



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Katowicach

LKA – 4101-039-07/2014
P/14/078

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 Kozieł, specjalista k.p., upoważnienie do kontroli nr 93174 z dnia 29 stycznia 2015 r. 2. Mieczysław Handzel, specjalista k.p., upoważnienie do kontroli nr 93233 z dnia 14 kwietnia 2015 r. (dowód: akta kontroli str. 1-4)
Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 3 w Rybniku ¹ , ul. Energetyków 46, 44-200 Rybnik.
Kierownik jednostki kontrolowanej	Bożena Mocha-Dziechciarz, Dyrektor ² . (dowód: akta kontroli str. 5)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia³, że SPZOZ w kontrolowanym okresie⁴:

- zatrudniał personel lekarski i pielęgniarski posiadający odpowiednie kwalifikacje w liczbie umożliwiającej zapewnienie wymaganej przepisami obsady,
- spełnił wymagane warunki ogólne dotyczące pomieszczeń i urządzeń: Oddziału Kardiologii wraz z Pododdziałem Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego oraz Pracownią Hemodynamiki, Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz Szpitalnego Oddziału Ratunkowego,
- zapewnił pacjentom dostępność do finansowanych ze środków publicznych świadczeń z zakresu kardiologii, w tym kardiologii inwazyjnej,
- zapewnił, by czas oczekiwania na interwencję zabiegową w przypadku pacjentów w ostrych stanach kardiologicznych (zwłaszcza z zawałem serca typu STEMI) w przeważającej większości (99% przypadków) nie przekraczał

¹ Zwanego dalej „SPZOZ” lub „Szpitalem”.

² Pełniącą funkcję od 1 listopada 2014 r. Do 31 października 2014 r. funkcję tą pełniła Aniela Wlizio, do 14 maja 2013 r. –Jerzy Kasprzak, do 17 stycznia 2012 r. (od 1 lipca 2010 r.) Tomasz Zejer.

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.

60 minut, a wypis tych pacjentów nastąpił pomiędzy 67 godz. a 95 godz., co odpowiadało obowiązującym standardom postępowania.

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły niezapewnienia:

- w 10% dni objętych szczegółową kontrolą wymaganą przepisami wyodrębnionej całodobowej opieki lekarskiej nad pacjentami,
- odpowiedniego dostępu do łóżek w każdej z dziewięciu trzyłóżkowych sal chorych Oddziału Kardiologii,
- minimalnej liczby łóżek oraz aparatu do znieczulania w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

Stwierdzono również 36 przypadków (27,7% badanej próby), w których nie zastosowano się w procesie leczenia chorych do stanowiących wyznacznik⁵ prawidłowego działania wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego, dotyczących w szczególności przeprowadzania wymaganych badań markerów martwicy mięśnia sercowego na etapie potwierdzenia rozpoznania i oceny ryzyka, a w 49 przypadkach (37,7% badanej próby) odstąpiono od zasad sztuki lekarskiej przedstawionych przez konsultantów krajowego i wojewódzkich z zakresu kardiologii, w odniesieniu do czasu hospitalizacji pacjentów o nieustabilizowanym poziomie markerów martwicy mięśnia sercowego. Zdaniem Izby umożliwiło to skrócenie długości pobytu pacjentów na oddziale i tym samym maksymalizację liczby przeprowadzonych zabiegów. Działanie takie mogło mieć wpływ na obniżenie jakości udzielanych świadczeń.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

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

Opis stanu faktycznego

1.1. W okresie objętym kontrolą⁶ SPZOZ realizował świadczenia zdrowotne z zakresu kardiologii w oparciu o umowę zawartą ze Śląskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia⁷.

Oddział Kardiologii wraz z Pododdziałem Intensywnej Opieki Kardiologicznej oraz Pracownią Hemodynamiczną spełniał wymogi określone w Załączniku Nr 3 (część I lp. 24) do *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego*⁸ oraz wymogi wskazane w załączniku nr 3 do zarządzenia nr 89/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 grudnia 2013 r. w *sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalne*. Oddział posiadał 27 łóżek oraz osiem łóżek intensywnego nadzoru kardiologicznego, z których sześć spełniało wymogi

⁵ W oparciu o § 1 ust. 2 umów zawartych pomiędzy Szpitalem, a Śląskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w Katowicach oraz §11 ust. 1 zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia 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”.

⁶ Od 1 lipca 2011 r. do dnia zakończenia kontroli. Badania kontrolne objęły również działania i zdarzenia zaistniałe przed 1 lipca 2011 r., w przypadkach gdy miały one wpływ na działalność objętą kontrolą.

⁷ Zwany dalej „NFZ”. Umowa nr 124/100443/03/1/2011 z 11.02.2010 r. wraz z aneksami.

⁸ Dz. U. z 2013 r. poz. 1520, ze zm., zwanego dalej „rozporządzeniem MZ z 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych”.

określone w ww. rozporządzeniu w zakresie ich parametrów technicznych. Szerokość pokoi łóżkowych umożliwiała wprowadzenie łóżek a odstępy między łózkami umożliwiały swobodny do nich dostęp. Na wyposażeniu Oddziału był m.in. respirator, trzy kardiowertery – defibrylatory, dwa aparaty EKG, cztery stymulatory serca, osiem kardiomonitorów. Oddział posiadał Pracownię hemodynamiki funkcjonującą w trybie całodobowym z wyposażeniem m.in. w kardiomonitor i angiokardiograf.

(dowód: akta kontroli, str.10-13, 17-30, 467- 485)

Oddział wraz z Pododdziałem spełniał wymogi określone w załączniku nr 1 (pkt II) *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu prowadzącego działalność leczniczą*⁹, tj. posiadał m.in. gabinet diagnostyczno-zabiegowy, pomieszczenie porządkowe oraz punkt pielęgniarski w centralą monitorującą. Pododdział oraz Pracownia hemodynamiki spełniały wszystkie wymagania w zakresie wyposażenia pomieszczeń oraz sprzętu określone w *załączniku Nr 4 (w części I w lp. 7) do rozporządzenia MZ z 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych*, tj. posiadał m.in. angokardiograf stacjonarny cyfrowy, polizjograf, stymulator.

Sprzęt znajdujący się na wyposażeniu Oddziału oraz Pracowni był zgodny z wykazanim w umowach zawartych ze Śląskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia¹⁰.

(dowód: akta kontroli, str. 17-22)

W SPZOZ zatrudniono 6 lekarzy specjalistów w dziedzinie kardiologii, w wyniku czego spełniono wymogi określone w załączniku nr 3 oraz nr 4 *rozporządzenia MZ z 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych* dot. zapewnienia równoważnika co najmniej 2 etatów specjalistów w dziedzinie kardiologii.

Mimo to, nie we wszystkich dniach objętych szczegółowym badaniem¹¹ zapewniono w Pododdziale Intensywnej Opieki Kardiologicznej całodobową opiekę lekarza specjalisty w dziedzinie kardiologii, co opisano szczegółowo w dalszej części wystąpienia, w punkcie 1 sekcji *ustalone nieprawidłowości*.

(dowód: akta kontroli, str. 10-13, 17, 435-438, 444-459)

W Pracowni hemodynamiki Oddziału Kardiologii zapewniono całodobową opiekę radiologiczną, poprzez zatrudnienie na podstawie umów cywilnoprawnych 5 techników elektroradiologów (osoby te były równocześnie zatrudnione na podstawie umowy o pracę w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej Szpitala).

1.2. W strukturze Szpitala funkcjonował Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, posiadający odrębny personel pielęgniarski. Oddział ten spełniał wymogi załącznika nr 1 (pkt II) *rozporządzenia MZ w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia*. OIT posiadał dwa pokoje łóżkowe oraz dwie izolatki, pomieszczenie higieniczno-sanitarne, porządkowe oraz brudownik. OA posiadał m.in. osiem stanowisk na bloki pooperacyjny i siedem na bloku operacyjnym. Wszystkie stanowiska oraz personel Oddziałów spełniały wymagania określone

⁹ Dz. U. z 2012 r. poz. 739, zwanego dalej „rozporządzeniem MZ w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia”.

¹⁰ Zgodnie z załącznikiem nr 2 „Harmonogram –zasoby” w części „sprzęt”, aneksu nr 5/03/1/2014 z 8 grudnia 2014 r. do umowy nr 124/100443/03/1/2014 z dnia 19 stycznia 2012 r. zawartej przez Dyrektora Szpitala z NFZ na okres od 1 stycznia 2012 r. do 31 grudnia 2014 r. oraz aneksu nr 1/3/1/2015 z 26 stycznia 2015 r. do ww. umowy zmieniającego m.in. okres obowiązywania umowy na: od 1 stycznia 2012 r. do 30 czerwca 2016 r.

¹¹ Analiza dotyczyła stycznia, lipca, sierpnia i grudnia lat 2011-2014 oraz stycznia 2015 r.

w Załączniku Nr 3 (część I lp. 2 i 3) do rozporządzenia MZ z 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych oraz wymogi określone w rozporządzeniu MZ z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą¹². Każde stanowisko intensywnej terapii posiadało m.in. ciągłe monitorowanie EKG, stały pomiar ciśnienia, intubację dotchawiczną. Na Oddziale istniała możliwość wykonania stymulacji zewnętrznej pracy serca. Wyposażenie Oddziału zawierało m.in. przyłóżkowy aparat RTG oraz USG, dwa aparaty do ciągłego leczenia narkozastępczego, bronchoskop, cztery respiratory. Stanowiska intensywnej terapii posiadały kardiomonitor, pulsoksymetr, kapnograf, trzy koce do aktywnej regulacji temperatury pacjenta. Stanowiska do znieczulania posiadały m.in. 11 aparatów do znieczulania monitory zwiótczenia mięśniowego, dwa urządzenia do ogrzewania płynów infuzyjnych. Stanowisko nadzoru poznieczuleniowego posiadało m.in. wózek reanimacyjny, defibrylator, respirator. Jedynie liczba łóżek na Oddziale była niezgodna z minimalnymi wymaganiami w tym zakresie określonymi w ww. rozporządzeniu MZ w sprawie anestezjologii i intensywnej terapii, co opisano w dalszej części wystąpienia w punkcie 3 sekcji *ustalone nieprawidłowości*.

(dowód: akta kontroli, str. 169-180)

1.3. Na terenie Szpitala funkcjonował Szpitalny Oddział Ratunkowy¹³, który przyjmował pacjentów w trybie nagłym. Integralną częścią SOR był Zespół Przyjęć, w którym przyjmowano pacjentów do hospitalizacji planowych. SOR składał się ze wszystkich obowiązkowych obszarów wymaganych *rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego*¹⁴, które, łącznie z zasobami kadrowymi, spełniały wymogi wskazane w tym przepisie, z wyjątkiem aparatu do znieczulania, co opisano szczegółowo w dalszej części wystąpienia, w punkcie 2 sekcji *ustalone nieprawidłowości*.

Bezpośrednie wejście na SOR było zadaszone z dojazdem umożliwiającym podjazd dla trzech pojazdów. Wejście dla pieszych i podjazd dla specjalistycznych środków transportu były niezależne od innych wejść, przystosowane dla osób niepełnosprawnych. SOR wyposażony był m.in. w analizator parametrów krytycznych, przyłóżkowy zestaw RTG i przewoźny ultrasonograf. Zapewniono całodobowy dostęp do badań diagnostycznych, komputerowego badania tomograficznego i badań endoskopowych.

W SOR zatrudniony był odrębny, przypisany do tego oddziału i do Zespołu Przyjęć personel medyczny, zapewniający niesienie pomocy pacjentom w trybie nagłym.

SOR wraz z Zespołem Przyjęć spełniał wymogi *rozporządzenia MZ w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia oraz prowadził dokumentację medyczną zgodnie z wymogami rozporządzenia Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania*¹⁵. Oddział posiadał m.in. punkt rejestracji pacjentów, pomieszczenie higieniczno-sanitarne, przystosowane dla osób niepełnosprawnych.

(dowód: akta kontroli, str. 181-200)

¹² Dz. U. z 2013 r., poz. 15, zwanego dalej „rozporządzeniem MZ w sprawie anestezjologii i intensywnej terapii”.

¹³ Zwany dalej „SOR”.

¹⁴ Dz. U. z 2015 r. poz. 178, zwanym dalej „rozporządzeniem MZ w sprawie SOR”. Wymagane obszary: segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć; resuscytacyjno-zabiegowy; wstępnej intensywnej terapii; terapii natychmiastowej; obserwacji; konsultacyjny; zaplecze administracyjno-gospodarcze.

¹⁵ Dz. U. z 2014 r. poz. 177.

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

1. W wybranych do kontroli miesiącach: styczeń, lipiec, sierpień i grudzień z lat 2011 - 2014 oraz w styczniu 2015 r. stwierdzono występowanie 45 dni (10%), w których w Oddziale Kardiologii nie zapewniono wymaganej przepisami obowiązujących w danym okresie *rozporządzeń Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego*¹⁶ wyodrębnionej całodobowej opieki lekarskiej. Brak było w tym czasie w Oddziale Kardiologicznym, w Pododdziale Intensywnej Opieki Kardiologicznej obecnego lekarza specjalisty w dziedzinie kardiologii.

Dyżury w tych dniach pełnione były przez dwóch lekarzy w trakcie specjalizacji z kardiologii.

(dowód: akta kontroli str. 436-437, 444-459)

Tymczasem, w Załączniku nr 4 do *rozporządzeń Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych* (lp. 7), w części *Organizacja udzielania świadczeń* zobowiązano świadczeniodawcę, udzielającego świadczeń w trybie hospitalizacji – w przypadku m.in. leczenia inwazyjnego ostrych zespołów wieńcowych (OZW) do zapewnienia wyodrębnionej całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia przez:

- specjalistę w dziedzinie kardiologii lub
- specjalistę w dziedzinie chorób wewnętrznych w trakcie specjalizacji z kardiologii albo
- lekarza w trakcie specjalizacji z kardiologii pod warunkiem, że w oddziale kardiologii jednocześnie pełni dyżur specjalista w dziedzinie kardiologii,

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że wszyscy lekarze wymienieni na liście, zatrudnieni zarówno na umowie cywilnoprawnej jak i w ramach umowy o pracę, dyżurujący w Oddziale Kardiologii w okresie objętym kontrolą byli w trakcie specjalizacji w okresie dłuższym niż dwa lata.

(dowód: akta kontroli, str. 464)

W odniesieniu do powyższych wyjaśnień Dyrektora, NIK zwraca uwagę, że długość trwania specjalizacji z kardiologii nie wpływa na dyspozycję ww. przepisu.

2. Na wyposażeniu obszaru terapii natychmiastowej w SOR brak było aparatu do znieczulania z wyposażeniem stanowiska do znieczulania wraz z zestawem monitorującym, co było niezgodnie z §9 ust. 3 *rozporządzenia MZ w sprawie SOR*.

(dowód: akta kontroli, str.184)

Dyrektor wyjaśniła, że na wyposażeniu SOR jest jeden mobilny aparat do znieczulenia, który znajduje się w obszarze resuscytacyjno-zabiegowym oraz że aktualnie realizowany jest zakup nowego aparatu do znieczulenia ogólnego, który pozytywnie zaopiniowała Rada Społeczna Szpitala podejmując uchwałę nr 15/2015 z dnia 12 marca 2015 r.

(dowód: akta kontroli, str. 313)

¹⁶ Tj. do 26 grudnia 2013 r.: *rozporządzenia 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.) a po tej dacie *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego* (Dz. U. z 2013 r. poz. 1520 ze zm.), zwanych dalej *rozporządzeniami Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych*.

NIK zwraca uwagę, że wspomniany w wyjaśnieniach mobilny aparat do znieczulenia, zgodnie z §7 ust. 3 pkt 2 *rozporządzenia MZ w sprawie SOR*, stanowi minimalne wymagane wyposażenie obszaru resuscytacyjno-zabiegowego (wymagany jest jeden taki mobilny aparat na oba stanowiska w tym obszarze), natomiast w obszarze terapii natychmiastowej winien znajdować się osobny aparat do znieczulania, stanowiący wyposażenie sali zabiegowej tam zlokalizowanej.

3. Liczba łóżek na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii stanowiła 1,2 %¹⁷ wszystkich łóżek w Szpitalu, co było niezgodne z §4 pkt 3 *rozporządzenia MZ w sprawie anestezjologii i intensywnej terapii*, wg którego liczba łóżek powinna stanowić minimum 2 % wszystkich łóżek w Szpitalu. Tym samym SPZOZ zapewnił na tym oddziale o 4 łóżka mniej niż powinien.

(dowód: akta kontroli, str. 7, 171)

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że „Szpital jest w trakcie reorganizacji związanej m.in. ze zmianami struktury organizacyjnej dotyczącej Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii, które polegają na faktycznym zwiększeniu ilości łóżek anestezjologicznych do 17. (...) Zgodnie z dyspozycją przepisów przejściowych, o których mowa w §17 i następujących, Szpital zobowiązany jest do dostosowania się do wymagań tego rozporządzenia w terminie do 31 grudnia 2016 r. Na uwagę zasługuje fakt, iż kiedy powstawał Szpital w latach 70-tych XX w. wymogi stawiane AilT były bardziej liberalne niż obecnie i pod te warunki też projektowane było rozmieszczenie pomieszczeń szpitalnych dla pacjentów oraz zaplecza dla personelu medycznego. Podkreślenia wymaga również to, iż od kilku lat wszystkie dotychczasowe Dyrekcje Szpitala wnioskowały o odpowiednie środki do organu założycielskiego na dostosowanie się do zmieniających się wymogów dot. Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii, dlatego też pragniemy podkreślić, iż na dostosowanie się do wymogów sprzętowych, lokalowych oraz ilości odpowiedniego personelu medycznego potrzebne jest blisko 10 milionów złotych, dlatego też Szpital bez pomocy finansowej z zewnątrz nie jest w stanie wypracować w ciągu kilkunastu miesięcy takiego wyniku, który pozwoliłby na zrealizowanie wskazanych braków.”

(dowód: akta kontroli, str. 313)

NIK zwraca uwagę, że wspomniany w wyjaśnieniach §17 *rozporządzenia MZ w sprawie anestezjologii i intensywnej terapii* daje podmiotom leczniczym czas na dostosowanie się w terminie do 31 grudnia 2016 r. do wymogów, ale tylko do tych, które są określone w załączniku nr 1 do rozporządzenia i obejmują m.in.: personel, organizację udzielania świadczeń, wyposażenie w wyroby medyczne. Nie dotyczy on jednak dostosowania liczby łóżek do normy określonej w §4 pkt 3 tego rozporządzenia.

4. W Oddziale Kardiologii, w każdym z dziewięciu pokoiów trzyłóżkowych jedno łóżko było dostępne tylko z dwóch stron (w tym z jednej dłuższej), co było niezgodne z §18 *rozporządzenia MZ w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia*. Pozostałe dwa łóżka dostępne były z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych.

(dowód: akta kontroli, str. 17)

¹⁷ Liczba łóżek w Szpitalu (analiza z wykorzystania łóżek rzeczywistych przez 12 miesięcy 2014 r. z 14.01.2015 r.) wynosiła 723. Liczba wszystkich łóżek na Oddziale – wynosiła 11 (1,5% ogólnej liczby), liczba używanych łóżek – 9.

Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa, Ordynator Oddziału Kardiologii wyjaśnił, że planowane jest zreorganizowanie Oddziału w celu optymalizacji dostępności do pacjentów zgodnie z przepisami.

(dowód: akta kontroli, str. 32)

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia, że SPZOZ spełniał warunki wymagane do realizacji świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego, w tym zatrudniał personel lekarski i pielęgniarski w odpowiedniej liczbie i posiadający odpowiednie kwalifikacje. W wybranych do kontroli miesiącach stwierdzono jednak aż 10% dni, w których nie zapewniono wymaganej przepisami wyodrębnionej całodobowej opieki lekarskiej nad pacjentami.

Szpital spełnił też wymogi ogólne dot. pomieszczeń i urządzeń Oddziału Kardiologii wraz z Pododdziałem Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego oraz Pracownią Hemodynamiki, Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, za wyjątkiem: dostępu do łóżek w salach chorych Oddziału Kardiologii, a także minimalnej liczby łóżek oraz wyposażenia Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii w aparat do znieczulania.

2. Jakość i dostępność świadczeń zdrowotnych.

Opis stanu faktycznego

2.1. Wartości zawartych kontraktów oraz wartości wykonanych i rozliczonych świadczeń w zakresie kardiologia - hospitalizacja w latach 2011 – 2014 z roku na rok rosły.

W roku 2011 wartość zakontraktowanych świadczeń wynosiła 1.820,7 tys. zł, zakontraktowane świadczenia zrealizowano w 100% i dodatkowo wystąpiły nadwykonania (wartość świadczeń wykonanych i przedstawionych do rozliczenia wyniosła 2.002 tys. zł, NFZ uregulował należności w wysokości 1.820,5 tys. zł stanowiącej 91 % tej kwoty).

W roku 2012 r. - wielkość kontraktu wynosiła 2.105,6 tys. zł, wartość świadczeń wykonanych i przedstawionych do rozliczenia wyniosła 2.197,2 tys. zł, a NFZ uregulował należności w wysokości 2.105,2 tys. zł stanowiącej 96% tej kwoty.

W 2013 r. wartość zakontraktowanych świadczeń wynosiła 2.334 tys. zł, wartość świadczeń wykonanych i przedstawionych do rozliczenia 2.427,6 tys. zł, NFZ uregulował należności w wysokości 2.333,6 tys. zł stanowiącej 96% tej kwoty.

W 2014 r. - wielkość kontraktu wynosiła 2.813,5 tys. zł, wartość świadczeń wykonanych i przedstawionych do rozliczenia 4.020,6 tys. zł, NFZ uregulował należności w wysokości 2.813,5 tys. zł (70% wartości świadczeń wykonanych).

Wartości zawartych kontraktów oraz wartości wykonanych i rozliczonych świadczeń w zakresie kardiologia – hospitalizacja (E10, E11, E12, E13 i E14), obejmującym świadczenia z zakresu kardiologii inwazyjnej udzielane pacjentom w stanach nagłych, w latach 2011 – 2014 z roku na rok malały.

Świadczenia zakontraktowane w roku 2011 na poziomie 11.512,7 tys. zł, wykonano w wysokości 11.502,6 tys. zł. NFZ uregulował należności w 99,9%, w kwocie 11.490,6 tys. zł. W roku 2012 r. - wielkość kontraktu i jego wykonanie wynosiło 11.482,8 tys. zł, a NFZ uregulował należności w 100%. W roku 2013 wielkość kontraktu, wykonanie i płatność z NFZ wyniosły 11.117,3 tys. zł. W roku 2014 zakontraktowano świadczenia w kwocie 10.414 tys. zł, zrealizowano 9.938 tys. zł, z czego NFZ sfinansował 99%, tj. 9.852 tys. zł.

Wartości zawartych kontraktów oraz wartości wykonanych i rozliczonych świadczeń w zakresie kardiologia – hospitalizacja (E23, E24, E25, E26), obejmującym świadczenia z zakresu kardiologii inwazyjnej udzielane pacjentom w trybie planowym, w latach 2011 – 2013 z roku na rok malały (w 2014 r. świadczenia te zostały włączone do zakresu kardiologia – hospitalizacja).

Świadczenia zakontraktowane w roku 2011 na poziomie 1.049 tys. zł, wykonano w wysokości 1.059,8 tys. zł. NFZ uregulował należności w 99%, w kwocie 1.044,7 tys. zł. W roku 2012 r. - wielkość kontraktu, wykonanie i zapłata z NFZ wyniosły 907,8 tys. zł. W roku 2013 zakontraktowano świadczenia w kwocie 772,3 tys. zł, wykonanie wyniosło 798,1 tys. zł z czego NFZ sfinansował 96%, tj. 764,8 tys. zł.

Wartość kontraktów oraz zakres wykonanych świadczeń w zakresie anestezjologia i intensywna terapia – hospitalizacja w latach 2011 – 2014 kształtowała się na podobnym poziomie.

Świadczenia zakontraktowane w roku 2011 w kwocie 5.148,4 tys. zł, wykonano w wysokości 5.135,5 tys. zł. NFZ uregulował należności w 99,9%, w kwocie 5.134,2 tys. zł. W roku 2012 r. - wielkość kontraktu i wykonanie wynosiła 4.947,5 tys. zł, a NFZ uregulował należności w 100 %. Rok 2013 to kolejno: kontrakt i wykonanie - 6.244 tys. zł, płatność z NFZ - w 100%. W roku 2014 zakontraktowano świadczenia w kwocie 5.398 tys. zł, wykonanie wyniosło 5.541,7 tys. zł, z czego NFZ sfinansował 97%, tj. 5.363,8 tys. zł.

Wartość kontraktów w SOR w roku 2012 wzrosły w porównaniu do roku 2011 o 70%. W roku 2013 utrzymywały się na podobnym do 2012 r. poziomie, po czym w roku 2014 spadły o 17%. W okresie objętym kontrolą wykonanie świadczeń było zgodne z wielkością zakontraktowaną, a NFZ uregulował należności w 100%, w tym: w roku 2011 - 2.807,6 tys. zł, i kolejno: 4.009 tys. zł, 4.069,3 tys. zł, 3.470,5 tys. zł.

(akta kontroli, str. 389-392)

Na podstawie corocznych ugód zawieranych z NFZ, Szpital zrzekał się roszczeń związanych z realizacją nadwykonań w zakresach kardiologia-hospitalizacja i anestezjologia i intensywna terapia.

(akta kontroli, str. 492)

2.2. W latach 2011 - 2014 największą grupę przeprowadzonych zabiegów w Oddziale Kardiologii stanowiły: *echokardiografia* (ICD9 nr 88.721), a ich liczba w kolejnych latach badanego okresu wynosiła: 1331, 1356, 1276, 1401, *koronarografia z użyciem dwóch cewników* (88.56) - 1664, 1689, 1653, 1631, *monitorowanie systemowego ciśnienia tętniczego* (89.61) - 1821, 1733, 1639, 1909, *elektrokardiogram z 12 lub więcej odprowadzeniami* (89.522) - 1917, 1703, 1634, 1557, *balonowa angioplastyka wieńcowa* (00.661 i 36.091) -724,574,708,855.

Najmniejsze liczby wykonanych procedur dotyczyły m.in. następujących zabiegów: *wprowadzenia czterech lub więcej stentów naczyniowych* (00.48), kolejno w latach: 1,2,5,6, *wymiany jednojamowego rozrusznika - regulowanego rytmem innym niż przedsionkowy* – (37.86) -1,0,2,3, *wszczepienie całkowitego automatycznego systemu do kardiowersji lub defibrylacji [ICD] – dwujamowego* (37.943) - 4,3,1,3. Po jednym zabiegu na trzech naczyniach (00.42) przeprowadzono w 2013 r. i 2014 r.

W okresie objętym kontrolą nastąpił istotny wzrost (o 800%) liczby zabiegów przeprowadzonych *na dwóch naczyniach* (00.41) – z dwóch przeprowadzonych w 2011 r., poprzez 10 w 2012 r. i 2013 r. do 16 w 2014 r. Znaczny wzrost

(o 1029 %) wystąpił także w liczbie zabiegów przeprowadzonych *na pojedynczym naczyniu* (00.40) – z 21 w 2011 r., poprzez kolejno: 152, 271 do 216 w 2014 r. Również istotny wzrost liczby przeprowadzanych zabiegów (o 196%) nastąpił w odniesieniu do świadczeń *RTG klatki piersiowej* (87.44) - z 413 w 2011 r., poprzez 820, 877 do 809 w 2014 r.

Spadek o 240 % w 2014 r. w porównaniu do 2011 r. nastąpił w liczbie zabiegów *programowanej elektrostymulacji serca* (37.263) z 65 w 2011 r., poprzez 49 w 2012 r. i 2013 r., do 27 w 2014 r.

Na podobnym poziomie utrzymywała się liczba m.in. *wprowadzeń jednego stentu naczyniowego* (00.45 i 36.070) - 438 w 2011 r., 442 w 2012 r. i 429 w 2013 r. oraz 458 w 2014 r., *wprowadzeń dwóch stentów naczyniowych* (00.46 i 36.071) odpowiednio: 137,116,152,163 oraz *wszczepień balona pulsacyjnego* (37.61) odpowiednio 13,22,22,16.

(akta kontroli, str. 48-62)

Największą liczebnie grupę wykonanych świadczeń wg JGP stanowiła grupa E13 (*OZW leczenie inwazyjne dłużej niż 3 dni*). W latach 2011-2013 było to kolejno: 591, 568, 504, a w 2014 liczba tych świadczeń spadła do 184. Kolejną dużą liczebnie grupą była grupa E12 (*OZW – leczenie inwazyjne złożone*), w okresie objętym kontrolą liczba rozliczonych świadczeń z tej grupy wzrosła ze 173 w 2011 r., poprzez 164, 265 do 388 w 2014 r.

Istotny spadek liczby świadczeń nastąpił w grupie E14 (*OZW – leczenie inwazyjne krótsze niż 4 dni*) ze 181 w 2011 r., poprzez 121, 83 do 59 w 2014 r. Tendencja spadkowa dotyczyła również m.in. grupy E53 (*niewydolność krążenia pow. 69 r.ż.*) z 26 w 2011 r., poprzez 20 do 19 w 2014 r. oraz grupy E73 (*choroby zastawek serca u osób pow. 17 r. ż.*) z 70 w 2011 r., poprzez 66,49 do 43 w 2014 r.

Liczby wykonanych świadczeń z grup: E27 (*koronarografia i inne zabiegi inwazyjne*), E31 (*wszczepienie /wymiana rozrusznika jednojamowego*) i E32 (*wszczepienie/ wymiana rozrusznika dwujamowego*) utrzymywały się na podobnym poziomie. E27 ok. 300, E31- ok. 22, E 32 – ok. 55.

(akta kontroli, str. 206-309)

2.3 W okresie objętym kontrolą rodzaje i zakresy udzielanych świadczeń objęte niniejszą kontrolą, tj. kardiologia, anestezjologia i intensywna terapia oraz SOR były zgodne z ustalonymi w kontrakcie z NFZ i zapisami w Rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą (prowadzonym przez Wojewodę Śląskiego – nr księgi 000000012877)¹⁸. Stwierdzoną rozbieżność pomiędzy liczbą łóżek wykazaną w Rejestrze, a stanem faktycznym opisano w dalszej części wystąpienia, w punkcie 2 sekcji *ustalone nieprawidłowości*.

(akta kontroli, str. 202-203, 399-434)

2.4 Średni czas hospitalizacji pacjentów w Oddziale Kardiologii w latach objętych kontrolą wynosił: 140 godz. 30 min w 2011 r. , 118 godz. 60 min. w 2012 r. 122 godz. 38 min. w 2013 r. i 111 godz. 28 min w 2014 r.. Liczba hospitalizacji jednodniowych wyniosła w kolejnych latach odpowiednio: 202, 163, 163 i 137, dwudniowych: 308, 265, 227, 296, trzydniowych: 250, 223, 239, 297 i powyżej 72 godz.: 1227 (62% wszystkich hospitalizacji), 1360 (67%), 1266 (67%), 1187 (62%).

(akta kontroli, str. 229, 253, 276, 309)

¹⁸ Zwanym dalej „Rejestrem”.

2.5. Badanie wybranej dokumentacji medycznej 105 pacjentów (31% hospitalizowanych w Oddziale Kardiologii, których okres hospitalizacji w SPZOZ był krótszy lub równy 96 godz. oraz którym w latach 2012-2013 wykonano zabiegi angioplastyki¹⁹ i którzy zostali wypisani do domu²⁰), z których u 26 pacjentów rozpoznano zawał serca typu STEMI²¹, u 29 – typu NSTEMI²², u 50 dusznicę niestabilną, wykazało że:

- zgodnie z obowiązującymi wytycznymi Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego²³ czas hospitalizacji 25 z 26 pacjentów z zawałem serca typu STEMI w Oddziale Kardiologii wynosił od 67 godz. do 95 godz., jednego pacjenta z zawałem serca typu STEMI przekazano do OAiT SPZOZ.
- czas oczekiwania na interwencję zabiegową w pracowni hemodynamiki pacjentów z zawałem serca typu STEMI w 25 przypadkach wynosił poniżej 60 min. W jednym przypadku czas ten był dłuższy i wynosił 3 godz. 8 min.²⁴,
- nie wystąpiły przypadki pacjentów, u których w wyniku badania koronarograficznego nie stwierdzono zmian odpowiedzialnych za niedokrwienie (przewężeń lub istotnych przewężeń), a wykonano im zabieg angioplastyki.

W wyniku badania ww. próby dokumentacji medycznej pacjentów SPZOZ stwierdzono, że:

- 1) w 20 przypadkach wypisano pacjentów ze Szpitala, pomimo wykonania tylko jednego badania (przed zabiegiem, w dniu zabiegu lub dzień po zabiegu) poziomu izoenzymu MB kinazy kreatynowej (CK-MB), w tym w 13 przypadkach wynik badania mieścił się w granicach normy, natomiast w 7 przypadkach wynik przekraczał wartości uznawane za prawidłowe (do 25IU/L),
- 2) w 16 przypadkach wypisano pacjentów ze Szpitala, pomimo wykonania tylko jednego badania (przed zabiegiem, w dniu zabiegu lub dzień po zabiegu) poziomu troponiny sercowej (cTn), w tym w 13 przypadkach wynik badania mieścił się w granicach normy, natomiast w 3 przypadkach wynik przekraczał wartości uznawane za prawidłowe (cut off 0,014 ng/ml),
- 3) w 49 przypadkach pacjenci zostali wypisani pomimo wzrastającego poziomu markera cTn, stwierdzonego na podstawie przeprowadzonych od dwóch do czterech badań wykonanych w trakcie hospitalizacji pacjentów w SPZOZ,
- 4) w 32 przypadkach pacjenci zostali wypisani pomimo wzrastającego poziomu markera CK-MB, stwierdzonego na podstawie przeprowadzonych od dwóch do czterech badań wykonanych w trakcie hospitalizacji pacjentów w SPZOZ.

(akta kontroli, str. 494-527)

Ordynator Oddziału Kardiologii wyjaśnił, że „Każdorazowo w ocenie pacjenta wykonywanej po zabiegu brano pod uwagę następujące dane i wyniki badań dodatkowych: wynik badania fizykalnego, EKG, UKG, wynik rehabilitacji chorego na oddziale, wyniki badań dodatkowych. W oparciu o tak założone kryteria, oceniane

¹⁹ Którzy zostali rozliczeni w ramach świadczeń z grup E12 i E14.

²⁰ Z wyłączeniem pacjentów, którzy zostali wypisani do domu na własne żądanie.

²¹ Zawał serca z uniesieniem odcinka ST, najcięższa postać zawału serca.

²² Zawał serca bez uniesienia odcinka ST.

²³ Wytyczne ESC dotyczące postępowania w ostrym zawałe serca z przetrwałym uniesieniem odcinka ST. Kardiologia Polska 2012; 70 (supl. VI), str. 286

²⁴ Nr księgi - 1902/2012 - w momencie przyjęcia pacjenta w Pracowni hemodynamiki trwał zabieg. Stan chorej był stabilny, a w zapisie EKG pacjenta stwierdzono ustąpienie dolegliwości.

łącznie, podejmowano decyzje o dalszej hospitalizacji lub wypisie. Wynik badania troponiny oraz CK-MB jest jednym z wielu markerów, dla których ustalono arbitralne normy odnoszące się do zawału okołozabiegowego lub związanego z CABG jednak wraz z nowymi zmianami w zapisie EKG lub nowymi zaburzeniami kurczliwości lewej komory w badaniu UKG. Według zaleceń PTK (Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego – przyp. NIK) nie ma konieczności monitorowania poziomu CK-MB i troponin jeśli stan kliniczny chorego wskazuje na stabilny przebieg choroby wieńcowej zwłaszcza u chorych po wykonanej koronarografii”.

(akta kontroli, str. 518-527, 542-543)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

1. NIK zwraca uwagę na fakt, że w przypadku 16 pacjentów z badanej próby (15%) oznaczono poziom Troponiny (cTn), a w przypadku 20 pacjentów (19%) oznaczono poziom izoenzymu MB kinazy kreatynowej (CK-MB) tylko raz w trakcie hospitalizacji w Oddziale. Uniemożliwiało to prawidłowe monitorowanie przebiegu leczenia interwencyjnego z wykorzystaniem tych markerów oraz ewentualnych powikłań okołozabiegowych.

Zgodnie z *Wytycznymi dotyczącymi diagnostyki i leczenia ostrych zespołów wieńcowych bez przetrwałego uniesienia odcinka ST*²⁵, „na etapie potwierdzenia rozpoznania i oceny ryzyka zasadnym jest dwukrotne przeprowadzenie badania biochemicznego (przy przyjęciu do szpitala i po 6-9 godzinach)”.

Również zgodnie z wytycznymi *Trzecia uniwersalna definicja zawału serca*²⁶: „Preferowanym biomarkerem — ogólnie i w przypadku poszczególnych typów MI [zawałów serca - przyp. NIK] — jest cTn, która cechuje się dużą specyficznością względem tkanki mięśnia sercowego, jak również wysoką czułością kliniczną. Próbkę krwi do pomiaru cTn powinno się pobrać w trakcie pierwszej oceny chorego i ponownie po 3–6 godz. Wymagane jest wykonanie kolejnych oznaczeń [troponiny-przyp. NIK] (...), gdy trudno określić czas, w którym wystąpiły początkowe objawy. (...) Jeśli oznaczenie cTn jest niedostępne, najlepszą alternatywą jest pomiar CKMB”.

Monitorowanie przebiegu krzywej stężenia troponiny-czas w trakcie hospitalizacji ma na celu m.in. wykluczenie zawału związanego z przeprowadzaniem zabiegiem (tzw. zawał typu 4a), wystąpienia ponownego niedokrwienia mięśnia sercowego, rozwoju cech niewydolności krążenia, bądź też rozpoczęcia procesu gojenia.

Niewykonywanie ww. wymaganych badań naruszało § 1 ust. 2 umów zawartych pomiędzy Szpitalem, a NFZ, zgodnie z którym *świadczonodawca zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w szczególności w warunkach zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne, ustalonych na dany okres rozliczeniowy w drodze zarządzenia Prezesa NFZ wydanego na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.*

§ 11 ust. 1 zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne²⁷, wydanego na podstawie cytowanego wyżej przepisu ustawy stanowi, że *przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniodawca jest zobowiązany do stosowania zasad postępowania medycznego zgodnego*

²⁵ Grupy Roboczej Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) do spraw diagnostyki i leczenia ostrych zespołów wieńcowych bez przetrwałego uniesienia odcinka ST, opublikowanych w *Kardiologia Polska* 2011; 69, supl. V, str. 256-257.

²⁶ Wspólnej Grupy Roboczej Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego /ACCF/AHA/WHF ds. Uniwersalnej Definicji Zawału Serca, opublikowanymi w: *Kardiologia Polska* 2012, 70 supl. V, str. 239.

²⁷ Nr 89/2013/DSOZ, zwanego dalej „Zarządzeniem Prezesa NFZ w sprawie warunków leczenia”. Analogiczne zapisy znajdowały się też w zarządzeniu Nr 72/2011/DSOZ.

z aktualnym stanem wiedzy, zawartych w standardach określonych w obowiązujących przepisach prawa oraz wytycznych, zaleceniach i rekomendacjach wydawanych przez towarzystwa naukowe zrzeszające specjalistów z właściwych dziedzin medycyny.

2. NIK zauważa, iż zgodnie z opinią wyrażoną przez konsultanta krajowego w dziedzinie kardiologii prof. dra hab. Jarosława Kaźmierczaka oraz przez 9 z 10 konsultantów wojewódzkich w dziedzinie kardiologii²⁸ - w prawidłowym postępowaniu, wypis pacjenta ze szpitala powinien nastąpić dopiero, gdy poziom troponiny maleje (nawet jeśli jest nadal powyżej normy dla stanu prawidłowego). W dokumentacji 49 pacjentów (47% próby) do czasu ich wypisu z Oddziału, nie odnotowano jednak spadku poziomu tego markera.

W odniesieniu do okoliczności przedstawionych w pkt 1 i 2 powyżej, zdaniem Izby, ograniczanie liczby i zakresów badań markerów (cTn i CKMB) oraz wypisywanie pacjentów do domu pomimo braku stwierdzenia spadku poziomu obu markerów umożliwiało skrócenie czasu pobytu pacjentów na oddziale i tym samym maksymalizację liczby przeprowadzonych zabiegów. Działanie takie może jednakże mieć negatywny wpływ na stan zdrowia osób wypisywanych ze Szpitala pomimo nieutralnej poprawy po ostrym incydencie wieńcowym i jako takie być sprzeczne z § 5 ust. 4 Załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej²⁹, zobowiązującego świadczeniodawcę do podejmowania i prowadzenia działań mających na celu zapewnienie należytej jakości udzielanych świadczeń.

Opis stanu
faktycznego

2.6. Z analizowanej próby 105 pacjentów SPZOZ, pięć osób zakwalifikowano do drugiego etapu angioplastyki. Podczas pierwszego pobytu tych pacjentów w SPZOZ w wyniku wykonanego badania koronarografii stwierdzono, że co najmniej dwie tętnice sercowe były zwężone przynajmniej w 70%. W odniesieniu do przyczyn zaniechania równoczesnej angioplastyki większej liczby naczyń Dyrektor Szpitala wskazała: w jednym przypadku stan zdrowia pacjenta, w czterech przypadkach brak pilnych wskazań do angioplastyki kolejnego naczynia (zabieg na drugim lub trzecim naczyniu przesunięto o miesiąc lub dwa miesiące).

(akta kontroli, str. 528, 534-535)

Cztery z ww. pięciu hospitalizacji rozliczono jako hospitalizacje planowe, tj. z jednej z grup rozliczeniowych: E23 (Angioplastyka wieńcowa z implantacją DES), E24 (Angioplastyka z implantacją nie mniej niż dwóch stentów lub wielonaczyniowa) lub E27 (Koronarografia i inne zabiegi inwazyjne), natomiast jedną jako pilną z grupy E14 (OZW - leczenie inwazyjne poniżej 4 dni), co opisano w dalszej części wystąpienia, w punkcie 1 sekcji *ustalone nieprawidłowości*.

(akta kontroli, str. 528, 534-535)

2.7. W okresie objętym kontrolą personel Pracowni hemodynamiki zatrudniony był na podstawie umów o pracę (dotyczy czterech pielęgniarek i pięciu techników) oraz umów cywilnoprawnych o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne z zakresu usług medycznych (dotyczy sześciu lekarzy i Spółki Partnerskiej dziewięciu lekarzy, siedmiu pielęgniarek³⁰ i sześciu techników elektroradiologii³¹).

²⁸ Z województwa lubelskiego, lubuskiego, łódzkiego, opolskiego, podlaskiego, śląskiego, świętokrzyskiego, warmińsko-mazurskiego i wielkopolskiego.

²⁹ Dz. U. Nr 81, poz. 484.

³⁰ W tym cztery ww. zatrudnione na umowę o pracę.

(akta kontroli, str.10-13, 371-382)

2.8. W okresie objętym kontrolą, w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych w rodzaju leczenie szpitalne dla świadczeń kardiologia - hospitalizacja, SPZOZ był kontrolowany jeden raz przez Narodowy Fundusz Zdrowia Śląski Oddział Wojewódzki w Katowicach, w 2012 roku. Przedmiotem kontroli były kwalifikacje personelu realizującego świadczenia oraz kwalifikowanie i rozliczanie świadczeń. Kontrola nie wykazała nieprawidłowości.

(akta kontroli, str. 486-491)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. Powtórna hospitalizację jednego³² z pięciu pacjentów, zakwalifikowanych do drugiego etapu angioplastyki w związku z wynikiem badania koronarografii zgodnie, z którym co najmniej dwie tętnice sercowe były zwężone przynajmniej w 70%, zakwalifikowano, przedstawiono do rozliczenia i rozliczono NFZ jako procedurę pilną z grupy E14, pomimo że pacjent był przyjęty w trybie planowym. Powyższe było niezgodne z §13 pkt 1-5 Zarządzenia Nr 72/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 20 października 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne.

Dyrektor Szpitala w złożonych wyjaśnieniach przyznała, że pacjenta błędnie zakwalifikowano i rozliczono jako procedurę z grupy E14, pomimo że był przyjęty w trybie planowym.

(akta kontroli, str. 528, 535)

2. Ustalone podczas oględzin łączne liczby łóżek w Oddziale Kardiologii oraz w SOR nie były zgodne z liczbami wykazanymi przez Szpital w Rejestrze (wynosiły one odpowiednio: 35 i 4 łóżka, podczas gdy w Rejestrze wpisano odpowiednio: 32 i 8 łóżek).

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że wskazane różnice w stanie faktycznym i w zapisach w rejestrze zostaną usunięte, w ten sposób, że na najbliższe posiedzenie Rady Społecznej Szpitala, a następnie na Zarząd Województwa Śląskiego zostaną przedłożone odpowiednie zmiany w tym zakresie, oraz że zostaną dokonane zmiany w rejestrze po otrzymaniu uchwały ww. Zarządu.

(akta kontroli, str. 20, 36, 184, 404, 413, 463)

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia, że SPZOZ zapewnił pacjentom należytą dostępność do świadczeń z zakresu kardiologii, w tym inwazyjnej, finansowanych ze środków publicznych. Zgodnie z obowiązującymi standardami postępowania czas oczekiwania na interwencję zabiegową w przypadku pacjentów w ostrych stanach kardiologicznych (zwłaszcza z zawałem serca typu STEMI) w przeważającej większości (99% przypadków) nie przekraczał 60 minut, a wypis tych pacjentów następował pomiędzy 67 godz. a 95 godz. W przypadku jednego z pacjentów (z wybranej próby 5 powtórnych hospitalizacji) Szpital nieprawidłowo rozliczył powtórna hospitalizację jako pilną.

³¹ W tym pięć ww. zatrudnionych na umowę o pracę.

³² Data przyjęcia: 8 października 2013 r. (II etap angioplastyki - nr księgi 23468/2013).

W procesie leczenia chorych w Oddziale wystąpiły przypadki (połowa pacjentów z wybranej do badania próby) niestosowania się do zasad ustalonych w wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego, a także odstępstwa od zasad sztuki lekarskiej przedstawionych przez konsultantów wojewódzkich z zakresu kardiologii, dotyczących w szczególności czasu hospitalizacji pacjentów o nieustabilizowanym poziomie markerów martwicy mięśnia sercowego. Zdaniem Izby ograniczenie liczby pomiarów markerów lub wypisywanie pacjentów przy – wynikającym z przeprowadzonych badań markerów - nieustabilizowanym poziomie markerów martwicy mięśnia sercowego może rodzić wątpliwości, czy wypis pacjentów w tych przypadkach nie był zbyt wczesny.

IV. Uwagi i wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli³³, wnosi o:

- 1. Podjęcie i prowadzenie działań mających na celu wyeliminowanie przypadków wypisywania pacjentów bez przeprowadzenia wystarczającej liczby badań wskaźników martwicy mięśnia sercowego oraz bez uzyskania zmniejszenia stężeń markerów martwicy mięśnia sercowego wskazujących na proces gojenia.**
- 2. Zapewnienie wymaganej przepisami *rozporządzenia MZ z 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych wyodrębnionej całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia.***
- 3. Doprowadzenie sal chorych w Oddziale Kardiologii do zgodności z warunkami określonymi w *rozporządzeniu MZ w sprawie wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia.***
- 4. Podjęcie działań w celu zwiększenia liczby łóżek w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii do minimalnej wymaganej przepisami *rozporządzenia MZ w sprawie anestezjologii i intensywnej terapii.***
- 5. Zgłoszenie aktualizacji danych w zakresie liczby dostępnych łóżek w Oddziale Kardiologii i w SOR do ujęcia w Rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą.**

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.

³³ Dz. U. z 2012 r., poz.82 ze zm., zwanej dalej „ustawą o NIK”.

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**

**Kontroler
Katarzyna Koziel
specjalista kontroli państwowej**

.....