



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Kielcach

LKI.410.13.2.2023

Bartosz Stemplewski
Dyrektor
Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego
w Kielcach
ul. Grunwaldzka 45
25-736 Kielce

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach (dalej: Szpital lub WSZ), ul. Grunwaldzka 45, 25-736 Kielce.
Kierownik jednostki kontrolowanej	Dyrektorem Szpitala od 8 maja 2019 r. jest Bartosz Stemplewski.
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 Kontroli ¹ .
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Kielcach.
Kontrolerzy	1. Sławomir Tokarczyk, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKI/85/2023 z 24 lipca 2023 r. 2. Przemysław Pikuła, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKI/86/2023 z 24 lipca 2023 r.

(akta kontroli str. 1-2, 215)

¹ Dz. U. z 2022 r. poz. 623; dalej: ustawa o NIK.

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Szpital prawidłowo realizował wymogi związane z udziałem w programie pilotażowym leczenia ostrej fazy udaru niedokrwiennego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych (dalej: program pilotażowy), za wyjątkiem wywiązywania się z obowiązku przekazywania sprawozdań dotyczących wskaźników realizacji programu.

W okresie realizacji umowy z NFZ zawartej 19 listopada 2019 r., na podstawie prawidłowo złożonego wniosku, WSZ zapewnił spełnienie wymogów warunkujących udział w programie pilotażowym, zawartych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2018 r. w sprawie programu pilotażowego dotyczącego leczenia ostrej fazy udaru niedokrwiennego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych³ (dalej: rozporządzenie MZ). Organizacja udzielania świadczeń, zgodna z warunkami programu pilotażowego, zapewniała prawidłową realizację świadczeń w zakresie trombektomii mechanicznej. Zasoby Szpitala dotyczące personelu kwalifikującego jak również wykonującego zabiegi spełniały warunki określone w rozporządzeniu MZ. Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną gwarantowało realizację zabiegów zgodnie z założeniami programu pilotażowego. Przekazywane do NFZ raporty statystyczne potwierdzały faktyczne wykonanie zabiegów. Nie wszystkie sprawozdania dotyczące realizacji wskaźników programu pilotażowego przekazywane do NFZ były prawidłowe. Jedno sprawozdanie zostało sporządzone nierzetelnie, a sześć niezgodnie z terminami wskazanymi w zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie umów o realizację programu pilotażowego⁴ (dalej: zarządzenie w sprawie umów). W Szpitalu prowadzono wymagane rozporządzeniem szkolenia z zakresu trombektomii, przy czym nie opracowywano pisemnych programów szkolenia, a prowadzona dokumentacja nie zawsze wskazywała kiedy były one realizowane oraz kto je przeprowadzał, co świadczy o braku rzetelności. Na IV kwartał 2023 r. Szpital zaplanował realizację szkoleń współpracujących z nim wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego, dyspozytorów medycznych oraz personelu zespołów ratownictwa medycznego, w tym personelu lotniczych zespołów ratownictwa, w zakresie postępowania przedszpitalnego w ostrej fazie udaru niedokrwiennego, w szczególności w zakresie optymalnego czasu rozpoczęcia od chwili wystąpienia objawów u pacjenta.

² Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

³ Dz. U. poz. 1985, ze zm.

⁴ Zarządzenie Prezesa NFZ nr 12/2018/DSOZ z 7 grudnia 2018 r., zmienione zarządzeniami Prezesa NFZ nr 109/2019/DSOZ Prezesa NFZ z 9 sierpnia 2019 r. oraz nr 190/2020/DSOZ z 7 grudnia 2020 r.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego kontrolowanej działalności

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

1. Szpital został wymieniony w wykazie stanowiącym załącznik do rozporządzenia MZ jako realizator programu pilotażowego⁵. W celu zawarcia umowy, Dyrektor dwukrotnie, tj. 5 lipca 2019 r. oraz 13 sierpnia 2019 r. złożył w NFZ wniosek o zawarcie umowy o udzielenie świadczeń w ramach pilotażu. Odnosząc się do przyczyn złożenia dwóch wniosków Dyrektor wyjaśnił: *Rozporządzenie MZ (poz. 1236) (...) zwiększyło liczbę realizatorów o 11 nowych podmiotów leczniczych, w tym WSZZ w Kielcach. WSZZ w oparciu o w/w rozporządzenie, nie czekając na zmianę Zarządzenia Prezesa NFZ w przedmiotowym rodzaju złożył wniosek o zawarcie umowy na realizację w/w programu pilotażowego w dniu 5 lipca 2019 r. Zarządzenie Prezesa nr 109/2019/DSOZ stanowiące wykonanie upoważnienia określonego w Rozporządzeniu z dnia 27 czerwca 2019 r. określające termin składania wniosków przez nowych realizatorów weszło w życie dopiero 10.08.2019 roku – stąd konieczność ponownego złożenia wniosku.* Do wniosku z dnia 13 sierpnia 2019 r. nie dołączono dokumentu wskazanego w § 6 ust. 1 pkt 3⁶ zarządzenia nr 128/2018/DSOZ w sprawie umów. Dokument ten został dołączony w wyniku wezwania przez Dyrektora Oddziału z 23 sierpnia 2019 r. do usunięcia braków formalnych wniosku w terminie do dnia 27 sierpnia 2019 r. Ponadto na etapie rozpatrywania wniosku Dyrektor był dwukrotnie wzywany⁷ do przedstawienia dokumentów potwierdzających spełnianie przez Szpital warunków udzielania świadczeń gwarantowanych, określonych w § 7 ust. 1 rozporządzenia MZ.

(akta kontroli str. 3-18, 58-61, 184)

Dyrektor we wniosku oraz w dokumentach przedłożonych w odpowiedzi na wezwania przedstawił dane potwierdzające spełnianie przez Szpital wymagań formalnych organizacji świadczeń, wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną oraz zapewnienia realizacji badań, określonych w § 7 ust. 1 pkt 1, 3 i 4 rozporządzenia MZ.

(akta kontroli str. 142)

Według stanu na dzień złożenia wniosku wykazane w nim komórki organizacyjne, w których miały być udzielane świadczenia w ramach programu⁸ były ujęte w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonym przez wojewodę świętokrzyskiego. W Szpitalu funkcjonowała Pracownia Hemodynamiki oraz Pracownia Radiologii Zabiegowej, w której w latach 2016-2017 wykonano 237 procedur leczenia endowaskularnego naczyń domózgowych

⁵ W wyniku zmiany rozporządzenia MZ, rozporządzeniem zmieniającym z dnia 27 czerwca 2019 r. (Dz. U. poz. 1236).

⁶ Kopia polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie przez wnioskodawcę umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń; świadczeniodawca mógł złożyć także umowę przedwstępną lub inny dokument, w tym oświadczenie w przedmiocie obowiązania do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej od dnia rozpoczęcia obowiązywania umowy.

⁷ W dniu 23 sierpnia 2019 r. oraz w dniu 4 września 2019 r.

⁸ Klinika Neurologii, Oddział Leczenia Udarów Mózgu, Pracownia Radiologii Zabiegowej, Pracownia Hemodynamiki, Klinika Neurochirurgii i Chirurgii Kręgosłupa.

lub wewnątrzczaszkowych⁹ oraz Oddział Neurochirurgii zabezpieczający całodobową możliwość wykonania hemikraniektomii we wszystkich dniach tygodnia. Zadeklarowany we wniosku angiograf stacjonarny z możliwością wykonywania zabiegów neuroradiologicznych był ujęty w ewidencji środków trwałych. Do ewidencji środków trwałych nie wprowadzono urządzenia przeznaczonego do usuwania materiału zatorowego naczyń domózgowych. Dyrektor wyjaśnił, że ww. urządzenie to instrumentarium jednorazowe. W komórkach organizacyjnych świadczeniodawcy został zapewniony dostęp do tomografu komputerowego¹⁰ oraz rezonansu magnetycznego¹¹.

(akta kontroli str. 116-136, 142, 182, 218-231)

We wniosku nie zawarto danych poświadczających spełnienie przez Szpital warunków dotyczących personelu, określonych w 7 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia MZ z uwagi na to, że obowiązujący wzór wniosku nie nakładał na wnioskodawcę takiego obowiązku. Dyrektor w odpowiedzi na wezwania wykazał 67 osób mogących wchodzić w skład personelu w trakcie zabiegu¹², oraz przedłożył dokumenty¹³ mające na celu potwierdzenie kwalifikacji zawodowych personelu. W wyniku przeprowadzonej przez Oddział weryfikacji zgłoszonego personelu stwierdzono, że jeden z lekarzy zakwalifikowanych przez Szpital do wykonywania zabiegu nie posiadał wymaganego doświadczenia.

(akta kontroli str. 3-14, 84-88, 92)

Na próbie dokumentacji kadrowej dziesięciu osób¹⁴ ustalono, że posiadały one kwalifikacje oraz doświadczenie, o których mowa w § 7 ust. 1 pkt 2 lit. a rozporządzenia MZ. Analiza harmonogramów pracy lekarzy wyznaczonych do wykonywania zabiegów oraz techników elektroradiologów wykazała, że zasoby wymienione w odpowiedziach na wezwania zapewniały realizację świadczeń zdrowotnych całodobowo przez wszystkie dni tygodnia.

(akta kontroli str. 35, 61, 140-141)

Dyrektor wraz z wnioskiem przedłożył procedury, o których mowa w § 7 ust. 1 pkt 5 lit. f-i rozporządzenia MZ. Dyrektor Funduszu na etapie rozpatrywania wniosku nie zgłaszał w uwag dotyczących przyjętych uregulowań.

(akta kontroli str. 8-14, 51, 77, 182)

2. Umowa o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programu pilotażowego została zawarta 19 listopada 2019 r. według wzoru określonego w zarządzeniu w sprawie umów. Analiza dotycząca sześciu osób wymienionych w umowie¹⁵ wykazała, że osoby te były ujęte w odpowiedziach na wezwania jako osoby wchodzące w skład kadry medycznej odpowiedzialnej za wykonywanie zadań w ramach programu pilotażowego. W załączniku nr 2 do ww. umowy pn. harmonogram zasoby, nie ujęto urządzenia do usuwania materiału zatorowego. Dyrektor wyjaśnił: *Słownik nie zawiera w/w urządzenia stąd brak jego wpisu*

⁹ Z tego 60 świadczeń pn. Q31 Choroby krwotoczne naczyń mózgowych - remodeling naczyń z zastosowaniem stentu, 102 świadczenia pn. Q32 Choroby krwotoczne naczyń mózgowych - duży endowaskularny zabieg naprawczy oraz 75 świadczeń pn. Q33 Choroby krwotoczne naczyń mózgowych - średni endowaskularny zabieg naprawczy.

¹⁰ Z opcją naczyniową oraz perfuzją TK.

¹¹ Z opcją naczyniową oraz dyfuzją i perfuzją RM.

¹² Z tego: trzech lekarzy jako osoby wykonujące zabieg, dziewięciu lekarzy specjalistów w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, 30 pielęgniarek operacyjnych, 13 pielęgniarek posiadających tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki albo w trakcie tej specjalizacji lub pielęgniarek po kursie kwalifikacyjnym w ww. dziedzinie albo w jego trakcie, 12 techników elektroradiologii.

¹³ Kserokopie dyplomów/świadectw, zaświadczeń o ukończonych kursach/szkoleniach, opinii konsultantów wojewódzkich, oświadczenia Dyrektora w zakresie posiadanego przez zgłoszony personel doświadczenia.

¹⁴ Dobór próby losowy – 10 osób wykazanych w odpowiedzi na wezwania.

¹⁵ Dobór próby losowy.

w załączniku do umowy harmonogram-zasoby. Jednocześnie w ww. załączniku wykazano dodatkowe urządzenia, tj. tomograf komputerowy oraz rezonans magnetyczny, wyposażone w niezbędne funkcje.

(akta kontroli str. 106-114, 139, 146, 85-214, 738-740)

3. W latach 2018 – 2023 (do 30 czerwca) w Szpitalu hospitalizowano 10 983 pacjentów z chorobami naczyń mózgowych¹⁶, w tym 6029 z zawałem i udarem mózgu¹⁷. W ramach realizacji programu pilotażowego w latach 2019 – 2023¹⁸ (do 30 czerwca), leczono 799 pacjentów. W poszczególnych latach leczenie udarów mózgu rozkładało się odpowiednio:

- 1599 pacjentów z chorobami naczyń mózgowych, w tym 912 z zawałem i udarem mózgu w 2018 r.;
- 2099 pacjentów z chorobami naczyń mózgowych, w tym 1126 z zawałem i udarem mózgu w 2019 r.;
- 1936 pacjentów z chorobami naczyń mózgowych, w tym 1071 z zawałem i udarem mózgu w 2020 r.;
- 2042 pacjentów z chorobami naczyń mózgowych w tym 1123 z zawałem i udarem mózgu w 2021 r.;
- 2083 pacjentów z chorobami naczyń mózgowych, w tym 1161 z zawałem i udarem mózgu w 2022 r.;
- 1197 pacjentów z chorobami naczyń mózgowych, w tym 636 z zawałem i udarem mózgu w 2023 r. (do 30 czerwca).

(akta kontroli str. 216)

4. W ramach realizacji programu pilotażowego, w latach 2019 – 2023 (do 30 czerwca), Szpital wykonał 799 zabiegów trombektomii mechanicznej o wartości 25 185,4 tys. zł. Z tytułu realizacji umowy, na dzień 30 czerwca 2023 r., NFZ wypłacił kwotę 23 015,7 tys. zł. Realizacja świadczeń w poszczególnych latach stale rosła i rozkładała się następująco:

- 2019 r. – 38 świadczeń o wartości 1104,5 tys. zł;
- 2020 r. – 138 świadczeń o wartości 4010,9 tys. zł;
- 2021 r. – 211 świadczeń o wartości 6132,7 tys. zł;
- 2022 r. – 263 świadczenia o wartości 8610,5 tys. zł¹⁹;
- 2023 r. – 149 świadczeń o wartości 5326,8 tys. zł²⁰.

Różnica pomiędzy wartością świadczeń wykonanych i wypłaconych wynosiła na dzień 30 czerwca 2023 r. 2169,7 tys. zł i wynikała z nadwykonań oraz świadczeń niezapłaconych przez Fundusz.

(akta kontroli str. 217)

5. Szpital zachował ciągłość udzielania świadczeń w ramach programu pilotażowego w całym okresie objętym kontrolą. Działalność Kliniki Neurologii (w tym Oddziału Leczenia Udarów), Pracowni Hemodynamiki oraz Oddziału Neurochirurgii nie ulegała zawieszeniu. Także w okresie epidemii Covid-19, wymagane do realizacji programu komórki nie zawieszały działalności. Zgodnie z decyzjami wojewody świętokrzyskiego²¹, w okresie od 15 września 2020 r. do 30 czerwca 2021 r., w ww. oddziałach wyodrębniono w sumie siedem łóżek w ramach III poziomu

¹⁶ Rozpoznanie wg Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10 od I60 do I69 (choroby naczyń mózgowych)

¹⁷ Rozpoznanie wg Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10 I63 i I64 (zawał mózgu i udar mózgu)

¹⁸ Do realizacji Programu w WSZ przystąpiono w lipcu 2019 r.

¹⁹ W tym jedno świadczenie zakwestionowane przez NFZ podczas przesyłania na portal SZOI - błąd walidacji NFZ (ID_ZEST 7772893) - sprawozdawczość zostanie uzupełniona po odblokowaniu przez NFZ okresu rozliczeniowego.

²⁰ W tym jedno świadczenie zakwestionowane przez NFZ podczas przesyłania na portal SZOI - Błąd walidacji NFZ (ID_ZEST 8088189) - sprawozdawczość zostanie uzupełniona po odblokowaniu przez NFZ okresu rozliczeniowego.

²¹ Decyzje Wojewody Świętokrzyskiego nr PSZ.VIII.967.164.2021 i PSZ.VIII.967.144.2021

zabezpieczenia²² na potrzeby leczenia pacjentów z potwierdzonym wirusem. Pozostałe 24 łóżka dostępne w Klinice Neurologii i 44 w Oddziale Leczenia Udarów dostępne były dla pacjentów m.in. po zabiegach trombektomii mechanicznej.

(akta kontroli str. 218-231, 232, 233-237)

Kwalifikacja pacjentów do zabiegu trombektomii mechanicznej odbywała się na podstawie wywiadu przy przyjęciu, badania neurologicznego wykonywanego przez dyżurującego lekarza neurologa oraz wyników badań obrazowych (TK i MR²³). Szczegółowym badaniem, dotyczącym obecności personelu wymaganego do przeprowadzenia kwalifikacji pacjentów do zabiegu, objęto dziesięć wybranych dni, w których nie był on wykonywany. We wszystkich przypadkach, na podstawie list obecności i harmonogramów dyżurów lekarskich stwierdzono całodobową obecność kompletnego zespołu kwalifikacyjnego zgodnego z § 7 ust. 1 pkt 5 lit. a rozporządzenia MZ, tj. lekarza specjalisty neurologa z doświadczeniem w zakresie leczenia udarów, lekarza specjalistę w zakresie rentgenodiagnostyki oraz lekarza wykonującego zabieg.

(akta kontroli str. 300, 301-693, 694, 695-708, 710-729)

Dokumentowanie i poświadczenie wykonania kwalifikacji do zabiegu odbywało się za pomocą karty kwalifikacji do zabiegu, znajdującej się w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów. Karty zawierały dane pacjentów, datę kwalifikacji oraz poświadczenie jej wykonania przez lekarza specjalistę w zakresie neurologii (będącego na oddziale bądź pełniącego dyżur w ramach oddziału leczenia udarów), lekarza specjalistę w zakresie rentgenodiagnostyki (będącego w zakładzie diagnostyki obrazowej bądź pełniącego dyżur) oraz lekarza wykonującego zabieg (będącego na oddziale bądź pełniącego dyżur w ramach gotowości). Szczegółową analizą objęto indywidualną dokumentację medyczną 30 pacjentów, którym wykonano zabieg trombektomii mechanicznej w okresie objętym kontrolą. We wszystkich 30 przypadkach w dokumentacji znajdowały się karty kwalifikacji do zabiegu poświadczone podpisem i pieczętą lekarzy wskazanych w § 7 ust. 1 pkt 5 lit. a rozporządzenia MZ.

(akta kontroli str. 709, 301-693, 710-729, 730-731)

Szpital spełniał wymogi warunkujące udział w programie pilotażowym, w zakresie wykonywania zabiegów trombektomii mechanicznej, zawarte w § 7 ust. 1 pkt 2 lit. a-e rozporządzenia MZ, dotyczące wymaganego personelu. Analizie poddano dziesięć dni, w których nie wykonywano zabiegów. W każdym z tych dni, na podstawie list obecności, grafików dyżurów i kart pracy stwierdzono obecność personelu spełniającego ww. wymogi, pozostającego w gotowości do wykonania zabiegu. Byli to: lekarz z uprawnieniami do realizacji zabiegów, anestezjolog, dwie pielęgniarki operacyjne, pielęgniarka ze specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego, technik elektroradiolog oraz lekarz neurolog.

(akta kontroli str. 300, 301-693, 710-729, 730-731)

Szczegółowym badaniem objęto również dokumentację medyczną 30 pacjentów którym wykonano zabieg. We wszystkich przypadkach skład zespołu był zbieżny z § 7 ust. 1 pkt 2 lit. a-e rozporządzenia MZ. Skład zespołu trombektomijnego został także określony w procedurze postępowania ze świadczeniobiorcami we wczesnej fazie udaru, przygotowanej w celu realizacji programu pilotażowego. Zespół składał się z lekarza oddziału neurologii (odpowiedzialnego za leczenie, konsultacje),

²² I poziom – szpitale w których utworzono łóżka buforowe, przeznaczone dla pacjentów z podejrzeniem zakażenia, II poziom – szpitale w których leczono pacjentów zakażonych (z pozytywnym wynikiem testu), III poziom – szpitale do których trafiali pacjenci z COVID-19 (pozytywny wynik testu na koronawirusa), lecz głównym powodem jego hospitalizacji nie był COVID-19.

²³ Tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego.

operatora (spełniającego wymagania ustawowe), zespołu anestezjologicznego – lekarz i pielęgniarka anestezjologiczna, dwóch pielęgniarek operacyjnych oraz technika obsługującego sprzęt angiograficzny. We wszystkich przypadkach skład zespołu potwierdzony został w protokołach zabiegowych oraz kartach znieczulenia (własnoręcznymi podpisami osób biorących udział w operacji) zamieszczonych w indywidualnej dokumentacji pacjentów, jak również w listach obecności, kartach pracy czy harmonogramach dyżurów z poszczególnych oddziałów. Na każdym etapie leczenia (od przyjęcia pacjenta do szpitala po wypis) zapewniony był również dostęp do konsultacji neurologicznych. Lekarze neurologów dostępni byli przez całą dobę w godzinach pracy, a w godzinach popołudniowych i w święta w ramach dyżurów na Oddziałach Leczenia Udarów oraz Neurologii.

(akta kontroli str. 8-11, 301-693, 710-729, 730-731)

Postępowanie Szpitala po przeprowadzonym zabiegu obejmowało również rehabilitację neurologiczną realizowaną na Oddziale Leczenia Udarów, dysponującym odpowiednią obsadą kadrową. Szczegółowym badaniem objęto dokumentację medyczną pięciu pacjentów²⁴. W każdym przypadku historia choroby zawierała kartę badania fizjoterapeutycznego, w której odnotowywano liczbę takich badań (od jednego do czterech, w zależności od stanu i długości pobytu pacjenta). Od wyniku takiego badania zależało dalsze postępowanie rehabilitacyjne czyli liczba wykonywanych zabiegów fizjoterapeutycznych i czas ich przeprowadzania. W badanej próbie liczba zabiegów wynosiła od trzech do czterech dziennie, natomiast liczba dni zabiegowych – od jednego do 14²⁵. Postępowanie rehabilitacyjne po udarach zawierało także rehabilitację logopedyczną. Historie choroby zawierały karty postępowania logopedycznego, w których odnotowywano rodzaj i ćwiczenia – ich liczba również zależała od stanu pacjenta i wynosiła od jednego do 13. Dodatkowo każdy pacjent miał przeprowadzoną konsultację lekarza rehabilitanta, który koordynował rodzaj i zakres ćwiczeń, a także dalsze postępowanie po wypisie ze szpitala. Wczesna rehabilitacja neurologiczna była realizowana wg procedur obowiązujących na Oddziale Leczenia Udarów.

(akta kontroli str. 730-731, 732)

Lekarz prowadzący koordynował proces leczenia na podstawie codziennych obserwacji lekarskich, wywiadu przy przyjęciu, stanu pacjenta po zabiegu oraz konsultacji lekarskich wykonywanych w trakcie pobytu. Wszystkie ustalenia oraz wskazówki co do dalszego leczenia wprowadzane były do karty indywidualnego planu leczenia pacjenta, który znajdował się w każdej dokumentacji medycznej.

(akta kontroli str. 730-731)

Po zakończonej hospitalizacji przekazywano informacje co do dalszego postępowania medycznego lekarzowi podstawowej opieki zdrowotnej w postaci dodatkowej karty informacyjnej. Na kartach wypisowych widniały informacje, że wydano dodatkową kartę dla lekarza poz.

(akta kontroli str. 730-731)

Szpital nie ustalał pisemnych zasad współpracy ze świadczeniodawcami realizującymi świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej lub świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych. Kontynuacja leczenia usprawniającego prowadzona była wg potrzeb w jednym z dwóch oddziałów rehabilitacji neurologicznej funkcjonujących w strukturach Szpitala, natomiast leczenie opiekuńcze

²⁴ Do próby wybrano pięć ostatnich chronologicznie dokumentacji z 30 objętych próbą badawczą.

²⁵ Jeden z pacjentów miał ograniczoną liczbę dni rehabilitacji ze względu na stan zdrowia, jeden zmarł w czwartej dobie a kolejny został przewieziony do szpitala w Skarżysku-Kamiennej skąd trafił na zabieg. Pozostali dwaj pacjenci mieli prowadzoną rehabilitację przez dziewięć i 14 dni.

kontynuowano placówkach posiadających odpowiednie umowy z Funduszem na podstawie wystawionych skierowań. Konieczność podjęcia dalszego leczenia w powyższych zakresach ustalana była przez lekarza rehabilitanta w ramach prowadzonych konsultacji. Jak wyjaśnił Dyrektor, *Każdy pacjent po trombektomii mechanicznej jest rehabilitowany w oddziale a następnie kwalifikowany do rehabilitacji neurologicznej. Oddziały rehabilitacji neurologicznej (27 łóżkowe i pięć łóżkowe) funkcjonujące w strukturze WSZZ przyjmują pacjentów po udarze mózgu bezpośrednio po wypisie lub w ciągu 30 dni od wypisu z ośrodka leczenia ostrej fazy choroby (uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego).*

(akta kontroli str. 296-299, 730-731, 732)

Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną spełniało wymogi dotyczące realizacji programu pilotażowego. Szpital posiadał w miejscu wykonywania zabiegu angiograf stacjonarny oraz urządzenia przeznaczone do usuwania materiału zatorowego z naczyń mózgowych (pompa, cewniki). W lokalizacji²⁶ znajdowały się dwa tomografy komputerowe, dwa rezonanse magnetyczne oraz USG z opcją kolorowego Dopplera. Funkcjonalność sprzętu odpowiadała wymogom zawartym w rozporządzeniu MZ.

(akta kontroli str. 185, 186-214, 733-737)

Weryfikacja załącznika do umowy harmonogram-zasoby wykazała, że brak w nim było urządzenia do usuwania materiału zatorowego z naczyń mózgowych. Jak wyjaśnił Dyrektor *Urządzenie do usuwania materiału zatorowego to instrumentarium jednorazowe (stent-retriever, lub cewnik aspiracyjny). Słownik NFZ nie zawiera ww. urządzenia stąd brak jego wpisu w załączniku do umowy harmonogram-zasoby. Pompa aspiracyjna jest wypożyczana przez firmę produkującą cewnik aspiracyjny na zasadzie dobrej współpracy. W załączniku widniały również dwa tomografy komputerowe, z których jeden został sprzedany w dniu 23 listopada 2022 r.²⁷ Na dzień 31 sierpnia 2023 r. aparat nie został jeszcze wykreślony z zasobów Szpitala. Z wyjaśnień Dyrektora wynikało, że *WSZ wskazał do NFZ dwa tomografy komputerowe spełniające wymagania MZ, podczas gdy wymagany jest jeden aparat. WSZ dokonał wykreślenia TK z pozycji umowy – zasoby, którego sprzedaż nastąpiła 23 listopada 2022 r. Pomimo dezinstalacji aparatu TK realizacja programu pilotażowego nie została zaburzona i WSZ nadal spełniał warunki wymagane określone w rozporządzeniu MZ.**

(akta kontroli str. 296-299, 733-737, 738-740, 741-742)

Sprzęt i aparatura medyczna wykorzystywana do realizacji programu pilotażowego posiadały niezbędne certyfikaty oraz aktualne przeglądy techniczne. W okresie objętym kontrolą nie występowały przerwy w działaniu sprzętu z wyjątkiem planowych prac przeglądowych, których terminy były ustalane z personelem medycznym. W czasie wykonywanych przeglądów wszystkie nagłe przypadki wymagające użycia aparatów były obsługiwane w oparciu o inny równoważny pod względem funkcjonalnym sprzęt medyczny (w załączniku wskazano po dwa tomografy i rezonanse magnetyczne).

(akta kontroli str. 743-757, 758)

6. Analiza czasu pracy dwóch lekarzy wykonujących zabiegi trombektomii mechanicznej oraz trzech neurologów zatrudnionych w Klinice Neurologii w miesiącach sierpień i wrzesień od 2019 r. do 2022 r. oraz czerwiec i lipiec w 2023 r. wykazała, że zdarzały się przypadki ciągłej pracy lekarzy przez ponad 24 godziny.

²⁶ W budynkach wchodzących w skład kompleksu szpitala.

²⁷ Na jego miejsce Szpital zakupił nowy tomograf, który znajduje się w Pracowni Diagnostyki Obrazowej.

Sytuacja taka dotyczyła wyłącznie lekarzy wykonujących zabiegi, zatrudnionych na podstawie umów kontraktowych:

- we wrześniu 2019 r. w trzech przypadkach jeden lekarz pracował nieprzerwanie przez 31 godzin i 35 minut (dyżur 24-godzinny i praca na oddziale przez siedem godzin i 35 minut);
- w sierpniu 2020 r. w trzech przypadkach i we wrześniu 2020 r. w jednym przypadku jeden lekarz pracował nieprzerwanie przez 26 godzin (dyżur 24-godzinny i praca na oddziale przez dwie godziny);
- w sierpniu 2021 r. w trzech przypadkach i we wrześniu 2021 r. w trzech przypadkach jeden lekarz pracował nieprzerwanie przez 26 godzin (dyżur 24-godzinny i praca na oddziale przez dwie godziny);
- w sierpniu 2022 r. w czterech przypadkach i we wrześniu 2020 r. w dwóch przypadkach jeden lekarz pracował nieprzerwanie przez 26 godzin (dyżur 24-godzinny i praca na oddziale przez dwie godziny);
- w czerwcu 2023 r. w dwóch przypadkach i w lipcu 2020 r. w czterech przypadkach jeden lekarz pracował nieprzerwanie przez 26 godzin (dyżur 24-godzinny i praca na oddziale przez dwie godziny).

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że *lekarze wykonujący zabiegi trombektomii mechanicznej, są zatrudnieni w oparciu o umowy cywilnoprawne, normy wynikające z Kodeksu pracy oraz ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej nie obowiązują lekarzy, którzy podpisali umowy cywilnoprawne. Ponadto wyłącznie dwóch lekarzy z WSZ posiada uprawnienia do wykonywania zabiegów endowaskularnych naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych, którzy jednocześnie pełnią obowiązki w oddziałach macierzystych gdzie są zatrudnieni. Po ukończonym dyżurze 24 godzinnym może zaistnieć konieczność pozostania na porannej wizycie, tj. obchodzie lekarskim lub wykonania pracy administracyjnej, co nie zagraża bezpieczeństwu pacjentów.*

(akta kontroli str. 759, 760-763, 764-766)

Zdaniem NIK, przypadki udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy nieprzerwanie w wymiarze przekraczającym 24 godziny może przyczynić się do obniżenia jakości świadczonych usług, tym bardziej, że lekarze wykonują skomplikowane zabiegi wewnątrzczaszkowe, podczas których nie może być mowy o pomyłce.

Zgodnie z § 7 ust. 1 pkt 5 lit. e rozporządzenia MZ, w ramach programu pilotażowego świadczenia udzielane były całodobowo przez wszystkie dni tygodnia. Zabiegi wykonywane były przez dwóch lekarzy posiadających wymagane kwalifikacje, na podstawie podpisanych ze Szpitalem umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych. Lekarze ci pracowali w godzinach od 7.00 do 14.35 w dni powszednie lub na dyżurach 12, 16 i 24-godzinnych. W sytuacji gdy w Szpitalu nie pełnił dyżuru żaden z lekarzy mających kwalifikacje do wykonywania zabiegów, pełnił on tzw. dyżur pod telefonem. W umowach zawarte były klauzule dotyczące stawienia się lekarzy w podmiocie leczniczym do 45 minut od momentu powiadomienia. Szczegółowa analiza sprawozdań z programu pilotażowego potwierdziła, że czas dojazdu lekarzy nie przekraczał 45 minut. Jak wyjaśnił Dyrektor: *Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach realizuje świadczenia zabiegowe w ramach programu pilotażowego leczenia ostrej fazy udaru niedokrwiennego w oparciu o personel: J. A., I. S., zatrudniony na indywidualnych praktykach lekarskich w okresie od 1 lipca 2019 r. do 31 lipca 2020 r., a następnie w oparciu o umowę ze Spółką (...) od 1 sierpnia 2020 r. do nadal. Ww. umowy zostały zawarte na podstawie konkursu na świadczenia zdrowotne, w którym przyjmujący zamówienie zobowiązany został do pozostawiania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych trombektomii mechanicznej z obowiązkiem stawienia się w Szpitalu 30 minut od chwili wezwania, wartość*

jednostkowa zawiera m.in. pozostawanie w gotowości. Umowa kontraktowa zawiera zapis „przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do zapewnienia realizacji świadczeń zdrowotnych całodobowo, we wszystkie dni tygodnia, wespół z pozostałymi lekarzami, udzielającymi świadczeń zdrowotnych w tożsamym zakresie – na podstawie analogicznej umowy (§ 5 ust. 4).

(akta kontroli str. 238-295, 296-299, 804-814)

Na podstawie indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów, którym wykonano zabieg trombektomii mechanicznej zweryfikowano również czas, który upłynął od przyjęcia do szpitala do przeprowadzenia zabiegu. W przypadku ośmiu pacjentów²⁸, zabieg został wykonany w czasie powyżej dwóch godzin od przyjęcia pacjenta do szpitala (od dwóch godzin ośmiu minut do trzech godzin 14 minut od przyjęcia do szpitala). Z wyjaśnień lekarzy prowadzących pacjentów wynikało, że we wszystkich przypadkach przyczyną wykonania zabiegu po dwóch godzinach od przyjęcia były względy medyczne (sposób leczenia w związku z wywiadem, wykonywanie badań TK i MR, czas oczekiwania na wyniki innych badań bądź zmiana sposobu leczenia wskazana ze względu na wyniki diagnostyki).

(akta kontroli str. 730-731, 767-774)

7. Na podstawie umowy z NFZ, w okresie objętym kontrolą²⁹ wykonano 799 zabiegów trombektomii mechanicznej, o wartości 25 185,4 tys. zł, zrealizowanych u pacjentów leczonych w ramach Programu. Rozliczenie nastąpiło na podstawie 80 raportów statystycznych i 76 rachunków pierwotnych oraz 29 korygujących, przekazanych do Funduszu z tytułu udzielonych świadczeń. Raporty statystyczne sporządzone były za wszystkie miesiące realizacji Programu. Do dnia 30 czerwca 2023 r. Fundusz zapłacił za 737 zrealizowanych świadczeń kwotę 23 015,7 tys. zł. Do dnia zakończenia czynności kontrolnych Szpital nie rozliczył 63 świadczeń na kwotę 2198,7 tys. zł.

(akta kontroli str. 775-778, 779-781)

Szpital sporządzał raporty statystyczne za wszystkie miesiące realizowanej umowy. Przekazywanie raportów odbywało się drogą elektroniczną, po zakończeniu miesiąca, kilkakrotnie, w zależności czy raport był korygowany czy nie. Liczba zrealizowanych zabiegów była zgodna z liczbą wskazaną w sprawozdaniach w poszczególnych okresach rozliczeniowych. Szczegółową analizą objęto wszystkie raporty statystyczne zawierające błędy, zakwestionowane przez NFZ. Spośród 63 przypadków, w których Fundusz nie dokonał płatności za wykazane i zrealizowane świadczenia, znalazły się 44 (zrealizowane w 2023 r.) jako świadczenia „ponadlimitowe”³⁰ (do naliczenia w kolejnych okresach rozliczeniowych), natomiast w trzech przypadkach uznano świadczenia, które będą zapłacone po zamknięciu okresu rozliczeniowego. Odnośnie pozostałych 16 świadczeń, Fundusz wskazał błędy w sprawozdanych pozycjach polegające na: braku ubezpieczenia pacjentów - trzy przypadki, koincydencjach (wykazana wizyta w trakcie hospitalizacji w innej placówce) – sześć przypadków, zablokowaniu dodania nowej pozycji – jeden przypadek, świadczenie poza okresem raportu – jeden przypadek, braku ankiety udarowej – cztery przypadki oraz niepoprawnym typie personelu lub identyfikatora realizującego świadczenie – jeden przypadek.

(akta kontroli str. 782-783)

²⁸ Dotyczyło to pacjentów o nr księgi głównej: 2019/29402/0, 2019/31203/0, 2020/16419/0, 2020/20920/0, 2021/12927/0, 2022/29421/0, 2023/941/0, 2023/5707/0.

²⁹ Do 30 czerwca 2023 r.

³⁰ Świadczenia wykonane ponad limit określony w umowie.

Nierozliczone świadczenia na bieżąco były wyjaśniane przez personel Szpitala i wskazywane do rozliczenia w kolejnych okresach rozliczeniowych. Dyrektor wyjaśnił: *brak uprawnień pacjentów: Z.A. 2021/20695/0 – wpłata własna, W.L. 2019/41622/0 – przekazano wnioski o wydanie decyzji potwierdzającej prawo do świadczeń zdrowotnych do właściwego względem miejsca zamieszkania pacjenta urzędu gminy (11.12.2019) – szpital skontaktował się ze szpitalem w Końskich, w którym pacjent rozpoczął leczenie i który jest w posiadaniu stosownej decyzji o czasowym objęciu ubezpieczeniem – po otrzymaniu dokumentu, pacjent zostanie rozliczony; G.R. 2021/27011/0 – przekazano wnioski o wydanie decyzji potwierdzającej prawo do świadczeń zdrowotnych do właściwego względem miejsca zamieszkania pacjenta urzędu gminy (07.09.2021) – ze względu na zgon pacjenta urząd gminy nie wydał decyzji o objęciu ubezpieczeniem. Koincydencje, pacjenci: R.O. 2021/14625/0 koincydencja z POZ (w styczniu 2022 uzgodniono telefonicznie usunięcie porady przez POZ), Z.M. 2022/25021/0 koincydencja z RTM (koincydencja wyjaśniona z NFZ, uznano wyłączenie świadczenia (JGP) z umowy PSZ, trombektomia pozostała niezapłacona, kwestia sporna dotyczy przyjęcia pacjenta do szpitala o godzinie 23:52, podczas gdy RTM sprawozdał koniec świadczenia już po północy. Trzy koincydencje z 2023 roku, są w trakcie wyjaśniania. Zablockowanie dodania nowej pozycji z powodu uzupełnienia danych w systemie informatycznym szpitala w nowym okresie rozliczeniowym, co spowodowało brak możliwości sprawozdania pacjenta. Świadczenie poza okresem raportu – świadczenie poprawione, oczekuje na weryfikację NFZ. Brak ankiety udarowej – ankiety uzupełniane elektronicznie na dedykowanym portalu. Ankieta nie uwzględnia sytuacji wyjątkowych, a to uniemożliwia jej zatwierdzenie jak w przypadkach: G.K. 2021/32473/0 i P.E. 2022/47627/0, Hospitalizacje z 2023 – w trakcie wyjaśniania. Niepoprawny typ personelu – świadczenie poprawione, po odblokowaniu okresu rozliczeniowego 2022 zostanie rozliczone. Jednocześnie nadmieniam, że zakwestionowane świadczenia nawet po zakończeniu okresu rozliczeniowego mogą zostać rozliczone, warunkiem jest ich sprawozdanie w roku rozliczeniowym.*

(akta kontroli str. 296-299)

W okresie objętym kontrolą Szpital przedłożył do Funduszu 18 sprawozdań (w tym jedno korygujące) za wszystkie okresy sprawozdawcze, dotyczące wskaźników realizacji programu pilotażowego, o których mowa w § 9 ust. 3 pkt 2 rozporządzenia MZ. Sprawozdania sporządzone były wg wzoru ustalonego w zarządzeniu w sprawie umów. Jedno sprawozdanie zostało jednak sporządzone nierzetelnie, a sześć niezgodnie z terminami wskazanymi w ww. zarządzeniu w sprawie umów, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 783, 784, 785-803)

Informacje dotyczące stanu klinicznego pacjentów po leczeniu zabiegowym, ustalane były przez lekarzy neurologów z Kliniki Neurologii Szpitala poprzez ankiety telefoniczne. Dyrektor wyjaśnił, że *informacje na temat stanu klinicznego pacjentów pozyskiwane są na podstawie ankiety telefonicznej z rodziną pacjenta/pacjentem, przeprowadzanej przez lekarzy kliniki neurologii*.

(akta kontroli str. 296-299)

Szczegółową analizą zgodności danych zawartych w sprawozdaniach z dokumentacją medyczną objęto historie choroby pięciu pacjentów, którzy mieli wykonane zabiegi trombektomii mechanicznej³¹. W jednym przypadku Szpital nie przekazał danych dotyczących oceny wg skali Rankina³² oraz śmiertelności

³¹ Do próby dobrano pierwszych pięciu pacjentów z analizowanej dokumentacji 30 pacjentów.

³² Skala Rankina jest miarą wyników udaru mózgu, która obejmuje 6 kategorii od zera (brak objawów) do pięciu (całkowita fizyczna zależność).

po zabiegu. Jak wyjaśnił Dyrektor, *ograniczeniem sposobu zbierania danych za pomocą ankiety telefonicznej jest brak uzyskania połączenia lub chęci współpracy rodziny wówczas w ankiecie pojawia się b/d (brak danych).*

(akta kontroli str. 296-299, 785-803)

8. W latach 2019-2023, realizując wymóg wynikający z § 7 ust. 1 pkt 5 lit. j. (pierwsze tiret) rozporządzenia MZ, przeprowadzono 15 szkoleń z zakresu trombektomii, z czego w 2019 r. siedem, a w latach 2020-2023 po dwa szkolenia rocznie. W ww. okresie przeszkolono odpowiednio: 49, 20, 19, 16 i 22 osoby. Szkolenia zostały przeprowadzone przez lekarzy specjalistów z dziedziny neurologii. W Szpitalu nie sporządzano programu szkolenia w formie pisemnej. Odbycie szkoleń było dokumentowane poprzez podpisanie list obecności, przy czym nie zawsze zawierały one dane pozwalające stwierdzić kiedy szkolenia były realizowane jak również kto je prowadził, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 147-174, 182)

Szpital zapewnił możliwość przeszkolenia rocznie co najmniej dwóch lekarzy w zakresie wykonywania zabiegów ostrej fazy udaru niedokrwinnego za pomocą przecewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych. W latach 2019-2021 przeszkolono po jednym lekarzu, a w 2022 r. dwóch. Na dzień 8 września 2023 r. szkolenie odbywało dwóch lekarzy. Odnośnie przyczyn przeszkolenia w latach 2019-2021 tylko po jednej osobie, Dyrektor wyjaśnił: *(...) Pomimo propozycji składanych lekarzom (...) nie udało się pozyskać do grona neuroradiologów lekarzy zainteresowanych szkoleniem (...). Główną przyczyną takiego stanu rzeczy jest konieczność pozostawania w permanentnej gotowości do udzielania świadczeń. Lekarze przeprowadzający zabieg w ramach pilotażu również podali, że w latach 2019 - 2021 jedno miejsce do odbycia ww. szkolenia pozostawało wolne, z uwagi na brak zainteresowania ze strony lekarzy.*

(akta kontroli str. 176, 183)

Szpital w latach 2019-2023 (do 14 września) nie zrealizował jeszcze wymogu wynikającego z § 7 ust. 1 pkt 5 lit. j. (tiret trzecie) rozporządzenia MZ, polegającego na przeprowadzeniu szkolenia współpracujących z nim wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego, dyspozytorów medycznych oraz personelu zespołów ratownictwa medycznego, w tym personelu lotniczych zespołów ratownictwa, dotyczących postępowania przedszpitalnego w ostrej fazie udaru niedokrwinnego, w szczególności w zakresie optymalnego czasu rozpoczęcia od chwili wystąpienia objawów u pacjenta. Szpital takie szkolenia dla ratowników medycznych oraz personelu zespołów ratownictwa medycznego przeprowadził w lipcu 2018 r., tj. jeszcze przed przystąpieniem do realizacji programu pilotażowego.

Dyrektor na pytanie dlaczego w okresie realizacji pilotażu Szpital nie przeprowadził ww. szkolenia, skoro zobowiązał się do tego na etapie składania wniosku wyjaśnił: *(...) Szkolenie takie miało miejsce w lipcu 2018 roku, w którym uczestniczyło 471 pracowników ratownictwa medycznego i dyspozytorów medycznych (...). Należy podkreślić, że pomimo, iż oficjalnie program rozpoczął się w lipcu 2019 r., WSZZ prowadził leczenie pacjentów udarowych za pomocą trombektomii mechanicznej od sierpnia 2018 r., przed rozpoczęciem pilotażu. Rozporządzenie nie określa terminów szkoleń oraz ich częstotliwości, w IV kwartale b.r. zaplanowane jest kolejne szkolenie dyspozytorów medycznych oraz zespołów ratownictwa medycznego.*

(akta kontroli str. 147-148, 181-182)

9. W okresie objętym kontrolą do Oddziału nie wpłynęła żadna skarga lub wniosek dotyczący realizacji programu pilotażowego.

(akta kontroli str. 815-816)

10. Realizacja programu pilotażowego nie była objęta kontrolami Funduszu, w związku z tym NFZ nie nakładał na Szpital kar umownych.

(akta kontroli str. 817-819, 820)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W okresie objętym kontrolą Szpital przekazał do Funduszu sześć sprawozdań dotyczących wskaźników programu pilotażowego, o których mowa w § 9 ust. 3 pkt 2 rozporządzenia MZ, w terminach niezgodnych z przepisami zarządzenia w sprawie umów oraz jedno sporządzone nierzetelnie. Szczegółowa analiza przekazanych do NFZ sprawozdań wykazała bowiem:

- w sprawozdaniu przekazanym do NFZ w dniu 24 sierpnia 2023 r., za okres sprawozdawczy od sierpnia 2019 r. do czerwca 2023 r. (narastająco), Szpital wykazał dwukrotnie tych samych siedmiu pacjentów, którym wykonano zabieg trombektomii mechanicznej oraz jednego pacjenta trzykrotnie, co było niezgodne z danymi źródłowymi zawartymi w dokumentacji medycznej. Dotyczyło to pacjentów o nr pesel: 400..., 420..., 460..., 470..., 490..., 500..., 570..., 580. Ponadto w sprawozdaniu tym wykazano dane pacjenta bez identyfikatora w postaci nr PESEL, wymaganego zarządzeniem w sprawie umów (zgodnie ze wzorem sprawozdania stanowiącym załącznik nr 7 do zarządzenia);
- dwa sprawozdania złożono przed terminem (jedno za okres od lipca do września 2020 r. złożono 22 września 2020 r. a powinno być złożone po III kwartale 2020 r., a drugie za okres od lipca do grudnia 2023 r. złożono 3 lipca 2023 r., a powinno być złożone po IV kwartale 2023 r.), natomiast cztery przekazano podwójnie, przed zakończeniem okresu sprawozdawczego (za okres czerwiec – listopad 2021 r., grudzień 2021 r. – maj 2022 r., czerwiec – grudzień 2022 r. oraz styczeń - czerwiec 2023 r.), co było niezgodne z terminami określonymi w zarządzeniu w sprawie umów. Zgodnie z § 13 ust. 1 zarządzenia nr 12/2018/DSOZ w sprawie umów, świadczeniodawcy obowiązani byli do przekazania do Funduszu sprawozdania ze wskaźników, o których mowa wyżej po każdym kwartale obowiązywania umowy, z tym że pierwsze sprawozdanie winno obejmować okres do 28 lutego 2019 r. Zarządzeniem nr 109/2019/DSOZ zmieniającym zarządzenie w sprawie umów, ustalono nowy wzór sprawozdania i zobowiązano dotychczasowych realizatorów do ich ponownego złożenia. Zarządzeniem zmieniającym nr 190/2020/DSOZ, zmieniono terminy sprawozdawczości, tj. określono je zgodnie z terminami określonymi w § 11 ust. 1 rozporządzenia MZ.

(akta kontroli str. 783, 784, 785-803)

Jak wyjaśnił Dyrektor: *sprawozdania przekazywane do NFZ (załącznik nr 7) były przygotowywane przez lekarzy Kliniki Neurologii. Ze względu na konieczność przekazywania danych niezwiązanych z samą hospitalizacją a wymagających kontaktu z pacjentem lub jego rodziną po wypisie ze szpitala mogła zaistnieć sytuacja, gdzie dane dotyczące pacjenta zostaną zduplikowane. Pacjent o nr pesel 500... miał wykonane dwa zabiegi podczas jednej hospitalizacji. Pacjent bez identyfikatora pesel, ze względu na brak uprawnień został obciążony rachunkiem za zrealizowane świadczenie, w raportach rozliczeniowych nie został uwzględniony. W najbliższym sprawozdaniu pacjent zostanie usunięty z załącznika nr 7. Ze względu na argumenty zawarte powyżej i brak systemu informatycznego gromadzącego dane zawarte w załączniku nr 7 (jak w przypadku rejestrów endoprotezoplastyk czy udarów mózgu) oraz nadmierne obciążenie*

lekarzy pracami administracyjnymi, w/w sytuacji mogły mieć miejsce, co nie wpłynęło na jakość udzielanych usług medycznych.

(akta kontroli str. 738-740)

NIK zwraca uwagę na konieczność sporządzania i przekazywania do NFZ prawidłowych i rzetelnych sprawozdań dotyczących wskaźników realizacji programu pilotażowego, które są źródłem danych dla Centrali NFZ do opracowania raportu zawierającego ocenę tych wskaźników, o którym mowa w § 11 ust. 1 rozporządzenia MZ.

2. W Szpitalu w okresie objętym kontrolą nierzetelnie prowadzono dokumentację dotyczącą szkoleń, o jakich mowa w § 7 ust. 1 pkt 5 lit. j (pierwsze tiret) rozporządzenia MZ, gdyż:
 - nie sporządzano programów szkoleń w formie pisemnej;
 - dokumentacja ze szkoleń (w postaci przekazanych w trakcie kontroli list obecności) nie zawierała informacji kiedy szkolenia były realizowane – dotyczyło to szkoleń dotyczących: trombektomii mechanicznej³³, trombektomii mechanicznej – zasady kwalifikacji³⁴, trombektomii;
 - dokumentacja ze szkoleń nie zawierała informacji kto przeprowadzał szkolenie – dotyczyło to następujących szkoleń: współpraca w zakresie terapii rekanalizacyjnej w ostrej fazie udaru mózgu, trombektomia mechaniczna – kwalifikacja, trombektomia mechaniczna³⁵, trombektomia mechaniczna – zasady kwalifikacji³⁶, trombektomia.

Dyrektor wyjaśnił, że z rozporządzenia w sprawie programu pilotażowego nie wynika, aby sporządzanie programów szkoleń było obligatoryjne. Ponadto dodał, że przepisy prawne nie regulują sposobu rejestrowania odbytych szkoleń.

(akta kontroli str. 151-156, 173-174, 180, 182-183)

Nie kwestionując powyższych wyjaśnień, NIK stwierdza, że nie mogą one podważyć oceny o braku rzetelności przy dokumentowaniu wymaganej rozporządzeniem działalności szkoleniowej Szpitala.

IV. Uwagi i wnioski

- Wnioski W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, przedstawia następujące wnioski:
1. Sporządzanie rzetelnych sprawozdań dotyczących wskaźników programu pilotażowego i terminowe ich przekazywanie do NFZ.
 2. Sporządzanie programów szkoleń w formie pisemnej oraz dokumentowanie zrealizowanych szkoleń w sposób pozwalający stwierdzić kiedy szkolenie było realizowane jak i kto je prowadził.
- Uwagi NIK nie formułuje uwag.

³³ Dwukrotnie.

³⁴ Dwukrotnie.

³⁵ Dwukrotnie.

³⁶ Dwukrotnie.

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 Kielcach. 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.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

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

Kielce, listopada 2023 r.

Kontrolerzy
Sławomir Tokarczyk
specjalista kontroli państwowej

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Kielcach
p.o. Wicedyrektor
Krzysztof Wilkosz

.....
podpis

.....
podpis

Przemysław Pikuła
specjalista kontroli państwowej

.....
podpis

Sporządził:

Sławomir Tokarczyk, specjalista kp. dnia

Przemysław Pikuła, specjalista kp. dnia

Uzgodniono z:

Janem Woźniakiem, doradcą prawnym dnia.....