



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Katowicach

LKA - 4101-039-03/2014
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 |
| Kontrolerzy | 1. Katarzyna Gradzik, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 92448 z dnia 8 stycznia 2015 r. 2. Tomasz Raszka, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 92447 z dnia 8 stycznia 2015 r. 3. Mieczysław Handzel, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 93210 z dnia 10 marca 2015 r. 4. Waldemar Góra, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 93231 z 30 marca 2015 r. (dowód: akta kontroli str. 1-8) |
| Jednostka kontrolowana | American Heart of Poland S.A. ¹ |
| Kierownik jednostki kontrolowanej | Paweł Buszman, Prezes Zarządu Spółki ² . (dowód: akta kontroli str. 88-89) |

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli³ ocenia, że Spółka w okresie objętym kontrolą⁴ w ramach swojej jednostki organizacyjnej – PAKS - III Oddziału Kardiologii:

- zapewniła wymagane przepisami warunki ogólne dotyczące pomieszczeń i urządzeń oddziału kardiologii, oddziału intensywnego nadzoru kardiologicznego, pracowni hemodynamiki oraz oddziału anestezjologii i intensywnej terapii,
- zatrudniała personel lekarski i pielęgniarski posiadający odpowiednie kwalifikacje oraz w liczbie umożliwiającej zapewnienie właściwej opieki do realizacji

¹ Zwana dalej „AHP” lub „Spółką”. Nr statystyczny Regon: 072347621, siedziba Spółki: 43-450 Ustroń, ul. Sanatoryjna 1. Przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego: Polsko-Amerykańskie Kliniki Serca III Oddział Kardiologii Inwazyjnej, Angiologii i Elektrokardiologii w Dąbrowie Górniczej: ul. Szpitalna 13, 41-300 Dąbrowa Górnicza – zwany dalej „PAKS – III Oddział Kardiologii” lub „Szpital”.

² Zwany dalej „Prezesem Spółki”. Paweł Buszman pełni tę funkcję od 1 maja 2014 r. W okresie od 5 października 2011 r. do 30 kwietnia 2014 r. funkcję Prezesa Zarządu pełniła Katarzyna Adamek.

³ Zwana dalej „NIK” lub „Izbą”.

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.

- świadczeń w oddziale kardiologicznym, oddziale intensywnego nadzoru kardiologicznego i pracowni hemodynamiki,
- zapewniła pacjentom dostępność do finansowanych ze środków publicznych świadczeń z zakresy kardiologii, w tym kardiologii inwazyjnej,
 - zapewniła, by czas oczekiwania na interwencję zabiegową w przypadku pacjentów w ostrych stanach kardiologicznych – z zawałem serca typu STEMI, w przeważającej części (88% przypadków poddanych analizie) nie przekroczył 60 minut.

Spółka równocześnie nie spełniła w Szpitalu wymagań określonych w obowiązujących przepisach, dotyczących warunków technicznych sformułowanych dla izby przyjęć, liczby łóżek w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz przeszkolenia jednego lekarza (wykonującego badania i zabiegi lecznicze przy użyciu promieniowania jonizującego) w zakresie ochrony radiologicznej pacjenta.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

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

Opis stanu faktycznego

W latach 2012-2014 w oparciu o umowę zawartą z Narodowym Funduszem Zdrowia Śląskim Oddziałem Wojewódzkim w Katowicach⁵, Spółka realizowała w PAKS – III Oddziale Kardiologii świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju *leczenie szpitalne* m.in. w zakresach świadczeń: *kardiologia – hospitalizacja*, *kardiologia – hospitalizacja E11-E14* (od roku 2013 grupy E10-E14) oraz *kardiologia – hospitalizacja E23-E26* (do roku 2013).

Świadczenia te udzielane były w ramach struktury organizacyjnej przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, w której wyodrębniono następujące komórki organizacyjne: Oddział Kardiologiczny, Oddział Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego, Pracownię Angiograficzną (pracownię hemodynamiki, stanowiącą jednocześnie pracownię urządzeń wszczepialnych serca, pracownię radiologii zabiegowej i pracownię elektrofizjologii), Izbę Przyjęć oraz Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

Oddział Kardiologiczny, zlokalizowany na parterze i drugim piętrze pawilonu A należącego do kompleksu budynków Szpitala Specjalistycznego im. Sz. Starkiewicza w Dąbrowie Górniczej⁶, dysponował w kontrolowanym okresie ogółem od 26 do 31⁷ łózkami szpitalnymi, znajdującymi się w 10 pokojach 3-łózkowych i jednym pokoju 1-łózkowym. Oddział ten spełniał wymogi określone w §§ 18, 19, 20 i 24 *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą*⁸ oraz w Załączniku Nr 1 pkt II do tego rozporządzenia, tj. na Oddziale Kardiologicznym znajdowały się: punkt pielęgniarski

⁵ Zwanym dalej „NFZ” lub „Funduszem”. Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne zawarta 26 stycznia 2012 r. na okres od 1 stycznia 2012 r. do 31 grudnia 2014 r.

⁶ Zwanego dalej „Szpitalem im. Starkiewicza”.

⁷ Stan na dzień przeprowadzenia oględzin. W okresie od 19 maja do 30 grudnia 2014 r. w Oddziale były 32 łóżka.

⁸ Dz. U. z 2012 r., poz. 739, zwane dalej „rozporządzeniem MZ w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia szpitala”.

z pokojem przygotowawczym pielęgniarskim, gabinet diagnostyczno-zabiegowy, pomieszczenia higieniczno-sanitarne wyposażone w natrysk (w tym jedno przystosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych, w szczególności poruszających się na wózkach inwalidzkich – wspólne dla pacjentów Oddziału oraz pacjentów Izby Przyjęć) oraz dwa brudowniki (po jednym na każdym poziomie). Wszystkie sale łóżkowe wyposażone były w umywalkę z ciepłą i zimną wodą, dozownik z mydłem w płynie, ręczniki jednorazowe oraz pojemnik na zużyte ręczniki. Wszystkie łóżka w Oddziale Kardiologicznym dostępne były z trzech stron (w tym z dwóch dłuższych), odstęp między łózkami umożliwiał swobodny dostęp do nich, a szerokości tych pokoi i drzwi do nich umożliwiały swobodne wprowadzenie i wyprowadzenie łóżek szpitalnych.

(dowód: akta kontroli str. 65-77)

Stosownie do treści § 2 ust. 8 i 9 umów z NFZ, wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną Oddziału Kardiologicznego, ustalone na dzień przeprowadzenia oględzin, odpowiadało jego wykazowi zgłoszonemu do NFZ oraz wymaganiom określonym w tym zakresie w Załączniku Nr 4 do *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego*⁹.

(dowód: akta kontroli str. 78-82)

W ramach Oddziału Kardiologicznego (w części parterowej Pawilonu A), Spółka zapewniła funkcjonowanie Oddziału Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego¹⁰, składającego się z jednej sali wyposażonej w 5 łóżek intensywnego nadzoru kardiologicznego oraz punktu pielęgniarskiego umożliwiającego obserwację i monitorowanie pacjentów znajdujących się w OINK.

Wspólne dla Oddziału Kardiologicznego i OINK były wyszczególnione powyżej pomieszczenia porządkowe, higieniczno-sanitarne oraz diagnostyczno-zabiegowe. Wszystkie stanowiska OINK spełniały wymagania określone w Załączniku Nr 3 do *rozporządzenia MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych*.

Na tym samym poziomie, w części oznaczonej *Oddział Kardiologiczny* zlokalizowana była Pracownia Angiograficzna. Pracownię ta spełniała wymagania określone w Załączniku Nr 4 (w części I w Lp. 7) do *rozporządzenia MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych*, w części dotyczącej wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną.

(dowód: akta kontroli str. 65-82)

Zgodnie z warunkami określonymi w Załączniku Nr 3 do *rozporządzenia MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych*, w ww. komórkach organizacyjnych Szpitala – w Oddziale Kardiologicznym, OINK i Pracowni Angiograficznej, zapewniono odpowiednią, całodobową opiekę lekarską we wszystkie dni tygodnia¹¹, sprawowaną przez lekarzy specjalistów w dziedzinie kardiologii lub specjalistów w dziedzinie chorób wewnętrznych w trakcie specjalizacji z kardiologii oraz całodobową opiekę pielęgniarską.

(dowód: akta kontroli str. 1283-1285)

⁹ Dz. U. z 2013 r. poz. 1520 ze zm., zwane dalej „rozporządzeniem MZ w sprawie świadczeń gwarantowanych”.

¹⁰ Wpis w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą: część VIII kodu resortowego 4106, zwany dalej „OINK”.

¹¹ Szczegółowej analizie poddano sposób zapewnienia opieki lekarskiej i pielęgniarskiej w łącznie 12 miesiącach z lat 2012-2014, tj.: stycznia, lipca, sierpnia i grudnia każdego roku.

W strukturze PAKS – III Oddziału Kardiologii funkcjonował Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii¹². OAiT mieścił się na parterze w Pawilonie F Szpitala im. Starkiewicza. Pomieszczenia Oddziału: pokój 1-stanowiskowy, punkt pielęgniarski monitorowania chorych, pomieszczenie sanitarno-higieniczne z pełnym węzłem sanitarnym – przystosowane dla osób niepełnosprawnych i brudownik, spełniały wymogi określone w *rozporządzeniu MZ w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia*. Stanowisko w OAiT wyposażone było w sprzęt i aparaturę medyczną odpowiadającą wymaganiom określonym w Załączniku Nr 1 (Część I Lp. 1 *Wyposażenie w wyroby medyczne* pkt A. i B.) *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą*¹³.

Liczba łóżek w OAiT była niezgodna z minimalnymi wymogami w tym zakresie określonymi w *rozporządzeniu MZ ws. standardów w dziedzinie AIT*, co opisano szczegółowo w dalszej części wystąpienia, w sekcji *Ustalone nieprawidłowości*.

(dowód: akta kontroli str. 83-87)

W okresie objętym kontrolą Spółka posiadała ponadto umowę¹⁴ zawartą ze Szpitalem im. Starkiewicza dotyczącą realizacji świadczeń zdrowotnych w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii dla pacjentów PAKS – III Oddziału Kardiologii.

(dowód: akta kontroli str. 1209-1216)

Izba Przyjęć w PAKS – III Oddziale Kardiologii¹⁵ zlokalizowana była na parterze pawilonu A. Do Izby prowadziły podwójne szklane drzwi (otwierane automatycznie), stanowiące wejście główne do PAKS – III Oddziału Kardiologii. Na drzwiach wejściowych umieszczona była tablica z logo NFZ oraz danymi świadczeniodawcy.

Wejście do Izby posiadało zadaszenie o wymiarach: szerokość 1,40 m, długość 7,20 m. W celu dojazdu do IP – na drodze wewnętrznej (na terenie parkingu samochodowego) miejsce parkowania karetki oznaczone było symbolem koperty. Od tego miejsca, dostęp do Izby dla pacjentów przywożonych przez karetkę wymagał kolejno: pokonania na łóżku bądź wózku odległości ok. 15 m, a następnie – skorzystania z rampy dla osób niepełnosprawnych. W toku oględzin wyjaśniono, iż ambulans ratunkowy najczęściej korzystała z dojazdu bezpośrednio do rampy dla osób niepełnosprawnych, skąd odbywał się transport chorego do IP. Dla osób samodzielnie poruszających się dostęp do Izby z poziomu ulicy/chodnika przed budynkiem wymagał pokonania czterech stopni. Miejsce, gdzie zatrzymywały się karetki z pacjentami przed IP oraz droga dojazdu nie posiadały zadaszenia.

W pozostałym zakresie, pomieszczenia Izby Przyjęć spełniały wymagania określone w *rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą* (Załącznik Nr 1 *Szczegółowe wymagania, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia szpitala – I. Izba Przyjęć* pkt 2 i 4).

(dowód: akta kontroli str. 65-77)

W okresie objętym kontrolą w ramach funkcjonowania Izby Przyjęć prowadzona była zbiorcza dokumentacja medyczna, obejmująca *księgę główną przyjęć i wypisów* oraz *księgę odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych udzielanych w izbie przyjęć*. *Księga główna przyjęć i wypisów* prowadzona była w formie elektronicznej, a jej

¹² Zwany dalej „OAiT”.

¹³ Dz. U. z 2013 r. poz. 15, zwane dalej: „rozporządzenie MZ ws. standardów w dziedzinie AIT”.

¹⁴ Umowa nr 57/Z-U/2008 z 3 listopada 2008 r. – zmieniona kolejnymi aneksami.

¹⁵ Zwana dalej: „Izba” lub „IP”.

układ opracowany był w sposób umożliwiający zarejestrowanie wszystkich danych wymaganych przepisami § 26 rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania¹⁶.

Księga odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych udzielanych w izbie przyjęć prowadzona do końca 2013 roku pod nazwą *Książka przyjęć chorych i odmów* (w formie papierowej), zawierała wpisy dokonane w okresie od 24 stycznia do 26 grudnia 2012 roku (29 wpisów) oraz od 2 stycznia do 7 listopada 2013 roku (49 wpisów), stanowiące zapisy rozmów telefonicznych prowadzonych z lekarzami szpitalnych oddziałów ratunkowych lub izb przyjęć różnych podmiotów leczniczych oraz przypadków teletransmisji w ramach systemu LifeNet. Ponadto, „Konsultacje” stanowiły luźne zbiory kart informacyjnych z leczenia szpitalnego wraz z wynikami badań (laboratoryjnych, Ekg), bądź opisy konsultacji kardiologicznych dotyczących pacjentów, którzy zgłosili się (6 z 2012 roku i 9 z 2013 roku) do leczenia w PAKS – III Oddziale Kardiologii, a którym odmówiono przyjęcia ze względu na brak wskazań do hospitalizacji w oddziale kardiologii, skierowano ich do innego podmiotu leczniczego, bądź pacjentów, którzy nie wyrazili zgody na leczenie w trybie stacjonarnym. Wszystkie wpisy opatrzone były datą i podpisem z pieczętą lekarza.

Począwszy od stycznia 2014 roku zbiorcza dokumentacja medyczna pn. *Księga przyjęć i odmów na oddział* prowadzona była w wersji papierowej (21 wpisów dokonanych w okresie do 7 marca do 12 grudnia 2014 roku), zawierała rubryki do wypełnienia wymagane przepisem § 27 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej.

W prowadzeniu powyższej dokumentacji stwierdzono nierzetelne jej prowadzenie, opisane w dalszej części wystąpienia, w sekcji *Uwagi dotyczące badanej działalności*.

(dowód: akta kontroli str. 244, 1111-1126, 1250-1282)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. Liczba łóżek w OAiIT stanowiła od 1,82% do 1,85%¹⁷ wszystkich łóżek w PAKS – III Oddziale Kardiologii, co było niezgodne z przepisem § 4 ust. 3 rozporządzenia MZ w sprawie standardów w dziedzinie AiIT, według którego liczba łóżek w takim oddziale powinna stanowić co najmniej 2% ogólnej liczby łóżek w szpitalu.

(dowód: akta kontroli str. 1101)

Wiceprezes Zarządu – Gabriela Wanzek wyjaśniła: *Liczba łóżek w OAiIT wynosi 1 (jeden), natomiast ogólna liczba łóżek w PAKS wynosi 54 (pięćdziesiąt cztery), co oznacza, że OAiIT powinien posiadać 1,08 łóżka. Ponieważ przepisy wyżej wymienionego rozporządzenia nie zawierają w tym zakresie jakiegokolwiek regulacji przewidującej obowiązek zaokrąglenia takiej liczby (w tym przypadku do dwóch łóżek), a dodatkowo wniosek taki byłby sprzeczny z wykładnią celowościową przepisu, posiadanie w OAiIT PAKS jednego łóżka spełnia wymogi Rozporządzenia.*

(dowód: akta kontroli str. 1238)

¹⁶ Dz. U. z 2014 r., poz. 177 ze zm., zwanym dalej: „rozporządzeniem w sprawie dokumentacji medycznej”.

¹⁷ Ogólna liczba łóżek w PAKS – III Oddziale Kardiologii w okresie od dnia 22 stycznia 2013 r. do dnia zakończenia kontroli wyniosła od 54 do 55. W całym tym okresie liczba łóżek w OAiIT wyniosła 1, czyli stanowiła od 1,82% do 1,85% ogólnej liczby łóżek.

NIK nie podziela powyższych wyjaśnień, bowiem przepis § 4 ust. 3 ww. rozporządzenia wyraźnie określa, iż liczba łóżek w OAiIT stanowi co najmniej 2% ogólnej liczby łóżek w szpitalu, a w przypadku PAKS – III Oddziału Kardiologii nie osiągnięto wymaganego przepisami poziomu.

Ponadto, w opinii prof. dra hab. Krzysztofa Kuszy, konsultanta krajowego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii w Polsce *brakuje od 600 do 800 stanowisk intensywnej terapii. Jest ich za mało ponieważ zarządzający szpitalami nie respektują przepisów prawa w tym zakresie i nie tworzą nowych stanowisk*¹⁸.

2. Izba Przyjęć nie posiadała odpowiednio zadaszonego wejścia z dojazdem umożliwiającym podjazd co najmniej jednego pojazdu. Istniejące (częściowe) zadaszenie stanowiło ochronę, np. przed niesprzyjającymi zjawiskami atmosferycznymi (szczególnie uciążliwymi zimą czy w chłodne, deszczowe dni), tylko dla pacjentów znajdujących się bezpośrednio przed drzwiami wejściowymi do Izby, tj. na podeście schodów zewnętrznych. Powyższe rozwiązanie nie stanowiło realizacji wymogu określonego w Załączniku Nr 1 *Szczegółowe wymagania, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia szpitala* – I. Izba Przyjęć pkt 1, do rozporządzenia MZ w sprawie wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 65-77, 1094-1100)

Wiceprezes Zarządu – Gabriela Wanzek wyjaśniła: *Izba Przyjęć Oddziału w Dąbrowie Górniczej posiada bezpośrednio, zadaszone wejście oraz dojazd umożliwiający podjazd co najmniej dla jednego pojazdu. Nie mniej jednak, dla poprawy komfortu pacjentów, w ramach realizacji działań inwestycyjnych AHP S.A. zaplanowano w okresie maja i czerwca 2015 r. budowę wiaty przejazdowej przed wejściem do Izby Przyjęć.*

(dowód: akta kontroli str. 1079-1091)

NIK zwraca uwagę, iż zmiana zadaszenia ma służyć nie tylko poprawie komfortu pacjentów, ale przede wszystkim winna stanowić wypełnienie warunku zawartego w treści przepisu odnoszącego się do sposobu zorganizowania izby przyjęć, a wymóg zadaszenia dotyczy zarówno samego wejścia jak i dojazdu do Izby. Miejsce, w którym zatrzymywały się karetki z pacjentami przed IP i droga dojazdu do wejścia nie posiadały takiego zadaszenia.

3. Jeden lekarz (spośród 21) wykonujący w latach 2012-2013 badania i zabiegi¹⁹ przy użyciu promieniowania jonizującego, nie posiadał stosownych uprawnień w tym zakresie, tj. nie posiadał certyfikatu wydanego przez podmiot wpisany do rejestru prowadzonego przez Głównego Inspektora Sanitarnego, co stanowiło naruszenie przepisu art. 33c ust. 5 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. *Prawo atomowe*²⁰.

Stosownie do ww. przepisu 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. Ponadto, na podstawie art. 33c ust. 5a pkt 5 powołanej ustawy wymaga się, aby podmiot organizujący ww. szkolenie posiadał wpis do prowadzonego przez Głównego

¹⁸ Opublikowanej na stronie www.rynekzdrowia.pl w artykule Marzeny Sygut z 25 kwietnia 2013r. : *Dlaczego dramatycznie brakuje łóżek w OAiIT? Podjęliśmy próbę diagnozy.*

¹⁹ W okresie od 11 lutego 2012 roku do 29 czerwca 2013 roku lekarz J. Sz. wykonał łącznie 145 badań diagnostycznych (m.in. koronarografii, angiografii i arteriografii) i zabiegów (głównie angioplastyki).

²⁰ Dz. U. z 2014 r., poz. 1512 ze zm..

Inspektora Sanitarnego rejestru podmiotów uprawnionych do przeprowadzania szkolenia z dziedziny ochrony radiologicznej pacjenta. Tymczasem, ww. lekarz przedstawił w PAKS – III Oddziale Kardiologii wyłącznie certyfikat w języku angielskim, wydany przez instytucję²¹ nieposiadającą wpisu do ww. rejestru.

(dowód: akta kontroli str. 1283-1285, 1374-1387)

Wiceprezes Zarządu Spółki – Gabriela Wanzek wyjaśniła m.in., że w związku z nieprzedłożeniem przez ww. lekarza wymaganego certyfikatu, nie został on dopuszczony do dalszego dyżurowania w pracowni radiologii zabiegowej Oddziału w Dąbrowie Górniczej, a w konsekwencji Spółka zakończyła z nim współpracę.

(dowód: akta kontroli str. 1081-1082, 1388)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

1. NIK zwraca uwagę na stwierdzone przypadki niekompletności prowadzonej dokumentacji medycznej. Dokumentacja zbiorcza wewnętrzna, prowadzona w formie księgi odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych udzielanych w izbie przyjęć, wypełniona do końca 2013 roku nie spełniała wszystkich wymogów określonych w § 27 ust. 1 *rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej*, bowiem jej druk nie zawierał rubryk pozwalających na wprowadzenie wszystkich wymaganych informacji, określonych w szczególności w punktach: 4, 7, 9, 10 i 14. Ponadto, księga ta nie zawierała oznaczenia podmiotu, co było niezgodne z punktem 1 tego przepisu.

Wszystkie wpisy dokonane w latach 2012-2013 były niekompletne (brak nazwiska i imienia pacjenta, brak numeru PESEL), często nieczytelne – co stanowiło naruszenie § 4 ust. 1 ww. rozporządzenia.

Ponadto, informacje o pacjentach, którym odmówiono hospitalizacji oraz udzielono porad ambulatoryjnych, odnotowywano na odrębnych luźno gromadzonych kartkach papieru, a już nie odnotowywano w przeznaczony do tego księdze odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych udzielanych w izbie przyjęć.

(dowód: akta kontroli str. 1111-1126)

Wyjaśniając powyższe, Wiceprezes – Gabriela Wanzek podała, iż z uwagi niewielką ilość porad i odmów porad ambulatoryjnych, lekarze w księdze odmów (...) wpisywali odmowy na telefoniczne konsultacje pacjentów z innych szpitali. W związku z powyższym AHP S.A. podjęła szereg działań polegających na wprowadzeniu odpowiednich poleceń służbowych, szkoleń, mających na celu zapewnienie przestrzegania postanowień rozporządzenia (...), a w rezultacie, aktualnie księga odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych udzielonych w izbie przyjęć prowadzona jest zgodnie z przepisami.

(dowód: akta kontroli str. 1081-1085)

Kontrola wykazała ponadto, iż w żadnym z 21 wpisów dokonanych w 2014 r. nie podano adresu zamieszkania pacjenta, w jednym przypadku – nie podano numeru PESEL pacjenta i nie wskazano dokumentu potwierdzającego jego tożsamość, w dwóch przypadkach nie podano daty zgłoszenia się pacjenta, a w kolejnych 14 przypadkach – podano jedynie datę, a nie wskazano godziny przyjęcia pacjenta. Ponadto, w jednym przypadku nie podano rozpoznania według skierowania, w pięciu - adnotacji o podjętych czynnościach, a w ośmiu wypadkach w ww. pozycjach zawarto jedynie wpis „załącznik”, co oznaczało, że szczegółowe dane zawarte są w karcie informacyjnej Izby Przyjęć.

²¹ Pod nazwą Maidstone and Tunbridge Wells, NHS Trust.

Zarejestrowane w latach 2012-2014 odmowy nie dotyczyły pacjentów, których stan zdrowia wskazywał na konieczność hospitalizacji w oddziale kardiologii w trybie pilnym.

(dowód: akta kontroli str. 1250-1282)

Powyższe braki wyjaśniono²² następująco: (...) wszystkie informacje wymagane przepisami § 27 rozporządzenia (...) znajdują się w Kartach Informacyjnych Izby Przyjęć stosowanych od lipca 2014 roku. Pomimo tego, obecnie ordynator PAKS w Dąbrowie Górniczej wydał zarządzenie zobowiązujące lekarzy do rzetelnego prowadzenia Księgi (...).

(dowód: akta kontroli str. 1144-1149)

2. Izba zwraca uwagę, że przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu intensywnej terapii wymaga się stałej obecności lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii oraz pielęgniarki anestezjologicznej w oddziale, a intensywną terapię prowadzi lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii²³.

Jak wyjaśnił Zarząd Spółki: w razie konieczności skierowania pacjenta do OAiIT, opiekę nad pacjentem sprawują wyznaczone i oddelegowane osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje – lekarze i pielęgniarki, w tym lekarz anestezjolog nadzorujący pracę zespołu. Tryb świadczenia przez nich usług znajduje odzwierciedlenie w zawartych z nimi umowach o pracę oraz umowach cywilnoprawnych, zawierających postanowienie o gotowości do świadczenia usług, co w razie potrzeby pozwala PAKS w Dąbrowie Górniczej na zorganizowanie dodatkowego zespołu do opieki nad pacjentami w OAiIT, przez cały okres ich hospitalizacji.”

(dowód: akta kontroli str. 1144-1149)

W ocenie NIK umowy zawarte z lekarzami anestezjologami²⁴ nie zapewniają spełnienia tych warunków.

NIK zauważa również, iż w okresie objętym kontrolą, pomimo przebywania i leczenia pacjentów w OAiIT w okresie od 6 kwietnia 2013 r. do 30 grudnia 2014 r., w Oddziale nie prowadzono Książki raportów lekarskich, czym naruszono wymóg § 12 pkt 2 lit. e rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej. Wpisy lekarskie były prowadzone tylko w dokumentacji indywidualnej pacjentów, zaprowadzonej w związku z ich leczeniem w Oddziale Kardiologicznym.

(dowód: akta kontroli str. 1186-1204, 1494-1498, 1507-1508)

3. Trzech²⁵ spośród pięciu techników elektroradiologii w pracowni hemodynamiki PAKS – III Oddziału Kardiologii wykonywało czynności zawodowe jednoosobowo, w trybie ciągłym przez 12, a nawet 24 godziny na dobę. Ponadto, ich czas pracy przekraczał w wymiarze łącznym 25 godzin tygodniowo. Powyższe przypadki stwierdzono we wszystkich wybranych do badania dziewięciu miesiącach realizacji świadczeń²⁶.

²² Wyjaśnienia z dnia 29 maja 2015 r. podpisane przez Marka Kondysa – Ordynatora Oddziału Kardiologicznego oraz Jacka Rydzek – Zastępcy Dyrektora Operacyjnego w AHP (na podstawie pełnomocnictwa wystawionego przez Prezesa Zarządu i Gabriellę Wanżek – Wiceprezes Zarządu).

²³ Przepis § 11 pkt 2 rozporządzenia MZ ws. standardów w dziedzinie AiIT

²⁴ Umowa o świadczenie usług zdrowotnych z lekarzami: A.K.-G. z dnia 25 października 2006 r., P.R. z dnia 27 lutego 2011 r.; A.O.-G. z dnia 1 marca 2012 r.; T.T. z dnia 9 marca 2012 r., K.W. z dnia 9 marca 2012 r.; W.P. z dnia 15 października 2012 r.; J.J. z dnia 1 sierpnia 2014 r.

²⁵ Wykonujących swoje czynności na podstawie umów o świadczenie usług. Dwóch pozostałych było zatrudnionych na podstawie umowy o pracę.

²⁶ Styczeń, lipiec, sierpień i grudzień lat 2012-2013 oraz styczeń 2014 r.

Wyjaśniając powyższe, Wiceprezes Zarządu Spółki – Gabriela Wanzek stwierdziła, że w związku z faktem, że ww. technicy zostali zatrudnieni na podstawie umów o świadczenie usług (tj. umów cywilnoprawnych), nie stosuje się do nich ograniczeń odnoszących się do skróconego czasu pracy obowiązującego m.in. pracowników pracowni i zakładów radiologii stosujących w celach diagnostycznych lub leczniczych źródła promieniowania jonizującego.

NIK zauważa, że przyjęta w Spółce praktyka powodowała, że technicy rtg, wykonujący czynności zawodowe na podstawie umowy cywilnoprawnej, bez wymaganego odpoczynku kontynuowali pracę, co zważywszy na jej charakter w ocenie NIK było niewłaściwe.

(dowód: akta kontroli str. 1081-1082, 1283-1285, 1340-1373)

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia, że w PAKS – III Oddziale Kardiologii spełniono warunki wymagane do realizacji świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego, w tym zatrudniano personel lekarski i pielęgniarski w odpowiedniej liczbie i posiadający odpowiednie kwalifikacje (poza jednym lekarzem wykonującym świadczenia bez odpowiedniego przeszkolenia w zakresie ochrony radiologicznej pacjenta oraz niewystarczającym zabezpieczeniem opieki lekarskiej w OAiT).

W Szpitalu zapewniono wymagane warunki ogólne dotyczące pomieszczeń i urządzeń w poszczególnych komórkach organizacyjnych, z wyjątkiem wejścia z dojazdem do Izby Przyjęć oraz minimalnej liczby łóżek w OAiT. Izba zwraca przy tym uwagę na przypadki niekompletnej dokumentacji medycznej (księgi odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych) występujące w całym okresie objętym kontrolą oraz niewprowadzenie *Księgi raportów lekarskich* w OAiT.

2. Jakość i dostępność świadczeń zdrowotnych.

Opis stanu
faktycznego

W PAKS – III Oddziale Kardiologii Spółka realizowała świadczenia w kontrolowanych zakresach na podstawie umowy z dnia 26 stycznia 2012 r. zawartej ze Śląskim Oddziałem Wojewódzkim NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju *leczenie szpitalne*, która zmieniona była kolejnymi aneksami ustalającymi poziom finansowania w poszczególnych zakresach na lata objęte kontrolą.

W latach 2012 – 2014 wartość świadczeń zakontraktowanych pierwotnie i po zmianach oraz wykonanych przez PAKS – III Oddział Kardiologii, przedstawiała się następująco:

- W przypadku świadczeń z zakresu kardiologii inwazyjnej (E10-E14) wartość kontraktu pierwotnego w 2012 r. wynosiła 9.792,5 tys. zł i po zmianach wzrosła o 81% do 17.720,6 tys. zł, w 2013 r. wartość kontraktu wzrosła z 17.606,9 tys. zł do 21.161,6 tys. zł, tj. o 20%, a w 2014 r. wartość ta wzrosła z 17.606,9 tys. zł do 19.347,2 tys. zł, tj. o 10%. W kontrolowanych latach należność z tytułu wykonanych przez PAKS – III Oddział Kardiologii świadczeń w tym zakresie została w całości uregulowana przez ŚOW NFZ.
- W przypadku świadczeń z zakresu kardiologii inwazyjnej (E23-E26) wartość kontraktu po zmianach nieznacznie zmalała: w 2012 r. z 1.468,2 tys. zł do 1.467,5 tys. zł, tj. o mniej niż 0,1%, a w 2013 r. z 1.468,2 tys. zł do 1.385,7 tys. zł, tj. o 5,6%. W obu latach należność z tytułu wykonanych świadczeń w tym zakresie również w całości została uregulowana przez ŚOW NFZ.

W 2014 r. ww. zakres świadczeń ujmowany był w ww. zakresie „kardiologia – hospitalizacja”.

W przypadku świadczeń z zakresu „kardiologia – hospitalizacja” wartość kontraktu w latach 2013 i 2014 nie ulegała zmianie w ciągu roku i wynosiła odpowiednio: 5.090,4 tys. zł i 6.558,6 tys. zł. W 2012 r. wartość kontraktu wzrosła nieznacznie z 5.090,4 tys. zł do 5.093,7 tys. zł.

Pomimo wystąpienia „nadwykonań” w tym zakresie ŚOW NFZ zapłacił Spółce kwoty nie większe od kwot wynikających z kontraktów, tj. odpowiednio: 85%, 80% i 88% wartości świadczeń wykonanych.

(dowód: akta kontroli str. 241-243)

W latach 2012, 2013 i 2014 w PAKS – III Oddziale Kardiologii udzielono pacjentom łącznie odpowiednio: 2974, 3271 i 3059 świadczeń, rozliczonych w ramach 57 (w 2012 i 2013 r.) oraz 60 (w 2014 r.) różnych grup JGP²⁷, z tego odpowiednio 2409 (81%), 2658 (81%) i 2593 (85%) świadczenia zdrowotne z zakresu kardiologii inwazyjnej²⁸.

W badanym okresie spośród ww. świadczeń z zakresu kardiologii inwazyjnej najczęściej wykonano świadczeń z grup JGP: E10-E14²⁹: 1470 w 2012 r. (61 % wszystkich), 1772 w 2013 r. (54%) i 1740 w 2014 r. (57%). W grupie tej najczęściej wykonano procedur rozliczonych wg kodu E12 (OZW – *leczenie inwazyjne złożone*) – odpowiednio: 714, 985 i 1135.

W zakresie grup E20-E27 najczęściej wykonano i rozliczono świadczeń w grupie E27 (*koronarografia i inne zabiegi inwazyjne*), tj. odpowiednio: 542, 472 i 447. Z kolei, w zakresie grup E31-E37 najczęściej wykonano świadczeń rozliczonych wg grupy E32 (*wszczepienie/ wymiana rozrusznika dwujamowego*), tj. odpowiednio: 64, 110 i 130.

(dowód: akta kontroli str. 245-251)

2.3. Badanie wybranej próby dokumentacji medycznej 127 pacjentów, którym w latach 2012-2013 w PAKS – III Oddziale Kardiologii wykonano zabiegi angioplastyki (5,2% hospitalizacji rozliczonych w ramach grup E12 i E14) i których wypisano do domu przed upływem 72 godzin, wykazało, że:

- u 26 pacjentów (20,5%) rozpoznano zawał serca typu STEMI, tj. ostry zespół wieńcowy z uniesieniem odcinka ST (najcięższą postacią zawału serca),
- u 96 pacjentów (75,6%) rozpoznano zawał serca typu NSTEMI, tj. zawał mięśnia serca bez uniesienia odcinka ST, w tym w 2 przypadkach stwierdzono zawał serca typu 4a, tj. zawał spowodowany przeprowadzoną procedurą („pozabiegowy”³⁰),
- u 5 pacjentów (3,9%) rozpoznano niestabilną chorobę wieńcową (określaną symbolem UA), zwaną także „dusznicą niestabilną” lub „niestabilną dławicą”.

²⁷ Z tzw. „Jednorodnych Grup Pacjentów”.

²⁸ Tj. procedury z grup: E10 do E14, E20 do E27 oraz E31 do E37.

²⁹ Świadczenia w związku z Ostрым Zespołem Wieńcowym (OZW).

³⁰ Zawał serca okołozabiegowy, związany z przeprowadzaną procedurą (typ 4a) - podejrzewany jest wówczas, gdy po przeprowadzonej procedurze inwazyjnej wzrasta poziom troponiny: u pacjentów z wartościami prawidłowymi przekracza po zabiegu normę, u pacjentów z wartościami ponad normę wzrasta po zabiegu o ponad 20%. W celu postawienia takiego rozpoznania konieczne jest jednak potwierdzenie jego skutków w kolejnych badaniach diagnostycznych: EKG, UKG lub koronarografii (wg Trzeciej uniwersalnej definicji zawału serca, w: *Kardiologia Polska 2012; 70, supl. V, str. 241*).

Zawały serca typu 4a stanowiły 1,6% wszystkich rozpoznanych zawałów serca w badanej próbie 127 pacjentów, a dopuszczalna częstość występowania zawału tego typu wynosi do 10%³¹.

(dowód: akta kontroli str. 262-271)

Średni czas hospitalizacji 26 pacjentów, u których rozpoznano zawał serca typu STEMI, wyniósł 50 h 56 min., z czego najkrótszy czas pobytu wyniósł 41 h 04 min., a najdłuższy 62 h 00 min.:

- czas hospitalizacji 7 pacjentów³² (26,9%) wyniósł mniej niż 48 h (pomiędzy 41 h 04 min. a 47 h 52 min.),
- czas hospitalizacji kolejnych 8 pacjentów³³ (30,8%) wyniósł pomiędzy 48h. a 52 h. (pomiędzy 48 h 08 min. a 51 h 26 min.).
- 11 pacjentów³⁴ (42,3%) było hospitalizowanych powyżej 52 h (pomiędzy 52 h 15 min. a 62 h 00 min.).

(dowód: akta kontroli str. 263-264, 272)

2.4. Średni czas oczekiwania na interwencję zabiegową ww. 26 pacjentów z rozpoznaniem zawałem serca STEMI (liczony od momentu przyjęcia pacjenta do Szpitala) wyniósł 26 min 48 sek., z czego:

- w 23 przypadkach czas oczekiwania nie przekroczył 60 minut (wynosił od 1 min. do 51 min.),
- w 335 przypadkach czas oczekiwania przekroczył 60 minut i wyniósł: 1h 23 min., 2h 24 min. oraz 2h 49 min.

(dowód: akta kontroli str. 264, 272)

Prezes Spółki³⁶ wyjaśnił, że czas oczekiwania przez pacjenta na zabieg 2h 49 min. wynikał z trwającego w tym czasie przedłużającego się zabiegu naczyniowego w Pracowni Radiologii Zabiegowej, natomiast w pozostałych dwóch przypadkach, czas opóźnienia wynikał ze stabilnego stanu klinicznego pacjentów, długiego wywiadu bólowego oraz braku jednoznacznych dynamicznych zmian w EKG, wskazujących na ostre niedokrwienie. Ponadto Prezes Spółki dodał, że ww. trzej pacjenci zostali przyjęci w godzinach popołudniowych, a o kolejności zabiegów w Pracowni Radiologii Zabiegowej w godzinach popołudniowych decyduje lekarz hemodynamista pełniący dyżur, określając po analizie klinicznej pilność zabiegu i stwierdził: „Jak widać po końcowej analizie tych przyjęć, opóźnienia w czasie wykonywania zabiegu nie miały żadnego wpływu na końcowy zadowalający efekt leczenia”.

(dowód: akta kontroli str. 299-300)

³¹ Zgodnie z opinią wyrażoną przez większość konsultantów wojewódzkich w dziedzinie kardiologii.

³² Pacjenci o nr księgi głównej: 665/2012, 1177/2012, 3033/2013, 3217/2013, 3397/2013, 3410/2013 i 3613/2013.

³³ Pacjenci o nr księgi głównej: 1812/2012, 2367/2012, 1286/2013, 1856/2013, 2866/2013, 3403/2013, 3589/2013 i 3767/2013.

³⁴ Pacjenci o nr księgi głównej: 42/2012, 401/2012, 1819/2012, 2578/2012, 3351/2012, 649/2013, 1797/2013, 1816/2013, 3692/2013, 3698/2013 i 3732/2013.

³⁵ Pacjenci o nr księgi głównej: 1177/2012 (1h 23 min.), 3613/2013 (2h 24 min.) oraz 3403/2013 (2h 49 min.).

³⁶ Wyjaśnienia zawarte w piśmie z dnia 7 maja 2015 r. zostały również podpisane przez Ordynatora Oddziału w Dąbrowie Górniczej, dr n. med. Marka Kondysa.

2.5. Badanie próby dokumentacji medycznej ww. 127 pacjentów, wykazało, że parametry morfologiczne i biochemiczne krwi, m.in. markery martwicy mięśnia sercowego jak troponina sercowa (cTn) oraz izoenzym MB kinazy kreatynowej (CK-MB), kontrolowane były w sposób następujący:

- wszystkim 127 pacjentom zbadano poziom obu. markerów. Badania te wykonywano równocześnie (w większości przypadków), po przyjęciu pacjenta na Oddział. Badanie poziomu cTn wykonano pacjentom jeden raz (w 100 przypadkach), dwukrotnie (22) lub trzykrotnie (5). Badanie poziomu CK-MB wykonano pacjentom jeden raz (w 2 przypadkach), dwukrotnie (56), trzykrotnie (59), czterokrotnie (9) lub pięciokrotnie (1),
- w 9 przypadkach (7,1%) pacjenci zostali wypisani po stwierdzeniu malejącego poziomu cTn, w 18 przypadkach (14,1%) pacjenci zostali wypisani, pomimo wzrastającego poziomu markera cTn, stwierdzonego w kolejnych przeprowadzonych dwóch lub trzech badaniach. W pozostałych 100 przypadkach (78,8%) pacjentom wykonano wyłącznie jedno badanie poziomu cTn i nie monitorowano przebiegu leczenia interwencyjnego z wykorzystaniem tego markera,
- w 112 przypadkach (88,2%) pacjenci zostali wypisani po stwierdzeniu malejącego poziomu CK-MB, w 14 przypadkach (11,0%) pacjenci zostali wypisani pomimo wzrastającego poziomu markera CK-MB, stwierdzonego na podstawie kolejnych badań (od dwóch do czterech), a w jednym przypadku (0,8%) pacjentowi wykonano wyłącznie jedno badanie poziomu CK-MB i nie monitorowano przebiegu leczenia interwencyjnego z wykorzystaniem tego markera, jednak w dniu przyjęcia do Oddziału pacjentowi temu wykonano dwukrotnie badanie poziomu CK-MB w SOR Szpitala im. Starkiewicza.

(dowód: akta kontroli str. 264-265, 279-288)

2.6. Analiza ww. dokumentacji medycznej z leczenia 127 pacjentów wykazała również, że w 42 przypadkach (33% badanej próby) skierowano pacjentów do ponownej hospitalizacji (po upływie od 2 tygodni do 6 miesięcy od daty wypisu ze Szpitala) w ramach leczenia wieloetapowego, z czego 37 osób zgłosiło się i zostało przyjętych do ponownej hospitalizacji, a łączna liczba ponownych hospitalizacji ww. pacjentów wyniosła 50 (25 pacjentów zgłosiło się do ponownej hospitalizacji raz, 11 pacjentów leczonych było dwukrotnie, a 1 pacjent był hospitalizowany trzykrotnie).

W 30 przypadkach (dotyczących leczenia 25 pacjentów, w tym 5 którym zaplanowano kolejne etapy leczenia) powtórne hospitalizacje zostały rozliczone jako hospitalizacje w trybie pilnym (w ramach jednej z grup JGP: E10, E11, E12, E13 lub E14), zaś pozostałe jako hospitalizacje w trybie planowym (w ramach jednej z grup: E20, E23, E24 lub E27).

(dowód: akta kontroli str. 265-267, 289-292, 368-1074)

2.7. W okresie objętym kontrolą (do dnia zakończenia kontroli NIK), w zakresie udzielania w PAKS – III Oddziale Kardiologii świadczeń zdrowotnych w rodzaju leczenie szpitalne w kardiologii, Spółka nie była kontrolowana ani przez NFZ, ani przez konsultantów w dziedzinie kardiologii.

(dowód: akta kontroli str. 1217-1219)

1. NIK zwraca uwagę, że zgodnie z wytycznymi Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego³⁷, wczesny wypis (po mniej więcej 72h) pacjentów z rozpoznaniem zawałem STEMI jest dopuszczalny u wybranych pacjentów z grupy małego ryzyka, jeżeli zorganizowana zostanie wczesna rehabilitacja i odpowiednia dalsza kontrola³⁸, tymczasem średni czas hospitalizacji powyżej opisanych przypadków leczenia 26 pacjentów, u których rozpoznano zawał serca typu STEMI, wyniósł 50 h 56 min, a w żadnym przypadku nie przekroczył 62 godzin (hospitalizacja 7 pacjentów trwała pomiędzy 41 h 04 min. a 47 h 52 min., kolejnych 8 pacjentów - pomiędzy 48h. a 52h., a 11 pacjentów - pomiędzy 52 h 15 min. a 62 h 00 min.).

Prezes Spółki³⁹ wyjaśnił w tej sprawie, że decyzję o wypisie chorego z oddziału podejmuje Ordynator wraz z zastępcą oraz lekarzem prowadzącym i w ww. 26 przypadkach przedłużanie hospitalizacji nie miało dalszego uzasadnienia medycznego: „Pacjenci Ci zostali wypisani do domu w stanie ogólnym i miejscowym dobrym z szybką normalizacją markerów zawałowych świadczących o skuteczności zabiegu angioplastyki i bardzo dobrym efektem klinicznym po zastosowanym leczeniu”.

Zdaniem Izby nie sposób uznać, że zalecenie Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego, mówiące o dopuszczalności wczesnego wypisu, utożsamianego z upływem mniej więcej 72 godzin od przyjęcia, jest spełnione w przypadku dokonania wypisu w czasie znacznie krótszym (np. o całą dobę), jak miało to miejsce w przypadku 7 pacjentów Oddziału w Dąbrowie Górniczej.

(dowód: akta kontroli str. 298-299)

2. 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 kardiologii⁴⁰ 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 z ww. konsultantów wojewódzkich stwierdziło, że „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) przewlekle zwiększony” oraz że „Stężenie Troponiny nie jest właściwym wskaźnikiem określającym termin wypisu chorego do domu. Decyduje obraz kliniczny. Staramy

³⁷ Stanowiącymi wyznacznik prawidłowego działania w oparciu o § 1 ust. 2 umów zawartych pomiędzy Szpitalem, a Śląskim Oddziałem Wojewódzkim NFZ w Katowicach oraz §11 ust. 1 zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne, wydanego na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 581 ze zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej”

³⁸ Wytyczne ESC dotyczące postępowania w ostrym zawałem serca z przetrwałym uniesieniem odcinka ST. Kardiologia Polska 2012; 70 (supl. VI), str. 286

³⁹ Wyjaśnienia zawarte w piśmie z dnia 7 maja 2015 r. zostały również podpisane przez Ordynatora Oddziału w Dąbrowie Górniczej, dr n. med. Marka Kondysa.

⁴⁰ Lubelskiego, lubuskiego, łódzkiego, małopolskiego, opolskiego, podlaskiego, śląskiego, świętokrzyskiego, warmińsko-mazurskiego, wielkopolskiego.

się jednak uzyskać zmniejszenie stężeń wskaźników martwicy serca wskazujące na proces gojenia.”

Prezes Spółki⁴¹ wyjaśnił, że w Oddziale nie są wykonywane rutynowo seryjne badania troponiny codziennie w trakcie pobytu pacjenta a monitorowanie przebiegu leczenia jest prowadzone w oparciu o ocenę stanu klinicznego pacjenta i to właśnie stan kliniczny pacjenta, a nie opadające wartości troponiny decydują o momencie wypisu. Ponadto, Prezes Spółki stwierdził, że w wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego brak jest „informacji o konieczności monitorowania troponin, tym bardziej CK-MB i uzależnienia długości hospitalizacji i momentu wypisu ze szpitala od wartości tych markerów. Podwyższone stężenie troponin w wytycznych ESC służy do potwierdzenia rozpoznania zawału serca, a nie do oceny skuteczności leczenia”.

(dowód: akta kontroli str. 300-303)

3. NIK zwraca uwagę, że w 26 przypadkach świadczenia udzielone pacjentom zakwalifikowano i rozliczono jako udzielone w trybie pilnym, chociaż opisy stanu pacjenta sporządzone przez lekarzy w przebiegu choroby, nie zawierały jednoznacznych informacji o zaostrzeniu dolegliwości związanych z rozpoznaną chorobą wieńcową bądź opisy koronarografii wykonane w kolejnych hospitalizacjach były podobne. Zdaniem NIK uzasadnione byłoby zweryfikowanie przez Spółkę tych przypadków i ewentualne przedstawienie ich do właściwego rozliczenia NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 256-267, 289-292, 368-1074)

Prezes Spółki wyjaśnił⁴² w tej sprawie, że „(...) wszyscy Ci chorzy są traktowani jako pilni, gdyż mają istotne zmiany w naczyniach wieńcowych wymagających postępowania interwencyjnego, a niewykonanie u nich zabiegu angioplastyki mogłoby skutkować zamknięciem naczynia, ponownym zawałem serca z zagrożeniem życia chorego.” Ponadto Prezes Spółki stwierdził, że z uwagi na częste zjawisko restenozy, czyli ponowne zwężanie naczynia w implantowanym stencie, kolejny zabieg angioplastyki odraczany jest celem sprawdzenia tendencji do restenozy, a każda decyzja o kolejnych etapach angioplastyki dyktowana jest wyłącznie dobrem pacjenta.

(dowód: akta kontroli str. 303-304)

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia, że Spółka w działalności PAKS – III Oddziału Kardiologii zapewniła dostępność stacjonarnych świadczeń zdrowotnych z zakresu 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 Kontroli⁴³, wnosi o podjęcie działań mających na celu

⁴¹ Wyjaśnienia zawarte w piśmie z dnia 7 maja 2015 r. zostały również podpisane przez Ordynatora Oddziału w Dąbrowie Górniczej, dr n. med. Marka Kondysa.

⁴² Wyjaśnienia zawarte w piśmie z dnia 7 maja 2015 r. zostały również podpisane przez Ordynatora Oddziału w Dąbrowie Górniczej, dra n. med. Marka Kondysa.

⁴³ Dz. U. z 2015 r., poz. 1096, zwanej dalej „ustawą o NIK”.

zwiększenie liczby łóżek w OAiIT do minimalnej wymaganej przepisami rozporządzenia MZ ws. standardów w dziedzinie AiIT.

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**