



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Opolu

LOP.410.005.01.2015
P/15/072

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Opolu
ul. Krakowska 28, 45-075 Opole
T +48 77 449 70 00, F +48 77 449 70 44
lop@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 Opolu
Kontroler	Celina Augustyn, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 93443 z dnia 28 maja 2015 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2)
Jednostka kontrolowana	Publiczny Samodzielny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzkie Centrum Medyczne w Opolu, ul. Al. Wincentego Witosza 26, 45-818 Opole ¹
Kierownik jednostki kontrolowanej	Marek Piskozub – Dyrektor WCM (dowód: akta kontroli str. 3)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Działające w strukturze WCM oddziały szpitalne, w ramach których rozliczono 23 hospitalizacje związane z leczeniem udarów mózgu (grupa A50) spełniają wymagania dotyczące stanu zatrudnienia lekarzy i pielęgniarek stanowiących zasoby kadrowe ww. oddziałów, wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, jak również organizacji udzielania świadczeń pacjentom. WCM pomimo braku oddziału neurologii zapewnił pacjentom z podejrzeniem udaru mózgu dostęp do podstawowych badań. Z uwagi na fakt, iż WCM nie jest jednostką przygotowaną do leczenia pacjentów z udarem mózgu, pacjenci, którzy doznali udaru mózgu w trakcie przeprowadzanego w WCM leczenia innych schorzeń, po ustabilizowaniu stanu ogólnego byli przekazywani do oddziału neurologii innego szpitala - do Wojewódzkiego Specjalistycznego Zespołu Neuropsychiatrycznego im. Św. Jadwigi w Opolu (posiadającego Oddział Udarowy) lub do innego oddziału neurologii, w którym byli hospitalizowani przed przekazaniem do WCM².

Oceniając pozytywnie spełnianie przez WCM warunków umożliwiających realizację świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego udarów mózgu, Najwyższa Izba Kontroli uwzględniła głównie fakt, iż podmiot leczniczy zapewniał w szpitalnym oddziale ratunkowym realizację procedur medycznych objętych programem specjalizacji w medycynie ratunkowej, w szczególności procedur resuscytacyjno-zabiegowych wymienionych w zał. nr 5 do zarządzenia nr 89/2013/DSOZ³ Prezesa NFZ z dnia 19 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne⁴. Personel, lokalizacja w strukturze szpitala, warunki techniczne, a także wyposażenie i urządzenie obszaru resuscytacyjno-zabiegowego

¹ Dalej: WCM.

² Ze względu na poważny zagrażający życiu stan zdrowia uniemożliwiający kontynuację leczenia w oddziale neurologii.

³ Uprzednio nr 72/2011/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 20.10.2011 r.

⁴ NFZ.2013.89.

odpowiadały wymogom ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym⁵.

Udzielanie świadczeń w oddziale ratunkowym, w tym zapewnienie w cyklu całodobowym: realizacji badań diagnostycznych wykonywanych w medycznym laboratorium diagnostycznym, dostępu do badań neuroobrazowych (tomografia komputerowa i rezonans magnetyczny), badań RTG, EKG i USG odpowiadało wymogom § 4 ust. 4 pkt 1-2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego⁶.

Przyznanie przez NIK szczególnego znaczenia takim aspektom organizacji świadczeń, jak dostępność do badań oraz wyposażenie oddziału ratunkowego w sprzęt i aparaturę medyczną miało ścisły związek z faktem, że kluczowa dla rozpoznania udaru mózgu diagnoza musiała być poprzedzona właściwą diagnostyką. Zdaniem NIK, podpisanie przez Dyrektora WCM z OOW NFZ umowy nr 08R/10066/03/01/SZP/2012 o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej leczenie szpitalne, uprawniającej do realizacji świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia udarów mózgu oraz rozliczania hospitalizacji prowadzonych na dwóch oddziałach szpitalnych, tj. oddziale chorób wewnętrznych i oddziale neurochirurgii - jako świadczeń z grup A49-A50 nie jest wystarczające, aby uznać przygotowanie WCM do leczenia udarów mózgu zgodnie z aktualnym stanem wiedzy⁷. W uzasadnieniu powyższego stanowiska NIK wskazuje w szczególności na brak wyspecjalizowanej kadry neurologów (WCM zatrudniał 1 neurologa⁸). Stąd za prawidłową praktykę NIK uznała przekazywanie pacjentów WCM - po uprzednim ustabilizowaniu ich stanu zdrowia - do oddziałów neurologicznych w innych szpitalach.

Za stan nieprawidłowy - istniejący do 22 czerwca 2015 r., a usunięty w trakcie kontroli - NIK uznała niezapewnienie przez Dyrektora WCM całodobowego dostępu do badań endoskopowych, co naruszało wymóg § 4 ust. 4 pkt 3 rozporządzenia w sprawie oddziału ratunkowego.

Ponadto w skontrolowanym okresie 2,5 roku wykazano do sfinansowania z OOW NFZ hospitalizacje sześciu pacjentów⁹ rozliczone jako świadczenia z grupy A50, pomimo iż udzielone świadczenia w ramach ww. hospitalizacji nie były związane z leczeniem u pacjentów udarów mózgu, a ponadto po stwierdzeniu objawów sugerujących udar, o ile nie wystąpiła konieczność ustabilizowania stanu pacjenta, kierowano ich do leczenia w oddziale neurologii innego szpitala. W ocenie NIK poddaje to w wątpliwość rzetelność procesu kwalifikowania hospitalizacji (tzw. kodowania według ICD-10) przez lekarzy prowadzących.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

Opis stanu faktycznego

1. WCM posiadał aktualny i zgodny ze stanem faktycznym wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą¹⁰ - w zakresie oddziałów, w ramach których udzielane były świadczenia z grupy A50, tj. Oddziału Chorób Wewnętrznych, Neurochirurgii, Oddziału Ratunkowego (SOR) oraz Anestezjologii i Intensywnej Terapii (OAIIT).

(dowód: akta kontroli str. 10-35)

⁵ Dz. U. z 2013 r. poz. 757 ze zm.; dalej: ustawa o PRM.

⁶ Dz. U. z 2015 r. poz. 178, j.t.; dalej: rozporządzenie w sprawie oddziału ratunkowego.

⁷ Przede wszystkim zgodnie z wytycznymi Grupy Ekspertów Sekcji Chorób Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Neurologicznego z 2012 r.; dalej: Wytyczne Grupy Ekspertów.

⁸ Realizującego zlecone przez lekarzy 16 oddziałów szpitalnych konsultacje neurologiczne.

⁹ We wszystkich przypadkach byli to pacjenci Oddziału Chorób Wewnętrznych.

¹⁰ WCM figuruje w księdze rejestrowej podmiotów wykonujących działalność leczniczą pod numerem 9484.

Warunki rozliczania świadczeń zdrowotnych w rodzaju *Leczenie szpitalne* (w tym w grupach pacjentów hospitalizowanych z powodu udarów mózgu, tj. w grupach A49-A50) - na okres objęty kontrolą - Dyrektor WCM ustalił z Opolskim Oddziałem Wojewódzkim NFZ¹¹ w podpisanej 2 stycznia 2012 r. umowie nr 08R/10066/03/01/SZP/2012¹². Integralną częścią ww. kontraktu było zarządzenie Prezesa NFZ nr 72/2011/DSOZ¹³, zastąpione w grudniu 2013 r. zarządzeniem nr 89/2013/DSOZ.

(dowód: akta kontroli str. 3, 69-73, 84-200, 525-526, 536-553)

2. W strukturze organizacyjnej WCM funkcjonowały trzy komórki organizacyjne, do których trafiali pacjenci na wstępie hospitalizacji. Były to: Izba Przyjęć (IP), SOR oraz OAiIT. Jak wynikało z danych ujętych w *Księdze głównej przyjęć i wypisów* - wszyscy pacjenci (poza przyjmowanymi w trybie planowym) przed przyjęciem do oddziału szpitalnego najpierw trafiali do SOR. W *Regulaminie organizacyjnym*¹⁴, obowiązującym w okresie objętym kontrolą NIK, uregulowano sposób i warunki udzielania świadczeń w SOR, a także w OAiIT i pozostałych oddziałach szpitalnych. Stosownie do § 21 pkt 2.2. *Regulaminu Organizacyjnego* SOR realizuje przyjęcia, wstępną diagnostykę oraz podejmuje leczenie pacjentów w zakresie niezbędnym do stabilizacji funkcji życiowych osób znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

(dowód: akta kontroli str. 31, 45-46, 391-396, 416-421)

WCM zapewniał prawidłowe funkcjonowanie SOR w zakresie pomieszczeń, sprzętu i aparatury medycznej oraz personelu.

Stosownie do zapisów § 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego¹⁵, SOR znajdował się na poziomie wejścia dla pieszych i podjazdu specjalistycznych środków transportu sanitarnego, z osobnym wejściem dla pieszych oddzielnym od trasy podjazdu specjalistycznych środków transportu sanitarnego. Wejście dla pieszych i podjazd specjalistycznych środków transportu sanitarnego do SOR było zadaszone, podjazd był zamykany i otwierany automatycznie w celu ochrony przed wpływem czynników atmosferycznych. Lokalizacja oddziału ratunkowego zapewniała łatwą komunikację z oddziałem AiIT, blokiem operacyjnym, pracowniami diagnostyki laboratoryjnej oraz pracownią diagnostyki obrazowej, a także węzłem wewnątrzszpitalnej komunikacji pionowej. SOR posiadał własny bezkolizyjny ciąg komunikacyjny niezależny od ogólnodostępnych w szpitalu, a także całodobowe lądowisko.

Do wyposażenia SOR służącego do przyłóżkowego wykonania badań należały umiejscowione w obszarze resuscytacyjno-zabiegowym: analizator parametrów krytycznych, przyłóżkowy zestaw RTG i przewoźny ultrasonograf, co wypełniało wymogi § 4 ust. 3 ww. rozporządzenia. W SOR zapewniono, zgodnie z § 4 ust. 4 pkt 1-2 ww. rozporządzenia, całodobowy dostęp do badań diagnostycznych wykonywanych w Zakładzie Diagnostyki Laboratoryjnej i Zakładzie Diagnostyki Obrazowej (wykonującego badania TK i MR i USG). W skład SOR wchodziły obszary: segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć, resuscytacyjno-zabiegowy, wstępnej intensywnej terapii, terapii natychmiastowej, obserwacji oraz ambulatoryjno-konsultacyjny, co odpowiadało wymogom § 5 rozporządzenia w sprawie oddziału ratunkowego. Minimalne wyposażenie poszczególnych

¹¹ Dalej: OOWNFZ.

¹² Umowa obowiązywała przez cały okres kontrolowany, uzupełniona aneksem nr 08R/10066/03/01/SZP/15/1.

¹³ Zarządzenie z dnia 20.10.2011 r. w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne.

¹⁴ Załącznik do zarządzenia nr 36/2014 Dyrektora WCM z dnia 9 września 2014 r.

¹⁵ Dz. U. z 2015 r., poz.178; dalej: rozporządzenie w sprawie oddziału ratunkowego.

obszarów zgodne było z wymaganiami określonymi w przepisach § 7 - § 10 ww. rozporządzenia.

(dowód: akta kontroli str. 574-603, 640-642)

W SOR w latach 2013-2015 zapewniono minimalne zasoby kadrowe¹⁶ składające się z:

- ordynatora oddziału (lekarza kierującego SOR) o specjalizacji medycyna ratunkowa¹⁷;
- pielęgniarki oddziałowej o specjalizacji pielęgniarstwo ratunkowe;
- od 8 do 10 lekarzy ze specjalizacją ratownictwo medyczne lub w trakcie specjalizacji, w tym co najmniej jednego lekarza przebywającego stale na oddziale;
- 33 pielęgniarek, w tym 10 posiadających specjalizację pielęgniarstwo ratunkowe¹⁸;
- 17 ratowników medycznych.

Powyższe wypełniało wymogi określone w przepisach art. 33 ust. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o *Państwowym Ratownictwie Medycznym*¹⁹ oraz § 13 rozporządzenia w sprawie SOR.

(dowód: akta kontroli str. 332-345, 507-518, 604-605, 637)

Stan personelu lekarskiego i pielęgniarskiego zatrudnionego w SOR oraz wykonującego dyżury był zgodny z danymi w zakresie personelu wskazanego każdorazowo w załączniku nr 2 „*Harmonogram i zasoby*” do umowy nr 08R/10066/03/01/SZP/2012 o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne.

(dowód: akta kontroli str. 69-200, 332-345, 507-518)

3. WCM zapewniał prawidłową organizację udzielania świadczeń oraz spełnianie wymogów w zakresie wyposażenia OAiIT w sprzęt i aparaturę medyczną, co odpowiadało wymogom określonym w załączniku nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego²⁰.

Wyposażenie OAiIT w sprzęt i aparaturę medyczną odpowiadało wymogom ustalonym dla drugiego poziomu referencyjnego, wynikającym z rozporządzeń Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą²¹ oraz z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą²².

(dowód: akta kontroli str. 422-427, 643-656)

W OAiIT w latach 2013-2015 zostały spełnione minimalne zasoby kadrowe²³, które odpowiadały wymogom określonym w załączniku nr 1 lp. 3 do rozporządzenia

¹⁶ Sprawdzenia zabezpieczenia osobowego SOR dokonano w oparciu o dokumentację kadrową w losowo wybranych dwóch miesiącach (marcu i kwietniu) każdego roku objętego kontrolą. Dokumentacja obejmowała zestawienia dyżurów lekarskich w SOR (według planu i według faktycznej ich realizacji) oraz listy obecności.

¹⁷ Ordynator kierujący SOR na dzień kontroli oprócz specjalizacji medycyna ratunkowa posiadał 3 inne specjalizacje, w tym z anestezjologii i intensywnej terapii.

¹⁸ Na dzień kontroli 19 pielęgniarek posiadało kurs kwalifikacyjny Pielęgniarstwo ratunkowe.

¹⁹ Dz. U. z 2013 r., poz. 757.

²⁰ Dz. U. z 2013 r., poz. 1520, poprzedzone analogicznym rozporządzeniem MZ z dnia 29 sierpnia 2009 r.; dalej: rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych.

²¹ Dz. U. z 2012 r. poz. 739; dalej: rozporządzenie w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia.

²² Dz. U. z 2013 r. poz. 15.

²³ Sprawdzenia zabezpieczenia osobowego dokonano w oparciu o dokumentację kadrową w losowo wybranych dwóch miesiącach (marcu i kwietniu) każdego roku objętego kontrolą. Dokumentacja obejmowała zestawienia dyżurów lekarskich w OAiIT (według planu i według faktycznej ich realizacji).

Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2014 r. *zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego*²⁴. Powyższe zapewniało prawidłowość leczenia i ciągłość postępowania w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii²⁵. Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną, a także stan personelu lekarskiego i pielęgniarskiego zatrudnionego w OAiT był zgodny z danymi w zakresie personelu wskazanego każdorazowo w załączniku nr 2 „*Harmonogram i zasoby*” do umowy nr 08R/10066/03/01/SZP/2012 o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne.

(dowód: akta kontroli str. 69-200, 332-345, 397, 507-518, 636)

Spełnienie wymogów w zakresie minimalnego wyposażenia każdego stanowiska intensywnej terapii w sprzęt i aparaturę medyczną oraz właściwej organizacji udzielania świadczeń, m.in. poprzez dostęp do własnej pracowni radiologii zabiegowej znajdującej się w ww. oddziale potwierdziły wyniki przeprowadzonych oględzin. Pomieszczenia OAiT i lokalizacja poszczególnych stanowisk intensywnej terapii spełniały ponadto warunki określone w § 18 - § 20 rozporządzenia w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia.

(dowód: akta kontroli str. 643-656)

4. Od lipca 2012 r. w WCM obowiązywała *Procedura postępowania z pacjentem w stanie nagłego zagrożenia życia-udar mózgu*²⁶ opracowana przez anestezjologa. Przedmiotem procedury był opis wczesnej diagnostyki oraz decyzje co do dalszego leczenia pacjentów z rozpoznaniem udarem mózgu.

(dowód: akta kontroli str. 374- 377)

5. W skontrolowanym okresie od 1 stycznia 2013 r. do 30 kwietnia 2015 r. WCM wykazywał do rozliczenia z OOW NFZ udzielone świadczenia z grupy A50 (Udar mózgu-leczenie). W latach 2013, 2014 i 2015 (do 30 kwietnia) ich liczba wynosiła odpowiednio: 12, 7 i 4.

(dowód: akta kontroli str. 67, 398)

6. W łącznej grupie 23 pacjentów, którym udzielono świadczeń rozliczonych jako A50, 14 pacjentów hospitalizowanych było w Oddziale Neurochirurgii, a pozostałych 9 - w Oddziale Chorób Wewnętrznych. Analiza 14 dokumentacji medycznych pacjentów hospitalizowanych w okresie objętym kontrolą na oddziale neurochirurgii²⁷, w tym zarówno dokumentacji wewnętrznej zbiorczej (księga przyjęć i wypisów, księga chorych oddziału), jak i dokumentacji indywidualnej wewnętrznej (historie choroby oddziału ratunkowego, historii choroby, karty statystyczne szpitalne) nie wykazała ani jednego przypadku przyjęcia na ww. oddział pacjenta z rozpoznaniem świeżego udaru mózgu.

(dowód: akta kontroli str. 398-400, 407- 412)

²⁴ Dz. U. z 2014 r. poz.1441, a także uprzednio obowiązujące: zał. nr 3 lp.3 do rozporządzenia z 22 listopada 2013 r. oraz zał.nr 2 lp.3 do rozporządzenia z 15 września 2011 r.; dalej: rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych.

²⁵ W liczbie zatrudnionego na ww. oddziale personelu (lekarzy i pielęgniarek) mieściło się co najmniej 8 etatów lekarzy specjalistów w dziedzinie anestezjologii lub anestezjologii i intensywnej terapii, a także co najmniej 27 etatów pielęgniarek, w tym 20 pielęgniarek ze specjalizacją lub ukończonym kursem kwalifikacyjnym w zakresie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki.

²⁶ Procedura medyczna QP-01-MED.-CO-6-2

²⁷ Oznaczonych następującymi numerami księgi głównej: 9963, 47369, 53350, 54542, 52756, 57029, 600095, 34575, 35656, 57568, 6037, 8569, 10117, 17246. Przy udziale lekarza z oddziału szpitalnego, w którym pacjent był hospitalizowany analizie zostało poddanych 14 dokumentacji medycznych, w tym: historie choroby oddziału ratunkowego, karty informacyjne leczenia szpitalnego, księgi przyjęć i wypisów, księgi oddziału, karty statystyczne szpitalne ogólne MZ/Szp-11.

Kontrolą, której ustalenia zawarto w punktach 7-10 niniejszego wystąpienia pokontrolnego objęto 9 przypadków pacjentów leczonych w Oddziale Chorób Wewnętrznych.

7-8. We wszystkich 9 przypadkach, przyjęcia do szpitala odbywały się w trybie nagłym, a nie planowym. W 6 przypadkach pacjenci zostali skierowani z oddziału neurologii innego szpitala, do którego trafili z powodu podejrzenia udaru mózgu, jednak ich niestabilny stan (stan zagrożenia życia) nie pozwalał na kontynuowanie ich leczenia w oddziale neurologii, co było przyczyną skierowania tych pacjentów w trybie nagłym do oddziału szpitalnego WCM (Oddziału Chorób Wewnętrznych). W przypadku 3 pozostałych pacjentów zostali oni przyjęci do WCM również w trybie nagłym, ale na podstawie skierowania pochodzącego od podmiotu świadczącego pomoc doraźną (punktu pogotowia)²⁸. W przypadku 6 pacjentów zakończenie procesu leczenia polegało na skierowaniu do leczenia w innym szpitalu (w oddziale neurologii)²⁹, natomiast w 3 przypadkach nastąpił zgon pacjenta. Okres hospitalizacji u ww. 9 pacjentów wynosił od 1 do 23 dni.

(dowód: akta kontroli str. 233-276, 401, 402, 449-453, 481-484, 498)

W przypadku pacjenta o nr Księgi Głównej 48928 przywieziony on został przez karetkę pogotowia z podejrzeniem choroby wieńcowej. Jak wyjaśnił Ordynator Oddziału Chorób Wewnętrznych był to przypadek udaru, który wystąpił u pacjenta w trakcie pobytu w Oddziale: (...) *pacjent znaleziony o 7.00 rano przy windach z zaburzeniami świadomości. Badanie TK wykonano o 9.00. i po 2 godzinach został on przekazany do Oddziału Neurologii. Niezwłoczne przekazanie pacjenta do Oddziału Neurologii potwierdza treść Informacji końcowej będącej częścią Historii choroby.*

(dowód: akta kontroli str. 306-307, 378-380, 401-402, 498)

Według oświadczenia Ordynatora Oddziału Chorób Wewnętrznych *co do zasady do WCM nie są przywożeni pacjenci ze świeżym udarem mózgu. Zdarzają się natomiast przypadki, kiedy pacjenci będący w stanie ciężkim z powodu innych chorób zagrażających życiu (często chodzi nie tylko o jedno, ale o więcej schorzeń jednocześnie), a równocześnie z udarem mózgu - są kierowani na Oddział Chorób Wewnętrznych, bo z powodu tych innych niż udar mózgu schorzeń, żaden Oddział Neurologii nie przyjąłby tych pacjentów.*

(dowód: akta kontroli str. 436-437)

W badanej próbie 9 pacjentów Oddziału Chorób Wewnętrznych, w 7 przypadkach przyczyna hospitalizacji była związana z innym schorzeniem niż udar mózgu, np. nowotwór z zaburzeniami krzepnięcia, krwawienie z przewodu pokarmowego, wstrząs septyczny, odwodnienie z niedokrwistością, diagnostyka bólów w klatce piersiowej, diagnostyka zasklepienia. W pozostałych dwóch przypadkach pacjenci przywiezieni zostali w stanie krytycznym, a ich hospitalizacja zakończyła się zgonem. W jednym przypadku pacjenta o nr Księgi Głównej 43426³⁰, według złożonych wyjaśnień Ordynatora niemożliwe było określenie, czy przy przyjęciu do WCM miał miejsce udar mózgu. W drugim przypadku – pacjenta o nr Księgi Głównej 49467 (bezdomny) udar mózgu stwierdzony został jeszcze przed przyjęciem do WCM (zarówno w Szpitalu Wojewódzkim w Opolu, jak i na oddziale neurologii Wojewódzkiego Specjalistycznego Zespołu Neuropsychiatrycznego

²⁸ W dwóch przypadkach były to usługi świadczone odpłatnie.

²⁹ Skierowanie to polegało albo na „odesłaniu” do tego oddziału neurologii, który był podmiotem uprzednio kierującym pacjenta w celu stabilizacji jego stanu, albo na przetransportowaniu pacjenta do Zespołu Leczenia Neuropsychiatrycznego w Opolu, jako najbliższej jednostki posiadającej oddział udarowy i oddalony o 1 km od WCM.

³⁰ Pacjentki 89-letniej leczonej psychiatrycznie.

w Opolu). W obu tych miejscach odmówiono jednak jego przyjęcia do oddziału szpitalnego (przyjęcie nastąpiło dopiero w WCM).

(dowód: akta kontroli str. 225-281, 347-362, 388-389, 401-406, 490-497)

9. Przy przyjęciu do szpitala u wszystkich 9 pacjentów zostały wykonane badania krwi (morfologia, koagulogram, oznaczenie elektrolitów, glikemii, kreatyniny i aminotransferaz oraz gazometria). Badania usg jamy brzusznej wykonano u czterech pacjentów, badania rtg klatki piersiowej - u pięciu pacjentów, ekg – w dwóch przypadkach, a gastroskopię – w jednym przypadku. W przypadku pięciu pacjentów³¹ (żaden z nich nie został przyjęty do WCM z powodu udaru mózgu) zostały wykonane badania neuroobrazowe (pacjenci Ks. Głw. 2101, 6900, 48430, 48928, 15019). U trzech z nich zlecenie badania TK lub MR wynikało z faktu wystąpienia objawów sugerujących podejrzenie udaru mózgu w trakcie hospitalizacji (Ks. Głw. 48430, 48928, 15019). W przypadku pozostałych dwóch pacjentów badania te związane były z progresją zmian neurologicznych w trakcie hospitalizacji i dotyczyły pacjentów skierowanych z oddziałów neurologii już ze zdiagnozowanym udarem, ale ze względu na niestabilny stan skierowanych do WCM³².

(dowód: akta kontroli str. 346, 403-406, 480-498)

W przypadku pacjenta Ks. Głw. 15019, od momentu zdiagnozowania udaru (badanie TK oraz konsultacja neurologiczna) do przekazania do oddziału neurologii upłynęło 20 dni³³. Pacjent przebywał w WCM łącznie 23 dni (w tym 6 dni w OAiIT oraz 17 dni w Oddziale Chorób Wewnętrznych). Według wyjaśnień Ordynatora Oddziału Chorób Wewnętrznych, *skierowanie pacjenta na oddział neurologii po upływie 20 dni od daty diagnozy udaru wynikało z konieczności interdyscyplinarnego leczenia i szerokiej diagnostyki u tego 41- letniego pacjenta w związku z zespołem wielu zagrażających życiu schorzeń (zespół wstrząsu toksycznego, niewydolność krążenia i oddychania)*. Ordynator wyjaśnił, iż *TK i MR głowy wykonano w trakcie pobytu w OAiIT WCM, tj. na początku hospitalizacji, jednak nieustabilizowany stan pacjenta nie pozwalał na jego wcześniejsze skierowanie do oddziału neurologii³⁴, a ponadto neurolog konsultował pacjenta dwukrotnie, tj. 7 i 9 kwietnia 2014 r. W wyniku ww. konsultacji neurolog zalecił uzgodnienie przekazania pacjentki do oddziału neurologii*.

(dowód: akta kontroli str. 454-456)

W przypadku pacjenta Ks. Głw. 48430 - czas od momentu zdiagnozowania udaru w badaniu TK do przekazania do oddziału neurologii wynosił 18 godzin, tj. pacjent przekazany został do tego oddziału w dniu następnym. U pacjenta nie była ponadto przeprowadzana konsultacja neurologiczna.

Ordynator Oddziału wyjaśniając przyczyny pozostawienia pacjenta w trakcie ww. 18 godzin bez konsultacji neurologicznej podał, że *u tego pacjenta udar wystąpił w dniu zgłoszenia się do SOR, pomimo iż przyjęty był z diagnozą zapalenie żołądka i bez rozpoznania udaru. Dopiero w trakcie diagnostyki w Oddziale Chorób Wewnętrznych został stwierdzony udar mózdzku*.

(dowód: akta kontroli str. 304-305, 440-442)

³¹ U pozostałych 4 pacjentów (skierowanych do WCM z oddziałów neurologicznych) wyniki badania neuroobrazowego były w dokumentacji medycznej.

³² W obu przypadkach nastąpił zgon pacjentów.

³³ Diagnoza nastąpiła w dniu 25.03.2014 r. a przekazanie do Wojewódzkiego Zespołu Neuropsychiatrycznego - 14.04.2014 r. Był to pacjent z najdłuższym okresem hospitalizacji spośród 9 analizowanych.

³⁴ Pacjent został przekazany do Oddziału Neurologii Wojewódzkiego Specjalistycznego Zespołu Neuropsychiatrycznego w Opolu.

Powyższe potwierdza treść historii choroby SOR oraz zamieszczone w nim rozpoznanie. Wyjaśniając przyczynę nierozpoznania w trakcie 4,5 h pobytu w SOR udaru mózgu u ww. pacjenta, Ordynator tego Oddziału podał: *W chwili przebywania pacjenta w Oddziale Ratunkowym poprowadzono diagnostykę i leczenie pacjenta w kierunku ostrego zespołu wieńcowego, zaskłabnięcia i ostrego nieżytu żołądkowo-jelitowego. W chwili przebywania pacjenta w oddziale ratunkowym brakło przesłanek pozwalających ukierunkować diagnostykę i leczenie pacjenta w kierunku udaru mózgu.*

(dowód: akta kontroli str. 383-384, 472-477)

10. Na podstawie porównania księgi badań pracowni diagnostyki obrazowej (TK i MR) z indywidualną dokumentacją medyczną pacjentów (Ks. Głw. 48430 i 48928) wykazano, że badanie TK głowy wykonano odpowiednio: po upływie 2 h 10 minut oraz 45 minut, licząc od zlecenia przez lekarza (w systemie Clininet) wykonania przedmiotowego badania do momentu przeprowadzenia badania. W pierwszym przypadku skierowanie pacjenta do oddziału neurologii wraz z transportem nastąpiło dnia następnego (15.10.2013 r. o godz. 10.16.), w drugim przypadku - po 55 minutach od stwierdzenia udaru w badaniu TK głowy (16.10.2013 r. o godz. 9.54). W przypadku pozostałych trzech pacjentów zlecenie wykonania badań wynikało z progresji zmian neurologicznych u ww. pacjentów (ks. Głw. 6900, 2101 i 5019).

(dowód: akta kontroli str. 303-307, 381-395, 403-406, 447)

Spośród próby 6 pacjentów³⁵ Oddziału Chorób Wewnętrznych wszyscy pacjenci³⁶ (100%) zostali przekazani do oddziałów neurologii. Pacjenci ww. oddziału z rozpoznaniem udaru w trakcie hospitalizacji (oprócz pacjentów Ks. Głw. 43426, 2101, 49476 będących w stanie krytycznym), byli przekazywani do oddziału neurologii innego szpitala, tj. do Wojewódzkiego Specjalistycznego Zespołu Neuropsychiatrycznego im. Św. Jadwigi (posiadającego Oddział Udarowy) lub do innego oddziału neurologii, w którym byli hospitalizowani przed przekazaniem do oddziału szpitalnego WCM. Pacjentom zapewniono transport sanitarny do Wojewódzkiego Specjalistycznego Zespołu Neuropsychiatrycznego im. Św. Jadwigi (posiadającego Oddział Udarowy) udzielającego świadczeń w odpowiednim zakresie, w tym również zabezpieczony był przewóz pacjentów z lekarzem.

(dowód: akta kontroli str. 378-380, 381-398, 401-402, 438, 447, 449-456, 481-484, 498, 574-579)

11. Przeprowadzone w okresie od 1 stycznia 2013 r. do dnia kontroli przez OOW NFZ kontrole (14), nie obejmowały oddziałów, w ramach których hospitalizowani byli pacjenci rozliczani wg grupy A50.

(dowód: akta kontroli str. 58-64, 67, 414-415)

12. W okresie lat 2013-2015 istniała możliwość dokonywania przez WCM rozliczeń świadczeń z grup A49-A50 w ramach kontraktu OONFZ na leczenie szpitalne (umowa nr 08R/10066/03/01/SZP/2012³⁷) w zakresach: choroby wewnętrzne-hospitalizacja i neurochirurgia – hospitalizacja. Udzielanie ww. świadczeń odbywało się w ramach dwóch oddziałów szpitalnych, tj. Oddziału Chorób Wewnętrznych, Gastroenterologii, Diabetologii i Endokrynologii oraz Oddziału Neurochirurgii. W skontrolowanym okresie przeprowadzono rozliczenie świadczeń udzielonych 9 pacjentom Oddziału Chorób Wewnętrznych oraz 14 - Oddziału Neurochirurgii, każdorazowo w grupie A50.

(dowód: akta kontroli str. 67-200, 398, 519-535)

³⁵ Nie wliczając pacjentów, których hospitalizacja zakończyła się zgonem.

³⁶ Ks. Głw. 48430, 48928, 17044, 27295, 15019, 6900.

³⁷ Z późniejszymi aneksami do ww. umowy.

W całym skontrolowanym okresie w oddziałach chorób wewnętrznych i neurochirurgii zostały zapewnione wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną oraz minimalne zasoby kadrowe (lekarzy i pielęgniarek), co odpowiadało treści załącznika nr 1 (cz. I lp.14 i lp.29) do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2014 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego³⁸ i zostało potwierdzone w trakcie przeprowadzonych oględzin.

(dowód: akta kontroli str. 436-437, 657, 693-696)

Wyposażenie Oddziału Chorób Wewnętrznych oraz Oddziału Neurochirurgii w sprzęt i aparaturę medyczną, a także stan personelu lekarskiego i pielęgniarskiego zatrudnionego w ww. oddziałach był zgodny z danymi wskazanymi każdorazowo w załączniku nr 2 „Harmonogram i zasoby” do umowy nr 08R/10066/03/01/SZP/2012 o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne.

(dowód: akta kontroli str. 67-200, 604-605, 657, 684-692)

Jak potwierdziły wyniki oględzin Oddziału Chorób Wewnętrznych, liczba łóżek w całym Oddziale wynosiła 42 i pokoje łóżkowe spełniały wymogi określone w przepisach § 18- § 20 rozporządzenia *sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia*. W przypadku Oddziału Neurochirurgii liczba łóżek w całym Oddziale wynosiła 37 i znajdowało się w nim 14 pokoi łóżkowych dwuosobowych. Na Oddziale umieszczono 7 stanowisk intensywnego nadzoru, w tym 1 w warunkach izolacji.

(dowód: akta kontroli str. 436-437, 694-695)

13. WCM od 1997 r. do dnia zakończenia kontroli zatrudniało jednego neurologa (na podstawie umowy o pracę)³⁹, który prowadził konsultacje neurologiczne pacjentów wszystkich 16 oddziałów szpitalnych, w tym przeprowadził badania 2 z 9 objętych próbą pacjentów Oddziału Chorób Wewnętrznych (Ks. Głw. 15019 i 2101). WCM nie prowadziło udokumentowanej współpracy (w formie podpisanych umów) zarówno z jednostkami mającymi specjalistyczne oddziały udarowe, jak i z innymi ośrodkami posiadającymi oddziały neurologii. Według wyjaśnień Ordynatora Oddziału Chorób Wewnętrznych *przekazywanie pacjentów z objawami udaru mózgu do oddziału neurologii odbywało się na podstawie telefonicznych uzgodnień*.

(dowód: akta kontroli str. 369-373, 399-400, 447, 456)

14. W kontrolowanym okresie WCM nie zawierało umów z podmiotami zewnętrznymi zajmującymi się rehabilitacją neurologiczną dla osób po udarze mózgu lub opieką nad pacjentami po przebytym udarze mózgu. Nie zostały też ustalone procedury rehabilitacji neurologicznej po zakończonej hospitalizacji. W Oddziale Neurochirurgii w trakcie hospitalizacji pacjenci objęci są rehabilitacją realizowaną przez dwóch rehabilitantów zatrudnionych w pełnym wymiarze czasu pracy.

(dowód: akta kontroli str. 621-626)

Zgodnie z wyjaśnieniem Pełnomocnika Dyrektora ds. Zintegrowanego Systemu Zarządzania, w Wytocznych Zintegrowanego Systemu Zarządzania ISO 9001 (Księżde Jakości) nie ma zapisów dotyczących organizacji pracy SOR, OAiT oraz Zakładu Diagnostyki Obrazowej.

Jak wyjaśniła pełnomocnik Dyrektora ds. Zintegrowanego Systemu Zarządzania *każda komórka medyczna kieruje pacjentów indywidualnie lub przy współudziale rodziny do w/w ośrodków korzystając z informacji na stronie internetowej*

³⁸ Dz. U. z 2014 r. poz. 1441, obowiązujące od 1.01.2015 r.

³⁹ W wymiarze 1,0 etatu (od 1999 r.).

Narodowego Funduszu Zdrowia. Ośrodki rehabilitacyjne, pomocy społecznej i dziennego pobytu są jednostkami ochrony zdrowia i przekazywanie pacjentów w celu dalszego leczenia pomiędzy jednostkami regulują zapisy NFZ i MZ.

(dowód: akta kontroli str. 446, 614)

Od lutego 2015 r. wprowadzony został do *Regulaminu Organizacyjnego* zakres uprawnień pracownika socjalnego zajmującego się m.in. pomocą w zapewnieniu pacjentom dalszej opieki medycznej po zakończonej hospitalizacji⁴⁰. Do dnia zakończenia kontroli nie zostało utworzone (brak w schemacie organizacyjnym) stanowisko pracownika socjalnego, a przewidziana do objęcia ww. stanowiska osoba wykonuje faktycznie powyższe obowiązki w ramach pracy na stanowisku rejestratorki medycznej⁴¹, przy czym nie wystąpił ani jeden przypadek zwrócenia się o pomoc dla pacjenta po udarze mózgu.

(dowód: akta kontroli str. 446, 455-458, 698)

15. W okresie objętym kontrolą zlecono do sfinansowania z OOW NFZ hospitalizacje 23 pacjentów rozliczone jako świadczenia z grupy A50. Wielkość udziału ww. świadczeń w ogólnej wielkości świadczeń sfinansowanych przez dany oddział szpitalny w latach 2013, 2014 i 2015 (I kwartał) wynosiła odpowiednio:

- w przypadku oddziału chorób wewnętrznych: 9 620,00 zł, 7 696,00 zł oraz 0,
- w przypadku oddziału neurochirurgii: 13 468,00 zł, 5 772,00 zł oraz 7 696,00 zł.

(dowód: akta kontroli str. 413)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość:

Całodobowy dostęp do badań endoskopowych zapewniony został przez Dyrektora WCM dopiero od 22 czerwca 2015 r. poprzez zawarcie umów cywilnoprawnych z dwoma podmiotami zewnętrznymi (lekarzami gastroenterologami prowadzącymi praktykę lekarską), wyłonionymi w konkursie ofert na świadczenia zdrowotne w zakresie m.in. pozostawania w całodobowej gotowości do wykonania świadczeń z zakresu gastroenterologii dla pacjentów Centrum Urazowego. W kontrolowanym okresie od 1 stycznia 2013 r. do 21 czerwca 2015 r. dostęp do badań endoskopowych zapewniony był pacjentom jedynie w godzinach działania pracowni badań endoskopowych, tj. w dni robocze pomiędzy 8.00 a 15.00, co stanowiło naruszenie § 4 ust. 4 pkt 3 rozporządzenia w sprawie oddziału ratunkowego. Stosownie do ww. przepisu dostęp pacjentów oddziału ratunkowego do badań diagnostycznych, wykonywanych w medycznym laboratorium diagnostycznym, komputerowego badania tomograficznego oraz badań endoskopowych (w tym gastrokopii, rektoskopii, bronchoskopii, laryngoskopii) powinien być całodobowy.

(dowód: akta kontroli str. 440-443, 457-466)

Nadzór nad Pracownią Badań Endoskopowych pełnił Ordynator Oddziału Chorób Wewnętrznych, który wyjaśnił, że *pacjenci z krwawieniem, którzy trafiają do SOR WCM, są przyjmowani do oddziałów (Chorób Wewnętrznych, Chirurgii Ogólnej lub do OAIT) i po ustabilizowaniu stanu chorych wykonywane są w razie konieczności badania endoskopowe, najczęściej w godzinach pracy Pracowni. Wyjątkowo, w razie konieczności po godzinie 15.00 oraz w soboty, niedziele i dni świąteczne po telefonicznym wezwaniu lekarza endoskopisty. Dla pacjentów wymagających badań w ramach udzielania świadczeń w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym – istnieje*

⁴⁰ Zarządzenie nr 12/20 Dyrektora PS ZOZO WCM z dnia 23 lutego 2015 r. wprowadzające zakres uprawnień pracownika socjalnego.

⁴¹ Według informacji Naczelnej Pielęgniarki dopiero po zakończonych studiach z zakresu opieki socjalnej osoba ta obejmie formalnie nowe obowiązki.

możliwość wezwania lekarzy posiadających umiejętności wykonywania badań endoskopowych zatrudnionych na umowę cywilnoprawną.

(dowód: akta kontroli str. 38, 56, 439)

W okresie od 22 czerwca 2015 r. do dnia zakończenia czynności kontrolnych (okres 11 dni) nie wystąpił przypadek, aby poza godzinami pracy Pracowni był wzywany lekarz w celu wykonania badań endoskopowych u pacjentów oddziałów szpitalnych, których świadczenia rozliczone były na podstawie grupy A50.

W strukturze organizacyjnej WCM od lipca 2010 r.⁴² działa - jako wydzielona funkcjonalnie część szpitala - Centrum Urazowe. W Centrum Urazowym specjalistyczne oddziały są powiązane ze sobą organizacyjnie oraz zakresem zadań w sposób pozwalający na szybkie diagnozowanie i leczenie tzw. pacjenta urazowego. Zarządzeniem nr 24/2011 z 17 czerwca 2011 r. Dyrektor WCM powołał Zespół Urazowy⁴³, którego Kierownikiem jest Ordynator Oddziału Ratunkowego, ale w ograniczonym czasie, tj. od 7.25 do 15.00. W pozostałym czasie nadzór nad pracami Zespołu Urazowego pełnią lekarze Oddziału Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej (tzw. dyżur w I kolejce).

(dowód: akta kontroli str. 554-564)

Stosownie do art. 3 pkt 12 ustawy Państwowym Ratownictwie Medycznym za pacjenta urazowego uznaje się osobę w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego spowodowanego działaniem czynnika zewnętrznego, którego następstwem są ciężkie, mnogie lub wielonarządowe obrażenia ciała. Zgodnie z § 7 ust. 1 rozporządzenia w sprawie centrum urazowego, w SOR zlokalizowanym w szpitalu, w którym funkcjonuje centrum urazowe, przeprowadza się wstępną diagnostykę pacjenta urazowego oraz jego leczenie w zakresie niezbędnym dla stabilizacji funkcji życiowych.

NIK zauważa, że pacjent z udarem mózgu z reguły nie posiada obrażeń anatomicznych typowych dla pacjenta urazowego (w szczególności urazów wielonarządowych), o których mowa w § 5 pkt 1 i 2 ww. rozporządzenia, tym samym nie może należeć do grupy pacjentów centrum urazowego, a tylko dla tej kategorii dorosłych pacjentów⁴⁴ kierowane jest świadczenie lekarzy gastroenterologów wykonywane w ramach zawartych 22 czerwca 2015 r. umów cywilnoprawnych.

(dowód: akta kontroli str. 457-466)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

W 6 z 9 przypadków hospitalizacji pacjentów⁴⁵ (66%) w Oddziale Chorób Wewnętrznych nierzetelnie kwalifikowano (kodowano według ICD-10) a następnie grupowano wszystkie 6 przypadków jako świadczenia z grupy A50 wskazujące na leczenie udaru mózgu w WCM. We wszystkich 6 przypadkach pacjenci przyjęci zostali do WCM z innym rozpoznaniem klinicznym i leczeni byli z powodu innych niż udar mózgu schorzeń, takich jak: cukrzyca z hipoglikemią, choroba niedokrwienna serca, krwawienie z przewodu pokarmowego, zespół wstrząsu toksycznego, niedokrwistość nieokreślona. Pomimo tego przedmiotowe hospitalizacje zostały rozliczone jako świadczenia z grupy A50⁴⁶ każdorazowo z wartością 37 pkt, zamiast właściwych grup JGP⁴⁷, odnoszących się do schorzeń, na które pacjenci byli

⁴² Od 1 lipca weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 czerwca 2010 r. w sprawie centrum urazowego, Dz. U. Nr 118, poz. 803.

⁴³ Zarządzenie z dnia 17 czerwca 2011 r. w sprawie powołania Zespołu Urazowego.

⁴⁴ Oprócz wykonywania zabiegów endoskopowych u dzieci.

⁴⁵ Ks. Głw. o oznaczeniach: 6900, 48928, 17044, 15019, 27295, 43426.

⁴⁶ Jedynym warunkiem zakodowania pacjenta w ramach grupy JGP jest wskazanie właściwego rozpoznania ICD10 w ramach grupy bazowej. Wprawdzie techniczną czynność grupowania w systemie Clininet wykonuje sekretarka medyczna, ale robi to na podstawie rozpoznania zasadniczego wskazanego przez lekarza prowadzącego.

⁴⁷ Np. kody ICD10: F66, K35, E71, E57, S 56, S07.

w WCM leczeni, a których wartości punktowe w dwóch przypadkach były wyższe niż 37, a w czterech pozostałych - niższe.

(dowód: akta kontroli str. 444-445, 447, 451-453, 697)

Analiza 6 dokumentacji medycznych potwierdziła, iż pacjenci zostali zakodowani diagnozą kliniczną zasadniczą według ICD-10 jako I62.9 *Krwotok mózgowy (nieurazowy), nieokreślony* lub I64 *Udar mózgu, nieokreślony jako krwotoczny lub zawałowy*, co z kolei wskazywało automatycznie na grupę A-50, pomimo iż kod ICD-10 przy przyjęciu (rozpoznanie, z którym pacjent został przyjęty) był inny niż I62, I63 lub I64. Zdaniem NIK, powyższe nie wskazuje, aby było prowadzone leczenie udaru mózgu u tych pacjentów, za czym dodatkowo przemawia fakt, iż ww. pacjenci byli kierowani do leczenia w Oddziale Neurologii innego szpitala⁴⁸ (za wyjątkiem przypadków zgonów).

(dowód: akta kontroli str. 380, 399, 401-403, 444-445, 447)

Ordynator Oddziału Chorób Wewnętrznych wyjaśnił, że *w przypadku leczenia pacjentów chorujących jednocześnie na kilka jednostek chorobowych, z których każda samodzielnie jest podstawą do rozliczenia, lekarz prowadzący kodując hospitalizację musi wybrać jedną z leczonych chorób jako schorzenie zasadnicze do rozliczenia. Jak wyjaśnił Ordynator, bardzo często kod choroby przy przyjęciu jest inny niż kod choroby przy wypisie, co wynika ze zmiany rozpoznania bądź ustalenia w trakcie hospitalizacji innych jednostek chorobowych, z których lekarz wybiera jednostkę chorobową do kodowania. We wszystkich przypadkach, których dotyczy wyjaśnienie, lekarz prowadzący wybrał rozpoznanie udaru spośród wielu chorób leczonych u pacjentów w trakcie hospitalizacji.*

(dowód: akta kontroli str. 454-456)

NIK nie kwestionuje zasady, iż w przypadku, kiedy dla jednego zestawu danych z hospitalizacji możliwe jest przypisanie więcej niż jednej JGP, sprawozdający świadczenia do rozliczenia podejmuje decyzję o wskazaniu konkretnej JGP.

Jednocześnie NIK zwraca uwagę, iż charakterystyka JGP będąca zbiorem parametrów służących do wyznaczenia grupy i stanowiąca załącznik nr 1a do zarządzenia Prezesa NFZ⁴⁹, po wprowadzeniu jej do stosowania w formie aneksu do umów WCM z OOW NFZ stała się obowiązująca, co powoduje, że w trakcie procesu tzw. kodowania, lekarze prowadzący pacjenta powinni ją respektować.

Wyjaśniając, dlaczego zlecono do sfinansowania z OOW NFZ hospitalizacje sześciu pacjentów rozliczone jako świadczenia z grupy A50, pomimo iż ww. pacjenci nie byli w WCM leczeni na udar mózgu, Dyrektor WCM podał: *(...) we wszystkich 6 przypadkach pacjenci byli zakodowani diagnozą kliniczną zasadniczą I62.9 lub I64, które to diagnozy przy braku procedur warunkujących inne, zabiegowe kodowanie świadczeń wskazują na grupę A50. Rozpoznanie określane jest przez lekarza prowadzącego na podstawie przeprowadzonych działań diagnostyczno-terapeutycznych.* Dyrektor podkreślił ponadto, że w zakresie wskazanych przypadków OOW NFZ nie zakwestionował zasadności takiego określania grup JGP.

(dowód: akta kontroli str. 454-456, 468-471)

Zdaniem NIK fakt, iż do tej pory OOW NFZ nie zakwestionował stosowanego sposobu rozliczenia pod kątem przestrzegania ustalonego przez NFZ algorytmu, tj. sposobu postępowania służącego prawidłowemu zakwalifikowaniu zakończonej

⁴⁸ Zapis Informacji Końcowej (obligatoryjny załącznik do Historii Choroby) pacjenta Ks. Głw. 48928 brzmi: „pacjent z powodu podejrzenia udaru mózgu jest w trybie pilnym przekazywany na Izbę Przyjęć Oddziału Neurologii”.

⁴⁹ Aktualnie obowiązującym jest zarządzenie nr 89/2013/ DSOZ.

hospitalizacji do systemu JGP nie oznacza, że w przyszłości organ kontrolujący nie będzie tego kwestionował.

(dowód: akta kontroli str. 697, 700-713)

IV. 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 Opolu.

Opole, dnia 26 sierpnia 2015 r.

Kontroler
Celina Augustyn
Główny specjalista k.p.

.....
podpis

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Opolu
Dyrektor

.....
podpis