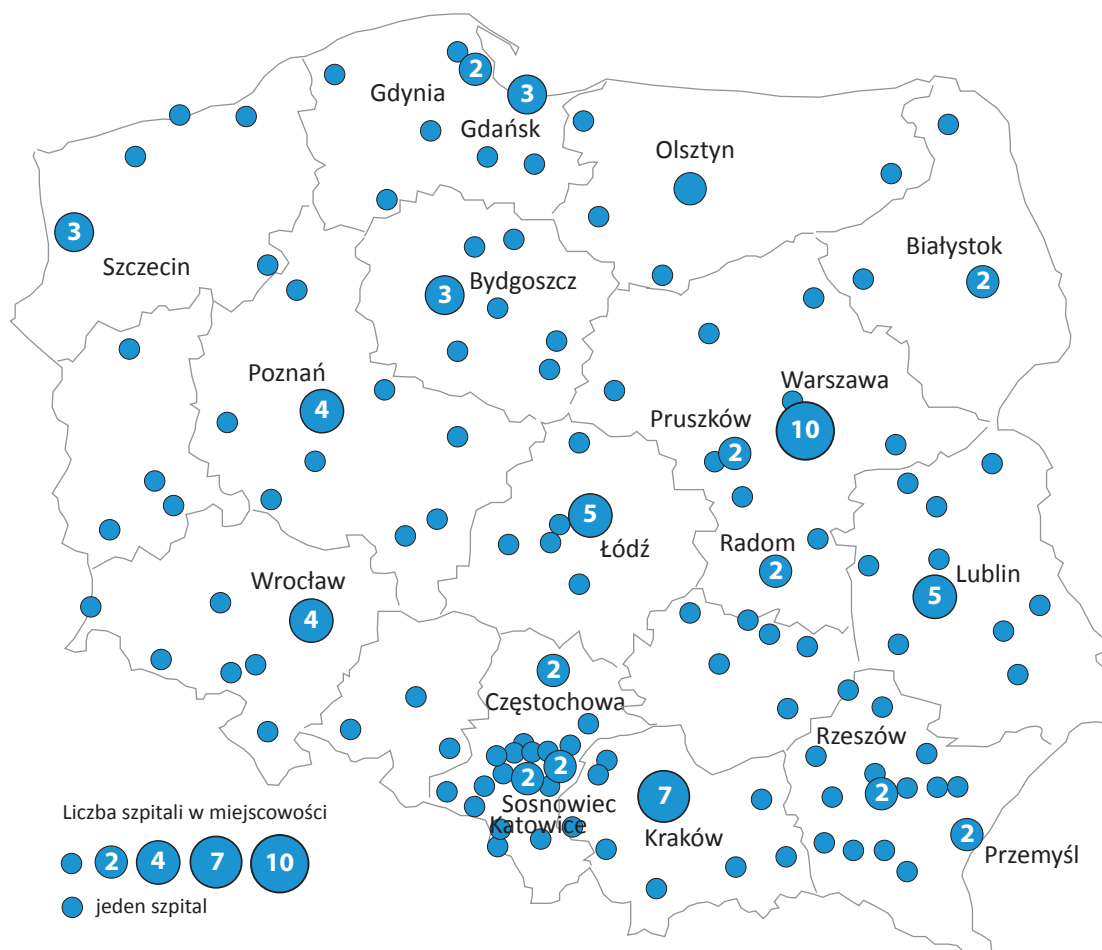
Na etapie tworzenia planu zakupów świadczeń na lata 2013–2015 w zakresie neurologia-hospitalizacja oraz neurologia-hospitalizacja A48, A51 oddziały wojewódzkie NFZ uwzględniały poziom planowanych i wykonanych świadczeń w okresie poprzednim (roku lub półroczu), strukturę zrealizowanych świadczeń oraz środki przewidziane w planie finansowym oddziału. Ustalając obszary kontraktowania oddziały te kierowały się przede wszystkim potrzebą zapewnienia równej dostępności danego rodzaju świadczeń uwzględniając liczbę ludności, liczbę świadczeniodawców i ich rozmieszczenie przy jednoczesnym zachowaniu konkurencyjności. Obszary te jedynie w przypadku Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Poznaniu obejmowały całe województwo, natomiast w przypadku pozostałych OW NFZ obszary kontraktowania obejmowały grupy powiatów.

Rozmieszczenie świadczeniodawców na terenie wszystkich województw umożliwiło transport pacjenta z podejrzeniem udaru do najbliższego szpitala z oddziałem udarowym w czasie nieprzekraczającym 77 minut⁵¹. Co istotne, w sytuacji gdy czas przejazdu z miejsca podjęcia pacjenta przez Zespół Ratownictwa Medycznego do najbliższego szpitala z oddziałem udarowym był dłuższy od czasu niezbędnego na przejazd do najbliższego szpitala z SOR, nieposiadającego oddziału udarowego, to różnica ta w większości przypadków nie przekraczała 34 minut (średnio 14 minut).

⁵¹ Według danych Zespołów Ratownictwa Medycznego oraz wskazań wg strony www.mapa.pf.pl przy uwzględnieniu uprzywilejowania przejazdu karetki.

Mapa nr 1

Rozmieszczenie świadczeniodawców posiadających kontrakt na udzielanie świadczeń zdrowotnych z grup 48 i A51, realizowanych w ramach oddziałów udarowych (wg stanu na koniec 2014 r.)



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

3.2.3. Wszystkie skontrolowane Oddziały Wojewódzkie NFZ przeprowadzały kontrole świadczeniodawców, którzy realizowali świadczenia w zakresie leczenia pacjentów z udarem. Zakres tych kontroli obejmował m.in. realizację świadczeń w zakresie neurologia – hospitalizacja, neurologia – hospitalizacja A48, A51, w tym spełnianie warunków dla świadczenia w zakresie leczenia pacjentów z udarem w oddziale udarowym (m.in. wymagania dotyczące sprzętu i personelu). Kontrole dotyczyły również prawidłowości sprawozdawania i rozliczania procedur leczenia pacjentów z udarem oraz prowadzenia dokumentacji medycznej. W wyniku przeprowadzonych kontroli stwierdzono m.in.: nieprawidłowości w zakresie rozliczenia zakontraktowanych świadczeń⁵², braki w wyposażeniu⁵³, braki w udokumentowaniu części czynności diagnostyczno-terapeutycznych realizowanych u pacjentów z udarem⁵⁴ oraz przypadki

⁵² Szpitale w: Bełchatowie, Łodzi i Kutnie, NZOZ w Gliwicach, Szpital w Pszczynie, w Leżajsku, Szpital Specjalistyczny w Kościerzynie Sp. z o.o.

⁵³ W Szpitalu w Łodzi, w Pszczynie, w Leżajsku, w Przeworsku.

⁵⁴ Szpital w Nysie.

niespełnienia wymaganych warunków lokalowych⁵⁵. Do kontrolowanych szpitali kierowano wnioski pokontrolne oraz monitorowano ich realizację. W uzasadnionych przypadkach NFZ nakładał również przewidziane przepisami kary finansowe.

Jedna z kontroli przeprowadzona przez Śląski OW NFZ zakończyła się wypowiedzeniem świadczeniodawcy umowy w zakresie neurologia-hospitalizacja A48, A51, ze względu na ujawniony fakt przedstawienia przez świadczeniodawcę w ofercie danych niezgodnych ze stanem faktycznym w zakresie wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną oraz w zakresie personelu⁵⁶.

Nie stwierdzono przypadku, aby kontrola NIK w szpitalach uprzednio objętych kontrolą OW NFZ wykazała nieprawidłowości, których nie wykazały kontrole przeprowadzane przez OW NFZ.

⁵⁵ Szpital w Bytomiu i Sosnowcu.

⁵⁶ Szpital w Pszczynie.

4.1 Postępowanie kontrolne i działania podjęte po zakończeniu kontroli

Kontrolę przeprowadzono w okresie od 1 czerwca do 30 września 2015 r.

W wystąpieniach pokontrolnych, skierowanych do dyrektorów szpitali objętych kontrolą, sformułowano łącznie 33 wnioski pokontrolne. Wnioski te dotyczyły w szczególności:

- 1) zapewnienia, w lokalizacji oddziału neurologii, stałej obecności lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji, lub anestezjologii i intensywnej terapii;
- 2) podjęcia działań mających na celu zapewnienie posiadania leków trombolitycznych w zakresie niezbędnym do wykonywania świadczeń gwarantowanych, określonych w Załączniku Nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych;
- 3) zapewnienia udziału z zespołem leczniczo-rehabilitacyjnym lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji lub rehabilitacji w chorobach narządu ruchu oraz dokumentowania przeprowadzenia konsultacji internistycznych co najmniej przy przyjęciu i wypisie pacjentów z udarem, rozliczonych z NFZ grupami A48 i A51;
- 4) podjęcie działań w celu skrócenia czasu oczekiwania na przeprowadzenie badań przy pomocy tomografu komputerowego;
- 5) podjęcia działań w celu dostosowania pomieszczeń szpitala do wymagań rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia, rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardów postępowania medycznego oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych;
- 6) skorygowania rozliczeń z NFZ dotyczących wykazanych hospitalizacji w przypadkach, w których nie doszło do leczenia pacjentów w oddziale szpitalnym, a po udzieleniu im porady ambulatoryjnej w Izbie Przyjęć przekazano pacjentów do innego szpitala;
- 7) zapewnienia aktualności i zgodności ze stanem faktycznym danych ujawnionych w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą, regulaminie wewnętrznym oraz stronie internetowej szpitali.

W wystąpieniach pokontrolnych skierowanych do dyrektorów Oddziałów Wojewódzkich NFZ nie przedstawiono żadnych wniosków

Zastrzeżenia wniesiono do wystąpień pokontrolnych skierowanych do czterech świadczeniodawców, w przypadku jednego zastrzeżenia dotyczącego opisu stanu faktycznego Zespół Orzekający Komisji Rozstrzygającej uwzględnił je w całości.

Z otrzymanych odpowiedzi na wystąpienia pokontrolne wynika, że 22 wnioski zostały zrealizowane, 10 wniosków było w trakcie realizacji, a jednego wniosku nie zrealizowano.

Wykaz skontrolowanych jednostek

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK	Nazwa jednostki kontrolowanej	Kierownik jednostki kontrolowanej
1.	Delegatura w Gdańsku	Szpital Specjalistyczny im. J.K. Łukowicza w Chojnicach, ul. Leśna 10, 89-600 Chojnice	Leszek Bonna
		Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lęborku, ul. Węgrzynowicza 13, 84-300 Lębork	Lidia Kodłubańska
		Pomorski OW NFZ, ul. Marynarki Polskiej 148, 80-865 Gdańsk	Małgorzata Paszkowicz
2.	Delegatura w Katowicach	Powiatowy Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Będzinie, ul. Małachowskiego 12, 42-500 Będzin	Jacek Kołacz
		Beskidzkie Centrum Onkologii Szpital Miejski im. Jana Pawła II w Bielsku-Białej, ul. Wyzwolenia 18, 43-300 Bielsko-Biała	Rafał Muchacki
		Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Żywcu, ul. Sienkiewicza 52, 34-30-000 Żywiec	Antoni Juraszek
		Śląski OW NFZ, ul. Kossutha 13, 40-844 Katowice	Ewa Momot
3.	Delegatura w Lublinie	Szpital Neuropsychiatryczny im. prof. Mieczysława Kaczyńskiego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lublinie, ul. Abramowicka 2, 22-422 Lublin	Edward Lewczuk
		Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Tomaszowie Lubelskim – Aleje Grunwaldzkie 1, 22-600 Tomaszów Lubelski	Andrzej Kaczor
		Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej we Włodawie, Aleja Józefa Piłsudskiego 64, 22-200 Włodawa	Teresa Szpilewicz
		Lubelski OW NFZ – ul. Szkolna 16, 20-124 Lublin	Andrzej Kowalik (p.o.)
4.	Delegatura w Łodzi	Szpital Wojewódzki im. Jana Pawła II w Bełchatowie, ul. Czapliniecka 123, 97-400 Bełchatów	Wanda Golec (p.o.)
		Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Marii Skłodowskiej-Curie w Zgierzu, ul. Parzęczewska 35, 95-100 Zgierz	Mariusz Jędrzejczak
		Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Wieluniu, ul. Szpitalna 16, 98-300 Wieluń	Bożena Łaz
		Łódzki OW NFZ, Kopcińskiego 58, 90-032 Łódź	Jolanta Kręcka
5.	Delegatura w Opolu	Zespół Opieki Zdrowotnej w Nysie, ul. Bohaterów Warszawy 34, 48-300 Nysa	Norbert Krajczy
		Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie-Koźlu, ul. 24 kwietnia 24, 47-200 Kędzierzyn-Koźle	Marek Staszewski
		Publiczny Samodzielny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzkie Centrum Medyczne w Opolu, Al. Wincentego Witosa 26, 45-818 Opole	Marek Piskozub
		Opolski OW NFZ, ul. Głogowska 37, 45-315 Opole	Tomasz Uher

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK	Nazwa jednostki kontrolowanej	Kierownik jednostki kontrolowanej
6.	Delegatura w Poznaniu	SPZOZ Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych „DZIEKANKA” im. Aleksandra Piotrowskiego w Gnieźnie, ul. Poznańska 15, 62-200 Gniezno	Barbara Trafarska
		Wojewódzki Szpital Neuropsychiatryczny im. Oskara Bielawskiego w Kościanie, Plac Ignacego Jana Paderewskiego 1A, 64-000 Kościan	Marian Zalejski
		Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kępnie, ul. Szpitalna 7, 63-600 Kępno	Andrzej Jackowski
		Wielkopolski OW NFZ, ul. Piekary 14/15, 61-823 Poznań	Magdalena Kraszewska
7.	Delegatura w Rzeszowie	Zespół Opieki Zdrowotnej w Ropczycach, ul. ks. Kardynała Stefana Wyszyńskiego 54, 39-100 Ropczyce – Szpital Powiatowy w Sędziszowie Małopolskim, ul. Wyspiańskiego 14, 39-120	Mirosław Leśniewski
		Zespół Opieki Zdrowotnej w Dębicy, ul. Krakowska 91, 39-200 Dębica	Przemysław Wojtys
		Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Nowej Dębie, ul. M. Curie-Skłodowskiej 1A, 39-460 Nowa Dęba	Bogdan Tomczyk
		Podkarpacki OW NFZ, ul. Zamkowa 8, 35-032 Rzeszów	W kontrolowanym okresie odpowiadał za szpital Adam Bałut, dyrektor Zespołu, od dnia 10 maja 2011 r., przebywający na zwolnieniu lekarskim od dnia 26 maja 2015 r. do dnia 28 sierpnia 2015 r. Od dnia 26 czerwca 2015 r. Mirosław Leśniewski, dyrektor Zespołu, „w ramach umowy o pracę na czas zastępstwa”.

Wykaz ważniejszych aktów prawnych dotyczących badanej tematyki

1. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, ze zm.).
2. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618, ze zm.).
3. 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.).
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2013 r. poz. 1082, ze zm.). Akt ten został uchylony z dniem 27 grudnia 2013 r.
5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484). Akt ten został uchylony z dniem 1 stycznia 2016 r.
6. 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).
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą (Dz. U. z 2013 r. poz. 15).
8. 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.). Akt ten został uchylony z dniem 23 grudnia 2015 r.
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 192 j.t.)
10. Zarządzenie Nr 72/2011/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 20 października 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne (NFZ.2011.42.72, ze zm.), które zostało uchylone z dniem 19 grudnia 2013 r. (utraciło moc z dniem 31 grudnia 2013 r.).
11. Zarządzenie Nr 89/2013/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 19 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne (NFZ.2015.110 j.t.).
12. Zarządzeniem 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 szpitalne⁵⁷.
13. Zarządzenie Nr 8/2009/DSOZ z dnia 23 stycznia 2009 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne⁵⁸.
14. Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2013 r. poz. 757, ze zm.).

⁵⁷ www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/

⁵⁸ Jw.

Zróżnicowanie wymagań ustalonych dla poszczególnych grup świadczeniodawców w odniesieniu do leczenia pacjentów z udarem

Warunki realizacji świadczeń	Leczenie pacjentów z udarem w oddziale udarowym	Neurologia	Choroby wewnętrzne
Lekarze/Personel	Lekarze: równoważnik co najmniej 2 etatów w dziedzinie neurologii	Lekarze: równoważnik co najmniej 2 etatów specjalista w dziedzinie neurologii albo równoważnik co najmniej 1 etatu specjalista w dziedzinie neurologii oraz równoważnik co najmniej 1 etatu – lekarz z I stopniem specjalizacji z doświadczeniem (fakultatywność od 1.01.2015 r.)	Lekarze: równoważnik co najmniej 2 etatów specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych albo równoważnik co najmniej 1 etatu specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych oraz równoważnik co najmniej 1 etatu – lekarz z I stopniem specjalizacji z doświadczeniem (fakultatywność od 1.01.2015 r.)
	Lekarze: równoważnik co najmniej 2 etatów – specjalista w dziedzinie neurologii		
	Pielęgniarki: równoważnik co najmniej 1 etatu na 1 łóżko intensywnej opieki medycznej oraz równoważnik co najmniej 1 etatu na 2 łóżka wczesnej rehabilitacji neurologicznej – nie mniej niż równoważnik 12 etatów	Brak wymogu	Brak wymogu
	Osoba prowadząca fizjoterapię – równoważnik co najmniej 1 etatu na 4 łóżka wczesnej rehabilitacji neurologicznej	Osoba prowadząca fizjoterapię – równoważnik co najmniej 0,5 etatu	Brak wymogu
	Logopeda – równoważnik co najmniej 0,5 etatu	Brak wymogu	Brak wymogu
	Psycholog – równoważnik co najmniej 0,5 etatu	Brak wymogu	Brak wymogu

Warunki realizacji świadczeń	Leczenie pacjentów z udarem w oddziale udarowym	Neurologia	Choroby wewnętrzne
Organizacja udzielania świadczeń	Co najmniej 1 sala intensywnego nadzoru udaru mózgu: co najmniej 4 łóżka (stanowiska) intensywnej opieki medycznej (IOM) – przeznaczona dla krótkiego (1–3 dni) pobytu chorych w ciągu pierwszych dni po udarze	Co najmniej jedno stanowisko IOM – w miejscu udzielania świadczeń	Brak wymogu
	Sala dla chorych z udarem mózgu w fazie „podostrej”: nie mniej niż 12. łóżek przeznaczonych dla wczesnej rehabilitacji neurologicznej (udarowej)	Brak wymogu	Brak wymogu
	Zapewnienie całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii lub lekarza ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie neurologii, lub lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie neurologii	Zapewnienie całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii lub lekarza ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie neurologii, lub lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie neurologii zachowawczym)	Zapewnienie całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia (może być łączona z innymi oddziałami o profilu zachowawczym)
	Stala obecność lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji, lub anestezjologii i intensywnej terapii – w lokalizacji	Brak wymogu	Brak wymogu
	Udokumentowane zapewnienie udziału w zespole leczniczo-rehabilitacyjnym: a) lekarza specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych lub lekarza specjalisty w dziedzinie kardiologii, b) lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji lub rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji medycznej	Brak wymogu	Brak wymogu
	Udokumentowane zapewnienie konsultacji: a) lekarza specjalisty w dziedzinie neurochirurgii lub neurochirurgii i neurotraumatologii, b) lekarza specjalisty w dziedzinie chirurgii naczyniowej	Brak wymogu	Zapewnienie całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia (może być łączona z innymi oddziałami o profilu zachowawczym)
	Kontrola prowadzonych badań i interwencji terapeutycznych: a) karta obserwacji chorego (łóżka IOM) – co 4 godziny, w salach bez monitorowania – 2 razy na dobę), b) codzienna ocena stanu neurologicznego, c) codzienna ocena stanu internistycznego, d) karta działań pielęgniarstkich, e) obowiązek udokumentowania co najmniej 2 konsultacji internistycznych – przy przyjęciu i przy wypisie	Brak wymogu	Brak wymogu
	Udokumentowane zapewnienie ciągłości leczenia w oddziale/oddziale dziennym rehabilitacji neurologicznej, przy braku przeciwwskazań	Zapewnienie kontynuacji procesu leczniczego przez procedury rehabilitacji neurologicznej	Brak wymogu
	W miejscu udzielania świadczeń: Holter EKG, Holter ciśnieniowy (ABPM)	Brak wymogu	W miejscu udzielania świadczeń: Kardiomonитор i aparat EKG 12-odprowadzeniowy
	W lokalizacji: TK, aparat USG z opcją kolorowego Dopplera	W lokalizacji: TK, EEG	W lokalizacji: Holter ciśnieniowy (ABMP) i Holter EKG
Wypożyczenie sprzętu i aparaturę medyczną	USG tętnic zewnętrznych i wewnętrznych metodą Dopplera	Dostęp do RM i EMG	Brak wymogu
	USG w miejscu udzielania świadczeń	Brak wymogu	Brak wymogu
Zapewnienie realizacji badań	W lokalizacji: a) laboratoryjnych – co najmniej profil badań biochemicznych, hematologicznych i układu krzepnięcia; b) USG metodą Doppler duplex; c) TK	Brak wymogu	Brak wymogu

Wykaz organów, którym przekazano 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. Sejmowa Komisja do Spraw Kontroli Państwowej
8. Biuro Analiz Sejmowych
9. Biblioteka Sejmowa
10. Biuro Analiz i Dokumentacji Kancelarii Senatu RP
11. Dyrektor Krajowej Szkoły Administracji Publicznej
12. Sejmowa Komisja Zdrowia
13. Minister Zdrowia
14. Rzecznik Praw Pacjentów
15. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
16. Senacka Komisja Zdrowia