



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Rzeszowie

LRZ.410.013.03.2015

P/15/072

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

Kontrolerzy

1. Robert Szwagiel, doradca techniczny, upoważnienie do kontroli nr 94388 z dnia 29 czerwca 2015 r.
2. Małgorzata Milanowska, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 94389 z dnia 29 czerwca 2015 r.

(dowód: akta kontroli str. 1-4)

Jednostka
kontrolowana

Zespół Opieki Zdrowotnej w Ropczycach, 39-100 Ropczyce, ul. Ks. Kard. Stefana Wyszyńskiego 54, zwany dalej Zespołem – Szpital Powiatowy w Sędziszowie Małopolskim, 39-120 Sędziszów Małopolski, ul. Wyspiańskiego 14, zwany dalej Szpitalem

Kierownik jednostki
kontrolowanej

Pan Adam Bałut, dyrektor Zespołu, od dnia 10 maja 2011 r., przebywający na zwolnieniu lekarskim od dnia 26 maja 2015 r. do dnia 28 sierpnia 2015 r. Od dnia 26 czerwca 2015 r. Pan Mirosław Leśniewski, dyrektor Zespołu, „w ramach umowy o pracę na czas zastępstwa”.

Od dnia 1 lipca 2013 r. funkcję p.o. zastępcy dyrektora ds. lecznictwa Zespołu pełnił Pan Zdzisław Goś. Poprzednio, w okresie od dnia 7 lipca 2008 r. do dnia 30 czerwca 2013 r., stanowisko to zajmował Pan Robert Gašior. Ww. osoby p.o. zastępców dyrektora ds. lecznictwa pełniły jednocześnie funkcję Naczelnego Lekarza Szpitala.

Od dnia 1 sierpnia 2012 r. p.o. Ordynatora Oddziału Neurologii Szpitala (ON) jest Pan Zygmunt Dzija. Ordynatorem Oddziału Chorób Wewnętrznych Szpitala (OChW), od dnia 1 stycznia 2010 r., jest Pan Zbigniew Ziętek.

(dowód: akta kontroli str. 5-72)

Ocena ogólna

II. Ocena kontrolowanej działalności¹

Najwyższa Izba Kontroli ocenia, że Zespół w kontrolowanym okresie² w swojej jednostce organizacyjnej – Szpitalu:

- zapewnił w ON lub w lokalizacji Szpitala wymagane przepisami warunki ogólne dotyczące pomieszczeń i ich wyposażenia w stosowną aparaturę oraz sprzęt medyczny,
- zatrudnił w ON lekarzy, pielęgniarki, osoby prowadzące fizjoterapię, logopedę i psychologa posiadających odpowiednie kwalifikacje, w liczbie i w wymiarze czasowym umożliwiającym zapewnienie wymaganej przepisami obsady.

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

² Okres objęty kontrolą: od 1 stycznia 2013 r. do 2015 r. (do dnia zakończenia kontroli). Badania kontrolne obejmowały również działania i zdarzenia zaistniałe przed 1 stycznia 2012 r., w przypadkach gdy miały one wpływ na kontrolowaną działalność.

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły:

- niespełnienia wymogów dotyczących organizacji udzielania świadczeń w Izbie Przyjęć, (zwanej dalej IP) w związku z niezapewnieniem: bezpośredniego zadaszonego wejścia umożliwiającego podjazd karetek, łazienki wyposażonej w wózek – wannę, pomieszczenia oraz łazienki wyposażonych w sposób dostosowany do przyjmowania dzieci,
- niespełnienia wymogów dotyczących organizacji udzielania świadczeń dla leczenia udaru mózgu w oddziale udarowym, polegających na niezapewnieniu stałej obecności lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji, lub anestezjologii i intensywnej terapii w lokalizacji,
- świadczenia pracy przez lekarza anestezjologa i wypłacania mu wynagrodzenia bez posiadania stosownej umowy,
- rozliczenia z NFZ wg procedur udarowych A48 i A50 dwóch pobytów w Szpitalu tego samego pacjenta, u którego podczas drugiego pobytu nie stwierdzono udaru mózgu, a powodem ponownego przyjęcia do Szpitala były inne dolegliwości. Ponadto okres między pierwszym i drugim pobytym w Szpitalu był krótszy niż 14 dni, co wykluczało rozliczenie bez zgody dyrektora Oddziału Funduszu drugiego pobytu w Szpitalu,
- rozliczenia z NFZ wg procedury udarowej A50 hospitalizacji pacjenta, u którego nie stwierdzono schorzenia kwalifikującego się do ujęcia wg tej procedury,
- niespełnienia wymogów dotyczących organizacji udzielania świadczeń dla leczenia udaru mózgu w oddziale udarowym, polegających na niezapewnieniu udziału w Zespole leczniczo – rehabilitacyjnym, lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji lub rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji medycznej,
- pełnienia dyżurów przez jednego z lekarzy w IP i wypłacania mu wynagrodzenia bez posiadania stosownej umowy,
- niewystawienia dwóch faktur dla spółki Voxel, zgodnie z umową, wg której Zespół winien otrzymać zwrot kosztów związanych z wykonaniem badań TK w innych placówkach.

*Opis stanu
faktycznego*

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Zgodnie z regulaminami organizacyjnymi Zespołu – obowiązującymi w latach 2013-2015 – w skład Szpitala wchodziły m.in.: IP, OChW, ON, Dział Farmacji Szpitalnej (DzFSz). W strukturze organizacyjnej Szpitala nie wyodrębniono Oddziału/Pododdziału Udarowego.

W latach 2013-2015 (I kwartał) Szpital udzielał świadczeń z grup A48-A51, dotyczących leczenia udaru mózgu w ramach ON i OChW.

Wpisy w Rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą (dotyczące funkcjonowania wskazanych powyżej Oddziałów oraz IP Szpitala) były aktualne i zgodne ze stanem faktycznym. Liczba łóżek ogółem i liczba łóżek intensywnej opieki medycznej ON, które wpisano w rejestrze odpowiadała liczbie takich łóżek faktycznie będących w tym Oddziale. Dane zamieszczone w rejestrze były zgodne z danymi publikowanymi na stronach internetowych Szpitala. W okresie objętym kontrolą nie dokonywano wpisów w rejestrze, które dotyczyłyby wskazanych powyżej Oddziałów Szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 16-95; 226-235)

2. Szpital zapewnił w swojej strukturze funkcjonowanie IP. IP Szpitala spełniała wymogi dotyczące organizacji udzielania świadczeń, wynikające z załącznika nr 3 (l.p. 48) do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie

świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego³, za wyjątkiem posiadania:

- bezpośredniego zadaszonego wejścia z dojazdem umożliwiającym podjazd co najmniej dla jednego pojazdu. IP zapewniła podjazd pacjentów na łóżku (transporterze wielopoziomym pod nosze) lub wózku inwalidzkim;
- łazienki wyposażonej w wózek – wannę;
- pomieszczenia oraz łazienki, wyposażonych w sposób dostosowany do przyjmowania dzieci w związku z tym, że była ona również miejscem przyjmowania dzieci z urazami.

(dowód: akta kontroli str. 226-227)

Pan Zdzisław Goś, p.o. zastępcy dyrektora ds. leczenia Zespołu wyjaśnił, że w okresie objętym kontrolą IP Szpitala nie spełniała wymogów dotyczących organizacji udzielania świadczeń z powodu trudnej sytuacji finansowej ZOZ i braku środków na ten cel.

(dowód: akta kontroli str. 817-832)

IP wraz z karetką szpitalną były wyposażone w sprawny technicznie sprzęt i aparaturę medyczną niezbędną do realizacji zadań związanych z ratowaniem zdrowia i życia pacjentów.

(dowód: akta kontroli str. 226-227; 350-354)

Wg załącznika nr 2 do umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – *leczenie szpitalne*, obowiązującej od 1 stycznia 2015 r. do 31 grudnia 2015 r., wykazano 24 lekarzy mogących pełnić dyżury w IP, z tego: 5 w pełnym wymiarze czasu pracy oraz 19 w wymiarze 1 h tygodniowo. W kontrolowanych miesiącach, tj. czerwcu i lipcu 2013 r., sierpniu i wrześniu 2014 r. oraz styczniu, lutym i czerwcu 2015 r. w godzinach od 15⁰⁰ do 7⁰⁰ następnego dnia w dni robocze oraz od 7⁰⁰ do 7⁰⁰ następnego dnia w dni świąteczne – za wyjątkiem 5 i 7 czerwca 2015 r. – dyżury pełnili lekarze wymienieni w załącznikach nr 2 Harmonogram-zasoby, posiadający zawarte z dyrektorem ZOZ stosowne umowy cywilno-prawne. W dniach 5 i 7 czerwca 2015 r. dyżur w IP pełnił lekarz Kompani Zare Dariusz, który jako lekarz IP do POW NFZ został zgłoszony w dniu 21 kwietnia 2015 r. Ww. lekarz – na podstawie umowy z dnia 20 marca 2015 r. zawartej pomiędzy ZOZ a Stowarzyszeniem Przyjaciół Szpitala w Łańcucie (SPSZ w Łańcucie) – mógł świadczyć pracę w Oddziale Chirurgii Planowej (OChP). Dopiero aneksem nr 1 z dnia 23 lipca 2015 r., tj. sporządzonym w trakcie niniejszej kontroli, do cyt. umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych (z mocą od dnia 1 kwietnia 2015 r.) strony postanowiły, że lekarz ten świadczenia zdrowotne objęte umową wykonywał będzie w IP. W okresie od 1 kwietnia do 23 lipca 2015 r. za dyżury w IP lekarz ten otrzymał wynagrodzenie w wysokości 5.440 zł brutto.

(dowód: akta kontroli str. 100-169; 176-205; 236; 681-749; 1203-1328; 1372)

Na pytanie na jakiej podstawie lekarz Kompani Zare Dariusz świadczył pracę (pełnił dyżury) w dniach 5 i 7 czerwca 2015 r., skoro aneks nr 1 do cyt. umowy, umożliwiający wykonywanie pracy przez ww. lekarza, sporządzony został dopiero w dniu 23 lipca 2015 r., z mocą od dnia 1 kwietnia 2015 r. Z. Goś wyjaśnił, że ZOZ Ropczyce zgłasza zmiany personelu do Portalu Świadczeniodawcy na podstawie informacji z Działu Kadr lub Księgowości. Podmiot zewnętrzny z którym ZOZ Ropczyce posiada umowy cywilno-prawne (Eskulap, SPSZ w Łańcucie) na świadczenia w postaci dyżurów lekarskich nie zgłaszał zmian w przypadku zawarcia Aneksu do umowy. Dlatego też lekarz Kompani Zare Dariusz został zgłoszony do POW NFZ wraz z jego kwalifikacjami i dyplomem 21 kwietnia 2015 r. natomiast aneks nr 1 sporządzony został w dniu 23 lipca 2015 r. z mocą od 1 kwietnia 2015 r.

³ Dz. U. z 2013 r., poz. 1520 ze zm.

(dowód: akta kontroli str. 1364-1371)

Świadczenia w IP – na podstawie zawartej w dniu 31 grudnia 2012 r. umowy pomiędzy Eskulap JMW NZOZ w Łąncucie i Zespołem – zabezpieczali lekarze tego podmiotu. Umowa została zawarta na 2013 r., obejmowała m.in. udzielanie świadczeń przez lekarzy w IP i ON. W umowie lekarze ci nie zostali imiennie wskazani. Jedynie w złożonej ofercie zapisano, że dyżury m.in. w IP pełnić będą lekarze B. Solarski, P. Szredzki i W. Mazur. Nie podano kwalifikacji tych lekarzy, z kolei cyt. umowa nie zawierała zapisu o integralności złożonej oferty z umową.

(dowód: akta kontroli str. 100-106; 176-192)

Na pytanie na jakiej podstawie lekarz B. Solarski świadczył pracę (pełnił dyżury) w dniach 3, 5, 6, 7, 9, 10, 13, 15, 17, 20, 21, 23, 24, 27 i 30 czerwca oraz w dniach 1, 4, 7, 8, 11, 18, 19, 21, 22, 25, 26, 28 i 29 lipca 2013 r. Z. Goś wyjaśnił, że § 1 w/w umowy wyszczególnia rodzaje świadczeń zdrowotnych. W ostatnim punkcie § 1 znajduje się zapis „dyżury lekarskie w Izbie Przyjęć Szpitala Powiatowego w Sędziszowie Młp”. W cytowanej umowie nie zostały wyszczególnione nazwiska lekarzy świadczących usługi na podstawie tej umowy (znajdują się one w ofercie).

(dowód: akta kontroli str. 1364-1371)

Na pytanie: czy w Szpitalu zostały opracowane, a jeżeli tak to w jakiej formie, wewnętrzne zasady udzielania świadczeń przez lekarzy Oddziałów Szpitala w IP, zarówno Pan Z. Goś jak i Pani Grażyna Skaluba, kierownik Działu Organizacji, Nadzoru i Rozliczeń Zespołu wyjaśnili, że w dni robocze w godzinach od 7⁰⁰ do 15⁰⁰ dyżury w IP pełnią lekarze OChW oraz ON „na ustalonych wewnętrznie zasadach, które nie zostały sformalizowane w formie pisemnej. Pacjenta ze skierowaniem planowym przyjmuje lekarz Oddziału, do którego pacjent jest kierowany. Pacjenta w trybie nagłym (bez skierowania) przyjmuje lekarz odpowiedniego Oddziału na podstawie wywiadu wstępnego przeprowadzonego w IP”.

(dowód: akta kontroli str. 170-171; 817-832)

Pan Zygmunt Dzija – Ordynator ON, na pytanie o wewnętrzne zasady udzielania świadczeń przez lekarzy Oddziału w Izbie w dni powszednie w godzinach od 7⁰⁰ do 15⁰⁰ wyjaśnił, że tryb postępowania z pacjentem w IP wynika z:

1. Procedury postępowania w przypadku podejrzenia udaru mózgu,
2. Procedury postępowania w leczeniu trombolitycznym udaru mózgu,
3. Procedury przyjęcia pacjenta do szpitala w trybie nagłym,
4. Procedury przyjęcia pacjenta do szpitala w trybie planowym ze skierowaniem oraz z ustalonym terminem przyjęcia i przyjęcia pacjenta w trybie nieplanowym ze skierowaniem lub bez skierowania.

Zasady postępowania z pacjentem w IP w godzinach 7⁰⁰-15⁰⁰ w dni powszednie wynikają z ustnych ustaleń pomiędzy dyrekcją ZOZ w Ropczycach oraz pracownikami medycznymi Pogotowia Ratunkowego, IP i ON Szpitala, przyjętych do realizacji.

Do pacjenta przywołanego do Szpitala z podejrzeniem udaru mózgu udaje się do IP lekarz ON natychmiast po telefonicznym powiadomieniu przez Pogotowie Ratunkowe lub IP. Lekarz neurolog zwykle oczekuje w IP na przyjazd w/w pacjenta.

Wg reguł wewnętrznych ustalonych w ON jest to zwykle lekarz, który w tym dniu pełni dyżur oddziałowy od godziny 15⁰⁰, a w przypadku jego nieobecności inny asystent z oddziału oddelegowany do leczenia udaru mózgu lub w następnej kolejności zastępca Ordynatora lub Ordynator.

W przypadku pacjenta kierowanego do ON w trybie nagłym przywiezionego przez Pogotowie Ratunkowe lekarz oddziałowy neurolog jest wzywany telefonicznie przez ratownika medycznego lub lekarza pogotowia i udaje się do IP natychmiast po wezwaniu, gdzie przejmuje opiekę nad pacjentem z rąk personelu pogotowia.

W przypadku pacjentów kierowanych do ON w trybie planowym ze skierowaniem lub nieplanowym ze skierowaniem albo bez skierowania, lekarz oddziałowy jest

wzywany telefonicznie przez pielęgniarkę dyżurną IP, która we wszystkich tych przypadkach ocenia stan pacjenta i konieczność interwencji lekarskiej. W/w lekarz udaje się do IP niezwłocznie po wezwaniu telefonicznym i tam podejmuje ostateczną decyzję o dalszych losach pacjenta.

(dowód: akta kontroli str. 172-175; 206-225)

W analizowanych miesiącach opieka pielęgniarska w IP zapewniona była:

- w ramach 12 godzinnego dyżuru rannego (R) na zmianie dziennej od 7⁰⁰ do 19⁰⁰, zwykle przez 3 lub 4 pielęgniarki, włącznie z Pielęgniarką Oddziałową, za wyjątkiem 6.07.2013 r. i 26.06.2015 r. – gdzie dyżurowały 2 pielęgniarki,
- w ramach 12 godzinnego dyżuru nocnego (N) na zmianie nocnej od 19⁰⁰ do 7⁰⁰, zwykle przez 2 pielęgniarki,
- zarówno podczas dyżuru rannego jak i dyżuru nocnego dyżurowali co najmniej 1 ratownik medyczny/bądź ratownik medyczny z uprawnieniami kierowcy oraz 1 kierowca.

(dowód: akta kontroli str. 1203-1307)

W ramach realizacji świadczeń w IP zapewniono w Szpitalu (w lokalizacji) całodobową realizację badań: laboratoryjnych (pobranie materiału), rentgenowskich, elektrokardiograficznych i ultrasonograficznych. Badania laboratoryjne były wykonywane przez Dział Diagnostyki Laboratoryjnej zaś badania rentgenowskie przez Dział Radiologii i Diagnostyki Obrazowej Przychodni Rejonowej w Sędziszowie Małopolskim. Badania elektrokardiograficzne wykonywano w IP wyposażonej w 2 elektrokardiografy EKG. Badania ultrasonograficzne realizowano w pracowni USG mieszczącej się w budynku Szpitala, wyposażonej w jeden aparat do takich badań.

Ponadto Zespół zawarł umowy dotyczące realizacji nw. badań z:

- Voxel S.A. w zakresie wykonywania diagnostyki obrazowej TK, badań diagnostyki obrazowej i nieobrazowej, opisów badań RTG i przekazywania ich w drodze transmisji danych;
- Szpitalem Wojewódzkim Nr 2 im. Św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie w zakresie wykonywania diagnostyki laboratoryjnej, diagnostyki obrazowej i nieobrazowej, konsultacji specjalistycznych;
- Zespołem Opieki Zdrowotnej Nr 2 w Rzeszowie w zakresie wykonywania badań densytometrii centralnej z opisem, badań laboratoryjnych i diagnostycznych, diagnostyki obrazowej i nieobrazowej, konsultacji specjalistycznych;
- Asklepios B.P. Sp. z o.o. w Rzeszowie zakresie wykonywania badań laboratoryjnych i diagnostycznych oraz diagnostyki obrazowej i nieobrazowej;
- Prywatnym Specjalistycznym Gabinetem Lekarskim Pracownią EMG Wojciech Kryda w Rzeszowie w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych w pracowni EMG i wykonywania diagnostyki obrazowej i nieobrazowej;
- RADIOLOGICA-RZESZÓW Pytlewski&Ryterski Sp. jawna w zakresie wykonywania badań diagnostycznych, laboratoryjnych oraz diagnostyki obrazowej i nieobrazowej;
- Wojewódzkim Zespołem Specjalistycznym w Rzeszowie w zakresie wykonywania badań laboratoryjnych i diagnostycznych oraz diagnostyki obrazowej i nieobrazowej;
- MAZ-MED Mazurek Beata w Rzeszowie w zakresie wykonywania badań cytologicznych, badań mammograficznych oraz badań ultrasonograficznych, biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej celowanej (BACC), diagnostyki obrazowej i nieobrazowej;
- NZOZ Diagnostyka Tarnów – Medyczne Centrum Laboratoryjne Sp. z o.o. w zakresie wykonywania badań analitycznych (laboratoryjnych i mikrobiologicznych) oraz diagnostycznych;

- Centrum Medycznym Diagnostyka Sp. z o.o. w Warszawie w zakresie wykonywania diagnostyki obrazowej i nieobrazowej;
- Centrum Medycznym ENEL-MED. S.A. w Warszawie w zakresie wykonywania rezonansu magnetycznego;
- ALAB laboratoria Spółka z o.o. w Warszawie w zakresie wykonywania badań laboratoryjnych;
- Specjalistycznym Zespołem Gruźlicy i Chorób Płuc w Rzeszowie w zakresie wykonywania badań laboratoryjnych i diagnostycznych;
- Regionalnym Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Rzeszowie w zakresie wykonywania badań laboratoryjnych oraz odpłatnego wydawania krwi i jej składników.

(dowód: akta kontroli str. 16-72; 226-227; 230-235; 350-445; 450-452; 812-816; 853-879; 963-994)

W okresie objętym kontrolą wystąpiło 9 awarii tomografu komputerowego w pracowni NZOZ MCD VOXEL w Sędziszowie Małopolskim. W 2 przypadkach awaria została usunięta w tym samym dniu, w którym miała miejsce; w 4 przypadkach następnego dnia; w 2 przypadkach w 3 dniu; zaś awaria lampy z dnia 7 lipca 2014 r. została usunięta dopiero w dniu 1 sierpnia 2014 r., tj. po upływie 25 dni. Wpływ awarii aparatu TK na czas wykonania badań przedstawiono w pkt. 6 niniejszego wystąpienia.

(dowód: akta kontroli str. 880-891)

Zgodnie z § 5 pkt 6 umów z Voxel S.A., dotyczących wykonywania badań TK:

- z dnia 26 marca 2013 r. *W przypadku nieprzewidzianej awarii aparatu TK Wykonawcy i konieczności wykonania badania w innej pracowni tomografii komputerowej Wykonawca zobowiązuje się pokryć koszt za 1,5 godziny transportu pacjenta oraz zapłacić różnicę ceny pomiędzy tymi badaniami dotyczącymi wykonywania badań TK,*
- z dnia 31 marca 2015 r. *W przypadku nieprzewidzianej awarii aparatu TK Wykonawcy i konieczności wykonania badania w innej pracowni tomografii komputerowej Wykonawca zobowiązuje się pokryć koszt za 1,5 godziny transportu pacjenta, koszt odległości transportu oraz zapłacić różnicę ceny pomiędzy tymi badaniami.*

(dowód: akta kontroli str. 361-369)

W związku z awariami tomografu komputerowego Zespół wystawił dla Voxel S.A. 3 faktury: z dnia 20 maja 2013 r. na kwotę 661,10 zł, z dnia 5 września 2014 r. na kwotę 11.194,60 zł i z dnia 23 marca 2015 r. na kwotę 429 zł. Nie wystawiono faktur dotyczących kosztów towarzyszących wykonanych badań TK w innych placówkach, w dniach awarii TK, tj.: 12-15 kwietnia 2013 r. i 25-26 sierpnia 2014 r. W dniu 31 sierpnia i w dniu 9 września 2015 r., tj. w trakcie niniejszej kontroli NIK – w związku z badaniami TK wykonanymi w dniach 12 kwietnia 2013 r. i 25 sierpnia 2014 r. – Zespół wystawił 2 faktury na łączną kwotę 286 zł.

(dowód: akta kontroli str. 882; 892-909; 1364-1370)

Pan Z. Goś wyjaśnił, że w umowach ze Spółką VOXEL S.A. nie wprowadzono zapisów wskazujących na termin usunięcia awarii aparatu TK poprzez wskazanie określenia np. *niezwłocznie lub przyjazd serwisanta do 6 h od zgłoszenia awarii z uwagi na rodzaj wykonywanej działalności. Spółka VOXEL jako podmiot leczniczy prowadzący ponad 30 pracowni diagnostyki obrazowej w całej Polsce, ma zawartą umowę serwisową z dostawcą sprzętu medycznego tj. GE Medical Systems, która definiuje czas reakcji na zgłoszoną awarię. Czas reakcji autoryzowanego serwisu, czyli okres liczony od momentu zgłoszenia usterki do momentu rozpoczęcia naprawy urządzenia, wynosi 48 godzin od dnia zgłoszenia awarii w godzinach dostępności serwisu. Tym samym wskazanie precyzyjnej daty usunięcia awarii nie*

byłoby możliwe ze względu na uzależnienie powyższego od rodzaju awarii i pracy autoryzowanego serwisu GE Medical Systems. Dodatkowo w przypadku konieczności importu części zamiennych czas usunięcia usterki ulega wydłużeniu. Rozwiązanie polegające na finansowaniu przez VOXEL S.A. transportu pacjenta do innej pracowni TK wraz z pokryciem różnicy w cenie badania jest rozwiązaniem optymalnym zarówno ze względu na bezpieczeństwo chorych wymagających wykonania diagnostyki tomografem komputerowym, jak i zabezpieczenie interesów szpitala. Z. Goś nie wskazał przyczyn niewystawienia faktur za wykonanie badań TK w innych podmiotach w przypadkach awarii aparatu TK w Szpitalu.

(dowód: akta kontroli str. 1364-1371)

Sprawy dotyczące sposobu i zasad udzielenia świadczeń w IP Szpitala były uregulowane w regulaminach organizacyjnych Zespołu. Postanowienia regulaminów odnosiły się m.in. do zadań IP, sposobu przyjęcia pacjenta do Szpitala, dokumentów niezbędnych do przedłożenia w momencie jego przyjęcia.

(dowód: akta kontroli str. 16-72)

3. W strukturze organizacyjnej Szpitala nie było Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii (OAIT). Szpital zapewnił bezpieczeństwo pacjenta w sposób określony w § 4 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, tj. posiadał 3 stanowiska intensywnej terapii wyposażone zgodnie z wymogami wynikającymi z załącznika nr 3 część I, lp. 2 i lp. 3 przedmiotowego rozporządzenia. W Szpitalu w OChP zatrudnionych było 4 lekarzy posiadających specjalizację z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii. Świadczyli oni pracę na podstawie umów cywilnoprawnych, w których wyodrębniono stawki godzinowe za pracę oraz stawki za godzinę dyżuru „pod telefonem”. W dni powszednie świadczyli oni pracę w OChP w godzinach od 7⁰⁰ do 15⁰⁰. W poddanych kontroli miesiącach stwierdzono, że 4 i 27 lutego 2015 r. oraz 19 czerwca 2015 r. (dni powszednie) w godzinach od 7⁰⁰ do 15⁰⁰ nie zapewniono obecności lekarza anestezjologa. W dni świąteczne i wolne od pracy oraz w dni powszednie w godzinach od 15⁰⁰ do 7⁰⁰, w tym także w kontrolowanych miesiącach, lekarze pełnili całodobowo „dyżury pod telefonem”.

(dowód: akta kontroli str. 16-72; 107-113; 135-142; 333-334; 788-811; 910-961)

Zgodnie z załącznikiem nr 4 lp. 2 pkt 4 do ww. rozporządzenia wymogiem w zakresie Organizacji udzielania świadczeń dla leczenia udaru mózgu w oddziale udarowym była stała obecność lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji, lub anestezjologii i intensywnej terapii - w lokalizacji.

Wg regulaminu organizacyjnego w Szpitalu oddział/pododdział leczenia udaru mózgu nie występował. W związku faktem, iż Szpital realizował procedury A48 i A51, to winien jednak spełniać m.in. ww. wymogi, jak dla oddziału udarowego.

Pan Z. Goś wyjaśnił, że lekarze zatrudnieni w OChP Szpitala posiadają specjalizację z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii. Zatrudnieni są na podstawie umów cywilno-prawnych w godzinach 7⁰⁰ – 15⁰⁰. W ramach dyżuru pod telefonem poniedziałek-piątek 15⁰⁰- 7⁰⁰ w dni świąteczne i wolne od pracy. W dniach 4 i 27 luty 2015 r. oraz 19 czerwiec 2015 r. w godzinach 7⁰⁰-15⁰⁰ nie były planowane zabiegi dla pacjentów OChP dlatego też Ordynator OChP nie wykazał w liście dyżurów lekarzy anestezjologów w w/w dniach. Zapewniony był dyżur pod telefonem. Lekarze anestezjologodzy są zobowiązani w ramach zawartych umów by w razie potrzeby zapewnić opiekę anestezjologiczną dla pacjentów ON – A48, A51. W tych dniach nie było takiego zgłoszenia przez Ordynatora.

(dowód: akta kontroli str. 1351-1363)

Lekarz W. Ratyński posiadał zawartą umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezjologii od dnia 1 lipca 2014 r. do dnia 31 sierpnia 2014 r. Lekarz

ten świadczył pracę jako anestezjolog w OChP w dniach 5, 8, 9, 15 września 2014 r., 12 i 28 stycznia 2015 r. oraz 20 i 26 lutego 2015 r. Także jako anestezjolog pełnił on „dyżury pod telefonem” w dniach 5 i 9 września 2014 r. w godzinach od 15⁰⁰ do 7⁰⁰, 10 stycznia 2015 r. od 7⁰⁰ do 7⁰⁰, 28 stycznia 2015 r. od 15⁰⁰ do 7⁰⁰, 15 lutego 2015 r. od 7⁰⁰ do 7⁰⁰, 20 i 26 lutego 2015 r. od 15⁰⁰ do 7⁰⁰.

Dopiero aneksem z dnia 31 marca 2015 r. do umowy z dnia 1 lipca 2014 r. Zespół przedłużył umowę do dnia 30 czerwca 2015 r. W okresie od września 2014 r. do marca 2015 r. lekarz ten świadczył pracę w Oddziale i „dyżurował pod telefonem” nie posiadając ważnej umowy. Za ww. pracę Zespół zapłacił mu łącznie 16.240 zł.

(dowód: akta kontroli str. 912-916; 920-928; 935; 938; 941; 950; 953-961; 1355)
Pan Z. Goś wyjaśnił, że lekarz W. Ratyński pełnił dyżury w OChP jako anestezjolog jak również dyżury pod telefonem we wskazanych powyżej dniach w ramach ciągłości umowy o udzielanie świadczeń z zakresu anestezjologii zawartej z ZOZ w dniu 1 lipca 2014 r. Przez niedopatrzenie Działu Kadr i Ordynatora umowa ta nie była aneksowana w wersji papierowej po 31 sierpnia 2014 r. Lekarz W. Ratyński świadczył te usługi na podstawie umowy ustnej z Dyrektorem ZOZ. Od 1 sierpnia 2014 r. pełnił tylko sporadyczne dyżury z powodu przygotowywania się do egzaminu specjalizacyjnego, który złożył w dniu 10 grudnia 2014 r. Dyplom ukończenia specjalizacji otrzymaliśmy w marcu 2015 r. W dniu 31 marca 2015 r. zawarty został aneks na świadczenie tych usług na okres 1 lipca 2014 r. do 30 czerwca 2015 r. Podstawą do obliczeń i wypłaty wynagrodzenia była Umowa zawarta z w/w lekarzem w dniu 1 lipca 2014 r.

(dowód: akta kontroli str. 1351-1363)

Zasady udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie intensywnej opieki medycznej pacjentom kierowanym i transportowanym przez Zespół zostały uregulowane w umowie zawartej z SP ZOZ w Kolbuszowej w dniu 10 września 2012 r. Na podstawie tej umowy świadczenia dla takich osób miały być wykonywane w OAilOM Szpitala Powiatowego SP ZOZ w Kolbuszowej.

W zakresie transportu sanitarnego Zespół zawarł umowę na czas nieokreślony z Medic-Transport Dorota Drozd w Rzeszowie w dniu 1 lutego 2012 r. Zgodnie z zapisami tej umowy *Udzielający zamówienia zleca, Przyjmujący zamówienie przyjmuje zlecenie świadczenia usług transportu sanitarnego obejmującego: transport sanitarny (przewóz osób albo materiałów biologicznych i materiałów wykorzystywanych do udzielenia świadczeń zdrowotnych, wymagających specjalnych warunków transportu) oraz usługi polegające na pozostawianiu w gotowości (maksymalny czas dojazdu 60 minut) do wykonywania tego przewozu oraz na zabezpieczaniu łączności bezprzewodowej. Ilość, rodzaj środków transportowych oraz dobowy harmonogram czasu pracy pojazdów określa Udzielający zamówienia.* W treści umowy nie zawarto postanowień, odnoszących się do zapewnienia transportu sanitarnego, z uwzględnieniem wskazań medycznych i ciągłości postępowania, w składzie odpowiadającym specjalistycznemu zespołowi ratownictwa medycznego.

(dowód: akta kontroli str. 446-449)

Zgodnie z § 4 ust. 1 pkt 2 lit. a rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego świadczeniodawca udzielający świadczeń gwarantowanych, o których mowa w § 3 ust. 1, w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej, z wyłączeniem świadczeń realizowanych w szpitalnym oddziale ratunkowym, izbie przyjęć oraz wyjazdowym zespole sanitarnym typu "N", powinien spełniać następujące warunki w przypadku braku w strukturze organizacyjnej OAiT: posiadać co najmniej jedno stanowisko intensywnej terapii, o którym mowa w załączniku nr 3 część I, lp. 2 i lp. 3, w części Organizacja udzielania świadczeń w pkt 3, oraz zapewniać prawidłowość leczenia pacjentów i ciągłość postępowania w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii u innego

świadczeniodawcy, zlokalizowanego nie dalej niż w sąsiednim powiecie, który udziela świadczeń w tym zakresie, pod warunkiem zapewnienia przez świadczeniodawcę transportu sanitarnego, z uwzględnieniem wskazań medycznych i ciągłości postępowania, w składzie odpowiadającym specjalistycznemu zespołowi ratownictwa medycznego.

Pan Robert Gašior, p.o. z-cy dyrektora ds. lecznictwa Zespołu do dnia 30 czerwca 2013 r. wyjaśnił, że w/w transport zapewniony był w ramach świadczeń karetki Szpitalnej IP oraz na podstawie umowy z Medic-Transport Dorota Drozd. Umowa z Medic-Transport zabezpieczała zlecane świadczenia usług transportu sanitarnego. W okresie objętym kontrolą w Zespole - Szpitalu zrealizowany został jeden transport z ON – zlecenie na transport z dnia 3 stycznia 2014 r. Pozostałe transporty zrealizowane przez Medic-Transport nie dotyczyły zleceń lekarzy neurologów IP i ON.

(dowód: akta kontroli str. 833-841)

Zgodnie z obowiązującą w Szpitalu procedurą: Transport sanitarny, transport pacjenta z lekarzem odbywa się karetką szpitalną. Do godz. 15⁰⁰ w realizacji transportu uczestniczy lekarz z oddziału, który zlecił ten transport, po godz. 15⁰⁰ – lekarz dyżurny IP. W czasie nieobecności lekarza w IP przypadki pilne konsultują lekarze dyżurni z oddziałów szpitalnych, zależnie od rodzaju schorzenia pacjenta.

(dowód: akta kontroli str. 211-220)

Pani G. Skaluba wyjaśniła, że transport pacjentów w stanie ciężkim, którzy wymagają procedur z zakresu intensywnej opieki medycznej odbywa się na zasadach: transport sanitarny karetką szpitalną lub transport sanitarny na podstawie zawartej umowy pomiędzy Zespołem a Medic-Transport Dorota Drozd w Rzeszowie. Lekarze dyżurni IP w godz. 15⁰⁰- 7⁰⁰ w dni powszednie oraz całodobowo w dni świąteczne i wolne od pracy, jak również lekarze Oddziałów Szpitala Powiatowego w czasie pozostałym zobowiązani są do asysty z transportem pacjenta naszego Szpitala znajdującego się w stanie ciężkim. Usługi te świadczą na podstawie dodatkowej umowy cywilno – prawnej. W przypadku asysty lekarza z IP w godz. 15⁰⁰- 7⁰⁰ dyżur w IP przejmuje lekarz ON, OChW, OChP w zależności od rodzaju schorzenia, z którym zgłasza się pacjent. W godz. 7⁰⁰- 15⁰⁰ asysta jest realizowana przez lekarza danego Oddziału wezwanego z IP. W czasie nieobecności tego lekarza (ok. 1 godz.) świadczenia medyczne pełnią lekarze, którzy pozostają w Oddziałach.

(dowód: akta kontroli str. 170-171)

W przypadku 50 pacjentów objętych badaniem nie wystąpiły przypadki ich przewozu na OAiT innego szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 257-281)

Wypełniając dyspozycje wynikające z przepisu art. 24 ust. 1 pkt 8 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁴ w regulaminach organizacyjnych Zespołu określono warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych. W dokumentach tych zapisano, że Zespół może udzielić zamówienia na wskazane powyżej świadczenia. Przedmiot zamówienia nie może wykraczać poza rodzaj działalności leczniczej oraz zakres świadczeń zdrowotnych realizowanych zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

(dowód: akta kontroli str. 16-72)

⁴ Dz. U. z 2015 r., poz. 618 ze zm.

4. Szpital posiadał wewnętrzne procedury określające zasady postępowania z pacjentem z podejrzeniem udaru mózgu. Ww. zasady zostały uregulowane w dokumencie pn. *Procedura postępowania w przypadku podejrzenia udaru mózgu*, w którym określono obowiązki i opisano sposób postępowania z takim pacjentem m.in. dla zespołu ratownictwa medycznego, pracowników IP oraz ON Szpitala. Sposób postępowania z pacjentem, u którego stwierdzono udar mózgu został określony w *Procedurze postępowania w leczeniu trombolitycznym udaru mózgu*. W Szpitalu obowiązywały także inne procedury dotyczące przyjmowania w IP wszystkich pacjentów: *Procedura przyjęcia pacjenta do Szpitala w trybie planowym ze skierowaniem oraz z ustalonym terminem przyjęcia*, *Przyjęcie pacjenta w trybie nieplanowym ze skierowaniem lub bez skierowania*, *Procedura przyjęcia pacjenta do Szpitala w trybie nagłym*. We wszystkich ww. procedurach jak również w regulaminach organizacyjnych Zespołu przewidziano obowiązki dla lekarza dyżurnego IP, nie definiując kto nim jest w dni powszednie w godzinach od 7⁰⁰ do 15⁰⁰. W procedurach dotyczących postępowania w przypadku pacjentów z podejrzeniem lub rozpoznaniem udaru mózgu wskazano także obowiązki lekarza dyżurnego ON.

(dowód: akta kontroli str. 16-72; 172-175; 207-225)

Na pytanie kto, biorąc pod uwagę sposób organizacji udzielania świadczeń w Szpitalu, winien w godzinach od 7⁰⁰ do 15⁰⁰ wykonywać obowiązki przewidziane dla lekarza dyżurnego IP, które zostały przewidziane w obowiązujących procedurach, a ponadto w regulaminach organizacyjnych Szpitala?, Pan Z. Gość wyjaśnił, że w godz. 7⁰⁰-15⁰⁰ dyżury w IP pełnią lekarze Oddziałów: Chorób Wewnętrznych, Neurologii na ustalonych wewnętrznie zasadach. Pacjenta ze skierowaniem planowym przyjmuje lekarz Oddziału do którego pacjent jest kierowany. Pacjenta w trybie nagłym (bez skierowania) przyjmuje lekarz odpowiedniego Oddziału na podstawie wywiadu wstępnego przeprowadzonego w IP. Ponadto, zdaniem składającego wyjaśnienie, „we wszystkich wymienionych procedurach obowiązujących w Szpitalu nie zdefiniowano lekarza IP jak również w w/w procedurach nie przewidziano obowiązków tego lekarza”.

(dowód: akta kontroli str. 817-832)

Jednak np. w *Procedurze postępowania w leczeniu trombolitycznym udaru mózgu* zapisano m.in., że do zadań lekarza dyżurnego IP/pielęgniarki dyżurnej IP należy:

- przyjęcie pacjenta z podejrzeniem udaru mózgu do IP,
- uzyskanie informacji od pacjenta, rodziny lub pracownika zespołu transportującego o czasie i okolicznościach zachorowania,
- bezzwłoczne powiadomienie lekarza dyżurnego ON o przywiezieniu pacjenta z objawami udaru mózgu,
- monitorowanie funkcji życiowych.

(dowód: akta kontroli str. 207)

5. Liczbę hospitalizacji rozliczanych grupami A48 – A51 przedstawia poniższe zestawienie.

Oddział szpitalny	Procedury wg grup	2013 r.	2014 r.	2015 r. (I kwartał)	Razem
Neurologii	A48	130	115	35	280
	A49	25	9	4	38
	A50	19	15	2	36
	A51	5	19	11	35
Chorób wewnętrznych	A49	-	-	-	-
	A50	2		1	3
Razem	A48	130	115	35	280
	A49	25	9	4	38
	A50	21	15	3	39
	A51	5	19	11	35

(dowód: akta kontroli str. 73)

6. Badaniem objęto 50 z 398 hospitalizacji wykazanych do rozliczenia procedurami dotyczącymi leczenia udaru mózgu (grupy A48-A51), które zostały rozpoczęte i zakończone w okresie od 1 stycznia 2013 r. do 30 kwietnia 2015 r. W 47 przypadkach pacjenci byli hospitalizowani w ON, zaś w 3 w OChW Szpitala. W ww. 3 przypadkach (wykazanych do rozliczenia z NFZ wg grupy A50) udar mózgu nie był przyczyną hospitalizacji w OChW.

W jednym przypadku (nr księgi głównej 2996 z 2013 r.) pacjent został przeniesiony z ON Szpitala, gdzie został przyjęty z powodu utraty przytomności i niskiego poziomu glikemii. W drugim – (nr księgi głównej 3244 z 2013 r.) pacjenta leczono w związku z urazowym uszkodzeniem mózgu. W trzecim – (nr księgi głównej 1075 z 2015 r.) pacjent z licznymi schorzeniami internistycznymi został przeniesiony z ON Szpitala, gdzie był hospitalizowany w związku z udarem mózgu (nr księgi głównej 819 z 2015 r.). Hospitalizacja w ON została rozliczona wg grupy A48.

(dowód: akta kontroli str. 253; 257-332)

Hospitalizowani pacjenci do Szpitala zostali przyjęci w następujących trybach:

- w trybie nagłym w wyniku przekazania przez zespół ratownictwa medycznego (ZRM) – 42 przypadki,
- na podstawie skierowania z NZOZ – 3 przypadki,
- przeniesienie z innego szpitala – 2 przypadki,
- przeniesienie z innego Oddziału Szpitala – 2 przypadki,
- w trybie nagłym, pacjent przywieziony do IP przez sąsiada – 1 przypadek.

Spośród tych pacjentów: 28 skierowano do dalszego leczenia w lecznictwie ambulatoryjnym, 8 zmarło, 6 skierowano do Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej w innym szpitalu, 3 przeniesiono na inny Oddział Szpitala, 3 skierowano do Zakładu Pielęgnacyjno – Opiekuńczego, zaś 2 skierowano do leczenia w innym szpitalu.

W przypadku pacjentów przyjętych w trybie nagłym, w wyniku przekazania przez ZRM, czas jaki upłynął od otrzymania wezwania karetki do przyjazdu z pacjentem do IP Szpitala wynosił od 15 minut do 1 h i 24 minut. Czas od wyjazdu karetki po pacjenta do przyjazdu do Szpitala wynosił od 14 minut do 1 h i 4 minut. W ww. sprawach karetka wyjeżdżała po pacjenta w czasie wynoszącym od 1 do 28 minut od otrzymania wezwania.

(dowód: akta kontroli str. 253; 257-332; 782-787)

Według Wytycznych Grupy Ekspertów Sekcji Chorób Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Neurologicznego z 2012 r.: *Przy przyjęciu do szpitala u każdego chorego z udarem powinno być wykonane badanie neuro-obrazowe [tomografia komputerowa (TK) lub rezonans magnetyczny (MR) – jeśli nie ma przeciwwskazań – z opcją „angio”]. Należy wykonać badania krwi: morfologię, koagulogram, oznaczenie elektrolitów, glikemii i kreatyniny oraz wysycenia krwi tlenem (gazometria). Wykonuje się również EKG.*

Badanie TK wykonano w trakcie 47 hospitalizacji. W 3 przypadkach nie wykonano ww. badania w związku z tym, że pacjenci ci: byli hospitalizowani w OChW Szpitala z powodu innych schorzeń niż udar mózgu (2 przypadki) oraz zmarli po upływie 50 minut od momentu przyjęcia go w IP (1 przypadek).

W żadnym przypadku Szpital nie wykonywał badania MR.

Badania w zakresie morfologii, koagulogramu, oznaczenia elektrolitów, glikemii, kreatyniny, wysycenia krwi tlenem oraz EKG wykonano 48 pacjentom. Pozostałym 2 pacjentom nie wykonano następujących badań spośród ww.:

- jednemu – morfologii, oznaczenia elektrolitów, glikemii i kreatyniny w związku z przeniesieniem go z ON do OChW, gdzie wcześniej wykonano takie badania,
- drugiemu – koagulogramu w związku z tym, że był on hospitalizowany w OChW Szpitala, gdzie leczono go z powodu urazowego uszkodzenia mózgu.

Wysycenie krwi tlenem badano za pomocą pulsoksymetru, a w 4 przypadkach dodatkowo wykonano gazometrię.

(dowód: akta kontroli str. 253; 257-332)

Spośród 47 pacjentów, którzy byli hospitalizowani w Szpitalu w związku z przebyłym udarem mózgu, upływ czasu od powstania pierwszych objawów udaru mózgu do czasu ich przybycia do Szpitala ustalono w 35 przypadkach. Okres ten wynosił od 30 minut do kilku dni. W pozostałych przypadkach nie było możliwości określenia ww. okresu w związku z tym, że:

- w 9 przypadkach pacjenci zostali znalezieni przez inne osoby i pozostawali nieprzytomni lub mieli zaburzenia udarowe,
- w 2 przypadkach w karcie medycznych czynności ratunkowych i w epikryzie wstępnej brak było informacji na temat momentu wystąpienia pierwszych objawów udaru mózgu, m.in. w związku z brakiem możliwości przeprowadzenia obiektywnego wywiadu,
- w 1 przypadku pacjenta przeniesiono z Oddziału Neurochirurgii innego szpitala.

W 46 sprawach pacjenci trafili do Szpitala z wywiadem mogącym wskazywać na objawy udaru mózgu, przeprowadzonym wcześniej przez ZRM, lekarza NZOZ albo lekarza innego szpitala. W 1 przypadku pacjent został przywieziony do Szpitala przez sąsiada, i w związku z tym nie było w dokumentacji takiego wywiadu.

W każdej z badanych spraw pacjenci po przywiezieniu do Szpitala byli badani w IP przez lekarzy neurologów lub lekarzy w trakcie specjalizacji, którzy także przeprowadzali wywiad w zakresie objawów mogących wskazywać na udar mózgu. W dokumentacji nie było zawartych informacji, czy Szpital był powiadamiany o transporcie pacjenta z podejrzeniem udaru mózgu. W związku z tym, że pacjenci – jak wskazano powyżej – byli badani w IP przez lekarzy neurologów lub lekarzy w trakcie specjalizacji neurologicznej oraz wg wyjaśnień Ordynatora ON, to już w trakcie transportu pacjenta z podejrzeniem udaru przez ZRM informowano Szpital o takim zdarzeniu.

Upływ czasu od przybycia pacjenta z podejrzeniem/rozpoznanieniem udaru mózgu do IP do uzyskania wyników badań biochemicznych wynosił w badanych sprawach od 2 minut do 14 h i 53 minut. W 3 sprawach uzyskanie wyników takich badań miało miejsce przed formalnym przyjęciem pacjenta w Izbie. Spośród 44 spraw ww. wyniki uzyskano w następujących okresach od momentu przyjęcia pacjenta w Izbie:

- w czasie nie przekraczającym 1 h – 34 sprawy,
- w czasie wynoszącym od 1 do 3 h – 7 spraw,
- w czasie wynoszącym powyżej 3 h – 3 sprawy (nr księgi głównej z 2014 r.: 2812, 3127, 3793).

(dowód: akta kontroli str. 253; 257-332)

Pan Grzegorz Chomont, lekarz neurolog badający pacjenta w IP w Szpitalu wyjaśnił, że w sprawie o nr ks. gł. 2812 z 2014 r. lekarz przyjmujący [G. Chomont-dopisek NIK] zlecił badania dodatkowe w trybie planowym, gdyż nie zaistniała potrzeba w aspekcie medycznym uzyskania pilnych wyników ww. badań. W związku z niespójnym wywiadem dotyczącym okoliczności i czasu zachorowania, ciężkim stanem ogólnym pacjenta oraz uzyskanym wynikiem 33 pkt. w skali NIHSS pacjent nie został zakwalifikowany do leczenia trombolitycznego.

(dowód: akta kontroli str. 848-850)

Pan Marek Sawka, lekarz neurolog pełniący dyżur w IP wyjaśnił, że w sprawie nr 3793 w związku z badaniem TK głowy i różnicowaniem między udarem a oponiakiem odroczył wykonanie koagulogramu jako mało istotnego badania do podjęcia decyzji o leczeniu trombolitycznym. Koagulogram wykonano w trybie planowym niepilnym. Nie było to badanie istotne z punktu widzenia ewentualnej kwalifikacji do leczenia trombolitycznego.

(dowód: akta kontroli str. 851-852)

Badania TK zostały wykonane 46 z 47 pacjentów hospitalizowanych w Szpitalu w związku z udarem mózgu. W 1 przypadku nie wykonano tego badania, gdyż pacjent zmarł po upływie 50 minut od momentu przyjęcia go w IP. Badania TK wykonywano po upływie od 1 minuty do 22 h i 2 minut od momentu przyjęcia pacjentów w Izbie, z tego:

- przed formalnym przyjęciem pacjenta w IP – 9 spraw,
- do 1 h – 27 spraw,
- do 2 h – 5 spraw,
- powyżej 2 h – 5 spraw (nr księgi głównej z 2014 r.: 2016 – 14,36 h; 2382 – 10,05 h; 2379 – 22,02 h; 2447 – 3,25 h oraz 3127 – 18,07 h).

(dowód: akta kontroli str. 253; 257-332)

Pan Z. Dzija w sprawach o nr. ks. gł. 2382 i 2379 z 2014 r. oraz Pani Małgorzata Bocheńska, lekarz medycyny w sprawie o nr. ks. gł. 2447 z 2014 r. wyjaśnili, że badania TK wykonano w Szpitalu MSW w Rzeszowie i w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Rzeszowie. Opóźnienie badań wynikało z awarii aparatu TK zlokalizowanego w Szpitalu w pracowni Voxel w dniach od 4 lipca do 10 sierpnia 2014 r. Wykonano je w najbliższych pracowniach i w najszybszym możliwym terminie. Wykluczenie z leczenia trombolitycznego udaru, w tych przypadkach wynikało z upływu czasu między zachorowaniem a przyjęciem do Szpitala, a nie z opóźnienia wykonania badania TK głowy.

(dowód: akta kontroli str. 842-843; 846-847)

Pan G. Chomont wyjaśnił, że w sprawie o nr. ks. gł. 3127 z 2014 r. pacjentka została przekazana z OChW Szpitala w Kolbuszowej, gdzie była leczona z powodu nadciśnienia tętniczego. W trakcie hospitalizacji wystąpiło osłabienie prawych kończyn z bólami głowy. Lekarz przyjmujący zlecił badania dodatkowe w trybie planowym, gdyż nie zaistniała potrzeba uzyskania pilnych wyników ww. badań, zlecono również TK głowy (w trybie planowym). W ocenie lekarza przyjmującego brak było dokładnych informacji dotyczących czasu i okoliczności zachorowania, stabilny stan ogólny pacjentki oraz niewielki deficyt neurologiczny nie wskazywał na potrzebę leczenia trombolitycznego.

(dowód: akta kontroli str. 848-850)

Pani Ewa Biernacka - Szewczyk, lekarz neurolog wyjaśniła, że w sprawie o nr. ks. gł. 2016 z 2014 r. badanie TK głowy wykonano w pracowni TK Voxel w Szpitalu o godzinie 14³⁶ w dniu 11 czerwca 2014 r., pomimo iż skierowanie zostało wypisane zgodnie z procedurami przy przyjęciu pacjentki, o godz. 10³⁰. Opóźnienie wykonania badania najprawdopodobniej wynikało z krótkotrwałej awarii aparatu TK. Pacjentka przy przyjęciu w stanie ogólnym dobrym z wywiadem wskazującym na trwające od 2 dni zaburzenia mowy – o charakterze niewielkiej dyzartrii, w skali NIHSS przy przyjęciu 1 pkt. Wykluczenie z leczenia trombolitycznego udaru, w tym przypadku wynikało z upływu czasu między zachorowaniem a przyjęciem do Szpitala oraz dyskretnej deficytu neurologicznego, a nie z opóźnienia wykonania badania TK głowy.

(dowód: akta kontroli str. 844-845)

W kontrolowanych sprawach formalne przyjęcie do ON Szpitala następowało w tym samym czasie co przyjęcie pacjenta w IP lub w okresach nieprzekraczających 50 minut.

(dowód: akta kontroli str. 253; 257-332)

Spośród 47 pacjentów hospitalizowanych z powodu udaru mózgu 7 leczono poprzez podanie leków trombolitycznych. Rozpoczęcie podania tych leków miało miejsce po upływie od 40 do 55 minut od momentu przyjęcia pacjenta w IP. U 7 pacjentów stwierdzono krwotok śródmózgowy, zaś u 38 – przesłankami wykluczającymi zakwalifikowanie do leczenia trombolitycznego były: upływ czasu lub brak możliwości określenia wystąpienia objawów udaru mózgu, choroba nowotworowa

o wysokim ryzyku krwawienia, wysoki poziom INR, niewielki lub szybko ustępujący przed włączeniem leczenia deficyt neurologiczny, bardzo ciężki stan pacjenta. W 2 sprawach (nr księgi głównej 844 i 1700 z 2014 r.) odstąpiono od zastosowania leczenia trombolitycznego.

(dowód: akta kontroli str. 257-332; 962; 1349-1350)

Pan M. Sawka wyjaśnił, że w sprawie o nr. ks. gł. 844 z 2014 r. pacjent został skierowany przez lekarza Pogotowia Ratunkowego z rozpoznaniem: niedowład połowiczny prawostronny, zaburzenia mowy od około pół godziny. Skierowanie jako udar mózgu. TK głowy z IP o 19⁵⁸ w trybie pilnym – stan po udarze mózgowym, świeżych zmian o charakterze niedokrwienia ani krwawienia nie uwidoczniło. Ze względu na ciężki stan neurologiczny i ogólny, pacjent zgodnie z protokołem SIT-MOST nie został zakwalifikowany do leczenia trombolitycznego.

(dowód: akta kontroli str. 851-852)

Pan G. Chomont wyjaśnił, że w sprawie o nr. ks. gł. 1700 z 2014 r. przyjęcie pacjenta do Szpitala miało miejsce 15 maja 2014 r. o godz. 20³⁰. W świetle istniejącej dokumentacji (ZRM), zachorowanie udarowe wystąpiło około 18-19⁰⁰ (karta czynności ratunkowych). Po konfrontacji wywiadu chorobowego z rodziną pacjenta, zaburzenia mowy o charakterze afazji świadczące o zachorowaniu udarowym, wystąpiły zdecydowanie wcześniej, co zdyskwalifikowało pacjenta do leczenia trombolitycznego.

(dowód: akta kontroli str. 848-850)

W badanych 50 sprawach pacjenci zostali przywiezieni do Szpitala z różnych miejscowości, oddalonych od niego od 1,4 km do 26,2 km.

(dowód: akta kontroli str. 282-332)

Pobyt w Szpitalu jednego z pacjentów objętych badaniem (nr księgi głównej 2658 z 2014 r.), rozliczony według procedury A48, trwał od dnia 8 do 26 sierpnia 2014 r. i związany był z leczeniem zachowawczym krwotoku mózgowego, po przebytej ewakuacji krwiaka w leczeniu operacyjnym w innym szpitalu. Za pobyt ten NFZ zapłacił Szpitalowi kwotę 8.424 zł (za 162 punkty). Wcześniej pacjent ten został przyjęty do Szpitala w dniu 4 sierpnia 2014 r., skąd w tym samym dniu został przewieziony do Szpitala w Rzeszowie. Pobyt w dniu 4 sierpnia 2014 r. (nr księgi głównej 2609 z 2014 r.) został rozliczony według procedury A50, za którą NFZ zapłacił Szpitalowi kwotę 1.924 zł (37 punktów).

(dowód: akta kontroli str. 257-332; 453-454)

W załączniku nr 1b Katalog świadczeń odrębnych do zarządzenia nr 89/2013/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 19 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: *leczenie szpitalne*⁵ wskazano świadczenie pn. Hospitalizacja przed przekazaniem do ośrodka o wyższym poziomie referencyjnym (kod produktu 5.52.01.0001445) – wartość punktowa 12.

Pan Z. Goś wyjaśnił, że *pobyt pacjenta w Szpitalu w dniu 4 sierpnia 2014 r. (nr księgi głównej 2609) rozliczony został według procedury A50 ponieważ pacjent ten wymagał wykonania badań zgodnych z leczeniem procedury – udar mózgu. Po kilku godzinach i wykonaniu TK głowy pacjent ten został przewieziony do Szpitala nr 2 w Rzeszowie w celu leczenia operacyjnego. W ON nie przewidziano powrotu pacjenta do naszego Szpitala. Powtórny pobyt od 8 do 26 sierpnia rozliczony został prawidłowo według procedury A48 na podstawie poprawnej weryfikacji przez NFZ.*

(dowód: akta kontroli str. 817-832)

W przypadku innego pacjenta Szpital wykazał do rozliczenia z NFZ dwa jego pobyty (nr księgi głównej z 2013 r. 2769 i 2996). W dniu 12 sierpnia 2013 r. został on przyjęty do ON z powodu udaru mózgu, gdzie przebywał do 29 sierpnia 2013 r. Za

⁵ (NFZ.2013.89 ze zm.)

pobyt ten NFZ zapłacił Szpitalowi 8.424 zł (grupa A48). W dniu 1 września 2013 r. tego samego pacjenta przyjęto ponownie do ON z powodu utraty przytomności i niskiego poziomu glikemii. W dniu 9 września 2013 r. pacjenta przeniesiono z ON do OChW Szpitala. Brak było nowego krwawienia i udaru mózgu. Podczas pobytu w OChW pacjent był leczony w związku z cukrzycą, zakrzepowym zapaleniem żył, niewydolnością nerek, nadciśnieniem tętniczym i niewydolnością krążenia. Za pobyt ten NFZ zapłacił Szpitalowi 1.887 zł (grupa A50). Okres między pierwszym i drugim pobytom w Szpitalu był krótszy niż 14 dni.

(dowód: akta kontroli str. 257-332; 455-456)

Zgodnie z § 23 pkt. 9, 11 i 12 zarządzenia nr 72/2011/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 20 października 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: *leczenie szpitalne*⁶ jeżeli okres pomiędzy świadczeniami udzielonymi świadczeniobiorcy przez świadczeniodawcę, podczas odrębnych pobytów w szpitalu, z powodu określonego przez rozpoznanie lub procedurę występująca w charakterystyce danej grupy z katalogu grup stanowiącego załącznik nr 1a do zarządzenia albo odpowiednio z katalogu świadczeń odrębnych stanowiącego załącznik nr 1b do zarządzenia, nie przekracza 14 dni, lub z zasad postępowania medycznego wynika, że problem zdrowotny może być rozwiązany jednocześnie, świadczenia te wykazywane są do rozliczenia jako jedno świadczenie. W uzasadnionych medycznie przypadkach, dyrektor Oddziału Funduszu, na umotywowany wniosek świadczeniodawcy, może wyrazić zgodę na rozliczenie określonych świadczeń:

- a) związanych z ponowną hospitalizacją w okresie krótszym niż 14 dni, w tym rozpoczętą w dniu zakończenia poprzedniej hospitalizacji, lub
- b) udzielonych świadczeniobiorcy pełnoletniemu w ramach zakresów świadczeń na rzecz dzieci.

W przypadkach, o których mowa w pkt. 11, świadczeniodawca występuje do dyrektora Oddziału Funduszu z odpowiednim wnioskiem, zgodnie ze wzorami określonymi w zarządzeniu w sprawie wniosków o indywidualne rozliczenie świadczeń i Bazy Rozliczeń Indywidualnych, w terminie 7 dni roboczych od dnia zakończenia udzielania świadczeń, celem uzyskania zgody na sfinansowanie świadczenia stanowiącego przedmiot wniosku.

Pan Z. Goś wyjaśnił, że *hospitalizacja pacjenta (nr księgi głównej z 2013 r. 2769) została prawidłowo rozliczona według grupy A48. Ponowna hospitalizacja tego samego pacjenta leczonego nadal w ON nie została rozliczona ponieważ pacjent ten został przeniesiony do OChW z powodu pogorszenia stanu zdrowia związanego z cukrzycą, zakrzepicą, niewydolnością nerek, nadciśnieniem tętniczym i niewydolnością krążenia. W dniu 11 września 2013 r. nastąpił zgon pacjenta w OChW. Pacjent został rozliczony według grupy A50 na podstawie poprawnej weryfikacji przez NFZ. Pomimo procedur leczenia tego pacjenta w OChW i rozpoznania głównego I70.9 co daje JGP Q66 program rozliczeń szpitalnych zakwalifikował do rozliczenia A50. Q66 daje do rozliczenia 48 pkt. a nie 37 pkt. jako A50.*

Szpital nie występował do Dyrektora NFZ z wnioskiem o indywidualne rozliczenie świadczeń związanych z ponowną hospitalizacją w okresie krótszym niż 14 dni.

(dowód: akta kontroli str. 817-832)

Pobyt pacjenta w OChW (nr księgi głównej 3244 z 2013 r.) spowodowany był urazowym uszkodzeniem mózgu. Nie stwierdzono u niego udaru mózgu. Pobyt ten został rozliczony według grupy A50 – *Udar mózgu – leczenie za 37 punktów*, za który NFZ zapłacił Szpitalowi 1.887 zł.

⁶ (NFZ.2011.42.72 ze zm.)

(dowód: akta kontroli str. 257-332; 457)

Pan Z. Goś wyjaśnił, że *hospitalizacja pacjenta w OChW (nr księgi głównej 3244 z 2013 r.) spowodowana była urazowym uszkodzeniem mózgu – rozpoznanie główne I61.9 (krwotok mózgowy nie określony). Według procedur leczenia tego pacjenta w OChW i rozpoznania głównego I61.9 oraz rozpoznań współistniejących, które nie zostały wykazane w programie, gruper JGP powinien zakwalifikować jako F16 co daje również 37 pkt. a program rozliczeń szpitalnych zakwalifikował do rozliczenia A50.*

(dowód: akta kontroli str. 817-832)

W przypadku innego pacjenta Szpital wykazał dwukrotnie do rozliczenia z NFZ jeden jego pobyt (nr księgi głównej z 2015 r. 819 i 1075). W dniu 7 marca 2015 r. został on przyjęty do ON z powodu udaru mózgu, gdzie przebywał do 25 marca 2015 r. Za pobyt ten NFZ zapłacił Szpitalowi 8.424 zł (grupa A48). W dniu 25 marca 2015 r. pacjenta przeniesiono z ON do OChW Szpitala w związku z licznymi schorzeniami internistycznymi – cukrzyca typu II, nadciśnienie tętnicze, utrwalone migotanie przedsionków, niewydolność serca, stan po implantacji sztucznej zastawki z powodu stenozы mitralnej, zapalenie płuc. Nie stwierdzono u niego kolejnego udaru mózgu. Za pobyt ten NFZ nie zapłacił Szpitalowi wykazanej do rozliczenia kwoty 1.887 zł (grupa A50).

(dowód: akta kontroli str. 257-332; 458-459)

7. W okresie objętym kontrolą Podkarpacki Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia w Rzeszowie (POW NFZ) przeprowadził 1 kontrolę dotyczącą IP Szpitala. W okresie tym POW NFZ nie przeprowadził kontroli, która obejmowałaby tematykę związaną z leczeniem udarów mózgu w ON czy OChW Szpitala.

Przedmiotem kontroli w IP była realizacja umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne, w zakresie izba przyjęć, zaś celem ocena poprawności sprawozdawania udzielonych świadczeń oraz ocena zgodności wykazywanych czynności z dokumentacją medyczną w pierwszym półroczu 2012 r. Kontrolą objęto losowo wybraną indywidualną i zbiorczą dokumentację medyczną 2.476 pacjentów przyjętych w IP Szpitala. W kontroli stwierdzono m.in. wykazywanie w sprawozdaniach do POW NFZ czynności, które nie znajdowały potwierdzenia w kontrolowanej dokumentacji medycznej oraz dokonywanie nieczytelnych wpisów w dokumentacji przez 2 lekarzy. Ponadto stwierdzono niezgodności w sprawozdaniach rzeczowo – finansowych składanych do POW NFZ, dotyczących liczby wykonanych czynności wg załącznika nr 5 *Wykaz czynności wykonanych w szpitalnym oddziale ratunkowym i szpitalnej izbie przyjęć* do Zarządzenia 72/2011/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 20 października 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne.

Niezgodność dotyczyła procedury o kodzie 5.09.00.0000205 *diagnostyka obrazowa, badanie radiologiczne/USG*, w 6 przypadkach została ona wykazana podwójnie z tą samą datą wykonania.

W protokole kontroli stwierdzono, że w IP została zapewniona całodobowa opieka lekarska we wszystkie dni tygodnia. Pracownicy zatrudnieni w pracowni rtg oraz w laboratorium analitycznym także zapewniali realizację świadczeń całodobowo.

Oddział NFZ negatywnie ocenił prowadzenie dokumentacji medycznej pacjentów przyjętych w IP. Negatywnie oceniono także działania Szpitala w zakresie sprawozdawania o realizacji wykonanych świadczeń w ww. okresie. Negatywnie oceniono przekazywanie przez Zespół liczby wykonanych czynności w IP w związku z tym, że ze sprawozdanych i skontrolowanych 6.201 czynności zakwestionowano 1.409 z nich. Na negatywną ocenę, zdaniem NFZ, zasługiwało sprawozdawanie badań o kodzie – 5.09.00.0000205 – opisanych jako „diagnostyka obrazowa, badanie radiologiczne/USG”, które to badania nie miały potwierdzenia wykonania w kontrolowanej działalności medycznej oraz w przedstawionym wykazie badań rtg.

Ponadto na negatywną ocenę zasługiwało również sprawozdanie badań o kodzie 5.09.00.0000213 – „unieruchomienie kręgosłupa, złamania kończyny”, oraz 5.09.00.0000212 – „opracowanie wstępne ran, oparzeń i drobnych urazów, profilaktyka i leczenie”, których wykonania nie potwierdzała dokumentacja medyczna i sprawozdanie czynności o kodzie 5.09.00.0000217 – „znieczulenie miejscowe (powierzchniowe nasiękowe, przewodowe), których także nie zawierała kontrolowana dokumentacja.

POW NFZ negatywnie ocenił sposób prowadzenia Księgi odmów, przyjęć i porad ambulatoryjnych. Nieprawidłowości dotyczyły prowadzenia zbiorczej dokumentacji medycznej. Księga ta nie była prowadzona zgodnie z § 27 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁷. Dokumentacja ta nie spełniała wymogów zawartych w ww. rozporządzeniu – określonych w pkt. 7, 9, 11, 13 i § 4 ust. 1 – wpisy lekarzy w dokumentacji były nieczytelne. Oddział negatywnie ocenił niewypisywanie pacjentom skierowań do poradni specjalistycznych, pomimo wpisu do dokumentacji konieczności takich porad, co było niezgodne z § 12 pkt 10 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁸.

Przyjmując wyjaśnienia w sprawie wykonywania procedury o kodzie 5.09.00.0000239 – realizacja transportu Oddział pozytywnie ocenił działania Zespołu w tym zakresie. Pozytywnie ocenił również działania w zakresie organizacji udzielania świadczeń, zgodnie z zał. nr 2 Ministra Zdrowia z dnia 15 września 2011 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego⁹.

W wystąpieniu pokontrolnym dyrektor POW NFZ skierowała zalecenia pokontrolne dotyczące:

1) Przedstawiania do POW NFZ danych zgodnych ze stanem faktycznym, będących podstawą ustalenia kwoty należności – rozdział 5 § 13 pkt 3 zarządzenia nr 72/2011/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 20 października 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne.

2) Prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z :

- rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, a w szczególności § 4 ust. 1 i § 27,
- rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - § 12 pkt 10.

3) Wykonania pokontrolnej korekty raportów rozliczeniowych za kontrolowany okres. POW NFZ nałożył karę umowną 12.270,32 zł.

Pismem z dnia 12 czerwca 2013 r. dyrektor Zespołu poinformował dyrektora POW NFZ o sposobie wykonania zaleceń pokontrolnych. W piśmie tym zwrócono się o umorzenie nałożonej kary umownej w wysokości 12.270,32 zł (która nie została umorzona). Wpłaty kary dokonano w dniu 25 czerwca 2013 r. Ponadto wskazano, że zarzut braku rzetelności w zakresie prowadzenia dokumentacji dotyczy uchybień, ale nie podważa faktu wykonania czynności medycznych, które zostały udzielone pacjentom zgodnie ze wskazaniami i zasadami sztuki medycznej, a wskazane nieprawidłowości dotyczą błędów przy ich dokumentowaniu. Już w trakcie kontroli podjęto działania mające na celu prawidłowe ich dokumentowanie.

Zakwestionowane świadczenia o kodzie 5.09.00.0000205 w rzeczywistości zostały wykonane, natomiast nie został pozostawiony w dokumentacji wewnętrznej IP opis

⁷ Dz. U. z 2014 r., poz. 177 ze zm.

⁸ Dz. U. Nr 81, poz. 484

⁹ Dz. U. Nr 202, poz. 1191

tych badań. Badania o kodzie 5.09.00.0000213 oraz 5.09.0000212 zostały odpowiednio przekwalifikowane i nie skutkowało to zmianą wartości świadczenia. W badaniu o kodzie 5.09.00.0000217 nie dokonano wpisu o rodzaju środka znieczulającego, niemniej jednak jest oczywistym, że procedury wymagające znieczulenia miejscowego były wykonywane z jego zastosowaniem.

Przeprowadzona kontrola pozwoliła już w trakcie jej trwania wprowadzić zmiany organizacyjne jak i w prowadzeniu dokumentacji medycznej zgodnie z rozporządzeniem MZ w sprawie rodzaju i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania oraz rozporządzeniem w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Zwrócono uwagę na czytelność i poprawność wpisów w indywidualnej i zbiorczej dokumentacji medycznej pacjentów IP Szpitala. Z personelem IP zostały przeprowadzone rozmowy, protokół kontroli został szczegółowo omówiony z lekarzami zatrudnionymi w IP oraz zobligowano osoby realizujące zadania do właściwego przestrzegania przepisów. Wdrożono w tych obszarach kontrolę wewnętrzną. W ww. piśmie zobowiązano się do poprawnego i rzetelnego wprowadzania danych oraz przeprowadzenia korekty danych w pierwszych miesiącach 2013 r.

(dowód: akta kontroli str. 254-256)

8. Szpital nie posiadał wyodrębnionego oddziału udarowego. Pacjentów z udarem mózgu leczono w ON. W Oddziale tym znajdowało się 4 łóżka intensywnej opieki medycznej i 12 łóżek rehabilitacji neurologicznej (udarowej). Łącznie Oddział ten posiadał 28 łóżek. W rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą wpisano zarówno dane dotyczące ON, łącznej liczby łóżek jak i łóżek intensywnej opieki medycznej. Pomieszczenia ON spełniały warunki określone w §§ 18 - 20 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą¹⁰.

(dowód: akta kontroli str. 16-72; 74-82; 228-231)

ON spełniał warunki realizacji świadczeń: *Leczenie udaru mózgu w oddziale udarowym*, określone w załączniku nr 4 lp. 2 do rozporządzeniach MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, dotyczące: lekarzy specjalistów w dziedzinie neurologii, pielęgniarek, osób prowadzących fizjoterapię, logopedy oraz psychologa. W zakresie organizacji udzielania świadczeń ON zapewnił całodobową opiekę lekarską we wszystkie dni tygodnia przez lekarza specjalistę w dziedzinie neurologii, bądź przez lekarza ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie neurologii, lub lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie neurologii.

W okresie od 1 stycznia 2013 r. do 31 grudnia 2013 r. – w załączniku nr 2 do umowy z dnia 30 grudnia 2011 r. nie zostali ujęci n.w. lekarze świadczący pracę w ON, tj.:

- M. Noga, zatrudniona w Oddziale od dnia 1 marca 2013 r. do dnia 31 grudnia 2013 r., na podstawie umowy o pracę w wymiarze 1/3 etatu, przeciętnie 12³⁸ h,
- M. Bocheńska, zatrudniona od dnia 12 października 2013 r. do dnia 1 maja 2016 r. w pełnym wymiarze czasu pracy,
- B. Pietruszewska, zatrudniona od dnia 25 czerwca 2013 r. w ramach umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w ON w dniach i godzinach według ustalonego z Zespołem grafiku dyżurów.

Z kolei w załączniku nr 2 do umowy (Harmonogram – zasoby) do umowy na 2014 r. i 2015 r. ujęto M. Nogę, z którą jeszcze z dniem 31 maja 2013 r. Zespół rozwiązał umowę o pracę.

Wg Portalu Potencjału ww. lekarze zostali zgłoszeni odpowiednio w dniach: 1 marca 2013 r., 12 października 2013 r., 1 lipca 2013 r.

(dowód: akta kontroli str.150-162; 193-205; 465-769; 995-1202; 1374-1412)

¹⁰ Dz. U. z 2012 r., poz. 739

Pan Z. Goś wyjaśnił, że w załączniku Harmonogram-zasoby ujmowani są lekarze, którzy zostali dołączeni do umowy na dany rok – 2013-2014-2015 r. NFZ nie koryguje załącznika Harmonogram-zasoby w trakcie roku kalendarzowego. ZOZ Ropczyce zgłasza zmiany personelu do Portalu Świadczeniodawcy na podstawie informacji z Działu Kadr lub Księgowości.

Pani G. Skaluba wyjaśniła, że z lekarzem M. Nogą Zespół nie aneksował umowy na 2014 i 2015 r. i nie świadczyła ona pracy w ON w tych latach.

(akta kontroli str. 1364-1371; 1373)

Wg Portalu Potencjału, stan z dnia 24 lipca 2015 r., w ON zatrudnionych było:

- 8 lekarzy, z tego: w średnim wymiarze tygodniowym wynoszącym 37⁵⁵ h – 6 lekarzy i w wymiarze 1⁰⁰ h – 2 lekarzy. Spośród 6 lekarzy zatrudnionych w wymiarze 37⁵⁵ h, 5 z nich było specjalistami z dziedziny neurologii, 1 – była trakcie specjalizacji. Spośród 2 lekarzy zatrudnionych w wymiarze 1⁰⁰ h, 1 z nich był specjalistą z neurologii i 1 – była trakcie specjalizacji. Faktycznie, wg dokumentacji z akt osobowych spośród 6 lekarzy zatrudnionych w wymiarze 37⁵⁵h, 4 posiadało specjalizację z neurologii, (w tym Ordynator Oddziału, który wg zapisów w Portalu kieruje ON nie posiadając specjalizacji z neurologii), a 2 lekarki – rezydentki były w trakcie specjalizacji z neurologii. Z kolei w Portalu lekarzkę rezydentkę będącą w trakcie specjalizacji wykazano jako specjalistkę neurologii,
- 18 pielęgniarek – w średnim wymiarze tygodniowym wynoszącym 37⁵⁵ h,
- 1 sekretarka medyczna – w średnim wymiarze tygodniowym wynoszącym 37⁵⁵ h,
- 3 fizjoterapeutów – w średnim wymiarze tygodniowym wynoszącym 37⁵⁵ h,
- 5 salowych – w średnim wymiarze tygodniowym wynoszącym 37⁵⁵ h,
- 1 operator aparatury medycznej (technik elektroradiolog) – 37⁵⁵ h,
- 1 logopeda – w średnim wymiarze tygodniowym wynoszącym 19⁰⁰ h,
- 1 psycholog – w średnim wymiarze tygodniowym wynoszącym 19⁰⁰ h,
- 1 dietetyk – w średnim wymiarze tygodniowym wynoszącym 15²⁰ h,

(akta kontroli str. 996-1002)

W dniu 17 grudnia 2012 r. dyrektor Zespołu powołał Zespół Leczniczo – Rehabilitacyjny, w skład którego wchodził: Pan Maciej Inglot – specjalista anestezjologii i intensywnej terapii, Pan Piotr Kapusta – specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych i kardiologii i Pani Lucyna Litwicka – Chmura – mgr rehabilitacji ruchowej w Akademii Wychowania Fizycznego. Zadaniem Zespołu było uczestnictwo w leczeniu i wczesnej rehabilitacji pacjentów z rozpoznaniem udarem w ON.

(dowód: akta kontroli str. 460; 788-799; 1329-1341; 1345-1348)

Zgodnie z załącznikiem nr 4 (lp.2, pkt 5) – *Leczenie udaru mózgu w oddziale udarowym do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego* wymogiem w zakresie organizacji udzielania świadczeń było udokumentowane zapewnienie udziału w zespole leczniczo-rehabilitacyjnym:

- a) lekarza specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych lub
- b) lekarza specjalisty w dziedzinie kardiologii,
- c) lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji lub rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji medycznej.

Pan Z. Goś wyjaśnił, że w 2013 r. ZOZ Ropczyce nie miał możliwości zatrudnienia specjalisty w dziedzinie rehabilitacji lub lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej. W 2014 r. złożyliśmy ofertę do POW NFZ w Rzeszowie w celu zakontraktowania świadczeń w zakresie Poradni Rehabilitacyjnej. Zatrudniliśmy trzech lekarzy specjalistów rehabilitacji, którzy w ramach umowy świadczą również usługi w rodzaju konsultacji dla Szpitala. POW NFZ w Rzeszowie w czasie składania oferty w rodzaju leczenie szpitalne – Oddział Neurologii A48,A51 nie

kwestionował jako wymóg formalny braku zapewnienia lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji.

(dowód: akta kontroli str. 817-832)

Spośród 47 poddanych analizie hospitalizacji pacjentów z udarem mózgu, 44 z nich zostało skonsultowanych (od 1 do 3 konsultacji) przez lekarza specjalistę z dziedziny kardiologii i było rehabilitowanych przez logopedę. Jeden z pacjentów niekonsultowany przez kardiologa i logopedę został przeniesiony do innego szpitala w trzecim dniu pobytu z powodu innych schorzeń współistniejących, a dwóch zmarło w tym samym dniu, w którym zostali przyjęci do Szpitala. W procesie leczenia pacjentów z udarem mózgu spośród zbadanych 47 hospitalizacji – w 42 stwierdzono udział psychologa. Spośród 5 przypadków, gdzie psycholog nie brał udziału w leczeniu pacjentów, ustalono że: jedna osoba zmarła w dniu przyjęcia; druga – w piątym dniu; jedna osoba została przeniesiona do innego szpitala w trzecim dniu pobytu w Szpitalu; jedna osoba została przyjęta w dniu 29 października 2014 r. i zmarła w trzecim dniu pobytu; jedna osoba została przyjęta 24 grudnia 2014 r. (okres świąteczny), a została wypisana w dniu 2 stycznia 2015 r. Z kolei tylko dwie osoby nie były rehabilitowane przez fizjoterapeutów, przyczyną był ich zgon w dniu przyjęcia do Szpitala. Każdy z poddanych analizie pacjentów miał założoną *kartę obserwacji udarowej*, z nanoszonymi wpisami co 4 godziny, a pacjenci leczeni trombolitycznie – *kartę pomiarów podstawowych parametrów życiowych* z wpisami co 15 minut przez pierwsze dwie godziny. Codzienna ocena stanu neurologicznego i internistycznego pacjentów dokonywana była przez lekarzy prowadzących. Ciągłość leczenia w oddziale/oddziale dziennym rehabilitacji neurologicznej zapewniono 6 pacjentom, kierując ich do Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej w innym szpitalu. Zespół nie posiadał zawartych umów z innymi podmiotami posiadającymi oddziały rehabilitacji neurologicznej w celu kierowania do nich pacjentów po zakończonej hospitalizacji w Szpitalu.

(dowód: akta kontroli str. 253; 257-332; 1343)

Pani G. Skaluba wyjaśniła, że w ramach Umowy na udzielanie świadczeń w rodzaju Leczenie Szpitalne w zakresie Neurologia hospitalizacja, neurologia – A48, A51 ZOZ Ropczyce nie posiada podpisanych umów z Oddziałami Rehabilitacji Neurologicznej dla pacjentów leczonych w ON Szpitala. Pacjenci wypisani z ON i wymagający dalszej rehabilitacji neurologicznej są kierowani do Szpitali posiadających Oddziały Rehabilitacji Neurologicznej na podstawie uzgodnienia miejsca hospitalizacji przez Ordynatora ON. Są to najczęściej Szpitale: MSWiA w Rzeszowie, Szpital Specjalistyczny Nr 2 w Rzeszowie lub Szpital w Łańcucie.

(dowód: akta kontroli str. 1343)

W celu spełnienia wymogu w zakresie zapewnienia konsultacji: lekarza specjalisty w dziedzinie neurochirurgii lub neurochirurgii i neurotraumatologii oraz lekarza specjalisty w dziedzinie chirurgii naczyniowej Zespół zawarł stosowne umowy. W dniach 18 grudnia 2012 r. i 23 lutego 2015 r. ze Szpitalem Powiatowym w Mielcu – w zakresie świadczenia usług medycznych w postaci konsultacji neurochirurgicznych i w dniu 21 grudnia 2012 r. z Rzeszowskim Centrum Chirurgii Endowaskularnej Paks IX – w zakresie świadczenia usług medycznych w dziedzinie chirurgii naczyniowej. Spośród 50 spraw objętych kontrolą w przypadku 3 – miała miejsce konsultacja neurochirurgiczna. W umowach z ww. podmiotami nie zawarto zapisów dotyczących czasu udzielenia konsultacji. Terminy i warunki realizacji konsultacji miały być uzgadniane pomiędzy stronami umowy telefonicznie.

(dowód: akta kontroli str. 282-332; 461-464; 1344)

ON Szpitala spełniał wymogi w zakresie wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, wynikające z załącznika nr 4 (lp.2) – Leczenie udaru mózgu w oddziale udarowym do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego. W oddziale znajdowały się m.in.: Holter EKG (2 sztuki), Holter

ciśnieniowy (ABPM) – 1 sztuka (Oscar 2 Suntech), jak również (w lokalizacji) aparat USG z opcją kolorowego Dopplera oraz TK, posiadające ważne przeglądy.

(dowód: akta kontroli str. 228-231; 773-781)

Porównanie danych o wyposażeniu w sprzęt i aparaturę medyczną wykazanych w załączniku nr 2 Harmonogram-zasoby do umowy z dnia 31 grudnia 2014 r. – obowiązującej w dniu przeprowadzenia kontroli – ze stanem bieżącym ustalonym w trakcie oględzin, w zakresie wynikającym z cyt. powyżej załącznika nr 4, wykazało nieujęcie w załączniku nr 2 dwóch Holterów EKG.

(dowód: akta kontroli str. 228-231; 681-749)

Pani G. Skaluba wyjaśniła, że w załączniku *harmonogram zasoby – sprzęt dla Szpitala Powiatowego w Sędziszowie Młp. – Oddział Neurologii zgłoszony został 1 Holter, natomiast w lutym 2015 r. zakupione zostały przez Fundację Szpitala 2 Holtery ciśnieniowe, które z powodu awarii systemu nie zostały zaakceptowane przez NFZ pomimo zgłoszenia tego faktu.*

(dowód: akta kontroli str. 1342)

9. Zgodnie z regulaminami organizacyjnymi Zespołu w skład Szpitala wchodził m.in. Dział Farmacji Szpitalnej (DzFSz). Do jego zadań należało m.in.: wydawanie produktów leczniczych i wyrobów medycznych; organizowanie zaopatrzenia Szpitala w produkty lecznicze i wyroby medyczne; współuczestniczenie w prowadzeniu gospodarki produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi w Szpitalu oraz ustalanie procedury wydawania produktów leczniczych lub wyrobów medycznych przez DzFSz na Oddziały oraz dla pacjenta. DzFSz był otwarty od poniedziałku do piątku w godzinach od 7³⁰ do 15⁰⁰. Zgodnie z *Procedurą wydawania leków przez DzFSz i współpracy z Oddziałami*, miał on zaopatrywać m.in. oddziały szpitalne w produkty lecznicze i wyroby medyczne, realizując zamówienia podpisane przez ordynatora oddziału lub w czasie ich nieobecności przez uprawnionego lekarza. Przyjmowanie zamówień miało odbywać się w godzinach otwarcia DzFSz, zaś leki miały być wydawane do godz. 10⁰⁰. Zgodnie z *Procedurą pozyskiwania leków w trybie nagłym* w nagłej potrzebie w celu uzyskania leku na oddział (w godzinach otwarcia DzFSz) leki i materiały miały być wydawane w trybie *cito*. W przypadku gdy DzFSz był zamknięty a potrzebnego leku nie było w innych oddziałach Szpitala – zgodnie z ww. procedurą – należało wezwać kierownika lub innego pracownika DzFSz w celu wydania potrzebnego specyfiku. W przypadku braku leku w DzFSz i gdy nie można go było zastąpić innym, farmaceuta (kierownik działu) zobowiązany był do podjęcia działań spowodowania leku w trybie „na ratunek” z najbliższej czynnej hurtowni, która lek posiada.

(dowód: akta kontroli str. 16-72; 238-252)

Pan Z. Dzija wyjaśnił, że w ON Szpitala *gospodarkę lekiem oparto o Receptariusz Szpitalny i Procedurę wydawania leków przez DzFSz i współpraca z Oddziałami. DzFSz zamawiał lek na podstawie receptariusza oddziałowego i w momencie przekazywania leku na Oddział dokonywał jego rozchodowania. W 2013 r. w momencie rozpoczęcia leczenia trombolitycznego w tutejszym Oddziale zapotrzebowano jako rezerwę łącznie 90 mg Actylise, tj. maksymalną dopuszczalną dawkę terapeutyczną dla pacjenta (1 fiołka a 50mg, 1 fiołka a 20mg, 2 fiołki a 10mg). W momencie przekazania w/w leku do ON do sali udarowej lek był rozchodowany przez DzFSz i ON. Fizycznie w/w lek był umieszczony w szafce z lekami ratującymi życie w sali udarowej. Ilość leku zużywanego dla leczonego pacjenta zależna od jego wagi, jest określona z Procedurze Leczenia Trombolitycznego. Należna dawka leku, i w ślad za nią ilość zużytych fiołek są zapisywane w Indywidualnej Karcie Zleceń Lekarskich Realizowanych Przez Pielęgniarki, rozchód leku odnotowywany był w Karcie Pomiarów Podstawowych Parametrów Życiowych u Pacjentów Leczonych Trombolitycznie. Część leku pozostająca po trombolizie z rozpoczętej fiołki przechowywana jest w lodówce przez*

24 godziny do ewentualnego zużycia. Po pierwszej przeprowadzonej trombolizie w receptariuszu oddziałowym zapotrzebowano kolejne fiolki z lekiem do łącznej puli leku 90mg, tj. w/w rezerwy leku, które po przekazaniu z DzFSz do ON rozchodowane były przez Dział i Oddział. W 2014 r. w związku ze zwiększoną liczbą tromboliz zwiększono liczbę leków w Oddziale do 180mg Actylise (2 fiolki po 50mg, 3 fiolki po 20mg, 2 fiolki po 10mg) i stworzono rezerwę leku w DzFSz do 160mg Actylise (2 fiolki po 50mg, 2 fiolki po 20mg, 2 fiolki po 10mg), w celu zapewnienia dostępu do leku w dni wolne od pracy i święta oraz w dni powszednie po godzinie 15⁰⁰. W 2014 r. sposób rozchodowywania leku był podobny jak w roku 2013. W Oddziale lek był rozchodowywany w momencie przekazywania leku z DzFSz do szafki z lekami w Sali Udarowej. Do chwili obecnej system dystrybucji leku i organizacja pracy, szczególnie brak uprawnień do rozchodowywania leku w systemie AMMS, nie pozwalał na rozchodowywanie leku w momencie jego podania, z przypisaniem go bezpośrednio danemu pacjentowi w systemie. Od lipca 2015 r. w okresie przejściowym dokonuje się dystrybucji leku z rezerwy oddziałowej rozchodowywanej według starych zasad, tj. w momencie przekazywania leku z DzFSz via ON do szafki na Sali Udarowej. Jednocześnie koryguje się fizycznie dostępną ilość leku do rezerwy utworzonej w systemie AMMS. Lek podany pacjentowi rozchodowany według starych zasad, obecnie w momencie przekazania do rezerwy oddziałowej jest uzupełniany fizycznie i w systemie AMMS, gdzie oczekuje na rozchodowanie według nowych zasad, tj. bezpośrednio dla danego pacjenta w momencie wykonania trombolizy.

(dowód: akta kontroli str. 348-349)

Poziom zabezpieczenia Szpitala w leki trombolityczne zbadano w wybranych czterech dniach kwietnia, maja, lipca, grudnia 2013 r., 2014 r. i 2015 r. W okresach poprzedzających wybrane dni kwietnia, maja i lipca 2013 r. DzFSz przekazywał do ON od 70 do 160 mg leku Actylise. W dniach objętych kontrolą począwszy od grudnia 2013 r. w DzFSz było od 50 mg do 170 mg ww. leku. Ponadto w okresach poprzedzających dni objęte kontrolą począwszy od grudnia 2013 r. DzFSz przekazywał do ON od 50 mg leku do 940 mg. Spośród wszystkich pacjentów leczonych trombolitycznie przez Szpital – w czterech dniach poddanych kontroli – jednemu podano lek Actylise w dniu 14 maja 2014 r., tj. po upływie 55 minut od momentu przyjęcia go w IP.

(dowód: akta kontroli str. 257-332; 335-347; 770-772)

10. Wartość świadczeń związanych z leczeniem udaru mózgu, zakontraktowanych dla Szpitala w 2013 r., wyniosła łącznie 3.793.608 zł, z tego w zakresach: *Neurologia – hospitalizacja* – 2.649.504 zł i *Neurologia – hospitalizacja A48, A51* – 1.144.104 zł. Świadczenia zakontraktowane w tych grupach zostały zrealizowane na poziomie wyższym i wynosiły odpowiednio: *Neurologia – hospitalizacja* – 2.729.948 zł (103%) i *Neurologia – hospitalizacja A48, A51* – 1.158.040 zł (101%), ogółem – 3.887.988 zł (102%). POW NFZ nie sfinansował wszystkich zakontraktowanych i jednocześnie zrealizowanych świadczeń. Zapłacił on łącznie kwotę 3.789.552 zł, tj. mniej od wartości świadczeń zakontraktowanych o 4.056 zł (w grupie *Neurologia – hospitalizacja* mniej o 1.144 zł i *Neurologia – hospitalizacja A48, A51* mniej o 2.912 zł).

(dowód: akta kontroli str. 96)

W 2014 r. wartość zakontraktowanych świadczeń była wyższa niż w 2013 r. i wyniosła łącznie 3.857.412 zł, z tego w zakresach: *Neurologia – hospitalizacja* – 2.649.556 zł i *Neurologia – hospitalizacja A48, A51* – 1.207.856 zł. Ogółem świadczenia zostały zrealizowane na poziomie niższym od zakontraktowanego i wyniosły 3.857.405,76 zł. W grupie *Neurologia – hospitalizacja* na kwotę 2.649.549,76 zł (tj. mniej o 6,24 zł), zaś w grupie *Neurologia – hospitalizacja A48, A51* – 1.207.856 zł, tj. w wysokości wynikającej z umowy. Za wykonane ww.

procedury NFZ zapłacił ogółem 3.835.253,76 zł, tj. mniej o 22.158,24 zł w stosunku do wartości świadczeń zakontraktowanych. Mniej, o 1.150,24 zł, zapłacił za świadczenia w grupach: *Neurologia – hospitalizacja*, tj. kwotę 2.648.405,76 zł i *Neurologia – hospitalizacja A48, A51* – mniej od zakontraktowanych o 21.008 zł, tj. 1.186.848 zł.

(dowód: akta kontroli str. 97)

Wartość świadczeń zakontraktowanych dla Szpitala na I kwartał 2015 r. (według stanu na dzień 31 marca 2015 r.) wyniosła łącznie 802.152 zł, z tego w zakresach: *Neurologia – hospitalizacja* – 643.500 zł i *Neurologia – hospitalizacja A48, A51* – 158.652 zł. Świadczenia zakontraktowane w tych grupach zostały ogółem zrealizowane na poziomie wyższym i łącznie wyniosły 1.042.444 zł (130%). W poszczególnych grupach wykonanie wyniosło: *Neurologia – hospitalizacja* – 609.180 zł (94,7% zakontraktowanych) i *Neurologia – hospitalizacja A48, A51* – 433.264 zł (273%). POW NFZ zapłacił łącznie kwotę 968.864 zł, tj. więcej od wartości świadczeń zakontraktowanych na koniec kwartału 2015 r., o 166.712 zł. Więcej, o 207.324 zł, zapłacił on również za takie świadczenia w grupie *Neurologia – hospitalizacja A48, A51*. Zapłata ta obejmowała także nadwykonania w ww. grupie za okres od 1 stycznia do 30 kwietnia 2015 r. na kwotę 273.416 zł. W grupie *Neurologia – hospitalizacja* POW NFZ zapłacił kwotę niższą o 40.612 zł od wartości świadczeń zakontraktowanych.

(dowód: akta kontroli str. 98-99)

Pan Z. Goś na pytanie o przyczyny wystąpienia nadwykonań i niedowykonań wyjaśnił, że *nadwykonanie świadczeń w 2013 r. Neurologia – hospitalizacja (103%), Neurologia – hospitalizacja A48, A51 (101%), ogółem (102%) spowodowane było zapłaceniem przez NFZ świadczeń do limitu określonego w ostatnim aneksie umowy w 2013 r. Przekroczenie limitu w kwocie 80.444 zł oraz 13.936 zł nie zostało wypłacone przez NFZ.*

Nadwykonanie świadczeń w 2014 r. Neurologia – hospitalizacja – wynika z rozliczenia świadczeń z NFZ – wykonanie 100%. Różnica - 6,24 zł, tj. przekroczenie limitu o - 0,12 pkt., których nie można rozliczyć w systemie.

Niewykonanie świadczeń w 2015 r. Neurologia – hospitalizacja (94,7%), oraz Neurologia – hospitalizacja A48, A51 (273%), ogółem (130%) spowodowane było wykonaniem rzeczywistym świadczeń zgodnie z umową na 2015 r. Nadwykonania zostały częściowo wypłacone przez NFZ po przeprowadzonej analizie, w wyniku której ZOZ Ropczyce otrzymał aneks nr 4 z dnia 8 maja 2015 r. (częściowe nadwykonanie zostało wyfakturowane do miesiąca kwietnia).

(dowód: akta kontroli str. 817-832)

Ustalone
nieprawidłowości

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

- Szpital nie spełniał wymogów dotyczących organizacji udzielania świadczeń w IP zawartych w załączniku nr 3 (l.p. 48) do rozporządzenia MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, i nie zapewnił bezpośredniego zadaszonego wejścia umożliwiającego podjazd karetek, łazienki wyposażonej w wózek – wannę, pomieszczenia oraz łazienki wyposażonych w sposób dostosowany do przyjmowania dzieci,
- Szpital nie spełniał wymagań w zakresie organizacji udzielania świadczeń dla leczenia udaru mózgu w oddziale udarowym, określonych w załączniku nr 4 (l.p. 2 pkt 4) cyt. powyżej rozporządzenia, polegających na niezapewnieniu stałej obecności lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji, lub anestezjologii i intensywnej terapii w lokalizacji,
- jeden z lekarzy anestezjologów świadczył pracę bez posiadania ważnej (przedłużonej) pisemnej umowy, za którą Zespół wypłacił mu wynagrodzenie,

- rozliczenie – niezgodnie z przepisami § 23 pkt. 9, 11 i 12 zarządzenia nr 72/2011/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 20 października 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne – drugiego pobytu w Szpitalu tego samego pacjenta: u którego podczas tej hospitalizacji nie stwierdzono udaru mózgu; okres między pierwszym i drugim pobytym w Szpitalu był krótszy niż 14 dni; Zespół nie wystąpił i nie uzyskał zgody dyrektora Oddziału Funduszu na jego rozliczenie,
- rozliczenie z NFZ wg procedury udarowej, hospitalizacji pacjenta spowodowanej urazowym uszkodzeniem mózgu,
- niezapewnienie – stosownie do wymogu w zakresie organizacji udzielania świadczeń określonego w załączniku nr 4 (lp. 2, pkt 5) *Leczenie udaru mózgu w oddziale udarowym do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego* – udziału w Zespole Leczniczo-Rehabilitacyjnym lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji lub rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji medycznej,
- wypłacenie wynagrodzenia jednemu z lekarzy, który pełnił dyżury w IP bez posiadania stosownej umowy,
- niewystawienie dwóch faktur dla Pracowni Voxel, dotyczących zwrotu kosztów związanych z wykonaniem badań TK w innych placówkach.

Uwagi dotyczące badanej działalności

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli rozważenia wymaga doprecyzowanie sposobu organizacji pracy lekarzy w IP w dni powszednie, w godzinach od 7⁰⁰ do 15⁰⁰. Zasady pełnienia takich dyżurów nie zostały – w sposób jednoznaczny, jak też w formie pisemnej – uregulowane w obowiązujących w Szpitalu wewnętrznych procedurach. W ww. godzinach, do pacjentów z IP wzywani byli – w zależności od rodzaju schorzenia, lekarze wykonujący swoje obowiązki w oddziałach Szpitala – przez pielęgniarkę dyżurną IP. W takich przypadkach to pielęgniarka właśnie dokonywała wstępnego rozpoznania i decydowała o specjalizacji przywoływanego lekarza. Zdaniem NIK, nieokreślenie precyzyjnych zasad realizowania obowiązków lekarza dyżurnego w IP – lekarzom z oddziałów Szpitala, w tym z ON – w dni powszednie, w godzinach od 7⁰⁰ do 15⁰⁰ mogło mieć wpływ na niezapewnienie należytej jakości udzielanych świadczeń w IP Szpitala.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę na brak w umowach z firmą Voxel SA odpowiednich zapisów wskazujących na termin usunięcia awarii aparatu TK, bądź obligujących spółkę Voxel SA do niezwłocznego usunięcia awarii. W kontroli stwierdzono, że w okresach awarii aparatu TK, badania w innych placówkach wykonywane były w zdecydowanie dłuższych terminach, co mogło wykluczyć możliwość zastosowania leczenia trombolitycznego. Zamieszczenie stosownych postanowień mogłoby obligować szybsze usuwanie awarii aparatu TK, czym w sposób pełniejszy zabezpieczono by bezpieczeństwo hospitalizowanych pacjentów.

Stwierdzono również, że:

- w umowie o udzielanie świadczeń przez lekarzy w IP i ON – zawartej na 2013 r. – pomiędzy Zespołem i Eskulap JMW NZOZ w Łąncucie lekarze nie zostali imiennie wskazani. Wymieniono ich tylko w złożonej przez Eskulap ofercie, jednak nie zawarto w umowie zapisu o jej integralności ze złożoną ofertą,
- w załącznikach nr 2 *Harmonogram-zasoby* do umów na 2014 i 2015 r. w zasobach ON ujęto lekarza Panią M. Nogę, z którą Zespół rozwiązał umowę o pracę jeszcze z dniem 31 maja 2013 r.

IV. Uwagi i wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli¹¹ (ustawy o NIK), wnosi o podjęcie działań w celu:

1. dostosowania organizacji udzielania świadczeń w IP do wymogów zawartych w załączniku nr 3 (l.p. 48) do rozporządzenia MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego,
2. spełnienia wymagań w zakresie organizacji udzielania świadczeń dla leczenia udaru mózgu w oddziale udarowym, określonych w załączniku nr 4 (l.p. 2 pkt 4) cyt. powyżej rozporządzenia, polegających na zapewnieniu stałej obecności lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji, lub anestezjologii i intensywnej terapii w lokalizacji,
3. zapewnienia świadczenia pracy przez lekarzy posiadających ważne umowy,
4. zapewnienia dokonywania rozliczeń zrealizowanych świadczeń zgodnie z przepisami zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne,
5. zapewnienia – udziału w Zespole Leczniczo-Rehabilitacyjnym lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji lub rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji medycznej – stosownie do wymogu określonego w załączniku nr 4 (l.p. 2, pkt 5) Leczenie udaru mózgu w oddziale udarowym do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego,
6. zapewnienia realizacji postanowień umowy zawartej z firmą Voxel S.A., dotyczących zwrotu kosztów związanych z wykonaniem badań TK w innych placówkach w przypadku awarii aparatu TK znajdującego się w Pracowni TK w Sędziszowie Młp.,
7. skorygowania rozliczenia hospitalizacji pacjenta o nr. księgi głównej 2996 z 2013 r., tj. drugiego pobytu w Szpitalu tego samego pacjenta, gdzie okres między pierwszym i drugim pobytym w Szpitalu był krótszy niż 14 dni.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

*Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń*

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

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do Dyrektora Delegatury NIK w 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.

¹¹ j.t. Dz. U. z 2015 r., poz. 1096.

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

Kontroler
Robert Szwagiel
Doradca techniczny

.....
podpis

Kontroler
Małgorzata Milanowska
Główny specjalista
kontroli państwowej

.....
podpis

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Rzeszowie

Dyrektor
Wiesław Motyka

.....
podpis