



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Katowicach

LKA.410.24.3.2023

Pan
Wojciech Michalik
Dyrektor
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 4
w Bytomiu
al. Legionów 10
41-902 Bytom

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/23/058 - Realizacja pilotażowego programu leczenia ostrej fazy udaru niedokrwienego
w latach 2019-2023

*Na podstawie art. 5 ust. 1 ustawy z 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz.U. z 2022 r. poz. 902) Najwyższa Izba Kontroli wyłączyła jawność informacji poprzez usunięcie fragmentów wystąpienia pokontrolnego w miejscach oznaczonych nawiasem [...].

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu¹
41-902 Bytom Al. Legionów 10

Kierownik jednostki kontrolowanej

Wojciech Michalik, Dyrektor, powołany na to stanowisko 27 listopada 2020 r.

Zakres przedmiotowy kontroli

Realizacja przez podmioty lecznicze wymogów związanych z udziałem w programie pilotażowym dotyczącym leczenia ostrej fazy udaru niedokrwiennego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych.

Okres objęty kontrolą

Lata 2019-2023 (do dnia zakończenia kontroli) z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, o ile miały wpływ na działalność jednostki w kontrolowanym zakresie.

Podstawa prawna podjęcia kontroli

Art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli²

Jednostka przeprowadzająca kontrolę

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Katowicach

Kontrolerzy

1. Anna Hulboj, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 159 z 4 lipca 2023 r.
2. Lucyna Mol, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 176 z 2 sierpnia 2023 r.

(akta kontroli str. 1 – 3)

¹ Zwany dalej „Szpitalem”.

² Dz. U. z 2022 r. poz. 623, dalej: ustawa o NIK.

II. Ocena ogólna³ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Najwyższa Izba Kontroli ocenia negatywnie realizację przez Szpital wymogów związanych z udziałem w programie pilotażowym, dotyczącym leczenia ostrej fazy udaru niedokrwiennego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych, co uzasadniają poniższe ustalenia kontroli.

Szpital, przystąpił do Programu, po akceptacji przez Narodowy Fundusz Zdrowia wniosku o zawarcie umowy o realizację Programu, w którym wykazano spełnienie wymogów w zakresie niezbędnego do jego realizacji wykwalifikowanego personelu, wymaganego sprzętu oraz możliwości całodobowego udzielania świadczeń dotyczących wykonywania zabiegów trombektomii mechanicznej.

Jednakże w wyniku kontroli wykazano, że Szpital nie zapewnił całodobowego udzielania świadczeń w ramach Programu wymaganego zgodnie z §7 ust. 1 pkt 5 lit. e rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2018 r. w sprawie programu pilotażowego leczenia ostrej fazy udaru niedokrwiennego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych⁴. Poza personelem określonym w §7 ust. 1 pkt 2 lit. b-e rozporządzenia MZ w sprawie Programu, Szpital dysponował jedynie dwoma lekarzami, uprawnionymi do przeprowadzania zabiegów trombektomii, z których jeden miał pełnić tylko dyżury poza lokalizacją podmiotu leczniczego w opcji „pod telefonem”.

Zdaniem NIK, umowa zawarta z tym lekarzem miała na celu umożliwienie podpisania umowy o realizację Programu. O powyższym świadczy fakt, że Szpital nie ustalił z tym lekarzem sposobu jego wzywania celem wykonania zabiegu, nie określił także zasad ustalania dyżurów dla tego lekarza, a uzgodniony czas dojazdu do Szpitala przez tego lekarza – jedna godzina, był niezgodny z przyjętą procedurą, w myśl której przybycie zespołu zabiegowego nie może przekroczyć 40 minut. Natomiast umowa z drugim z lekarzy nie określała możliwości wykonywania dyżurów poza lokalizacją podmiotu leczniczego w opcji „pod telefonem”, a maksymalny czas pracy ustalony w umowie nie zapewniał dostępności tego lekarza przez Szpital zadeklarowanej w umowie o realizację Programu.

Szpital nie dokonał zmiany umowy zawartej z lekarzem w celu doprowadzenia do spójności pomiędzy deklarowaną w umowie o realizację programu pilotażowego liczbą godzin wykonywania świadczeń opieki zdrowotnej tego lekarza, nie ustalił także możliwości wykonywania dyżurów w opcji „pod telefonem”.

W okresie, od 1 kwietnia 2023 r. do 30 czerwca 2023 r. w Szpitalu przeprowadzono jeden zabieg trombektomii. Jednakże w zabiegu tym, uczestniczyła jedna pielęgniarka operacyjna, zamiast wymaganych dwóch, które winny uczestniczyć w zabiegu zgodnie z §7 ust. 1 pkt 2 lit. c rozporządzenia MZ w sprawie Programu.

Szpital sporządził wymagane sprawozdania w związku z wykonaną procedurą i przekazał Oddziałowi Wojewódzkiemu Narodowego Funduszu Zdrowia w Katowicach⁵.

³ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

⁴ Dz.U. poz. 1985 ze zm. Dalej: „rozporządzenie MZ w sprawie Programu”.

⁵ Dalej: OW NFZ.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny częściowej⁶ kontrolowanej działalności

OBSZAR

Realizacja przez podmioty lecznicze wymogów związanych z udziałem w Programie

Opis stanu faktycznego

Szpital został ujęty w wykazie realizatorów Programu na mocy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 września 2022 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego dotyczącego leczenia ostrej fazy udaru niedokrwiennego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych⁷.

28 października 2022 r. Szpital złożył wniosek o zawarcie umowy o realizację Programu, według wzoru określonego w załączniku nr 3 do zarządzenia Nr 130/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 12 grudnia 2018 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie umów o realizację programu pilotażowego dotyczącego leczenia ostrej fazy udaru niedokrwiennego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych⁸. Dochowany został zatem termin do złożenia ww. wniosku, określony w § 2 zarządzenia nr 130/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 13 października 2022 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie umów o realizację programu pilotażowego⁹, tj. 14 dni od dnia wejścia w życie tego zarządzenia. Wniosek nie był kompletny.

(akta kontroli str. 4 – 243)

OW NFZ zwrócił się do Szpitala o dodatkowe informacje i wyjaśnienia w kwestiach formalnych, dotyczących personelu, sprzętu i organizacji udzielania świadczeń. W uzupełnieniu wniosku/oferty, przedłożono m.in. zestawienie liczby wykonanych procedur leczenia endowaskularnego naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych, numeru seryjnego angiografu oraz zarządzenie dyrektora Szpitala wdrażającego procedury wymagane w § 7 pkt 5 lit. f - h rozporządzenia MZ w sprawie Programu. Szpital nie przedłożył żądanych certyfikatów potwierdzających odbycie szkolenia przez trzech zgłoszonych lekarzy oraz informacji o zabezpieczeniu dostępu do świadczeń z zakresu rehabilitacji na cały okres realizacji Programu.

W rezultacie OW NFZ negatywnie ocenił wniosek o zawarcie umowy o realizację Programu.

(akta kontroli str. 244 – 246, 249 – 302)

6 lutego 2023 r. NFZ opublikował zaproszenie do składania wniosków o zawarcie umów o realizację Programu na rok 2023. Szpital złożył wniosek o zawarcie umowy na realizację Programu 20 lutego 2023 r., zachowując termin do złożenia wniosku, określony w zaproszeniu NFZ. Wniosek był zgodny ze wzorem określonym w załączniku nr 3 do zarządzenia w sprawie umów o realizację programu pilotażowego.

17 marca 2023 r. OW NFZ poinformował Szpital o pozytywnej ocenie wniosku w sprawie zawarcia umów na realizację Programu.

(akta kontroli str. 304 – 305, 642)

⁶ Oceny częściowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena częściowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

⁷ Dz. U., poz. 1987.

⁸ Dalej „zarządzenie w sprawie umów o realizację programu pilotażowego”.

⁹ Zarządzenie weszło w życie z dniem następującym po dniu podpisania, tj. 14 października 2022 r.

Szpital przedstawił we wniosku i w załączonych do niego dokumentach, dane potwierdzające spełnianie wymagań formalnych organizacji świadczeń, wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną oraz zapewnienia realizacji badań, określone w § 7 ust. 1 pkt 1, 3 i 4 rozporządzenia MZ w sprawie Programu, tj.:

- prowadzenie oddziału o profilu neurologia z pododdziałem udarowym,
- posiadanie na terenie Szpitala pracowni radiologii zabiegowej, w której – według oświadczenia dyrektora Szpitala, wykonano co najmniej 150 procedur leczenia endowaskularnego naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych w okresie ostatnich dwóch lat kalendarzowych poprzedzających rok wejścia w życie rozporządzenia MZ. Według załączonego wykazu – takich procedur wykonano 48410 i zostały wykonane w latach 2020 – 2021,
- zapewnienie możliwości wykonywania hemikraniektomii w oddziale neurochirurgii Szpitala, także w ramach dyżuru medycznego, a średni czas dotarcia do tego oddziału transportem sanitarnym nie przekracza 30 minut – według złożonego oświadczenia,
- wyposażenie w angiograf stacjonarny oraz w urządzenie przeznaczone do usuwania materiału zatorowego z naczyń mózgowych. Angiograf był wykazany w ewidencji środków trwałych, we wniosku o przystąpienie do Programu oraz w załączniku do umowy „Harmonogram - Zasoby” Natomiast urządzenie przeznaczone do usuwania materiału zatorowego z naczyń mózgowych było dzierżawione od dostawcy sprzętu do zabiegów trombektomii, nie było wykazane we wniosku oraz w ww. załączniku do umowy,
- wyposażenie w tomograf komputerowy (TK) oraz w rezonans magnetycznego (RM). Sprzęt ten był dostępny w komórce organizacyjnej świadczeniodawcy – odpowiednio w pracowni tomografii komputerowej i pracowni rezonansu magnetycznego i ujęty w ewidencji środków trwałych.

(akta kontroli str. 312, 316-344, 491 – 597, 647, 692, 712 – 725)

Zgodnie z §7 ust. 1 pkt 1 lit. b, drugie tiret rozporządzenia MZ w sprawie Programu¹¹ wymagano wykonania ww. liczby procedur leczenia w okresie ostatnich 2 lat kalendarzowych poprzedzających rok przystąpienia Szpitala do Programu, tj. z lat 2021 – 2022. Natomiast we wniosku wykazano liczbę procedur z lat 2020-2021.

Jak wyjaśnił dyrektor Szpitala, NFZ nie zakwestionował przedłożonego zestawienia, a Szpital potraktował owe postępowanie jako kontynuację poprzedniego postępowania. Jak podał dalej, w 2022 r. w Szpitalu wykonano 484 procedur wewnątrzmożgowych i wewnątrznaczyniowych.

(akta kontroli str. 703)

Na dzień złożenia wniosku oddziały wykazane we wniosku były ujęte w Rejestrze Podmiotów Lecznicznych prowadzonym przez Wojewodę Śląskiego.

(akta kontroli str. 643 – 646)

Szpital do wniosku dołączył oświadczenie o zapewnieniu realizacji świadczeń w oddziale o profilu neurologia z pododdziałem udarowym, spełniającym wymagania określone w lp. 2 załącznika nr 4 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia

¹⁰ Do ww. liczby zostały zaliczone procedury o następujących kodach 00.492, 00.493, 00.631, 00633, 00.65, 38.011, 38.021, 39.526, 39.721, 39.722, 39.723, 39.724, 88.411, 88.412, 88.413, 88.414 i 88.419. Informacja o liczbie wykonanych ww. procedur została wygenerowana systemu informatycznego Szpitala AMMS.

¹¹ w brzmieniu obowiązującym od dnia 22 września 2022 r.

22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego¹².

(akta kontroli str. 316)

Do wniosku dołączono zapewnienie, o którym mowa w § 7 ust. 1 pkt 4 rozporządzenia MZ w sprawie Programu, tj. zapewnienie realizacji badań (w lokalizacji z całodobową możliwością wykonywania badań we wszystkie dni tygodnia):

- a) tomografii komputerowej (TK) z opcją naczyniową oraz perfuzją TK oraz
- b) rezonansu magnetycznego (RM) z opcją naczyniową oraz dyfuzją i perfuzją RM.

(akta kontroli str. 397)

We wniosku o przystąpieniu do Programu Szpital zawarł następujące dane poświadczające spełnienie warunków dotyczących personelu, określonych w § 7 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia MZ w sprawie Programu:

- zapewnienie dwóch lekarzy specjalistów w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej, oświadczając, że mają oni doświadczenie określone w §7 ust.1 pkt 2 lit. a ww. rozporządzenia MZ w sprawie Programu. Doświadczenie lekarzy specjalistów potwierdzone zostało przez konsultantów wojewódzkich w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej. Wskazani we wniosku lekarze ukończyli kurs organizowany przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego: "Wewnątrznaczyniowe leczenie udarów niedokrwienych mózgu", odpowiednio w 2019 i w 2022 r.,
- dostęp do pięciu lekarzy specjalistów w dziedzinie neurologii w ramach konsultacji neurologicznych w trakcie zabiegu,
- pięciu lekarzy specjalistów w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii,
- dziewięć pielęgniarek i jednego pielęgniarza – specjalistów w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego z co najmniej rocznym doświadczeniem w instrumentowaniu do zabiegów wewnątrzczaszkowych,
- pięć pielęgniarek – specjalistek w pielęgniarstwie anestezjologicznym i intensywnej opieki,
- pięciu techników elektroradiologów.

(akta kontroli str. 345-346, 350, 354, 358, 363, 368, 370-371, 374-379, 381, 383-395, 399-404, 629, 630 – 632, 635 – 636)

Do wniosku załączono wykaz osób, przewidzianych do realizacji świadczeń z wymiarem ich tygodniowego czasu pracy, przy czym czas pracy dwóch lekarzy – specjalistów w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej spełniających kryteria §7 ust. 1 pkt 2 lit. a rozporządzenia MZ w sprawie Programu określono na 84 godziny.

(akta kontroli str. 641)

Do wniosku dołączono przedwstępną umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawartą z jednym z ww. dwóch lekarzy, w której strony umowy zobowiązały się zawrzeć przyrzeczoną umowę, obejmującą wykonywanie zabiegów w zakresie neuroradiologii zabiegowej. W przypadku wezwania do zabiegu, ww. lekarz był zobowiązany dojechać do Szpitala w ciągu jednej godziny. Określona została także stawka godzinowa za pozostawanie w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych (tzw. „dyżur pod telefonem”).

(akta kontroli str. 638 – 639)

Zasoby wskazane we wniosku pozwalały na realizację świadczeń zdrowotnych całodobowo przez wszystkie dni tygodnia zgodnie z § 7 ust. 1 pkt 5 lit. e rozporządzenia MZ w sprawie Programu. Osoby – personel medyczny, wskazane

¹² Dz. U. z 2017 r. poz. 2295.

we wniosku, na dzień jego składania miały kwalifikacje wymagane zgodnie z rozporządzeniem MZ.

(akta kontroli str. 673 – 677)

Szpital nie zawarł porozumienia z innymi realizatorami, o którym mowa w §7 ust. 1 pkt 5 lit. e rozporządzenia MZ w zakresie pełnienia dyżurów.

(akta kontroli str. 307, 696)

Do wniosku dołączono zarządzenie Dyrektora Szpitala nr 123 z 21 października 2022 r. w sprawie wdrożenia procedur niezbędnych w sprawie „Programu”. Zarządzeniem tym zostały wprowadzone procedury, o których mowa w § 7 ust.1 pkt 5 lit. f– h rozporządzenia MZ w sprawie Programu. W szczególności wprowadzone zostały następujące procedury:

- określająca kwalifikację pacjenta do zabiegu przezskórnej rekanalizacji tętnicy w ostrym udarze niedokrwiennym mózgu. Celem tej procedury było ujednoczenie postępowania w przypadku pacjenta, u którego podejrzewa się udar mózgu – od momentu rozpoznania objawów charakterystycznych - do chwili wdrożenia odpowiedniego postępowania medycznego;
- współpracy z zespołami ratownictwa medycznego w przypadku przyjęcia pacjenta w ostrej fazie udaru niedokrwiennego – procedura została uzgodniona z Wojewodą Śląskim, Wojewódzkim Pogotowiem Ratunkowym oraz z Lotniczym Pogotowiem Ratunkowym, co zostało poświadczane przez Wojewodę Śląskiego i dyrektorów Wojewódzkiego Pogotowia Ratunkowego i Lotniczego Pogotowia Ratunkowego. Celem tej procedury było określenie zasady współpracy między lekarzem prowadzącym leczenie (neurologiem), zespołem zabiegowym oraz zespołami ratownictwa medycznego. W procedurze tej ustalono sposób kontaktowania się całodobowo z lekarzem Oddziału Neurologii z Pododdziałem Udarowym;
- określającą zasady postępowania lekarzy i pozostałego personelu medycznego. Celem tej procedury było zminimalizowanie czasu i ustalenie algorytmu postępowania systematyzującego działania personelu od momentu przybycia pacjenta z podejrzeniem udaru mózgu do Izby Przyjęć do momentu kwalifikacji pacjenta do zabiegu trombolizy. Pkt 5 pkt 5 lit. a tej procedury stanowił, że w przypadku kwalifikacji do trombektomii lekarz Oddziału Neurologii z Pododdziałem Udarowym powiadamia „Zespół zabiegowy (którego czas przybycia nie może przekroczyć 40 minut)”.

(akta kontroli str. 422 – 448)

Umowa o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach Programu została zawarta 30 marca 2023 r¹³. na okres od 1 kwietnia do 31 grudnia 2023 r.

Umowa została zawarta według wzoru określonego w zarządzeniu nr 190/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 7 grudnia 2020 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie umów o realizację programu pilotażowego.

(akta kontroli str. 648 – 658)

Świadczenia objęte Programem zostały ustalone w planie rzeczowo – finansowym, w którym określono jednostki rozliczeniowe, wartość jednostki rozliczeniowej ogółem na czas realizacji umowy oraz proporcjonalnie na każdy miesiąc objęty umową, a także dane o potencjale wykonawczym Szpitala przeznaczonym do realizacji umowy, w „Harmonogramie – Zasobach”. Dane zawarte w umowie – w szczególności w załączniku „Harmonogram – zasoby” zawierały te same dane, co przedstawione we

¹³ Datę podpisania ustalono w oparciu o datę widniejącą w podpisie elektronicznym stron umowy.

wniosku Szpitala. W okresie objętym kontrolą nie nastąpiły zmiany w zakresie personelu medycznego i wyposażenia w sprzęt.

W ww. „Harmonogramie – Zasobach” Szpital zobowiązał się do dostępności świadczenia opieki zdrowotnej – trombektomii mechanicznej w ostrej fazie udaru niedokrwiennego we wszystkie dni tygodnia, w wymiarze 24 godzinnym. Wyszczególniono w nim zasoby kadrowe, dostępność personelu miał określać harmonogram. W ww. dokumencie wykazano dwóch lekarzy o specjalności radiologii i diagnostyki obrazowej, którzy mieli być dostępni 84 godziny tygodniowo.

Jednakże ustalono, że obydwój lekarzy o specjalności w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej, w okresie obowiązywania umowy o realizację Programu, mieli umowy ze Szpitalem, w oparciu o które przyjęli do wykonania świadczenia zdrowotne: w zakresie radiologii i diagnostyki obrazowej oraz polegające na wykonywaniu zabiegów w zakresie neuroradiologii zabiegowej pacjentom Szpitala. Przy czym, zapisy jednej z umów nie zapewniały deklarowanej w umowie dostępności lekarza w wymiarze 84 godzin tygodniowo, a lekarzowi z którym zawarto drugą z umów, na pełnienie dyżurów poza lokalizacją podmiotu leczniczego w opcji „pod telefonem”, nie ustalono harmonogramów pełnienia tych dyżurów. Ponadto określono czas dojazdu lekarza wbrew przyjętej procedurze Szpitala, określającej zasady postępowania lekarzy i pozostałego personelu medycznego (pkt 5 pkt 5 lit. a). Dodatkowo Szpital nie dysponował numerem telefonu do drugiego z lekarzy, a także informacjami w jakich dniach i godzinach lekarz ten miał dyżurować.

(akta kontroli str. 678 – 695)

Umowa z jednym z ww. lekarzy, zawarta przed przystąpieniem Szpitala do Programu (5 lipca 2021 r.), przewidywała udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z uzgodnionym harmonogramem, jednakże określony w tej umowie czas pracy (miesięcznie) był mniejszy niż zadeklarowano we wniosku o realizację Programu, co szczegółowo przedstawiono w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. Umowa ta nie została aneksowana po rozpoczęciu realizacji Programu.

Umowa z drugim z ww. lekarzy (z 1 kwietnia 2023 r.), przewidywała, że świadczenia zdrowotne (zabiegi w zakresie neuroradiologii zabiegowej) miały być wykonywane zgodnie z potrzebami Szpitala, a lekarz był zobowiązany do pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych w opcji „dyżuru na telefon”. W umowie nie została określona liczba godzin udzielania świadczeń objętych, sposób ustalania terminów pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych, ani sposób wezwania tego lekarza, nie podano np. numeru telefonu, co szczegółowo przedstawiono w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Ponadto w omawianej umowie zapisano, że w przypadku wezwania do zabiegu lekarz był zobowiązany dojechać do Szpitala w ciągu jednej godziny, co było niezgodne z postanowieniami pkt 5 pkt 5 lit. a procedury Szpitala określającej zasady postępowania lekarzy i pozostałego personelu medycznego, która stanowiła, że czas przybycia zespołu zabiegowego nie może przekroczyć 40 minut od powiadomienia, co przedstawiono w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

NIK zwraca uwagę, że dojazd¹⁴ (samochodem) z miejsca wskazanego w umowie do lokalizacji Szpitala, wynosi, w zależności od wyboru drogi 1 godzinę 23 minuty lub 1 godzinę 25 minut, co oznacza, że zobowiązanie w zawartej umowie dojechania do Szpitala w ciągu jednej godziny mogło nie być możliwe do zrealizowania.

Dyrektor Szpital wyjaśnił, że nie dokonywano oceny czasu dojazdu tego lekarza i przyjęto zapewnienie o spełnianiu tego warunku.

(akta kontroli str. 707)

¹⁴ Ustalono na podstawie strony internetowej <https://www.google.pl/maps>

Dyrektor wyjaśnił, że w Szpitalu osobą odpowiedzialną za wykonywanie zabiegów, jak i organizację grafików był kierownik Zakładu Radiologii. Dodatkowo Dyrektor wyjaśnił, że lekarze wskazani w umowie o realizację programu pilotażowego, którzy wykonywali zabiegi trombektomii mechanicznej *mieli ustalić zasady współpracy, szczególnie w okresie niedostępności jednego z lekarzy.*

(akta kontroli str. 704, 707)

W trakcie kontroli przedłożono, niezatwierdzone przez Dyrektora Szpitala, grafiki dyżurów lekarzy specjalistów z zakresu diagnostyki i radiologii zabiegowej uprawnionych do wykonywania zabiegów w ramach Programu. Jak wyjaśnił dyrektor, ww. grafiki nie były dokumentami szpitalnymi i były roboczą wersją ustaleń między dwoma lekarzami wykonującymi zabieg trombektomii.

(akta kontroli str. 707, 709 – 711)

W latach 2018 – 2023 (do 30 czerwca) liczba pacjentów leczonych w Szpitalu z chorobami naczyń mózgowych o kodach I60 – I69¹⁵, wynosiła¹⁶, odpowiednio: 2 287, 2 164, 1 594, 1 718, 1 855 i 935 pacjentów, z tego, odpowiednio: 57,8%, 59,0%, 61,2%, 63,1%, 65,6% i 62,4% stanowili pacjenci z udarami niedokrwiennymi.

(akta kontroli str. 726)

W okresie objętym kontrolą i w którym Szpital realizował Program, tj. od 1 kwietnia do 30 czerwca 2023 r., do Szpitala zostało przyjętych 113 pacjentów z rozpoznaniem udaru mózgu, spośród nich tylko jednego pacjenta leczono w ramach Programu.

(akta kontroli str. 697)

W okresie objętym kontrolą, do rozliczenia w ramach umowy o realizację Programu wykazano jedno świadczenie, kwota otrzymana przez Szpital z tytułu realizacji tej umowy z NFZ wyniosła 34,9 tys. zł.

(akta kontroli str. 697)

W umowie o realizację Programu kwota zobowiązania NFZ z tytułu jej realizacji została określona w wysokości 1 569,5 tys. zł¹⁷, tj. 54 świadczenia. Szpital założył wykonanie sześciu zabiegów miesięcznie, co dawało wartość 174,4 tys. zł¹⁸.

(akta kontroli str. 307 i 648 – 656)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że podając we wniosku liczbę sześciu trombektomii do wykonania w miesiącu, oparto się na danych statystycznych. Z danych krajowego konsultanta w dziedzinie neurologii wynikało, że w 2022 r. liczba trombektomii przypadająca na 100 tys. mieszkańców to 8,9, zatem w województwie śląskim (około 4,3 mln mieszkańców) wypada 382 trombektomii rocznie – około 31 miesięcznie. Na każdy z czterech ośrodków wykonujących te zabiegi wypada 7,5 zabiegów, stąd też, jak wyjaśnił dyrektor Szpitala, zgłoszono chęć wykonania 6 zabiegów miesięcznie.

(akta kontroli str. 770)

W związku z nierealizowaniem ww. świadczeń zdrowotnych w zadeklarowanej liczbie, w dniu 6 czerwca 2023 r. został podpisany aneks do umowy o realizację Programu, w którym zmniejszono zobowiązania NFZ wobec Szpitala i wyniosły 1 191 665 jednostek rozliczeniowych o wartości 1 430,0 tys. zł.

(akta kontroli str. 657 – 658)

¹⁵ Według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (Rewizja 10).

¹⁶ Według wypisu ze szpitala, bez uwzględnienia pacjentów poradni i pracowni.

¹⁷ Przy liczbie jednostek rozliczeniowych 1 307 925 o wartości 1,20 zł za punkt.

¹⁸ 145 325 jednostek rozliczeniowych.

Wykonanie umowy, na dzień 30 czerwca 2023 r. w stosunku do maksymalnej kwoty zobowiązania NFZ określonej w umowie po zmianach wyniosło 2,44 %.

W okresie objętym kontrolą, w którym Szpital realizował Program, tj. 1 kwietnia - 30 czerwca 2023 r., Szpital spełniał wymogi formalne, o których mowa w § 7 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia MZ. W szczególności Szpital posiadał oddział o profilu neurologia z oddziałem lub pododdziałem udarowym, posiadał pracownię radiologii zabiegowej oraz oddział neurochirurgii.

(akta kontroli str. 643 – 646)

Na próbie losowo wybranych 10¹⁹ dni z okresu objętego kontrolą, na podstawie list obecności dokonano sprawdzenia obecności osób wymaganych do przeprowadzenia kwalifikacji do zabiegu oraz personelu medycznego mogącego tworzyć zespół przeprowadzający zabieg. W zakresie kwalifikacji do zabiegu, Szpital zapewnił obecność lekarza specjalisty w dziedzinie neurologii oraz lekarza specjalisty w dziedzinie radiologii.

W zakresie personelu medycznego (w trakcie zabiegu), mogącego tworzyć zespół przeprowadzający zabieg, Szpital zapewnił obecność lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii, co najmniej dwóch pielęgniarek operacyjnych, co najmniej jednej pielęgniarki specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki oraz co najmniej jednego technika elektroradiologa.

Natomiast lekarz zgłoszony w umowie z NFZ jako wykonujący zabieg trombektomii, który winien być obecny przy kwalifikacji do zabiegu oraz wykonywać zabieg, obecny był w Szpitalu w pięciu z 10 dni badanej próby.

W toku kontroli NIK przedłożono grafiki dyżurów dwóch lekarzy wykonujących zabiegi trombektomii mechanicznej oznaczonych jako „dyżury udarowe”. Jak wyjaśnił Dyrektor, grafiki te nie były dokumentami Szpitala i stanowiły roboczą wersję ustaleń między dwoma lekarzami wykonującymi zabieg trombektomii. Z tych grafik wynika, że w dniach poddanych analizie, w godzinach 13.00 – 08.00, lekarz ten przypisał sobie „dyżury udarowe” 7, 9 – 11 kwietnia oraz 19 – 21 i 23 maj 2023 r., a drugiemu lekarzowi – jeden dyżur – 22 maja 2023 r. Z powyższych grafik wynikało, że czas między 8.00, a 13.00 nie był przypisany żadnemu z tych dwóch lekarzy. Dyrektor wyjaśnił, że w dniach, w których lekarz wykonujący zabiegi trombektomii nie udzielał świadczeń zdrowotnych w godzinach od 8.00 do 13.00²⁰, dyżurujący lekarz neurolog miał kontaktować się telefonicznie lekarzem, a w przypadku braku możliwości kontaktu zobowiązany był do ustalania z zastępcą dyrektora ds. medycznych dalszych działań w sprawie.

(akta kontroli str. 702, 708 – 710, 727-766, 769-770)

W okresie objętym kontrolą w Szpitalu została przeprowadzona jedna procedura zabiegu trombektomii – 8 kwietnia 2023 r. Na podstawie dokumentacji sporządzonej w związku z przeprowadzonym zabiegiem, ustalono, że:

- lekarzem przyjmującym był neurolog,
- przeprowadzono badania diagnostyczne przy użyciu tomografu komputerowego, w tym angioTK tętnic mózgowych,
- pacjent był konsultowany anestezjologicznie i internistycznie,
- do zabiegu kwalifikacji dokonali lekarze o specjalności neurologii oraz radiologii i diagnostyki obrazowej uprawniony do przeprowadzenia zabiegu,
- zabieg trombektomii został przeprowadzony 23.00 – 00.15, tj. 165 minut po przywiezieniu pacjenta do Szpitala,

¹⁹ 7 – 11 kwietnia i 19 – 23 maja 2023 r.

²⁰ W badanej próbie były to dni: 10-11 kwietnia, 20-23 maja 2023 r.

– [...].

Zabieg został przeprowadzony przez lekarza o specjalności radiologa i diagnostyka obrazowa, który został zgłoszony w umowie z NFZ jako wykonujący zabieg trombektomii. Pozostałe osoby uczestniczące w zabiegu nie były zgłoszone w umowie z NFZ, ale posiadały kwalifikacje wymagane w §7 ust.1 pkt 2 lit. a-e rozporządzenia MZ w sprawie Programu. Jednakże zgodnie z §7 ust.1 pkt 2 lit. c, w trakcie zabiegu powinny uczestniczyć dwie pielęgniarki operacyjne, a w tym zabiegu brała udział tylko jedna pielęgniarka operacyjna, co przedstawiono w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 773 – 774, 845)

[...]

(akta kontroli str. 845)

Zgodnie z § 7 ust. 1 pkt 5 lit. i rozporządzenia MZ w sprawie Programu, Szpital ustalił współpracę ze świadczeniodawcami realizującymi świadczenia gwarantowane z zakresu rehabilitacji leczniczej oraz świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej w celu zapewnienia ciągłości leczenia.

Szpital zawarł 6 kwietnia 2017 r. umowę ze świadczeniodawcą realizującym świadczenia gwarantowane z zakresu rehabilitacji leczniczej. W umowie świadczeniodawca zobowiązał się do zapewnienia pacjentom Szpitala dostępu do rehabilitacji neurologicznej, ogólnoustrojowej i kardiologicznej. Umowa została zawarta na czas określony - do 30 listopada 2023 r. Przedstawiając tę umowę przy wniosku o realizację Programu, Dyrektor Szpitala złożył zapewnienie o zabezpieczeniu dostępu do rehabilitacji neurologicznej po zakończeniu ww. umowy.

(akta kontroli str. 405 – 409)

Ponadto, w dniu 27 grudnia 2022 r. Szpital zawarł:

- umowę o udzielanie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych na rzecz pacjentów Szpitala, skierowanych przez niego, w miarę posiadania wolnych miejsc oraz kolejki oczekujących,
- umowę o udzielanie świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej na rzecz pacjentów Szpitala w celu ciągłości leczenia.

(akta kontroli str. 450 – 455)

Szpital posiadał sprzęt i aparaturę medyczną w miejscu wykonywania zabiegu, tj. angiograf stacjonarny z możliwością wykonywania zabiegów neuroradiologicznych oraz urządzenie przeznaczone do usuwania materiału zatorowego z naczyń mózgowych, zgodnie z wymogami § 7 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia MZ w sprawie Programu. Sprzęt ten znajdował się w pracowni angiografii.

Po zawarciu umowy na realizację Programu Szpital zakupił i zainstalował drugi angiograf, który również znajdował się w pracowni angiografii.

W lokalizacji znajdowały się także tomograf komputerowy (TK) – w pracowni tomografii komputerowej i rezonans magnetyczny (RM) – w pracowni rezonansu magnetycznego.

Ponadto Szpital zapewnił sprzęt w miejscu udzielania świadczeń – w oddziale neurologii, wymieniony w załączniku nr 4, lp. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego²¹, tj. Holter EKG – dwa egzemplarze, Holter ciśnieniowy – 2 egzemplarze oraz aparat USG z opcją kolorowego Dopplera.

(akta kontroli str. 712 – 718)

²¹ Dz. U. z 2023 r. poz. 870.

Szpital posiadał certyfikaty dla ww. angiografów, TK i RM oraz zapewniał przeglądy serwisowe. Na podstawie wpisów²² w paszportach technicznych ustalono, że poddany oględzinom sprzęt był sprawny i miał ważne przeglądy techniczne i certyfikaty oraz deklaracje zgodności z europejskimi normami.

W okresie objętym kontrolą nie wystąpiły przerwy w dostępie do tego sprzętu.

(akta kontroli str. 777 – 838)

W Szpitalu dwaj lekarze, którzy zostali zgłoszeni do umowy z NFZ jako przeprowadzający zabiegi trombektomii, byli zatrudnieni w oparciu o umowę cywilnoprawną o udzielanie świadczeń zdrowotnych. Jedną spośród ww. umów dotyczyła tylko wezwań do przeprowadzenia zabiegu trombektomii, jednakże lekarz, z którym zawarto tę umowę, w okresie objętym kontrolą, ani razu nie został wezwany do Szpitala.

Analiza wykonania pracy/dyżurów z dwóch wybranych miesięcy²³ przez lekarza, który wykonał zabieg trombektomii, wykazała, że w tych miesiącach miał on łącznie 10 dyżurów 24 godzinnych, po których nie świadczył pracy następnego dnia oraz jeden dyżur, podczas którego lekarz świadczył pracę nieprzerwanie przez 48 godzin²⁴.

NIK zwraca uwagę na konieczność ustalenia grafików dyżurów lekarzowi udzielającemu świadczeń zdrowotnych, tak by miał odpowiedni czas odpoczynku, nie spowodowało to jego przemęczenia i nie wpływało negatywnie na sposób udzielania świadczeń, a w skrajnych przypadkach nie stwarzało zagrożenia zdrowia samego lekarza.

(akta kontroli str. 729 – 732)

Zgodnie z § 9 ust. 3 pkt 1 rozporządzenia MZ w sprawie Programu, Szpital przekazał do NFZ dane niezbędne do sfinansowania i rozliczenia wykonanej w ramach Programu procedury trombektomii. Przekazane zostało także sprawozdanie dotyczące wskaźników realizacji Programu, zgodnie ze wzorem, określonym przez NFZ. Sprawozdanie to – za kwiecień 2023 r. zostało złożone 16 czerwca 2023 r.

Liczba przeprowadzonych zabiegów ujęta w raporcie była zgodna z faktycznie przeprowadzoną liczbą zabiegów – jednym, ujętym w prowadzonym rejestrze świadczeń opieki zdrowotnej.

Zaraportowana liczba i naliczona kwota stanowiąca koszt zabiegów została zaakceptowana i wypłacona przez NFZ 19 czerwca 2023 r.

(akta kontroli str. 839 – 843)

W okresie objętym kontrolą, Szpital nie przeprowadził szkoleń, o których mowa w §7 ust. 1 pkt 5 lit. j rozporządzenia MZ w sprawie Programu.

(akta kontroli str. 698)

Do Szpitala nie wpłynęły skargi i wnioski dotyczące realizowanego programu pilotażowego.

(akta kontroli str. 698, 846)

Realizacja Programu nie była objęta kontrolą i czynnościami sprawdzającymi NFZ.

(akta kontroli str. 847)

Pismem z dnia 28 sierpnia 2023 r. Dyrektor wypowiedział umowę z 30 marca 2023 r. zawartą z NFZ o udzielnie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach Programu.

²² W dniu przeprowadzenia oględzin, tj. 12 lipca 2023 r.

²³ Kwiecień i maj 2023 r.

²⁴ 22 i 24 kwiecień 2023 r.

Wypowiedzenie umowy motywowane było brakiem personelu lekarskiego spełniającego kryteria zawarte w rozporządzeniu MZ w sprawie Programu.

(akta kontroli str. 848)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Nie zagwarantowano całodobowego udzielania świadczeń w ramach Programu pomimo wymogu określonego w §7 ust. 1 pkt 5 lit. e rozporządzenia MZ w sprawie Programu.

Umowa z jednym z ww. lekarzy, zawarta przed przystąpieniem Szpitala do Programu (5 lipca 2021 r.), przewidywała udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z uzgodnionym harmonogramem pracy „w liczbie min. 40 godzin, max. 240 godzin średniomiesięcznie w trzymiesięcznym okresie rozliczeniowym”. Dopuszczono zwiększenie liczby godzin o 10%. Ponadto określona w umowie średniomiesięczna liczba godzin udzielania świadczeń zdrowotnych była niezgodna z zadeklarowaną w umowie (załącznik „Harmonogram – zasoby”) tygodniową dostępnością tego lekarza w liczbie 84 godzin, co w skali miesiąca dawało 336 godzin i było o 72 godziny wyższe od maksymalnej liczby godzin udzielania świadczeń zdrowotnych powiększonych o 10% zwiększenie liczby godzin, określonych w umowie z lekarzem. Umowa nie przewidywała pełnienia dyżuru poza lokalizacją podmiotu leczniczego w opcji „pod telefonem”.

Nie wprowadzono aneksu do tej umowy, w związku z realizacją Programu obejmującego zwiększenia liczby godzin udzielania świadczeń opieki zdrowotnej bądź gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych w opcji „dyżuru na telefon”.

Jak wyjaśnił dyrektor Szpitala, niedopuszczenie dwóch osób do możliwości wykonywania tego zabiegu zadeklarowanych w pierwszym złożonym wniosku (negatywnie rozpatrzonym przez OW NFZ), spowodowało konieczność dodatkowego obciążania personelu medycznego z uprawnieniami do wykonywania zabiegów w ramach programu pilotażowego. Podał także, że błędnie nie dokonano odpowiednich poprawek w umowie z lekarzem.

(akta kontroli str. 704, 707)

W umowie zawartej z drugim z ww. lekarzy (z 1 kwietnia 2023 r.), w której został on zobowiązany do pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych w opcji „dyżuru na telefon”, nie została określona liczba godzin udzielania świadczeń objętych, jak również sposób ustalania terminów pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych. W umowie nie został także określony sposób wezwania tego lekarza, nie podano np. numeru telefonu.

Dyrektor Szpitala przyznał, że umowa z tym lekarzem nie obejmowała szczegółów współpracy, dodał, że kwestie te miały zostać uzgodnione na późniejszym etapie.

(akta kontroli str. 707)

Z wyjaśnień dyrektora Szpitala wynika, że Szpital nie dysponował numerem telefonu do tego lekarza. Jak wyjaśnił dalej, numerem tym dysponował drugi zgłoszony do Programu lekarz jako wykonawca procedury trombektomii i to on miał wzywać do zabiegu tego lekarza.

(akta kontroli str. 769 – 770)

Szpital nie posiadał zatwierdzonych przez Dyrektora Szpitala grafików dyżurów lekarzy wykazanych we wniosku o realizację Programu jako wykonujących zabieg trombektomii. Jak wyjaśnił Dyrektor grafiki dyżurów, ustalone pomiędzy lekarzami nie stanowiły dokumentacji Szpitala.

(akta kontroli str. 707, 709 – 711)

W ocenie NIK, Szpital winien dysponować ustalonymi grafikami dyżurów obydwu lekarzy specjalistów uprawnionych do wykonywania zabiegów trombektomii mechanicznej w ramach Programu, a także danymi kontaktowymi tych lekarzy, w celu powiadomienia o konieczności stawienia się. Zdaniem NIK, umowa z pierwszym z lekarzy nie gwarantowała deklarowanej w umowie dostępności, a umowa z drugim z lekarzy, zawarta została w celu spełnienia wymagań rozporządzenia MZ dotyczącego dostępności lekarzy wykonujących taki zabieg w wymiarze 24 godzinnym przez siedem dni w tygodniu. O powyższym świadczy brak ustalenia dyżurów dla tego lekarza oraz brak możliwości poinformowania lekarza bezpośrednio przez Szpital o konieczności przyjazdu w celu wykonania zabiegu.

2. Wbrew postanowieniom pkt 5 pkt 5 lit. a procedury Szpitala określającej zasady postępowania lekarzy i pozostałego personelu medycznego, która stanowiła, że czas przybycia zespołu zabiegowego nie może przekroczyć 40 minut od powiadomienia, w umowie z lekarzem wykonującym zabieg trombektomii zawarto postanowienie, że w przypadku wezwania do zabiegu był on zobowiązany dojechać do Szpitala w ciągu jednej godziny.

(akta kontroli str.693)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że przez pomyłkę podano czas przyjazdu jednej godziny zamiast zgodnie z procedurą 40 minut. Dodał też, że czas określony jako 40 minut dotyczy dostępności personelu wykonującego zabieg od momentu podjęcia decyzji o jego wykonaniu. Umowa Szpitala obejmuje czas jednej godziny (czas potrzebny na przygotowanie pacjenta do zabiegu). Lekarz jest jedyną osobą zawiadamianą, która potrzebuje czasu na dojazd – pozostały personel jest „na miejscu”.

(akta kontroli str. 703 i 706)

W ocenie NIK, jedna godzina na przyjazd lekarza do Szpitala w celu wykonania zabiegu, wynikająca z zawartej umowy, wynikała z realnego czasu potrzebnego temu lekarzowi do przyjechania do Szpitala. A przyjmując w umowie takie parametry przybycia lekarza do Szpitala, działano wbrew własnym procedurom, przedłożonym w OW NFZ.

3. Zabieg trombektomii został przeprowadzony przy udziale jednej pielęgniarki operacyjnej, natomiast zgodnie z §7 ust.1 pkt 2 lit. c rozporządzenia MZ w sprawie Programu w trakcie zabiegu powinny uczestniczyć dwie pielęgniarki operacyjne.

(akta kontroli str. 773)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że w trakcie wykonywanej procedury trombektomii druga pielęgniarka operacyjna była dostępna, ale nie uczestniczyła w procedurze, ponieważ nie było takiej potrzeby.

(akta kontroli str. 776)

NIK zauważa, że przystępując do realizacji Programu, Szpital wyraził zgodę na przestrzeganie określonych w nim warunków udzielania świadczeń.

IV. Uwagi i wnioski

Mając na uwadze wypowiedzenie umowy o realizację Programu oraz krótki czas jej realizacji przez Szpital, NIK odstępuje od wystosowania uwag i wniosków pokontrolnych.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do Dyrektora Delegatury NIK w Katowicach. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

Katowice, dnia 6 listopada 2023 r.

Kontroler
Anna Hulboj
Gł. specjalista kontroli państwowej

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Katowicach

.....