



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Rzeszowie

LRZ.410.013.04.2015
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

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	Mariusz Twardowski, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 94377 z dnia 10 czerwca 2015 r. (dowód: akta kontroli str. 1 - 2)
Jednostka kontrolowana	Zespół Opieki Zdrowotnej w Dębicy, 39 – 200 Dębica, ul. Krakowska 91, numer statystyczny: 851643503 (zwany w dalszej treści: „Szpitalem”)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Przemysław Wojtys – Dyrektor Szpitala od dnia 18 lutego 2004 r. (dowód: akta kontroli str. 3 - 5)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia, że Szpital spełniał warunki wymagane do realizacji świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego udarów mózgu. Szpital w tym zakresie zatrudniał lekarzy i pielęgniarki w liczbie i o kwalifikacjach wymaganych przez NFZ. Szpital wyposażono w odpowiedni sprzęt i aparaturę medyczną, poza przypadkami niezapewnienia w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (SOR): przyłóżkowego zestawu RTG, stołu zabiegowego (obszar resuscytacyjno – zabiegowy) oraz respiratora stacjonarnego (obszar wstępnej intensywnej terapii). Ustalono również, iż wejście do SOR, dla pieszych i trasa podjazdu specjalistycznych środków transportu były wspólne. Ponadto stwierdzone w toku kontroli nieprawidłowości dotyczyły niezgłoszenia do Narodowego Funduszu Zdrowia lekarza dyżurującego w SOR oraz pełnienia dyżurów w SOR przez lekarza, który miał zawartą umowę o pracę w Oddziale Wewnętrznym w Szpitalu, a nie w SOR.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

Opis stanu faktycznego

1. Szpital stosownie do przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o *działalności leczniczej*¹, z dniem 31 grudnia 1992 r. posiada aktualny i zgodny ze stanem faktycznym wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Podkarpackiego – nr księgi rejestrowej podmiotu leczniczego – 000000010193 (data wpisu 1.10.1972 r.). W strukturze Szpitala funkcjonują oddziały szpitalne, w ramach których udzielane były świadczenia zdrowotne z grup A49 *udar mózgu – leczenia >3 dni* i A50 - *udar mózgu*, tj. Oddział Neurologiczny i Oddział Chorób Wewnętrznych i Kardiologii.

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 objętej kontrolą, stosuje się ocenę opisową, bądź uzupełnia ocenę ogólną o dodatkowe objaśnienie

² Dz. U. z 2015 r., poz. 618 ze zm.

(dowód: akta kontroli str. 6)

2. W strukturze Szpitala funkcjonował SOR z Izbą Przyjęć Szpitala. Sprawy dotyczące sposobu i warunków udzielania świadczeń w SOR uregulowane zostały w regulaminie organizacyjnym Szpitala (§ 12 ust. 6, § 22 ust. 1 i 2 pkt 1-5 oraz § 3 ust.3 i 4). SOR spełniał warunki w zakresie pomieszczeń, sprzętu i aparatury medycznej określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r. *w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego*³, poza sytuacjami kiedy nie zapewniono: przyłóżkowego zestawu RTG, stołu zabiegowego (obszar resuscytacyjno – zabiegowy), respiratora stacjonarnego (obszar wstępnej intensywnej terapii). Ponadto jak stwierdzono w wyniku przeprowadzonych oględzin wejście do SOR, dla pieszych i trasa podjazdu specjalistycznych środków transportu były wspólne.

Szpital zgodnie z § 13 rozporządzenia w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego, zapewnił minimalne zasoby kadrowe w SOR poza sytuacją kiedy⁴ lekarz dyżurujący w SOR Pan Leon M. pełniący dyżury w lutym 2013 r., maju 2013 r., lutym 2015 r. oraz kwietniu 2015 r. nie został zgłoszony do Narodowego Funduszu Zdrowia. Ponadto lek. med. Robert Cz. pełnił dyżury w ramach SOR (luty 2014 r.) w sytuacji kiedy miał zawartą umowę o pracę w Oddziale Wewnętrznym I w Szpitalu.

(dowód: akta kontroli str. 7-70)

3. Szpital zapewniał funkcjonowanie w swojej strukturze organizacyjnej Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii (dalej: OAiT), o którym mowa w § 4 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego*⁵. Pomieszczenia OAiT 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 leczniczą*⁶: Łóżka w pokoju łóżkowym były dostępne z trzech stron w tym z dwóch dłuższych, odstęp między łóżkami umożliwiały swobodny dostęp do pacjentów, szerokość pokoju łóżkowego umożliwiały wyprowadzenie łóżka. Szpital spełniał warunki realizacji świadczeń w zakresie OAiT dotyczące personelu (lekarzy i pielęgniarek)⁷, organizacji udzielania świadczeń, wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną oraz zapewnienia realizacji badań, określone w załączniku nr 1 lp. 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2014 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych⁸ z zakresu leczenia szpitalnego dotyczące: zatrudnienia lekarzy (równoważnik 5 etatów – specjalista w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii), zatrudnienia pielęgniarek (równoważnik 4 etatów - pielęgniarka specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki) i 13 pielęgniarek po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki. W miejscu udzielania świadczeń zapewniona była: wyodrębniona całodobowa opieka lekarska - lekarz specjalista anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji lub anestezjologii i intensywnej terapii we wszystkie dni tygodnia, nie jest łączona z innymi oddziałami lub wykonywaniem świadczeń z zakresu anestezji, wyodrębniona całodobowa opieka pielęgniarska, każde stanowisko intensywnej terapii wyposażone było w: ciągłe przyłóżkowe monitorowanie EKG, stały pomiar ciśnienia tętniczego krwi metodą nieinwazyjną, pomiar ośrodkowego ciśnienia żylnego krwi, intubację

Dz. U. z 2015 r. poz. 178

⁴ W latach 2013, 2014 i 2015 sprawdzono grafiki za luty, maj w 2013 r. i 2014., luty i kwiecień w 2015 r.

⁵ Dz. U. z 2013 r., poz. 1520 ze zm.

⁶ Dz. U. z 2012 r., poz. 739.

⁷ W latach 2013, 2014 i 2015 sprawdzono grafiki za luty, maj 2013 r., 2014 r., luty, kwiecień 2015 r.

⁸ Dz. U. z 2014 r., poz. 1441.

dotchawiczą i wentylację workiem samorozprężalnym, przedłużoną sztuczną wentylację płuc z zastosowaniem respiratora, regulację stężenia tlenu w respiratorze w zakresie 21-100 %, terapię płynami infuzyjnymi z zastosowaniem pomp infuzyjnych, worków ciśnieniowych, filtrów, strzykawk automatycznych, toaletę dróg oddechowych z zastosowaniem urządzeń ssących, monitorowanie temperatury ciała, pulsoksymetrię, kapnografię, możliwość wykonania stymulacji zewnętrznej pracy serca. OAiT wyposażony był w sprzęt i aparaturę medyczną: przyłóżkowy aparat RTG w lokalizacji, przyłóżkowy aparat USG w lokalizacji, Stacja Dializ – w lokalizacji. Zapewniono realizację badań: laboratoryjnych (gazometria, badania biochemiczne i hematologiczne, w tym krzepnięcia krwi i próby krzyżowej oraz poziomu mleczanów), endoskopowych - w lokalizacji.

(dowód: akta kontroli str. 59-62, 71-79)

4. Szpital nie posiadał wewnętrznych procedur określających zasady postępowania z pacjentem z podejrzeniem udaru mózgu.

Specjalista Neurolog – Z-ca kierownika Oddziału Neurologii w Szpitalu – Lesław C. wyjaśnił, iż *Oddział Neurologii nie posiada procedury wewnętrznej określającej postępowanie z pacjentem z podejrzeniem udaru mózgu. W stałym użyciu (na dzień 1 sierpnia 2015 r.) jest zespół stosowanych praktyk, które są niezwłocznie korygowane w sytuacji zmiany w procedurach leczenia zgodnie z najnowszą wiedzą medyczną (EBM), opublikowanych w prasie medycznej, będącej wielośrodkowym standardem postępowania.*

(dowód: akta kontroli str. 84-90)

5. W latach 2013 – 2015 (I kwartał) Szpital rozliczył 602 hospitalizacje w ramach Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP)⁹ u pacjentów ze zdiagnozowanym udarem mózgu. Hospitalizację 600 pacjentów dokonano na Oddziale Neurologii, w ramach grup: A49 – 545 hospitalizacji, (w tym w: 2013 r. – 262 hospitalizacje, 2014 r. – 239 hospitalizacji, 2015 r. (I kwartał) – 44 hospitalizacje) i A50 - 57 hospitalizacji, (w tym w: 2013 r. – 24 hospitalizacje, 2014 r. – 22 hospitalizacje, 2015 r. (I kwartał) – 11 hospitalizacji.

Hospitalizację pozostałych 2 pacjentów (nr księgi głównej: 12784/14 i 8418/14) ze zdiagnozowanym udarem mózgu dokonano w 2014 r. na Oddziale Wewnętrznym w ramach grupy A50 - *udar mózgu.*

Pacjent nr ks. gł. 12784/14 przyjęty do Oddziału Chorób Wewnętrznych i Kardiologii w dniu 6 października 2014 r. z powodu napadowego migotania przedsionków. W trakcie hospitalizacji rozpoznano udar niedokrwienny lewej półkuli mózgu. Pacjent przekazany w dniu 8 października 2014 r. celem dalszego leczenia do Klinicznego Oddziału Neurologii z Pododdziałem Leczenia Udaru Mózgu Szpitala Wojewódzkiego Nr 2 w Rzeszowie ul. Lwowska 60. Pacjentka nr ks. gł. 8418/14 przyjęta w dniu 26 czerwca 2014 r. do Oddziału Neurologicznego z powodu udaru niedokrwiennego prawej półkuli mózgu. Ze względu na nieuregulowaną cukrzycę do dalszego leczenia w dniu 8 lipca 2014 r. przeniesiona do Oddziału Chorób Wewnętrznych i Kardiologii.

(dowód: akta kontroli str. 93)

Specjalista chorób wewnętrznych w Szpitalu – Pani Maria S. stwierdziła, iż *pacjent nr ks. gł. 12784/2015 przyjęty do oddziału w dniu 06.10.2014r. z powodu napadowego migotania przedsionków. W trakcie hospitalizacji doszło do samoistnego powrotu rytmu zatokowego. W dniu 08.10.2014 r. w godzinach porannych ok. 7:45 doszło do pogorszenia kontaktu z pacjentem, zaburzeń mowy,*

⁹ 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).

niedowładu prawostronnego. W trybie pilnym konsultowany neurologicznie, TK głowy. Zakwalifikowany do leczenia trombolitycznego. Ponieważ w Oddziale Neurologii Szpitala ZOZ w Dębicy nie ma pododdziału leczenia udarów pacjent przekazany celem dalszego leczenia do Klinicznego Oddziału Neurologii z Pododdziałem Leczenia Udaru Mózgu Szpitala Wojewódzkiego nr 2 w Rzeszowie, ul. Lwowska 60. Termin przyjęcia ustalono po porozumieniu telefonicznym z Panem dr Adamem P.

(dowód: akta kontroli str. 94)

6. Spośród 53 hospitalizacji wybranych losowo związanych z leczeniem udaru mózgu (grupy A49 - A50) z badanego okresu pacjenci:

a) zostali przyjęci do Szpitala w trybie: pilnym z SOR - 49 pacjentów, pilnym z Izby Przyjęć - 3 pacjentów, planowym z Izby Przyjęć - 1 pacjent (*pacjent skierowany do diagnostyki postępujących zaburzeń chodu, objawy od dłuższego czasu, w toku diagnostyki rozpoznano chorobę małych naczyń*),

b) zostali wypisani ze Szpitala w wyniku: zakończenia procesu terapeutycznego (tryb wypisu S.1.1.) – 1 pacjent, skierowania do dalszego leczenia w lecznictwie ambulatoryjnym (S.1.2.) – 39 pacjentów, skierowania do dalszego leczenia w innym szpitalu, zakładzie opieki stacjonarnej (S.1.4.) – 3 pacjentów, zgon (S.1.9.) – 3 pacjentów, skierowania do dalszego leczenia w innym szpitalu (S.1.3) – 7 pacjentów.

(dowód: akta kontroli str. 95-98, 105-151, 196)

7. Spośród 53 hospitalizacji wybranych losowo związanych z leczeniem udaru mózgu (grupy A49 - A50) z badanego okresu wykonano pacjentom następujące badania po przyjęciu do szpitala i w trakcie hospitalizacji:

- TK (tomografia komputerowa) głowy - 52 pacjentów,
- MRI (rezonans magnetyczny) głowy - 33 pacjentów,
- EKG, CRP, morfologia, glikemia, kreatynina - 53 pacjentów,
- Koagulogram - 45 pacjentów,
- Elektrolity - 50 pacjentów,
- Aminotransferazy - 23 pacjentów,
- Wysycenie krwi tlenem- *wszyscy pacjenci przyjęci do oddziału z podejrzeniem udaru mózgu – trafiają na salę intensywnego nadzoru gdzie są monitorowani, w tym saturacja- czyli wysycenie krwi tlenem, jest to parametr mierzony w czasie rzeczywistym, do tej pory nie był kodowany w procedurach,*
- Badanie dopplerowskie naczyń domózgowych - 50 pacjentów,
- Echokardiografia przezklatkowa (TTE) - 22 pacjentów,
- RTG klatki piersiowej - 51 pacjentów (*Szpital nie wykonuje badania radiologicznego klatki piersiowej jeżeli pacjent miał je niedawno wykonane, a nie ma zmian osłuchowych*),
- Lipidogram, badanie ogólne moczu - 51 pacjentów,
- OB - 47 pacjentów,
- Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego oraz 24 godzinny Holter EKG - 2 pacjentów.

Ponadto jak stwierdził Specjalista Neurolog – Z-ca kierownika Oddziału Neurologii w Szpitalu Lesław C: *jeżeli są wskazania wykonuje się:*

- *ECHO przezprętykowe TEE - (jeżeli są wskazania kierujemy pacjentów na to badanie do Rzeszowa)*

- *Całodobowe monitorowanie ciśnienia tętniczego- Holter RR - (wykonujemy to badanie jeżeli są wskazania - Holter RR na Oddziale posiadamy od 2014 roku).*

Ww. badania nie były przeprowadzane na badanej grupie 53 pacjentów.

(dowód: akta kontroli str. 95-103, 105-151)

Wg Specjalisty Neurologa – Z-cy kierownika Oddziału Neurologii w Szpitalu – Lesława C. - przyczyną niewykonania TK głowy u pacjenta 9269/2013 – *było to że*

był przyjęty planowo do zaburzeń chodu - miał od razu wykonane badanie rezonansowe głowy.

(dowód: akta kontroli str. 96)

Przyczyną niewykonania badania MRI głowy u pozostałych pacjentów, wg wyjaśnień były względy medyczne lub wcześniejsze wykonanie TK¹⁰.

(dowód: akta kontroli str. 99-103)

8. Czas od pierwszych objawów udaru mózgu do przybycia pacjenta do Szpitala, w badanej próbie wynosił:

- > 4,5 godziny - 37 pacjentów, w tym: nieznaną czas zachorowania (niemożliwy do ustalenia) - 20 pacjentów, jedno przyjęcie planowe;

- < 4,5 godziny - 16 pacjentów, w tym 1 osoba z krwotokiem podpajęczynówkowym.

U 32 pacjentów wywiad wskazywał na dokładny czas powstania pierwszych objawów udaru mózgu. Wywiad taki został przeprowadzony u wszystkich pacjentów przez dyżurnego neurologa.

(dowód: akta kontroli str. 95-98,105-151)

Jak wyjaśnił z-ca kierownika Oddziału Neurologii w Szpitalu, Oddział Neurologii nie był powiadamiany o transporcie pacjenta z podejrzeniem udaru mózgu, informacja taka przekazywana była przez lekarza SOR (który był powiadamiany o takim transporcie).

(dowód: akta kontroli str. 97)

Upływ czasu od przybycia pacjenta z podejrzeniem - rozpoznaniem udaru mózgu na SOR/IP do uzyskania wyników badań biochemicznych - średnio około 69,7 minut.

(dowód: akta kontroli str. 95-98,102-151)

Upływ czasu od przybycia pacjenta z podejrzeniem - rozpoznaniem udaru mózgu na SOR/IP do uzyskania wyników badania TK głowy wynosił średnio około 110,3 minut (u 3 pacjentów niemożliwy do ustalenia).

(dowód: akta kontroli str. 95-98,105-151)

Z-ca kierownika Oddziału Neurologii w Szpitalu stwierdził, iż 9269/2013 - *pacjent przyjęty planowo nie wyliczano czasu do uzyskania badań, pacjent nie został przyjęty do oddziału z zachorowaniem udarowym tylko długo trwającymi objawami; 10381/2013 - dokładny czas nie do ustalenia bo badanie TK ze względu na awarię aparatu w Dębicy wykonano w Mielcu; 15376/2013- przyjęty z IPP, wstępnie przez lekarza nie został zakwalifikowany jako zachorowanie udarowe, podejrzewano przyczynę obwodową niedowładu.*

¹⁰ 7289/2013 - zachorowanie udarowe, objawy kliniczne wycofywały się, przyczyna udaru obrazowana w badaniu Doppler naczyń domózgowych- niedrożność tętnicy szyjnej wewnętrznej, nie było potrzeby po wykonaniu badania TK głowy do rozszerzenia diagnostyki, 7300/2013 - zachorowanie udarowe, objawy kliniczne wycofywały się, przyczyna udaru obrazowana w badaniu Doppler naczyń domózgowych - niedrożność tętnicy szyjnej wewnętrznej, nie było potrzeby po wykonaniu badania TK głowy do rozszerzenia diagnostyki, 9256/2015 - zachorowanie udarowe w TK głowy potwierdzone zmiany niedokrwienne, bez wskazań do badania RM głowy, 504/2013 - ognisko niedokrwienne z wtórnym ukrwotoczeniem obrazowane w pierwszym badaniu TK głowy, 535/2013- w pierwszym badaniu TK głowy - obszar hypodensji prawej półkuli mózdzku w zakresie unaczynienia tętnicy tylnej dolnej - obraz dokonanego, podostrego zawału, 2906/2013- w pierwszym badaniu TK głowy: Zmiany naczyniopochodne niedokrwienne, 4439/2013 - pacjentka miała wykonane ze względu na stan zdrowia wykonane kolejne badanie TK głowy a w nim uwidoczniono ognisko krwotoczne, 5748/2013 - objawy kliniczne + badanie TK głowy + zwężenie tętnicy szyjnej wewnętrznej w badaniu Doppler naczyń domózgowych- nie było wskazań do rozszerzenia diagnostyki o badanie RM, 1569/2014 - w pierwszym badaniu TK głowy- potwierdzono obecność krwiaka, 9128/2014 - w pierwszym badaniu Tk głowy hyperdensyjny odcinek tętnicy środkowej mózgu + objawy kliniczne tłumaczące ogniska niedokrwienne, 9148/2014 - potwierdzone w pierwszym badaniu TK głowy- Zawały hemodynamiczne pogranicza obszaru unaczynienia lewej tętnicy przedniej i środkowej mózgu, 1061/2014 - jako kontrolne badanie pacjentka miała wykonane badanie tk głowy + kontrast, 11786/14 - pacjentka miała wykonane kontrolne badanie tk głowy - które uwidocznilo - Choroba małych naczyń z możliwością nakładania się zawałów hemodynamicznych w strefie głębokiej zlewiska granicznego lewej tętnicy szyjnej wewnętrznej, 12861/2013 - potwierdzone w badani tk głowy ognisko niedokrwienne, 14111/13-pacjentka z krwotokiem podpajęczynówkowym miała wykonane kontrolne badanie TK głowy, 3406/2014 -pacjentka miała wykonane kontrolne badanie tk głowy które potwierdziło ogniska niedokrwienia, 3548/2014 - w kontrolnym badaniu tk głowy potwierdzono ognisko niedokrwienia, 4834/2014 - potwierdzone ognisko niedokrwienne w badaniu tk głowy, 5293/2014 - w kontrolnym badaniu tk głowy potwierdzone ognisko niedokrwienia, 4630/2014 - wykonywano kolejne kontrolne badania TK głowy które potwierdziły obecność zmian tłumaczących zachorowanie, 9461/2014 - w badaniu tk głowy potwierdzone zmiany niedokrwienne.

(dowód: akta kontroli str. 104)

Upływ czasu od przybycia pacjenta z podejrzeniem - rozpoznaniem udaru mózgu na SOR/IP do przyjęcia na Oddział Neurologii wynosił średnio około 188,7 minut (u 2 pacjentów nie do określenia).

(dowód: akta kontroli str. 95-98,105-151)

Z-ca kierownika Oddziału Neurologii w Szpitalu stwierdził, iż 9269/2013 - *pacjent przyjęty planowo, nie wliczono czasu do uzyskania badań, pacjent nie został przyjęty do oddziału z zachorowaniem udarowym tylko długo trwającymi objawami, 15376/2013 - przyjęty z IPP, wstępnie przez lekarza nie został zakwalifikowany jako zachorowanie udarowe, podejrzewano przyczynę obwodową niedowładu, pacjent nie został wliczony do średniej.*

(dowód: akta kontroli str. 104)

Odległość od miejsca podjęcia pacjenta przez zespół ratownictwa medycznego do siedziby Szpitala wynosiła od 3 km do 58 km, odległość od miejsca podjęcia pacjenta do najbliższego szpitala posiadającego oddział neurologii z oddziałem/pododdziałem udarowym) wynosiła od 23 km do 105 km (były to Szpitale w Tarnowie, Mielcu, Sędziszowie Młp).

(dowód: akta kontroli str. 95-98, 152-153)

9. Spośród dokumentacji 53 hospitalizacji wybranych losowo związanych z leczeniem udaru mózgu (grupy A49 - A50) z badanego okresu nie ma dokumentu potwierdzającego kwalifikację/dyskwalifikację od leczenia trombolitycznego (np. w formie wskazanej przez Grupę Ekspertów Sekcji Chorób Naczyniowych Polskiego Towarzystwa Neurologicznego).

(dowód: akta kontroli str. 95-98)

Z-ca kierownika Oddziału Neurologii w Szpitalu wyjaśnił, iż *u pacjentów z podejrzeniem udaru mózgu jest przeprowadzany wywiad oraz badania diagnostyczne w kierunku kwalifikacji do leczenia trombolitycznego. W analizowanych historiach choroby nie ma dokumentu potwierdzającego kwalifikację/dyskwalifikację od leczenia trombolitycznego, natomiast wnioski odnośnie powyższego można wyciągnąć na podstawie przeprowadzonego wywiadu, badania przedmiotowego i badań dodatkowych, zawartych w historii choroby. Dokument stanowiący kwalifikację do leczenia trombolitycznego (wzór w załączeniu) był dołączany do historii choroby pacjentów na SOR, których z SOR po wstępnej kwalifikacji przetransportowywano do ośrodków wykonujących leczenie trombolityczne, ale takich historii w tym zestawieniu nie ma.*

(dowód: akta kontroli str. 100-101)

Z-ca kierownika Oddziału Neurologii w Szpitalu wyjaśnił, iż głównymi przyczynami wyłączenia pacjenta z leczenia trombolitycznego było występowanie kryteriów wyłączenia z badania trombolitycznego¹¹.

(dowód: akta kontroli str. 101,213)

¹¹ 7289/2014 - w wywiadzie przebyte krwawienie z ośrodkowego układu nerwowego /kryterium wykluczające/,11212/2013 – brak kwalifikacji lekarza przyjmującego (trudności w określeniu dokładnie czasu zachorowania), 1422/2013 – objawy trwające godzinę ale zaczęły ustępować, 13063/2014 - brak kwalifikacji lekarza przyjmującego (pacjentka z „małymi” objawami neurologicznymi niewielkiego stopnia niedowład z tego powodu odstąpiono od trombolizy), 7204/2014 - małe objawy udaru jako kryterium wykluczające, 9843/2014 - objawy przy przyjęciu niecharakterystyczne - kierowany jako TIA, 10616/2014 - przemijające objawy, 1157/2014 - objawy ustępowały, 11786 /2014- objawy pojawiły się w trakcie snu (nieznany czas zachorowania), objawy zaczęły ustępować, 3406/2014 – wyniki badań po przekroczeniu okna terapeutycznego (czas do uzyskania wyników badań 31 min. Dyskwalifikacja do trombolizy objawy wielogodzinne), 14111/2013 – krwotok podjączynówkowy, 15363/2013 - brak kwalifikacji lekarza przyjmującego (udar poprzedził napad drgawkowy co jest jednym z przeciwwskazań do trombolizy), 439/14 - brak kwalifikacji lekarza przyjmującego (zachorowanie po nocy, nieznany czas zachorowania), 1551/2014 – objawy po przebytych krwotoku - jedno z przeciwwskazań, 4834/2014- dyskwalifikacja przez lekarza przyjmującego - zbyt duże objawy kliniczne, 14139/2013 - wyniki badań uzyskane po przekroczeniu okna terapeutycznego (29 min. do uzyskania badań i 66 min. do badania obrazowego).

10. Na dzień przeprowadzenia oględzin obowiązywały wymagania podane w zał. nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia *zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego*. W strukturze organizacyjnej szpitala funkcjonuje Oddział Neurologiczny spełniający warunki wymagane do realizacji świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego udarów mózgu zgodnie z warunkami określonymi w załączniku nr 1, lp. 30 do rozporządzenia Ministra Zdrowia *zmieniającego rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego* dotyczące: zatrudnienia lekarzy¹² (równoważnik 2 etatów - specjalista w dziedzinie neurologii, równoważnik 1,2 etatu - lekarz z I stopniem specjalizacji z doświadczeniem, równoważnik 2,9 etatu - specjalista neurologii dziecięcej), zatrudnienia pozostałego personelu: jedna osoba prowadząca fizjoterapię – równoważnik 1 etatu, organizacji udzielania świadczeń: zapewnienie całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia (nie jest łączona z innymi oddziałami o profilu zachowawczym), zapewnienia kontynuacji procesu leczniczego przez procedury rehabilitacji neurologicznej, 4 stanowiska intensywnej terapii - w miejscu udzielania świadczeń, gabinet diagnostyczno-zabiegowy - w miejscu udzielania świadczeń. Zapewniono wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną: TK, EEG - w lokalizacji. Zapewniono realizację badań: RM – w lokalizacji, EMG - dostęp.

(dowód: akta kontroli str. 59-62,179-190)

11. W wyniku szczegółowej analizy 53 hospitalizacji związanych z leczeniem udaru mózgu z badanego okresu wybranych losowo stwierdzono, iż 10 pacjentów skierowano do Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej, 8 pacjentów skierowano na rehabilitację środowiskową, 2 pacjentów skierowano do Poradni Rehabilitacyjnej, 1 pacjenta skierowano na kontrolę w poradni Logopedycznej (*jeżeli były deficyty mowy, a nie niedowłady*), 5 pacjentów zdyskwalifikowano do rehabilitacji ze względu na skierowanie na inne zabiegi, do innych szpitali, 3 pacjentów zdyskwalifikowano lub odroczone rehabilitację ze względu na ciężki stan ogólny, 4 pacjentów skierowano do Zakładu Opiekuńczo Leczniczego (ZOL), u 17 pacjentów objawy neurologiczne wycofały się po zastosowanym leczeniu, a 3 pacjentów zmarło.

(dowód: akta kontroli str. 95-98,105-151)

Z-ca kierownika Oddziału Neurologii w Szpitalu wyjaśnił, iż 504/13 – *stan ogólny chorej nie pozwalał na skierowanie na rehabilitację neurologiczną*, 535/13 – *opisywane przy przyjęciu deficyty neurologiczne wycofały się po zastosowanym leczeniu*, 1407/13 – *deficyty neurologiczne wycofały się*, 1422/13 - *opisywane przy przyjęciu deficyty neurologiczne wycofały się po zastosowanym leczeniu*, 2906/13 - *opisywane przy przyjęciu deficyty neurologiczne wycofały się po zastosowanym leczeniu*, 2924/13 – *dyskretne objawy przy wypisie, ze względu na stan ogólny skierowana na rehabilitację środowiskową*, 4408/13 – *skierowana w trybie pilnym do Poradni Neurochirurgicznej ze względu na znaczną stenozę odcinka szyjnego kręgosłupa*, 4439/13 – *zgon*, 5706/13 – *ze względu na stan ogólny, skierowany do Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego*, 5748/13 – *skierowany do Oddziału Rehabilitacji Szpitala MSWiA w Rzeszowie*, 7289/13 – *dyskretne objawy przy wypisie, praktyczne ustąpienie deficytów neurologicznych*, 7300/13 - *skierowany do Oddziału Rehabilitacji Szpitala MSWiA w Rzeszowie*, 9256/13 – *zakwalifikowana do rehabilitacji środowiskowej w Poradni Rehabilitacyjnej*, 9269/13 – *chory skierowany do dalszego leczenia do Oddziału Reumatologii w Rzeszowie*, 9296/13 – *chora przekazana do dalszego leczenia do Oddziału Paliatywnego w Rzeszowie*, 10381/13 - *opisywane przy przyjęciu deficyty neurologiczne wycofały się po zastosowanym leczeniu*, 11212/13 – *chory nie wyraził zgody na leczenie w Oddziale*

¹² W latach 2013, 2014 i 2015 sprawdzono grafiki za luty, maj w 2013 r. i 2014., luty i kwiecień w 2015 r.

Rehabilitacji, 11244/13 - skierowany do Oddziału Rehabilitacji Szpitala MSWiA w Rzeszowie 12861/13 – ze względu na stan ogólny, przekazany do ZOL, 12886/13 - opisywane przy przyjęciu deficyty neurologiczne wycofały się po zastosowanym leczeniu, 14139/13 – dyskretne objawy przy wypisie, skierowana na rehabilitację środowiskową, 14111/13 – krwotok podpajęczynówkowy, bez deficytów neurologicznych, 15363/13 - ze względu na stan ogólny, przekazana do ZOL, 15376/13 – wystawiono skierowanie do Poradni Rehabilitacyjnej, liczne obciążenia internistyczne, 439/14 – przekazany do dalszego leczenia do Oddziału Chirurgii Naczyniowej w Rzeszowie, 443/14 – opisywane przy przyjęciu deficyty neurologiczne wycofały się w znacznym stopniu po zastosowanym leczeniu, 1551/13 – skierowana na rehabilitację środowiskową, 1592/2014- opisywane przy przyjęciu deficyty neurologiczne wycofały się po zastosowanym leczeniu, 3406/2014- nie została nigdzie skierowana, deficyty neurologiczne wycofały się, duże zmiany zwyrodnieniowe ograniczenie ruchomości, 3548/2014- skierowana na rehabilitację mowy do Poradni logopedycznej, 4834/2014- ze względu na średni stan ogólny, obciążenia nie była kierowana do Oddziału Rehabilitacji, 5293/2014- skierowanie do oddziału rehabilitacji neurologicznej, 6506/2014- opisywane przy przyjęciu deficyty neurologiczne wycofały się po zastosowanym leczeniu- w dniu wypisu sprawny motorycznie, 6519/2014- wystawiono wniosek na rehabilitację środowiskową, 7204/2014- skierowanie do Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej, 7309/2014- skierowanie do Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej, 9128/2014- opisywane przy przyjęciu deficyty neurologiczne wycofały się w znacznym stopniu po zastosowanym leczeniu, 9148/2014- pacjentka skierowana na zabieg na chirurgię naczyniową, 9843/2014 - opisywane przy przyjęciu deficyty neurologiczne wycofały się po zastosowanym leczeniu, 10616/2014- wystawiono wniosek na rehabilitację środowiskową, 11757/2014- skierowanie do Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej, 11786/2014 - do czasu poprawy niewydolności krążenia i ustąpienia zmian w płucach chora nie kwalifikuje się do rehabilitacji neurologicznej w Oddziale Rehabilitacji, 13063/2014 - opisywane przy przyjęciu deficyty neurologiczne wycofały się po zastosowanym leczeniu, 13070/2014- pacjent skierowany do ZOL, 14671/2014- opisywane przy przyjęciu deficyty neurologiczne wycofały się po zastosowanym leczeniu, 14685/2014- skierowanie do Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej, 15652/2014 - pacjent skierowany na zabieg do Oddziału Chirurgii Naczyniowej, 15692/2014 - zgon, 73/2015- wystawiono wniosek na rehabilitację środowiskową, 114/2015- skierowanie do Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej, 4630/2015- zgon, 9764/2014- skierowanie do Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej, 9461/2014- wystawiono wniosek na rehabilitację środowiskową.

(dowód: akta kontroli str. 100-103)

12. Wartość umowy pierwotnej dla Oddziału Neurologii w 2013 r. wyniosła 3.249.272 zł i 62.486 jednostek po cenie 52 zł za jednostkę. Wartość umowy końcowej kształtowała się na poziomie 3.711.188 zł (71.369 jednostek). Wartość umowy końcowej jest równa wartości umowy końcowej z ugodą, ponieważ dla Oddziału Neurologii nie została zawarta ugoda. Wartość wykonanych świadczeń – hospitalizacji bez procedur A49 *udar mózgu - leczenie > 3 dni* i A50 *udar mózgu – leczenie* - wyniosła 2.681.370,64 zł (51.564,82 jednostek), natomiast wartość wykonanych procedur A49 i A 50 – 1.104.012 zł (21.231 jednostek). Wartość zapłaconych przez NFZ hospitalizacji stanowi łączną kwotę 3.710.970,64 zł, w tym wartość hospitalizacji – bez procedur udarowych A49 i A50 – 2.618.970,64 zł i wartość procedur A49 i A50 – 1.092.000 zł. Dla potrzeb kontroli został dokonany podział zrealizowanych i zapłaconych świadczeń na: neurologia – hospitalizacja i neurologia – hospitalizacja A49, A50. Różnica zapłaconych świadczeń w stosunku do wartości umowy końcowej wyniosła dla hospitalizacji - 1.092.217,36 zł i dla

procedur A49 i A50 – 2.619.188 zł. Łączna wartość umowy końcowej stanowi kwotę 3.711.188 zł, zaś wartość zapłacona przez NFZ – 3.710.970,64 zł, co stanowi różnicę w kwocie - 217,36 zł. Różnica pomiędzy wartością zapłaconą, a wykonaną – stanowi kwotę nadwykonań, które nie zostały zapłacone przez NFZ - dla hospitalizacji - 62.400 zł i dla procedur A49, A50 – 12.012 zł.

Wartość umowy pierwotnej dla Oddziału Neurologii w 2014 r. wyniosła 3.377.868 zł i 64.959 jednostek po cenie 52 zł za jednostkę. Wartość umowy końcowej kształtowała się na poziomie 3.834.740 zł (73.745 jednostek). Wartość wykonanych świadczeń – hospitalizacji bez procedur A49 *udar mózgu - leczenie > 3 dni* i A50 *udar mózgu - leczenie* wyniosła 2.908.408,88 zł (55.930,94 jednostek), natomiast wartość wykonanych procedur A49 i A 50 – 1.010.256 zł (19.428 jednostek). Wartość zapłaconych przez NFZ hospitalizacji stanowi łączną kwotę 3.834.632,88 zł, w tym wartość hospitalizacji – bez procedur udarowych A49 i A50 – 2.844.396,88 zł i wartość procedur A49 i A50 – 990.236 zł. Dla potrzeb kontroli został dokonany podział zrealizowanych i zapłaconych świadczeń na: neurologia – hospitalizacja i neurologia – hospitalizacja A49, A50. Różnica zapłaconych świadczeń w stosunku do wartości umowy końcowej wyniosła dla hospitalizacji – 990.343,12 zł i dla procedur A49 i A50 – 2.844.504 zł. Łączna wartość umowy końcowej stanowi kwotę 3.834.740 zł, zaś wartość zapłacona przez NFZ – 3.834.632,88 zł, co stanowi różnicę w kwocie - 107,12 zł. Różnica pomiędzy wartością zapłaconą, a wykonaną – stanowi kwotę nadwykonań, które nie zostały zapłacone przez NFZ - dla hospitalizacji 64.012 zł i dla procedur A49, A50 – 20.020 zł. Dodatkowo w Oddziale Chorób Wewnętrznych zostały wykonane i rozliczone dwie procedury A50 na wartość 3.848 zł (74 jednostki).

(dowód: akta kontroli str. 190-194)

Jak stwierdziła z-ca Dyrektora Szpitala Pani Marzenna Podhorecka – *przyczyną wystąpienia nadwykonań (za 2013 r. i 2014 r.) jest fakt, iż przed upływem okresu rozliczeniowego zostały zrealizowane świadczenia na wartość przekraczającą przyznany przez NFZ limit. Pacjenci z rozpoznanym i leczonym udarem zostali przyjęci w trybie nagłym z zagrożeniem zdrowia lub/i życia, w związku z tym nie było możliwości odmowy przyjęcia pacjenta na oddział czy przekazania do innego szpitala (pacjenci nie kwalifikowali się do transportu).*

(dowód: akta kontroli str. 195)

Wartość umowy pierwotnej dla Oddziału Neurologii za I kwartał 2015 r. wyniosła 844.584 zł, i 16.242 jednostek po cenie 52 zł za jednostkę. Wartość umowy końcowej kształtowała się na poziomie 844.584 zł (16.242 jednostek). Wartość wykonanych świadczeń – hospitalizacji bez procedur A49 *udar mózgu - leczenie > 3 dni* i A50 *udar mózgu - leczenie* wyniosła 822.686,80 zł (15.820,90 jednostek), natomiast wartość wykonanych procedur A49 i A 50 – 197.756 zł (3.803 jednostek). Wartość zapłaconych przez NFZ hospitalizacji stanowi łączną kwotę 844.580,88 zł, w tym wartość hospitalizacji – bez procedur udarowych A49 i A50 – 656.756,88 zł i wartość procedur A49 i A50 – 187.824 zł. Dla potrzeb kontroli został dokonany podział zrealizowanych i zapłaconych świadczeń na: neurologia – hospitalizacja i neurologia – hospitalizacja A49, A50. Różnica zapłaconych świadczeń w stosunku do wartości umowy końcowej (z ugodą) wyniosła dla hospitalizacji -187.827,12 zł i dla procedur A49 i A50 -656.760 zł. Łączna wartość umowy końcowej stanowi kwotę 844.584 zł, zaś wartość zapłacona przez NFZ – 844.580,88 zł, co stanowi różnicę w kwocie - 3,12 zł. Różnica pomiędzy wartością zapłaconą, a wykonaną – stanowi kwotę nadwykonań, które nie zostały zapłacone przez NFZ - dla hospitalizacji 165.929,92 zł i dla procedur A49, A50 – 9.932 zł.

(dowód: akta kontroli str. 190-194)

Jak stwierdziła z-ca Dyrektora Szpitala – *różnica pomiędzy wartością zapłaconą, a wykonaną – stanowi kwotę nadwykonań, które nie zostały zapłacone przez NFZ dla*

procedur A49, A50 - 9 932 zł. Wartość niezapłaconych świadczeń nie jest ostateczna, okres rozliczeniowy z NFZ upływa z dniem 15.02.2016r.

(dowód: akta kontroli str. 195)

Szpital zatrudniał w okresie objętym kontrolą uczestniczących w procesie leczenia pacjentów z udarem mózgu:

- lekarzy neurologów (umowa o pracę) – 3 osoby (2,2 etatu),
- lekarzy w trakcie specjalizacji (umowa o pracę) - 2 osoby (2 etaty),
- lekarzy neurologów (kontrakt) – 4 osoby (liczba godzin do wykonania w danym miesiącu określana była przez Kierownika Oddziału lub jego Zastępcę),
- lekarza w trakcie specjalizacji (kontrakt) - 1 osoba (liczba godzin do wykonania w danym miesiącu określana była przez Kierownika Oddziału lub jego Zastępcę) - wyłącznie w 2013 r.
- logopedów – 2 osoby (1 etat) – w 2013 r., 1 osoba (0,5 etatu) – w 2014 r. i 2015 r.,
- fizjoterapeutów – 2 osoby (1,5 etatu) – w 2013 r., 1 osoba (1 etat) – w 2014 r. i 2015 r.

Ponadto jak wynika z informacji uzyskanej od Kierownika Sekcji Kadr i Płac w Szpitalu, w latach 2013 – 2015 Szpital nie zatrudniał psychologa, specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych lub specjalisty w dziedzinie kardiologii, specjalisty w dziedzinie rehabilitacji lub rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji medycznej - (bez względu na formę zatrudnienia) którzy by uczestniczyli w procesie leczenia pacjentów z udarem mózgu.

(dowód: akta kontroli str. 197)

Szpital zawarł umowę na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu lekarskich specjalistycznych konsultacji neurochirurgicznych ze Szpitalem Wojewódzkim Nr 2 im. Jadwigi Królowej w Rzeszowie (Umowa nr 7/2012 o udzielenie zamówienia na świadczenie zdrowotne w zakresie neurochirurgicznej konsultacji specjalistycznej, zawartej w dniu 30.05.2012 r., Umowa Nr 12/2014 na udzielenie świadczeń zdrowotnych z zakresu lekarskich specjalistycznych konsultacji neurochirurgicznych zawartej w dniu 20.08.2014 r.).

(dowód: akta kontroli str. 198-209)

Szpital zapewnia we własnym zakresie realizację badań:

- USG z opcją kolorowego Dopplera i TK
- USG metodą Doppler duplex i TK
- USG tętnic zewnątrz i wewnątrzczaszkowych metodą Dopplera
- laboratoryjnych - co najmniej profil badań biochemicznych, hematologicznych i układu krzepnięcia /pobieranie materiału/

(dowód: akta kontroli str. 210)

Jak stwierdził – Wojciech B. - Kierownik Oddziału Neurologii w Szpitalu, większość pacjentów z terenu powiatu dębickiego z udarem mózgu hospitalizowanych jest w Oddziale Neurologii. Pacjenci zakwalifikowani do dożylnego leczenia trombolitycznego są kierowani do pobliskich oddziałów udarowych, najczęściej Klinika Neurologii w Rzeszowie, Oddział Udarowy w Rzeszowie /Szpital im. Świętej Rodziny/ czy oddział udarowy w Mielcu. Jeżeli istnieje potrzeba leczenia specjalistycznego, w uzasadnionych przypadkach pacjenci kierowani są do właściwych placówek.

(dowód: akta kontroli str. 211)

W latach 2013 – 2015 (I kwartał) Szpital rozliczył 602 hospitalizacje w ramach Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP) z czego:

- 29 pacjentów – zakończyło proces terapeutyczny (tryb wypisu S.1.1.),
- 386 pacjentów – skierowano do dalszego leczenia w lecznictwie ambulatoryjnym (S.1.2.),
- 45 pacjentów - skierowano do dalszego leczenia w innym szpitalu, zakładzie opieki stacjonarnej (S.1.4.)

- 1 pacjent – wypisany na własne żądanie (S.1.6),
- 70 pacjentów zmarło (S.1.9.).
- 71 pacjentów – skierowano do dalszego leczenia w innym szpitalu (S.1.3), nie wystąpiła sytuacja aby pacjenci z rozpoznanym udarem mózgu wymagający dalszego leczenia specjalistycznego nie byli przyjęci do kierowanych szpitali specjalistycznych.

(dowód: akta kontroli str. 196, 211)

Jak stwierdził Kierownik Oddziału Neurologii w Szpitalu: *w strukturze organizacyjnej Szpitala funkcjonują 4 łóżka (stanowiska) intensywnej opieki medycznej, przeznaczone do krótkiego (1-3 dni) pobytu chorych w ciągu pierwszych dni po udarze mózgu. Łóżka te usytuowane w oddziale neurologii. Ponadto w budynku Szpitala zlokalizowany jest OAiT, gdzie w uzasadnionych sytuacjach pacjenci z udarem mogą być przekazywani celem dalszego leczenia.*

W strukturze organizacyjnej Szpitala nie przewidziano łóżek rehabilitacji neurologicznej (udarowej) W oddziale neurologii w pełnym wymiarze czasu pracy zatrudniona jest osoba prowadząca fizjoterapię. Na tym samym piętrze w szpitalu zlokalizowany jest oddział rehabilitacji i odbywają się konsultacje lekarzy rehabilitacji medycznej z tego oddziału dla pacjentów z rozpoznanym udarem mózgu. Oddział neurologii wyposażony jest w sprzęt rehabilitacyjny. Powyższe skutkuje tym, że chorzy z udarem mózgu mają zapewnioną kontynuację procesu leczniczego przez procedury rehabilitacji neurologicznej. Ponadto wszyscy pacjenci z udarem mózgu kwalifikowani są do leczenia w pobliskich oddziałach wczesnej rehabilitacji neurologicznej /poudarowej/ a w przypadku pozytywnej kwalifikacji 100% chorych jest kierowanych do tych oddziałów. Pacjenci nie zakwalifikowani do rehabilitacji w warunkach szpitalnych mają zapewnioną rehabilitację środowiskową w miejscu zamieszkania realizowaną przez stosowne placówki mające kontrakt z NFZ – w terminach przez te placówki ustalanych.

Pacjenci Oddziału Neurologii Szpitala mają zapewnioną całodobową opiekę lekarską we wszystkie dni tygodnia przez lekarzy: specjalistów w dziedzinie neurologii, lekarzy ze specjalizacją pierwszego stopnia w dziedzinie neurologii oraz przez lekarzy w trakcie specjalizacji w dziedzinie neurologii. Powyższe realizowane jest w ramach etatowej pracy lekarzy z oddziału neurologii bądź w ramach wyodrębnionego dyżuru lekarskiego. W Szpitalu zapewniona jest stała obecność lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii.

(dowód: akta kontroli str. 212)

13. W latach 2013 – 2015 (I kwartał) Oddział Funduszu przeprowadził 1 kontrolę w Szpitalu. Przedmiotem kontroli przeprowadzonej w 2015 r. było sprawdzenie realizacji umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie szpitalny oddział ratunkowy (kontrola nie dotyczyła hospitalizacji związanych z leczeniem udarów mózgu). W wystąpieniu pokontrolnym z dnia 24 lipca 2015 r. NFZ pozytywnie ocenił Szpital pod względem legalności i rzetelności działania w zakresie realizacji umowy w rodzaju leczenie szpitalne w SOR, w tym w zakresie zabezpieczenia całodobowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej oraz zabezpieczenia całodobowego dostępu do badań diagnostycznych. Negatywnie oceniono Szpital pod względem wyposażenia SOR w wymagany sprzęt i aparaturę medyczną. Szpital w dniu 3 sierpnia 2015 r. wniósł do NFZ zastrzeżenia do wystąpienia pokontrolnego stwierdzając, iż wykazane przez NFZ braki w wyposażeniu zostały uzupełnione, poza 2 środkami trwałymi które w najbliższym czasie będą uzupełnione.

(dowód: akta kontroli str.154 - 178)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono nieprawidłowości polegające na tym, że nie zapewniono w SOR:

- przyłóżkowego zestawu RTG, wymóg taki wynika z § 4 ust. 3 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego;
- stołu zabiegowego (obszar resuscytacyjno – zabiegowy), skoro wymóg taki wynika z § 7 ust. 3 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego;
- respiratora stacjonarnego (obszar wstępnej intensywnej terapii), wymóg taki wynika z § 7 ust. 4 pkt 2 ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r.

Ponadto wejście do SOR, dla pieszych i trasa podjazdu specjalistycznych środków transportu są wspólne, a z treści § 3 ust. 1 ww. rozporządzenia wynika, iż oddział lokalizuje się na poziomie wejścia dla pieszych i podjazdu specjalistycznych środków transportu sanitarnego do oddziału, z osobnym wejściem dla pieszych oddzielonym od trasy podjazdu specjalistycznych środków transportu sanitarnego.

(dowód: akta kontroli str. 59-62)

Dyrektor Szpitala – Pan Przemysław Wojtys wyjaśnił, iż zakupy stołu zabiegowego dla obszaru resuscytacyjnego - zabiegowego oraz respiratora stacjonarnego dla obszaru wstępnej intensywnej terapii są w trakcie realizacji. Jednocześnie informuję, że są to sprzęty dublowane tj. posiadaliśmy dotychczas w/w sprzęty w ilości po jednej sztuce.

Szpital od wielu lat posiada przyłóżkowy zestaw rtg. Ostatni nowoczesny zestaw SIEMENS POLYMOBIL-PLUS został zakupiony w 2010 r. przy udziale środków Unii Europejskiej i jest przypisany do Oddziału Noworodkowego, ale używa się go także w innych oddziałach szpitalnych. Jest to aparat mobilny i może być swobodnie przewożony. Okres trwałości projektu z którego został zakupiony powyższy sprzęt kończy się w październiku 2015 r., więc od listopada zostanie formalnie przypisany na własność SOR-u.

W SOR przyjmuje się osoby w stanie zagrożenia życia i zdrowia. W związku z powyższym najczęstszą formą transportu jest dowóz karetką pogotowia ratunkowego lub samochodem prywatnym przez zadaszony, zamykany podjazd. Pacjenci którzy pieszo starają się dostać na SOR mają taką możliwość od strony korytarza szpitalnego. Nie przewidujemy ruchu pieszych poprzez podjazd dla karetek, a drzwi, które są tam zlokalizowane pełnią funkcję techniczną.

(dowód: akta kontroli str. 80-83,91-92)

W zasobach kadrowych SOR był uwzględniony lekarz dyżurujący w SOR Pan Leon M. pełniący dyżury w lutym 2013 r., maju 2013 r., lutym 2015 r. oraz kwietniu 2015 r. który nie został zgłoszony do Narodowego Funduszu Zdrowia. Ponadto lek. med. Robert Cz. pełnił dyżury w ramach SOR (luty 2014 r.) w sytuacji kiedy miał zawartą umowę o pracę w Oddziale Wewnętrznym w Szpitalu. Zgodnie z obowiązującymi w okresie objętym kontrolą umowami z NFZ - umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne - § 2 ust. 1 p. 2 – świadczenia w poszczególnych zakresach świadczeń udzielane są przez osoby wymienione w załączniku nr 2 do umowy – „Harmonogram zasoby.”

(dowód: akta kontroli str. 7-8)

Dyrektor Szpitala – Pan Przemysław Wojtys wyjaśnił, iż lek. med. Leon M. nie został zgłoszony do NFZ wyłącznie z powodu przeoczenia. Lek. med. Robert Cz. pełnił dyżur w SOR na zlecenie dyrekcji w sytuacji awaryjnej z powodu braku lekarza dyżurnego, w ramach posiadanego etatu oddziałowego.

(dowód: akta kontroli str. 80-83)

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 Kontroli¹³, wnosi o:

1. Podjęcie działań mających na celu uzupełnienie braków wyposażenia na SOR.
2. Udzielanie świadczeń w poszczególnych zakresach opieki zdrowotnej przez osoby zgłoszone do NFZ.

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.

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 września 2015 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Rzeszowie

Dyrektor
Wiesław Motyka

Mariusz Twardowski
Główny specjalista k. p.

.....
Podpis

.....
Podpis

¹³ Dz. U. z 2015 r. poz.1096.