



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Olsztynie

LOL.410.13.2.2023

Irena Kierzkowska
Dyrektor
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego
w Olsztynie
ul. Żołnierska 18
10-561 Olsztyn

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie, ul. Żołnierska 18, 10-561 Olsztyn (dalej: Szpital lub WSS).
Kierownik jednostki kontrolowanej	Irena Kierzkowska, Dyrektor WSS (dalej: Dyrektor) od 17 czerwca 2008 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	Realizacja przed podmioty lecznicze wymogów związanych z udziałem w programie pilotażowym dotyczącym leczenia ostrej fazy udaru niedokrwiennego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych (dalej: Program lub program pilotażowy).
Okres objęty kontrolą	Lata 2019-2023 (do dnia zakończenia kontroli ¹), 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 ² .
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Olsztynie
Kontrolerzy	Anna Kamińska-Bisior, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LOL/107/2023 z 25 sierpnia 2023 r., Agnieszka Kielbik, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LOL/109/2023 z 4 września 2023 r., Andrzej Sibierski, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LOL/110/2023 z 11 września 2023 r., Piotr Simoniuk, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LOL/120/2023 z 15 września 2023 r.

(akta kontroli str. 1-7)

¹ Czynności kontrole zakończono 20 października 2023 r.

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

II. Ocena ogólna³ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Na dzień złożenia wniosku o zawarcie umowy o realizację programu pilotażowego Szpital spełniał wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2018 r. w sprawie programu pilotażowego dotyczącego leczenia ostrej fazy udaru niedokrwienego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych⁴ (dalej: rozporządzenie MZ). Zapewniał bowiem warunki organizacyjne w postaci m.in. oddziału neurologicznego i udarowego, posiadał personel o wymaganej rozporządzeniem specjalizacji, a także był wyposażony w sprzęt i aparaturę, w miejscu i w lokalizacji wykonywania zabiegu, niezbędne do zapewnienia świadczeń polegających na przeprowadzeniu zabiegów trombektomii mechanicznej. Opracował także wymagane rozporządzeniem MZ procedury.

Kontrola wykazała, że Szpital nie zagwarantował jednak zabezpieczenia pełnego składu zespołu, który mógłby przeprowadzić zabieg trombektomii mechanicznej całodobowo przez wszystkie dni tygodnia. Nie zabezpieczył bowiem personelu pielęgniarskiego określonego w § 7 ust. 1 pkt 5 lit. e rozporządzenia MZ. Składu pielęgniarskiego wskazanego w tym przepisie nie zapewniono także w 67% zbadanych przypadków przeprowadzonych zabiegów trombektomii mechanicznej.

Szpital nierzetelnie prowadził dokumentację medyczną, gdyż w 20% badanych przypadkach w ww. dokumentacji odnotowano, że czynność kwalifikacji do zabiegu dokonana została nie przez lekarzy specjalistów w dziedzinie neurologii, a przez lekarzy bez specjalizacji w tej dziedzinie. We wszystkich badanych przypadkach w dokumentacji tej brak było również podpisów specjalistów w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej, którzy mieli dokonywać kwalifikacji do zabiegu zgodnie z § 7 ust. 1 pkt 5 lit. a rozporządzeniem MZ.

Szpital zapewnił ciągłość leczenia pacjentów po wykonanym zabiegu. We wszystkich badanych przypadkach pacjentom wymagającym rehabilitacji zapewniono bowiem opiekę fizjoterapeutów z oddziału rehabilitacji neurologicznej. Szpital współpracował także w ww. zakresie z podmiotami zewnętrznymi. Opracowano również poradnik edukacyjny dla pacjenta po udarze mózgu i jego rodziny, który przekazywano pacjentom przy wypisie.

W Szpitalu zapewniono odpowiednie warunki dla rozwoju zawodowego pracowników i podnoszenia ich kwalifikacji w zakresie wykonywania trombektomii mechanicznej. Przeprowadzono także wymagane szkolenia zespołów ratownictwa medycznego.

Szpital, jako realizator Programu, przekazał do Narodowego Funduszu Zdrowia Warmińsko-Mazurskiego Oddziału Wojewódzkiego w Olsztynie (dalej: OW NFZ) dane niezbędne do sfinansowania i rozliczenia pilotażu. Stwierdzona nieprawidłowość, dotycząca przekazania po terminie wynikającym z § 23 ust. 3 załącznika do rozporządzenia MZ z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁵ (dalej: rozporządzenie MZ w sprawie ogólnych warunków umów) 7,5% badanych raportów statystycznych, nie przeszkodziła w rozliczeniu Programu.

Szpital zapewniał także pozyskanie danych niezbędnych do oceny skuteczności praktycznej Programu, tj. danych o wskaźnikach realizacji Programu. Przyjęte rozwiązania, polegające m.in. na prowadzeniu formularza pilotażowego, umożliwiały pobranie informacji o stanie klinicznym pacjentów na kolejnych punktach kontrolnych (ocena skali Rankina po miesiącu, trzech i dwunastu od czasu zabiegu oraz dane

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

⁴ Dz.U. poz. 1985, ze zm.

⁵ Dz. U. z 2023 r. poz. 1194.

dotyczące śmiertelności po 30 dniach i trzech miesiącach). Zapewniono przekazanie informacji o ww. wskaźnikach do OW NFZ, zarówno poprzez sprawozdania dotyczące wskaźników realizacji pilotażu, jak też ankiety udarowe. Stwierdzono jednak, że ww. wskaźniki dotyczące 1,5% poddanych zabiegowi pacjentów nie zostały wykazane w przekazanych sprawozdaniach.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego kontrolowanej działalności

Opis stanu faktycznego

1. Szpital został wpisany do wykazu realizatorów Programu stanowiącego załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego dotyczącego leczenia ostrej fazy udaru niedokrwiennego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych⁶.

Wniosek o zawarcie umowy o realizację programu pilotażowego na kwotę 2 615,9 tys. zł, Szpital złożył do OW NFZ 2 sierpnia 2019 r., tj. 35 dni po wpisaniu go do wykazu realizatorów Programu, na wzorze określonym zarządzeniem nr 130/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 12 grudnia 2018 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie umów o realizację programu pilotażowego dotyczącego leczenia ostrej fazy udaru niedokrwiennego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych⁷ (dalej: zarządzenie nr 130/2018/DSOZ). Według wyjaśnień Dyrektor ww. wniosek został odrzucony, o czym Szpital został poinformowany telefonicznie. Następnie, pismem z 12 sierpnia 2019 r. Szpital został zaproszony przez OW NFZ do złożenia wniosku w ramach Programu.

(akta kontroli str. 8-122, 208)

Drugi wniosek o zawarcie umowy o realizację programu pilotażowego (dalej: wniosek) na kwotę 2 034,6 tys. zł Szpital złożył do OW NFZ 14 sierpnia 2019 r. Został on złożony na wzorze określonym zarządzeniem nr 130/2018/DSOZ. Do wniosku Szpital dołączył także dodatkowe załączniki, tj.:

- dwa oświadczenia wnioskodawcy, kopie polis i umów ubezpieczeniowych, wniosek w sprawie rachunku bankowego, a także dwie procedury (nr PA/OP2 – Postępowanie z pacjentami we wczesnej fazie udaru niedokrwiennego i nr PA/CO5a – Leczenie ostrej fazy udaru niedokrwiennego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych), tj. dokumenty wymagane do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określone w § 6 ust. 1 pkt 1-4 i 6-8 zarządzenia nr 128/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 7 grudnia 2018 r. w sprawie umów o realizację programu pilotażowego dotyczącego leczenia ostrej fazy udaru niedokrwiennego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych⁸ (dalej: zarządzenie 128/2018/DSOZ),
- plan rzeczowo-finansowy oraz harmonogram – zasoby, tj. załączniki do umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określone w załączniku nr 1 do zarządzenia nr 109/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 9 sierpnia 2019 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie umów o realizację programu pilotażowego dotyczącego leczenia ostrej fazy udaru niedokrwiennego

⁶ Dz. U. z 2019 r. poz. 1236.

⁷ NFZ.2018.130.

⁸ NFZ.2018.128.

za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych⁹ (dalej: zarządzenie nr 109/2019/DSOZ).

Szpital, 28 sierpnia 2019 r., został wezwany do uzupełniania braków we wniosku, tj. kopii dokumentów wskazujących samodzielnych operatorów oraz oświadczenia o zapewnieniu rehabilitacji pacjentów. Brakujące dokumenty przekazał 2 września 2019 r., tj. w terminie wskazanym przez OW NFZ.

(akta kontroli str. 86-87, 123-245)

Z analizy dokumentacji Szpitala wynikało, że na dzień złożenia wniosku spełniał on wymagania formalne organizacji świadczeń, wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną oraz zapewnienia realizacji badań określonych w § 7 ust. 1 pkt 1, 3 i 4 rozporządzenia MZ, tj. m.in.:

- posiadał oddział neurologiczny ujęty w Rejestrze Podmiotów Leczniczych Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonym przez Wojewodę Warmińsko-Mazurskiego¹⁰ (dalej: rejestr podmiotów leczniczych), a także oddział udarowy, który nie został wykazany we wniosku, natomiast był wpisany w ww. rejestrze¹¹,
- w pracowni hemodynamiki lub radiologii zabiegowej wykonał 289 procedur leczenia endowaskularnego naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych w okresie ostatnich dwóch lat kalendarzowych poprzedzających rok w wejścia w życie rozporządzenia MZ, których rejestr prowadzony był w systemie informatycznym,
- oddział neurochirurgiczny zabezpieczał możliwość wykonywania hemikraniektomii,
- posiadał urządzenia wymagane § 7 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia MZ i deklarowane w załączonym do wniosku harmonogramie – zasoby, tj. angiograf stacjonarny z możliwością wykonywania zabiegów neuroradiologicznych¹², a także urządzenie przeznaczone do usuwania materiału zatorowego z naczyń mózgowych, które było dzierżawione,
- w jego lokalizacji zapewniono dostęp do tomografu komputerowego z opcją naczyniową oraz perfuzją tomografii komputerowej¹³ (dalej: TK) oraz rezonansu magnetycznego z opcją naczyniową oraz dyfuzją i perfuzją rezonansu magnetycznego¹⁴ (dalej: RM).

Wraz z wnioskiem Szpital złożył do OW NFZ załącznik harmonogram – zasoby, w którym wykazał 124 osoby¹⁵ planowane do realizacji świadczeń zdrowotnych w ramach Programu, tj.:

- trzech specjalistów radiologii i diagnostyki obrazowej spełniających wymogi określone w § 7 ust. 1 pkt 2 lit. a, tირet jeden i dwa rozporządzenia MZ,
- 16 specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii, zgodnie z § 7 ust. 1 pkt 2 lit. b rozporządzenia MZ, z których jeden spełniał wymogi określone w § 7 ust. 2 lit. a tირet trzeci rozporządzenia MZ, tj. posiadał doświadczenie w pracy w oddziale zgodnym w profilem świadczenia,

⁹ NFZ.2019.109.

¹⁰ <https://rpwd.ezdrowie.gov.pl/RPM/DetailsConfirm?Id=14580>, WSS nr 000000015614, oddział neurologiczny nr 130.

¹¹ Nr 126.

¹² Wpisany do ewidencji środków trwałych Szpitala.

¹³ W pracowni tomografii komputerowej – poz. 153 wpisu WSS do rejestru podmiotów leczniczych, wpisany do rejestru środków trwałych Szpitala.

¹⁴ W pracowni rezonansu magnetycznego – poz. 152 wpisu WSS do rejestru podmiotów leczniczych, wpisany do rejestru środków trwałych Szpitala.

¹⁵ Spełnienie wymogów określonych w rozporządzeniu MZ wykazano dla 49 osób.

- dwie pielęgniarki operacyjne z co najmniej rocznym doświadczeniem w instrumentowaniu do zabiegów wewnątrznaczyniowych, w tym jedną specjalistkę w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego, a drugą w trakcie kursu kwalifikacyjnego, co było zgodne z § 7 ust. 1 pkt 2 lit. c rozporządzenia MZ,
- 30 pielęgniarek anestezyjologicznych, w tym dziewięć specjalistek pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki, a 21 po kursie kwalifikacyjnym w ww. dziedzinie, co było zgodne z § 7 ust. 1 pkt 2 lit. d rozporządzenia MZ,
- 15 techników elektroradiologów, co było zgodne z § 7 ust. 1 pkt 2 lit. e rozporządzenia MZ,
- 16 neurologów, w tym 13 specjalistów neurologii i trzech lekarzy w trakcie specjalizacji,
- dwóch specjalistów rehabilitacji medycznej,
- 13 fizjoterapeutów, tym dziewięciu techników fizjoterapii i czterech fizjoterapeutów,
- 31 pielęgniarek.

Badanie przeprowadzone na próbie dokumentacji kadrowej 10 osób wymienionych w załączonym do wniosku harmonogramie – zasoby jako spełniające wymogi określone w rozporządzeniu MZ wykazało, że trzy osoby były zatrudnione na podstawie umów o pracę, a siedem na podstawie umów o udzielenie zamówienia na świadczenie zdrowotne (dalej: umowy kontraktowe), a ponadto wszystkie osoby posiadały kwalifikacje zgodne z § 7 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia MZ.

We wniosku Szpital zadeklarował dostępność do świadczeń w ramach Programu siedem dni w tygodniu i 24 godziny na dobę.

Do 28 września 2023 r. Szpital nie zawarł porozumienia z innymi realizatorami Programu w zakresie pełnienia dyżurów, o którym mowa w § 7 ust. 1 pkt 5 lit. e rozporządzenia MZ.

Do dnia podpisania umowy, tj. do 16 września 2019 r., Szpital nie otrzymał zatwierdzenia przez NFZ złożonych wraz z wnioskiem procedur, o których mowa w § 7 ust. 1 pkt 5 lit. f-h rozporządzenia MZ. Według wyjaśnień Dyrektor Szpitala niezakwestionowanie procedur odebrano jako ich zatwierdzenie.

(akta kontroli str. 88-117, 123-207, 215-255)

2. Umowa nr 14-00-00774-19/001/18/03/PPZ o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programu pilotażowego dotyczącego leczenia ostrej fazy udaru niedokrwiennego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych (dalej: umowa) została zawarta 16 września 2019 r. Do 30 sierpnia 2023 r. podpisano do niej 18 aneksów¹⁶.

Umowę, załącznik nr 1 i nr 3 zawarto według wzoru określonego zarządzeniem nr 109/2019/DSOZ, natomiast załącznik nr 2 nie był zgodny z wzorem określonym w ww. zarządzeniu, bowiem nie zawierał trzech z czterech części określonych w załączniku nr 1 do zarządzenia nr 109/2019/DSOZ, tj.:

- tabeli zawierającej następujące informacje: nr pozycji umowy (a), kod zakresu świadczeń (b), zakres świadczeń (c), kod miejsca udzielania świadczeń (d), nazwa miejsca udzielania świadczeń (e), adres miejsca udzielania świadczeń (f), część VII kodu resortowego (g), część VIII kodu resortowego (h), profil IX-X cz. kodu resortowego (i),

¹⁶ Tj. 31 października 2019 r., 3 grudnia 2019 r., 20 grudnia 2019 r., 27 listopada 2020 r., 8 grudnia 2020 r., 18 grudnia 2020 r., 29 grudnia 2020 r., 9 lipca 2021 r., 10 grudnia 2021 r., 31 grudnia 2021 r., 13 stycznia 2022 r., 27 stycznia 2022 r., 14 kwietnia 2022 r., 9 sierpnia 2022 r., 4 października 2022 r., 15 grudnia 2022 r., 20 grudnia 2022 r. i 2 sierpnia 2023 r.

- części nr I. Dostępność miejsca udzielania świadczeń,
- część nr III. Sprzęt.

Załącznik nr 2 został skorygowany aneksem do umowy z 31 października 2019 r. Według wyjaśnień Dyrektor ww. załącznik był sporządzony ręcznie (poza systemem informatycznym) i dlatego nie można było wygenerować z systemu brakujących danych.

Analiza złożonego wniosku i umowy wykazała, że:

- kadra medyczna wykazana w załączniku nr 2 do umowy harmonogram – zasoby była zgodna ze złożonym z wnioskiem załącznikiem i obejmowała 124 osoby,
- kwota zobowiązania OW NFZ wobec Szpitala z tytułu realizacji umowy w okresie od 16 września 2019 r. do 31 grudnia 2019 r. wyniosła 1 453,3 tys. zł i była o 581,3 tys. zł niższa niż kwota, o którą Szpital aplikował we wniosku¹⁷. Dyrektor wyjaśniła, że ostateczny poziom finansowania został ustalony 12 września 2019 r. w ramach przeprowadzonych z OW NFZ negocjacji,
- kod miejsca wykonywania świadczeń wskazany w załączniku nr 1 do umowy – plan rzeczowo-finansowy był inny niż wskazany w złożonych z wnioskiem załącznikach, tj. planem rzeczowo-finansowym oraz harmonogramem – zasoby, bowiem w umowie wpisano nr 9928, a we wniosku nr 29269. Wykazanie ww. kodu w umowie spowodowało brak możliwości sporządzenia dokumentów rozliczeniowych za miesiące wrzesień i październik 2019 r. (co opisano w pkt 7 niniejszego wystąpienia). Według wyjaśnień Dyrektor Szpitala była to pomyłka, która została skorygowana aneksem do umowy z 31 października 2019 r.

(akta kontroli str. 423-207, 209-225, 256-498)

3. W latach 2019-2023 (I połowa) Szpital przyjął 5 761 pacjentów z chorobami naczyń mózgowych¹⁸, tj. 1 260 w 2019 r., 937 w 2020 r., 1 336 w 2021 r., 1 487 w 2022 r. i 741 w 2023 r. (do 30 czerwca). Pacjenci z udarami niedokrwiennymi¹⁹ stanowili 66% (3 798 osób) pacjentów z chorobami naczyń mózgowych. W kolejnych latach było to odpowiednio: w 2019 r. – 68% (853 osoby), w 2020 r. – 62% (582), w 2021 r. – 68% (911), w 2022 r. – 65% (963) i w 2023 r. (I połowa) – 66% (489).

(akta kontroli str. 499)

4. W latach 2019-2023 (stan na 30 czerwca 2023 r.) Szpital wykonał 329 zabiegów trombektomii mechanicznej, w tym 13 w 2019 r., 72 w 2020 r., 100 w 2021 r., 93 w 2022 r. i 51 w 2023 r.

Cena jednostki rozliczeniowej objętej Programem w okresie od września 2019 r. do marca 2022 r. wynosiła 1 zł, a w okresie od kwietnia 2022 r. do czerwca 2022 r. – 1,05 zł. W związku z ustawą z dnia 26 maja 2022 r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagradzania zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw²⁰ oraz rekomendacją Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji²¹, cena ta wzrosła i od lipca 2022 r. wynosiła 1,23 zł.

¹⁷ Tj. 2 034,6 tys. zł.

¹⁸ Kody I60-I69 – choroby naczyń mózgowych według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (Rewizja 10).

¹⁹ Kody I63-I64 – choroby naczyń mózgowych według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (Rewizja 10).

²⁰ Dz. U. z 2022 r. poz. 1352.

²¹ Obwieszczenie z 13 lipca 2022 r. w sprawie rekomendacji nr 65/2022 z dnia 13 lipca 2022 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Do rozliczenia w ramach umowy Szpital wykazał 326 zabiegów²² o łącznej wartości²³ 10 214,3 tys. zł. Wartość udzielonych świadczeń w poszczególnych latach wyniosła 319,7 tys. zł w 2019 r., 2 034,6 tys. zł w 2020 r., 2 935,6 tys. zł w 2021 r., 3 029,7 tys. zł w 2022 r. i 1 894,8 tys. zł w 2023 r. Do 30 czerwca 2023 r. Szpital otrzymał 95,1% kwoty wykazanej w wystawionych z tytułu ww. umowy rachunkach²⁴.

Szpital wykonał²⁵ zabiegi za 73,6% maksymalnej kwoty zobowiązania wynikającej z umowy. Najwyższe wykonanie (100%) zapewniono w 2021 r., a najniższe w 2019 r. i wyniosło ono 22% maksymalnej kwoty zobowiązania na ten rok²⁶. W I półroczu 2023 r. wartość ta wyniosła 49,3%.

(akta kontroli str. 407-485, 500-501)

5. W badanym okresie Szpital zapewnił ciągłość realizacji świadczeń w ramach Programu. Nie wystąpiły przerwy w udzielaniu świadczeń związane m.in. COVID-19.

(akta kontroli str. 502-508)

Analiza dokumentacji medycznej 30 pacjentów, u których wykonano zabieg trombektomii mechanicznej²⁷ w ramach Programu w latach 2019-2023 (do 30 sierpnia 2023 r.) wykazała, że w skład zespołów kwalifikujących do zabiegu:

- w 24 przypadkach wchodził lekarze specjaliści w dziedzinie neurologii z doświadczeniem w zakresie leczenia udarów mózgu, co było zgodne z § 7 ust. 1 pkt 5 lit. a tiret pierwszy rozporządzenia MZ, natomiast w sześciu przypadkach w zespole kwalifikującym odnotowano udział lekarzy nieposiadających specjalizacji w dziedzinie neurologii, a nie lekarzy specjalistów w tej dziedzinie (opisano w pkt 1 sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*),
- we wszystkich przypadkach w ww. dokumentacji nie odnotowano udziału w ww. zespołach specjalistów radiologii i diagnostyki obrazowej i lekarzy wykonujących zabieg (opisano w pkt 1 sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

Ponadto ww. analiza wykazała, że wszyscy lekarze neurologzy²⁸ (11) dokonujący kwalifikacji do ww. 30 zabiegów trombektomii mechanicznej byli wpisani w załączniku nr 2 harmonogram – zasoby do umowy, czym spełniono wymóg określony w § 2 ust. 4 umowy oraz w § 6 zarządzenia nr 45/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 października 2009 r. w sprawie korzystania z Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia²⁹ (dalej: zarządzenie 45/2009/DSOZ).

(akta kontroli str. 256-300, 307-336, 338-368, 371-400, 404-434, 444-451, 502-577)

Analiza dokumentacji ww. 30 zabiegów w zakresie składu zespołu przeprowadzającego zabieg wykazała m.in., że we wszystkich przypadkach:

- zabiegi wykonywali lekarze specjaliści radiologii i diagnostyki obrazowej, spełniający wymogi określone w § 7 ust. 1 pkt 2 lit. a ww. rozporządzenia MZ,
- w skład ww. zespołu wchodziła pielęgniarka anestezjologiczna spełniająca wymogi określone w § 7 ust. 1 pkt 2 lit. d rozporządzenia MZ, a także technik lub technicy elektroradiologii, zgodnie z § 7 ust. 1 pkt 2 lit. e ww. rozporządzenia,

²² Opieka lekarska nad trzema pacjentami, którym zabieg trombektomii mechanicznej wykonano w I półroczu 2023 r. zakończyła się II półroczu 2023 r.

²³ Zgodnie z wystawionymi fakturami.

²⁴ Pozostała kwota kwotę Szpital otrzymał w II półroczu 2023 r.

²⁵ Na 30 czerwca 2023 r.

²⁶ W 2020 r. wykonanie to wyniosło 89,7% a w 2022 r. 86,6% maksymalnej kwoty zobowiązania.

²⁷ Dobór celowy – dokumentacja pierwszych pięciu pacjentów poddanych zabiegowi w ramach Programu i dobór losowy w pozostałych przypadkach.

²⁸ W tym dwóch lekarzy nieposiadających specjalizacji w dziedzinie neurologii i jeden ze specjalizacją w dziedzinie neurologii od 5 listopada 2021 r.

²⁹ NFZ.2009.7.45.

- zespoły przeprowadzające zabiegi miały w trakcie zabiegu dostęp do konsultacji neurologicznej, czym spełniono wymóg określony w § 7 ust. 1 pkt 5 lit. b rozporządzenia MZ,
- pacjenci po wykonanym zabiegu byli hospitalizowani w oddziale udarowym Szpitala.

Analiza ta wykazała również, że:

- w 18 przypadkach w skład zespołu przeprowadzającego zabieg wchodził lekarze specjaliści w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, a w pozostałych 12 – lekarze rezydenci w trakcie specjalizacji w tej dziedzinie, którzy w momencie wykonywania znieczulenia byli nadzorowani przez lekarzy specjalistów w ww. dziedzinie, co było zgodne z § 7 ust. 1 pkt 2 lit. b rozporządzenia MZ,
- w dziesięciu przypadkach w skład zespołu przeprowadzającego zabieg wchodziły dwie pielęgniarki operacyjne z co najmniej rocznym doświadczeniem w instrumentowaniu do zabiegów wewnątrznaczyniowych, w tym jedna specjalistka w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego lub po kursie kwalifikacyjnym w ww. dziedzinie, co było zgodne z § 7 ust. 1 pkt 2 lit. c rozporządzenia MZ; w pozostałych 20 przypadkach w trakcie zabiegu nie zapewniono udziału dwóch pielęgniarek operacyjnych (opisano w pkt 2 sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

Analiza wykazała także, że personel wchodzący w skład zespołów przeprowadzających ww. 30 zabiegów trombektomii mechanicznej w przypadku:

- trzech lekarzy specjalistów radiologii i diagnostyki obrazowej, ośmiu lekarzy specjalistów w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, 15 pielęgniarek lub pielęgniarzy anestezjologicznych, dwóch pielęgniarek operacyjnych został wykazany w załączniku nr 2 harmonogram – zasoby do umowy i aneksów, czym spełniono wymóg określony w § 2 ust. 4 umowy oraz w § 6 zarządzenia nr 45/2009/DSOZ,
- czterech lekarzy specjalistów w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, jednej pielęgniarki anestezjologicznej, jednej pielęgniarki operacyjnej i trzech pielęgniarek, które brały udział w zabiegach jako pielęgniarki operacyjne³⁰, Szpital nie wykazał ich w ww. załączniku (opisano w pkt 3 sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli str. 91-117, 209-214, 251-252, 256-300, 307-336, 338-368, 371-400, 404-434, 444-451, 460-485, 502-507, 509-510, 526-549, 578-581)

Zgodnie z zarządzeniem Dyrektora³¹ od 1 października 2019 r. wszyscy pracownicy Szpitala, zarówno zatrudnieni na podstawie umów o pracę, umów cywilnoprawnych, zlecenia jak również o świadczenia usług medycznych, obowiązani byli do rejestracji wejść na teren Szpitala, a od 1 października 2020 r.³² do rejestracji wejść i wyjść z terenu Szpitala związanych w rozpoczęciem i zakończeniem pracy. Dodatkowo, w przypadku personelu zatrudnionego na podstawie umów kontraktowych podstawą do wypłaty wynagrodzenia było comiesięczne złożenie wykazu udzielonych świadczeń zdrowotnych.

Zapisy w systemie rejestracji wejść i wyjść nie umożliwiły weryfikacji obecności i godzin pracy personelu kwalifikującego i przeprowadzającego ww. 30 zabiegów trombektomii mechanicznej, bowiem personel ten dokonywał pojedynczych rejestracji

³⁰ Dwie pielęgniarki specjalizacja pielęgniarstwo chirurgiczne i jedna pielęgniarka bez specjalizacji.

³¹ Zarządzenie WSS nr 36/19.

³² Zarządzenie WSS nr 48/20.

wejścia do Szpitala lub wyjścia poza jego teren lub nie rejestrował ich wcale (opisano w pkt 4 sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli str. 509-510, 582-584)

Badanie przeprowadzone na dokumentacji dotyczącej 10 dni, w których nie przeprowadzono zabiegów trombektomii mechanicznej w ramach Programu, wykazało, że:

- we wszystkich badanych dniach zapewniono dostępność lekarza specjalisty w dziedzinie neurologii mającego doświadczenie w zakresie leczenia udarów mózgu, lekarza specjalisty radiologii i diagnostyki obrazowej, lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji lub anestezjologii i intensywnej terapii, pielęgniarki anestezjologicznej oraz technika elektroradiologa,
- w trzech dniach zapewniono dostępność dwóch pielęgniarek operacyjnych wykazanych w załączniku nr 2 harmonogram – zasoby do umowy i aneksów, w dwóch dniach zapewniono dostępność jednej pielęgniarki operacyjnej w wybranych godzinach, a w czterech dniach nie zapewniono dostępności żadnej z dwóch ww. pielęgniarek operacyjnych (opisano w pkt 5 sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli str. 251-252, 578-581, 586-587, 591-618)

Analiza dokumentacji pięciu³³ pacjentów wykazała, że w przypadku czterech z nich zapewniono im rehabilitację na oddziale udarowym do siedmiu dni po zabiegu, a w jednym przypadku nie wystawiono zlecenia na fizjoterapię³⁴. W czterech ww. przypadkach zlecenia na fizjoterapię lekarze prowadzący wystawili od jednego do trzech dni po wykonanym zabiegu trombektomii mechanicznej. Rehabilitacja była zapewniona przez fizjoterapeutów z oddziału rehabilitacji neurologicznej.

Zapewnienie ciągłości w realizacji świadczeń zdrowotnych pacjentów, u których przeprowadzono zabieg trombektomii mechanicznej realizowane było także na podstawie umów o współpracy z Wojewódzkim Szpitalem Rehabilitacyjnym w Górowie Iławeckim³⁵ oraz Szpitalem Pomocy Maltańskiej pw. Bł. Gerarda Fundacji Polskich Kawalerów Maltańskich w Warszawie „Pomoc Maltańska” oddział w Barczewie³⁶. Ponadto, jak wyjaśniła Dyrektor, w Szpitalu zatrudnieni byli pracownicy socjalni, którzy współpracowali z pracownikami Szpitala oraz placówkami, które zajmowały się opieką nad ludźmi z zakończonym procesem leczniczym, ale wymagającymi dalszej opieki, pielęgnacji lub rehabilitacji, tj. zakładami opiekuńczo-leczniczymi, zakładami pielęgnacyjno-opiekuńczymi, oddziałami rehabilitacyjnymi.

W Szpitalu opracowane zostały następujące procedury: postępowania z pacjentami we wcześniej fazie udaru niedokrwienego oraz leczenia ostrej fazy udaru niedokrwienego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych – transport pacjenta. Nie zawierały one wprawdzie zapisów dotyczących sposobu koordynacji leczenia przez lekarza prowadzącego, jednakże analiza 30 przypadków wykazanych w pkt 5 niniejszego wystąpienia wykazała, że w pięciu nastąpił zgon pacjenta, a w 25 koordynowano zapewnienie ciągłości świadczeń zdrowotnych z zakresu rehabilitacji lub świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach długoterminowej opieki, co było wymagane

³³ Pięciu ostatnich chronologicznie zabiegów z próby 30 dokumentacji medycznej pacjentów, u których przeprowadzono zabieg trombektomii mechanicznej.

³⁴ Zgon pacjenta.

³⁵ Umowa zawarta 1 kwietnia 2021 r.

³⁶ Umowa zawarta 1 maja 2013 r. z aneksami.

przez § 7 ust. 1 pkt 5 lit. c³⁷ rozporządzenia MZ. Po zakończeniu hospitalizacji przekazano też lekarzom podstawowej opieki zdrowotnej, w formie karty informacyjnej, informacje o pacjencie, co było zgodne z § 7 ust. 1 pkt 5 lit. d rozporządzenia MZ.

Ponadto w Szpitalu opracowano poradnik dla pacjenta po udarze mózgu oraz jego rodziny, który według wyjaśnień pielęgniarki oddziałowej oddziału rehabilitacji neurologicznej przekazywany był pacjentom przy wypisie.

(akta kontroli str. 226-245, 509-510, 619-644)

Według stanu na 21 września 2023 r. Szpital dysponował:

- angiografem stacjonarnym z możliwością wykonywania zabiegów neuroradiologicznych (dalej: angiograf) oraz urządzeniem przeznaczonym do usuwania materiału zatorowego z naczyń mózgowych (dalej: urządzenie do usuwania materiału zatorowego), zlokalizowanymi w pracowni badań naczyniowych, radiologii zabiegowej i neuroradiologii, czym spełniono wymóg określony w § 7 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia MZ,
- TK z opcją naczyniową i perfuzją TK w pracowni tomografii komputerowej oraz RM z opcją naczyniową oraz dyfuzją i perfuzją RM w pracowni ultrasonografii i rezonansu magnetycznego, czym spełniono wymóg określony przez § 7 ust. 1 pkt 4 rozporządzenia MZ,
- aparatem USG z opcją kolorowego Dopplera (dalej: aparat USG) znajdującym się w oddziale neurologicznym, co było wymagane zapisami w lp. 2 załącznika nr 4 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego³⁸.

Na 21 września 2023 r. wszystkie ww. urządzenia były sprawne i wykorzystywane w diagnostyce. W okresie objętym kontrolą dokonywano wymaganych przeglądów technicznych ww. sprzętu i aparatury.

Do 31 sierpnia 2023 r. nie wystąpiły przerwy w dostępie do angiografu, urządzenia do usuwania materiału zatorowego, RM oraz aparatu USG. W przypadku TK, urządzenie było niesprawne od 9 stycznia 2023 r. do 11 stycznia 2023 r. Według wyjaśnień Dyrektor została zachowana ciągłość wykonywania badań TK, ponieważ Szpital (na podstawie umowy³⁹) mógł w tym czasie korzystać z aparatu TK należącego do zewnętrznego podmiotu i znajdującego się w pracowni PET-CT zlokalizowanej na terenie Szpitala.

Urządzeń tych nie wykazano w załączniku nr 2 harmonogram-zasoby do umowy, opisano w pkt 2 niniejszego wystąpienia. W aneksach do umowy, w których wypełniono punkt dotyczący sprzętu, tj. z 20 grudnia 2019 r., 27 listopada 2020 r., 29 grudnia 2020 r., 13 stycznia 2022 r. i 20 grudnia 2022 r., uwzględniono: angiograf stacjonarny, TK i RM, co było zgodne z § 4 ust. 2 umowy, nie wykazano natomiast urządzenia do usuwania materiału zatorowego. Według wyjaśnień Dyrektor, Szpital nie mógł dokonać zgłoszenia ww. sprzętu, ponieważ brak było tego urządzenia w słowniku w systemie NFZ.

(akta kontroli str. 91-109, 248-250, 526-549, 645-652)

³⁷ W 10 przypadkach było to skierowanie do oddziału rehabilitacyjnego (w tym w pięciu – znajdującego się w innym szpitalu), w dwóch – skierowano pacjenta do oddziału neurologicznego innego szpitala lub zalecono kontrole w poradni neurologicznej, w trzech – przekazano pacjenta do zakładu opiekuńczo-leczniczego, w dwóch – skierowano pacjenta do oddziału rehabilitacyjnego, w dwóch – zalecono leczenie w ramach podstawowej opieki zdrowotnej w pozostałych trzech – rehabilitację domową.

³⁸ Dz.U. z 2023 r. poz. 870.

³⁹ Umowa zawarta 18 czerwca 2020 r. z Affidea Spółka z ograniczoną odpowiedzialności na czas określony od 1 lipca 2020 r. do 31 stycznia 2023 r.

6. Badanie, którym objęto 10 wybranych miesięcy⁴⁰ czasu pracy wszystkich trzech lekarzy specjalistów radiologii i diagnostyki obrazowej, którzy spełniali wymogi określone w § 7 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia MZ i do 30 sierpnia 2023 r. wykonali w Szpitalu wszystkie zabiegi trombektomii mechanicznej w ramach Programu, wykazało, że elektroniczny system rejestracji wejść i wyjść związanych z rozpoczęciem i zakończeniem pracy obowiązujący w Szpitalu⁴¹ nie umożliwił weryfikacji ich obecności i godzin pracy. Wystąpiły bowiem miesiące, kiedy ww. lekarze nie zarejestrowali wejść do Szpitala i wyjść poza jego teren lub dokonali pojedynczych rejestracji wejścia lub wyjścia poza teren (opisano w pkt 4 sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

W związku z powyższym badanie przeprowadzono na podstawie rozkładów pracy lekarza⁴² oraz wykazów udzielonych świadczeń stanowiących załączniki do faktur⁴³. Wykazało ono, że:

- w przypadku jednego lekarza zatrudnionego na podstawie umowy o pracę dyżury odbywały się w formie stacjonarnej⁴⁴, a przypadku dwóch lekarzy zatrudnionych na podstawie umów kontraktowych stacjonarnie⁴⁵ oraz w opcji „pod telefonem”⁴⁶,
- w przypadku jednego lekarza zatrudnionego na umowę o pracę, zgodnie z rozkładem pracy we wszystkich badanych miesiącach, zapewniono co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku, a w przypadku pełnienia dyżuru medycznego, był on udzielony bezpośrednio po jego zakończeniu, co było zgodne z art. 97 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁴⁷,
- w przypadku dwóch lekarzy zatrudnionych na podstawie umów kontraktowych, zgodnie z wykazami udzielonych świadczeń przedstawionych przez ww. lekarzy i zatwierdzonych przez kierownika zakładu radiologii i diagnostyki obrazowej, we wszystkich badanych miesiącach również zapewniono co najmniej 11 godzin nieprzerwanego odpoczynku, a w przypadku pełnienia dyżuru medycznego, był on udzielony bezpośrednio po jego zakończeniu,
- w obu umowach kontraktowych nie było zapisów dotyczących czasu stawienia się z podmiocie leczniczym. Według wyjaśnień Dyrektora Szpitala, do 19 października 2023 r. Szpital nie został pisemnie poinformowany przez OW NFZ o możliwości realizacji świadczeń zdrowotnych w ramach Programu poprzez odbywanie dyżuru lekarskiego poza jego lokalizacją, w opcji „pod telefonem” w wybranie dni miesiąca, pod warunkiem, że od czasu przyjęcia chorego do Szpitala przyjazd lekarza wykonującego zabieg do tej placówki nie przekroczy 45 minut. W interpretacji Szpitala, takiej samej jak i innych ośrodków trombektomijnych, realizacja świadczeń zdrowotnych była zabezpieczona poprzez pełnienie dyżurów przez radiologów w opcji „pod telefonem”.

Ponadto, w badanych miesiącach wystąpiło pięć przypadków, kiedy zabieg trombektomii mechanicznej przeprowadzono po ponad dwóch godzinach⁴⁸ od przyjęcia pacjenta do Szpitala, a lekarze pełnili wtedy dyżur w opcji „pod telefonem”.

⁴⁰ Tj. po dwa miesiące w każdym z lat objętych kontrolą.

⁴¹ Przyjęty zarządzeniem WSS nr 36/19 i zarządzeniem WSS nr 48/20.

⁴² W przypadku lekarza zatrudnionego na podstawie umowy o pracę.

⁴³ W przypadku lekarzy zatrudnionych na podstawie umów o udzielenie zamówień na świadczenia zdrowotne.

⁴⁴ Dyżur w wymiarze 16 godz. 25 min. (15:05-7:30) lub dyżur świąteczny w dzień wolny od pracy – wymiar 24 godz. (8:00-8:00).

⁴⁵ Tj. opieka lekarska rozumiana jako samodzielne udzielanie świadczeń zdrowotnych łącznie przez 16 godzin 30 minut dziennie w dni powszednie oraz całodobowo w dni wolne i świąteczne.

⁴⁶ Tj. zabezpieczenie wykonywania usług, tj. oczekiwanie i udzielanie świadczeń zdrowotnych na wezwanie lekarza świadczącego opiekę lekarską w dziale diagnostyki obrazowej, w dni powszednie oraz całodobowo w dni wolne i świąteczne.

⁴⁷ Dz. U. z 2023 r. poz. 991.

⁴⁸ Tj. od 2 godzin 1 minuty do 10 godzin i 27 minut od przyjęcia pacjenta do WSS.

Według wyjaśnień Dyrektor, w czterech przypadkach radiolog interwencyjny przybył do Szpitala przed upływem 45 minut od przyjęcia pacjenta, a w jednym przypadku wynikało to z konieczności oczekiwania na dostępność pracowni naczyniowej, w której prowadzono inny zabieg.

(akta kontroli str. 251-252, 578-590,605-618, 653-809)

7. Zgodnie z umową (§ 5) Szpital sprawozdał w raportach statystycznych⁴⁹ informacje o wszystkich 326 zabiegach⁵⁰ trombektomii mechanicznej wykonanych w latach 2019-2023 (według stanu na 30 czerwca 2023 r.) i zaewidencjonowanych w prowadzonym rejestrze świadczeń opieki zdrowotnej⁵¹. Informacje te były przekazywane sukcesywnie i dotyczyły poszczególnych zabiegów udzielonych pacjentom.

Szpital przekazał do OW NFZ dokumenty rozliczeniowe⁵² niezbędne do sfinansowania i rozliczenia pilotażu, tj. rachunki wraz z raportami statystycznymi za poszczególne miesiące od listopada 2019 r. do czerwca 2023 r. W dokumentach rozliczeniowych za listopad 2019 r. sprawozdał i rozliczył zabiegi trombektomii mechanicznej wykonane we wrześniu i październiku 2019 r. Dyrektor wyjaśniła, że nie było możliwości przekazania dokumentów rozliczeniowych dotyczących września i października 2019 r. z uwagi na konieczność udostępnienia przez OW NFZ umowy z korektą miejsca udzielania świadczenia. Aneks do umowy zawarto 31 października 2019 r.

Analiza rachunków za 10 miesięcy i dołączonych do nich raportów statystycznych (80) wykazała, że raporty te przekazywane były do OW NFZ w formie elektronicznej⁵³ po zakończeniu opieki lekarskiej nad pacjentem, u którego wykonano zabieg (do 203 dni od jej zakończenia). W 61 przypadkach dane o zabiegach trombektomii mechanicznej sprawozdano w dokumentach rozliczeniowych w terminach umożliwiającym ich rozliczenie, w miesiącu następującym po miesiącu, w którym opiekę lekarską zakończono. W 19 przypadkach rozliczenie nastąpiło w kolejnych miesiącach ze względu na konieczność złożenia korekty raportu statystycznego (11 przypadków), ustalenia ubezpieczenia pacjenta (jeden przypadek) i przekroczenia kwoty ustalonej harmonogramem umowy (jeden przypadek). Sześć raportów statystycznych sprawozdano w terminach od 28 do 203 dni od dnia zakończenia ww. opieki (opisano w pkt 6 sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

W 37 przypadkach (46,2% badanych) raporty statystyczne nie spełniły określonych przez NFZ reguł weryfikacji, tj. wystąpiły błędy braku kodu ankiety udarowej, niepoprawnego typu kodu personelu realizującego świadczenie lub ceny jednostkowej, która nie była zgodna z aktualnym planem umowy. Szpital uzupełnił lub poprawił przekazane raporty statystyczne w rocznym okresie rozliczeniowym.

Na 9 października 2023 r. wszystkie 326 zabiegi trombektomii mechanicznej przeprowadzone w latach 2019-2023 (do 30 czerwca 2023 r.) zostały rozliczone i opłacone.

(akta kontroli str. 501-507, 526-537, 810-827, 880)

W okresie objętym kontrolą Szpital sporządził wszystkie wymagane sprawozdania dotyczące wskaźników realizacji pilotażu (dalej: sprawozdania), o których mowa w § 9 ust. 3 pkt 2 rozporządzenia MZ. Pięć sprawozdań⁵⁴ sporządzono po każdym

⁴⁹ Tj. informacji o poszczególnych świadczeniach opieki zdrowotnej, które zostały udzielone w okresie sprawozdawczym zgodnie z § 1 pkt 9 załącznika do rozporządzenia MZ w sprawie ogólnych warunków umów.

⁵⁰ Zabiegi udzielone pacjentom, nad którymi opieka lekarska została zakończona.

⁵¹ Asseco Medical Management System (dalej: AMMS).

⁵² O których mowa w § 23 ust. 3 załącznika do rozporządzenia MZ w sprawie ogólnych warunków umów.

⁵³ Z wykorzystaniem Systemu Zarządzania Obiegiem Informacji.

⁵⁴ Sprawozdania za okres od 1 września 2019 r. do 30 listopada 2020 r.

kwartale obowiązywania umowy, natomiast po 8 grudnia 2020 r.⁵⁵ kolejne pięć sporządzono za okresy wskazane w § 11 ust. 1 rozporządzenia MZ⁵⁶. Były one zgodne ze wzorem określonym w załączniku nr 7 do zarządzenia nr 128/2018/DSOZ. Dziewięć z tych sprawozdań Szpital przekazał do OW NFZ od czterech do 18 dni od zakończenia okresu sprawozdawczego, sprawozdanie za okres od 1 stycznia do 30 czerwca 2023 r. przekazano 16 sierpnia 2023 r., tj. po 47 dniach po zakończeniu ww. okresu. Dyrektor wyjaśniła, że było to spowodowane zaleceniem przez OW NFZ uwzględnienia danych dotyczących skali Rankina oraz śmiertelności pacjentów na 31 lipca 2023 r.

W dwóch sprawozdaniach⁵⁷ za poszczególne okresy sprawozdawcze ujęto wskaźniki realizacji Programu dotyczące pacjentów, których leczenie zakończono. W pozostałych nie uwzględniono wszystkich pacjentów, których hospitalizacja w związku z wykonanym zabiegiem została zakończona w danym okresie sprawozdawczym lub wykazano pacjentów z innego okresu (opisano pkt 7 sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

Analiza dokumentacji medycznej pierwszych pięciu pacjentów poddanych zabiegowi w ramach Programu wykazała, że wskaźniki realizacji pilotażu⁵⁸ wykazane w sprawozdaniach były zgodne z posiadaną przez Szpital dokumentacją, w tym z dokumentacją medyczną. Na potrzeby monitorowania wskaźników Programu Szpital sporządził bowiem formularze (w formie papierowej) zawierające informacje o okresie hospitalizacji, dane umożliwiające kontakt z pacjentem lub rodziną, informacje o nawiązaniu kontaktu lub o jego braku. Zamieszczono w nim również dane zbierane w punktach kontrolnych (ocena skali Rankina po miesiącu, trzech i 12 od czasu zabiegu oraz dane dotyczące śmiertelności po 30 dniach i trzech miesiącach). Dla wszystkich 30 pacjentów objętych badaniem, o których mowa w pkt 5 niniejszego wystąpienia Szpital założył i prowadził ww. formularze.

W okresie od września 2019 r. do listopada 2020 r., zgodnie z § 13 zarządzenia 128/2018/DSOZ, dane w sprawozdaniu Szpital ujmował w sposób narastający, wykazując informacje o stanie klinicznym pacjenta po przeprowadzonym zabiegu. Od 8 grudnia 2020 r. Prezes NFZ dokonał zmiany § 13 ust. 1 zarządzenia nr 128/2018/DSOZ, w wyniku której Szpital nie był obowiązany do wskazywania danych w sprawozdaniach w sposób narastający. W wyniku ww. zmiany w sprawozdaniu nie ujmowano informacji o stanie klinicznym pacjentów po miesiącu, trzech miesiącach i 12 miesiącach według skali Rankina oraz śmiertelności do 30 dni od zabiegu lub trzech miesięcy od zabiegu, jeżeli okresy te na dzień sporządzania sprawozdania nie minęły. Szpital pobierał jednak informacje o ww. wskaźnikach, a następnie sprawozdawał je do OW NFZ w ankiecie udarowej⁵⁹ zawierającej m.in. dane dotyczące stanu funkcjonalnego pacjenta⁶⁰. Analiza danych dotyczących 30 pacjentów, o których mowa w pkt 5 niniejszego wystąpienia wykazała, że w 20 z 22 ankiet złożonych po 1 lipca 2020 r. Szpital wykazał informacje o stanie pacjentów w skali Rankina i ich śmiertelności⁶¹. W dwóch przypadkach dane te nie zostały przekazane. Z wyjaśnień Dyrektor oraz koordynatora oddziału neurologicznego

⁵⁵ W związku wejściem w życie zarządzenia 190/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 7 grudnia 2020 r. zmieniające zarządzenie w sprawie umów o realizację programu pilotażowego dotyczącego leczenia ostrej fazy udaru niedokrwienego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych.

⁵⁶ Tj. od 1 grudnia 2020 r. do 31 maja 2021 r.; od 1 czerwca do 30 listopada 2021 r.; od 1 grudnia 2021 r. do 31 maja 2022 r.; od 1 czerwca do 31 grudnia 2022 r.; od 1 stycznia do 30 czerwca 2023 r.

⁵⁷ Sprawozdania za okresy do 1 września do 30 listopada 2019 r. i od 1 stycznia do 30 czerwca 2023 r.

⁵⁸ Dane dotyczące oceny stanu pacjenta według skali Rankina po miesiącu, trzech miesiącach oraz 12 miesiącach oraz śmiertelności do 30 dni i 3 miesięcy od zabiegu.

⁵⁹ Ankieta udarowa udostępniona od 1 lipca 2020 r. w aplikacji Ankiety medyczne.

⁶⁰ Skali Rankina po miesiącu, trzech i 12 miesiącach oraz śmiertelności.

⁶¹ Według stanu na 25 września 2023 r.

i udarowego, wynikało, że z jednym z tych pacjentów Szpital nie nawiązał kontaktu, jednakże udostępniony formularz ankiety nie przewidywał sprawozdania o takiej sytuacji. W przypadku drugiego z pacjentów dane uzupełniono w trakcie czynności kontrolnych NIK.

Ponadto Dyrektor oraz koordynator oddziału neurologicznego i udarowego wyjaśnili, że oceny stanu klinicznego pacjenta dokonywano w poradni neurologicznej Szpitala, którą rekomendowano jako opiekującą się pacjentami poudarowymi. U pacjentów, którzy z różnych przyczyn (ciężka niepełnosprawność uniemożliwiająca przybycie do poradni, pobyt w zakładach opiekuńczo-leczniczych, względy epidemiologiczne) nie mogli osobiście przybyć do poradni oceny dokonywano za pomocą kontaktu telefonicznego, wykorzystując instrukcje zdalnej oceny niesprawności. W przypadku, gdy nie można było uzyskać kontaktu telefonicznego z pacjentem lub jego opiekunem, dany punkt kontrolny był raportowany jako „brak danych”.

Dokumentacja pacjentów zawierała ponadto informacje o korzystaniu z systemu e-WUŚ do pobrania i wykazania danych dotyczących śmiertelności.

(akta kontroli str. 209-214, 226-245, 805-809, 828-879)

8. W latach 2019-2022 Szpital, zgodnie z § 7 ust. 1 pkt. 5 lit. j tiret pierwszy rozporządzenia MZ, przeprowadził szkolenia z zakresu wykonywania trombektomii mechanicznej, tj. po dwa szkolenia w latach: 2019, 2020, 2022 oraz trzy szkolenia w 2021 r. W I półroczu 2023 r. przeprowadził jedno szkolenie, jednakże plan szkoleń na 2023 r. przewidywał przeprowadzenie drugiego z nich w II półroczu tego roku. W szkoleniach brało udział ogółem 54 uczestników. Sześć z ww. szkoleń odbyło się w formule hybrydowej lub miało formę filmów instruktażowych, pozostałe odbyły się w formie stacjonarnej. Szkolenia przeprowadził personel szpitala, tj. lekarze: radiolog, ratownictwa medycznego, neurolog. W latach 2019-2023 lekarze uczestniczyli także w szkoleniach zewnętrznych⁶² z ww. zakresu.

Szpital umożliwił, zgodnie z § 7 ust. 1 pkt 5 lit. j tiret drugi rozporządzenia MZ, przeszkolenie lekarzy, zdobywających doświadczenie w celu wykonywania zabiegów, tj. po dwóch lekarzy w 2019 r. i 2021 r., trzech lekarzy w 2020 r. i pięciu w 2022 r. W 2023 r. (do dnia zakończenia kontroli) przeszkolono jednego lekarza. Lekarze ci odbyli szkolenia zewnętrzne oraz szkolenia wewnętrzne z wykonywania zabiegów wewnątrzczaszkowych, w tym trombektomii mechanicznej oraz uczestniczyli w procesach kwalifikacji do ww. zabiegów i oceny dostępnych metod diagnostycznych w ostrym niedokrwieniu ośrodkowego układu nerwowego. Jeden z lekarzy zdobywających doświadczenie w 2020 r. spełnił wymogi określone § 7 ust. 1 pkt 2 lit. a tiret pierwszy rozporządzenia MZ.

Przyjęta w Szpitalu Księga Jakości⁶³ nie określała szczegółowych zasad dokumentowania i rozliczania szkoleń. Do kontroli NIK okazano dokumentację potwierdzającą ich odbycie w postaci m.in. sprawozdań, kart informacyjnych, załączonych do planu szkoleń personelu lekarskiego, korespondencji e-mail przekazujących prezentacje.

Z wyjaśnień Dyrektora i koordynatora oddziału neurologicznego i udarowego wynikało, że ustalony plan szkoleń ulegał modyfikacjom spowodowanym m.in. koniecznością omówienia nowych wytycznych lub postępowania w szczególnych przypadkach. Tematykę szkoleń, terminy ich odbycia ustalał ordynator i koordynator oddziału

⁶² Udokumentowano 10 takich szkoleń.

⁶³ Opisujące model systemu zarządzania jakością dotyczący: działalności leczniczej w zakresie szpitalnych całodobowych świadczeń zdrowotnych diagnostycznych, leczniczych, pielęgnacyjnych, rehabilitacyjnych i profilaktycznych, działalności leczniczej w zakresie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych specjalistycznych i podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie procedur diagnostycznych, terapeutycznych i profilaktycznych oraz działalności leczniczej w zakresie realizacji usług dializowania i usług leczenia medycznego świadczonych w warunkach domowych zgodnie z wymaganiami normy ISO 9001:2015 z 1 lutego 2018 r. i 10 stycznia 2022 r.

w porozumieniu z zespołem lekarskim, uwzględniając planowane konferencje neurologiczne, zapowiedzi wydania nowych zaleceń towarzystw neurologicznych lub konieczność podsumowania dotychczasowej działalności dotyczącej trombektomii mechanicznej. Zasadą w Szpitalu było przeprowadzanie szkoleń comiesięcznie. Ponadto wskazali, że czas szkolenia nie był określony sztywnymi ramami czasowymi ze względu na konieczność wyczerpania poruszanego tematu. Weryfikacja realizacji szkoleń w latach 2021-2023 odbywała się na podstawie list obecności oraz poświadczenia ich odbycia przez koordynatora oddziału. W okresie pandemii nie było możliwości zweryfikowania uczestnictwa w szkoleniu poprzez listy obecności, ale znajomość tematyki była weryfikowana w rozmowach zespołu w trakcie kolejnych dni pracy.

Szpital, zgodnie z § 7 ust. 1 pkt 5 lit. j tiret trzeci rozporządzenia MZ, przeprowadził szkolenia współpracujących z nim wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego, dyspozytorów medycznych oraz personelu zespołów ratownictwa medycznego, w tym zespołów pogotowia lotniczego, w zakresie postępowania przedszpitalnego w ostrej fazie udaru niedokrwiennego. W 2018 r. konsultanci wojewódzcy do spraw neurologii i medycyny ratunkowej (pracownicy Szpitala) przeprowadzili szkolenia zespołów ratownictwa medycznego oraz dyspozytorów medycznych z całego województwa warmińsko – mazurskiego⁶⁴.

Ponadto, w związku z budową systemu udarowego województwa warmińsko-mazurskiego⁶⁵, Szpital m.in. opracował procedurę rozpoznawania ostrego deficytu neurologicznego. Przeprowadził także szkolenia dla personelu podmiotów tworzących Sieć Regionalną TELESTROKE, tj. szkolenia ratowników medycznych i dyspozytorów medycznych, personelu izb przyjęć i szpitalnych oddziałów ratunkowych, ordynatorów i lekarzy podstawowych oddziałów/pododdziałów udarowych w sieci regionalnej.

(akta kontroli str. 526-537, 605-610, 930-999, 1004)

9. W latach 2019-2023 (według stanu na 31 sierpnia 2023 r.) do Szpitala wpłynęła jedna skarga⁶⁶ związana z Programem. Dotyczyła ona odmowy przyjęcia na oddział rehabilitacji neurologicznej pacjenta po przebytych udarze leczonym przy pomocy trombektomii mechanicznej. Szpital udzielił odpowiedzi w formie pisemnej, z której wynikało, że odmowa ta związana była z objęciem ww. oddziału kwarantanną w związku ze stwierdzonym ogniskiem Covid-19. W dniu udzielenia odpowiedzi pacjent objęty był leczeniem usprawniającym w oddziale rehabilitacji innego szpitala.

(akta kontroli str. 1000)

10. W latach 2019-2023 (stan na 19 września 2023 r.) Szpital nie był objęty kontrolą lub czynnościami sprawdzającymi NFZ dotyczącymi realizacji Programu. Nie nałożono także na niego kar umownych z tytułu niewykonania lub nienależytego wykonania umowy.

(akta kontroli str. 1001-1002)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Szpital nierzetelnie prowadził dokumentację dotyczącą składów zespołów kwalifikujących do zabiegów trombektomii mechanicznej, gdyż w dokumentacji:

⁶⁴ W szkoleniach przeprowadzonych w Olsztynie, Elblągu i Elku udział wzięło 602 uczestników.

⁶⁵ W ramach umowy nr 5/12/2020/66/57 dotyczącej Programu Profilaktyki leczenia Chorób Układu Sercowo – Naczyniowego Polcard na lata 2017-2020.

⁶⁶ W 2021 r.

- w sześciu⁶⁷ z 30 badanych przypadków (20%) nie odnotowano udziału lekarzy specjalistów w dziedzinie neurologii, a jedynie lekarzy, którzy nie posiadali specjalizacji lub tytułu specjalisty w ww. dziedzinie.
- we wszystkich 30 badanych przypadkach nie odnotowano udziału specjalistów radiologii i diagnostyki obrazowej.

Z wyjaśnień Dyrektor Szpitala wynikało, że ww. lekarze specjaliści brali udział w kwalifikacji do zabiegu. I tak, w sześciu ww. przypadkach dyżur lekarski w oddziale neurologicznym i udarowym pełnili lekarze w trakcie specjalizacji z neurologii, którzy posiadali niezbędne, kilkuletnie doświadczenie w leczeniu udarów mózgu. Każda kwalifikacja przeprowadzana w trakcie dyżurów lekarskich pełnionych przez specjalizantów wymagała akceptacji specjalistów neurologów, które dokonywane były za pomocą komunikatora internetowego, poprzez który udostępniano obrazy radiologiczne, wywiad dotyczący pacjenta oraz ocenę nasilenia objawów. Dyrektor dodała, że z komunikatora korzystały jednocześnie oddziały udarowe z innych szpitali oraz neurologdy i radiolodzy interwencyjni Szpitala, a dane były przekazywane z zachowaniem anonimizacji danych pacjenta. Dyrektor wyjaśniła także, że do końcowej akceptacji wykonania zabiegu trombektomii mechanicznej wykonywano rozmowy telefoniczne z lekarzami specjalistami. Dodała również, że ze względu na to, iż każdy przypadek był traktowany jako stan wyższej konieczności, wymagający unikania opóźnień wewnątrzszpitalnych, całą dokumentację medyczną uzupełniano w trakcie lub po zabiegu, a w takich okolicznościach mogło brakować zapisów o wykonanej konsultacji ze specjalistą.

Ponadto według wyjaśnień Dyrektor każdy pacjent leczony za pomocą trombektomii mechanicznej miał przeprowadzoną kwalifikację przez doświadczonego lekarza specjalistę z zakresu radiologii i diagnostyki obrazowej, która była wykonana wspólnie z neurologiem, zawsze na podstawie wywiadu klinicznego, czasu zachorowania, objawów neurologicznych oraz badań obrazowych, zwykle TK bez kontrastu oraz badanie angio TK po podaniu kontrastu. Dyrektor dodała, że w niektórych przypadkach przeprowadzano także badanie perfuzji TK lub badanie RM. Wyjaśniła, że żaden z operowanych w ramach Programu pacjentów nie był leczony bez kwalifikacji. Brak podpisu lekarza mógł wynikać tylko i wyłącznie z przeoczenia lub pośpiechu w rozpoczęciu zabiegu, a za każdym razem podjęcie decyzji było omawiane z zespołem neurologicznym i dokonywana była kwalifikacja. Dyrektor dodała, że lekarz, w szczególności w trybie dyżurowym, od razu przystępował do mycia się do zabiegu, podczas gdy pacjent wraz z dokumentacją transportowany był do pracowni naczyniowej, a w takim przypadku lekarz nie miał już możliwości podpisania dokumentacji.

NIK zwraca jednak uwagę, że właściwe udokumentowanie faktycznego udziału w kwalifikacji do zabiegu lekarzy specjalistów w dziedzinie neurologii oraz w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej ma istotne znaczenie dla możliwości weryfikacji sposobu spełnienia prawnego wymogu wykonywania tych czynności przez personel posiadający odpowiednie kwalifikacje i doświadczenie (§ 7 ust. 1 pkt 5 lit. a rozporządzenia MZ). Ponadto, wpisy w dokumentacji medycznej powinny być dokonywane niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego, a wymóg ten wynika z § 3 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia

⁶⁷ Dotyczyło to sześciu zabiegów trombektomii mechanicznej wykonanych: 20 grudnia 2020 r., 2 marca 2021 r., 14 września 2021 r., 2 listopada 2021 r., 29 kwietnia 2023 r. i 30 czerwca 2023 r.

z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁶⁸.

(akta kontroli str. 509-511, 513-573, 1007)

2. W 20 z 30 badanych przypadków (67%) zabiegów trombektomii mechanicznej dokonały zespoły medyczne, których skład nie był zgodny z § 7 ust. 1 pkt 2 lit c rozporządzenia MZ. W ich skład nie wchodziły bowiem dwie pielęgniarki operacyjne z co najmniej rocznym doświadczeniem w instrumentowaniu do zabiegów wewnątrzczaszkowych, z których co najmniej jedna to specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego albo w trakcie tej specjalizacji lub pielęgniarka po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego albo w jego trakcie. I tak:

- w 13 przypadkach⁶⁹ w składzie ww. zespołu znajdowała się jedna pielęgniarka operacyjna, która spełniała wymogi określone w § 7 ust. 1 pkt 2 lit. c rozporządzenia MZ,
- w sześciu przypadkach⁷⁰ w składzie ww. zespołu znajdowała się jedna pielęgniarka, która nie była pielęgniarką operacyjną – w pięciu przypadkach posiadająca tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, a w jednym była to pielęgniarka bez specjalizacji i kursów kwalifikacyjnych,
- w jednym przypadku⁷¹ w składzie ww. zespołu znajdowały się dwie pielęgniarki, z których żadna nie była pielęgniarką operacyjną – jedna posiadała tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, a druga nie posiadała specjalizacji i kursów kwalifikacyjnych.

Ponadto, z ww. 20 zabiegów trombektomii mechanicznej pięć zostało przeprowadzonych przez dwie pielęgniarki chirurgiczne, wykazane w dokumentacji medycznej jako operacyjne, które nie miały rocznego doświadczenia w instrumentowaniu do zabiegów wewnątrzczaszkowych. I tak: jedna pielęgniarka, która zadania w pracowni badań naczyniowych realizowała od 1 września 2019 r. brała udział w zabiegach 6 października 2019 r., 29 października 2019 r., 2 grudnia 2019 r. i 4 lipca 2020 r., a druga, która zadania w ww. pracowni realizowała od 1 stycznia 2020 r. była członkiem zespołu przeprowadzającego zabieg trombektomii mechanicznej 17 kwietnia 2020 r.

Według wyjaśnień Dyrektor, zabiegi trombektomii mechanicznej odbywające się od poniedziałku do piątku w godzinach 7:00-15:00 zabezpieczały dwie pielęgniarki operacyjne, natomiast w godzinach dyżurowych do zabiegów instrumentowała jedna pielęgniarka, co było spowodowane brakiem możliwości pozyskania pielęgniarek z kwalifikacjami pielęgniarki operacyjnej na rynku pracy oraz pandemią. Dyrektor dodała, że celem zabezpieczenia udzielania świadczeń zdrowotnych w godzinach popołudniowych, nocnych i świątecznych, tj. wykonywania zabiegów operacyjnych w trybie pilnym i nagłym, w tym zabiegów na sali hybrydowej, Szpital zabezpieczał na bloku operacyjnym dwa zespoły (cztery osoby) pielęgniarek operacyjnych oraz jeden zespół (dwie osoby) pielęgniarek operacyjnych na bloku kardiochirurgicznym. W razie potrzeby, w godzinach popołudniowych, nocnych i świątecznych do zabiegu mogła zostać poproszona pielęgniarka operacyjna z bloku operacyjnego, o czym mógł zdecydować lekarz

⁶⁸ Dz. U. z 2022 r. poz. 1304, ze zm.

⁶⁹ Zabiegi trombektomii mechanicznej z 24 lutego 2020 r., 26 października 2020 r., 20 grudnia 2020 r., 2 stycznia 2021 r., 6 maja 2021 r., 4 kwietnia 2022 r., 5 sierpnia 2022 r., 7 października 2022 r., 31 stycznia 2023 r., 19 lutego 2023 r., 1 marca 2023 r., 29 kwietnia 2023 r. i 30 czerwca 2023 r.

⁷⁰ Zabiegi trombektomii mechanicznej z 2 grudnia 2019 r., 4 lipca 2020 r., 2 listopada 2021 r., 6 czerwca 2022 r., 14 lutego 2022 r.

⁷¹ Zabieg trombektomii mechanicznej z 17 kwietnia 2020 r.

przeprowadzający zabieg. Dyrektor dodała, że w wyniku realizacji Programu, Szpital będzie wnioskował o zabezpieczenie zabiegów przez jedną pielęgniarkę operacyjną i jedną anestezjologiczną, co w jej opinii jest zgodne z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego⁷².

NIK zaznacza, że założenia Programu jasno określają wymogi dotyczące personelu w trakcie zabiegu trombektomii mechanicznej, które Szpital zobowiązał się realizować podpisując umowę. Ponadto, do dnia zakończenia kontroli WSS nie wystąpił z wnioskiem o zmianę liczby pielęgniarek operacyjnych, w związku z czym był zobowiązany do stosowania zapisów określonych w rozporządzeniu MZ.

(akta kontroli str. 91-94, 110-116, 251-252, 509-510, 526-549, 578-581)

3. Szpital nie dokonywał bieżącej aktualizacji danych o potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji Programu, bowiem nie zgłosił do OW NFZ, a w konsekwencji nie wykazał w załączniku nr 2 harmonogram – zasoby do umowy oraz aneksów zawartych do 30 sierpnia 2023 r.: czterech lekarzy⁷³ specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii, jednej pielęgniarki anestezjologicznej⁷⁴, jednej pielęgniarki operacyjnej⁷⁵ i trzech pielęgniarek⁷⁶, które brały udział w zabiegach jako pielęgniarki operacyjne (tj. dwie pielęgniarki – specjalizacja pielęgniarstwo chirurgiczne i jedna pielęgniarka bez specjalizacji).

Było to niezgodne z § 2 ust. 4 umowy, który stanowił, iż Szpital był zobowiązany do bieżącego aktualizowania danych o potencjalne wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy, przez który rozumie się zasoby będące w dyspozycji wszystkich podmiotów biorących udział w realizacji umowy, służące wykonaniu świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności osoby udzielające tych świadczeń oraz wymagany sprzęt. Było to również niezgodne z § 6 zarządzenia nr 45/2009/DSOZ, który zobowiązał WSS, jako użytkownika portalu NFZ, do wprowadzania kompletnych, rzetelnych i zgodnych ze stanem rzeczywistym danych dotyczących m.in. potencjału wykonawczego służącego do realizacji świadczeń opieki zdrowotnej, bieżącej aktualizacji tych danych i zgodności informacji dostępnych w ww. portalu ze stanem faktycznym. Ponadto, zgodnie z § 6 ust. 2 rozporządzenia MZ w sprawie ogólnych warunków umów, zmiany w harmonogramie dotyczące osób udzielających świadczeń i wykonujących zawody medyczne wymagają zgłoszenia Prezesowi NFZ albo dyrektorowi OW NFZ, z którym świadczeniodawca zawarł umowę, najpóźniej w dniu poprzedzającym ich powstanie albo, w przypadkach losowych, niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia.

Według wyjaśnień Dyrektor osoby zgłaszające personel do umowy nie posiadały informacji o udziale wymienionych osób w realizacji procedury w ramach Programu.

NIK zwraca uwagę, że zgodnie z pkt D.17 Standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych, stanowiących załącznik do komunikatu nr 23 Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2009 r. (poz. 84)⁷⁷ (dalej: Standardy kontroli zarządczej), kierownik jednostki winien był zapewnić efektywne mechanizmy przekazywania ważnych informacji w obrębie struktury organizacyjnej jednostki.

⁷² Dz.U. z 2023 r. poz. 870.

⁷³ Zabiegi trombektomii mechanicznej z 2 marca 2021 r., 7 lipca 2021 r., 14 lutego 2022 r. i 29 kwietnia 2023 r.

⁷⁴ Zabieg trombektomii mechanicznej z 31 maja 2023 r.

⁷⁵ Zabieg trombektomii mechanicznej z 19 lutego 2023 r.

⁷⁶ Zabiegi trombektomii mechanicznej z 6 października 2019 r., 18 października 2019 r., 21 października 2019 r., 29 października 2019 r., 2 grudnia 2019 r., 17 kwietnia 2020 r., 4 lipca 2020 r., 2 marca 2021 r., 2 listopada 2021 r., 14 lutego 2022 r., 6 czerwca 2022 r., 31 maja 2023 r.

⁷⁷ Dz.U. Ministra Finansów poz. 56.

Skutkiem braku tych mechanizmów było niewykonanie obowiązku wynikającego z umowy.

(akta kontroli str. 209-214, 256-300, 307-336, 338-368, 371-400, 404-434, 444-451, 460-485, 509-510, 526-549)

4. Od 1 października 2019 r. personel zaangażowany w realizację Programu był zobowiązany do rejestracji wejść na teren Szpitala⁷⁸, a od 1 października 2020 r. do rejestracji wejść i wyjść ze Szpitala⁷⁹. W okresie objętym kontrolą wystąpiły przypadki nierealizowania tego obowiązku, bowiem m.in.:

- jeden z specjalistów radiologii i diagnostyki obrazowej nie zarejestrował wejść i wyjść na teren WSS związanych z rozpoczęciem i zakończeniem pracy w listopadzie 2022 r., lutym 2023 r. i czerwcu 2023 r., a zgodnie z rozkładem pracy w ww. miesiącach miał świadczyć pracę w Szpitalu,
- drugi specjalista radiologii i diagnostyki obrazowej nie zarejestrował wejść i wyjść na teren Szpitala związanych z rozpoczęciem i zakończeniem pracy w sierpniu 2022 r., lutym 2023 r. i czerwcu 2023 r., a także zarejestrował jedno wejście lub wyjście w listopadzie 2022 r., a w wykazach udzielonych świadczeń zdrowotnych stanowiących załączniki do faktur za ww. miesiące wykazał przepracowane w Szpitalu godziny,
- trzeci specjalista radiologii i diagnostyki obrazowej zarejestrował jedno wejście lub wyjście na teren Szpitala w sierpniu 2022 r., lutym 2023 r. i dwa w czerwcu 2023 r. oraz nie zarejestrował wejść i wyjść związanych z rozpoczęciem i zakończeniem pracy w listopadzie 2022 r., a w wykazach udzielonych świadczeń zdrowotnych stanowiących załączniki do faktur za ww. miesiące wykazał przepracowane godziny.

Jak wyjaśniła Dyrektor czas pracy specjalistów radiologii i diagnostyki obrazowej był weryfikowany na podstawie harmonogramów pracy oddziału, a wszelkie zmiany w grafiku (związane np. z nagłym zachorowaniem) raportowane były w pismach do dyrekcji i zdawane do Działu Służb Pracowniczych.

NIK zaznacza, że weryfikowanie czasu pracy ww. lekarzy na podstawie harmonogramów pracy oddziału oraz zmian wprowadzanych w grafikach nie zwalnia personelu z obowiązku rejestracji wejść i wyjść wprowadzonego zarządzeniem WSS nr 48/20.

(akta kontroli str. 582-584, 588-590, 735-786, 605-618)

5. Szpital nie w pełni zapewnił realizację świadczeń zdrowotnych całodobowo przez wszystkie dni tygodnia przez wymagany personel pielęgniarski, do czego był zobowiązany przepisem w § 7 ust. 1 pkt 5 lit. e rozporządzenia MZ, gdyż:

- 1 stycznia 2020 r., 1 stycznia 2021 r., 2 maja 2021 r., 16 kwietnia 2022 r. i 1 maja 2023 r. nie zapewnił dostępności żadnej z dwóch pielęgniarek operacyjnych wykazanych w załączniku nr 2 harmonogram – zasoby do umowy i aneksów,
- 15 sierpnia 2020 r. zapewnił dostępność jednej pielęgniarki operacyjnej wykazanej w załączniku nr 2 do godziny 7:30 i nie zapewnił w pozostałych godzinach,
- 6 stycznia 2022 r. zapewnił dostępność jednej pielęgniarki operacyjnej wykazanej w załączniku nr 2 godzinach 7:30-19:30 i nie zapewnił w pozostałych godzinach.

⁷⁸ Zarządzenie WSS nr 36/19.

⁷⁹ Zarządzenie WSS nr 45/20.

Według wyjaśnień Dyrektor w ww. dniach dyżury pełniły trzy pełniły pielęgniarki posiadające doświadczenie w zakresie zabezpieczenia pracy pielęgniarki w pracowni badań naczyniowych, z których jedna posiadała tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego, tj.:

- pierwsza pielęgniarka – 1 stycznia 2020 r. w godzinach 7:00-7:00 i 2 maja 2021 r. w godzinach 7:00-7:00,
- druga pielęgniarka – 15 sierpnia 2020 r. w godzinach 7:00-7:00, 1 stycznia 2021 r. w godzinach 7:00-7:00, 6 stycznia 2022 r. w godzinach 19:00-7:00, 16 kwietnia 2022 r. w godzinach 19:00-7:00 oraz 1 maja 2023 r. w godzinach 7:00-7:00,
- trzecia pielęgniarka (specjalista pielęgniarstwa operacyjnego) – 16 kwietnia 2022 r. w godzinach 7:00-19:00.

NIK zaznacza, że żadna ze wskazanych pielęgniarek nie została wykazana w załączniku nr 2 harmonogram-zasoby do umowy i aneksów, a ponadto dwie z nich nie były pielęgniarkami operacyjnymi, ponieważ jedna posiadała specjalizację pielęgniarstwa chirurgicznego, a druga nie posiadała żadnej specjalizacji i kursu kwalifikacyjnego. Ponadto, wykazana pielęgniarka operacyjna nie zapewniła w dniu 16 kwietnia 2022 r. 24-godzinnej realizacji świadczeń w ramach Programu.

(akta kontroli str. 251-252, 578-581, 586-587, 591-618)

6. Informacje o sześciu z 80 badanych zabiegach trombektomii mechanicznej Szpital złożył do OW NFZ po terminie określonym w § 23 ust. 3 załącznika do rozporządzenia MZ w sprawie ogólnych warunków umów, tj. po 10 dniu miesiąca za miesiąc poprzedni. Dane o pacjentach: nr 1, nad którym opieka lekarska zakończyła się 16 października 2020 r. sprawozdano w raporcie statystycznym 10 grudnia 2020 r., nr 2 - opieka do 15 października 2020 r. - sprawozdano 5 stycznia 2021 r., nr 3 - opieka do 21 czerwca 2022 r. - sprawozdano 19 lipca 2022 r., nr 4 - opieka do 27 czerwca 2022 r. - sprawozdano 16 stycznia 2023 r., nr 5 - opieka do 6 kwietnia 2023 r. - sprawozdano 5 czerwca 2023 r., nr 6 - opieka do 19 maja 2023 r. - sprawozdano 16 czerwca 2023 r.

W związku z § 9 umowy Szpital zobowiązany był do stosowania uregulowań rozporządzenia MZ w sprawie ogólnych warunków umów.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że wynikało to z opóźnienia we wprowadzaniu danych do systemu AMMS.

(akta kontroli str. 526-537, 812-813, 827, 880)

7. Szpital nierzetelnie sporządził osiem z 10 sprawozdań, gdyż wskaźniki realizacji pilotażu w siedmiu z nich dotyczyły pacjentów, których hospitalizacja w związku z wykonanym zabiegiem trombektomii mechanicznej nie została zakończona w danym okresie sprawozdawczym lub nie wykazano wymaganych danych (wskaźników) dotyczących pacjentów leczonych w tym okresie. I tak:
- w sprawozdaniu za okres od marca do maja 2020 r. wykazano pacjenta, którego okres hospitalizacji na oddziale udarowym zakończył się 2 czerwca 2020 r.,
 - w sprawozdaniach za okres od czerwca do sierpnia 2020 r. i od września do listopada 2020 r. nie wykazano jednego pacjenta⁸⁰,

⁸⁰ Tj. pacjenta hospitalizowanego od 22 maja do 1 czerwca 2020 r. W sprawozdaniu od czerwca do sierpnia 2020 r. wykazano pacjenta, którego hospitalizacja zakończyła się 2 września 2020 r.

- w sprawozdaniu za okres od 1 grudnia 2020 r. do 31 maja 2021 r. nie wykazano trzech pacjentów⁸¹,
- w sprawozdaniu za czerwiec-listopad 2021 r. wykazano pacjenta, którego hospitalizacja zakończyła się 2 grudnia 2021 r. i nie wykazano jednego z pacjentów⁸²,
- w sprawozdaniu za okres od 1 grudnia 2021 r. do 31 maja 2022 r. nie wykazano jednego pacjenta⁸³,
- w sprawozdaniu za okres od 1 czerwca 2022 r. do 31 grudnia 2022 r. wykazano pięciu pacjentów, których hospitalizacja nie zakończyła się⁸⁴, nie wykazano natomiast dwóch pacjentów⁸⁵ z ww. okresu sprawozdawczego.

W wyniku tego, w składanych raportach nie przekazano wskaźników realizacji pilotażu dotyczących pięciu pacjentów⁸⁶.

Ponadto:

- w trzech sprawozdaniach⁸⁷ dane dotyczące śmiertelności pacjentów do 30 dni od dnia zabiegu nie uwzględniały jednego pacjenta⁸⁸,
- w sprawozdaniu za okres od grudnia 2019 r. do lutego 2020 r., w kolumnie dotyczącej odsetka świadczeniobiorców poddanych trombektomii mechanicznej, u których wystąpiły powikłania po zabiegu wykazano za okres sprawozdawczy dwóch pacjentów podczas, gdy powikłania te dotyczyły trzech pacjentów (odsetek ten wynosił 13,04%).

Z wyjaśnień koordynatora oddziału neurologicznego i udarowego oraz Dyrektora wynikało, że rozbieżności te związane były z różnymi zasadami raportowania pacjentów poddawanych ww. zabiegowi, których hospitalizacja obejmowała dwa kolejne okresy raportowania. Wskazali, że Szpital dokonał korekty zapisów i przesłał je do OW NFZ.

(akta kontroli str. 226-245, 840-859, 862-870)

IV. Wnioski

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, przedstawia następujące wnioski:

Wnioski

1. Dokumentowanie dokonania kwalifikacji do zabiegów przez osoby wskazane w rozporządzeniu MZ.
2. Przeprowadzanie zabiegów trombektomii mechanicznej przez zespół składający się z personelu w liczbie i o kwalifikacjach określonych w rozporządzeniu MZ.
3. Bieżące aktualizowanie danych o potencjale wykonawczym Szpitala.
4. Zapewnienie rzetelnej dokumentacji w zakresie realizacji świadczeń zdrowotnych całodobowo przez wszystkie dni tygodnia przez personel o kwalifikacjach określonych w rozporządzeniu MZ.

⁸¹ Tj. pacjenta hospitalizowanego w okresie 22 listopad 2020 r. do 3 grudnia 2020 r., pacjenta hospitalizowanego od 28 listopada do 7 grudnia 2020 r. oraz pacjenta hospitalizowanego od 25 do 28 maja 2021 r.

⁸² Tj. pacjenta, którego hospitalizacja dobieła się od 14 maja do 4 czerwca 2021 r.

⁸³ Tj. pacjentów, którego hospitalizacja zakończyła się 2 grudnia 2021 r.

⁸⁴ Tj. pięciu pacjentów, których hospitalizacja zakończyła się odpowiednio 3, 4, 6 i 10 stycznia 2023 r.

⁸⁵ Tj. dwóch pacjentów, których hospitalizacja zakończyła się 2 i 8 czerwca 2022 r.

⁸⁶ Pięciu pacjentów hospitalizowanych: pierwszy od 22 maja do 1 czerwca 2020 r., drugi od 28 listopada do 7 grudnia 2020 r., trzeci od 23 listopada do 3 grudnia 2020 r., czwarty od 25 do 28 maja 2021 r. oraz piąty od 14 maja do 4 czerwca 2021 r.

⁸⁷ Za okres od grudnia do lutego 2020, od marca do maja 2020 r., od czerwca do sierpnia 2020 r.

⁸⁸ Jednemu pacjentowi z wiersza 15 przypisano 0 – pacjent żyje, podczas gdy zgodnie z kolumną „stan neurologiczny pacjenta oceniany według skali NIHSS przy wypisie” pacjent zmarł.

5. Rejestrowanie wejść i wyjść ze Szpitala związanych z rozpoczęciem i zakończeniem pracy personelu zgodnie z wewnętrznymi przepisami.

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 Olsztynie. 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
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę 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.

Olsztyn, 31 października 2023 r.

Kontrolerzy
Anna Kamińska-Bisior
Starszy inspektor kontroli państwowej

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Olsztynie
p.o. Dyrektor
Piotr Górny

.....
podpis

.....
podpis

Agnieszka Kielbik
Starszy inspektor kontroli państwowej

.....
podpis