



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Łodzi

LLO – 410.008.03.2015
P/15/072

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Łodzi
ul. Kilińskiego 210, 90-980 Łódź
T +48 42 239 32 00, F +48 42 239 32 90
llo@nik.gov.pl

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/15/072 – Przygotowanie szpitali do leczenia udarów mózgu
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Łodzi
Kontroler	Dominik Gołacki, specjalista k.p., upoważnienie do kontroli nr 94606 z dnia 16 czerwca 2015 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2)
Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Wieluniu (dalej zw. Szpitalem)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Bożena Łaz, Dyrektor Szpitala od 14 października 1999 r. (dowód: akta kontroli str. 3-4)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

W wyniku przeprowadzonej kontroli NIK ustaliła¹, że Szpital zapewniał na wszystkich Oddziałach² gdzie udzielane były świadczenia pacjentom z podejrzeniem lub już zdiagnozowanym udarem mózgu, odpowiedni personel medyczny, jak również całodobowy dostęp do badań diagnostycznych. Szpital posiadał sprzęt i aparaturę medyczną w zakresie minimalnym wymaganym przepisami prawa na dwóch Oddziałach, natomiast na pozostałych dwóch³ stwierdzono pojedyncze braki, które Dyrekcja Szpitala zobowiązała się uzupełnić.

Pacjentom z podejrzeniem udaru mózgu, nie zapewniono natomiast wykonania niektórych podstawowych badań wskazanych w Wytycznych Grupy Ekspertów Sekcji Chorób Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Neurologicznego z 2012 r.⁴ (dalej zw. Wytycznymi Grupy Ekspertów). Nieścisłości w wykazaniu w Portalu Potencjału personelu, który faktycznie udzielał świadczeń zdrowotnych oraz sprzętu i aparatury medycznej znajdującej się w Szpitalu, wykazanych lub niewykazanych w Portalu oraz ewidencji księgowej, nie stanowiły naruszeń prawa w zakresie minimalnych wymagań, jak również nie miały wpływu na udzielanie świadczeń zdrowotnych, a stanowiły nieprawidłowości formalne.

¹ Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna. Jeżeli sformułowanie oceny ogólnej według proponowanej skali byłoby nadmiernie utrudnione, albo taka ocena nie dawałaby prawdziwego obrazu funkcjonowania kontrolowanej jednostki w zakresie objętym kontrolą, stosuje się ocenę opisową, bądź uzupełnia ocenę ogólną o dodatkowe objaśnienie

² Oddział Wewnętrzny o Profilu Wewnętrznym (dalej zw. Oddziałem Wew. Ogólnym), Oddział Wewnętrzny o Profilu Kardiologicznym (dalej zw. Oddziałem Wew. Kardio.), Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii (dalej zw. AiIT), Szpitalny Oddział Ratunkowy (dalej zw. SOR).

³ AiIT i SOR.

⁴ Polski Przegląd Neurologiczny, 2012, tom 8, nr 4.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

W strukturach Szpitala funkcjonowały m.in. Oddziały: Internistyczny o Profilu Ogólnym (kod resortowy 4000 - Oddział chorób wewnętrznych), Internistyczny o Profilu Kardiologicznym (kod resortowy 4100 – Oddział kardiologiczny), Oddział Intensywnej Opieki Medycznej (kod resortowy – 4260 Oddział AiIT) oraz SOR (kod resortowy – 4902 Szpitalny oddział ratunkowy), w ramach których udzielane były świadczenia z grup A49-A50. W Szpitalu działała również Izba Przyjęć Szpitala (kod resortowy – 4900 Izba przyjęć szpitala)⁵ oraz Zespół Ratownictwa Medycznego (kod resortowy – 3112 Zespół ratownictwa medycznego podstawowy). Dane w zakresie funkcjonowania, poza wszystkimi danymi w zakresie liczby łóżek, odnośnie ww. Oddziałów, na dzień przeprowadzania kontroli były zgodne z danymi zawartymi w Księdze Rejestrowej Szpitala oraz na stronie internetowej i w Biuletynie Informacji Publicznej Szpitala.

W latach 2013-2015 w strukturach organizacyjnych Szpitala nie było Oddziałów: Neurologicznego, Udarowego, Neurochirurgicznego i Geriatrii.

(dowód: akta kontroli str. 11-61, 70-72, 76-79, 86-89)

Zasady dotyczące sposobu i warunków udzielania świadczeń w SOR, IP, AiIT, Oddziale Wew. Ogólnym i Kardio., jak również warunki współdziałania z innymi podmiotami leczniczymi w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia pacjentów i ciągłości postępowania zostały określone w Regulaminie organizacyjnym Szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 15-60)

Oddziały Wew. Ogólny i Kardio. oraz IP w zakresie organizacji pracy, w tym stanu zatrudnienia, wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną oraz zapewnienia realizacji badań, spełniały wymogi określone w rozporządzeniach Ministra Zdrowia: z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą⁶ i z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego⁷. Również AiIT spełniał wymagania dotyczące zatrudnienia i zapewnienia realizacji badań, natomiast SOR spełniał wymagania w zakresie personelu wymaganego rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego⁸.

(dowód: akta kontroli str. 70-72, 76-79, 86-89, 94-97, 308-487, 505)

Świadczenia na ww. Oddziałach były udzielane codziennie i całodobowo, jak również zapewniono całodobowy dostęp do badań diagnostycznych w Zakładzie Diagnostyki Laboratoryjnej oraz Pracowni Rentgenodiagnostyki Ogólnej i Pracowni Tomografii Komputerowej, znajdujących się w strukturach Szpitala. Szpital, w badanym okresie, miał zawarte m.in. umowy z podmiotami leczniczymi na wykonywanie badań w zakresie: tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego (z 2 podmiotami), diagnostyki laboratoryjnej (z 3 podmiotami) i badania elektrofizjologiczne (z 1 podmiotem).

(dowód: akta kontroli str. 136-138, 212-220, 258-263, 308-487, 505)

⁵ Dalej zw. IP.

⁶ Dz.U. z 2012 r. poz. 739, dalej „rozporządzenie w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą”.

⁷ Dz.U. z 2013 r. poz. 1520 ze zm.

⁸ Dz.U. z 2015 r., poz. 178, dalej „rozporządzenie w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego”.

W styczniu 2015 r. zostały wprowadzone w Szpitalu zasady postępowania z chorymi z podejrzeniem udaru mózgu, lecz dotyczyły one tylko okresu przedszpitalnego⁹. Zawierały one m.in. opis objawów sugerujących udar mózgu, wytyczne leczenia trombolitycznego oraz wykaz oddziałów udarowych w województwie łódzkim.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że w Szpitalu nie wprowadzono procedur określających zasady postępowania z pacjentami z podejrzeniem udarów mózgu, ponieważ nie ma takich wymogów, ani ze strony Ministerstwa Zdrowia, ani ze strony NFZ czy Konsultanta Krajowego/Wojewódzkiego w dziedzinie neurologii. Zwróciła uwagę, że proces diagnostyczno-leczniczy przeprowadzony jest zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, zdobytą poprzez studiowanie literatury medycznej oraz udział w szkoleniach.

(dowód: akta kontroli str. 62-65, 139-144)

W latach 2013-2015 (do 31 marca 2015 r.) liczba hospitalizacji na Oddziale Wew. Ogólnym rozliczonych grupą A49 wyniosła 218, a grupą A50 – 28, natomiast na Oddziale Wew. Kardio. odpowiednio: 155 i 10. Szpital nie rozliczał hospitalizacji grupami A48 i A51. Dokonał natomiast w ww. okresie 16 rozliczeń hospitalizacji w skali TISS¹⁰ na AiIT.

(dowód: akta kontroli str. 145)

W latach 2013-2015 (do 30 kwietnia 2015 r.) ze Szpitala zostało przewiezionych łącznie 34 pacjentów z rozpoznaniem udarem do innych podmiotów leczniczych, z czego: w 2013 r. do Szpitala w Sieradzu - 3 pacjentów i do Szpitala w Bełchatowie - 1, w 2014 r. do Szpitala w Sieradzu - 16, Bełchatowie - 5 i Łodzi - 1, a w 2015 r. do Szpitala w Sieradzu – 4 i Bełchatowie – 4 pacjentów.

(dowód: akta kontroli str. 146)

Na próbie 50 hospitalizacji z lat 2013-2015 związanych z leczeniem udaru mózgu w badanym okresie ustalono, że przyjęto:

- a) 20 pacjentów w trybie nagłym w wyniku przekazania przez zespół ratownictwa medycznego,
- b) 25 pacjentów w trybie nagłym - inne przypadki,
- c) 5 pacjentów planowo na podstawie skierowania,
natomiast wypisano pacjentów:
 - a) 32 w wyniku zakończenia procesu terapeutycznego lub diagnostycznego,
 - b) 2 w wyniku skierowania do dalszego leczenia w lecznictwie ambulatoryjnym,
 - c) 2 w wyniku skierowanie do dalszego leczenia do Oddziału Neurologicznego w innym podmiocie leczniczym,
 - d) 1 na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej¹¹,
 - e) 13 w wyniku zgonu.

⁹ Nie wprowadzono zasad postępowania z pacjentami z podejrzeniem udaru mózgu, obejmujących m.in.: odpowiedzialności, uprawnień i obowiązków personelu medycznego (zlecenia badań wstępnych, powiadomienie pracowni TK oraz zakładu diagnostyki laboratoryjnej).

¹⁰ Therapeutic Intervention Scoring System - Terapeutyczna Skala Interwencji Medycznych.

¹¹ Tj.: gdy pacjent w sposób rażący narusza porządek lub przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, a nie zachodzi obawa, że odmowa lub zaprzestanie udzielania świadczeń zdrowotnych może spowodować bezpośrednio niebezpieczeństwo dla jego życia lub zdrowia albo życia lub zdrowia innych osób (Dz. U. z 2015 r., poz. 618 ze zm.)

(dowód: akta kontroli str. 148-155)

Pacjenci ze zdiagnozowanym udarem mózgu hospitalizowani byli na Oddziałach Wew. Ogólnym i Kardio., a w przypadku konieczności także na AilT. Przy przyjęciu na SOR na 50 hospitalizacji u 38 pacjentów stwierdzono rozpoznanie udaru mózgu, natomiast u pozostałych udar stwierdzono na Oddziałach.

Z 50 poddanych analizie historii chorób pacjentów Szpitala, tylko dwóch zostało przekazanych na Oddział Neurologiczny do innego podmiotu leczniczego.

P.o. Zastępcy Dyrektora Szpitala wyjaśnił, że pacjenci którzy nie spełniali wymogów kwalifikacyjnych do leczenia trombolitycznego nie byli przekazywani do oddziału leczenia udarów. Często nie same wyniki badań dyskwalifikowały do leczenia trombolitycznego, ale niemożliwość prawidłowego zebrania wywiadu odnośnie czasu wystąpienia objawów udaru lub niepewny wywiad. Dyrektor zwrócił uwagę, że Szpitale w Sieradzu i Bełchatowie posiadają organiczną ilość miejsc dla pacjentów wymagających przewlekłego leczenia udarów.

(dowód: akta kontroli str. 148-160)

Na 50 badanych hospitalizacji, tylko jednemu pacjentowi z poddanych analizie historii chorób, przy przyjęciu do Szpitala, niezwłocznie (w ciągu 1,5 godz.), przeprowadzono badania tj.: badanie neuro-obrazowe (dalej zw. TK), morfologię, koagulogram, oznaczenie elektrolitów, glikemii i kreatyniny, wysycenie krwi tlenem (gazometrii) oraz EKG. Na SOR u tego pacjenta stwierdzono rozpoznanie I10¹², a dopiero na Oddziale Wew. Ogólnym stwierdzono rozpoznanie I63.9¹³.

Wszystkie ww. badania zostały też wykonane innemu pacjentowi, przy czym ostatnie (gazometria) dopiero po 7 godzinach od przyjęcia¹⁴, a u pacjenta tego na SOR stwierdzono rozpoznanie I67¹⁵.

W badanej próbie, żaden pacjent nie kwalifikował się do leczenia trombolitycznego. Wynikało to z następujących przyczyn: zbyt długiego upływu czasu od pierwszych objawów, przeciwwskazań medycznych oraz braku informacji o czasie powstania pierwszych objawów.

Konsultacji z neurologiem nie przeprowadzono w przypadku 4 pacjentów, u których stwierdzono udar mózgu. P.o. Zastępcy Dyrektora Szpitala stwierdził, że brak takich konsultacji można tłumaczyć decyzją lekarza prowadzącego lub ciężkością stanu ogólnego pacjenta. W przypadkach wątpliwych odnośnie kwalifikacji do leczenia trombolitycznego, często odbywa się konsultacja z lekarzem z ośrodka, w którym przeprowadza się ww. leczenie.

Czas od momentu przyjęcia zgłoszenia przez Zespół Ratowniczy do momentu przekazania pacjenta na IP/SOR w badanej próbie zawierał się w zakresie od 17 min. do 90 min. i dotyczył 36 pacjentów. 5 z nich zostało przekazanych w czasie powyżej godziny¹⁶, 25 pomiędzy 30 a 59 min.¹⁷ i 6 poniżej 30 min.¹⁸ Pozostali pacjenci dotarli do Szpitala bez korzystania z Zespołu Ratowniczego.

W przypadku 10 pacjentów, u których stwierdzono podejrzenie udaru mózgu, w Kartach medycznych czynności ratunkowych nie podano żadnych informacji

¹² Samoistne (pierwotne) nadciśnienie.

¹³ Zawał mózgu, nieokreślony.

¹⁴ W historii choroby brak było wskazania godziny wykonania EKG.

¹⁵ Tętniak mózgu, niepęknięty.

¹⁶ Z miejscowości: Góry Świątkowskie, Łyskornia, Knapy, Osjaków, Lubnice.

¹⁷ Z miejscowości: Ożarów, Toporów, Wydrzyn, Ruda, Raczyn, Kamionka, Mierzyce, Kopydłów, Wierzchlas, Kępowizna, Kolonia Dębiec, Osjaków, Skrzynno, Wieluń, Olewin, Sabinów, Dietrzniaki.

¹⁸ Z miejscowości: Wieluń, Kadłub, Wierzchlas, Łaszew Rządowy.

dotyczących powstania pierwszych objawów, pomimo że wywiad był przeprowadzony z pacjentem lub osobą mu towarzyszącą. Zgodnie z Wytocznymi Grupy Ekspertów cyt. „Lekarz pogotowia lub ratownik medyczny powinien zebrać wywiad od pacjenta lub jego rodziny ze szczególnym zwróceniem uwagi na następujące informacje: czas wystąpienia objawów (...)”.

P.o. Zastępcy Dyrektora Szpitala wyjaśnił, że nie zawsze osoba towarzysząca jest w stanie prawidłowo określić czas wystąpienia pierwszych objawów udaru mózgu¹⁹. Nie zawsze też chory jest w stanie udzielić takich informacji ze względu na swój stan ogólny.

Szpital nie był powiadamiany o transporcie pacjenta z podejrzeniem udaru mózgu, ponieważ, jak wyjaśnił p.o. Zastępcy Dyrektora, powiadomienie należy do obowiązków dyspozytorni ratownictwa medycznego i to dyspozytornia ustala, w którym szpitalu jest wolne miejsce dla pacjenta z udarem mózgu, kwalifikującym się do leczenia trombolitycznego.

(dowód: akta kontroli str. 148-162)

Z poddanych analizie historii chorób 50 pacjentów, u których stwierdzono udar mózgu, wynika że:

- a) skierowanie na rehabilitację zostało wystawione tylko 5 pacjentom,
- b) u 3 pacjentów wprowadzono rehabilitację przyłóżkową w trakcie pobytu na oddziale,
- c) 2 pacjentom „zalecono” rehabilitację.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że w latach 2013-2015 Szpital nie posiadał umów cywilnoprawnych lub umów o pracę z rehabilitantami neurologicznymi, jak również z podmiotami leczniczymi zewnętrznymi na świadczenia z zakresu rehabilitacji neurologicznej. Posiadał natomiast kontrakt z ŁOW NFZ na rehabilitację leczniczą ogólnoustrojową. Pacjenci po przebytych udarach mózgu są leczeni i usprawniani po upływie kilku lub kilkunastu tygodniach od udaru, w zależności od możliwości oddziału i dyspozycji wolnymi terminami dla pacjentów pilnych tj. pacjentów po niedawno przebytych udarach mózgu. U wszystkich kwalifikujących się do rehabilitacji pacjentów leczonych z powodu udaru mózgu, wdrażana jest rehabilitacja przyłóżkowa, prowadzona przez fizjoterapeutę. Zlecenie to jest odnotowywane w karcie zleceń. Pacjenci po udarach w większości przypadków nie są konsultowani przez lekarza specjalistę rehabilitacji – nie ma takiego wymogu w standardach leczenia udarów mózgu. Pacjenci po udarze nie zawsze wymagają rehabilitacji, czasem też ich stan jest tak ciężki, że uniemożliwia on podjęcie zabiegów rehabilitacyjnych. Pacjenci po przebytych udarach przy wypisie dostają skierowanie do poradni rehabilitacyjnej, co nie zawsze jest odnotowywane w dokumentacji wypisowej szpitala. Ośrodki podstawowej opieki zdrowotnej w większości dysponują możliwością zapewnienia czynności rehabilitacyjnych w warunkach domowych lub/i ambulatoryjnych, co nie wymaga wydania skierowania do lekarza rodzinnego przy wypisie ze szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 62-65, 148-155, 300-307)

Na Oddziale Rehabilitacji Szpitala realizowane były procedury m.in. w zakresie: następstw krwotoku podpajęczynówkowego (ICD10 – I69.0) – 1 przypadek, następstw krwotoku mózgowego (ICD10 - I69.1) – 3 przypadki, następstw zawału mózgu (ICD10 - I69.3) – 100 przypadków oraz następstw udarów nie określonych czy krwotoczny czy zawałowy (ICD10 - I69.4) – 3 przypadki.

¹⁹ Dla osób niezwiązanych z medycyną pierwszym objawem może być dopiero utrata przytomności i niedowład u chorego, bełkotliwa mowa, a nie występujące kilka godzin wcześniej zasłabnięcia bądź krótkotrwała utrata świadomości.

(dowód: akta kontroli str. 211)

W latach 2013-2015 (do 30 kwietnia 2015 r.) Łódzki Oddział Wojewódzki NFZ przeprowadził dwie kontrole w Szpitalu w zakresie: realizacji umowy w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie badania tomografii komputerowej oraz realizacji umowy w rodzaju ratownictwo medyczne w zakresie specjalistycznych i podstawowych zespołów ratownictwa medycznego, w rejonie operacyjnym nr 10/16. W badanym okresie ŁOW NFZ nie przeprowadził kontroli oddziałów, w ramach których rozliczano hospitalizacje związane z leczeniem udarów mózgu.

(dowód: akta kontroli str. 163-184)

Od maja 2012 r. do końca czerwca 2014 r. Szpital posiadał zawartą umowę z NZOZ BOMED na prowadzenie samodzielnej opieki lekarskiej w oddziałach szpitalnych w ramach pozostawania poza oddziałem w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych. Równolegle w okresie od 1 stycznia 2013 r. do 30 kwietnia 2015 r. Szpital miał zawarte umowy ze Specjalistycznym NZOZ ProVitaMed s.c. na świadczenie pracy z zakresu specjalistycznych konsultacji m.in. neurologicznych pacjentów leczonych w oddziałach szpitalnych w godz. od 8⁰⁰ do 15⁰⁰ od poniedziałku do piątku. Wymienione umowy dotyczyły dwóch, tych samych, lekarzy neurologów, posiadających I i II stopień specjalizacji. W okresie nakładania się czasowego umów, czas udzielania świadczeń na oddziałach w godz. od 8⁰⁰ do 15⁰⁰ nie był wliczany do czasu pozostawania lekarza w gotowości. Danego dnia świadczeń na oddziałach udzielał jeden neurolog.

Od 4 maja 2015 r. świadczenia z zakresu neurologii realizowane były przez dr n. med., z którym Szpital zawarł umowę o pracę w wymiarze 0,6 etatu.

W latach 2013-2015 (do dnia przeprowadzania kontroli) w Szpitalu nie był zatrudniony logopeda na podstawie umowy o pracę, ani umowy cywilnoprawnej.

(dowód: akta kontroli str. 185-208)

Na próbie losowo wybranego personelu (40 osób) stwierdzono, że w 6 przypadkach dane w załączniku do umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie posiadanych przez nich kwalifikacji, nie odpowiadały danym zawartym w aktach osobowych. Dotyczyło to braku zaktualizowania danych o ukończeniu szkoleń przez pielęgniarki. Uzupełnienia w Portalu Potencjału dokonano 17 lipca 2015 r.²⁰

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że brak wpisu w Portalu nie miał wpływu na wykonywanie kontraktu, gdyż przedmiotowe kompetencje nie były wymagane przez NFZ, co nie spowodowało naruszenia postanowień umowy.

(dowód: akta kontroli str. 300-307, 502-504)

W Szpitalu nie została wprowadzona procedura współpracy z placówkami pomocy społecznej, ośrodkami rehabilitacji, ośrodkami dziennego pobytu i innymi placówkami tego typu. Zatrudniony był natomiast pracownik socjalny, zajmujący się ww. zadaniami, realizując je we współpracy z zespołem terapeutycznym, pacjentem oraz rodziną pacjenta.

Zgodnie z oświadczeniem Starszego Pracownika Socjalnego ds. Społecznych pacjentów z rozpoznawanym udarem mózgu, ze Szpitala w poszczególnych latach, skierowano do zakładów opiekuńczych: w 2013 r. – 7, w 2014 r. – 10 i w 2015 r. (do 6 lipca 2015 r.) – 13 osób. Zakłady opiekuńczo-lecznicze (dalej zw. ZOL) przyjmują osoby leżące, wymagające całodobowej opieki i pielęgnacji ze strony innych osób,

²⁰ W jednym przypadku dane te nie zostały zaktualizowane, ponieważ w słowniku Portalu brak jest odpowiednika danego szkolenia.

której nie jest w stanie zapewnić rodzina lub służby socjalne w miejscu zamieszkania. Wymagana jest zgoda pacjenta lub rodziny. Pacjentów wymagających pobytu w ZOL zgłasza rodzina lub ordynatorzy.

(dowód: akta kontroli str. 62-65, 210)

Udział rozliczeń świadczeń z grupy A49 i A50 w wartościach świadczeń sfinansowanych przez ŁOW NFZ w danych oddział przedstawiał się następująco:

- Oddział Wew. Ogólny: 13,8% w 2013 r., 11,9% w 2014 r. i 10,5% w I kw. 2015 r.,
- Oddział Wew. Kardio.: 20,4% w 2013 r., 9,5% w 2014 r. i 13,2% w I kw. 2015 r.

(dowód: akta kontroli str. 209)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. Z próby 38 hospitalizacji pacjentów, u których przy przyjęciu do Szpitala stwierdzono rozpoznanie od I63 do I69, 36 pacjentom nie wykonano niektórych badań wymaganych Wytycznymi Grupy Ekspertów, tj. nie wykonano następujących badań:

- a) TK lub rezonansu magnetycznego – 1 pacjentowi,
- b) koagulogramu – 29 pacjentom,
- c) oznaczenia glikemii – 1 pacjentowi,
- d) wysycenia krwi tlenem (gazometrii) – 33 pacjentom.

Z całej próby 50 pacjentów, u których albo już przy przyjęciu do Szpitala, albo dopiero na Oddziale stwierdzono rozpoznanie od I61 do I64, nie przeprowadzono w ogóle następujących badań:

- a) TK lub rezonansu magnetycznego – 4 pacjentom
- b) koagulogramu – 37 pacjentom,
- c) oznaczenia glikemii – 3 pacjentom,
- d) oznaczenia kreatyniny – 1 pacjentowi,
- e) wysycenie krwi tlenem (gazometrii) – 42 pacjentom,
- f) USG – 8 pacjentom²¹.

Zgodnie z Wytycznymi Grupy Ekspertów cyt.: „Przy przyjęciu do szpitala u każdego chorego z udarem powinno być wykonane badanie neuroobrazowe (tomografia komputerowa [TK] lub rezonans magnetyczny [MR, *magnetic resonance*]) — jeśli nie ma przeciwwskazań — z opcją „angio”. Należy wykonać następujące badania krwi: morfologię, koagulogram, oznaczenia elektrolitów, glikemii, kreatyniny i aminotransferaz oraz wysycenia krwi tlenem. Wykonuje się także EKG. (...) W czasie hospitalizacji u pacjenta należy wykonać badanie ultrasonograficzne (USG) (...)”²²

P.o. Zastępcy Dyrektora Szpitala wyjaśnił, że brak przeprowadzania wszystkich ww. badań wynika z braku obowiązku opracowania i wdrożenia procedury diagnozowania i leczenia udarów mózgu w Szpitalu, a w związku z tym decyzja odnośnie zasadności zlecenia określonego badania spoczywa na lekarzu

²¹ Łącznie nie wykonano USG u 12 pacjentów, przy czym 3 z nich miało rozpoznanie I64, a jeden I61.3.

²² Zgodnie z § 1 ust. 1 zarządzenia nr 89/2013/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 19 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne - przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniodawca obowiązany jest do stosowania zasad postępowania medycznego zgodnego z aktualnym stanem wiedzy, zawartych w standardach określonych w obowiązujących przepisach prawa oraz wytycznych, zaleceniach i rekomendacjach wydawanych przez towarzystwa naukowe zrzeszające specjalistów z właściwych dziedzin medycyny.

prowadzącym. Najczęściej związane jest to z trudnością w uzyskaniu odpowiedniego wywiadu odnośnie początku wystąpienia objawów udaru mózgu lub obecności chorób współtowarzyszących, które są przeciwwskazaniem do przeprowadzenia kompleksowej diagnostyki udaru mózgu i wdrożenia leczenia swojego. Badanie USG wykonywane są u większości pacjentów leczonych zachowawczo z powodu udaru mózgu. U części pacjentów brak jest wskazań i możliwości przeprowadzenia takiego badania z uwag np.: udar krwotoczny mózgu, ciężki stan pacjenta.

(dowód: akta kontroli str. 148-160)

2. W SOR w Obszarze resuscytacyjno-zabiegowym jedno stanowisko resuscytacyjne nie zostało wyposażone w lampę operacyjną, co było sprzeczne z postanowieniami § 9 ust. 3 rozporządzenia w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego.

Na AiIT dwa z pięciu stanowisk intensywnej terapii wyposażonych było w sprzęt służący do monitorowania temperatury ciała, a trzy w kapnograf, pomimo że zgodnie z załącznikiem nr 3 część I, l.p. 2 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, każde stanowisko powinno być wyposażone w m.in. monitorowanie temperatury ciała oraz kapnografię.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że lampa operacyjna uległa awarii i związku z brakiem możliwości jej naprawy zostanie zakupiona nowa. Brak aparatu do znieczulania wynikał z faktu wypożyczenia go do potrzeb Traktu Operacyjnego, gdzie wystąpiła awaria jednego z aparatów. W AiIT sprzęt do monitorowania temperatury uległ uszkodzeniu i zastępczo wykorzystywane są termometry elektroniczne. Brakujący sprzęt zostanie zakupiony niezwłocznie.

(dowód: akta kontroli str. 86-89, 94-97, 114-124)

3. Zgodnie z Księgą Rejestrową Szpitala Oddział Wew. Kardio. powinien być wyposażony w 40 łóżek, z czego 8 intensywnego nadzoru, natomiast na dzień przeprowadzania kontroli na Oddziale znajdowało się ogółem 38 łóżek, z czego 4 intensywnego nadzoru.

Zgodnie z postanowieniami art. 107 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej²³, podmiot wykonujący działalność leczniczą, wpisany do rejestru jest obowiązany zgłaszać organowi prowadzącemu rejestr wszelkie zmiany danych objętych rejestrem w terminie 14 dni od dnia ich powstania.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że w 2014 r. przygotowano projekt uchwały odnośnie zmniejszenia ilości łóżek w ww. Oddziale, jednak rozważano różne wersje zmiany stanu łóżek, w zależności od posiadanego kontraktu z NFZ i potrzeb zdrowotnych.

W dniu 7 lipca 2015 r. został złożony wniosek o wpis zmian do rejestru, w zakresie liczby łóżek na przedmiotowym Oddziale.

(dowód: akta kontroli str. 62-69, 76-79)

4. Część sprzętu i aparatury medycznej oraz danych ich dotyczących, wyszczególnionych w załączniku nr 2 do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne (aktualizowanych za pomocą Portalu Potencjału), nie odpowiadała faktycznemu wyposażeniu znajdującemu się fizyczne na SOR, AiIT, Oddziale Wew. Ogólnym i Kardio. Dotyczyło to m.in.:

²³ Dz.U. z 2015 r., poz. 618 ze zm.

- braku wskazania 29 numerów seryjnych sprzętów i aparatury medycznej²⁴,
- wykazaniu, w zakresie SOR, pięć aparatów do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi z podaniem ich numerów seryjnych, pomimo że na żadnym z tych aparatów nie było określonych numerów,
- wykazania w miejscu 47 sprzętów i aparatury medycznej, pomimo że fizycznie nie znajdowały się one na ww. Oddziałach²⁵,
- wykazania aparatu rentgenowskiego o nr seryjnym s/n:03/21/665-0i – w lokalizacji – pomimo jego braku w obiektach Szpitala²⁶, oraz wykazania, w zakresie AiIT, dwóch aparatów do znieczulania w lokalizacji, pomimo iż faktycznie znajdowały się na tym Oddziale,
- wykazania, w zakresie SOR, bronchoskopu – w lokalizacji, o nr seryjnym 841, pomimo że w Szpitalu brak było aparatu o takim nr seryjnym²⁷, oraz wykazania, w zakresie AiIT, respiratora o nr seryjnym 01301 – w miejscu, pomimo że został on zamieniony w 2013 r. na respirator o nr seryjnym ARPM0009 z SOR,
- wykazania, w zakresie Oddziału Wew. Kardio., Holtera RR o nr seryjnym 10/316(HL0108), pomimo że faktycznie był to Holter EKG, a nie ciśnieniowy,
- wykazania 42 łóżek szpitalnych na Oddziale Wew. Kardio., pomimo że znajdowały się tam tylko 34²⁸, a na Oddziale Wew. Ogólnym wykazano 37 łóżek szpitalnych, a faktycznie było ich 40.

Powyższe nieprawidłowości nie stanowiły naruszeń przepisów prawa w zakresie minimalnych wymagań odnośnie sprzętu i aparatury medycznej niezbędnych do udzielania świadczeń zdrowotnych. NIK zwraca uwagę, że świadczą one natomiast o nierzetelnym i nieterminowym aktualizowaniu Portalu Potencjału.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że przeprowadzono weryfikację ww. sprzętu, usunięto rozbieżności wynikające z wypożyczenia sprzętu innym użytkownikom i dokonano aktualizacji Portalu Potencjału na dzień 14 lipca 2015 r.

(dowód: akta kontroli str. 70-83, 86-93, 98-131, 212-299)

5. Dziewięć środków trwałych²⁹ o wartości początkowej 297.963,45 zł (wartość bieżąca na 15 lipca 2015 r. - 14.500,00 zł) została przypisana w ewidencji księgowej Szpitala do komórek organizacyjnych, w których nie były użytkowane, co stanowiło naruszenie postanowień § 4 pkt 1 zarządzenia nr 47 Dyrektora SP

²⁴ Na SOR: jednego aparatu do znieczulania – w miejscu, zestawu do ogrzewania płynów infuzyjnych – w miejscu, pięciu przyrządów do badania czucia temperatury (THIM-THERM) – w miejscu i dwóch stanowisk znieczulania ogólnego – w miejscu. Na AiIT: czterech aparatów do znieczulania, jednej pompy infuzyjnej, dwóch pulsoksymetrów i trzech łóżek intensywnej opieki medycznej.

Na Oddziale Wew. Kardio.: jednego EKG, jednego pulsoksymetru, jednego ssaka, jednego zestawu do prób wysiłkowych i jednego podstawowego zestawu reanimacyjnego – w miejscu oraz jednego rektoskopu – w lokalizacji.

Na Oddziale Wew. Ogólnym.: dwóch glukometrów i jednego ssaka – w miejscu oraz jednego rektoskopu – w lokalizacji.

²⁵ Na SOR: dwa aparaty do znieczulania, defibrylator, kardiomonitor, pompa infuzyjna, dwa respiratory, procesor cyfrowy do rejestracji obrazów, cztery glukometry, pięć przyrządów do badania czucia temperatury (THIM-THERM), pięć pomp infuzyjnych oraz dwa stanowiska znieczulania ogólnego.

Na AiIT: bronchofiberoskop.

Na Oddziale Wew. Kardio.: cykloergometr do treningu interwałowego, EKG, dwa ssaki, dwa podstawowe zestawy reanimacyjne, kapnograf, pompę infuzyjną, trzy kardiomonytory oraz zestaw do prób wysiłkowych.

Na Oddziale Wew. Ogólnym.: pięć aparatów do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, dwa EKG, Holter RR oraz dwa kardiomonytory.

²⁶ Dotyczy: SOR, AiIT i Oddziału Wew. Kardio.

²⁷ Na Oddziale Pulmonologicznym znajdował się bronchoskop o nr seryjnym 441 - przeznaczony do likwidacji.

²⁸ Bez łóżek intensywnej opieki medycznej, których ilość wykazana w umowie zgodna była ze stanem faktycznym.

²⁹ Dotyczy: dwóch respiratorów o nr seryjnym 009 i KJHO1301, pięciu pomp infuzyjnych o nr seryjnych 5901, 3821, 2628, 3684 i 5127, aparatu do znieczulania o nr seryjnym AMVD00154 i EKG o nr seryjnym 206.

ZOZ w Wieluniu z dnia 29 grudnia 2006 r. w sprawie zakładowego planu kont oraz zasad prowadzenia rachunkowości, zgodnie z którym ewidencja ilościowo-wartościowa umożliwia ustalenie miejsca użytkowania poszczególnych składników majątku trwałego.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że wynikało to z wypożyczenia sprzętów innym oddziałom, a w jednym przypadku (EKG o nr seryjnym 206) w wyniku błędu pisarskiego. Stwierdziła, iż zostanie dokonana zmiana użytkownika.

Kontrola wykazała również, że 5 przypadków wprowadzenia do ksiąg rachunkowych nieprawidłowych lub niepełnych numerów seryjnych sprzętu i aparatury medycznej co, jak stwierdziła Dyrektor Szpitala, wynikało z błędów pisarskich.

(dowód: akta kontroli str. 70-83, 86-93, 98-135)

6. W załącznikach do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne, w zakresach: Choroby Wewnętrzne-Hospitalizacja – Oddział Kardiologiczny, Choroby Wewnętrzne-Hospitalizacja – Oddział Chorób Wewnętrznych, AiIT – Hospitalizacja oraz Świadczenia w SOR wykazano, iż świadczenia i opieka nad pacjentami miała być udzielana przez wskazany personel³⁰, pomimo że: pięć z tych osób nie było już zatrudnionych w Szpitalu, trzy oddelegowano do innych Oddziałów niż byli wykazani w załącznikach do umów, a jedna przebywała na urlopie bezpłatnym.

Występowały również przypadki udzielania świadczeń zdrowotnych i opieki nad pacjentami przez personel niewykazany w ww. załącznikach. Dotyczyło to czterech pielęgniarek, które pomimo przypisania ich do konkretnych Oddziałów³¹ oddelegowane zostały do innych, natomiast 13 ratowników i pielęgniarek wykazanych zostało tylko w Zespole Ratownictwa Medycznego, pomimo że udzielali świadczeń również w SOR.

Zgodnie z dyspozycją określoną w § 10 ust. 6 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r.³² oraz § 2 ust. 7 i 8 umów kontraktowych z ŁOW NFZ – świadczeniodawca jest zobowiązany m.in. do dbania o aktualność informacji dostępnych w Portalu, poprzez bieżącą aktualizację dotyczących go danych.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że wyrejestrowanie personelu, z którym rozwiązano umowy o pracę nastąpiło z opóźnieniem w wyniku przeoczenia, natomiast w zakresie pozostałego personelu dokonano stosowanych uzupełnień w Portalu Potencjału.

(dowód: akta kontroli str. 300-501)

1. W czterech przypadkach stwierdzono, że w Portalu Potencjału rok produkcji danego sprzętu czy aparatury medycznej był późniejszy od daty przypisania go do danego Oddziału, z uwagi niedopatrzania osób dokonujących zmian w Portalu przy wprowadzaniu nowego sprzętu w miejsce sprzętu wycofanego.

NIK zwraca uwagę, że program informatyczny NFZ powinien nie dopuszczać do możliwości wprowadzenia daty produkcji późniejszej od daty wprowadzenia sprzętu, co wskazuje na jego niedoskonałość.

(dowód: akta kontroli str. 73-74, 80-82, 90, 114-124)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

³⁰ Próba objęto miesiące: luty i marzec 2013 i 2014 r. oraz kwiecień i maj 2015 r.

³¹ Jedna do Oddziału Wew. Kadio., dwie do Oddziału Wew. Ogólnego i jedna do SOR.

³² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U z 2008 r. Nr 81, poz. 484).

2. Do SOR nie został zapewniony bezkolizyjny dojazd dla pojazdów specjalistycznych środków transportu sanitarnego, jak również na tym Oddziale nie zapewniono odrębnego stanowiska do dekontaminacji. W SOR w Obszarze segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć nie zapewniono również miejsca umożliwiającego niezwłoczne zorganizowanie czasowego stanowiska dekontaminacji blisko wejścia dla pieszych i podjazdu specjalistycznych środków transportu sanitarnego, co było niezgodne z § 3 ust. 3, § 6 ust. 2 pkt 2 i ust. 3 rozporządzenia w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że bezkolizyjny dojazd do SOR nie został zapewniony z powodu braku uregulowań prawnych dotyczących własności działek przeznaczonych na wykonanie dróg dojazdowych. Po uzyskaniu decyzji zostanie wykonany bezkolizyjny dojazd. Brak zapewnienia odrębnego stanowiska do dekontaminacji wynikał z braku wolnych powierzchni do jego utworzenia, a obecnie istniejące rozwiązanie³³ zostało zaakceptowane przez Państwowy Wojewódzki Inspektorat Sanitarny w Łodzi.

(dowód: akta kontroli str. 94-97, 114-124)

3. 51 łóżek (w tym na Oddziale Wew. Ogólnym - 29 i na Oddziale Wew. Kardio. - 22 łóżka) były ustawione w sposób uniemożliwiający dostęp do nich z trzech stron, co świadczyło o niedostosowaniu się do postanowień zawartych w § 18 rozporządzenia w sprawie szczególnych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że zgodnie z aktualnym, zatwierdzonym przez Państwowy Wojewódzki Inspektorat Sanitarny w Łodzi „Planem dostosowania SP ZOZ Wieluń do wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej” do końca 2016 r. zostaną wykonane zalecenia dotyczące łóżek z dostępem z trzech stron, w tym dwóch podłużnych na ww. Oddziałach.

(dowód: akta kontroli str. 70-72, 76-79, 114-126)

4. W trzech przypadkach stwierdzono, że w historii choroby pacjentów data wypisu była odmienna od daty wprowadzonej w systemie elektronicznym służącej do rozliczeń z NFZ. W dwóch przypadkach rozbieżności dotyczyły jednego dnia, a w jednym – sześciu dni.

P.o. Zastępcy Dyrektora Szpitala wyjaśnił, że ww. nieścisłości wynikają z błędu ludzkiego – omyłkowe wpisanie daty w wersji papierowej. Zastępca zwrócił uwagę, że dokumentacja elektroniczna służąca do rozliczeń z NFZ jest zgodna z Kartą Informacyjną wypisu oraz Kartą Pielęgnowania pacjenta.

(dowód: akta kontroli str. 156-160)

5. Spośród 50 dokumentacji medycznych pacjentów, na wydrukach lub na innych dokumentach dotyczących badań EKG stwierdzono, iż:
- w 2 przypadkach brak było określenia daty i godziny badania,
 - w 5 przypadkach brak było określenia godziny badania,
 - w 3 przypadkach wykazane godziny nie mogły odpowiadać stanowi faktycznemu, ponieważ u 2 pacjentów godzina wykonania badania wskazywała, iż badanie wykonano po dwóch minutach od wezwania Zespołu Ratowniczego, a u 1 pacjenta godzina badania wskazywała, że badanie wykonane zostało dwie minuty przed przyjęciem na SOR, a pacjent ten nie korzystał z Zespołu Ratowniczego.

³³ Stanowisko do dekontaminacji zlokalizowane wraz z łazienką i toaletą.

P.o. Zastępcy Dyrektora Szpitala wyjaśnił, że w teorii data i godzina badania wpisywana jest automatycznie przez aparat EKG, a jeśli godzina jest nieprawidłowa to mamy do czynienia z awarią sprzętu, która zgłaszana jest do działu technicznego.

(dowód: akta kontroli str. 148-149, 156-160)

IV. Wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli³⁴, wnosi o:

1. Rozważenie opracowania i wdrożenia procedury diagnozowania i leczenia udarów mózgu.
2. Zapewnienie pacjentom przyjmowanym do Szpitala z podejrzeniem udaru mózgu przeprowadzenia odpowiednich badań wskazanych w Wytocznych Grupy Ekspertów.
3. Bieżące i prawidłowe wprowadzanie danych do Portalu Potencjału.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

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 Łodzi.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

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

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


Łódź, dnia 22 września 2015 r.

Kontroler
Dominik Gołacki
specjalista k.p.


.....
podpis

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Łodzi

Dyrektor


.....
podpis

³⁴ Dz.U. z 2015 r., poz. 1096.

