



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Rzeszowie

LRZ.410.013.02.2015  
P/15/072

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI  
Delegatura w Rzeszowie  
ul. Kraszewskiego 8, 35-016 Rzeszów  
T +48 17 780 23 00, F +48 17 780 23 06  
[lrz@nik.gov.pl](mailto:lrz@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 Rzeszowie
Kontroler	Kazimierz Ramocki, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 94373 z dnia 1 czerwca 2015 r. (dowód: akta kontroli str. 1 - 2)
Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej, 39 – 460 Nowa Dęba, ul. M.C. Skłodowskiej, numer statystyczny: 000563298 (w dalszej treści Szpital)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Bogdan Tomczyk – pełnił obowiązki Dyrektora Szpitala od dnia 1 stycznia 2012 r. (dowód: akta kontroli str. 3)

## II. Ocena kontrolowanej działalności

### Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia<sup>1</sup>, że Szpital, udzielając świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia udarów mózgu, zatrudniał lekarzy i pielęgniarki w liczbie i o kwalifikacjach wymaganych przez NFZ. Szpital był wyposażony w odpowiedni sprzęt i aparaturę medyczną, wymaganą obowiązującymi przepisami. Zapewniono pacjentom z najbliższej okolicy Nowej Dęby dostępność świadczeń zdrowotnych, w zakresie leczenia udarów mózgu zaliczonych do grup A49 i A50.

Szpital spełnił warunki i wymagania określone w obowiązujących przepisach, dotyczące zapewnienia pacjentom całodobowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej przez lekarzy specjalistów z dziedziny chorób wewnętrznych oraz pielęgniarki o odpowiednim wykształceniu.

NIK zauważa, iż w procesie leczenia chorych wystąpiły nieliczne przypadki odstępiania od stanowiących wyznacznik prawidłowego działania wytycznych postępowania w przypadkach udaru mózgu, przedstawionych przez Grupę Ekspertów Sekcji Chorób Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Neurologicznego<sup>2</sup>.

Niewykonanie w 5 przypadkach badań pacjentów przy pomocy tomografu komputerowego, wynikało według Szpital z przyczyn medycznych.

Odstępstwem od cyt. wyznacznika był również brak dostatecznej staranności w przeprowadzaniu i dokumentowaniu wywiadów z chorymi lub rodzinami chorych na etapie pierwszego kontaktu z pacjentami oraz rzetelnego dokumentowania danych pozwalających na ustalenie przyczyn rezygnacji z leków trombolitycznych.

Szpital w diagnozowaniu i hospitalizowaniu stosował zasady wprowadzone procedurą dotyczącą trybu postępowania z pacjentem z podejrzeniem udaru mózgu. W przypadkach zdiagnozowania udaru mózgu przez szpitalne zespoły ratunkowe lub w izbie przyjęć – gdy pozwalały na to względy medyczne –

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

<sup>2</sup> Polski Przegląd Neurologiczny, 2012, tom 8, nr 4

przewożono chorych do specjalistycznych oddziałów neurologicznych sąsiednich szpitali.

### III. Opis ustalonego stanu faktycznego

Opis stanu  
faktycznego

1. Wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

Szpital działał na podstawie Statutu nadanego uchwałą Rady Powiatu Tarnobrzieskiego z dnia 25 kwietnia 2012.

Szpital od dnia 19 września 2001 r. był zarejestrowany w Krajowym Rejestrze Sądowym – rejestrze publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Szpital stosownie do przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o *działalności leczniczej*<sup>3</sup>, z dniem 31 grudnia 1992 r. został wpisany do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, pod numerem księgi – 000000010159. Przywołana powyżej data jest jednocześnie datą rozpoczęcia działalności leczniczej przez Szpital według przepisów cyt. ustawy o *działalności leczniczej*.

Według danych z ww. księgi rejestrowej (na dzień 9 czerwca 2015 r.), w strukturze organizacyjnej Szpitala funkcjonowało 8 oddziałów szpitalnych, Oddział Pomocy Doraźnej i Podstawowej Opieki Zdrowotnej (w tym Izba Przyjęć i 2 Zespoły Ratownictwa Medycznego) oraz m. in. blok operacyjny z działem anestezjologii. W Szpitalu funkcjonował m. in. Oddział Psychiatryczny. Lekarze tego Oddziału, w razie potrzeby konsultowali przypadki z zakresu psychiatrii w pozostałych oddziałach Szpitala. Szpital zatrudniał logopedę – stały etat w Oddziale Rehabilitacji i psychologa – stały etat w Zakładzie Opieki Leczniczej.

Bezpośredni związek z przedmiotem niniejszej kontroli, tj. leczeniem udarów mózgu, miał Oddział Chorób Wewnętrznych (w dalszej treści – zwany również Oddziałem) oraz Izba Przyjęć i Zespoły Ratownictwa Medycznego.

(dowód: akta kontroli str. 4 – 14, 15 – 20, 21 – 26, 286)

2. Funkcjonowanie Izby Przyjęć (dalej zwanej IP)

Pacjenci Szpitala byli przyjmowani na oddziały szpitalne poprzez Izbę Przyjęć. W aktualnej księdze rejestrowej wykazano Izbę Przyjęć – adres ul. M. Skłodowskiej – Curie 1a.

Poszczególne oddziały szpitalne były posadowione na terenie miasta Nowa Dęba, na dwóch różnych działkach gruntowych, pod dwoma różnymi adresami. Pod pierwszym z cyt. adresów znajdowało się m. in. 5 oddziałów szpitalnych oraz IP. Pod drugim adresem ul. Kościuszki 1 posadowiony był budynek szpitalny, w którym znajdowały się 2 oddziały, w tym Oddział Wewnętrzny – miejsce leczenia pacjentów ze stwierdzonym udarem mózgu. Odległość pomiędzy obiektami wynosiła ok. 300 m.

W Regulaminie Organizacyjnym Szpitala, w tym Regulaminie IP podano, że: *przyjmowanie chorych do szpitala odbywa się poprzez Izbę Przyjęć, ( ...) oraz przez pokoje badań pełniące rolę izby przyjęć i działające poszczególnych oddziałach szpitala, a oznaczonych kolejno:*

- Izba Przyjęć nr 1 - pokój badań nr 2 – Oddział Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Chorób Płuc.

(dowód: akta kontroli str. 27 - 34 )

<sup>3</sup> Dz. U. z 2015 r., poz. 618 ze zm.

IP zapewniała świadczenia zdrowotne na zasadach wprowadzonych przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego<sup>4</sup>.

W oparciu o harmonogramy dyżurów lekarskich i pielęgniarskich oraz dokumentację potwierdzającą wykonanie dyżurów w dwóch wybranych miesiącach w poszczególnych latach objętych kontrolą (luty, maj), stwierdzono że na IP zapewniono całodobową opiekę lekarską i pielęgniarską we wszystkie dni tygodnia. Dyrektor Szpitala Pan Bogdan Tomczyk przedkładając wykaz lekarzy – pracowników Izby Przyjęć podał, że w zasobach „personel Izby Przyjęć” występują lekarze oddziałów szpitalnych, którzy udzielają świadczeń w pokojach badań pełniących rolę izby przyjęć.

Od dnia 24 lutego 2014 r. funkcjonowało zarządzenie dyrektora Szpitala w sprawie zabezpieczenia świadczeń lekarskich w Izbie Przyjęć. Zarządzenie zobowiązywało lekarzy aktualnie dyżurujących w poszczególnych oddziałach Szpitala do udzielania świadczeń w IP. Ustalono, że lekarze zatrudnieni w oddziałach Szpitala (poza IP) zabezpieczyli w IP pełny dyżur dobowy przez 13 dni lutego i 2 dni maja 2015 r.

Przed wprowadzeniem cyt. regulacji, według wyjaśnień Kierownik Działu Administracyjno-Organizacyjnego Pani Urszuli Bobrowskiej: *świadczenia w Izbie Przyjęć w 2013 r. zabezpieczali lekarze pracujący w Oddziałach Szpitalnych w ramach etatu, wg zasad obowiązujących w kontrakcie z NFZ w Rzeszowie.*

W Izbie Przyjęć zatrudnionych było 7 pielęgniarek.

(dowód: akta kontroli str. 35 - 52 )

W strukturze organizacyjnej Szpitala funkcjonowały całodobowo:

- Pracownie Diagnostyczne: Laboratorium Diagnostyczne, Bank Krwi, Bakteriologia,
- Dział Diagnostyki Obrazowej, w tym: Pracownia RTG, USG, EKG oraz Pracownia Tomografii Komputerowej.

Wyposażenie IP i pracowni diagnostycznych Szpitala, było zgodne z ewidencją księgową – kartotekami inwentarzowymi oraz załącznikiem do umowy z Podkarpackim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej POW NFZ) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w 2015 r. (w rodzaju leczenie szpitalne).

Urządzenia posiadały stosowne certyfikaty, były sprawne, poddawane przeglądom technicznym, zgodnie z opracowanym i wdrożonym w 2011 r. planem przeglądów aparatury medycznej.

Izba Przyjęć dysponowała przystosowanymi pomieszczeniami – zgodnie z wymogami ww. rozporządzenia.

(dowód: akta kontroli str. 27 – 34, 53 - 134)

### 3. Funkcjonowanie w strukturze organizacyjnej Szpitala Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii (OAIIT).

W Szpitalu nie funkcjonował OAIIT, na zasadach przewidzianych w przepisie § 4 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.

Przy Bloku Operacyjnym znajdował się bezłóżkowy Dział Anestezjologii. *Dział powołany jest do wykonywania zadań związanych ze znieczuleniem do operacji, prowadzeniem chorych pooperacyjnych, przeciwdziałaniem i leczeniem powikłań znieczulenia, udzielaniem pomocy w wypadkach zagrożenia najważniejszych dla życia funkcji ustrojowych, jak krążenie krwi i oddychanie.* Wykonanie ww. zadań zabezpieczało 4 anestezjologów zatrudnionych w Szpitalu na podstawie umowy

<sup>4</sup> Dz. U. z 2013 r., poz. 1520 ze zm.

o pracę oraz dodatkowo 3 osoby zatrudnione na podstawie umów cywilno-prawnych.

Na Oddziale Wewnętrznym (zarejestrowanych i funkcjonujących w trakcie kontroli 77 łóżek, leczenie m. in. udarów mózgu) znajdowała się 4-łóżkowa sala Wzmoczonego Nadzoru Internistycznego wyposażona w kardiomonitory i respirator. Łóżka znajdujące się w ww. sali zostały zapisane w rejestrze Wojewody Podkarpackiego jako *łóżka intensywnej opieki medycznej*.

Szpital zapewnił leczenie pacjentów i ciągłość postępowania w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii poprzez umowę na czas nieokreślony, zawartą w tej sprawie w dniu 21 maja 2009 r. z Wojewódzkim Szpitalem im. Zofii z Zamoyskich Tarnowskiej w Tarnobrzegu (odległość, ok. 20 km).

Ustalono, że w latach objętych kontrolą, Szpital przetransportował wyłącznie swoimi zespołami ratowniczymi do Szpitala Wojewódzkiego w Tarnobrzegu – na OIOM – łącznie 8 pacjentów.

W 2013 r. – 4 osoby, wszystkie z Oddziału.

W 2014 r. – 4 osoby, w tym 3 z Oddziału i 1 osobę z Oddziału Chirurgii Ogólnej.

(dowód: akta kontroli str. 27 – 34, 54, 135 – 137, 286)

4. Procedury wewnętrzne ws. zasad postępowania z pacjentami z podejrzeniem udaru mózgu.

Z dniem 23 listopada 2012 r. w Szpitalu wprowadzono procedurę *Postępowania z pacjentem z podejrzeniem udaru mózgu w Ambulatorium Pomocy Doraźnej / Oddziale Szpitalnym*.

Celem procedury było – *ustalenie właściwego postępowania wobec pacjenta z podejrzeniem udaru mózgu*.

W przypadku podejrzenia udaru mózgu zespół wyjazdowy (lub lekarz dyżurujący w Izbie Przyjęć lub na Oddziale, w sytuacji gdy przedmiotowe objawy ujawnią się po przywiezieniu pacjenta do Szpitala), na podstawie wstępnej diagnozy powinien podjąć dalsze następujące działania:

- *Podejrzenie udaru niedokrwiennego, czas od wystąpienia objawów < 3 h.*
  - kontakt telefoniczny z lekarzem dyżurnym Oddziału Neurologii, celem kwalifikacji do leczenia trombolitycznego udaru,
  - transport do ww. oddziału,
- *Podejrzenie udaru krwotocznego, krwawienia podpajęczynówkowego, chory nieprzytomny z objawami ogniskowymi.*
  - kontakt telefoniczny z lekarzem dyżurnym Oddziału Neurologii (Tarnobrzeg, Sandomierz, Mielec), celem przekazania pacjenta, ewentualnie wykonanie TK głowy w trybie pilnym i konsultacji neurologicznej z ustaleniem dalszych zaleceń,
  - transport do jednego z ww. Oddziałów,
- *Objawy udaru z wywiadem urazu głowy, widocznymi obrażeniami głowy i szyi.*
  - konsultacja chirurgiczna, przyjęcie do Oddziału Chirurgicznego, TK głowy w trybie pilnym i konsultacja neurologiczna z ustaleniem dalszych zaleceń ,
  - transport na badanie TK głowy do Oddziału Neurologicznego lub Neurochirurgicznego,
- *Podejrzenie udaru niedokrwiennego, nieznany lub długi czas od wystąpienia objawów, choroby współistniejące, brak pewności co do rozpoznania,*
  - przekazanie pacjenta do Oddziału Wewnętrznego – dalsza diagnostyka ( ... ), kontrola i stabilizacja glikemii i RR,

stabilizacja układu krążenia, - leczenie farmakologiczne i wczesna rehabilitacja, po potwierdzeniu udaru mózgu decyzja o kontynuacji leczenia na Oddziale lub przekazanie do Oddziału Neurologicznego w trybie planowym.

W latach objętych kontrolą, realizując cyt. procedury, Zespoły Ratownictwa Medycznego Szpitala przewiozły do oddziałów neurologicznych w sąsiednich szpitalach łącznie 89 pacjentów, w tym:

- Zespół Ratownictwa Medycznego (specjalistyczny – z udziałem lekarza) przekazał do oddziałów neurologicznych sąsiednich szpitali 60 pacjentów (bezpośrednio, bez wizyty w „swojej” Izbie Przyjęć), w tym: 27 pacjentów do Sandomierza (oddział udarowy, odległość ok. 40 km); 27 pacjentów do Tarnobrzegu (odległość ok. 20 km); trzech pacjentów do Rudnej Małej k. Rzeszowa (oddział udarowy, odległość ok. 50 km); dwóch pacjentów do Mielca (oddział udarowy, odległość ok. 50 km); jednego pacjenta do Stalowej Woli (odległość ok. 50 km),
- Zespół Ratownictwa Medycznego (podstawowy – bez udziału lekarza) przekazał do oddziałów neurologicznych 29 pacjentów (bezpośrednio), w tym: 16 pacjentów do Sandomierza, 11 pacjentów do Tarnobrzegu, jednego pacjenta do Rudnej Małej k. Rzeszowa, jednego pacjenta do Mielca.

W ww. przypadkach decyzję o przewiezieniu pacjenta z podejrzeniem udaru mózgu do innego szpitala – zgodnie z cyt. procedurą - podejmowały zespoły ratownictwa medycznego.

W Szpitalu hospitalizowano 50-ciu pacjentów, u których zdiagnozowano udar mózgu. Wszyscy ci pacjenci zamieszkiwali Gminę i Miasto Nowa Dęba oraz sąsiednią Gminę Majdan Królewski. Odległość dowożenia pacjentów do Szpitala wynosiła odpowiednio: 5- 16 km, 2 – 5 km i 8 -25 km.

Z 50-ciu pacjentów leczonych na Oddziale Wewnętrznym Szpitala na udar mózgu – w trakcie hospitalizacji, po diagnozie i rozpoznaniu choroby – do sąsiednich ww. szpitali neurologicznych przekazano łącznie 6 pacjentów. Wszyscy pacjenci przekazani do oddziałów neurologicznych innych szpitali, zostali rozliczeni przez Szpital w ramach JGP – A50. Do oddziału neurologicznego udarowego (Sandomierz) przewieziono jedną osobę, podobnie jedną do oddziału neurochirurgicznego (Mielec). Trzy osoby przewieziono na oddział neurologiczny Szpitala Wojewódzkiego w Tarnobrzegu, a jedną na Oddział Intensywnej Opieki Medycznej w tym szpitalu.

Czasu jaki upłynął od przyjęcia ww. pacjentów na Oddział, do przekazania ich do oddziałów specjalistycznych wynosił:

- 2 godz. - przekazanie na OIOM,
- 13 – 15 godz. przy przekazywaniu na oddział udarowy i na oddział neurochirurgiczny,
- od 6 godzin do 3 dni w przypadku przekazania na oddział neurologiczny Szpitala w Tarnobrzegu.

Według wyjaśnień Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa Pana Andrzeja Polaka – przyczyną późnego przetransportowania tych pacjentów na oddziały specjalistyczne było: *potrzeba wstępnej diagnostyki w Oddziale pacjentów z niecharakterystycznymi objawami w chwili przyjęcia, często też na wyraźne życzenie konsultującego telefonicznie neurologa. W niektórych przypadkach pacjentów przekazywano po pogorszeniu się stanu ogólnego i wystąpieniu ewidentnych objawów udaru.*

Ze zbioru pozostałych pacjentów (44 osoby), 8 osób zmarło w trakcie leczenia na Oddziale (18,2%).

Pozostałe 35 osób po pobycie na Oddziale skierowano do dalszego leczenia w lecznictwie ambulatoryjnym, a jedną osobę - po 22-dniowym leczeniu – skierowano do dalszego leczenia w Hospicjum. Według wyjaśnień Pana Andrzeja Polaka – pacjenci po wypisie otrzymywali skierowanie do Poradni Neurologicznej oraz innych poradni specjalistycznych (według potrzeby). Skierowania z podaniem nazwy poradni, bez określonego adresu poradni, czy terminu wizyty.

Stwierdzono przypadki, gdzie lekarze diagnozujący w IP pacjentów kierowanych do hospitalizacji w Oddziale, ze wstępnym rozpoznaniem choroby udarowej (w praktyce diagnoza we wspomnianym pokoju przyjęć na Oddziale, przez lekarzy Oddziału), odmawiali przyjęcia pacjentów na Oddział. W ocenie diagnozujących, Szpital nie był w stanie zapewnić skutecznego leczenia tych udarów mózgu. Uznawano potrzebę leczenia trombolitycznego lub przy zastosowaniu stentu (ów) i przetransportowania tych pacjentów do ośrodków specjalistycznych.

Oddział w tych przypadkach nie wykazywał wykonania oraz nie rozliczał żadnych procedur medycznych.

W 2014 r. cyt. trybem odesłano do specjalistycznych oddziałów neurologicznych 5 pacjentów, w 2013 r. – 4 pacjentów. Pacjenci byli przewiezieni do ww. oddziałów neurologicznych (Sandomierz – 4, Tarnobrzeg – 3, Mielec i Rudna M. – po 1) transportem sanitarnym Szpitala.

Pacjenci, o których mowa powyżej, w 5 przypadkach zostali dowiezieni na Oddział przez szpitalny zespół ratownictwa medycznego, w 3 - transportem prywatnym, 1 przypadek – bezpośrednio z POZ (przez lekarza).

(dowód: akta kontroli 139 – 154, 155 – 156, 286, 287 - 304)

#### 5. Hospitalizacje rozliczane grupami A49 – A50

W latach 2013 – 2015 (I kwartał) Szpital rozliczył 50 hospitalizacji w ramach Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP)<sup>5</sup> dedykowanych pacjentom ze zdiagnozowanym udarem mózgu. Szpital wykonał hospitalizację wyłącznie na Oddziale Wewnętrznym, w ramach grup:

A49 – udar mózgu – leczenia >3 dni – 10 hospitalizacji, w tym w:

- 2013 – 0,
- 2014 – 2,
- 2015 (I kwartał) - 8

A50 - udar mózgu – 40 hospitalizacji, w tym w:

- 2013 – 19,
- 2014 – 17,
- 2015 (I kwartał) – 4.

(dowód: akta kontroli str. 139 - 154)

#### 6. Tryb przyjmowania pacjentów z rozpoznaniem udarem mózgu na Oddziale Wewnętrznym.

Ustalono, że 50-ciu pacjentów leczonych w Szpitalu na udar mózgu zostało przyjętych na Oddział następującym trybem:

- przyjęci w trybie nagłym w wyniku przekazania przez Zespoły Ratownictwa Medycznego – 23 osoby ,
- przyjęcia w trybie nagłym – inne przypadki (osoby dowieziane przez rodzinę lub zgłaszające się osobiście) – 15 osób,
- przyjęcie w trybie nagłym na podstawie skierowania wydanego przez lekarzy POZ – 12 osób.

<sup>5</sup> System Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP), wprowadzony w dniu 1 lipca 2008 r. na mocy zarządzenia Prezesa NFZ nr 32/2008/DSOZ z dnia 11 czerwca 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne – zmienionego zarządzeniami nr 69/2009/DSOZ, nr 72/2011/DSOZ i obowiązujące nr 89/2013/DSOZ z dnia 19 grudnia 2013 r. (NFZ.2013.89).

Wszyscy pacjenci, o których mowa powyżej zostali przyjęci poprzez Izbę Przyjęć 1, tj. w praktyce przez pokój badań/przyjęć funkcjonujący przy Oddziale. Pacjentów przyjmowali dyżurujący lekarze Oddziału. W pokoju przyjęć stały, całodobowy dyżur pielęgniarski zabezpieczały pielęgniarki zatrudnione w Oddziale.

(dowód: akta kontroli str. 139 – 154, 157 – 175, 287 - 304)

#### 7. Tryb wypisania pacjentów ze Szpitala.

Z 50 pacjentów leczonych w latach 2013 – 2015 (I kwartał) w Oddziale na udar mózgu: 8 osób zmarło, 6 osób przetransportowano do specjalistycznych oddziałów neurologicznych w sąsiednich szpitalach, pozostałe 36 osób wypisano ze skierowaniem do dalszego leczenia, w tym jedną w hospicjum, a 35 w lecznictwie ambulatoryjnym.

(dowód: akta kontroli str. 139 – 154, 157 – 175)

8. Oddziały szpitalne hospitalizujące pacjentów ze zdiagnozowanym udarem mózgu. Oddział Wewnętrzny był jedyną jednostką organizacyjną Szpitala hospitalizującą pacjentów z udarem mózgu.

(Dowód: akta kontroli str. 27 - 34)

#### 9. Badania pacjentów z podejrzeniem udaru mózgu

W latach 2013 – 2015 (I kwartał) w Szpitalu hospitalizowano 10 pacjentów rozliczonych z NFZ wg grupy JGP A49 i 40 pacjentów rozliczonych z NFZ wg grupy A50.

Analiza indywidualnych dokumentacji medycznych ww. pacjentów wykazała, że czas pobytu pacjentów w Szpitalu<sup>6</sup>, wskazane rozpoznanie zasadnicze<sup>7</sup> oraz wykonane procedury<sup>8</sup> spełniały warunki, określone w zarządzeniach Prezesa NFZ<sup>9</sup>, do rozliczenia hospitalizacji tych pacjentów wg grupy JGP – A49 (10 z 10 hospitalizacji) i A50 (35 z 40 hospitalizacji).

Poza wymaganymi dla rozliczenia z NFZ hospitalizacji wg grupy A49 procedurami, ww. pacjentom każdorazowo wykonywano badanie krwi i elektrokardiografię (EKG). Badania ultrasonograficzne serca (USK) przeprowadzono w 7 hospitalizacjach. Badania ultrasonograficzne jamy brzusznej przeprowadzono w 5 hospitalizacjach. Badania RTG – w 7 hospitalizacjach.

Przykłady hospitalizacji z lat 2013 – 2014 dotyczące leczenia:

- *krwotoku podpajęczynówkowego z syfonu lub rozwidlenia tętnic szyjnej wewnętrznej - (I60) - pacjentka przyjęta na Oddział (4.04.13, godz. 21,05) z rozpoznaniem – samoistne (pierwotne) nadciśnienie (I10) oraz nudności i wymioty (R11). Po badaniach TK (godz.8,40 następnego dnia – gdzie stwierdzono cyt. powyżej krwotok) - pacjentka po 14 godz. przekazana do Oddziału Neurochirurgii w Mielcu,*
- *zawału mózgu wywołanego przez zakrzep tętnic przedmózgowych (I63) – pacjentka przyjęta w dniu 21 lutego 2013 r. z rozpoznaniem udaru, nieokreślonego jako krwotoczny lub zawałowy (I64), po leczeniu na Oddziale w dniu 4 marca 2013 r. została wypisana i skierowana do dalszego leczenia w lecznictwie ambulatoryjnym,*

<sup>6</sup> Powyżej 3 dni dla grupy A49.

<sup>7</sup> Dla grupy A49: I63.9 – zawał mózgu nieokreślony (5 przypadków), I63.5 – zawał mózgu wywołany przez nieokreśloną niedrożność lub zwężenie tętnic mózgowych. (3 przypadki) oraz pojedyncze I64 - udar nieokreślony jako krwotoczny lub zawałowy oraz I63.2 - zawał mózgu wywołany przez nieokreśloną niedrożność lub zwężenie tętnic przedmózgowych

Dla grupy A50: I63.9 – zawał mózgu nieokreślony (21 przypadków), I64 – udar, nieokreślony jako krwotoczny lub zawałowy (9 hospitalizacji), I63.5 – zawał mózgu wywołany przez nieokreśloną niedrożność lub zwężenie tętnic mózgowych (3 przypadki), I61.1 – krwotok mózgowy do półkul korowych (2 przypadki)

<sup>8</sup> TK (tomograf komputerowy głowy), USG naczyń szyjnych (dopler), echokardiografię.

<sup>9</sup> Nr 72/2011/DSOZ z dnia 20 października 2011 r. (ze zm.) i Nr 89/2013/DSOZ z dnia 19 grudnia 2013 r. (ze zm.).

- *krwotoku podpajęczynówkowego, nieokreślonego (I60,9)* - pacjent przyjęty w dniu 14 stycznia 2014 r., o godz. 15,41 na Oddział z rozpoznaniem – *I46,9 zatrzymanie krążenia, nieokreślone*. Pacjent w domu poddawany był resuscytacji przez zespół ratowniczy – *po nagłym zatrzymaniu krążenia*. Pacjent podczas przebywania na Oddziale – *nieprzytomny, bez własnego oddechu*, zmarł w dniu 15 stycznia o godz. 22,05. W raporcie z badania sekcyjnego stwierdzono przyczynę zgonu – *niewydolność oddechowo – krążeniowa (...)* w wyniku wzrostu ciśnienia śródczaszkowego na skutek *krwotoku podpajęczynówkowego*. Pacjent konsultowany wyłącznie anestezjologicznie, nie był badany przy pomocy TK,
- *krwotoku mózgowego do półkul, korowego (I61,1)* – pacjent w dniu 25 sierpnia 2014 r. o godz. 7,51 przyjęty na Oddział z rozpoznaniem – *(R55) omdlenie i zapaść* (przywieziony przez bliskich). Po wykonaniu badania TK, stwierdzono stłuczenie mózgu i krwiak śródmózgowy. Przeprowadzono konsultację neurologiczną. Lekarz z Oddziału Neurochirurgii Szpitala w Mielcu (konsultacja telefoniczna) wykluczył zabieg ze względu na *znaczne zaburzone krzepnięcie krwi*. W dniu następnym 26 sierpnia 2014 r. o godz. 0,10 stwierdzono zgon pacjenta.

Stwierdzono, że poza jednym przypadkiem, wszystkim pozostałym pacjentom (rozliczonym grupą A50) wykonano pełny zakres badania krwi. Pacjentka, której nie wykonano badań krwi została przyjęta na Oddział w dniu 14 lutego o godz. 15,44 (w Izbie Przyjęć o godz. 15,40), o godz. 15,45 stwierdzono zgon pacjentki (wykonano wyłącznie badania EKG).

W siedmiu przypadkach pacjentom nie wykonano badania TK:

- jeden przypadek dotyczył ww. zmarłej pacjentki,
- w drugim przypadku pacjentka została w dniu 24 lutego 2013 r. przywieziona do Szpitala przez Zespół Pogotowia w *śpiączce bez kontaktu*, (IP – godz. 6,30 - Oddział godz. 6,57), z rozpoznaniem wstępnym udaru – *I64*. Po upływie 2 godz. (godz. 9,00) pacjentkę przekazano do Szpitala Wojewódzkiego w Tarnobrzegu na Oddział Intensywnej Opieki Medycznej. Według Karty Informacyjnej - *po stabilizacji stanu pacjentki ustalono badanie TK głowy i konsultacje neurologa w Szpitalu w Tarnobrzegu. Po konsultacji neurologicznej ze względu na cechy dużego udaru krwotocznego w badaniu TK (w Szpitalu w Tarnobrzegu), konsultacja anestezjologiczna – pacjentka została przekazana na Oddział Intensywnej Opieki Medycznej,*
- w 3 przypadkach dotyczyło to pacjentów przywożonych do Szpitala w stanach termalnych. Pacjenci zmarli w ciągu 1 doby,
- jeden przypadek dotyczył pacjenta, który przebywał na Oddziale ok. 15 godz., po czym został przewieziony na Oddział Udarowy Szpitala w Sandomierzu (*pogorszenie się stanu ogólnego* – wykonano badania krwi i EKG, nr księgi głównej – 2393/14),
- następną hospitalizacja, w trakcie której również nie wykonano badania TK, dotyczyła pacjenta (księga główna nr – 6943/14) dowiezionego przez Zespół Ratowniczy na Izbę Przyjęć i Oddział w dniu 30 października 2014 r., o godz. odpowiednio 13,35 i 13,55. Rozpoznanie wstępne – *R69 nieznane i niedokładnie określone przyczyny chorobowości oraz R55 – omdlenie i zapaść.*

Stwierdzono w kontroli analizując dokumentację medyczną, że lekarze Oddziału dokonali rozpoznania klinicznego i zakwalifikowali chorobę pacjenta, jako *I69,3 – niedowład prawostronny po udarze mózgowym niedokrwiennym. Padaczka poudarowa*. Szpital natomiast rozliczył tę

hospitalizację z Oddziałem Funduszu poprzez procedurę *I63,9-zawał mózgu, nieokreślony*.

Lekarze Oddziału diagnozując stan zdrowia pacjenta, ustalili na podstawie wywiadu, że w lipcu roku poprzedniego u pacjenta (upłynęło 16 miesięcy) stwierdzono udar niedokrwienny. Pacjentowi nie wykonano badań TK. Wykonano badania krwi, EKG i RTG czaszki (*bez zmian pourazowych*). Wykonano badania: endoskopową biopsję żołądka i USG jamy brzusznej. Usunięto polipa żołądka. *Wypisano do domu w stanie stabilnym*.

Kod rozpoznania choroby, w tym przypadku, tj. *I69,3* nie znajdował się w zbiorze kodów rozpoznania choroby według klasyfikacji ICD, dedykowanych Jednorodnej Grupie Pacjentów – A50. Stan chorobowy rozpoznany jako *I69,3* powinien być zakwalifikowany i rozliczony w ramach JGP – A45 – *choroby naczyń mózgowych – leczenie zachowawcze*. Kierownik Oddziału – lekarz medycyny Ewa Gronkowska wyjaśniła, że przyczyną błędnej kwalifikacji był błąd pisarski sekretarki medycznej.

Wartość punktowa przedmiotowej hospitalizacji w ramach grupy – A50 wynosiła 37, podczas gdy wartość hospitalizacji według A45 – *choroby naczyń mózgowych – leczenie zachowawcze* wyniosłaby 59 punktów.

(dowód: akta kontroli str. 139 – 154, 157 – 175, 206 – 222, 287 - 304)

Kierownik Oddziału Chorób Wewnętrznych – Pani Ewa Gronkowska podała w wyjaśnieniach w sprawie trybu kwalifikowania pacjentów z udarem mózgu do leczenia i samego leczenia w Oddziale, że:

- *pacjenci z typowymi objawami trwającymi poniżej 4,5 godz. są kwalifikowani przez Zespół Pogotowia Ratunkowego lub lekarza Izby Przyjęć/Oddziału do leczenia trombolitycznego i odsyłani do ośrodków specjalistycznych. W innym przypadku kwalifikując pacjenta do pozostania na Oddziale lub odesłania, kierujemy się względami medycznymi (stan ogólny chorego, objawy, obciążenia),*

- *u pacjentów z podejrzeniem udaru mózgowego wykonuje się standardowo TK głowy. Odnosząc się do poszczególnych przypadków, gdzie nie wykonano badań TK, uzasadniono te działania wyłącznie względami medycznymi – stanem zdrowia pacjentów,*

- *z 6 przypadków w 2013 r. gdzie udar rozpoznano w trakcie hospitalizacji na Oddziale, 5 osób wypisano do domu z poprawą bez ubytków neurologicznych. Z 11 przypadków rozpoznania udaru na Oddziale w 2014 r. 8 wypisano do domu w stanie jak podano powyżej. 3 osoby zmarły z przyczyn innych niż udar mózgu. W 2015 r. rozpoznanie udaru mózgu w trakcie hospitalizacji dotyczyło 5 osób – wszystkie wypisano do domu z poprawą bez ubytków neurologicznych. Wszystkim pacjentom hospitalizowanym w 2015 r. wykonano badania TK.*

(dowód: akta kontroli str. 218 - 221)

10. Działania podejmowane przez Szpital w zakresie rozpoznania udarów, diagnozowania i hospitalizowania, kierowania do ośrodków specjalistycznych.

Przyjmowanie pacjentów do Oddziału – z uwzględnieniem pierwszego kontaktu z chorym i czasu od wystąpienia pierwszych objawów udaru – przeprowadzano następującym trybem:

➤ czas od wystąpienia objawów udaru mózgu do czasu przyjęcia do Szpitala:

- brak występowania typowych objawów udaru lub objawy sugerujące TIA (przejściowe niedokrwienie) – 21 przypadków, w których nie określono czasu,

- poniżej 4 godz. – 3 przypadki (*brak wskazań do trombolizy – niewielki i szybko ustępujący deficyt neurologiczny*),
  - w przedziale od 5 godz. do 24 godz. – 8 przypadków,
  - powyżej 24 godz. 14 przypadków, w tym: do 4 dni - 4 przypadki, do 2 tygodni – 2 przypadki i do 3 tygodni 8 przypadków,
  - w 3 przypadkach – brak danych,
- przeprowadzony wywiad, dotyczący czasu powstania objawów choroby: dziewięciokrotnie lekarz pogotowia/ratownik medyczny, lekarz POZ przeprowadzał przedmiotowy wywiad. W 28 dokumentacjach nie stwierdzono przeprowadzenia wywiadu, (13 przypadków dotyczyło pacjentów kierowanych do Szpitala przez lekarzy POZ lub lekarzy Pogotowia) w 15 stwierdzono brak danych w przedmiotowym zakresie,
- miejsce zdarzenia (wystąpienie objawów):
- w domu pacjenta – 24 przypadki,
  - na ulicy (jazda samochodem) – 1 przypadek,
  - w szpitalu – 1 przypadek,
  - brak danych w dokumentacji – 16 przypadków,
  - niemożność uzyskania danych ze względu na stan zdrowia pacjenta – 8 przypadków (osoby nieprzytomne lub objawy pierwotnie nie wskazujące na możliwość wystąpienia udaru mózgu),
- badania kwalifikujące do podania trombolizy:
- czas trwania objawów > 4,5 godz. (dyskwalifikacja ze względu na przekroczenie ww. okna terapeutycznego) – 18 przypadków,
  - *brak istotnego deficytu neurologicznego* – stan pacjenta nie wskazywał na konieczność podejmowania leczenia z zastosowaniem leków trombolitycznych – 9 przypadków,
  - udar krwotoczny – dyskwalifikacja ze względu na rozpoznanie, 1 przypadek,
  - krwiak śródmózgowy oraz stwierdzone nowotwory – dyskwalifikacja ze względu na rozpoznanie, 5 przypadków,
  - w pozostałych 18 sprawach brak danych pozwalających na ustalenie przyczyn rezygnacji z leków trombolitycznych.
- (dowód: akta kontroli str. 223 – 230, 287-304)

#### 11. Kontrole Szpitala przez Oddział Funduszu.

W latach 2013 – 2015 (I kwartał) Oddział Funduszu przeprowadził 3 kontrole w Szpitalu. Dwie kontrole w 2013 r. i jedną w 2014 r.

Żadna z ww. kontroli nie dotyczyła hospitalizacji związanych z leczeniem udarów mózgu.

Kontrole prowadzone w 2013 r. dotyczyły prawidłowości realizacji umowy z NFZ w zakresie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju *ratownictwo medyczne (...)* oraz *koincydencji świadczeń – pokrywania się świadczeń udzielonych u innych świadczeniodawców w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (...)*.

Nie stwierdzono w tej kontroli ustaleń odnoszących się wprost lub pośrednio do leczenia udarów mózgu przez Szpital. Nie stwierdzono nieprawidłowości w realizacji świadczeń przez zespoły wyjazdowe pogotowia (w tym przykładowo dotyczących wyposażenia pojazdów, czy kwalifikacji zawodowych składów osobowych).

W 2014 r. przeprowadzono kontrolę w zakresie *udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne*, w tym w szczególności zgodność realizacji i rozliczania świadczeń z warunkami umowy zawartej z NFZ.

Kontrolowano m. in. Oddział Wewnętrzny.

Stwierdzono m. in., że:

- *Oddziały szpitalne spełniają warunki szczegółowe jakie powinien spełniać świadczeniodawca ( ... ) w zakresie wyposażenia w sprzęt ( ... ),*
- *W oddziale chorób wewnętrznych zatrudnionych jest 8 lekarzy, w tym 4 specjalistów chorób wewnętrznych (łączy wymiar zatrudnienia 107 godz. 40 min/tygodniowo), 3 specjalistów chorób płuc i lekarz – młodszy asystent. Dodatkowo 3 lekarzy świadczy usługi w zakresie dyżurów. Oddziały szpitalne spełniają warunki szczegółowe jakie powinien spełniać świadczeniodawca ( ... ) w zakresie zatrudnienia lekarzy ( ... ). Zapewniona jest całodobowa, we wszystkie dni tygodnia, wydzielona opieka jednego lekarza m. in. na Oddziale Wewnętrznym.*

Kontrola indywidualnej dokumentacji medycznej na Oddziale Wewnętrznym, nie dotyczyła hospitalizacji rozliczanych w ramach JGP od A48 do A51, tj. udarów mózgu. Stwierdzone nieprawidłowości w prowadzeniu dokumentacji medycznej nie dotyczyły hospitalizacji objętych niniejszą kontrolą NIK.

(dowód: akta kontroli str. 231 - 256)

12. Spełnianie przez Szpital warunków wymaganych do realizacji świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego udarów mózgu.

Hospitalizacje związane z udarem mózgu rozliczane były w ramach Oddziału Wewnętrznego.

Na czas kontroli (ogłędzin), Oddział obowiązywały wymagania podane w zał. nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2014 r. *zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego*<sup>10</sup>.

Oddział Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Chorób Płuc mieścił się w budynku dwukondygnacyjnym na ul. Kościuszki. Oddział był zaopatrzony w 77 łóżek szpitalnych, w tym 4 *łóżka intensywnej opieki medycznej*. Wszystkie łóżka były dostępne dla pacjentów i personelu medycznego z 3 stron. W lokalizacji (w tym samym budynku) znajdowała się pracownia TK (tomograf komputerowy).

Aparatura i urządzenia diagnostyczne dostępne dla pacjentów Oddziału Wewnętrznego – w trakcie ogłędzin – były sprawne, wykorzystywane na bieżąco w procesie diagnostyczno-terapeutycznym.

W okresie poddanym kontroli Oddział Wewnętrzny zatrudniał łącznie 10 lekarzy, w ramach 2,75 etatu. Specjalistami w zakresie chorób wewnętrznych było pięciu lekarzy (tworzących ww. etaty). Dwie osoby były w trakcie uzyskiwania przedmiotowej specjalizacji. Pięciu lekarzy było zatrudnionych na podstawie umów cywilno-prawnych. Trzech lekarzy świadczących usługi zdrowotne w Pododdziale Chorób Płuc, dla Oddziału Wewnętrznego świadczyło wyłącznie dyżury.

Na Oddziale Wewnętrznym w 2015 r. w ramach umowy o pracę pracowało łącznie 26 pielęgniarek/pielęgniarzy.

(dowód: akta kontroli str. 53- 56, 258 - 267)

Oddział Wewnętrzny nie dysponował specjalistyczną kadrą (brak zatrudnionego na Oddziale neurologa, czy neurochirurga), sprzętem medycznym i lekami (leki trombolityczne), pozwalającymi na skuteczne leczenie udarów mózgu, w ramach JGP dedykowanym udarom mózgu z grup A48 i A51.

W dniu 30 grudnia 2011 r. zawarto umowę z niepublicznym zakładem opieki zdrowotnej *na świadczenie zdrowotne ambulatoryjne w poradniach specjalistycznych ( ... ) – usługi lekarskie specjalistyczne*.

Zgodnie z umową lekarz neurolog świadczący usługi zdrowotne w Poradni Neurologicznej, zobowiązał się również do odpłatnego udzielania *konsultacji*

<sup>10</sup> Dz. U. z 2014 r., poz. 1441

neurologicznych w Oddziałach Szpitala. Umowa zgodnie z przyjętym ustaleniami ma obowiązywać do 31 grudnia 2021 r.

W dniu 10 października 2014 r. zawarto umowę z lekarzem neurolog prowadzącą indywidualną praktykę lekarską *na świadczenie zdrowotne realizowane przez Szpital – usługi lekarskie*.

Lekarz neurolog zobowiązała się do końca 2015 r., do udzielania w Szpitalu świadczeń zdrowotnych, lekarskich w zakresie konsultacji na oddziałach szpitalnych i w Izbie Przyjęć.

W Szpitalu od kwietnia 2013 r. obowiązywała umowa zawarta ze Szpitalem Wojewódzkim w Tarnobrzegu m. in. w sprawie udzielania przez cyt. Szpital Wojewódzki, świadczeń medycznych pacjentom Szpitala w formie konsultacji, w tym konsultacji neurologicznych.

W latach objętych kontrolą pacjenci hospitalizowani w Oddziale na udar mózgu byli konsultowani neurologicznie:

- w 2013 r. – 11 razy (58% wszystkich hospitalizowanych pacjentów),
- w 2014 r. – 9 razy (47,4% jw.),
- w 2015 r. (I kwartał) – 5 razy (41,7% jw.).

(dowód: akta kontroli str. 268 - 278)

13. Rehabilitacja pacjentów po przebytych udarze mózgu.

Szpitala w okresie objętym kontrolą posiadał kontrakt na rehabilitację ogólnoustrojową. Kontrakt nie obejmował rehabilitacji neurologicznej.

Z dniem 23 stycznia 2014 r. w Szpitalu wprowadzono procedurę dotyczącą *Postępowania w rehabilitacji osób po udarze mózgu*. Procedura dotyczyła standardów oczekiwanych/stosowanych w Oddziale Rehabilitacyjnym wobec pacjentów po przebytych udarze mózgu.

(dowód: akta kontroli str. 279 - 282)

Żaden z 50 pacjentów objętych badaniem w ramach niniejszej kontroli nie został skierowany do leczenia poprzez rehabilitację w Oddziale Rehabilitacyjnym Szpitala.

Wg dokumentacji medycznej 50 pacjentów hospitalizowanych na Oddziale Wewnętrznym, 36 osób wypisano ze skierowaniem do dalszego leczenia, w tym 35 w lecznictwie ambulatoryjnym. Podano uprzednio w wyjaśnieniach Pana Andrzeja Polaka, że były to skierowania z podaniem nazwy poradni, bez określonego adresu poradni, czy terminu wizyty. Jedna z pacjentek (z ww. 35 osób) została skierowana bezpośrednio z Oddziału na dalsze leczenie do specjalistycznego Oddziału Rehabilitacyjnego Szpitala w Sandomierzu.

(dowód: akta kontroli str. 138 – 154, 218 – 221, 287 = 304)

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa – Pan Andrzej Polak podał w wyjaśnieniach, że:

- Oddział Rehabilitacyjny w Szpitalu posiada profil *rehabilitacji ogólnoustrojowej, a nie specjalistyczny neurologiczny,*

- *pacjenci przebywający na Oddziale Wewnętrznym, leczeni z powodu udaru mózgu byli przekazywani do dalszego leczenia ambulatoryjnego ze wskazaniem do leczenia w oddziale rehabilitacji neurologicznej,*

- *z Oddziału Wewnętrznego nie przekazywano pacjentów do leczenia w Oddziale Rehabilitacji w Nowej Dębie ze względu na brak kontraktu z NFZ na wczesną rehabilitację neurologiczną.*

Jednocześnie w wyjaśnieniach podano, że w okresie objętym kontrolą, na Oddziale Rehabilitacyjnym w Nowej Dębie leczono łącznie 204 pacjentów po przebytych udarze mózgu, w ramach rehabilitacji ogólnoustrojowej. Pacjenci byli kierowani na leczenie rehabilitacyjne z poradni ambulatoryjnych oraz z innych szpitali ościennych.

Stwierdzono, że żaden z pacjentów Oddziału hospitalizowanych w latach 2013 – 2015 (I kwartał) w z powodu udaru mózgu (50 osób), nie był w tym okresie również pacjentem Oddziału Rehabilitacji w Nowej Dębie.

(dowód: akta kontroli str. 284 - 285)

Nie stwierdzono udokumentowanej współpracy Szpitala (np. umów, procedur) w zakresie rehabilitacji pacjentów po przebytych udarach mózgu, z innymi placówkami medycznymi, ośrodkami pomocy społecznej, ośrodkami rehabilitacyjnymi, czy innymi placówkami zajmującymi się rehabilitacją/opieką osób niepełnosprawnych.

14. Udział rozliczonych świadczeń z grupy A49 i A50 w wartości świadczeń Oddziału Wewnętrznego sfinansowanych przez Oddział Funduszu Oddział Wewnętrzny Szpitala udzielał świadczeń zdrowotnych w ramach grup A49 i A50. Udział tych świadczeń w strukturze wszystkich świadczeń realizowanych przez Oddział i sfinansowanych przez POW NFZ stanowił 1,5 %. Ogół sfinansowanych świadczeń wynosił 7.423.162,80 zł, w tym w ramach grup A49 i A50 – 112.996 zł.). Struktura przedmiotowego finansowania w poszczególnych latach przedstawiała się następująco:

- 2013 r. – 1,15% (ogół sfinansowanych świadczeń – 3.155.466,1 zł, w tym grupa A50 – 36.556 zł),
- 2014 r. – 1,2% (ogół sfinansowanych świadczeń – 3.405.185,2 zł, w tym grupy A49 i A50 – 40.716 zł),
- 2015 (I kwartał) – 4,1% (ogół sfinansowanych świadczeń – 862.511,5 zł, w tym grupy A49 i A50 – 35.724 zł).

(dowód: akta kontroli str. 138)

Ustalone  
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia, że Szpital, udzielając świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia udarów mózgu, zatrudniał lekarzy i pielęgniarki w liczbie i o kwalifikacjach wymaganych przez NFZ. Szpital był wyposażony w odpowiedni sprzęt i aparaturę medyczną, wymaganą obowiązującymi przepisami. Zapewniono dostępność świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia udarów mózgu, dla pacjentów nie wymagających leczenia specjalistycznego.

Przypadki odstąpienia od stanowiących wyznacznik prawidłowego działania wytycznych postępowania w przypadkach udaru mózgu były uzasadnione stanem zdrowia pacjentów.

Szpital stosował zasady wprowadzone procedurą dotyczącą trybu postępowania z pacjentem z podejrzeniem udaru mózgu. Nie podejmowano leczenia w sytuacjach wskazujących na brak możliwości udzielenia pacjentom realnej/skutecznej pomocy.

## IV. Uwagi i wnioski

Najwyższa Izba Kontroli dostrzega potrzebę stosowania przez Szpital, w każdym przypadku podejrzenia udaru mózgu przeprowadzenia jak najszybszych badań przy pomocy tomografu komputerowego. Stwierdzono bowiem w kontroli zdiagnozowane udary mózgu przy pomocy TK po kilku, czy kilkunastu godzinach od przyjęcia pacjenta na IP lub Oddział.

NIK dostrzega również potrzebę prowadzenia bardziej rzetelnych działań przez zespoły ratownicze i lekarzy Oddziału w zakresie pozyskiwania informacji i ich

dokumentowania (w tym przeprowadzania wywiadów), pozwalających na ustalenie czasu zaistnienia pierwszych objawów udaru mózgu. Ustalenie czasu trwania „okna terapeutycznego” w przypadkach udaru mózgu pozwala bowiem na zastosowanie efektywnych metod leczenia, w tym przy pomocy leków trombolitycznych.

Stwierdzona rozbieżności pomiędzy faktycznie wykonaną procedurą, a procedurą rozliczoną przez Szpitala i przedstawioną NFZ do refundacji, świadczy o niewystarczającej rzetelności i nadzorze w realizacji tych zadań przez Szpital.

## V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia  
zastrzeżeń

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

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK<sup>11</sup> 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 Rzeszowie.

Obowiązek  
poinformowania  
NIK o sposobie  
wykorzystania uwag  
i wykonania wniosków

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

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

Rzeszów

....., dnia .....

*Miejscowość*

*Data*

Najwyższa Izba Kontroli  
Delegatura w Rzeszowie

Kontroler  
Kazimierz Ramocki  
Główny specjalista kontroli państwowej

Dyrektor  
Wiesław Motyka

.....  
*podpis*

.....  
*Podpis*

<sup>11</sup> Dz. U. z 2015 r., poz. 1096