



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Opolu

LOP.410.011.2.2023

Pan  
Krzysztof Nazimek  
Dyrektor  
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego  
im. św. Jadwigi w Opolu  
ul. Wodociągowa 4  
45-221 Opole

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

## I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. św. Jadwigi w Opolu, ul. Wodociągowa 4, 45-221 Opole <sup>1</sup>
Kierownik jednostki kontrolowanej	Krzysztof Nazimek, Dyrektor Szpitala od 1 lutego 2013 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	Realizacja przez podmioty lecznicze wymogów związanych z udziałem w programie pilotażowym dotyczącym leczenia ostrej fazy udaru niedokrwiennego za pomocą przecewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych
Okres objęty kontrolą	Lata 2019-2023 (do dnia zakończenia kontroli <sup>2</sup> ) 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 <sup>3</sup>
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Opolu
Kontroler	Zbigniew Łupicki, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LOP/67/2023 z 23 czerwca 2023 r.

(akta kontroli str. 1)

---

<sup>1</sup> Dalej: Szpital.

<sup>2</sup> 3 października 2023 r.

<sup>3</sup> Dz. U. z 2022 r. poz. 623, dalej: ustawa o NIK.

## II. Ocena ogólna<sup>4</sup> kontrolowanej działalności

### OCENA OGÓLNA

W Szpitalu przez cały okres realizacji programu pilotażowego leczenia pacjentów z niedokrwiennym udarem mózgu za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych<sup>5</sup> spełnione były warunki formalne ustalone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2018 r. w sprawie programu pilotażowego dotyczącego leczenia ostrej fazy udaru niedokrwiennego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych<sup>6</sup>. Personel medyczny Szpitala spełniał wymagania kwalifikacyjne ustalone w ww. rozporządzeniu, a posiadany sprzęt i aparatura medyczna odpowiadały ustalonym w tym przepisie wymogom.

W ramach realizacji Programu zapewniono całodobowy dostęp do świadczeń trombektomii oraz prowadzenie po zabiegu rehabilitacji neurologicznej na Oddziale Udarowym i w podmiotach leczniczych udzielających takich świadczeń. Informacje o przeprowadzonym leczeniu udaru mózgu przekazywano lekarzom podstawowej opieki zdrowotnej<sup>7</sup> za pośrednictwem pacjenta.

W Szpitalu, zgodnie z przepisami rozporządzenia w sprawie Programu, realizowano obowiązek przeprowadzania szkoleń z wykonywania procedur trombektomii dla własnego personelu oraz dla personelu medycznego współpracujących z nim w ramach Programu podmiotów leczniczych, w tym koordynatorów ratownictwa medycznego.

Na bieżąco i zgodnie z zasadami ustalonymi w rozporządzeniu w sprawie Programu wywiązywano się z obowiązków przekazywania OOW NFZ raportów niezbędnych do sfinansowania i rozliczenia świadczeń udzielanych w ramach Programu oraz sprawozdań dotyczących wskaźników jego realizacji.

Dyrektor Szpitala nie zapewnił jednak prawidłowej obsady dyżurów i zabiegów trombektomii mechanicznej w odniesieniu do pielęgniarek operacyjnych, co naruszało wymóg ustalony w § 7 ust. 1 pkt 2 lit c) rozporządzenia w sprawie Programu. Powyższe, w ocenie NIK, mogło powodować zagrożenie bezpieczeństwa pacjenta przy udzielaniu tych świadczeń zdrowotnych. W Szpitalu nie w pełni rzetelnie prowadzono też indywidualną dokumentację medyczną dotyczącą wykonanych zabiegów trombektomii mechanicznej.

## III. Opis ustalonego stanu faktycznego

### Opis stanu faktycznego

1. Szpital został wskazany jako uczestnik Programu w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego dotyczącego leczenia ostrej fazy udaru niedokrwiennego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych<sup>8</sup>. W oparciu o ustalone zasady realizacji Programu, Szpital złożył 19 sierpnia 2019 r. (tj. w terminie ustalonym w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 9 sierpnia 2019 r.<sup>9</sup>), wniosek do Opolskiego

<sup>4</sup> Najwyższa Izba Kontroli formuluje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

<sup>5</sup> Dalej: Program.

<sup>6</sup> Dz.U. poz. 1985 ze zm., dalej: rozporządzenie w sprawie Programu.

<sup>7</sup> Dalej: poz.

<sup>8</sup> Dz.U. z 2019 r. poz. 1236.

<sup>9</sup> Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 9 sierpnia 2019 r. zmieniające zarządzenie w sprawie umów o realizację programu pilotażowego dotyczącego leczenia ostrej fazy udaru niedokrwiennego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych

Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia<sup>10</sup> o zawarcie umowy na udzielanie świadczeń w ramach Programu.

(akta kontroli str. 3-31)

W związku ze złożeniem niekompletnego wniosku, Szpital w ustalonym przez OOW NFZ terminie<sup>11</sup> przekazał żądane informacje i dokumenty, w tym informację, że w latach 2017-2018 wykonano 15 procedur leczenia endowaskularnego, podczas gdy wg rozporządzenia w sprawie Programu wymagane było wykonanie ww. okresie 150 takich procedur. W związku z tym, OOW NFZ poinformował Szpital pismem z 30 sierpnia 2023 r., o konieczności uzyskania stanowiska Ministra Zdrowia w tej sprawie, warunkującego zawarcie umowy.

Szpital z własnej inicjatywy 2 września 2019 r. poinformował Ministra Zdrowia, że od listopada 2010 r. w pracowni interwencji neuroradiologicznej wykonano ponad 900 procedur wewnątrzczaszkowych, w tym 123 rekanalizacji w leczeniu ostrej fazy udaru niedokrwiennego. Powodem wykonania w ostatnich dwóch latach jedynie 105 procedur wewnątrznaczyniowych, w tym 15 zabiegów leczenia endowaskularnego naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych, był brak ujęcia trombektomii w koszyku świadczeń i zabiegów tych nie można było rozliczyć z OOW NFZ. Jednocześnie ww. piśmie stwierdzono, że *najważniejsze w wykonywaniu procedury trombektomii jest doświadczenie lekarzy radiologów interwencyjnych.*

(akta kontroli str. 43-47)

OOW NFZ 22 listopada 2019 r.<sup>12</sup> poinformował Szpital, że wznawia proces postępowania w sprawie zawarcia umowy na realizację Programu i prosi o przedłożenie sformalizowanej procedury określającej zasady współpracy między lekarzem prowadzącym leczenie i lekarzem wykonującym zabieg, a zespołem ratownictwa medycznego opracowanej w porozumieniu z wojewodą i dysponentami zespołów ratownictwa medycznego. Żądane przez OOW NFZ dokumenty zostały przekazane 22 listopada 2019 r.

(akta kontroli str. 32-74)

Z przekazanych do OOW NFZ dokumentów i oświadczeń wynikało, że Szpital spełniał wymagania związane z uczestnictwem w Programie, ustalone w § 7 ust. 1 rozporządzenia w sprawie Programu (OOW NFZ po zasięgnięciu opinii Ministra Zdrowia zaakceptował mniejszą od wymaganej liczbę wykonanych w Szpitalu procedur leczenia endowaskularnego naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych). I tak:

- a) Szpital posiadał w swojej strukturze oddziały szpitalne przewidziane do włączenia w realizację Programu<sup>13</sup>, w tym utworzony 25 listopada 2010 r., Ośrodek Wczesnej Interwencji Neuroradiologicznej<sup>14</sup>, wykonujący m.in. zabiegi trombolizy, trombektomii, angioplastyki, embolizacji tętniaków, naczyń i guzów mózgu;
- b) dwa oddziały neurologii i dwa oddziały udarowe spełniały wymagania określone w załączniku nr 4 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r.

---

(Dz. Urz. Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 109/2019/DSOZ), dalej: zarządzenie w sprawie umów o realizację Programu.

<sup>10</sup> Dalej: OOW NFZ.

<sup>11</sup> Szpital został wezwany 23 sierpnia 2019 r. do uzupełnienia wniosku do 27 sierpnia 2019 r. Uzupełnienie nastąpiło 27 sierpnia 2019 r.

<sup>12</sup> Pismo OOW NFZ z 20 listopada 2019 r.

<sup>13</sup> Według danych Rejestru Podmiotów Leczniczych prowadzonego przez Wojewodę Opolskiego, Szpital posiadał dwa oddziały neurologii dla dorosłych A i B, funkcjonujące od 31 grudnia 1997 r. i działające przy nich od 25 listopada 2010 r. oddziały udarowe odpowiednio A i B, oraz Ośrodek Wczesnej Interwencji Neuroradiologicznej wykonujący m.in. zabiegi trombolizy, trombektomii, angioplastyki, embolizacji tętniaków, naczyń i guzów mózgu. Od 1 czerwca 2019 r. utworzono Oddział Neurochirurgii z Pododdziałem Intensywnej Opieki Medycznej z 11 łózkami

<sup>14</sup> Dalej: OWIN.

w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego<sup>15</sup>. Ponadto zapewniono wykonywanie zabiegów hemikraniektomii, także w ramach dyżuru medycznego, poprzez zawarcie 19 sierpnia 2019 r. stosownego porozumienia z Uniwersyteckim Szpitalem Klinicznym w Opolu, położonym 3 km od Szpitala. Od września 2021 r. tego rodzaju świadczenia wykonywane były także w Szpitalu – w Oddziale Neurochirurgii z Pododdziałem Intensywnej Opieki Medycznej<sup>16</sup>;  
(akta kontroli str. 25-31, 178-206, 277,278)

c) zatrudniano czterech lekarzy specjalistów radiologii i diagnostyki obrazowej, których udział w co najmniej 150 zabiegach z zakresu neuroradiologii, w tym co najmniej 50 zabiegach przeprowadzonych samodzielnie<sup>17</sup> udział ten został potwierdzony przez konsultantów wojewódzkich (dolnośląskiego, opolskiego i śląskiego) z dziedziny radiologii i diagnostyki obrazowej. Ww. lekarze uzyskali także certyfikaty Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego z zakresu *Wewnątrznaczyniowe leczenie udarów niedokrwiennych mózgu* lub ukończyli kurs w zagranicznym ośrodku trombektomii naczyń mózgowych. Do udziału w Programie włączono sześciu lekarzy specjalistów z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii oraz sześć pielęgniarek operacyjnych, z co najmniej rocznym doświadczeniem w instrumentowaniu do zabiegów wewnątrznaczyniowych - dwie z nich uzyskały specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego, a jedna ukończyła kurs kwalifikacyjny pielęgniarstwa operacyjnego. W Szpitalu zatrudniano cztery pielęgniarki po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki oraz czterech techników elektroradiologów;  
(akta kontroli str. 9-15, 21-24, 107-120, 150-160)

d) w miejscu wykonywania zabiegów Szpital dysponował sprzętem i aparaturą medyczną obejmującą: angiograf cyfrowy dwupłaszczyznowy (zakupiony 15 listopada 2010 r.) oraz trzy urządzenia przeznaczone do usuwania materiału zatorowego z naczyń mózgowych;

e) zapewniony został całodobowy dostęp do badań tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego (we wszystkie dni tygodnia), poprzez zawarcie umowy z podmiotem zewnętrznym, wykonującym tego rodzaju badania w budynku Szpitala.  
(akta kontroli str. 9-13, 49-74)

2. W związku ze spełnieniem przez Szpital wymagań określonych w rozporządzeniu w sprawie Programu oraz zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie umów o realizację Programu, w dniu 25 listopada 2019 r. OOW NFZ zawarł ze Szpitalem umowę<sup>18</sup> na realizację programu. Umowa ta zawierała elementy przewidziane wzorem określonym w ww. zarządzeniu Prezesa NFZ i została oparta na danych wskazanych we wniosku oraz dołączonych dokumentach (po uzupełnieniach). W załączniku nr 2 do umowy, *Harmonogram-zasoby*, wskazano tych samych realizatorów poszczególnych czynności w procedurze leczenia udarów niedokrwiennych mózgu, co w dokumentach dołączonych do wniosku o zawarcie umowy, przy czym większa – w stosunku do wniosku – była liczba pielęgniarek specjalistek z dziedziny anestezjologii i intensywnej terapii<sup>19</sup>.

(akta kontroli str. 9-84, 105-120, 148-161)

<sup>15</sup> Dz. U. z 2017 r. poz. 2295., dalej: rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych.

<sup>16</sup> Porozumienie z Uniwersyteckim Szpitalem Klinicznym w Opolu nie zostało rozwiązane, z uwagi na możliwość wykonania zabiegu hemikraniektomii w sytuacjach nadzwyczajnych losowych, gdyż Szpital nie będzie mógł wykonać takiego zabiegu.

<sup>17</sup> W tej liczbie zabiegów uwzględnia się zabiegi: zaopatrywanie malformacji naczyń mózgowych; embolizacja tętniaków, naczyniaków i przetok; zakładanie stentów do naczyń wewnątrzczaszkowych; trombektomii.

<sup>18</sup> Umowa nr 08R/10065/18/03/PPZ/2019.

<sup>19</sup> We wniosku wskazano cztery, w umowie – sześć.

3. W latach 2018-2021 liczba pacjentów leczonych w Szpitalu z rozpoznaniem chorób naczyń mózgowych obejmujących wg Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD10) jednostki chorobowe od I 60 do I 69<sup>20</sup> wzrastała i wynosiła kolejno w latach 2018-2021: 1 468; 1 551; 1 561 i 1 646 pacjentów. W 2022 r. liczba ta spadła do 1 433, a w pierwszym półroczu 2023 r. wyniosła 713 pacjentów. Zasadniczymi chorobami leczonymi w Szpitalu w grupie chorób naczyń mózgowych (ponad 80% przypadków) wg ICD 10 były: I 63 *Zawał mózgu* oraz I 64 *Udar mózgu, nieokreślony jako krwotoczny lub zawałowy*. Również w przypadku tych chorób, ich liczba wzrastała od 1 184 przypadków w 2018 r., poprzez 1 254 i 1 337, do 1 371 przypadków w 2021 r., po czym spadła do 1 176 przypadków w 2022 r. W pierwszym półroczu 2023 r. ich liczba wyniosła 597.

(akta kontroli str. 177)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że na częstotliwość występowania zachorowań na udary mózgu ma wpływ wiele czynników, których nie da się zidentyfikować i jest to uzależnione od stosowanych form profilaktyki. Przez cały okres objęty kontrolą Szpital nie zmienił zasad i formy funkcjonowania, nie ograniczał liczby przyjmowanych pacjentów i nie zaprzestał działalności. Zdaniem Dyrektora można podejrzewać, że istotny wpływ na sytuację miała epidemia COVID-19, która doprowadziła do nadmiernej liczby zgonów w grupie wiekowej objętej ryzykiem wystąpienia udaru.

(akta kontroli str. 515)

4. W okresie od 4 lipca do końca 2019 r., w Szpitalu wykonano i przedstawiono do rozliczenia 13 zabiegów trombektomii, o wartości 377,8 tys. zł. W następnych latach obowiązywania umowy liczba takich zabiegów wyniosła: 47 w 2020 r., 65 w 2021 r., 98 w 2022 r. i 86 do 30 czerwca 2023 r., a wartość udzielonych świadczeń - odpowiednio: 1 337,0 tys. Zł, 1 889,2 tys. Zł, 3 127,4 tys. zł i 3 038,7 tys. zł. Znaczący wzrost wartości udzielonych świadczeń w 2022 r. wynikał ze wzrostu liczby wykonanych zabiegów trombektomii oraz wzrostu od kwietnia 2022 r. ceny punktu rozliczeniowego z 1,00 zł do 1,05 zł, a od 1 lipca 2022 r. - do 1,23 zł (od 1 lipca 2023 r. wartość punktu rozliczeniowego wynosi 1,33 zł).

Wykonanie kontraktu za pierwsze półrocze 2023 r. wyniosło 3 038,7 tys. zł, co stanowiło 72,37 % wartości umowy na 2023 r.

Za wszystkie przedstawione do rozliczenia zabiegi Szpital otrzymał z OOW NFZ należne wynagrodzenie.

(akta kontroli str. 162)

5. W okresie objętym kontrolą Szpital utrzymywał ciągłość realizacji świadczeń w ramach Programu, również w okresie pandemii COVID-19.

(akta kontroli str. 516)

Skład oraz zasady postępowanie zespołu kwalifikującego do zabiegu trombektomii zostały ustalone w obowiązującej w Szpitalu procedurze *P-MED Zasady postępowania pracowników Izby Przyjęć przy przyjęciu pacjenta z podejrzeniem udaru mózgu*<sup>21</sup>. W skład zespołu kwalifikującego wchodził: lekarz neurolog Oddziału Udarowego A (do godz. 15:00) lub lekarz neurolog dyżurujący w Oddziale Neurologii B lub w Izbie Przyjęć (po godz. 15:00 w dni robocze, a w dni wolne i świąteczne od godz. 8:00 do godz. 8:00) oraz lekarz specjalista w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej OWIN (zatrudniony w Zakładzie Radiologii), który jednocześnie był lekarzem wykonującym zabieg.

<sup>20</sup> Choroby naczyń mózgowych.

<sup>21</sup> Procedura zatwierdzona do stosowania przez Dyrektora Szpitala 23 sierpnia 2019 r.

Analiza dokumentacji dotyczącej planowania dyżurów lekarzy w OWIN oraz w oddziałach Neurologii A i Neurologii B na przykładzie dziesięciu wybranych dni<sup>22</sup>, potwierdziła zaplanowanie we wszystkich tych dniach zespołu o składzie spełniającym wymagania § 7 ust. 1 pkt 5 lit a) rozporządzenia w sprawie Programu, tj. lekarza specjalisty neurologa i lekarza specjalisty radiologii i diagnostyki obrazowej, mających odpowiednie doświadczenie.

Dostęp do konsultacji neurologicznej w trakcie zabiegu zapewniony był przez dyżurujących całodobowo lekarzy neurologów, z których jeden kwalifikował pacjenta do zabiegu trombektomii, a następnie zapewniał konsultację neurologiczną w trakcie zabiegu. Każdorazowo kwalifikacja pacjenta do trombektomii poprzedzona była wykonaniem badania obrazowego głowy metodą tomografii komputerowej (TK) lub badaniem rezonansem magnetycznym (RM) oraz podaniem dożylnie leku do leczenia trombolitycznego.

(akta kontroli str. 532, 534, 570)

Badanie dokumentacji medycznej zabiegów trombektomii przeprowadzonych u 30 pacjentów<sup>23</sup> wykazało, że wszystkich kwalifikacji do zabiegu dokonał zespół lekarzy specjalistów o składzie i kwalifikacjach odpowiadających wymogom rozporządzenia w sprawie Programu.

(akta kontroli str. 655-674, 724, 725)

Badanie dokumentacji z planowania personelu do wykonania zabiegów trombektomii, przeprowadzone na próbie dziesięciu wybranych dni<sup>24</sup> wykazało, że we wszystkich tych dniach zaplanowano zespół o składzie spełniającym wymagania określone w § 7 ust.1 pkt 2, lit. a); b); d) i e) rozporządzenia w sprawie Programu, tj. zapewniono udział lekarza specjalisty radiologii i diagnostyki obrazowej, lekarza specjalisty z dziedziny anestezjologii, pielęgniarki anestezjologicznej oraz technika elektroradiologa (do obsługi technicznej). Nie zaplanowano natomiast do pełnienia dyżurów dwóch pielęgniarek operacyjnych, pomimo wymogu wynikającego z 7 ust.1 pkt 2, lit. c) ww. rozporządzenia. Ponadto w trzech dniach do pełnienia dyżuru zaplanowano pielęgniarki operacyjne nieposiadające kwalifikacji wskazanych w ww. przepisie, co opisano szczegółowo w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 275, 276, 510-515, 570)

Skład osobowy zespołów wykonujących wybrane do badania 30 zabiegów trombektomii spełniał wymagania ustalone w rozporządzeniu w sprawie Programu, tj. zapewniono udział w zabiegu lekarza specjalisty w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej, lekarza anestezjologa, pielęgniarki anestezjologicznej i technika elektroradiologa.

W odniesieniu do 29 zabiegów nie był spełniony wymóg udziału dwóch pielęgniarek operacyjnych, wskazany w § 7 ust.1 pkt 2, lit. c) ww. rozporządzenia, a dodatkowo

---

<sup>22</sup> Do analizy wybrano dni z uwzględnieniem okresów świątecznych, tzw. długich weekendów, okresów wakacji letnich i zimowych oraz dni, w których nie przeprowadzono zabiegów w ramach Programu, tj.: 1) 13 kwietnia 2020 r.; 2) 8 sierpnia 2020 r.; 3) 3 maja 2021 r.; 4) 10 lipca 2021 r.; 5) 13 listopada 2021 r.; 6) 26 grudnia 2021 r.; 7) 2 maja 2022 r.; 8) 27 lipca 2022 r.; 9) 25 grudnia 2022 r. i 10) 6 stycznia 2023 r.

<sup>23</sup> Dane identyfikacyjne pacjentów, których dokumentacja została wybrana do badania, obejmują datę zabiegu i trzy pierwsze cyfry numeru PESEL: 1) 24 lipca 2019 r. 621; 2) 8 sierpnia 2019 r. 570; 3) 20 sierpnia 2019 r. 601; 4) 23 sierpnia 2019 r. 330; 5) 4 września 2019 r. 480; 6) 11 października 2019 r. 381; 7) 17 grudnia 2019 r. 580; 8) 18 kwietnia 2020 r. 380; 9) 20 czerwca 2020 r. 600; 10) 28 lipca 2020 r. 611; 11) 30 lipca 2020 r. 530; 12) 23 sierpnia 2020 r. 390; 13) 24 września 2020 r. 410; 14) 26 września 2020 r. 421; 15) 8 lutego 2021 r. 560; 16) 4. marca 2021 r. 400; 17) 26 kwietnia 2021 r. 620; 18) 12 maja 2021 r. 490; 19) 14 czerwca 2021 r. 581; 20) 21 sierpnia 2021 r. 541; 21) 3 listopada 2021 r. 380; 22) 4 listopada 2021 r. 450; 23) 30 grudnia 2021 r. 520; 24) 18 lutego 2022 r. 501; 25) 7 września 2022 r. 520; 26) 6 listopada 2022 r. 310; 27) 25 marca 2023 r. 480; 28) 1 maja 2023 r. 380; 29) 26 marca 2020 r.; 30) 30 stycznia 2022 r. 510.

<sup>24</sup> Tj.: 1) 13 kwietnia 2020 r.; 2) 8 sierpnia 2020 r.; 3) 3 maja 2021 r.; 4) 10 lipca 2021 r.; 5) 13 listopada 2021 r.; 6) 26 grudnia 2021 r.; 7) 2 maja 2022 r.; 8) 27 lipca 2022 r.; 9) 25 grudnia 2022 r. i 10) 6 stycznia 2023 r.

w czterech zabiegach asystowały pielęgniarki nieposiadające kwalifikacji, o których mowa w ww. przepisie.

Stwierdzono także niekompletne wpisy w 16 *kartach monitorowania czasu realizacji działań u pacjenta z podejrzeniem udaru mózgu*, których obowiązek prowadzenia wynikał z procedury *P-MED, Trombektomia – Pilotaż, Zasady postępowania lekarzy i pozostałego personelu medycznego, rozporządzenie MZ z dnia 11 października 2018 r. § 7 pkt 5 lit. h*). Powyższe szczegółowo opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 64-74, 724, 725)

Szpital, zgodnie z postanowieniem § 7 ust. 1 pkt 5 lit. i) rozporządzenia w sprawie Programu, zapewnił pacjentom po przebytych udarze mózgu i wykonanym zabiegu trombektomii, ciągłość realizacji świadczeń zdrowotnych z zakresu rehabilitacji. Rehabilitacja początkowo była prowadzona na oddziale udarowym Szpitala, a następnie, w zależności od stanu pacjenta, u innych świadczeniodawców z tego zakresu (w warunkach stacjonarnych w oddziale dziennym lub w warunkach domowych).

(akta kontroli str. 724, 725)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że pacjenci poddawani zabiegom trombektomii przekazywani są pod opiekę lekarza prowadzącego i kierownika oddziału udarowego. Całością dalszego leczenia, w tym również zaplanowaniem rehabilitacji w czasie pobytu, jak i po nim zajmuje się lekarz prowadzący, który zleca te zabiegi i decyduje o pionizacji pacjenta, odnotowując to w karcie rehabilitacyjnej (część historii choroby). Zabiegi wykonywane są przez rehabilitantów Zakładu Rehabilitacji, a lekarz specjalista rehabilitacji stwierdza wykonanie poprawnego zakresu rehabilitacji. Lekarz prowadzący decyduje o rodzaju dalszej rehabilitacji w warunkach stacjonarnych, w oddziale dziennym lub warunkach domowych. Ustaleniem miejsca kontynuacji rehabilitacji poszpitalnej w warunkach stacjonarnych zajmują się pracownicy Zakładu Rehabilitacji. Część pacjentów korzysta z rehabilitacji w warunkach dziennych w Szpitalu. Wewnątrzszpitalna rehabilitacja odbywa się w ramach zasobów Szpitala. Na dalszą rehabilitację pacjenci kierowani są na zlecenie lekarza prowadzącego. Ustaleniem miejsca i terminu rehabilitacji stacjonarnej zajmują się pracownicy Zakładu Rehabilitacji. Szpital ma podpisaną umowę na rehabilitację neurologiczną ze szpitalem w Branicach. Dyrektor Szpitala wyjaśnił też, że Szpital współpracuje z ośrodkami rehabilitacji w Ozimku, Korfantowie i Sycowie, a w przypadku konieczności przekazania pacjenta do zakładu opieki długoterminowej, proces koordynują pracownicy socjalni Szpitala.

(akta kontroli str. 532, 533, 689)

Szpital posiadał opracowane procedury dotyczące rehabilitacji pacjenta w Szpitalu po udarze mózgu (procedura *Program Medyczny, Rehabilitacja pacjentów z chorobami neurologicznymi*) oraz postępowania z pacjentem po zakończeniu leczenia w Szpitalu i rozpoczęciu procesu diagnostyczno-terapeutycznego w innej jednostce ochrony zdrowia lub w domu pacjenta (procedura *P-MED Przekazanie pacjenta na rehabilitację neurologiczną*).

Szpital nie opracował pisemnych zasad współpracy ze świadczeniodawcami realizującymi świadczenia gwarantowane z zakresu rehabilitacji leczniczej lub świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, w celu zapewnienia ciągłości leczenia.

(akta kontroli str. 626-631, 689)

Zdaniem Dyrektora Szpitala, nie ma potrzeby opracowywania zasad współpracy ze świadczeniodawcami, ponieważ zasady funkcjonowania placówek rehabilitacyjnych oraz zasady kierowania pacjentów na rehabilitację są określone przepisami (w tym



resortowymi i zarządzeniami Prezesa NFZ). W wyjaśnieniu Dyrektor wskazał także, że Szpital ma wypracowane zasady współpracy i zasady przekazywania pacjenta do ośrodków rehabilitacyjnych w regionie i stosuje ogólnie przyjęte i obowiązujące standardy postępowania z pacjentami.

(akta kontroli str. 747)

Badanie indywidualnej dokumentacji medycznej pięciu pacjentów<sup>25</sup> poddanych rehabilitacji neurologicznej na Oddziale Udarowym wykazało, że w czterech przypadkach fizjoterapeuci przeprowadzali zabiegi rehabilitacyjne przez co najmniej siedem kolejnych dni po przeprowadzonym zabiegu<sup>26</sup>, potwierdzając je w *karcie rehabilitacji pacjenta*. Dla jednego pacjenta nie założono ww. karty, co opisane zostało w dalszej części wystąpienia w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Przed rozpoczęciem rehabilitacji, w jej trakcie oraz na zakończenie, dokonywana była ocena stanu zdrowotnego pacjenta i na tę okoliczność sporządzano oceny ruchomości pacjenta wg skali Rivermed, oceny wykonywania czynności życia codziennego przez pacjenta wg skali Barthel, oceny jakości ruchu kończyny górnej, oceny bólu oraz oceny stanu ogólnego pacjenta wg skali Rankina. Po zakończeniu leczenia w Szpitalu pacjent lub odbierający pacjenta, otrzymywał kartę informacyjną leczenia szpitalnego zawierającą m.in. informacje o przeprowadzonym leczeniu, opis rozpoznania choroby, wyniki badań, opis zastosowanego leczenia oraz zalecenia dotyczące dalszego leczenia i opieki pielęgniarskiej. W zakończeniu karty informacyjnej znajdowało się pouczenie o zobowiązaniu do jej przekazania lekarzowi poz.

(akta kontroli str. 634-652)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że powodem przekazywania pacjentowi karty informacyjnej o leczeniu szpitalnym przeznaczonej dla lekarza poz, był brak informacji o aktualnym lekarzu takiej opieki wybranym przez pacjenta. Stwierdził też, że każda karta informacyjna pacjenta po zakończeniu leczenia szpitalnego przekazywana jest do Platformy P1<sup>27</sup>, a do tych danych każdy lekarz poz ma całodobowy dostęp. W ocenie Dyrektora przekazywanie karty informacyjnej o leczeniu szpitalnym dla lekarza poz, jest dublowaniem danych, gdyż celem powstania Platformy P1 było wyeliminowanie dokumentacji w formie papierowej.

(akta kontroli str. 747)

W okresie objętym kontrolą zgodnie z wymaganiami wskazanymi w § 7 ust.1 pkt 3) lit a) i b) oraz pkt 4) lit. a) i b) rozporządzenia w sprawie Programu, pracownia OWIN przeznaczona do wykonywania zabiegów trombektomii była wyposażona w angiograf stacjonarny dwupłaszczyznowy oraz urządzenia przeznaczone do usuwania materiału zatorowego z naczyń mózgowych. Zapewniono też wykonanie badań tomografii komputerowej oraz rezonansu magnetycznego, poprzez zawarcie umów z podmiotem zewnętrznym, wykonującym takie świadczenia w pomieszczeniach Szpitala. Ponadto, zgodnie z wymaganiami wynikającymi z załącznika nr 4 Lp. 2 rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych, pracownia OWIN wyposażona była w aparaty Holter EKG i Holter ciśnieniowy, zagregowane w aparacie Aespire oraz w aparat USG z opcją kolorowego Dopplera. Przeprowadzone oględziny pracowni OWIN wykazały, że wymagana aparatura i sprzęt medyczny znajdowały się

<sup>25</sup> Pacjenci objęci badaniem (trzy pierwsze cyfry numeru PESEL i data zabiegu): 1) 510, 30 stycznia 2022 r.; 2) 310, 6 listopada 2022 r.; 3) 480, 25 marca 2023 r.; 4) 340, 26 marca 2023 r. oraz 5) 380, 1 maja 2023 r.

<sup>26</sup> Liczba rehabilitacji odpowiednio dla ww. pacjentów: 1) trzy – pacjenta wypisano do szpitala tymczasowego z uwagi na zakażenie COVID-19; 2) dziewięć; 3) osiem; 4) 15 i pięć) brak karty rehabilitacji.

<sup>27</sup> Od dnia 1 lipca 2021 r. na podstawie art. 56 ust. 4 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2022 r. poz. 1555), wszystkie podmioty medyczne mają obowiązek raportować drogą elektroniczną zdarzenia medyczne wyszczególnione w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 8 maja 2018 r. w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej (Dz. U. z 2023 r. poz. 1851).

w tej pracowni. Sprzęt poddawano okresowym przeglądom technicznym i był on dostępny do wykonywania zabiegów.

Szpital nie uzupełniał jednak na bieżąco danych w załączniku nr 2 *Harmonogram – Zasoby* do umów OOW FFZ dotyczących posiadanego sprzętu do realizacji zabiegów trombektomii mechanicznej, co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 121-132, 207-266, 558-563, 721-723, 747)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że celem sprawdzenia sprawności aparatury wykorzystywanej przez ww. podmiot zewnętrzny do badań tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego, raz na dwa lata przeprowadzano w tym podmiocie audit. W ramach tych działań m.in. sprawdzano paszporty techniczne aparatury medycznej (dla potwierdzenia zapewnienia ciągłości przeglądów). Dyrektor wyjaśnił też, że podmiot ten zgodnie z zawartą umową zobowiązał się do wykonywania badań siedem dni w tygodniu, 24 godziny na dobę, w związku z tym każdorazowo informuje Szpital o zaplanowanym przeglądzie serwisowym, czy też awarii sprzętu i w takich sytuacjach zapewnia dostęp do innej aparatury.

(akta kontroli str. 688, 689, 746, 747)

6. W okresie objętym kontrolą zabiegi trombektomii wykonywało sześciu lekarzy radiologów<sup>28</sup>.

Dwoje lekarzy, którzy wykonali największą liczbę zabiegów, zatrudnionych było na umowy o pracę, w ramach których pełnili także dyżury pod telefonem wg grafiku ustalonego przez Szpital. Pozostali lekarze wykonujący zabiegi trombektomii, byli zatrudnieni na podstawie umów cywilnoprawnych<sup>29</sup>, których przedmiot obejmował wykonywanie *zabiegów interwencyjnych w udarze niedokrwiennym mózgu w trybie ostrego dyżuru oraz pełnienie dyżurów telefonicznych wg ustalonego grafiku dyżurów*.

(akta kontroli str. 349-493, 565)

Badanie czasu pracy lekarzy przeprowadzone na próbie dwóch miesięcy z każdego roku w okresie objętym kontrolą<sup>30</sup> wykazało, że żaden z dwóch lekarzy zatrudnionych na umowę o pracę nie przekroczył 48 godz. przeciętnego tygodniowego wymiaru czasu pracy określonego w art. 96 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej<sup>31</sup>. Pracownikom tym zapewniono 11 godz. nieprzerwanego odpoczynku w każdej dobie, zgodnie z art. 97 ust. 1-2 ustawy o działalności leczniczej.

(akta kontroli str. 607-623)

Szpital w okresie objętym kontrolą zawierał z lekarzami i pielęgniarkami umowy cywilnoprawne na wykonywanie zabiegów interwencyjnych w udarze niedokrwiennym mózgu w trybie ostrego dyżuru oraz pełnienie dyżurów domowych pod telefonem. W okresie objętym kontrolą umowy takie zawierano z trzema lekarzami specjalistami z dziedziny radiologii oraz z dwiema pielęgniarkami, które asystowały przy zabiegach. Miejsca zamieszkania ww. osób były odległe od Szpitala w przedziale od 52 km do 103 km, a czas dojazdu wynosił w opcji szybkiej od 1 godz. 1 min., do 1 godz. 34 min<sup>32</sup>.

<sup>28</sup> Najwięcej zabiegów trombektomii wykonała Kierownik OWIN M.W., 153, a następnie kolejno: 1) Y.V. - 61 zabiegów; 2) M.T. - 51; 3) K.D. - 32; 4) M.T. - 13 i pięć) M.M. - osiem zabiegów.

<sup>29</sup> Umowy zawierane były na okresy roczne, tj. na czas oznaczony zgodnie z postanowieniami art. 27 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2023 r. poz. 991).

<sup>30</sup> Listopad i grudzień 2019 r.; kwiecień i lipiec 2020 r.; maj i sierpień 2021 r.; maj i lipiec 2022 r.; marzec i maj 2023 r.

<sup>31</sup> Dz.U. z 2023 r. poz. 991.

<sup>32</sup> Odległości i czasy dojazdu z miejsc zamieszkania do Szpitala ustalona na podstawie serwisu Targeo (cyfrowej mapy Polski), przyjmując opcję szybką warunków dojazdu z miejscowości: Radzionków – 99 km/1 godz. 34 min; Wieluń – 87 km/1 godz. 33 min.; Wrocław – 93 km/1 godz. 31 min. i – 103 km/1 godz. 32 min.; Pietrzykowice – 101 km/1 godz. 27 min.; Prudnik – 52 km/1 godz. 1 min.

W umowach tych nie zawarto żadnych zobowiązań dotyczących czasu dojazdu do Szpitala od momentu powiadomienia.

(akta kontroli str. 349-449, 681-685)

Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia 25 października 2019 r. przekazała do oddziałów wojewódzkich NFZ zalecenia zawarte w piśmie Ministerstwa Zdrowia z 17 października 2019 r. w zakresie warunku pełnienia tzw. *dyżurów pod telefonem*, przy realizacji programu pilotażowego leczenia ostrej fazy udaru niedokrwinnego. W piśmie podano, że Minister Zdrowia po zasięgnięciu opinii konsultanta krajowego w dziedzinie neurologii uważa, że *możliwa jest realizacja ww. świadczenia poprzez odbywanie dyżuru lekarskiego poza lokalizacją podmiotu leczniczego, w opcji pod telefonem (...) pod warunkiem, że od czasu przyjęcia chorego do szpitala, przyjazd lekarza wykonującego zabieg do tej placówki nie przekroczy 45 minut.*

(akta kontroli str. 681-685, 726-730)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że Szpital nie otrzymał z NFZ ww. zaleceń Ministerstwa Zdrowia z 17 października 2019 r.

Dyrektor w wyjaśnieniu wskazał także, że zdecydował się na zawarcie umów cywilnoprawnych także z lekarzami spoza Opola, gdyż liczba personelu medycznego spełniającego wymagane warunki była i jest bardzo ograniczona w całej Polsce. W związku z tym, przy zawieraniu umów cywilnoprawnych z personelem kierowano się przede wszystkim kwalifikacjami i doświadczeniem personelu, przyjmując, że osoby dyżurujące pod telefonem przybędą na wezwanie w możliwie najkrótszym czasie.

Dyrektor wyjaśnił również, że w Szpitalu przyjęto zasadę powiadamiania personelu pełniącego dyżur pod telefonem o konieczności wykonania zabiegu trombektomii, pierwotnie po zakończeniu diagnostyki obrazowej TK/MR. Lekarz radiolog interwencyjny ma bieżący dostęp do badań diagnozowanych pacjentów w kierunku ostrego udaru spełniającego kryteria do potencjalnej interwencji, z wykorzystaniem aplikacji BRAINOMIX i kwalifikuje lub dyskwalifikuje pacjenta do zabiegu bez oczekiwania na wynik badań radiologicznych ze stacjonarnej pracowni TK/MR. Po zakwalifikowaniu pacjenta do zabiegu trombektomii, lekarz radiolog interwencyjny powiadamia pozostałych członków zespołu interwencyjnego telefonicznie, jednocześnie wysyłając powiadomienie o zabiegu wszystkim członkom zespołu oraz kandydatów do zespołu. Ma to na celu umożliwienie biernego uczestnictwa w zabiegu wszystkich członków grupy, którzy chcieliby podnieść swoje kwalifikacje i doświadczenie. Jednocześnie na lekarzu dyżurnym neurologu spoczywa obowiązek powiadomienia zespołu anestezyjologicznego.

Dyrektor w wyjaśnieniach stwierdził także: *Dylemat jest taki, poszukać lekarzy w ościennych województwach i ratować ludzi, albo uznać, że nic nie trzeba robić i żaden Program nie jest nam potrzebny, bo nie ma lekarzy. Do podjęcia decyzji o wykonywaniu zabiegu trombektomii nie decyduje tylko czas dojazdu, ale szereg innych uwarunkowań składających się na zabieg. Wiele czynników decyduje o dyskwalifikacji pacjenta do tego zabiegu.*

(akta kontroli str. 733, 734, 745, 758)

Czas od przybycia pacjenta do Szpitala, do rozpoczęcia zabiegu trombektomii dla 30 badanych zabiegów wynosił od 48 min. do 283 min. Zabiegi w 17 przypadkach rozpoczęto do trzech godzin, a w 13 - po upływie trzech godzin (zabiegi te wykonali wyłącznie lekarze zamieszkałi poza Opolem<sup>33</sup>). Stwierdzono, że występowały przypadki, dla których czas od przekazania pacjenta do OWIN do czasu rozpoczęcia

<sup>33</sup> jeden zabieg wykonywany w zespole zabiegowym z lekarzem zamieszkałym w Opolu czas rozpoczęcia od przybycia pacjenta 186 min

zabiegu, wynosił: 2 godz. 5 min - zabieg z dnia 26 września 2020 r.<sup>34</sup>, 1 godz. – zabieg z 1 maja 2023 r.<sup>35</sup>.

(akta kontroli str. 754, 755)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że jest wiele przyczyn długiego czasu od przybycia pacjenta do rozpoczęcia zabiegu trombektomii. *Po pierwsze rozpoczęcie zabiegu oznacza uzyskanie dostępu do tętnicy, a więc tzw. wkłucie. Proces ten u niektórych pacjentów zabiera więcej czasu, w skrajnych przypadkach do godziny (np. w przypadkach wyszczególnionych w wykazie w pozycjach nr 2, 3, 4, 14, 16) z powodów wad anatomicznych, nasilonej miażdżycy zarostowej, przebytych operacji na tętnicach udowych lub biodrowych. W części przypadków wydłużenie czasu oczekiwania związane jest z procesem diagnostycznym i kwalifikacji – konsultacje i konsyliarne podejmowanie decyzji z powodu granicznych parametrów ASPECTS, NIHSS, okna czasowego - te przypadki wymagają poszerzenia diagnostyki o badanie perfuzji TK lub oceny mis-match MR. W niektórych przypadkach na wydłużenie czasu do rozpoczęcia zabiegu składa się konieczność ogólnego znieczulenia pacjenta, czasami przedłużającego się z powodu trudnej intubacji, wymiotów, krwawienia, niestabilności krążeniowo – oddechowej pacjenta. W części przypadków, tuż przed zabiegiem operator lub anestezjolog musi ocenić w usg narządy jamy brzusznej, aby wykluczyć urazy wewnętrzne (u pacjentów, u których udar niedokrwienny wystąpił w okolicznościach wypadku komunikacyjnego – 3 przypadki) lub u pacjentów, którzy krwawią z ust, dróg oddechowych lub noszą ślady świeżego urazu. W jednym z przypadków (nr 16) opóźnienie wynikało z niemożności niezwłocznego przybycia dyżurnego operatora (zatrzymanie przez policję drogową) i wezwania drugiego lekarza operatora. W dwóch przypadkach przyczyną opóźnienia były korki w mieście i złe warunki atmosferyczne. Jedną z przyczyn opóźnienia bywa też fakt pojawienia się w krótkim czasie dwóch pacjentów – kandydatów do trombektomii, wówczas jeden z nich oczekuje w kolejce (np. 19, 23). W okresie pandemii nie bez znaczenia dla opóźnień pozostawał fakt licznych dodatkowych procedur związanych z ochroną innych pacjentów i personelu.*

Dyrektor Szpitala przyznał, że niewątpliwie odległość, jaką pokonuje lekarz operator wykonujący zabieg na wezwanie nie jest pozbawiona znaczenia dla czasu jaki mija do rozpoczęcia zabiegu trombektomii, jednak jest ona tylko jedną z licznych składowych. Obecnie lekarze zatrudnieni w ramach umów cywilnoprawnych, których czas dojazdu z miejsca ich zamieszkania wynosi ponad 1 godz. dyżurują w naszym szpitalu jedynie sporadycznie, większość dyżurów jest obsadzona przez lekarzy zatrudnionych w ramach umowy o pracę, zamieszkałych w Opolu.

(akta kontroli str. 759, 760)

7. Szpital zgodnie z § 9 ust. 3 pkt 1 rozporządzenia w sprawie Programu przekazywał w formie elektronicznej do NFZ dane niezbędne do sfinansowania i rozliczenia świadczeń udzielanych w ramach Programu.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że Szpital każdorazowo po zakończeniu hospitalizacji i dodaniu produktu rozliczeniowego o kodzie 5.59.01.0184220 - świadczenie opieki zdrowotnej - trombektomia mechaniczna w ostrej fazie udaru niedokrwiennego, w ramach komunikacji z OOW NFZ - poprzez portal świadczeniodawcy - wysyła dane dotyczące udzielonego świadczenia. Świadczenie zostaje zweryfikowane przez OOW NFZ, a po zakończonym okresie sprawozdawczym (miesiącu) następuje naliczenie poprawnie zweryfikowanych świadczeń. Wszystkie udzielone i zaraportowane do OOW NFZ świadczenia trombektomii mechanicznej zostały przez OOW NFZ pozytywnie zweryfikowane oraz zapłacone na podstawie wystawionych faktur.

(akta kontroli str. 566-569)

<sup>34</sup> pacjent nr PESEL 421..., przekazanie do OWIN godz. 12:15 rozpoczęcie zabiegu godz. 14:20.

<sup>35</sup> pacjent nr PESEL 380..., przekazanie do OWIN godz. 13:10 rozpoczęcie zabiegu godz. 14:10.

Zgodnie z § 13 zarządzenia w sprawie umów o realizację Programu, Szpital przekazywał w formie elektronicznej do OOW NFZ sprawozdania, o których mowa w § 9 ust. 3 pkt 2 rozporządzenia w sprawie Programu, dotyczące wskaźników realizacji pilotażu. Sprawozdania te były przekazywane terminowo i zawierały wymagane informacje. Dane w zakresie czasu wykonywania czynności związanych z zabiegiem trombektomii pozyskiwano z *karty monitorowania czasu realizacji działań u pacjenta z podejrzeniem udaru mózgu*, opracowanej na potrzeby Programu. W kartach zamieszczano dane dotyczące czasu wykonania poszczególnych czynności, m.in. na podstawie księgi zabiegów OWIN.

(akta kontroli str. 571-606)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że dane niezbędne do sporządzenia sprawozdania wynikają z zapisów ww. *kart monitorowania czasu realizacji działań u pacjenta z podejrzeniem udaru mózgu*, które wypełnia personel Izby Przyjęć i OWIN. Dane dotyczące stanu pacjenta do oceny wg skali Rankina oraz śmiertelności pozyskiwano natomiast na podstawie wywiadów z pacjentem lub członkami rodziny przeprowadzanych telefonicznie przez pracowników Zakładu Rehabilitacji.

(akta kontroli str. 569)

Dane dotyczące stanu pacjenta po miesiącu, po trzech i 12 miesiącach od daty zabiegu pozyskiwali rehabilitanci Zakładu Rehabilitacji Szpitala telefonicznie od pacjenta lub osób bliskich, na podstawie wywiadu o wykonywaniu czynności życia codziennego wg skali Barthela<sup>36</sup>. Wyniki te służyły do oceny stanu pacjenta w skali Rankina. Z przeprowadzonych wywiadów wg skali Barthela i ocen stanu klinicznego pacjenta wg skali Rankina, sporządzane były dokumenty wg ustalonego wzoru.

(akta kontroli str. 632, 633, 675-680)

Porównanie danych<sup>37</sup> w sprawozdaniach z indywidualną dokumentacją medyczną pięciu pacjentów<sup>38</sup> poddanych zabiegowi w ramach Programu nie wykazało nieprawidłowości. Stwierdzony przypadek braku *karty rehabilitacyjnej pacjenta*, w której należało odnotowywać daty i rodzaj zabiegów rehabilitacji, opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 569, 632-640, 730)

8. Szpital, zgodnie z postanowieniem zawartym w § 7 ust. 1 pkt 5 lit. j) rozporządzenia w sprawie Programu, przeprowadzał szkolenia z zakresu wykonywania zabiegów trombektomii w trakcie trwania pilotażu, w tym szkolenie współpracujących z nim wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego, dyspozytorów medycznych oraz personelu zespołów ratownictwa medycznego. Szkolenia zostały przeprowadzone na podstawie opracowanej tematyki, udział w szkoleniach uczestnicy potwierdzili poprzez podpisanie list obecności, a w przypadku dwóch z ww. szkoleń sporządzono także opisy dokonanych w ich trakcie spostrzeżeń i ustaleń odnośnie realizacji Programu.

W 2020 r. (14 i 21 stycznia) w Opolskim Centrum Ratownictwa Medycznego przeprowadzono szkolenia z zakresu realizacji Programu, w których uczestniczyło odpowiednio 40 i 52 osoby, w tym pracownicy zespołów ratownictwa medycznego z terenu województwa opolskiego, koordynatorzy ratownictwa medycznego oraz

<sup>36</sup> Ocena czynności życia codziennego dokonywana jest na podstawie trójstopniowej skali (0; 1; 2) oceny wykonywania dziesięciu czynności życia codziennego, w tym m.in. spożywania posiłków; higieny osobistej; kąpielii; poruszania się; ubierania; kontroli stolca i pęcherza. Suma punktów za poszczególne czynności służy do określenia stanu pacjenta.

<sup>37</sup> Dane dotyczące czasu realizacji poszczególnych czynności medycznych od przybycia pacjenta do Szpitala do rozpoczęcia zabiegu oraz dane dotyczące rekanalizacji tętnic w skali TIC1, liczba dni hospitalizacji, stan kliniczny pacjenta wg skali Rankina po miesiącu, po trzech miesiącach i po roku od zabiegu oraz informacje o zgonie.

<sup>38</sup> Pacjenci objęci badaniem (trzy pierwsze cyfry numeru PESEL i data zabiegu): 1) 621, 24 lipca 2019 r.; 2) 570, 8 sierpnia 2019 r.; 3) 601, 20 sierpnia 2019 r.; 4) 330, 23 sierpnia 2019 r. oraz 5) 480, 4 września 2019 r.

przedstawiciele OOW NFZ. W dniu 16 grudnia 2020 r. odbyło się również szkolenie dla lekarzy i pielęgniarek oddziałów udarowych Szpitala (21 osób), dotyczące leczenia interwencyjnego udarów mózgow, w trakcie którego omówiono występujące przypadki i zasady postępowania z uwzględnieniem doświadczeń własnych za okres realizacji Programu. Ponadto w 2020 r. odbyło się spotkanie-szkolenie w sprawie Programu, w którym uczestniczyli przedstawiciele Zakładu Opieki Zdrowotnej z Nysy i Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej z Kędzierzyna-Koźła, Opolskiego Centrum Ratownictwa Medycznego oraz Dyrekcja Szpitala i oddziałów Szpitala zaangażowanych w realizację Programu. W trakcie tego spotkania omówiono zasady funkcjonowania Programu, a jego uczestnicy przedstawili dotychczasowe doświadczenia z jego realizacji.

W 2021 r. przeprowadzono pięć szkoleń z zakresu leczenia udarów niedokrwiennych mózgu metodą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej (23 marca; 12; 19 i 26 maja oraz 23 listopada 2021 r.)<sup>39</sup>, w których uczestniczyło łącznie 64 lekarzy radiologów i neurologów oraz inny personel medyczny Szpitala.

W 2022 r. zorganizowano szkolenie dla 14 lekarzy asystentów z oddziałów neurologii i Zakładu Radiologii, dotyczące wytycznych do stosowania trombolizy i trombektomii.

W 2023 r. odbyły się natomiast trzy szkolenia<sup>40</sup> z zakresu leczenia udarów mózgu, w których uczestniczyło co najmniej 38 lekarzy.

W okresie realizacji Programu Szpital zawarł też z czterema lekarzami rezydentami (trzema w 2020 r. i jednym w 2021 r.), porozumienia na przeszkolenie m.in. w zakresie wykonywania zabiegów endowaskularnych i prowadzenia dokumentacji medycznej oraz szkolenia w zakresie diagnostyki RTG i USG. Dyrektor Szpitala, jako przyczynę braku w latach 2022-2023 organizacji szkoleń lekarzy rezydentów z zakresu wykonywania zabiegów trombektomii wskazał brak chętnych. Dodał też, że Szpital organizuje krótkie szkolenia dla lekarzy w trakcie specjalizacji z radiologii (ostatnie szkolenie odbyło się 3 sierpnia 2023 r. w OWIN i uczestniczyło w nim dziewięciu lekarzy, pielęgniarki i technicy radiologii ze Szpitala oraz dwóch młodych lekarzy ze szpitali w Bytomiu i Sosnowcu).

W okresie pandemii COVID-19, z uwagi na stan zagrożenia epidemiologicznego szkolenia zewnętrzne nie były organizowane.

(akta kontroli str. 278 – 322, 735- 742)

9. W okresie objętym kontrolą do Szpitala nie wpłynęły skargi lub wnioski dotyczące sposobu realizacji Programu.

(akta kontroli str. 494)

10. Szpital nie był kontrolowany przez OOW NFZ w zakresie wypełniania warunków umowy o realizację Programu. Podmiot ten nie nakładał też na Szpital kar umownych z tytułu niewykonania lub nienależytego wykonania umowy.

(akta kontroli str. 494-502)

<sup>39</sup> Tematami szkoleń było m.in.: omówienie programu przezcewnikowej trombektomii mechanicznej; przedstawienie zasad kwalifikacji do trombektomii; wykład dr. hab. n. med. Beaty Łobuz-Roszak na temat nowych wytycznych do trombolizy; postępowanie w przypadku choroby moya-moya (rzadka i postępująca choroba naczyń mózgowych).

<sup>40</sup> Szkolenia odbyły się: 12 kwietnia – spotkanie szkoleniowe obejmujące współpracę przy leczeniu udarów Szpitala z SP ZOZ w Nysie – udział trzech lekarzy i informatyk Szpitala oraz Ordynator Oddziału Neurologicznego SP ZOZ w Nysie z grupą lekarzy neurologów i radiologów z tego podmiotu leczniczego (bez podania liczby osób). W trakcie spotkania Kierownik OWIN przeprowadziła szkolenie dla lekarzy radiologów; 27 kwietnia – omówienie przypadków powtórnej trombektomii w ciągu 24 godzin i postępowania z pacjentami z przewlekłym zapaleniem opon mózgowych – 13 osób; 29 czerwca – stosowanie leków przeciw-płytkowych u pacjentów w ostrej fazie udaru niedokrwiennego w trakcie i po leczeniu interwencyjnym – 19 lekarzy oddziałów neurologicznych i OWIN.

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

1. Dyrektor nie zapewnił prawidłowej obsady pielęgniarskiej planowanej i kierowanej do realizacji zabiegów trombektomii.

Do pełnienia dyżurów w OWIN, w którym przeprowadzano zabiegi trombektomii w objętych szczegółowym badaniem dziesięciu dniach<sup>41</sup> planowano jedną pielęgniarkę operacyjną, pomimo że według § 7 ust. 1 pkt 2 lit c) rozporządzenia w sprawie Programu, przy zabiegach trombektomii wymagane było uczestnictwo dwóch pielęgniarek, z których jedna powinna być specjalistą z dziedziny pielęgniarstwa operacyjnego lub posiadać ukończony kurs z tej dziedziny.

Ponadto w dniach 3 maja 2021 r.; 26 grudnia 2021 r. i 6 stycznia 2023 r., zaplanowano do pełnienia dyżurów pielęgniarki nieposiadające kwalifikacji wymienionych w § 7 ust. 1 pkt 2 lit c) ww. rozporządzenia, tj. niebędące specjalistami z dziedziny pielęgniarstwa operacyjnego i nieposiadające ukończonego kursu z tej dziedziny, jak i niebędące w trakcie realizacji takiego kursu.

(akta kontroli str. 166, 170, 172-176d, 275, 276, 570)

Stwierdzono także, że w 29 zabiegach trombektomii (z 30 objętych szczegółowym badaniem) asystowała tylko jedna pielęgniarka operacyjna, przy czym w czterech zabiegach<sup>42</sup> asystowały pielęgniarki nieposiadające kwalifikacji<sup>43</sup> wymaganych § 7 ust. 1 pkt 2 lit c) ww. rozporządzenia.

(akta kontroli str. 513 -516, 656, 667-670, 724, 725)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że powodem planowania, jak i udziału w zabiegach trombektomii jedynie jednej pielęgniarki operacyjnej był brak pielęgniarek takiej specjalności. W związku z tym podjęte zostały działania, które doprowadziły do pozyskania od kwietnia 2023 r. pielęgniarki spełniającej wymagania<sup>44</sup>. Dodatkowo Szpital zorganizował kurs kwalifikacyjny dla pielęgniarek operacyjnych, w którym wzięło udział 17 pielęgniarek, co umożliwiło zapewnienie wykwalifikowanej kadry przy zabiegach.

Jednocześnie Dyrektor wyjaśnił, że w czasie ubiegania się przez Szpital o udział w Programie, w żadnej z procedur radiologii zabiegowej nie były wymagane specjalizacje lub ukończone kursy specjalizacyjne, a jedynie doświadczenie. Wszystkie pielęgniarki posiadały dużo dłuższe doświadczenie od rocznego, bowiem posiadały nawet dziesięcioletnie doświadczenie w instrumentowaniu zabiegów wewnątrznaczyniowych. Zaznaczył również, że szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego trwa około 18 miesięcy, a proces uzyskania ostatecznego dokumentu – nawet powyżej dwóch lat, w zależności od daty egzaminu końcowego.

(akta kontroli str. 513 -516)

W odniesieniu do powyższych wyjaśnień Najwyższa Izba Kontroli zauważyła, że uczestnictwo w Programie wymaga podjęcia w Szpitalu odpowiednich działań organizacyjnych dla spełnienia warunków jego realizacji i zapewnienia odpowiedniego poziomu bezpieczeństwa pacjentów, którym udzielane są świadczenia.

<sup>41</sup> Tj.: 1) 13 kwietnia 2020 r.; 2) 8 sierpnia 2020 r.; 3) 3 maja 2021 r.; 4) 10 lipca 2021 r.; 5) 13 listopada 2021 r.; 6) 26 grudnia 2021 r.; 7) 2 maja 2022 r.; 8) 27 lipca 2022 r.; 9) 25 grudnia 2022 r. i 10) 6 stycznia 2023 r.

<sup>42</sup> Pielęgniarki: J.T. 24 lipca 2019 r.; G.M. 11 października 2019 r. i 18 kwietnia 2020 r. oraz A.W. i 25 marca 2023 r.

<sup>43</sup> Jedna pielęgniarka G.M. rozpoczęła kurs kwalifikacyjny 13 czerwca 2020 r. i ukończyła 28 sierpnia 2020 r., a dwie (J.T. i A.W.), nie posiadały specjalizacji lub ukończonego kursu kwalifikacyjnego.

<sup>44</sup> Pielęgniarka M.Ś. uzyskała 25 kwietnia 2023 r. tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego.

2. W Szpitalu w sposób niestaranny, z punktu widzenia kryterium rzetelności NIK, prowadzono dokumentację medyczną pacjentów, którym udzielano świadczeń w ramach Programu.

W skontrolowanych 30 dokumentacjach medycznych pacjentów, u których przeprowadzono zabieg trombektomii, stwierdzono brak dwóch *kart monitorowania czasu realizacji działań u pacjenta z podejrzeniem udaru mózgu w Izbie Przyjęć*<sup>45</sup>, a w pozostałych 28 *kartach monitorowania* stwierdzono brak niektórych wymaganych wpisów, w tym: a) w dziewięciu kartach nie podano danych lekarza neurologa kwalifikującego do zabiegu; b) w 11 kartach - danych lekarza radiologa kwalifikującego do zabiegu; c) w ośmiu kartach - godziny przekazania pacjenta z Izby Przyjęć do OWIN; d) w 11 kartach - godziny rozpoczęcia zabiegu trombektomii. Obowiązek prowadzenia *karty monitorowania*, wynikał z procedury *P-MED, Trombectomia – Pilotaż, Zasady postępowania lekarzy i pozostałego personelu medycznego, rozporządzenie MZ z dnia 11 października 2018 r. § 7 pkt 5 lit. h)*, która była załącznikiem nr 3 do umowy o realizację Programu.

(akta kontroli str. 58-74, 653, 654, 655-674)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił braki wpisów w kartach monitorowania niedopatrzaniem. Nie potrafił podać natomiast przyczyn braku *kart monitorowania* w indywidualnej dokumentacji medycznej dwóch pacjentów.

(akta kontroli str. 532, 533)

Badanie indywidualnej dokumentacji medycznej pięciu pacjentów<sup>46</sup> w zakresie rehabilitacji neurologicznej na Oddziale Udarowym wykazało natomiast, że w dokumentacji tej brak było karty rehabilitacji jednego pacjenta<sup>47</sup>, potwierdzającej udzielenie pacjentowi świadczeń rehabilitacyjnych. Karta rehabilitacji pacjenta stanowi udokumentowanie m.in. daty i rodzaju udzielonych pacjentowi zabiegów rehabilitacyjnych na Oddziale Udarowym i jest częścią indywidualnej dokumentacji medycznej wyszczególnionej w § 49 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresów i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania<sup>48</sup>.

(akta kontroli str. 634-652, 730)

Kierownik Oddziału Neurologii Szpitala wyjaśnił, że brak karty rehabilitacji pacjenta wynikał z niedopatrzania<sup>49</sup>.

(akta kontroli str. 634-652, 730, 750)

Najwyższa Izba Kontroli zauważa, że dane zamieszczane w *kartach monitorowania czasu realizacji działań u pacjenta z podejrzeniem udaru mózgu w Izbie Przyjęć*, służyły m.in. do wypełniania zobowiązań sprawozdawczych związanych z realizacją Programu, a indywidualna dokumentacja medyczna stanowi zbiór dokumentów potwierdzających/dokumentujących udzielone pacjentowi świadczenia medyczne i pozwala na dokonanie oceny prawidłowości ich przebiegu. W związku z powyższym zapewnienie rzetelnego jej prowadzenia jest obowiązkiem świadczeniodawcy.

3. Szpital nie podjął działań zmierzających do wykazania w treści Załącznika nr 2 (*Harmonogram-Zasoby*) do umowy o realizację Programu rzetelnych danych dotyczących potencjału przeznaczonego do realizacji umowy w odniesieniu do

<sup>45</sup> Z zabiegów z dni: 8 sierpnia 2019 r. pacjent nr PESEL 570... i 30 lipca 2020 r. pacjent nr PESEL 530....

<sup>46</sup> Pacjenci objęci badaniem (trzy pierwsze cyfry numeru PESEL i data zabiegu): 1) 510, data 30 stycznia 2022 r.; 2) 310, data 6 listopada 2022 r.; 3) 480, data 25 marca 2023 r.; 4) 340, data 26 marca 2023 r. oraz 5) 380, data 1 maja 2023 r.

<sup>47</sup> Pacjent nr PESEL 380..., data zabiegu 1 maja 2023 r.

<sup>48</sup> Dz. U. poz. 666 ze zm.

<sup>49</sup> Z wyjaśnień wynikało też, że pacjent został przyjęty na Oddział i wymagał uspokojenia za pomocą leków. W kolejnych dobach stan pacjenta pogorszył się i uznano go jako niezdolnego do rehabilitacji. Zdaniem składającego wyjaśnienia, okoliczności te nie uzasadniają jednak braku założenia karty rehabilitacji.



sprzętu medycznego, z wykorzystaniem którego miały być realizowane świadczenia trombektomii.

W załączniku tym nie wykazano wymaganego przy leczeniu udaru mózgu, zgodnie z załącznikiem nr 4 Lp. 2 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych, aparatu Holtera EKG, Holtera ciśnieniowego oraz aparatu USG z opcją kolorowego Dopplera<sup>50</sup>, jak również dostępności do badań wykonywanych z wykorzystaniem tomografu komputerowego i rezonansu magnetycznego, mimo że w dniu zawarcia umowy Szpital dysponował ww. sprzętem i zapewnił możliwość realizacji wymaganych badań.

(akta kontroli str. 75- 83i, 95, 721-723)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że w jego ocenie nie ma konieczności wykazywania posiadanego sprzętu do realizacji umowy w sprawie Programu, gdyż cały posiadany sprzęt Szpital jako Świadczeniodawca przedstawia na Portalu Potencjału świadczeniodawcy, w tym również sprzęt dostępny w ramach umów podwykonawstwa.

(akta kontroli str. 688-694, 751-753)

Odnosząc się do powyższych wyjaśnień Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że Załącznik nr 2 stanowił integralną część umowy o realizację Programu i zawierał deklarację Świadczeniodawcy co do dysponowania potencjałem wymaganym do realizacji świadczeń trombektomii. Z tego względu, przed jej podpisaniem Szpital powinien z należytą starannością dokonać weryfikacji prawidłowości i kompletności danych ujętych w treści ww. Załącznika.

## 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. Podjęcie działań organizacyjnych zapewniających realizację Programu zgodnie z jego założeniami, w zakresie liczby i kwalifikacji pielęgniarek operacyjnych przy zabiegach trombektomii.
2. Wzmocnienie nadzoru nad prawidłowością prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta, w zakresie odnoszącym się do *kart rehabilitacji pacjenta* i *kart monitorowania czasu realizacji działań u pacjenta z podejrzeniem udaru mózgu w Izbie Przyjęć*.

## 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 Opolu. 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.

<sup>50</sup> Aparat USG wykazano dopiero w załączniku nr 2 do aneksu do umowy o realizację Programu z 27 grudnia 2022 r.

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 od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

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

Opole, 30 października 2023 r.

Kontroler  
Zbigniew Łupicki  
Główny specjalista kontroli  
państwowej



.....  
podpis

Najwyższa Izba Kontroli  
Delegatura w Opolu  
Dyrektor



.....  
podpis  
Iwona Zyman