



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Katowicach

LKA – 4101-039-01/2014
P/14/078

TEKST UJEDNOLICONY

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Katowicach
ul. Powstańców 29, 40-039 Katowice
T +48 32 784 42 00, F +48 32 784 42 30
lka@nik.gov.pl

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli P/14/078 - Realizacja świadczeń zdrowotnych z zakresu kardiologii przez publiczne i niepubliczne podmioty lecznicze.

Jednostka
przeprowadzająca
kontrolę Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Katowicach

Kontroler Mieczysław Handzel, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 92439 z dnia 23 grudnia 2014 r.

(dowód: akta kontroli str. 1-2)

Jednostka
kontrolowana Raciborskie Centrum Medyczne sp. z o.o.¹

Kierownik jednostki
kontrolowanej Roman Gnot, Prezes Zarządu² Spółki.

(dowód: akta kontroli str. 3-8)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia³, że RCM w kontrolowanym okresie⁴ w swojej jednostce organizacyjnej – Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Raciborskiego Centrum Medycznego w Raciborzu⁵:

- zapewniło wymagane przepisami warunki ogólne dotyczące pomieszczeń i urządzeń Oddziału Kardiologii, Elektroterapii i Angiologii, Oddziału Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego oraz Pracowni Hemodynamiki.
- zatrudniało personel lekarski i pielęgniarski posiadający odpowiednie kwalifikacje, w liczbie umożliwiającej zapewnienie wymaganej przepisami obsady,
- zapewniło dostępność świadczeń medycznych w zakresie kardiologii.

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły:

- niezapewnienia w swojej strukturze Izby Przyjęć jako komórki wydzielonej organizacyjnie, kadrowo, materialnie i funkcjonalnie,
- niezapewnienia wymaganej przepisami wyodrębnionej całodobowej opieki lekarskiej nad pacjentami przez 76 dni (15,3%) w wybranych do kontroli miesiącach,
- niezapewnienia stałej obecności technika radiologa w godzinach pracy pracowni hemodynamiki,

¹ Zwane dalej: „Spółką”.

² Według danych KRS członkiem Zarządu jest Dariusz Poloński.

³ 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

⁴ Okres objęty kontrolą: od 1 lipca 2011 r. do dnia zakończenia kontroli. Badania kontrolne obejmowały również działania i zdarzenia zaistniałe przed 1 lipca 2011 r., w przypadkach gdy miały one wpływ na kontrolowaną działalność.

⁵ Zwane dalej: „RCM”.

- niezgodnego z obowiązującymi przepisami prowadzenia księgi odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Spełnianie warunków wymaganych do realizacji świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego.

Opis stanu faktycznego

1.1. W latach 2012-2014 RCM realizowało świadczenia medyczne w zakresie kardiologii, w tym kardiologii inwazyjnej⁶ na podstawie umów⁷ zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia – Śląskim Oddziałem Wojewódzkim w Katowicach. W skład RCM wchodziły m.in.: Oddział Kardiologii, Elektroterapii i Angiologii⁸; Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego⁹; Pracownia Radiologii Zabiegowej, Pracownia Hemodynamiki, Pracownia elektrofizjologii¹⁰.

(dowód: akta kontroli str. 33-72, 113-118, 243-247)

W skład zespołu pomieszczeń Oddziału Kardiologii wchodziły m.in.

- sale chorych (7 sal z pełnym węzłem higieniczno-sanitarnym), z których żadna nie była pomieszczeniem przechodnim, a łóżka pacjentów były dostępne z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych.
- punkt pielęgniarski,
- gabinet diagnostyczno-zabiegowy,
- brudownik,
- łazienka dla osób niepełnosprawnych,
- pomieszczenie do składowania czystej bielizny,
- pomieszczenie do składowania brudnej bielizny,
- pokój ordynatora,
- pokój pielęgniarki oddziałowej,
- pokój pielęgniarek,
- pomieszczenie na sprzęt jednorazowy,
- dwa pomieszczenie magazynowe.

Pomieszczenia, jak i urządzenia znajdujące się w Oddziale Kardiologii odpowiadały wymogom określonym w załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą¹¹.

1.2. W skład OINK wchodziły: pomieszczenia dla pielęgniarek, punkt pielęgniarski, gabinet diagnostyczno-zabiegowy, brudownik i dwie sale dla pacjentów (łącznie 10 łóżek). Pomieszczenia i wyposażenie stanowisk OINK, spełniały warunki określone w załączniku nr 3 i nr 4 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia

⁶ Tj. procedury z tzw. „jednorodnych grup pacjentów”: E10 do E14, E20 do E27 oraz E31 do E39.

⁷ Nr 124/212238/03/1/2012, nr 124/212238/03/1/2013 i nr 124/212238/03/1/2014.

⁸ Zwany dalej „Oddziałem Kardiologii”.

⁹ Zwany dalej „OINK”.

¹⁰ Zwaną dalej „pracownią hemodynamiki”.

¹¹ Dz. U. z 2012 r. poz. 739, zwane dalej: „rozporządzeniem MZ w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia”.

22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego¹².

Pracownia Hemodynamiki spełniała wymagania określone w załączniku nr 4 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie posiadanego wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną.

(dowód: akta kontroli str. 238-242)

1.3. RCM nie posiadało w swojej strukturze organizacyjnej oddziału anestezjologii i intensywnej terapii ale stosownie do wymogów § 4 ust. 1 pkt 2a rozporządzenia MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych, utworzył jedno stanowisko intensywnej terapii oraz zagwarantował ciągłość leczenia pacjentów, których stan zdrowia wymaga leczenia w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii poprzez zawarcie w dniu 17 grudnia 2013 r. porozumienia w sprawie udzielania ww. świadczeń z Dyrektorem Szpitala Rejonowego im. Dr J. Rostka w Raciborzu¹³. Ponadto, stosownie do § 4 ust. 1 pkt 2b ww. rozporządzenia, RCM wprowadziło procedurę zapewnienia prawidłowości leczenia pacjentów i ciągłości postępowania w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii¹⁴.

(dowód: akta kontroli str. 33-72, 238-242, 269-274)

W Oddziale Kardiologicznym zatrudniono personel lekarski i pielęgniarski posiadający odpowiednie kwalifikacje, w liczbie umożliwiającej zapewnienie wymaganej przepisami obsady.

(dowód: akta kontroli str. 192-195, 275)

RCM posiadało sprzęt medyczny wykazany w załączniku do umowy z NFZ.¹⁵

(dowód: akta kontroli str. 238-242)

Na podstawie poddanych analizie list obecności i grafików dyżurów lekarzy i pielęgniarek¹⁶, ustalono, że:

- we wszystkie dni tygodnia zapewniono opiekę pielęgniarek posiadających pięcioletni staż pracy w OINK;
- w 420 dniach (84,7%) z 496 dni objętych szczegółowym badaniem zapewniono wyodrębnioną całodobową opiekę lekarską wymaganą przepisami rozporządzenia MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych, bowiem dyżur pełniło dwóch lekarzy, spośród których co najmniej jeden był lekarzem specjalistą z kardiologii lub specjalistą chorób wewnętrznych w trakcie specjalizacji z kardiologii.

(dowód: akta kontroli str. 138-189, 192-195)

Usługi medyczne w zakresie elektroradiologii zapewniał podmiot zewnętrzny, z którym Spółka miała zawartą umowę¹⁷. Zgodnie z postanowieniami § 2 ust. 2 te same umowy w brzmieniu obowiązującym od 1 stycznia 2011 r. „Zleceniobiorca wykonuje usługi o których mowa w § 1 w godzinach od 8.00 do 16.00 w dni powszednie od poniedziałku do piątku, lub od 7.30 do 15.30 za porozumieniem stron”. W § 2 ust. 3 umowy ustalono dodatkowo, że „Zleceniobiorca zapewnia gotowość do świadczenia

¹² Dz. U. z 2013 r., poz. 1520 ze zm. zwanym dalej: „rozporządzeniem MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych”.

¹³ Zwanego dalej „Szpitalem Rejonowym”.

¹⁴ Zarządzenie nr 9/2010 z dnia 3 grudnia 2010 r.

¹⁵ Sprawdzono 60 ze 115 wykazanych w załączniku do umowy pozycji sprzętu, wybranych w sposób celowy, z uwzględnieniem ich wartości oraz istotności.

¹⁶ Kontrolą objęto miesiące: lipiec, sierpień, grudzień 2011 r., a także styczeń, lipiec, sierpień i grudzień w latach 2012-2014 oraz styczeń 2015 r.

¹⁷ Umowa z dnia 6 sierpnia 2010 r. z późniejszymi aneksami.

usług elektroradiologicznych poza godzinami wymienionymi w ust. 2 na wezwanie lekarza dyżurnego”.

(dowód: akta kontroli str. 278-289)

1.4. RCM rozpoczęło działalność leczniczą 1 września 2010 r. uzyskując stosowny wpis w prowadzonym przez Wojewodę Śląskiego rejestrze zakładów opieki zdrowotnej¹⁸. We wniosku z 21 listopada 2010 r. w sprawie wprowadzenia zmian w rejestrze, RCM wykazało jako swoją komórkę organizacyjną – Izbę Przyjęć. Na podstawie decyzji Wojewody Śląskiego, Izba Przyjęć została wpisana do Księgi Rejestrowej z datą rozpoczęcia działalności 24 listopada 2010 r.

(dowód: akta kontroli str. 9-25, 111-112, 548-549)

Ustalono, że RCM korzystało z pomieszczeń i sprzętu Izby Przyjęć pozostającej w strukturze organizacyjnej Szpitala Rejonowego. Początkowo (w okresie od 18 listopada 2010 r. do 16 grudnia 2013 r.) miało to miejsce na podstawie aneksu z dnia 18 listopada 2010 r. do umowy najmu pomieszczeń (na cele związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii i angiologii) z dnia 29 lipca 2009 r. zawartej z Dyrektorem Szpitala Rejonowego. W aneksie tym ustalono, że: „Najemca uprawniony jest do całodobowego dostępu do pomieszczeń oraz korzystania z Izby Przyjęć Szpitala Rejonowego im. Dr J. Rostka w Raciborzu na potrzeby NZOZ Raciborskie Centrum Medyczne”. W umowie najmu (która dotyczyła pomieszczeń o łącznej powierzchni 1498 m² znajdujących się na I piętrze budynku tzw. kuchni¹⁹ oraz terenu o powierzchni 2100 m²) określono łączny czynsz w wysokościach netto: 12 zł/m² powierzchni pomieszczeń i 3 zł/ m² powierzchni terenu. Nie ustalono żadnych szczegółowych warunków korzystania z Izby Przyjęć, prowadzonej przez szpital publiczny, w tym wysokości wynagrodzenia za udostępnienie pomieszczeń Izby Przyjęć, których powierzchnia nie była objęta umową najmu, czy zasad dotyczących personelu medycznego udzielającego świadczeń na Izbie Przyjęć (podległości służbowej i odpowiedzialności).

Następnie, w dniu 1 października 2013 r., w związku z nabyciem²⁰ przez Spółkę pomieszczeń objętych ww. umową najmu, umowa wygasła w tej części. Spółka 17 grudnia 2013 r. zawarła ze Szpitalem Rejonowym porozumienie, na mocy którego Szpital wyraził zgodę Spółce na całodobowy dostęp do pomieszczeń i korzystanie z Izby Przyjęć oraz całodobowy dostęp na zasadach ogólnych do pomieszczeń Bloku Operacyjnego, Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz Oddziału Neurologicznego na potrzeby RCM. Spółka w tym porozumieniu zobowiązała się do płacenia comiesięcznej zryczałtowanej opłaty za korzystanie z ww. pomieszczeń w wysokości netto 100 zł. Nie ustalono żadnych szczegółowych

¹⁸ Nr księgi 000000024645, obecnie jest to Rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

¹⁹ Budynek oddzielny w stosunku do budynku, w którym zlokalizowana była Izba Przyjęć

²⁰ Akt notarialny z dnia 1 października 2013 r. Rep. A nr 2040/2013, transakcją objęto (§4 umowy): lokal użytkowy położony w budynku Szpitala Rejonowego przy ul. Gamowskiej 3, składający się z: klatki schodowej i komunikacji o pow. 42,50m² zlokalizowanych na I kondygnacji (przyziemie), wiatrolapu, hallu wejściowego, recepcji, szatni, 8 korytarzy, 27 pokoi, pomieszczenia zaplecza administracyjnego, 8 pomieszczeń WC, 2 pokoi do mycia i dezynfekcji wózków, pomieszczenia sprzężarek, stacji pomp, 6 magazynów, 2 śluz, pomieszczenia porządkowego, 12 węzłów sanitarnych, 2 łazienek, 3 brudowników, 3 posterunków pielęgniarek, kuchenki oddziałowej, przedsionka, dyżurki pielęgniarek, dyżurki lekarzy, 2 pomieszczeń INK, aneksu socjalnego, pomieszczenia dezynfekcji, 2 pomieszczeń technicznych, 2 pracowni zabiegowych, 2 sterowni, 2 klatek schodowych i schodów o powierzchni łącznej 1.457,50m² zlokalizowanych na II kondygnacji (parter) oraz 3 korytarzy, 3 maszynowni, 2 węzłów sanitarnych, 2 szatni, 2 magazynów, pomieszczenia UPS, klatki schodowej i schodów o powierzchni 306,60m² zlokalizowanych na III kondygnacji (poddasze) o łącznej powierzchni 1.806,60m² wraz ze związanym z tym lokalem udziałem wynoszącym 56/100 części w nieruchomości wspólnej, którą stanowi grunt (działka nr 1563,454 KM 4 obręb Stara Wieś) oraz części budynku i urządzenia, które nie służą do wyłącznego użytku właścicieli lokali.

warunków korzystania z Izby Przyjęć prowadzonej przez szpital publiczny, w tym wysokości wynagrodzenia za udostępnienie pomieszczeń samej Izby Przyjęć oraz zasad dotyczących personelu medycznego udzielającego świadczeń na Izbie Przyjęć (podległości służbowej i odpowiedzialności).

Zarówno sprzęt medyczny jak i opiekę lekarską oraz pielęgniarską na Izbie Przyjęć zapewniał Szpital Rejonowy, a nie RCM. W wyniku przeprowadzonych w Izbie Przyjęć oględzin 4 marca 2015 r. nie stwierdzono by w jej pomieszczeniach przebywał personel zatrudniony w RCM.

W §6 Statutu NZOZ Raciborskie Centrum Medyczne w Raciborzu²¹ oraz w §3 Regulaminu porządkowego NZOZ Raciborskie Centrum Medyczne w Raciborzu²², załączonych do wniosku o wpis do rejestru zakładów opieki zdrowotnej podano, że w skład NZOZ RCM wchodzi m.in. komórka organizacyjna „Izba Przyjęć”. Natomiast w dokumentach tych nie wskazano jej, jako uczestniczącej w przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych. Podano jedynie (w §5 i w §6 ww. Regulaminu), że pacjent zgłaszający się do RCM (zwanego w tym dokumencie „Zakładem”) kierowany jest do Rejestracji. Natomiast pacjent przyjęty do leczenia w trybie pilnym, przyjmowany jest w Izbie Przyjęć Szpitala Rejonowego po zakwalifikowaniu do leczenia szpitalnego w Zakładzie i uzgodnieniu z lekarzem dyżurnym zostaje przetransportowany do Zakładu, gdzie zostaje objęty leczeniem szpitalnym w Oddziale Zakładu. Analogiczne zapisy znajdowały się w §14 i w §15 Regulaminu Organizacyjnego podmiotu leczniczego Raciborskie Centrum Medyczne Spółki z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Raciborzu²³, obowiązującego w dniu przeprowadzania kontroli.

(dowód: akta kontroli str. 47-48, 73-87, 106-110, 251, 556, 573-574)

1.5. W prowadzonej przez RCM księdze odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych w okresie od 8 września 2010 r. do dnia kontroli (3 kwietnia 2015 r.) zamieszczone były 4 wpisy (przy czym ostatni z datą 24 marca 2014 r.). We wszystkich przypadkach odmówiono przyjęcia pacjentów i odesłano ich do Izby Przyjęć Szpitala Rejonowego. Wpisy w księdze były nieczytelne, nie odnotowano numeru kolejnego pacjenta oraz nie wskazano jednoznacznie powodu odmowy przyjęcia do RCM. Ponadto żadnemu z 4 pacjentów wpisanych do księgi RCM nie wystawiło pisemnej informacji o rozpoznaniu choroby, problemu zdrowotnego lub urazu, wynikach przeprowadzonych badań, przyczynie odmowy przyjęcia do szpitala, udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz ewentualnych zaleceniach. Informacje takie, zgodnie z wyjaśnieniem Prezesa Zarządu Spółki, wystawiał Szpital Rejonowy.

(dowód: akta kontroli str. 332-340, 381-386)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. RCM nie posiadało w swojej strukturze Izby Przyjęć jako wydzielonej organizacyjnie, kadrowo, materialnie i funkcjonalnie komórki organizacyjnej. Tym samym dane przedstawione we wniosku Spółki z 21 listopada 2010 r. o wpis do rejestru zakładów opieki zdrowotnej (obecnie rejestru podmiotów wykonujących

²¹ W brzmieniu nadanym uchwałą nr 1/2010 Nadzwyczajnego Zgromadzenia Wspólników RCM z 17 listopada 2010 r.

²² W brzmieniu nadanym Zarządzeniem nr 08/2010 Dyrektora NZOZ RCM z 18 listopada 2010 r.

²³ W brzmieniu nadanym Zarządzeniem nr 17/2014 Prezesa Zarządu RCM Sp. z o.o. z 13 maja 2014 r.

działalność leczniczą) komórki organizacyjnej „Izba Przyjęć” były niezgodne ze stanem faktycznym, co NIK ocenia negatywnie.

Funkcje Izby Przyjęć RCM faktycznie realizowała komórka organizacyjna innego, odrębnego podmiotu leczniczego, gdyż opiekę lekarską oraz pielęgniarską zapewniał Szpital Rejonowy, a nie RCM. Spółka, pomimo uregulowania w aneksie z dnia 18 listopada 2010 r. do umowy najmu pomieszczeń (nieobejmującej powierzchni Izby Przyjęć) z dnia 29 lipca 2009 r. oraz w porozumieniu z dnia 17 grudnia 2013 r. faktu dostępu i korzystania z Izby Przyjęć Szpitala Rejonowego, nie zapewniła sobie posiadania w swojej strukturze pomieszczeń i urządzeń Izby Przyjęć.

Prezes Zarządu Spółki wyjaśnił w tej sprawie, że *Izba Przyjęć NZOZ Raciborskie Centrum Medyczne znajduje się na terenie Szpitala Rejonowego w Raciborzu mieszczącego przy ulicy Gamowskiej 3. Z Izby Przyjęć korzystamy na podstawie umowy najmu zwartej w dniu 29.07.2009 roku, a następnie na mocy porozumienia zawartego w dniu 17.12.2013 roku ze Szpitalem Rejonowym w Raciborzu, na mocy którego posiadamy całodobowy nieograniczony dostęp i możliwość korzystania z w/w Izby. Izba Przyjęć funkcjonuje zgodnie z Regulaminem Organizacyjnym Podmiotu Leczniczego Raciborskie Centrum Medyczne. Zgodnie z zapisami w/w Regulaminu pacjent zgłaszający się na Izbę Przyjęć po kwalifikacji do hospitalizacji na oddziale kardiologicznym, zostaje przyjęty do naszego Zakładu.*

(dowód: akta kontroli str. 9-25, 33-137, 296-314, 319-322, 332-340, 347-350)

Zdaniem NIK przytoczone wyjaśnienia, jak również postanowienia Statutu i obowiązującego Regulaminu Organizacyjnego Spółki, potwierdzają ustalenia kontroli dotyczące Izby Przyjęć RCM. Wynika z nich bowiem, że choć w przedmiotowych dokumentach mowa jest o posiadaniu Izby Przyjęć jako wydzielonej komórki organizacyjnej RCM, to faktycznie RCM jej nie posiada.

NIK zauważa, że wpisu Izby Przyjęć RCM do – prowadzonego przez Wojewodę Śląskiego - rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą dokonano pomimo, iż zarówno z Regulaminu porządkowego, jak i protokołu kontroli przeprowadzonej przez PPIS w Raciborzu wynikało, że RCM nie posiada komórki organizacyjnej „Izba Przyjęć”, natomiast zawarta ze Szpitalem Rejonowym umowa najmu nie obejmowała powierzchni Izby Przyjęć, a dotyczyła jedynie możliwości korzystania z tych pomieszczeń. Również porozumienie zawarte ze Szpitalem Rejonowym dotyczyło takiej możliwości.

W toku kontroli uzyskano od Wojewody Śląskiego wyjaśnienie, zgodnie z którym Izba Przyjęć została ujęta w danych rejestrowych dotyczących RCM na wniosek tego podmiotu, gdyż z wniosku wynikało, że RCM posiada komórkę organizacyjną Izba Przyjęć. Wojewoda Śląski wyraził też opinię, że jego zdaniem *istnieje możliwość funkcjonowania takiej samej komórki organizacyjnej w oparciu o te same pomieszczenia w strukturach dwóch podmiotów leczniczych, wymaga to jednak zastosowania rozdzielności czasowej. Natomiast w przypadku prowadzenia Izby Przyjęć, wobec charakteru jej działalności, takie rozwiązanie może budzić wątpliwości.*

Natomiast z przedłożonych do wniosku dokumentów, w tym m.in. z Regulaminu Organizacyjnego RCM oraz postanowienia wydanego przez Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Raciborzu²⁴ wynikało, że RCM wskazało

²⁴ Zwanego dalej „PPIS w Raciborzu”.

służbom sanitarnym na etapie uzyskiwania ww. postanowienia pomieszczenia Izby Przyjęć innego podmiotu - Szpitala Rejonowego. Tenże podmiot publiczny dysponował uprzednio wydaną przez PPIIS decyzją w zakresie spełnienia wymagań fachowych i sanitarnych, wskazującą te same pomieszczenia i wyposażenie, które w innym (późniejszym) postępowaniu wykazał RCM. W tej sytuacji, w ramach dwóch różnych postępowań administracyjnych, na podstawie dwóch różnych decyzji PPIIS, wojewoda dokonał w danych rejestrowych dwóch różnych podmiotów wykonujących działalność leczniczą, wpisu tej samej izby przyjęć – jako komórki organizacyjnej działającej jednocześnie w strukturze każdego z nich.

(dowód: akta kontroli str. 320, 543-593)

2. W szesnastu miesiącach wybranych do kontroli²⁵, wystąpiło łącznie 76 dni (15,3%), w których w RCM nie zapewniono wymaganej przepisami rozporządzenia MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych (oraz poprzedzającego go rozporządzenia z dnia 29 sierpnia 2009 r.²⁶), wyodrębnionej całodobowej opieki lekarskiej, o której mowa w załączniku nr 4 (w części organizacja udzielania świadczeń) do ww. rozporządzenia. W myśl tych przepisów, świadczeniodawca udzielający świadczeń w trybie hospitalizacji – w przypadku leczenia inwazyjnego ostrego zespołu wieńcowego (OZW) – zobowiązany był do zapewnienia wyodrębnionej całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia, przy czym od dnia 1 stycznia 2012 r. warunkiem koniecznym pozwalającym na uznanie, że spełniony został ten wymóg było pełnienie w oddziale kardiologii dyżuru przez specjalistę w dziedzinie kardiologii. Natomiast w ustalonych dniach w RCM dyżury pełnione były przez: dwóch lekarzy w trakcie specjalizacji z kardiologii lub przez jednego lekarza specjalistę w dziedzinie chorób wewnętrznych oraz jednego lekarza w trakcie specjalizacji z kardiologii. Brak więc w tym czasie było obecnego w Oddziale Kardiologicznym lekarza specjalisty w dziedzinie kardiologii.

Prezes Zarządu Spółki wyjaśnił w tej sprawie, że *lekarze dyżurni pełnią obowiązki według harmonogramu dyżurów ustalanego na każdy miesiąc, z tego jeden w oddziale, jeden w pracowni hemodynamiki, a jeden pełni dyżur pod telefonem (wykazywany jest w grafikach w kolumnie „nadzór”). Zawsze przynajmniej jeden z lekarzy jest specjalistą kardiologiem.*

W ocenie NIK pełnienie nadzoru przez lekarza specjalistę kardiologa będącego w dyspozycji wezwania na Oddział nie jest tożsame z pełnieniem przez niego dyżuru medycznego. Zgodnie bowiem z przepisami art. 95 ust. 1 i 2 *ustawy o działalności leczniczej*, dyżurem medycznym jest wykonywanie poza normalnymi godzinami pracy czynności zawodowych przez pracowników wykonujących zawód medyczny i posiadających wyższe wykształcenie, w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne. Takie też stanowisko zaprezentował także Piotr Warczyński, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia.

(dowód: akta kontroli str. 138-189, 193-197, 343-346)

²⁵ Lipiec, sierpień i grudzień w 2011 r. oraz: styczeń, lipiec, sierpień i grudzień z lat 2012 – 2014 i styczeń 2015 r.

²⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. z 2013 r., poz. 1082 ze zm.), w brzmieniu ustalonym rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 15 września 2011 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. Nr 202, poz. 1191).

3. RCM nie dochowało wymogu określonego w załączniku nr 4 (w części organizacja udzielania świadczeń – leczenia inwazyjnego ostrych zespołów wieńcowych) do rozporządzenia MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych, tj. zapewnienia stałej obecności technika radiologa w godzinach pracy pracowni hemodynamiki. Pracownia ta pełniła bowiem dyżur całodobowy we wszystkie dni tygodnia, natomiast usługi medyczne w zakresie elektroradiologii zapewniał podmiot zewnętrzny, który zgodnie z zawartą umową wykonywał te usługi tylko w godzinach od 8.00 do 16.00 w dni powszednie od poniedziałku do piątku (lub od 7.30 do 15.30 za porozumieniem stron), natomiast poza tymi godzinami - na wezwanie lekarza dyżurnego.

Powyższe ustalenie potwierdziły złożone wyjaśnienia Prezesa Zarządu Spółki, że: *poza wymienionymi w umowie godzinami oraz w weekendy i święta technik elektroradiologii świadczy swoje usługi w gotowości tzn. pod telefonem zgodnie z ustalonym harmonogramem. Przed zabiegiem technik elektroradiologii zostaje wezwany przez lekarza dyżurnego, pracownia zabezpieczona jest całodobowo co potwierdzają płatności na rzecz tej firmy, celem doprecyzowania interpretacji umowy wprowadzamy aneks do umowy, gdzie zostanie wyartykułowana całodobowa obecność techników elektroradiologii w/w Pracowni.*

W ocenie NIK, fakt samego dokonywania płatności na rzecz ww. świadczeniodawcy nie pozwala uznać, że pracownia zabezpieczona była całodobowo. Sformułowanie „stała obecność” nie oznacza bowiem pozostawiania w gotowości do świadczenia usług, lecz fizyczną obecność danej osoby w pracowni.

(dowód: akta kontroli str. 278-289, 315-318, 323-328)

4. W latach 2013-2015 trzech²⁷ spośród 19 lekarzy, którzy w wybranych do kontroli miesiącach²⁸ wykonywali badania przy użyciu promieniowania jonizującego, nie spełniało wymogów art. 33c ust. 5 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe²⁹, zgodnie z którym *osoby wykonujące i nadzorujące wykonywanie badań i zabiegów leczniczych przy użyciu promieniowania jonizującego są obowiązane do podnoszenia swoich kwalifikacji z zakresu ochrony radiologicznej pacjenta poprzez ukończenie szkolenia w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta, zdanie egzaminu i uzyskanie certyfikatu potwierdzającego jego zdanie.*

Prezes Zarządu Spółki potwierdził, że dwóch z nich wykonując zabiegi nie posiadało ważnych certyfikatów (lekarz A.O. czas pomiędzy ważnością certyfikatów wykorzystał na ukończenie przedmiotowego szkolenia, a w przypadku lekarza A.G. brak certyfikatu, spowodowany był odraczeniem kursu przez organizatora z uwagi na brak odpowiedniej liczby zainteresowanych) i wyjaśnił, że trzeci (P.K.) posiadał stosowne uprawnienia, na potwierdzenie czego przedłożył oświadczenie tego lekarza o zagubieniu certyfikatu i oczekiwaniu na duplikat.

W odniesieniu do ww. wyjaśnień NIK stwierdza, że ww. przepis stanowi, że lekarze mają posiadać ważny certyfikat w okresie wykonywania przez nich badań i zabiegów. Ponadto brak certyfikatu lekarza A.G. potwierdził też i uznał

²⁷ P.K. posiadał certyfikat ważny od 4 lutego 2015 r., a w styczniu 2015 r. wykonywał badania bez certyfikatu. A.G. posiadał certyfikat od 27 marca 2009 r. do 27 marca 2014 r. oraz od 27 września 2014 r. do 27 września 2019 r., a w lipcu i sierpniu 2014 r. wykonał 26 badań bez certyfikatu. A.O. posiadał certyfikat od 23 listopada 2008 r. do 23 listopada 2013 r. oraz od 8 stycznia 2014 do 8 stycznia 2019 r., a w grudniu 2014 r. wykonał jedno badanie bez certyfikatu.

²⁸ Styczeń, lipiec, sierpień i grudzień z lat 2013 – 2014 i styczeń 2015 r.

²⁹ Dz. U. z 2014 r., poz. 1512 ze zm., zwanej dalej „ustawą prawo atomowe”.

za nieprawidłowość Śląski Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Katowicach w toku kontroli przeprowadzonej w RCM w czerwcu 2014 r.

(dowód: akta kontroli str. 193-195, 198-237, 323-331)

5. Księga odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych prowadzona była w RCM w sposób niezgodny z § 4 ust. 1 oraz §27 ust. 1 pkt 2 i 11 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania³⁰. Wpisy do księgi były bowiem dokonywane w sposób nieczytelny, nie odnotowywano numeru kolejnego pacjenta oraz nie wskazano jednoznacznie powodu odmowy przyjęcia do RCM. Ponadto żadnemu z 4 pacjentów wpisanych do księgi RCM nie wystawiło pisemnej informacji o rozpoznaniu choroby, problemu zdrowotnego lub urazu, wynikach przeprowadzonych badań, przyczynie odmowy przyjęcia do szpitala, udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz ewentualnych zaleceniach, co było niezgodne z § 27 ust. 2 ww. rozporządzenia.

Prezes Zarządu Spółki wyjaśnił, że w księdze przyjęć nie wpisano numeru kolejnego pacjenta, ponieważ kolejność była chronologiczna, a w odpowiedzi na pytanie dlaczego nie określono jednoznacznego powodu odmowy przyjęcia wyjaśnił, że w księdze zaznaczono fakt skierowania na obserwację na Izbę Przyjęć celem ustalenia konieczności hospitalizacji, a karta informacyjna jest wystawiana na Izbę Przyjęć Szpitala Rejonowego, która jest również Izbą Przyjęć RCM.

(dowód: akta kontroli str. 332-340, 381-386)

W odniesieniu do ww. wyjaśnień NIK stwierdza, że wymóg odnotowania ww. danych w Księdze odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych, dokonywania czytelnych wpisów, a także wystawiania kart informacyjnych pacjentom przez podmiot leczniczy wynika wprost z podanych wyżej przepisów. Natomiast zapis o skierowaniu pacjenta na obserwację na Izbę Przyjęć innego podmiotu leczniczego celem ustalenia konieczności hospitalizacji nie stanowi informacji o powodzie odmowy przez RCM przyjęcia tego pacjenta do leczenia.

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia, że RCM w zakresie spełniania warunków wymaganych do realizacji świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego:

- zapewniło wymagane warunki ogólne dot. pomieszczeń i urządzeń Oddziału Kardiologii, OINK-u oraz Pracowni Hemodynamiki,
- zatrudniało personel lekarski i pielęgniarski w odpowiedniej liczbie i posiadający odpowiednie kwalifikacje, jednakże w wybranych do kontroli miesiącach stwierdzono aż 15,3% dni, w których nie zapewniono wymaganej przepisami wyodrębnionej całodobowej opieki lekarskiej nad pacjentami,
- nie prowadziło i nie posiadało w swojej strukturze Izby Przyjęć jako wydzielonej organizacyjnie, kadrowo, materialnie i funkcjonalnie komórki organizacyjnej,
- nie zapewniło stałej obecności w pracowni hemodynamiki technika radiologa.

2. Jakość i dostępność świadczeń zdrowotnych.

Opis stanu faktycznego

2.1. W latach: 2011, 2012, 2013 i 2014 w RCM udzielono świadczeń zdrowotnych z zakresów:

³⁰ Dz. U. z 2014 r. poz. 177 ze zm., zwane dalej „rozporządzeniem MZ w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej”.

- kardiologia – hospitalizacja na kwoty w kolejnych latach, odpowiednio: 2 451,8 tys. zł (z czego NFZ zapłacił za 84,3%); 3 714,5 tys. zł (zapłacono za 89,6%); 2 638,9 tys. zł (zapłacono za 95,7%) i 4 533,4 tys. zł (zapłacono za 83,0%),
- kardiologia – hospitalizacja E11 – E14 (obejmującego świadczenia z zakresu kardiologii inwazyjnej udzielane pacjentom w stanach nagłych) na kwoty odpowiednio: 7 378,4 tys. zł (zapłacono za 100%); 10 024,4 tys. zł (zapłacono za 100%); 10 036,0 tys. zł (zapłacono za 100%) i 8 980,6 tys. zł (zapłacono za 100,0%),
- kardiologia – hospitalizacja E23 – E26 (obejmującego świadczenia z zakresu kardiologii inwazyjnej udzielane pacjentom w trybie planowym) na kwoty odpowiednio: 1 604,0 zł (zapłacono za 99,7%); 1 561,4 tys. zł (zapłacono za 100%); 1 630,6 tys. zł (zapłacono za 100%), natomiast w 2014 r. świadczenia te zostały włączone do zakresu kardiologia – hospitalizacja.

(dowód: akta kontroli str. 243-247)

Kwota zakontraktowanych świadczeń zdrowotnych po zmianach wprowadzonych aneksami, w stosunku do kwoty pierwotnie wymienionej w umowach z NFZ, uległa następującym zmianom:

- kardiologia – hospitalizacja w poszczególnych latach okresu 2011 r. – 2014 r. kwota kontraktu wzrosła, odpowiednio o: 72,3%; 171,9%; 108,7%; 31,8%,
- kardiologia – hospitalizacja E11 – E14 (E10-E14) w poszczególnych latach okresu 2011 r. – 2013 r. kwota kontraktu wzrosła, odpowiednio o: 207,4%; 233,2%; 9,8%; a w 2014 r. zmalała o 1,7%,
- kardiologia – hospitalizacja E23 – E26 w 2011 r. wzrosła o 33,3%, po czym w 2012 r. zmalała o 4,5%, w 2013 r. nie uległa zmianie, natomiast w 2014 r. nie zakontraktowano żadnego świadczenia.

RCM nie posiadało umowy z NFZ o udzielanie świadczeń w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii (hospitalizacja), a także Izby Przyjęć.

(dowód: akta kontroli str. 243-247)

2.2. W badanym okresie RCM udzieliło świadczeń medycznych w następującej liczbie: 1101 w 2011 r. (w tym 79,2% świadczeń w ramach grup zaliczanych do kardiologii inwazyjnej), 1376 w 2012 r. (85,3%), 1344 w 2013 r. (93,0%) i 1422 w 2014 r. (89,1%). Świadczenia te zrealizowano w ramach, odpowiednio: 30, 29, 29, 28 różnych grup JGP. Część ww. hospitalizacji dotyczyła pacjentów skierowanych do leczenia z Izby Przyjęć Szpitala Rejonowego - odpowiednio w latach 2012-2014: 130 hospitalizacji (9,4%), 150 (11,1%) i 129 (9,1%). Część hospitalizacji dotyczyła pacjentów skierowanych do leczenia z Oddziału Chorób Wewnętrznych Szpitala Rejonowego - w kolejnych latach okresu 2012 r. – 2014 r. odpowiednio: 142 hospitalizacje (10,3%), 126 (9,4%) i 96 (6,7%).

(dowód: akta kontroli str. 249-250, 276-277, 598)

2.3. W Księdze odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych RCM za okres od 8 września 2010 r. do dnia kontroli NIK (3 kwietnia 2015 r.) odnotowano cztery przypadki odmów przyjęcia pacjentów (ostatni z datą 24 marca 2014 r.). W przypadku trzech z nich stwierdzone rozpoznania dotyczyły chorób układu krążenia³¹. Natomiast w czwartym przypadku rozpoznano zapalenie oskrzeli. Osoby te, zgodnie z wpisami zawartymi w ww. Księdze, odesłano do Izby Przyjęć Szpitala Rejonowego.

³¹ Stabilna choroba wieńcowa, migotanie przedsionków, nadciśnienie tętnicze.

Dyrektor Szpitala Rejonowego poinformował NIK, że wszyscy ww. pacjenci w tym samym dniu, w którym odmówiono im przyjęcia do leczenia w RCM, zgłosili się na Izbę Przyjęć Szpitala, gdzie zostali odnotowani w ewidencji medycznej (jako świadczenie medyczne – porada lekarska, konsultacja, asysta, bez wskazań do hospitalizacji).

(dowód: akta kontroli str. 332-342, 351-352, 381-386)

2.4. W latach 2011-2014 w RCM hospitalizowano 5243 pacjentów, z czego w przypadku 292 osób (5,6% wszystkich hospitalizacji) czas hospitalizacji wynosił do 24 godzin, w 1351 przypadkach (25,8%) - pomiędzy 24 a 48 godz., w 572 przypadkach (10,9%) - pomiędzy 48 a 72 godz., a w 3028 przypadkach (57,7%) - co najmniej 72 godz.

(dowód: akta kontroli str. 249-250, 276-277)

2.5. Analiza dokumentacji medycznej wszystkich 122 pacjentów, których czas hospitalizacji w RCM był krótszy lub równy 96 godzinom, którym w latach 2012-2013 wykonano zabiegi angioplastyki³² i którzy zostali wypisani do domu³³, wykazała, że:

- u wszystkich pacjentów w trakcie zabiegu koronarografii uwidoczniło się co najmniej jedną zwężoną tętnicę w stopniu nie mniejszym niż 70%,
- u 31 pacjentów rozpoznano zawał serca typu STEMI, tj. z uniesieniem odcinka ST (najcięższą postać zawału serca),
- u 54 pacjentów rozpoznano zawał serca typu NSTEMI, tj. bez uniesienia odcinka ST,
- u 35 pacjentów rozpoznano niestabilną chorobę wieńcową zwaną także „dusznicą niestabilną”, w tym u dwóch z nich dodatkowo stwierdzono wystąpienie zawału typu 4a, tzw. pozabiegowego,
- u jednego rozpoznano zawał serca typu 2a,
- u jednego rozpoznano zawał serca typu 4a.

(dowód: akta kontroli str. 249-250, 353-380)

Średni czas hospitalizacji 31 pacjentów, u których rozpoznano zawał serca typu STEMI, wyniósł 85 godz. 51 min., z czego najkrótszy czas pobytu w RCM wyniósł 79 godz. 29 min. a najdłuższy 91 godz. 21 min, co było zgodne z wytycznymi Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego³⁴.

Czas oczekiwania na interwencję zabiegową ww. pacjentów z rozpoznaniem zawału serca STEMI, liczony od chwili przyjęcia: w 21 przypadkach nie przekroczył 60 min., w 27 przypadkach nie przekroczył 120 min., a w 3 przypadkach przekroczył 120 min. (2 godz. 43 min., 14 godz. 10 min., 22 godz. 10 min.). Zgodnie z wytycznymi Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego czas oczekiwania na interwencję zabiegową w przypadku pacjentów z rozpoznaniem zawału serca STEMI nie powinien przekroczyć 60-120 minut³⁵.

³² Którzy zostali rozliczeni w ramach świadczeń z grup E12 i E14.

³³ Z wyłączeniem pacjentów, którzy zostali wypisani do domu na własne żądanie, zmarli lub zostali przeniesieni do innego szpitala.

³⁴ Wczesny wypis (po mniej więcej 72 godz.) pacjentów z rozpoznaniem zawału serca STEMI jest dopuszczalny u wybranych pacjentów z grupy małego ryzyka, jeżeli zorganizowana zostanie wczesna rehabilitacja i odpowiednia dalsza kontrola (Wytyczne ESC dotyczące postępowania w ostrym zawałe serca z przetrwałym uniesieniem odcinka ST. Kardiologia Polska 2012; 70 supl. VI, str. 286).

³⁵ Wytyczne ESC dotyczące rewaskularyzacji mięśnia sercowego. Kardiologia Polska 2010; 68 (supl. VIII), str. 589-591.

Prezes Zarządu Spółki wyjaśnił, że w ww. trzech przypadkach późniejsza interwencja była uzasadniona ze względu na zawał w fazie ewolucji.

(dowód: akta kontroli str. 343-346, 353-380)

W trakcie hospitalizacji w RCM 121 ze 122 pacjentów z badanej próby oznaczano poziom parametrów biochemicznych krwi - tzw. markerów martwicy mięśnia sercowego: troponiny (cTn) i kinazy kreatynowej (CK-MB).

W przypadku 114 spośród 122 analizowanych hospitalizacji (93,4%), wypisano pacjentów z RCM do domu po stwierdzeniu spadku poziomu jednego z dwóch badanych markerów martwicy mięśnia sercowego.

W 7 spośród 122 analizowanych przypadków (5,7%) wypisano pacjenta z RCM mimo braku stwierdzenia spadku poziomu żadnego z badanych markerów³⁶.

W przypadku jednego pacjenta (0,9%) markerów tych w trakcie hospitalizacji w ogóle nie oznaczano.³⁷ Nie dysponowano również wynikami badań wykonanymi przed przyjęciem pacjenta do RCM.

Prezes Zarządu Spółki wyjaśnił, że decyzję o wypisaniu pacjenta podejmuje się po ocenie jego stanu klinicznego i nie ma żadnych zaleceń warunkujących wypis od poziomu troponiny czy też CK-MB.

(dowód: akta kontroli str. 353-386)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

NIK zwraca uwagę na możliwość występowania niejednorodnej praktyki w zakresie uzależniania czasu hospitalizacji pacjentów od zmian poziomu troponiny. Z przeprowadzonej na potrzeby kontroli ankiety wynika bowiem, że według konsultanta krajowego w dziedzinie kardiologii prof. dra hab. Jarosława Kaźmierczaka oraz 8 z 10 konsultantów wojewódzkich w dziedzinie kardiologii³⁸ wypis pacjenta z rozpoznaniem ostrym zespołem wieńcowym lub zawałem mięśnia sercowego NSTEMI lub STEMI po przeprowadzeniu leczenia interwencyjnego (angioplastyka z/lub bez implantacji stentu) jest możliwy, gdy poziom troponiny maleje, nawet jeśli jest on nadal powyżej normy dla stanu prawidłowego. Jednocześnie jednak dwóch konsultantów wojewódzkich w dziedzinie kardiologii³⁹ stwierdziło, iż „Oznaczenie poziomu troponiny jest pomocne w ocenie ryzyka pacjenta z zawałem serca jednak jej poziom nie może być używany jako pojedynczy wskaźnik determinujący długość hospitalizacji (...) zwiększanie się stężenia troponiny w kolejnych pomiarach może świadczyć o utrzymującym się niedokrwieniu o ile jest to skorelowane z zapisem EKG oraz stanem klinicznym pacjenta. U pacjentów z niewydolnością nerek poziom troponiny może (być) przewlekłe zwiększony” oraz, że „Stężenie Troponiny nie jest właściwym wskaźnikiem określającym termin wypisu chorego do domu. Decyduje obraz kliniczny. Staramy się jednak uzyskać zmniejszenie stężeń wskaźników martwicy serca wskazujące na proces gojenia.”

Opis stanu
faktycznego

2.6. W 27 z 122 badanych przypadków pacjentom wyznaczono drugi etap angioplastyki (co wynikało z zapisów kart informacyjnych leczenia szpitalnego), bowiem podczas pierwszego ich pobytu w RCM w trakcie koronarografii

³⁶ Dotyczyło to pacjentów o następujących nr księgi w 2012 r.: 20, 256, 879, 913, 1066, a w 2013 r.: 813, 1204.

³⁷ Pacjent o nr księgi 394 w 2013 r.

³⁸ Lubelskiego, lubuskiego, łódzkiego, opolskiego, podlaskiego, śląskiego, świętokrzyskiego, wielkopolskiego.

³⁹ Małopolski, warmińsko-mazurski.

stwierdzono, że co najmniej dwie (a czasem trzy lub cztery) tętnice są zwężone przynajmniej w 70%.

20 z 27 osób, w terminie od dwóch tygodni do trzech miesięcy, zgłosiło się do RCM w celu wykonania drugiego etapu angioplastyki.⁴⁰ Wszystkie 20 hospitalizacji rozliczono jako hospitalizację planową, tj. z grupy rozliczeniowej E23⁴¹ lub E56⁴² (rozpoznanie I25.0⁴³).

Prezes Zarządu Spółki wyjaśnił, że na podstawie aktualnej wiedzy medycznej i zaleceń dostępnych w literaturze etapowość wykonywania angioplastyki jest postępowaniem prawidłowym.

Jeden z pacjentów zakwalifikowanych do drugiego etapu angioplastyki był hospitalizowany w RCM po raz trzeci⁴⁴ w terminie nie dłuższym niż trzy miesiące od momentu jego poprzedniego wypisu. Pacjent zgłosił się do RCM 17 kwietnia 2014 r. ze skierowaniem, na którym lekarz wpisał „Proszę o b. pilne przyjęcie”, zakwalifikowano go do przyjęcia i faktycznie przyjęto 22 kwietnia 2014 r. W tym też dniu został przyjęty do RCM na Oddział Kardiologii, natomiast 23 kwietnia 2014 r. wykonano mu zabieg angioplastyki. Udzielone mu świadczenie medyczne zostało rozliczone wg grupy JGP E12⁴⁵ dedykowanej dla świadczeń udzielonych w trybie pilnym.

(dowód: akta kontroli str. 377-386, 487-496)

2.7. W latach 2011-2014 w RCM zostało przeprowadzonych 30 kontroli/wizytacji, z których 2 dotyczyły obszarów zbieżnych z tematyką niniejszej kontroli NIK:

- wizytacja przeprowadzona w 2011 r. przez Konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie kardiologii - prof. dr hab. n. med. Lech Poloński, który pozytywnie zaopiniował zdolność RCM do prowadzenia specjalizacji z dziedziny kardiologii;
- kontrola przeprowadzona w czerwcu 2014 r. przez Śląskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Katowicach w zakresie ochrony radiologicznej w jednostkach organizacyjnych stosujących aparaty rentgenowskie do celów medycznych, w trakcie której stwierdzono następujące nieprawidłowości:
 - brak certyfikatu z zakresu ochrony radiologicznej pacjenta przez lekarza A. G., co było niezgodne z art. 33c ust. 7 ustawy prawo atomowe;
 - brak realizacji programu szkoleń, co było niezgodne z art. 11 ust. 1 i 2 ustawy prawo atomowe;
 - brak aktualnych badań lekarskich dla dwóch osób, co było niezgodne z art. 10 ustawy prawo atomowe;
 - brak przeprowadzonego audytu wewnętrznego, co było niezgodne z § 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej⁴⁶.

(dowód: akta kontroli str. 290-295)

⁴⁰ Pozostałych siedmiu się nie zgłosiło, z czego jeden w terminie późniejszym trafił do RCM i został rozliczony z grupy rozliczeniowej E13.

⁴¹ Angioplastyka wieńcowa z implantacją jednego stentu DES.

⁴² Choroba niedokrwienna serca powyżej 69 roku życia lub z powikłaniami.

⁴³ Choroba serca i naczyń krwionośnych w przebiegu miażdżycy.

⁴⁴ Pacjent o nr 483 w 2014 r.

⁴⁵ OZW - leczenie inwazyjne złożone.

⁴⁶ Dz. U. z 2013 r. poz. 1015 ze zm.

Ustalone
nieprawidłowości

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

Niezgodnie z § 13 ust. 1-5 Zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie warunków leczenia⁴⁷, przedstawiono do rozliczenia przez NFZ i rozliczono świadczenie medyczne udzielone jednemu z pacjentów⁴⁸, któremu wykonano wcześniej dwukrotnie zabieg angioplastyki. Indywidualna dokumentacja medyczna nie potwierdzała konieczności przyjęcia pacjenta w trybie pilnym (i rozliczenia w ramach grupy E12 - OZW - leczenie inwazyjne złożone), bowiem choć pacjent zgłosił się do RCM w dniu 17 kwietnia 2014 r., to jednak zakwalifikowano go do przyjęcia dopiero 5 dni później, tj. 22 kwietnia 2014 r. W tym też dniu został przyjęty do RCM na Oddział Kardiologii, natomiast 23 kwietnia 2014 r. wykonano mu zabieg angioplastyki.

Prezes Zarządu Spółki wyjaśnił, że pacjent został rozliczony w ramach grupy JGP E12 na podstawie zgłaszanych objawów potwierdzonych istotnymi zmianami w koronarografii.

(dowód: akta kontroli str. 379, 487-496)

W ocenie NIK, nie było podstaw do potraktowania ww. przypadku jako przyjęcia w trybie pilnym. Wynika to z przebiegu zdarzenia – pacjent oczekiwał na przyjęcie 5 dni, a dopiero po 6 dniach wykonano mu zabieg angioplastyki. Właściwą grupą JGP do rozliczenia udzielonego świadczenia była grupa E23 (Angioplastyka wieńcowa z implantacją DES) dedykowana dla świadczenia udzielonego w trybie planowym, a nie grupa E12 (OZW - leczenie inwazyjne złożone) dedykowana dla świadczenia udzielonego w trybie pilnym.

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia, że RCM zapewniło pacjentom dostępność świadczeń medycznych w zakresie kardiologii.

IV. 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 Kontroli⁴⁹, wnosi o:

- 1. Zapewnienie posiadania i funkcjonowania komórki organizacyjnej Izba Przyjęć w strukturze RCM zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą lub doprowadzenie do zgodności wpisu w rejestrze ze stanem faktycznym.**
- 2. Zapewnienie wymaganej przepisami aktualnie obowiązującego rozporządzenia MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych wyodrębnionej całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia.**
- 3. Zweryfikowanie i ponowne przedstawienie do rozliczenia z ŚOW NFZ hospitalizacji pacjenta przyjętego planowo, a rozliczonego przez RCM w grupie JGP dedykowanej dla świadczenia udzielonego w trybie pilnym.**
- 4. Zapewnienie wykonywania i nadzorowania badań i zabiegów leczniczych przy użyciu promieniowania jonizującego wyłącznie przez osoby, które**

⁴⁷ Zarządzenie nr 89/2013 DSOZ Prezesa NFZ z dnia 19 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalne.

⁴⁸ Pacjent o nr 483 w 2014 r.

⁴⁹ Dz. U. z 2012 r., poz.82 ze zm., zwanej dalej „ustawą o NIK”.

ukończyły szkolenia w dziedzinie ochrony radiologicznej pacjenta oraz zdały egzamin i uzyskały certyfikat potwierdzający jego zdanie.

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 Katowicach.

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.

Katowice, dnia 30 czerwca 2015 r.

**Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Katowicach**