



S. W. M. M. M.

U

Powiatowy Zakład Opieki Zdrowotnej  
27-200 Starachowice, ul. Radomska 70  
2015 - 11 - 25  
0/12/2015/2015

**NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI**  
**Komisja Rozstrzygająca**

KPK-KPO.443.155.2015

Warszawa, dnia 23 listopada 2015 r.

*[Handwritten signature]*  
Powiatowy Zakład Opieki Zdrowotnej  
28.11.2015

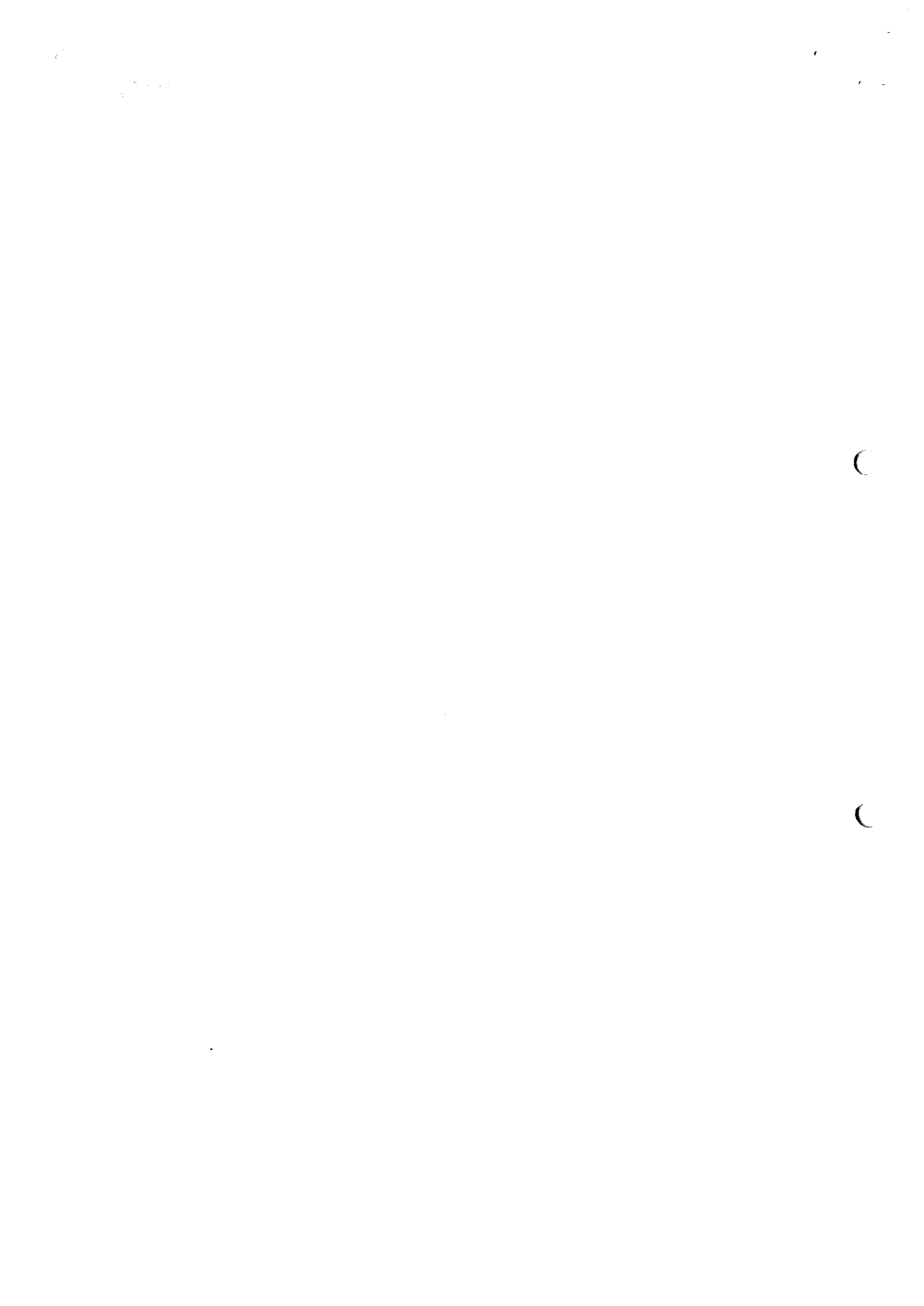
**Pan**  
**Sebastian Petrykowski**  
**Dyrektor**  
**Powiatowego Zakładu**  
**Opieki Zdrowotnej**  
**w Starachowicach**  
**ul. Radomska 70**  
**27-200 Starachowice**

Stosownie do art. 61a ust. 8 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz.U. z 2015 r., poz. 1096) przesyłam uchwałę Zespołu Orzekającego Komisji Rozstrzygającej w Najwyższej Izbie Kontroli z dnia 16 listopada 2015 r. w sprawie zastrzeżeń zgłoszonych przez Pana do wystąpienia pokontrolnego z dnia 30 czerwca 2015 r. (Nr LKA-4101-0039-09/2014), skierowanego w związku z przeprowadzoną w Powiatowym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Starachowicach kontrolą realizacji świadczeń zdrowotnych z zakresu kardiologii przez publiczne podmioty lecznicze.

Uchwała kończy postępowanie odwoławcze w tej sprawie.

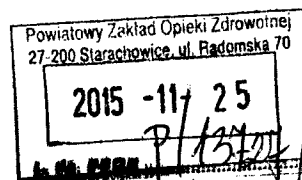
Przewodnicząca  
Zespołu Orzekającego  
doradca prawny  
*[Handwritten signature]*  
Maria Szymańska

Załącznik:  
- uchwała z dnia 16 listopada 2015 r.





NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI  
Komisja Rozstrzygająca



KPK-KPO.443.155.2015

Warszawa, dnia 16 listopada 2015 r.

**UCHWAŁA**

**Zespół Orzekający**

**Komisji Rozstrzygającej w Najwyższej Izbie Kontroli**

w składzie:

**Przewodniczący:** Maria Szymańska - doradca prawny  
w Departamencie Prawnym  
i Orzecznictwa Kontrolnego,

**Członkowie:** Dariusz Bojanowski - doradca prawny  
w Departamencie Prawnym  
i Orzecznictwa Kontrolnego,

Anna Górzyńska - doradca prawny  
w Departamencie Prawnym  
i Orzecznictwa Kontrolnego,

przy udziale protokolanta: Agnieszki Sierpińskiej - starszego referenta  
w Departamencie Prawnym  
i Orzecznictwa Kontrolnego,

po rozpatrzeniu na posiedzeniu jawnym w dniu 15 października 2015 r., w trybie art. 61a ust. 5 i 6 oraz art. 61 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz.U. z 2015 r., poz. 1096), zastrzeżeń zgłoszonych przez Dyrektora Powiatowego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Starachowicach do wystąpienia pokontrolnego z dnia 30 czerwca 2015 r. (Nr LKA-4101-039-09/2014), skierowanego w związku z przeprowadzoną w Powiatowym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Starachowicach kontrolą: „Realizacja świadczeń zdrowotnych z zakresu kardiologii przez publiczne i niepubliczne podmioty lecznicze”:

- 1) uwzględnił w części zastrzeżenie 1 – dotyczące nieprawidłowości polegającej na niezasadnym zakwalifikowaniu i przedstawieniu do rozliczenia przez Szpital Narodowemu Funduszowi Zdrowia świadczeń w grupach dedykowanych leczeniu

ostrego zespołu wieńcowego – i w związku z tym w wystąpieniu pokontrolnym wprowadził następujące zmiany:

- a) na str. 2 w wierszach 1-7 od dołu skreślił fragment rozpoczynający się wyrazami: „- niezasadnym zakwalifikowaniu”, a kończący się wyrazami: „Szpitala, jak i podczas pobytu);”;
- b) na str. 16-18 wykreślił nieprawidłowość nr 1 wraz z przypisami 106-109, a nieprawidłowości nr 2-4 oznaczył odpowiednio numerami 1-3;
- c) na str. 19 po wyrazach: „[Dowód: akta kontroli – str. 1148-1160 i 1187-1189]” wprowadził sekcję „Uwagi dotyczące badanej działalności” o treści: „Wątpliwości NIK budzi 20 przypadków – spośród zbadanych 130 – hospitalizacji co do ich zakwalifikowania, przedstawienia do rozliczenia NFZ i rozliczenia świadczeń w grupach dedykowanych OZW. Zdaniem NIK opisy w historiach chorób wskazują raczej na hospitalizację celem realizacji etapów leczenia inwazyjnego kolejnych zwężeń wieńcowych (7 przypadków) lub dotyczących pacjentów z objawami chorób wieńcowych, jednak bez jednoznacznych cech stanu ostrego, prezentowanego podczas przyjęcia do Szpitala i podczas pobytu (13 przypadków). Podczas hospitalizacji 13 pacjentom przeprowadzono próbę wysiłkową poprzedzającą wykonanie badania koronarograficznego z jednoczesną rewaskularyzacją mechaniczną (ad hoc), co odpowiada zasadom prowadzenia diagnostyki i leczenia inwazyjnego określonym w wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego, dotyczących sposobu postępowania w stabilnej chorobie wieńcowej. Jednocześnie w historiach chorób niejednoznacznie określano cechy OZW, ponieważ nie opisywano szczegółowo dolegliwości bólowych przy przyjęciu do Szpitala. Dolegliwości te najczęściej określano jako »nasilenie dolegliwości dławicowych«, »typowe dolegliwości dławicowe«. W opisach brak było też wzmianki o powracaniu dolegliwości podczas hospitalizacji i braku specyficznych zmian zaobserwowanych w wyniku badań: EKG i TTecho (o ile było wykonane). Z tytułu rozliczenia ww. 20 hospitalizacji w grupach JGP dedykowanych OZW, Szpital osiągnął przychody w łącznej kwocie 220 802,40 zł. Zdaniem NIK uzasadnione byłoby zweryfikowanie przez Szpital tych przypadków hospitalizacji i ewentualne przedstawienie do ponownego rozliczenia Świętokrzyskiemu Oddziałowi Wojewódzkiemu Narodowego Funduszu Zdrowia. Kierownik Oddziału Kardiologicznego w wyjaśnieniach przyczyn zakwalifikowania ww. hospitalizacji jako OZW podał, że pacjentom zarejestrowanym w Księdze Głównej Szpitala pod nr 2349/2013 i 23204/2013 omyłkowo wyznaczono grupę E12 i E14, zamiast prawidłowej grupy E23, a w przypadku pacjenta nr 23722/2013

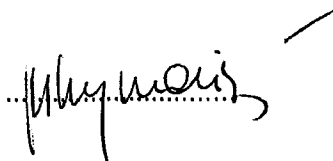
wyznaczono grupę E13 w wyniku błędu pisarskiego. W pozostałych 17 przypadkach o zakwalifikowaniu ich jako OZW zdecydował obraz kliniczny i wykonane badania dodatkowe, w tym m.in. wysiłkowe oraz duszności wysiłkowe i bóle w klatce piersiowej. Dyrektor Szpitala zgodził się z ww. wyjaśnieniami Kierownika Oddziału Kardiologicznego.

[Dowód: akta kontroli – str. 1013 - 1017, 1182 - 1184].”

Jednocześnie w ww. fragmencie po wyrazach: „20 przypadków” dodał przypis w brzmieniu: „Przypadki te dotyczą pacjentów zarejestrowanych w Księdze Głównej pod numerami: 460/2012, 7628/2012, 8305/2012, 15129/2012, 2349/2013, 13659/2013, 23204/2013 – przypadki wskazujące na realizację kolejnego etapu leczenia; 2183/2012, 11948/2012, 14612/2012, 609/2013, 1582/2013, 7489/2013, 9217/2013, 14008/2013, 18348/2013, 20881/2013, 20974/2013, 21946/2013 i 23722/2013 – przypadki bez jednoznacznych cech stanu ostrego.”, zaś po wyrazach: „chorobie wieńcowej” dodał przypis w brzmieniu: „Opublikowanych m.in. w Kardiologia Polska 2013; 71,supl. X.”;

- d) na str. 19 w wierszach 16-24 od dołu skreślił fragment rozpoczynający się wyrazami: „Stwierdzono jednak przypadki” a kończący się wyrazami: „innych niż OZW.”;
- e) na str. 20 w wierszach 6-7 od góry wyrazy: „wnosi o: 1. Podjęcie” zastąpił wyrazami: „wnosi o podjęcie”, a ponadto skreślił wniosek pokontrolny nr 2;
- 2) uwzględnił w części zastrzeżenie 4 – dotyczące pominięcia istotnych danych w dokumentacji medycznej - i w związku z tym w treści wystąpienia pokontrolnego wprowadził następujące zmiany:
- a) na str. 3 w wierszach 9-10 od góry po wyrazie: „danych” skreślił wyrazy: „godziny rozpoczęcia i zakończenia zabiegów angioplastyki.”;
- b) na str. 18:
- w wierszu 7 od góry cyfrę „7” zastąpił cyfrą „4” oraz skreślił liczbę „(5,4%)”;
  - w wierszach 8-9 od góry skreślił fragment rozpoczynający się wyrazami: „• w karcie opisującej wykonanie” a kończący się wyrazami: „zakończenia tych zabiegów,” wraz z przypisem 110;
  - w wierszu 10 od góry wyraz: „trzech” zastąpił wyrazem: „dwóch”, a w przypisie 111 skreślił wyrazy: „i 11699/2012”;
  - w wierszu 12 od góry wyrazy: „dwóch pacjentów” zastąpił wyrazami: „jednego pacjenta”, a w przypisie 112 skreślił wyrazy: „8025/2012 i”;
- c) dokonał stosownych zmian w numeracji przypisów;

3) oddalił zastrzeżenia w pozostałym zakresie.



### UZASADNIENIE

Najwyższa Izba Kontroli – Delegatura w Katowicach przeprowadziła w Powiatowym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Starachowicach (dalej: Szpital, PZOZ) kontrolę: „Realizacja świadczeń zdrowotnych z zakresu kardiologii przez publiczne i niepubliczne podmioty lecznicze”.

Ustalony w toku kontroli stan faktyczny i ocena kontrolowanej działalności, a także uwagi i wnioski w sprawie stwierdzonych nieprawidłowości, zawarte zostały w wystąpieniu pokontrolnym z dnia 30 czerwca 2015 r., do którego Dyrektor Szpitala w piśmie z dnia 28 lipca 2015 r. zgłosił cztery zastrzeżenia.

**Zastrzeżenie 1** dotyczyło zawartej w pkt. 1 na str.16-18 wystąpienia pokontrolnego nieprawidłowości, w której NIK podała: „W Szpitalu wystąpiły przypadki niezasadnego zakwalifikowania, przedstawiania do rozliczenia przez NFZ i rozliczenia świadczeń w grupach dedykowanych OZW<sup>1</sup>. Spośród zbadanych 130 hospitalizacji, rozliczonych przez Szpital w grupach dedykowanych OZW E11-E14, stwierdzono 20 przypadków (15,4%), w których opisy w historiach chorób wskazywały na hospitalizację celem realizacji etapów leczenia inwazyjnego kolejnych zwichnięć wieńcowych (7 przypadków) lub dotyczących pacjentów z objawami chorób wieńcowych, jednak bez jednoznacznych cech stanu ostrego, prezentowanego podczas przyjęcia do Szpitala i podczas pobytu (13 przypadków). W przypadku 13 pacjentów osobom tym podczas hospitalizacji przeprowadzono próbę wysiłkową poprzedzającą wykonanie badania koronarograficznego z jednoczesną rewaskularyzacją mechaniczną (ad hoc), co odpowiada zasadom prowadzenia diagnostyki i leczenia inwazyjnego określonym w wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego, dotyczących sposobu postępowania w stabilnej chorobie wieńcowej<sup>2</sup>. Niejednoznacznie określano też w historiach chorób cechy OZW, ponieważ nie opisywano szczegółowo dolegliwości bólowych przy przyjęciu do Szpitala. Dolegliwości te najczęściej określano jako »nasilenie dolegliwości dławicowych« lub »typowe dolegliwości dławicowe«. W opisach brak było też wzmianki o powracaniu dolegliwości podczas hospitalizacji i braku specyficznych zmian zaobserwowanych w wyniku badań

<sup>1</sup> Ostry zespół wieńcowy.

<sup>2</sup> Opublikowanych m. in. w: Kardiologia Polska 2013; 71, supl. X, str. 243-318.

EKG i TTecho (o ile było wykonane). Z tytułu rozliczenia ww. 20 hospitalizacji w grupach JGP<sup>3</sup> dedykowanych OZW Szpital osiągnął przychody w łącznej kwocie 220 802,40 zł."

Z powyższą nieprawidłowością związany jest zawarty na str. 20 wystąpienia pokontrolnego wniosek pokontrolny nr 2, zalecający „zweryfikowanie i ponowne rozliczenie z ŚOW NFZ<sup>4</sup> hospitalizacji, podczas których realizowano etapy leczenia inwazyjnego kolejnych zwężeń wieńcowych lub dotyczących pacjentów z objawami chorób wieńcowych bez jednoznacznych cech stanu ostrego, prezentowanego podczas przyjęcia do Szpitala i podczas pobytu, a rozliczonych przez Szpital w grupie JGP dedykowanej OZW".

Ponadto nieprawidłowość ta zawarta została w wystąpieniu pokontrolnym na str. 2 w uzasadnieniu ogólnej oceny kontrolowanej działalności oraz na str.19 w ocenie cząstkowej.

W zastrzeżeniu Dyrektor Szpitala podniósł, że wszystkie ww. przypadki dotyczyły OZW, co potwierdza podwyższony poziom troponiny i informacja o dolegliwościach bólowych. Przyjęcia wynikające z planu leczenia ustalonego przy poprzednich hospitalizacjach zbiegły się równocześnie z wystąpieniem dolegliwości bólowych i dlatego te przypadki stanowią OZW.

Zdaniem Dyrektora oceny i kwalifikacji stanu tych pacjentów dokonała osoba niedysponująca fachowymi umiejętnościami z zakresu kardiologii. Nie jest zatem w pełni wiarygodne wskazywanie przez taką osobę, po 3 latach od hospitalizacji oraz wyłącznie na podstawie dokumentacji medycznej (bez osobistego badania pacjenta), odmiennej kwalifikacji stanu pacjenta niż ta, która ustalona została przez lekarza PZOZ w trakcie hospitalizacji i w trakcie bezpośredniego kontaktu z pacjentem. Zgodnie z art. 49 ust. 1 ustawy o NIK, jeżeli w toku kontroli konieczne jest zbadanie określonych zagadnień wymagających wiadomości specjalnych, powinien zostać powołany biegły. W tej sprawie nie powołano biegłego z zakresu kardiologii. W tej sytuacji wyciąganie wniosków co do stanu zdrowia pacjentów hospitalizowanych w latach 2012-2013 przez osobę nie będącą biegłym narusza nie tylko art. 49 ust. 1 ustawy o NIK, ale jest niezetelne i narusza także art. 28 ust. 1 i art. 5 ustawy o NIK, i nie może stanowić podstawy do jakichkolwiek ustaleń. Jest to o tyle ważne, że PZOZ zobligowany został do zweryfikowania i ponownego rozliczenia tychże 20 świadczeń ze ŚOW NFZ. Jest to niemożliwe, gdyż wszystkie te świadczenia (z wyjątkiem jednego) po zmianie grup są niżej punktowane i dotyczą innych zakresów świadczeń. Po zmianie grup świadczenia te byłyby w zakresach limitowanych, co przy rozliczeniu 2012 r. (zawarta ugoda sądowa ze ŚOW NFZ) i nadwykonaniach w 2013 r. powoduje, że ponowne rozliczenie byłoby problematyczne. Z tych względów Dyrektor Szpitala wniósł o uznanie, że świadczenia udzielone 20 pacjentom (15,4% badanej próby) i rozliczone z NFZ, rozliczone zostały w sposób prawidłowy i wynikały z OZW.

**Zespół Orzekający uwzględnił zastrzeżenie w części.**

W wystąpieniu pokontrolnym NIK stwierdziła, że 20 hospitalizacji nie było spowodowane wystąpieniem u pacjentów OZW: w 7 przypadkach opis w historiach chorób wskazywał, że hospitalizacje były kolejnymi

<sup>3</sup> Jednorodna Grupa Produktów.

<sup>4</sup> Świętokrzyski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia.

etapami leczenia inwazyjnego poszczególnych zwężeń wieńcowych<sup>5</sup>, zaś w 13 przypadkach opisy w historiach chorób dotyczyły pacjentów z objawami chorób wieńcowych, jednak bez jednoznacznych cech stanu ostrego podczas przyjęcia i pobytu w Szpitalu. Przypadki te zostały rozliczone ze ŚOW NFZ w grupie JGP dedykowanej OZW.

Zdaniem Zespołu Orzekającego stwierdzenie to budzi wątpliwości, które wynikają z badanych przez kontrolera, przy udziale specjalisty w dziedzinie medycyny, opisów choroby w dokumentacji medycznej, gdzie niejednoznacznie określano cechy OZW. Z wyjaśnień Kierownika Oddziału Kardiologicznego wynikało natomiast, że o zakwalifikowaniu hospitalizacji jako OZW decydował obraz kliniczny i wykonane badania dodatkowe, jednakże w zastrzeżeniu nie odniesiono się merytorycznie do poszczególnych przypadków hospitalizacji. W świetle tych wyjaśnień, a także wobec braku materiału dowodowego pozwalającego na jednoznaczne stwierdzenie, iż kwestionowane hospitalizacje zakwalifikowano do nieprawidłowej grupy i nieprawidłowo rozliczono ze ŚOW NFZ, Zespół Orzekający uznał, że przypadki te wymagają ponownej analizy. Z tego względu w wystąpieniu pokontrolnym jedynie zwrócono uwagę, że mogły one zostać błędnie zakwalifikowane do rozliczenia w grupach OZW. W związku z tym Zespół Orzekający wykreślił wniosek pokontrolny nr 2.

Nadmienić należy, iż w wyjaśnieniach Kierownik Oddziału Kardiologicznego także podał, że trzy hospitalizacje błędnie określono jako OZW, lecz na posiedzeniu Komisji Rozstrzygającej Dyrektor Szpitala poinformował, że dokonana analiza tych przypadków potwierdziła ich prawidłowe zakwalifikowanie do OZW.

Odnosząc się do zarzutu naruszenia art. 49 ust. 1 ustawy o NIK poprzez niepowołanie biegłego z dziedziny kardiologii, a także do zarzutu nierzetelnego przeprowadzenia kontroli na skutek niepowołania biegłego i naruszenia art. 28 ust. 1 i art. 5 ustawy o NIK, Zespół Orzekający stwierdził, że postanowieniem z dnia 23 marca 2015 r. kontroler do udziału w czynnościach kontrolnych powołał specjalistę – lekarza medycyny, będącego pracownikiem Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ. Specjalista ten powołany został na podstawie art. 49 ust. 4 ustawy o NIK, który stanowi, że: „Jeżeli w toku kontroli ujawni się potrzeba dokonania przez kontrolera określonych czynności badawczych z udziałem specjalisty w danej dziedzinie wiedzy lub praktyki, kontroler może, w drodze postanowienia, powołać specjalistę do udziału w tych czynnościach, określając przedmiot i czas jego działania.”. Przedmiotem działania specjalisty, wskazanym w postanowieniu o jego powołaniu, było uczestniczenie w czynnościach badawczych wybranej do kontroli dokumentacji medycznej.

Niezależnie od powyższego nadmienia się, iż na posiedzeniu Zespołu Orzekającego Komisji Rozstrzygającej zgłaszający zastrzeżenia zobowiązał się przekazać protokół kontroli Szpitala przez ŚOW NFZ, dotyczący realizacji umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie kardiologia hospitalizacja E10 - E14. Przekazany w dniu 22 października 2015 r. protokół obejmował okres od 1 stycznia do 31 marca 2014 r., a więc nie dotyczył przypadków kwestionowanych przez NIK.

---

<sup>5</sup> Pacjenci po pierwotnej hospitalizacji, w ramach której wykonywano koronarografię identyfikującą kilka zwężeń, a następnie wykonywano PCI tętnicy odpowiedzialnej za niedokrwienie/zawał, po którym byli wypisywani w stanie stabilnym bez przeciwwskazań do wypisania ze Szpitala.



**Zastrzeżenie 2** dotyczyło zawartej w pkt. 1 na str. 6-7 wystąpienia pokontrolnego nieprawidłowości, w której NIK podała, że w wybranych do kontroli miesiącach: styczeń, lipiec, sierpień i grudzień z lat 2012-2014 oraz styczeń i kwiecień 2015 r. stwierdzono 15 dni (3,5%), w których w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii (OAIT) nie zapewniono, wymaganej obowiązującymi w danym okresie przepisami rozporządzeń Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego<sup>6</sup>, wyodrębnionej całodobowej opieki lekarskiej. Dyżury w tych dniach pełniło dwóch lekarzy w trakcie specjalizacji z anestezjologii i intensywnej terapii, pomimo że w załącznikach nr 3 do ww. rozporządzeń Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych (lp. 2), w części „Organizacja udzielania świadczeń”, zobowiązano świadczeniodawcę udzielającego świadczeń w trybie hospitalizacji – w przypadku udzielania świadczeń anestezjologii i intensywnej terapii – do zapewnienia wyodrębnionej całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia przez lekarza specjalistę anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji lub anestezjologii i intensywnej terapii.

W zastrzeżeniu Dyrektor Szpitala podniósł, że w wystąpieniu pokontrolnym przywołano rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r., do którego załącznik nr 3 „Warunki szczegółowe realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego”, w l.p. 2 „Anestezjologia i intensywna terapia/Anestezjologia i intensywna terapia dla dzieci”, w odniesieniu do lekarzy przewiduje równoważnik co najmniej 2 etatów (nie dotyczy dyżuru medycznego) – specjalista w dziedzinie anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji lub anestezjologii i intensywnej terapii. Co do organizacji udzielania świadczeń rozporządzenie przewiduje wyodrębnioną całodobową opiekę lekarską lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji lub anestezjologii i intensywnej terapii we wszystkie dni tygodnia (nie może być łączona z innymi oddziałami lub wykonywaniem świadczeń z zakresu anestezji).

Zgodnie z § 5 ust. 3 ww. rozporządzenia, świadczeniodawca udzielający świadczeń gwarantowanych jest zobowiązany do spełnienia całodobowo warunków określonych odpowiednio w załącznikach 3 i 4 rozporządzenia. Jednakże wcześniejsze rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą<sup>7</sup>, w załączniku nr 1 „Warunki dla oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii oraz oddziałów anestezjologii w szpitalach”, w części I „Warunki ogólne dla oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii oraz oddziałów anestezjologii w szpitalach” przewidywało (jak w ww. rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych), że wyodrębniona całodobowa opieka lekarska powinna być wykonywana przez co najmniej jednego lekarza specjalistę w dziedzinie anestezjologii lub anestezjologii i intensywnej terapii we wszystkie dni tygodnia (nie może być łączona z innymi oddziałami lub wykonywaniem świadczeń z zakresu anestezjologii). Ww. zapis jest więc co do zasady powtórzeniem zapisu z rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego z 2013 r., przy czym, zgodnie z § 17 ust. 1

<sup>6</sup> 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.

<sup>7</sup> Dz. U. z 2013 r., poz. 15.

rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r., dotyczącego standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii, podmioty lecznicze prowadzące szpitale, które w dniu wejścia w życie tego rozporządzenia nie spełniają wymagań określonych w części I załącznika nr 1 do tego rozporządzenia dostosują się do tych wymagań w terminie nie dłuższym niż do dnia 31 grudnia 2016 r. w zakresie dotyczącym wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny oraz w terminie nie dłuższym niż do dnia 1 lipca 2017 r. m.in. w zakresie personelu. Zatem zdaniem zgłaszającego zastrzeżenia, jeżeli zgodnie z § 17 w dniu wejścia w życie rozporządzenia z dnia 20 grudnia 2012 r., tj. w dniu 22 stycznia 2013 r., PZOZ nie spełniał określonych rozporządzeniem wymagań – spełnienie ich powinno nastąpić w ww. terminach. Jednocześnie Dyrektor Szpitala wniósł o uznanie, iż PZOZ zapewnił wyodrębnioną całodobową opiekę lekarską lekarza specjalisty z zakresu anestezjologii.

Zdaniem Dyrektora w tym przypadku NIK naruszyła art. 28 ust. 1 i art. 5 ustawy o NIK poprzez przeprowadzenie kontroli w sposób nierzetelny, przejawiający się w błędnej interpretacji przepisów temporalnych – rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego oraz 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.

**Zespół Orzekający oddalił zastrzeżenie.**

W okresie objętym kontrolą warunki realizacji świadczeń gwarantowanych w zakresie leczenia szpitalnego, w tym zapewnienie wyodrębnionej całodobowej opieki lekarskiej w OAiT, określały rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, wydane na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>8</sup>:

- z dnia 29 sierpnia 2009 r. obowiązujące do dnia 26 grudnia 2013 r.,
- z dnia 22 listopada 2013 r. obowiązujące od dnia 27 grudnia 2013 r.

Obydwa rozporządzenia przywołane zostały w wystąpieniu pokontrolnym, a nie tylko – jak stwierdził zgłaszający zastrzeżenia – rozporządzenie z dnia 22 listopada 2013 r.

W załącznikach nr 3 do tych rozporządzeń, w części I „Warunki szczegółowe, jakie powinni spełniać świadczeniodawcy przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej”, w tabeli w rubryce 1 pod liczbą porządkową 2 „Anestezjologia i intensywna terapia/Anestezjologia i intensywna terapia dla dzieci”, w rubryce 3 „Hospitalizacja”, określono, że w miejscu udzielania świadczeń powinna być zapewniona „wyodrębniona całodobowa opieka lekarska – lekarz specjalista anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji lub anestezjologii i intensywnej terapii we wszystkie dni tygodnia (nie może być łączona z innymi oddziałami lub wykonywaniem świadczeń z zakresu anestezji)”. Jak wynika z ustaleń kontroli, w okresie wybranym do kontroli przez 15 dni dyżury pełniło dwóch lekarzy w trakcie specjalizacji z anestezjologii i intensywnej terapii, co było niezgodne z ww. rozporządzeniami.

Przywołane w zastrzeżeniu rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących

---

<sup>8</sup> Dz. U. z 2015 r., poz. 581 ze zm.

działalność leczniczą, wydane na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej<sup>9</sup>, które weszło w życie z dniem 22 stycznia 2013 r. (wcześniejsze od rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie leczenia szpitalnego z dnia 22 listopada 2013 r.), określa standardy postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii w zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez wszystkie podmioty prowadzące działalność leczniczą.

Stosownie do § 17 ust. 1 tego rozporządzenia, podmioty lecznicze prowadzące szpitale, które w dniu wejścia w życie rozporządzenia nie spełniają wymagań określonych w załączniku nr 1 do rozporządzenia dostosują się do wymagań określonych w przepisach rozporządzenia:

1) w części I „Organizacja udzielania świadczeń”, „Wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny” oraz „Pozostałe wymagania” – w terminie nie dłuższym niż do dnia 31 grudnia 2016 r.;

2) w części I „Personel” oraz w części II „Warunki szczegółowe dla poziomów referencyjnych oddziału anestezjologii i intensywnej terapii”, oraz w części III „Warunki szczegółowe dla poziomów referencyjnych oddziału anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci” – w terminie nie dłuższym niż do dnia 1 lipca 2017 r. Rozporządzenie to tworzy w szpitalach trzy poziomy referencyjne oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii w celu zapewnienia odpowiedniej jakości oraz zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych. Zgodnie z załącznikiem nr 1 – część II do tego rozporządzenia, na pierwszym i drugim poziomie referencyjnym wyodrębniona całodobowa opieka lekarska powinna być wykonywana przez co najmniej jednego lekarza specjalistę w dziedzinie anestezjologii lub anestezjologii i intensywnej terapii we wszystkie dni tygodnia (nie może być łączona z innymi oddziałami lub wykonywaniem świadczeń z zakresu anestezjologii). Wymóg ten – jak zauważył zgłaszający zastrzeżenia – co do zasady stanowi powtórzenie wymogu określonego aktualnie obowiązującym rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego z 2013 r. i szpitale niespełniające tego wymogu, stosownie do § 17 rozporządzenia w sprawie standardów medycznego postępowania, korzystają z okresu dostosowawczego. Jednakże należy zwrócić uwagę, że przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych, finansowanych ze środków publicznych, szpitale udzielające tych świadczeń powinny już spełniać wymagania w zakresie wyodrębnionej całodobowej opieki lekarskiej, określone aktualnie rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego. Do ich stosowania także zobowiązywały Szpital zawarte ze ŚOW NFZ umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne. W sytuacji, gdy ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia wydane zostały na podstawie upoważnień zawartych w dwóch różnych ustawach, w celu realizacji zadań określonych tymi ustawami, bez znaczenia pozostaje okoliczność, że rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą jest wcześniejsze od rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.

---

<sup>9</sup> Dz. U. z 2015 r., poz. 618 ze zm.

**Zastrzeżenie 3** dotyczyło zawartych w pkt. 3 i 4 na str. 18-19 wystąpienia pokontrolnego nieprawidłowości, w których NIK wskazała, że:

- „Sprawozdania Szpitala z realizacji umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia szpitalnego przedkładane NFZ nie zawierały danych o przypadkach zaistniałych w trakcie hospitalizacji zawałów typu 4a (stanowiących powikłanie okołozabiegowe). W badanej próbie stwierdzono wystąpienie 2 przypadków zawałów mięśnia sercowego typu 4a, które nie zostały zakodowane według zasad określonych w klasyfikacji ICD 10 i zostały odnotowane wyłącznie w formie opisowej w języku polskim w kartach informacyjnych z leczenia szpitalnego. Kody klasyfikacji ICD 10 odpowiadające zawałowi serca jako stanowi wikłającemu przebieg wdrożonego procesu terapeutycznego nie zostały w tych przypadkach uwzględnione w sprawozdawczości przekazanej do ŚOW NFZ, zgodnie z przepisami<sup>10</sup> wydanymi na podstawie art. 31 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej<sup>11</sup>. Kierownik Oddziału Kardiologicznego wyjaśnił, że w obu przypadkach rozpoznanie zawału okołozabiegowego pominięte zostało w ww. sprawozdaniach, ponieważ nie miał on świadomości o konieczności ich wykazywania.”;

- „W Szpitalu nie zapewniono pełnej rzetelności danych sprawozdawczych o udzielonych świadczeniach zdrowotnych w zakresie diagnostyki i terapii OZW, przekazywanych do Ogólnopolskiego Rejestru Ostrego Zespołu Wierńcowych PL-ACS<sup>12</sup>. Spośród 130 hospitalizacji objętych badaniem w 9 przypadkach<sup>13</sup> (6,9%) Szpital nie przesłał do OROZW sprawozdań z diagnostyki i terapii pacjentów.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że w latach 2012-2014 ww. zgłoszenia odbywały się w oparciu o jednostkę chorobową, uzupełnioną w nakładce do programu Excel i w związku z tym nieprzesłanie ww. sprawozdań do OROZW mogło być spowodowane oczywistą omyłką. Poinformował jednocześnie, że od stycznia 2015 r. baza OZW prowadzona na Oddziale Kardiologicznym jest kompatybilna z użytkowanym systemem Optimed w zakładce rejestr PL-ACS, co upraszcza tę sprawozdawczość.”.

Z powyższych nieprawidłowości wynika wniosek pokontrolny nr 1, zalecający m. in. rzetelne przedstawianie danych do Narodowego Funduszu Zdrowia i do OROZW (str. 20 wystąpienia pokontrolnego).

W zastrzeżeniu Dyrektor Szpitala podtrzymał swoje stanowisko zaprezentowane w toku kontroli i stwierdził, że nieprzesłanie ankiet wynikało z oczywistej omyłki spowodowanej brakiem kompatybilności systemu informatycznego. Obecnie ankiety OZW są generowane w programie OPTIMED i co miesiąc, około 10 dnia każdego miesiąca, PZOZ wysyła plik z ankietami do rejestru OZW oraz do rejestru ŚOW NFZ. Przypadki zawałów typu 4a są zgłaszane w ww. ankietach i wszyscy lekarze zostali pouczeni o konieczności uzupełniania tej informacji.

<sup>10</sup> § 13 ust 2 i 3 Zarządzenia Nr 72/2011/DSOZ.

<sup>11</sup> Dz. U. z 2012, poz. 591 ze zm.

<sup>12</sup> Dalej „OROZW”

<sup>13</sup> Hospitalizacje zarejestrowane w księdze głównej z 2012 r. nr: 8305, 8874, 13020, 12209, 16811 i w 2013 r. nr: 2349, 19972, 22436 i 23261.

**Zespół Orzekający oddalił zastrzeżenie.**

Dyrektor Szpitala zarówno w toku kontroli, jak i w zastrzeżeniu, potwierdził wystąpienie stwierdzonych nieprawidłowości w okresie objętym kontrolą, a przekazana informacja o aktualnym sposobie i terminach realizowania obowiązków sprawozdawczych w zakresie leczenia OZW świadczy o realizacji wniosku pokontrolnego.

**Zastrzeżenie 4** dotyczyło zawartej w pkt. 2 na str. 18 wystąpienia pokontrolnego nieprawidłowości, w której NIK wskazała, że: „W Szpitalu nie zapewniono pełnej rzetelności części objętej kontrolą dokumentacji medycznej. Badanie dokumentacji medycznej obejmującej próbę 130 hospitalizacji wykazało, że w 7 przypadkach (5,4%) w prowadzonej dokumentacji pominięto istotne dane, tj.:

- w karcie opisującej wykonanie koronarografii i PCI u jednego pacjenta<sup>14</sup> nie odnotowano godziny rozpoczęcia i zakończenia tych zabiegów,
- w historiach chorób trzech pacjentów<sup>15</sup> nie odnotowano, które tętnice i ich segmenty poddano zabiegom PCI oraz nie wskazano skali ich przewężenia,
- w dokumentacji medycznej dwóch pacjentów<sup>16</sup> brak było załączonych protokołów operacyjnych z opisem zabiegów PCI,
- w dokumentacji medycznej pacjenta<sup>17</sup> nie opisano typu zawału (STEMI).

Kierownik Oddziału Kardiologicznego wyjaśnił, że w ww. braki wynikały z oczywistych omyłek pisarskich lub błędów w wydrukach dokumentacji z systemu Optimed, jednakże brak ww. opisu typu leczonego zawału nie wpłynął na postępowanie z chorym i dalsze jego rokowanie."

Z powyższych nieprawidłowości wynika wniosek pokontrolny nr 1, zalecający m. in. rzetelne prowadzenie dokumentacji medycznej na Oddziale Kardiologicznym (str. 20 wystąpienia pokontrolnego).

W zastrzeżeniu Dyrektor Szpitala potwierdził wyjaśnienia złożone w postępowaniu kontrolnym podając, że ten stosunkowo mały odsetek błędów spowodowany jest oczywistymi omyłkami pisarskimi bądź też błędami w wydrukach z systemu informatycznego. Tego rodzaju uchybienia w dokumentacji medycznej nie wpłynęły negatywnie na leczenie i postępowanie z pacjentami. Poinformował, że obecnie jeszcze bardziej zwraca się uwagę na tego rodzaju problem celem jego całkowitego wyeliminowania. Jednocześnie w dniu 22 października 2015 r. zgłaszający zastrzeżenia dodatkowo przekazał Zespołowi Orzekającemu dokumentację medyczną części pacjentów, dotyczącą przypadków opisanych w powyższej nieprawidłowości.

**Zespół Orzekający uwzględnił zastrzeżenie w części.**

Zastrzeżenie uwzględnione zostało w części dotyczącej:

<sup>14</sup> Hospitalizacja zarejestrowana w księdze głównej nr 15181/2013.

<sup>15</sup> Hospitalizacje zarejestrowane w księdze głównej nr: 5236/2012, 11265/2012 i 11699/2012.

<sup>16</sup> Hospitalizacje zarejestrowane w księdze głównej nr: 8025/2012 i 8291/2012.

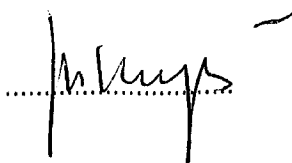
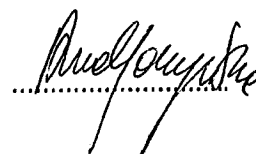
<sup>17</sup> Hospitalizacja zarejestrowana w księdze głównej nr: 17032/2013.

- nieodnotowania w karcie opisującej wykonanie koronarografii i PCI u jednego pacjenta (nr Księgi Głównej 15181/2013) godziny rozpoczęcia i zakończenia tych zabiegów, bowiem w „Protokole zabiegu operacyjnego” jest godzina rozpoczęcia i zakończenia zabiegu PCI, zaś w informacji przekazywanej do Ogólnopolskiego Rejestru Ostkich Zespołów Wieńcowych PL-ACS podano godzinę rozpoczęcia koronarografii. Z kolei w protokole zabiegowym z Pracowni Hemodynamiki odnotowano godziny rozpoczęcia i zakończenia koronarografii i PCI, lecz wpisów dokonano w sposób niechlujny i są one trudne do odczytania;
- nieodnotowania w historii choroby jednego pacjenta (nr Księgi Głównej 11699/2012), które tętnice i ich segmenty poddano zabiegom PCI, bowiem w Karcie Informacyjnej Leczenia Szpitalnego tego pacjenta odnotowano, że wykonano angioplastykę prawej tętnicy wieńcowej z implantacją 2 stentów;
- niezłączenia do dokumentacji medycznej jednego pacjenta (nr Księgi Głównej 8025/2012) protokołu operacyjnego z opisem zabiegu PCI, bowiem zgłaszający zastrzeżenia przesłał Zespołowi Orzekającemu „Protokół zabiegu operacyjnego” tego pacjenta z dnia 13 czerwca 2012 r., tj. z dnia wykonania zabiegu.

W pozostałym zakresie zastrzeżenie zostało oddalone, gdyż w Karcie Informacyjnej Leczenia Szpitalnego pacjenta (w Księdze Głównej nr 5236/2012) nie opisano segmentu tętnicy poddanego PCI, a w Karcie Informacyjnej Leczenia Szpitalnego pacjenta (w Księdze Głównej nr 11265/2012) nie podano skali zwężenia. Zgłaszający zastrzeżenia nie przedstawił także dowodów podważających ustalenie, że w dokumentacji medycznej jednego pacjenta (w Księdze Głównej nr 8291/2012) brak było załączonego protokołu operacyjnych z opisem zabiegu PCI. W odniesieniu do pacjenta zarejestrowanego w Księdze Głównej pod numerem 17032/2013 z ustaleń kontroli wynika, że w karcie „Historia pielęgnowania” wpisano: „zawał serca STEMI w trakcie ewolucji”, natomiast w „Karcie Informacyjnej Leczenia Szpitalnego” brak jest adnotacji dotyczącej rozpoznanego zawału serca. Kierownik Oddziału Kardiologicznego w złożonych na tę okoliczność wyjaśnieniach stwierdził, że typ zawału został określony symbolem I 21.4 (numer statystyczny zawału podany do NFZ) i jest odpowiednikiem zawału NSTEMI.

Mając powyższe na uwadze, orzeczono jak w sentencji uchwały.

Od uchwały odwołanie nie przysługuje.

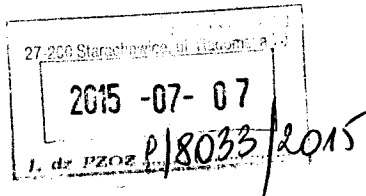






K/K 2/2015

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI  
Delegatura w Katowicach

LKA – 4101-039-09/2014  
P/14/078



# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

Skł. p. medyczne

- kardiologia
- soc
- ołom
- neurologia
- dny ✓
- dkp

## 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* Andrzej Pakuła, gł. specjalista k.p., upoważnienie do kontroli nr 93209 z dnia 5 marca 2015 r.

[Dowód: akta kontroli str. 1-2]

*Jednostka kontrolowana* Powiatowy Zakład Opieki Zdrowotnej w Starachowicach<sup>1</sup>, ul. Radomska nr 70, 27-200 Starachowice, nr IDS 291141752.

*Kierownik jednostki kontrolowanej* Sebastian Petrykowski – Dyrektor Szpitala.

[Dowód: akta kontroli str. 3 i 10-11 ]

## II. Ocena kontrolowanej działalności

### Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia<sup>2</sup>, że Szpital w kontrolowanym okresie<sup>3</sup> w oddziałach: Kardiologicznym oraz Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego<sup>4</sup> zapewnił:

- zatrudnienie personelu lekarskiego i pielęgniarskiego, posiadającego odpowiednie kwalifikacje,
- funkcjonowanie całodobowej opieki medycznej w Oddziałach: Kardiologicznym i Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego,
- wymagane warunki dot. pomieszczeń oraz wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny.

Szpital zapewnił również dostępność udzielania stacjonarnych świadczeń zdrowotnych z zakresu kardiologii.

Stwierdzone nieprawidłowości polegały na:

- niezasadnym zakwalifikowaniu, przedstawieniu do rozliczeń Narodowego Funduszu Zdrowia i rozliczeniu świadczeń udzielonych 20 pacjentom (15,4% badanej próby) jako wynikających z ostrych zespołów wieńcowych, w sytuacji gdy świadczenia te stanowiły realizację kolejnych etapów leczenia zwężenia naczyń wieńcowych lub dotyczyły pacjentów z objawami chorób wieńcowych, jednak bez jednoznacznych cech stanu ostrego, (tak podczas przyjęcia do Szpitala, jak i podczas pobytu);

<sup>1</sup> Zwany dalej „Szpitalem”.

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> 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.

<sup>4</sup> Zwanego dalej: „OINK”



- niespełnieniu wymogów obowiązujących przepisów w zakresie minimalnej liczby łóżek w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz wymogów zapewnienia na tym oddziale wyodrębnionej całodobowej opieki lekarskiej;
- pomijaniu w informacjach przekazywanych do Narodowego Funduszu Zdrowia danych o zaistniałych w trakcie hospitalizacji przypadkach zawałów typu 4a<sup>5</sup> oraz niezgłoszeniu wszystkich przypadków ostrych zespołów wieńcowych do Ogólnopolskiego Rejestru Ostrego Chorób Wieńcowych PL-ACS;
- nierzetelnym prowadzeniu dokumentacji medycznej części pacjentów (5,4% badanej próby) poprzez pomijanie w niej istotnych danych, np. godziny rozpoczęcia i zakończenia zabiegów angioplastyki, opisu tętnic poddanych zabiegom, skali ich przewężenia czy typu zawału.

Stwierdzono ponadto, że w 19 przypadkach (14,6% badanej próby) w procesie leczenia nie stosowano się do stanowiących wyznacznik<sup>6</sup> 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 31 przypadkach (33,7% pacjentów, którym monitorowano poziom tych markerów) odstąpiono od zasad sztuki lekarskiej przedstawionych przez konsultantów krajowego i wojewódzkich z zakresu kardiologii, dotyczących wypisywania do domu pacjentów o nieustabilizowanym poziomie markerów martwicy mięśnia sercowego. Zdaniem Izby ograniczanie liczby pomiarów markerów martwicy mięśnia sercowego lub wypisywanie pacjentów przy – wynikającym z przeprowadzonych badań -nieustabilizowanym poziomie markerów może rodzić wątpliwości, czy wypis pacjentów w tych przypadkach nie był zbyt wczesny. Umożliwiło to też skrócenie długości pobytu pacjentów na oddziale i tym samym maksymalizację liczby przeprowadzonych zabiegów. Działanie takie może mieć wpływ na obniżenie jakości udzielanych świadczeń.

### III. Opis ustalonego stanu faktycznego

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

Opis stanu faktycznego

1.1. Oddział Kardiologiczny Szpitala (łącznie z pododdziałem wszczepiania rozruszników) dysponował ogółem 25 łózkami szpitalnymi znajdującymi się w 9 pokojach łóżkowych. 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<sup>7</sup> oraz w załączniku nr 1 pkt II do tego rozporządzenia, tj. na Oddziale Kardiologicznym znajdowały się: pokój przygotowawczy pielęgniarstwa, punkt pielęgniarstwa, gabinet zabiegowy, trzy gabinety diagnostyczne, toalety z prysznicami (w tym jedna przystosowana do potrzeb osób niepełnosprawnych) oraz brudownik. 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 na Oddziale Kardiologicznym dostępne były z trzech stron (w tym z obu dłuższych), odstęp

<sup>5</sup> Powikłanie okołozabiegowe związane z przeprowadzoną procedurą inwazyjną.

<sup>6</sup> W oparciu o zapisy § 11 ust 1 zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalnego, 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”, a także § 1 ust. 2 umów zawartych pomiędzy Szpitalem, a Świętokrzyskim Oddziałem Wojewódzkim NFZ w Kielcach.

<sup>7</sup> Dz. U. z 2012 r., poz. 739, zwane dalej „rozporządzeniem MZ z dnia 26 czerwca 2012 r.”.

między łózkami umożliwiały swobodny do nich dostęp, a szerokości tych pokoi i drzwi do nich umożliwiały wprowadzenie i wyprowadzenie łóżek szpitalnych. Oddział Kardiologiczny Szpitala spełniał również wymagania formalne (dot. wpisu w rejestrze), organizacji udzielania świadczeń oraz wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, określone w zał. Nr 3 (wymagania dla kardiologii wymienione w części I L.p. 24 lit. A) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie leczenia szpitalnego<sup>8</sup> (w tym: zapewniono odpowiednią liczbę lekarzy kardiologów – czterech specjalistów w dziedzinie kardiologii).

[Dowód: akta kontroli – str. 393-430 ]

1.2. W ramach Oddziału Kardiologicznego, Szpital zapewnił funkcjonowanie Oddziału Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego<sup>9</sup>, składającego się z jednej sali wyposażonej w 6 łóżek intensywnego nadzoru kardiologicznego oraz punktu pielęgniarskiego umożliwiającego obserwację i monitorowanie wszystkich pacjentów znajdujących się w OINK. Wspólne dla Oddziału Kardiologicznego i OINK były wyszczególnione powyżej pomieszczenia porządkowe, higieniczno – sanitarne oraz gabinety zabiegowe i diagnostyczne.

Pracownia Hemodynamiki (łącznie z Pracownią Elektrofizjologii) zlokalizowana była na pierwszym piętrze budynku Szpitala w sąsiedztwie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego<sup>10</sup>. Pomiędzy Oddziałem Kardiologicznym i OINK, a Pracownią Hemodynamiki istniała możliwość transportu pacjentów czterema windami (przystosowanymi do przewożenia chorych na łózkach). Wszystkie stanowiska intensywnego nadzoru kardiologicznego, OINK oraz Pracownia Hemodynamiki wraz z Pracownią Elektrofizjologii spełniały wymagania określone w załącznikach Nr 3 (w części I L.p. 24 lit. A) i nr 4 (L.p. 7 lit. A) do rozporządzenia MZ z 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie wymogów formalnych, organizacyjnych oraz wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną (m. in.: w OINK znajdował się punkt pielęgniarski umożliwiający obserwację i monitorowanie u każdego chorego krzywej oddechu i krzywych hemodynamicznych, a Pracownia Hemodynamiki wyposażona była w niezbędną do wykonywania zabiegów aparaturę medyczną).

W OINK zapewniono również<sup>11</sup> całodobową opiekę lekarską i pielęgniarską, poprzez dyżury lekarzy specjalistów w dziedzinie kardiologii lub lekarzy specjalistów w zakresie chorób wewnętrznych, w trakcie specjalizacji kardiologicznej<sup>12</sup> oraz dwóch pielęgniarek, w tym co najmniej jednej posiadającej ponad 5 letni staż pracy w OINK<sup>13</sup>.

W Pracowni Hemodynamiki zapewniono<sup>14</sup> wymaganą w ww. zał. 4 (L.p. 7 lit. A) do rozporządzenia MZ z 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych całodobową opiekę: uprawnionych lekarzy<sup>15</sup>, pielęgniarek<sup>16</sup> i techników radiologów<sup>17</sup>. Wszystkie osoby zatrudnione w Pracowni Hemodynamiki posiadały

<sup>8</sup> Dz. U. z 2013 r., poz. 1520 ze zm., zwane dalej: „rozporządzeniem MZ 22 listopada 2013 r. z w sprawie świadczeń gwarantowanych”.

<sup>9</sup> Zwanego dalej: „OINK”

<sup>10</sup> Zwanego dalej: „SOR”.

<sup>11</sup> Na podstawie analizy dokumentacji kadrowej Oddziału Kardiologicznego z 4 wybranych miesięcy (styczeń, lipiec, sierpień i grudzień) w każdym roku objętym kontrolą.

<sup>12</sup> Spośród ogółem 8 lekarzy zatrudnionych w Oddziale Kardiologicznym: 5 (w tym Kierownik Oddziału Kardiologicznego, OINK i Pracowni Hemodynamicznej) posiadało specjalizację w zakresie kardiologii, a 3 w zakresie chorób wewnętrznych oraz było w trakcie specjalizacji w zakresie kardiologii.

<sup>13</sup> Spośród ogółem 20 pielęgniarek zatrudnionych na Oddziale Kardiologicznym, 17 posiadało wymagany staż pracy.

<sup>14</sup> Co stwierdzono na podstawie analizy dokumentacji kadrowej Pracowni Hemodynamiki z 4 wybranych miesięcy (styczeń, lipiec, sierpień i grudzień) w każdym roku objętym kontrolą.

<sup>15</sup> Ogółem 9 lekarzy posiadających certyfikaty (wydane przez konsultantów wojewódzkich lub Przewodniczącego SISN PTK) specjalisty w dziedzinie kardiologii do przeprowadzania samodzielnych zabiegów koronarograficznych i PCI (wykonanie co najmniej 300 zabiegów PCI jako pierwszy operator i 600 koronarografii).

<sup>16</sup> Ogółem 8 pielęgniarek, w tym 2 w ramach umowy o pracę.

<sup>17</sup> Ogółem 6 techników zatrudnionych na umowy zlecenie, w tym: 4 z wykształceniem wyższym w zakresie elektroradiologii i 2 w trakcie studiów w tym zakresie.

aktualne certyfikaty wymagane art. 33c ust. 5 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. – Prawo atomowe<sup>18</sup> dot. ochrony radiologicznej pacjenta.

[Dowód: akta kontroli – str. 393-396, 419-454 i 585-595]

Uwagi dotyczące  
badanej działalności

Stwierdzono, że technicy elektroradiologii zatrudnieni na umowę o dzieło w Pracowni Hemodynamiki wykonywali czynności zawodowe jednoosobowo, w trybie ciągłym przez 24 godziny na dobę. Ponadto, we wszystkich wybranych do badania miesiącach realizacji świadczeń (styczeń, lipiec, sierpień i grudzień w okresie objętym kontrolą) stwierdzono przypadki, że osoby te pracowały w wymiarze łącznym 48-72 godzin tygodniowo.

Tymczasem zgodnie z art. 214 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej<sup>19</sup>, wg normy przejściowej, obowiązującej w okresie od 1 lipca 2011 r. do 1 lipca 2014 r., czas pracy pracowników komórek organizacyjnych stosujących w celach diagnostycznych lub leczniczych źródła promieniowania jonizującego, nie może przekraczać 5 godzin na dobę i przeciętnie 25 godzin na tydzień w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym.

W wyjaśnieniu powyższego Dyrektor Szpitala podał, że w jego opinii ww. zapisy ustawy o działalności leczniczej dotyczą czasu pracy pracowników zatrudnionych na podstawie umów o pracę.

[Dowód: akta kontroli – str. 525-584 i 586-587]

NIK zauważa, że przyjęta w Szpitalu praktyka powodowała, że technicy rtg wykonujący czynności zawodowe na podstawie umowy cywilnoprawnej, świadczyli pracę bez wymaganego odpoczynku, co zważywszy na jej charakter, w ocenie NIK, było niewłaściwe. Celem bowiem ww. regulacji prawnych była ochrona zdrowia osób wykonujących ww. czynności, bez względu na formę ich zatrudnienia.

Opis stanu  
faktycznego

1.3. Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii<sup>20</sup> (posiadający pierwszy stopień referencyjny) zlokalizowany był na II piętrze budynku Szpitala w bezpośrednim sąsiedztwie Bloku operacyjnego (składającego się z 5 sal operacyjnych). Oddział ten spełniał wymogi określone w §§ 18, 19, 20 i 24 rozporządzenia MZ z dnia 26 czerwca 2012 r. oraz załączniku nr 1 do tego rozporządzenia dot. wymagań przestrzennych. Komunikacja OAiT z SOR i wszystkimi oddziałami Szpitala zapewniona była przez ww. 4 windy, a wejście do tego Oddziału dla pacjentów i osób odwiedzających z traktu komunikacyjnego odbywało się poprzez służę wyposażoną w umywalkę z dostępem do: ciepłej i zimnej wody, mydłem w płynie, płynem odkażającym, jednorazowymi rękawicami i fartuchami ochronnymi. OAiT dysponował 7 łózkami/ stanowiskami intensywnej terapii (w sali z 6 łózkami o pow. ok 135 m<sup>2</sup> i izolatki o pow. ok 20 m<sup>2</sup>) oraz 4 łózkami w Sali Nadzoru Poznieczuleniuowego<sup>21</sup>, zlokalizowanej w obrębie ww. Bloku operacyjnego (o pow. ok. 100 m<sup>2</sup>). Na OAiT zlokalizowane było stanowisko nadzoru pielęgniarstwa, umożliwiające obserwacje i monitorowanie poziomów życiowych hospitalizowanych pacjentów, a w SNP stanowisko takie umożliwiające obserwację pacjentów.

Oddział ten spełniał wymogi określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą<sup>22</sup>.

<sup>18</sup> Dz. U. z 2014 r., poz. 1512 ze zm., zwane dalej: „prawem atomowym”.

<sup>19</sup> T.j. Dz. U. z 2015 r. poz. 618.

<sup>20</sup> Zwany dalej: „OAiT”.

<sup>21</sup> Zwanej dalej „SNP”.

<sup>22</sup> Dz. U. z 2013 r., poz. 15, zwane dalej: „rozporządzeniem MZ z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie standardów postępowania w dziedzinie anestezjologii”.

Spełnione również były wymagania określone w załącznikach Nr 3 (w części I L.p. 2) do rozporządzenia MZ z 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie: wymagań formalnych (wpisu do rejestru), organizacyjnych oraz wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, w zakresie liczby lekarzy ze specjalizacją z anestezjologii i intensywnej terapii oraz w zakresie wyposażenia stanowisk intensywnej terapii, SNP i OAiT. W Oddziale zatrudnionych było łącznie 11 lekarzy, w tym 5 specjalistów w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, jeden specjalista w dziedzinie anestezjologii i 5 w trakcie realizacji specjalizacji oraz łącznie 22 pielęgniarki na umowę o pracę<sup>23</sup>, 2 na umowę kontraktową<sup>24</sup> i 3 na umowy zlecenia<sup>25</sup>.

[Dowód: akta kontroli – str. 466-513 i 587-589]

1.4. Izba Przyjęć Szpitala<sup>26</sup> wchodziła w skład SOR i zlokalizowana była na I piętrze budynku Szpitala. Przed wejściem do SOR znajduje się zadaszona wiata z zamykanymi automatycznie bramami (o pow. ok 300 m<sup>2</sup>, zdolna do jednoczesnego pomieszczenia 8 karetek pogotowia). Z wiaty do Izby przyjęć prowadziły dwie oddzielne drogi wejściowe: przez służbę z automatycznymi drzwiami do rejestracji oraz przez służbę otwieraną ręcznie dla pacjentów skażonych chemicznie, radiacyjnie lub biologicznie<sup>27</sup> do wyodrębnionego pomieszczenia do dekontaminacji i dalej do izolatki. SOR ten spełniał wymogi określone w §§ 18, 19, 20 i 24 rozporządzenia MZ z dnia 26 czerwca 2012 r. oraz w załączniku nr 1 do tego rozporządzenia. Prowadzona w Izbie przyjęć dokumentacja była zgodna z wymogami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania<sup>28</sup> i obejmowała w szczególności prowadzone w formie elektronicznej księgi: główną przyjęć, odmów przyjęć i udzielonych porad ambulatoryjnych. W Izbie przyjęć zapewniono całodobową opiekę lekarską we wszystkie dni tygodnia (2 lekarzy na każdą zmianę) oraz opiekę pielęgniarską (co najmniej 5 pielęgniarek na dyżurach dziennych oraz 4 na dyżurach nocnych).

[Dowód: akta kontroli – str. 455-461]

Ustalone  
nieprawidłowości

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

1. W wybranych do kontroli miesiącach: styczeń, lipiec, sierpień i grudzień z lat 2012 – 2014 oraz styczeń i kwiecień 2015 r. stwierdzono 15 dni (3,5%), w których w OAiT nie zapewniono wymaganej przepisami obowiązujących w danym okresie rozporządzeń Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego<sup>29</sup> wyodrębnionej całodobowej opieki lekarskiej. Dyżury w tych dniach pełnione były przez: dwóch lekarzy w trakcie specjalizacji z anestezjologii i intensywnej terapii. Tymczasem, w Załączniku nr 3 do ww. rozporządzeń Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych (lp. 2), w części *Organizacja udzielania świadczeń* zobowiązano świadczeniodawcę, udzielającego świadczeń w trybie hospitalizacji – w przypadku udzielania świadczeń anestezjologii i intensywnej terapii – do zapewnienia wyodrębnionej całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni

<sup>23</sup> W tym 20 spełniające wymogi określone w § 2 pkt 6 ww. rozporządzenia MZ z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie standardów postępowania w dziedzinie anestezjologii.

<sup>24</sup> Obie spełniające ww. wymogi.

<sup>25</sup> Spełniające ww. wymogi.

<sup>26</sup> Zwana dalej: „Izbą przyjęć”.

<sup>27</sup> Tzw. „Droga dekontaminacyjna”.

<sup>28</sup> Dz. U. z 2014 r. poz. 177 ze zm.

<sup>29</sup> 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*.

tygodnia przez lekarza specjalistę anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji lub anestezjologii i intensywnej terapii we wszystkie dni tygodnia.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że zgodnie z § 17 ust. 1 rozporządzenia MZ z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie standardów postępowania w dziedzinie anestezjologii Szpital ma czas na dostosowanie się do obowiązków w zakresie zapewnienia wymogów w zakresie organizacji udzielania świadczeń i zapewnienie warunków szczegółowych dla OAiIT odpowiednio do dnia 31 grudnia 2016 r. i 1 lipca 2017 r.

NIK zauważa, że czym innym są standardy postępowania w dziedzinie anestezjologii określone w cytowanym przez Dyrektora rozporządzeniu (do których Szpital może się dostosować w wyznaczonym terminie), czym innym natomiast warunki określone w rozporządzeniach Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych, do których spełnienia jest zobowiązany każdy podmiot udzielający świadczeń gwarantowanych (finansowanych ze środków publicznych). W zawartej z Świętokrzyskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia<sup>30</sup> umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne<sup>31</sup>, Szpital (w §8) zobowiązany został do stosowania przepisów rozporządzenia MZ z 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych.

[Dowód: akta kontroli – str. 55-58, 65-68, 466-470, 474-488 i 1182-1189]

2. W Szpitalu nie zapewniono w OAiIT liczby łóżek szpitalnych wymaganej przepisami § 4 ust. 3 rozporządzenia MZ z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie standardów postępowania w dziedzinie anestezjologii.

OAiIT Szpitala dysponował 7 łózkami szpitalnymi, co stanowiło 1,8% ogólnej liczby łóżek w Szpitalu (382)<sup>32</sup>. Zgodnie z ww. przepisem wymogi są spełnione w sytuacji zapewnienia co najmniej 2% takich łóżek na ogólną liczbę łóżek w szpitalu.

Kierownik OAiIT wyjaśnił, że istniejąca liczba łóżek na oddziale jest wystarczająca dla zaspokojenia w tym zakresie potrzeb Szpitala, szczególnie w sytuacji funkcjonowania OINK zaspokajającego potrzeby Oddziału Kardiologicznego. Dyrektor Szpitala wyjaśnił natomiast, że obecna liczba łóżek w OAiIT wynika z ograniczeń lokalowych spowodowanych zmianą lokalizacji tego oddziału w 2010 r.

NIK nie podziela tych wyjaśnień, gdyż cytowany wyżej przepis wyraźnie określa minimalną wymaganą liczbę łóżek. Ponadto, w opinii prof. 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*<sup>33</sup>.

[Dowód: akta kontroli – str. 466-470 i 587]

#### Ocena cząstkowa

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

- zatrudniał personel lekarski i pielęgniarski w odpowiedniej liczbie i posiadający odpowiednie kwalifikacje oraz zapewnił w Oddziale

<sup>30</sup> Zwanego dalej „SOW NFZ”.

<sup>31</sup> Nr 13-SZP03/1-11-00124-007 z 8.02.2011 r. z aneksami.

<sup>32</sup> Nie licząc inkubatorów.

<sup>33</sup> Opublikowanej na stronie [www.rynekzdrowia.pl](http://www.rynekzdrowia.pl) w artykule Marzeny Sygut z 25 kwietnia 2013 r.: *Dlaczego dramatycznie brakuje łóżek w OAiIT? Podjęliśmy próbę diagnozy.*

Kardiologicznym i OINK funkcjonowanie całodobowej opieki medycznej w wymaganym zakresie,

- zapewnił funkcjonowanie izby przyjęć (w ramach Szpitalnego Oddziału Ratunkowego) oraz OINK (w ramach Oddziału Kardiologicznego), spełniających wymagane warunki ich funkcjonowania,
- spełniał wymogi dot. pomieszczeń oraz wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny oddziałów szpitalnych wykonujących działalność leczniczą objętą kontrolą.

Szpital nie zapewnił jednak w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii wyodrębnionej całodobowej opieki lekarskiej i nie spełnił wymogów dotyczących liczby łóżek w tym oddziale.

## 2. Jakość i dostępność świadczeń zdrowotnych.

Opis stanu faktycznego

2.1. Szpital realizował świadczenia w kontrolowanym zakresie na podstawie umowy z ŚOWNFZ<sup>34</sup>, która w okresie objętym kontrolą<sup>35</sup> zmieniona była: 4 aneksami ustalającymi poziom finansowania w poszczególnych zakresach na kolejne lata objęte kontrolą<sup>36</sup> oraz dodatkowymi 24 aneksami, w których zmieniono inne warunki kontraktu w zakresach: Kardiologia – hospitalizacja, Anestezjologia i Intensywna Terapia – hospitalizacja oraz SOR<sup>37</sup>. Ponadto w latach 2011 – 2012 i w 2014 r. Szpital zawarł z ŚOW NFZ porozumienia i ugody sądowe dotyczące zapłaty za część nadwykonań świadczeń m. in. w zakresie Kardiologii – hospitalizacja.

[Dowód: akta kontroli – str. 18-73]

W latach 2011 – 2014 wzrastała wartość zakontraktowanych pierwotnie i po zmianach oraz wartość świadczeń udzielonych przez Szpital w kontrolowanym zakresie, tj.:

- W przypadku świadczeń z zakresu „kardiologia – hospitalizacje” wartość kontraktu po zmianach była wyższa od wartości pierwotnie zakontraktowanej (przed aneksowaniem): o 67,7% w 2011 r. (z 1 417,5 tys. zł wzrosła do 2 377,1 tys. zł), o 24,3% w 2012 r. (z 2 850,0 tys. zł wzrosła do 3 542,7 tys. zł), o 31,2% w 2013 r. (z 3 364,8 tys. zł wzrosła do 4 415,2 tys. zł) i o 61,5% w 2014 r.<sup>38</sup> (z 3 625,4 tys. zł wzrosła do 5 856,1 tys. zł).

Wartość świadczeń wykonanych w tych latach przez Szpital z zakresu „kardiologia – hospitalizacje” również wzrastała i wyniosła: 3 264,7 tys. zł w 2011 r., 3 655,1 tys. zł w 2012 r., 4 705,1 tys. zł w 2013 r. oraz 6 397,7 tys. zł w 2014 r. i była wyższa od kwot zakontraktowanych (po zmianach) na te lata odpowiednio o: 37,3%, 3,2%, 6,6% i 9,2%. Pomimo ww. nadwykonań ŚOW NFZ zapłacił Szpitalowi kwoty nie większe od wynikających z kontraktów, w kolejnych latach odpowiednio: 2 377,1 tys. zł<sup>39</sup>, 3 542,2 tys. zł<sup>40</sup>, 4 415,1 tys. zł<sup>41</sup> i 5 856,1 tys. zł<sup>42</sup>.

<sup>34</sup> Umowa nr 13-SZP03/1-11-00124-007 z 8.02.2011 r.

<sup>35</sup> Od 1 lipca 2011 r. do dnia zakończenia kontroli.

<sup>36</sup> Tj. aneksy: z 19.01.2012 r. dot. poziomu finansowania na 2012 r., z 4.02.2013 r. dot. poziomu finansowania na 2013 r., z 27.01.2014 r. poziomu finansowania na 2014 r. i z 21.01.2015 r. poziomu finansowania na 2015 r.

<sup>37</sup> W tym: po 5 w II półroczu 2011 r. i 2012 r. oraz po 7 w 2013 r. i w 2014 r.

<sup>38</sup> W 2014 r. w świadczeniach: kardiologia - hospitalizacje ujmowano także świadczenia z zakresu kardiologii inwazyjnej (E23-E26).

<sup>39</sup> Za wykonanie 71 085 pkt. z zakontraktowanych 71 086 pkt..

<sup>40</sup> Za wykonanie 78 092 pkt. z zakontraktowanych 78 103 pkt.

<sup>41</sup> Za wykonanie 94 339 pkt. z zakontraktowanych 94 342 pkt.

<sup>42</sup> Za wykonanie wszystkich zakontraktowanych 125 131 pkt.

- W przypadku świadczeń z zakresu kardiologii inwazyjnej (E10-E14) wartość kontraktu po zmianach była wyższa od wartości pierwotnie zakontraktowanej (przed aneksowaniem): o 47,8% w 2011 r. (z 2 103,5 tys. zł wzrosła do 3 108,9 tys. zł), o 39,1% w 2012 r. (z 2 144,7 tys. zł wzrosła do 2 982,3 tys. zł), o 27,2% w 2013 r. (z 2 441,4 tys. zł wzrosła do 3 106,4 tys. zł) i o 30,8% w 2014 r. (z 2 269,5 tys. zł wzrosła do 2 967,8 tys. zł). Wartość wykonanych przez Szpital i zapłaconych przez ŚOW NFZ świadczeń w kolejnych latach wynosiła odpowiednio: 3 102,6 tys. zł<sup>43</sup>, 2 951,5 tys. zł<sup>44</sup>, 3 095,3 tys. zł<sup>45</sup> oraz 2 967,8 tys. zł<sup>46</sup>.
- W przypadku świadczeń z zakresu kardiologii inwazyjnej (E23-E26) wartość kontraktu po zmianach była wyższa od wartości pierwotnie zakontraktowanej (przed aneksowaniem): o 77,6% w 2011 r. (z 157,5 tys. zł wzrosła do 279,7 tys. zł), o 106,8% w 2012 r. (z 160,6 tys. zł wzrosła do 332,2 tys. zł) i o 257,0% w 2013 r. (z 160,6 tys. zł wzrosła do 573,3 tys. zł)<sup>47</sup>. Wartość świadczeń wykonanych w tych latach przez Szpital wyniosła, odpowiednio: 330,2 tys. zł, 320,7 tys. zł i 615,2 tys. zł, co stanowiło odpowiednio: 118,1%, 96,5% i 107,3% kontraktu po zmianach. Z tego tytułu ŚOW NFZ zapłacił Szpitalowi odpowiednio: 277,8 tys. zł, 320,7 tys. zł i 567,7 tys. zł.
- W przypadku świadczeń z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii (hospitalizacji) wartość kontraktu po zmianach była wyższa od wartości pierwotnie zakontraktowanej (przed aneksowaniem): o 35,1% w 2011 r. (z 1 360,9 tys. zł wzrosła do 1 838,7 tys. zł), o 17,5% w 2012 r. (z 1 718,1 tys. zł wzrosła do 2 018,9 tys. zł), o 2,2 % w 2013 r. (z 1 704,4 tys. zł wzrosła do 1 742,5 tys. zł). W 2014 r. wartość kontraktu po zmianach uległa zmniejszeniu o 8,3% w stosunku do kwoty określonej pierwotnie (z 1 704,4 tys. zł do 1 563,2 tys. zł). W poszczególnych latach okresu 2011 r. – 2013 r. ŚOW NFZ zapłacił za realizację wykonanych świadczeń kwoty odpowiednio: 1 827,4 tys. zł, 2 005,3 tys. zł i 1 739,6 tys. zł, a w 2014 r. 1 561,7 tys. zł<sup>48</sup>.
- Z tytułu zrealizowanych w latach 2011 - 2014 świadczeń przez ŚOW NFZ wypłacił Szpitalowi kwoty zakontraktowane na poszczególne lata, tj. odpowiednio: 1 763,0 tys. zł, 3 012,2 tys. zł, 3 223,0 tys. zł i 3 653,7 tys. zł.

Jak wyjaśnił Kierownik Działu ds. Kontraktowania, Statystyki Medycznej i Marketingu Szpitala, ostateczne rozliczenie umów w rodzaju leczenie szpitalne za lata 2011 – 2012 (w tym m. in. w zakresie kardiologia – hospitalizacje i kardiologia hospitalizacje E23-E26) z ŚOW NFZ nastąpiło na podstawie porozumień i ugód sądowych, w których ceny jednostkowe punktów zostały zmniejszone w sposób powodujący rozliczenie punktów ponad limitowych (nadwykonania) w ramach kwot wynikających z kontraktu.

[Dowód: akta kontroli – str. 123-134]

2.2. W okresie objętym kontrolą w Oddziale Kardiologicznym stałemu zwiększeniu ulegała liczba pacjentów, którym Szpital udzielał świadczeń zdrowotnych z zakresu kardiologii inwazyjnej<sup>49</sup>. W drugim półroczu 2011 r. było to 231 osób, 458 osób w 2012 r., 540 w 2013 r., 580 w 2014 r. i 152 w I kwartale 2015 r. Liczby te w ogólnej liczbie hospitalizacji na Oddziale Kardiologicznym stanowiły odpowiednio:

<sup>43</sup> Za zrealizowanie 67 595 pkt. z zakontraktowanych 67 733 pkt.

<sup>44</sup> Za zrealizowanie 63 067 pkt z zakontraktowanych 63 725 pkt.

<sup>45</sup> Za zrealizowanie 66 138 pkt z zakontraktowanych 66 375 pkt.

<sup>46</sup> Za zrealizowanie wszystkich zakontraktowanych 63 415 pkt.

<sup>47</sup> W kolejnym roku (2014 r.) ww. zakres świadczeń ujmowany był w ww. zakresie „kardiologia – hospitalizacje”.

<sup>48</sup> Za 30 622 pkt z wykonanych 30 705 pkt i zakontraktowanych 30 650 pkt.

<sup>49</sup> Tj. procedury z tzw. „jednorodnych grup pacjentów -JGP”: E10 do E14, E22 do E27 oraz E31 do E39.

29,9 % (772 hospitalizacje ogółem), 32,8 % (1398), 31,0% (1744), 27,3% (2121) i 26,3% w I kwartale 2015 r. (577).

Z ww. udzielonych w badanym okresie świadczeń zdrowotnych z zakresu kardiologii inwazyjnej najczęściej wykonano i rozliczono z NFZ świadczeń z grup JGP E10-E14 (świadczenia w związku z Ostрым Zespołem Wieńcowym<sup>50</sup>): 152 świadczenia w II półroczu 2011 r. (tj. 65,8% świadczeń w badanych grupach JGP), 278 w 2012 r. (60,7%), 293 w 2013 r. (54,3%), 331 w 2014 r. (57,1%) i 77 w I kwartale 2015 r. (50,7%). W grupie tej najczęściej wykonano świadczeń: E 13 (leczenie inwazyjne ponad 3 dni) – łącznie w badanym okresie 489 wykonanych świadczeń, tj. 43,2% w tej grupie (z tego: 102 w II półroczu 2011 r., 198 w 2012 r., 126 w 2013 r., 56 w 2014 r. i 7 w I kwartale 2015 r.) oraz E 12 (leczenie inwazyjne złożone) łącznie 356 świadczeń, tj. 31,5% w tej grupie (z tego: 31 w II półroczu 2011 r., 40 w 2012 r., 106 w 2013 r., 140 w 2014 r. i 39 w I kwartale 2015 r.).

W badanym okresie Szpital udzielił jedynie 2 świadczeń z grupy E11 (leczenie inwazyjne dwuetapowe powyżej 2 dni) - po jednym w II półroczu 2011 r. i w 2012 r. oraz aż 178 świadczeń z grupy E10 (w tym: 32 w 2013 r. tj. pierwszym roku w którym wprowadzono możliwość rozliczania tej grupy w przypadku OZW oraz 118 w 2014 r. i 28 w I kwartale 2015 r.).

W grupach E23-E26 (obejmujących świadczenia z zakresu kardiologii inwazyjnej udzielane pacjentom w trybie planowym), Szpital najczęściej (50%) w okresie objętym kontrolą udzielił i rozliczył świadczeń E23 (angioplastyka wieńcowa z implantacją jednego stentu DES), tj. 125 tych świadczeń (z tego: 4 w II półroczu 2011 r., 8 w 2012 r., 35 w 2013 r., 59 w 2014 r. i 19 w I kwartale 2015 r.).

W grupach E31 – E37 (obejmujących świadczenia z zakresu elektrokardiologii, tj. m.in. wszczepianie i wymiana rozruszników, kardiowerterów-defibrylatorów) najczęściej (51,6%) rozliczono świadczeń w ramach grupy E32 (wszczepienie/wymiana rozrusznika dwujamowego), tj. 299 świadczeń (z tego: 39 w II półroczu 2011 r., 57 w 2012 r., 86 w 2013 r., 87 w 2014 r. i 30 w I kwartale 2015 r.).

W latach 2011 (II półrocze) – 2015 (do końca I kwartału) stalemu zwiększeniu ulegała liczba wykonywanych procedur medycznych na pojedynczym naczyniu (wg klasyfikacji ICD-9 procedury 00.45 i 36.070) odpowiednio z 72 w II półroczu 2011 r. do 151 w 2012 r. (w tym 23 pojedynczych stenów uwalniających leki do tętnicy wieńcowej wg procedury 36.070), 205 w 2013 r. (w tym 92 w ramach ww. procedury 36.070), 219 w 2014 r. (w tym 163 w ramach procedury 36.070) i 57 w I kwartale 2015 r. (w tym 51 wg ww. procedury 36.070), co daje wzrost tych zabiegów o 35,8% ogółem (w tym o 300% wykonywania procedury 36.070)<sup>51</sup> i 6,8% (w tym o 77,2% wykonywania procedury 36.070)<sup>52</sup>. Jednocześnie poczynając od 2012 r. zmniejszała się liczba wykonywanych w Szpitalu procedur wprowadzania co najmniej dwóch stentów (procedury: 00.46, 00.47, 00.48), tj.: z 32 w 2012 r. i 27 w 2013 r. do 23 w 2014 r. i zaledwie dwóch w I kwartale 2015 r.

Na Oddziale Kardiologicznym Szpitala w okresie objętym kontrolą przeprowadzono łącznie:

- 2 104 koronarografii z użyciem dwóch cewników (procedura 88.56): 259 w II półroczu 2011 r., 459 w 2012 r., 590 w 2013 r., 624 w 2014 r. i 172 w I kwartale 2015 r.,
- 101 koronarografii z użyciem jednego cewnika (procedura 88.55), z tego w kolejnych latach odpowiednio: 9, 26, 22, 32 i 12,

<sup>50</sup> Zwany dalej „OZW”.

<sup>51</sup> W 2013 r. w stosunku do tej liczby w 2012 r.

<sup>52</sup> W 2014 r. w stosunku do tej liczby w 2013 r.



- 377 angioplastyk wieńcowych nieokreślonych inaczej (procedura 36.091), z tego w kolejnych latach odpowiednio: 25, 78, 125, 121 i 28.

[Dowód: akta kontroli – str. 135-144]

2.3. Rodzaje i zakresy objętych kontrolą świadczeń udzielanych w badanym okresie przez Szpital (tj. świadczeń Oddziału Kardiologicznego, OAiIT, OINK, SOR oraz Pracownia Hemodynamiki i Pracownia Elektrofizjologii), były zgodne z danymi w Księdze Rejestrowej<sup>53</sup> prowadzonej przez Wojewodę Świętokrzyskiego. Ww. oddziały i pracownie Szpitala (wg ww. Księgi Rejestrowej) rozpoczęły działalność: OAiIT<sup>54</sup> i Oddział Kardiologicznego<sup>55</sup> – od 13 października 1975 r., SOR<sup>56</sup> – od 1 stycznia 2004 r., Pracownia Hemodynamiki<sup>57</sup> i Pracownia Elektrofizjologii<sup>58</sup> – od 27 sierpnia 2009 r., OINK<sup>59</sup> - od 29 października 2009 r.

[Dowód: akta kontroli – str. 300-363]

2.4. W okresie lipiec 2011 r. – lipiec 2013 r. odmowy przyjęcia pacjentów w Szpitalu rejestrowane były w Księdze Odmów/Porad Ambulatoryjnych. W okresie tym odnotowano ogółem 26 219 odmów, z tego: 404 w związku z brakiem możliwości hospitalizacji ze strony Szpitala (dotyczyły one pacjentów skierowanych do oddziałów szpitalnych, których nie ma w strukturze Szpitala), 6 250 odmów ze względu na brak wskazań do hospitalizacji, 766 odmów hospitalizacji ze strony pacjenta i 18 799 odmów porad ambulatoryjnych. W okresie od lipca 2013 r. do dnia 15 kwietnia 2015 r. w systemie rejestrowane były jedynie odmowy hospitalizacji, a wszelkie porady ambulatoryjne realizowane były przez SOR. W okresie tym odnotowano ogółem 670 odmów, z tego: 55 w związku z brakiem możliwości hospitalizacji ze strony Szpitala, 299 odmów ze względu na brak wskazań do hospitalizacji, 93 odmów hospitalizacji ze strony pacjenta i 223 pozostałych (np. odmowa rejestracji, odmowa zgody na badania, opuszczenie SOR przed badaniem).

[Dowód: akta kontroli – str. 364-392 i 1177-1181]

2.5. W okresie objętym kontrolą na Oddziale Kardiologicznym malał średni czas pobytu pacjentów w Szpitalu z 5,16 dnia w II półroczu 2011 r. do 4,78 dnia w 2012 r., 4,38 w 2013 r., 3,73 w 2014 r. i 3,84 w I kwartale 2015 r. Wynikało to głównie ze wzrostu liczby hospitalizacji trwających poniżej 72 godz., z 146 hospitalizacji w II półroczu 2011 r. (stanowiących 18,9% wszystkich hospitalizacji na tym Oddziale w tym okresie<sup>60</sup>) do 331 (tj. 23,7% wszystkich na tym Oddziale) w 2012 r.<sup>61</sup>, 488 (tj. 28,0% wszystkich na tym Oddziale) w 2013 r.<sup>62</sup> 857 (tj. 40,4% wszystkich na tym Oddziale) w 2014 r.<sup>63</sup> i 221 w I kw. 2015 r. (tj. 38,3% wszystkich na Oddziale)<sup>64</sup>. W ww. grupie hospitalizacji (do 72 godz.) liczba hospitalizacji do 24 godzin wynosiła: 18 hospitalizacji (2,3% wszystkich hospitalizacji na tym Oddziale) w II półroczu 2011 r., 23 (1,6%) w 2012 r., 45 (2,6%) w 2013 r., 27 (1,3%) w 2014 r. i 10 (1,7%) w I kw. 2015 r. Rosła przy tym liczba hospitalizacji dwudniowych i trzydniowych oraz udział tych hospitalizacji we wszystkich hospitalizacjach w badanych latach na Oddziale Kardiologicznym, tj.:

<sup>53</sup> Nr 000000014630.

<sup>54</sup> L.p. Księgi Rejestrowej – 10.

<sup>55</sup> L.p. Księgi Rejestrowej – 11.

<sup>56</sup> L.p. Księgi Rejestrowej – 67.

<sup>57</sup> L.p. księgi Rejestrowej – 101.

<sup>58</sup> L.p. księgi Rejestrowej – 102.

<sup>59</sup> L.p. księgi Rejestrowej – 105.

<sup>60</sup> 772 hospitalizacje.

<sup>61</sup> 1398 hospitalizacji.

<sup>62</sup> 1744 hospitalizacji.

<sup>63</sup> 857 hospitalizacji.

<sup>64</sup> 577 hospitalizacji.

- liczba hospitalizacji dwudniowych (w wymiarze od 24 do 48 godzin) wynosiła: 20 w II półroczu 2011 r. (tj. 2,6% wszystkich na Oddziale), 59 w 2012 r. (4,2% wszystkich), 109 w 2013 r. (6,3% wszystkich), 191 w 2014 r. (9,0% wszystkich) i 43 w I kw. 2015 r. (7,5% wszystkich),
- liczba hospitalizacji trzydniowych (w wymiarze od 48 do 72 godzin) wynosiła: 108 w II półroczu 2011 r. (14,0% wszystkich), 249 w 2012 r. (17,8% wszystkich), 334 w 2013 r. (19,8% wszystkich), aż 639 w 2014 r. (aż 30,1% wszystkich) i 168 w I kw. 2015 r. (29,1% wszystkich).

[Dowód: akta kontroli – str. 145-240 i 514-524]

Badanie dokumentacji medycznej próby pacjentów Oddziału Kardiologicznego<sup>65</sup> potwierdziło zgodność danych sprawozdawanych przez Szpital w badanym okresie z danymi ujętymi w dokumentacji medycznej, tj. książkach: raportów lekarskich, raportów pielęgniarskich (dla Oddziału Kardiologicznego i Oddziału Intensywnej Opieki Kardiologicznej) i przyjęć na Oddział Kardiologiczny.

[Dowód: akta kontroli – str. 241-299]

2.6. Badanie dokumentacji medycznej (historii chorób) 130 pacjentów z lat 2012 – 2013<sup>66</sup>, których hospitalizowano w Oddziale Kardiologicznym z powodu Ostrego Zespołu Wieńcowych<sup>67</sup> i przedstawiono do rozliczenia do ŚOW NFZ poprzez grupy JGP dedykowane leczeniu zabiegowemu OZW wykazało, że: w 20 przypadkach (15,5% badanych) rozpoznano zawał serca z uniesieniem odcinka ST<sup>68</sup>, w 38 przypadkach (29,2% badanych) rozpoznano zawał serca bez przetrwałego uniesienia odcinka ST<sup>69</sup>, a w 72 przypadkach (55,4% badanych) opisano w historiach chorób jako OZW typu UA (tj. niestabilna dławica piersiowa) i tak sprawozdawano do ŚOW NFZ. Badana próba obejmowała 130 wypisanych do domu<sup>70</sup> i rozliczonych w trzech grupach dedykowanych OZW: 52 pacjentów jako E12 „OZW – leczenie inwazyjne złożone”, 52 pacjentów jako E13 „OZW – leczenie inwazyjne ponad 3 dni” i 26 pacjentów jako E14 „OZW - leczenie inwazyjne do 4 dni”.

W przypadku 14 pacjentów przyjętych w trybie pilnym z rozpoznaniem zawałem mięśnia sercowego typu STEMI (tj. 70% badanych hospitalizacji o takim rozpoznaniu), czas jaki upłynął od przyjęcia ich na Oddział Kardiologiczny do rozpoczęcia interwencji w Pracowni Hemodynamicznej wynosił nie więcej niż 2 godziny, z tego: w 3 przypadkach<sup>71</sup> był krótszy niż 30 min., w 7 przypadkach<sup>72</sup> zawierał się w przedziale 30 - 60 min., a w 4 przypadkach<sup>73</sup> zawierał się w przedziale 60-120 min., co odpowiadało Wytycznym Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego<sup>74</sup>, zgodnie z którymi czas do pierwotnej interwencji nie powinien przekroczyć 60-120 min.

W pozostałych 6 przypadkach wydłużony okres od przyjęcia do Szpitala do rozpoczęcia interwencji w Pracowni Hemodynamicznej wynikał z przyjętej praktyki postępowania w przypadkach zdiagnozowania u pacjentów trwania zawału powyżej

<sup>65</sup> 4 hospitalizacji w II półroczu 2011 r., 7 w 2012 r., 4 w 2013 r. i 5 w 2014 r.

<sup>66</sup> Obejmującej łącznie 4,1% wszystkich hospitalizacji na Oddziale Kardiologicznym, 13,0% hospitalizacji pacjentów leczonych inwazyjnie (wykazanych w grupach JGP: E10-E14, E23-E26 i E31-E37) oraz 24,2 % hospitalizacji pacjentów leczonych inwazyjnie (wykazanych w grupach JGP E10-E14) w latach 2012-2013.

<sup>67</sup> Zwanych dalej „OZW”.

<sup>68</sup> Zwany dalej „STEMI”.

<sup>69</sup> Zwanych dalej „NSTEMI”.

<sup>70</sup> Bez pacjentów zmarłych, wypisanych do innego szpitala lub wypisanych do domu na własne żądanie.

<sup>71</sup> Nr w księdze głównej 2012 r.: 16781 i 16847 oraz w 2013 r.: 18366.

<sup>72</sup> Numery w księdze głównej w 2012 r.: 12616 i 14688 oraz w 2013 r.: 9633, 9804, 15181, 19019 i 23246.

<sup>73</sup> Numery w księdze głównej w 2012 r. 16811 oraz w 2013 r.: 3805, 18177 i 21213.

<sup>74</sup> Zawartymi m. in. w: Kardiologia Polska 2010, 68 supl. VIII, str. 589-591.

12 godz.<sup>75</sup> oraz konieczności uprzedniego zapewnienia stabilizacji stanu pacjenta przyjętego z obrzękiem płuc<sup>76</sup>. Powyższe było zgodne z wytycznymi Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego dot. rewaskularyzacji mięśnia sercowego, w zakresie strategii reperfuzji<sup>77</sup> w przypadkach gdy czas od początku objawów ostrego OZW-STEMI do chwili przyjęcia pacjenta do szpitala z pracownią hemodynamiki przekracza 12 godzin. W takich przypadkach (bez nawrotu dolegliwości bólowych, bez nowych zmian w EKG, bez niewydolności krążenia) zasadne jest przeprowadzenie dodatkowych badań diagnostycznych oraz rozważenie decyzji o podjęciu/kontynuacji leczenia zachowawczego.

We wszystkich badanych przypadkach czas hospitalizacji pacjentów po zawałach STEMI i NSTEMI (poza jednym przypadkiem<sup>78</sup>) był dłuższy niż 72 godz. i wynosił w przypadku pacjentów po STEMI od 77,5 godz. do prawie 116 godz., a w przypadku pacjentów po NSTEMI od 72,5 godz. do 117 godz.

W badanej próbie wykonano ogółem 128 przezskórnych interwencji wieńcowych<sup>79</sup>. Dziesięć z wykonanych zabiegów PCI (7,8%) polegało na wprowadzeniu co najmniej dwóch stentów naczyniowych, w tym w 8 przypadkach<sup>80</sup> dwóch, a w 2 przypadkach<sup>81</sup> trzech stentów. Z ww. PCI, 122 zabiegi dotyczyły udrożnienia tętnic, w których stwierdzono co najmniej 70% zwężenie tętnicy (lub w protokołach z koronarografii określono te zwężenia jako „krytyczne” lub „istotne”<sup>82</sup>). W pozostałych 6 zabiegach<sup>83</sup> wykonanie PCI spowodowane było zdiagnozowaniem u pacjentów niestabilnej blaszki miażdżycowej. We wszystkich 10 przypadkach, w których koronarografia wykazała zwężenia krytyczne w więcej niż jednym naczyniu, dokonano ww. zabiegów PCI wprowadzenia więcej niż jednego stentu.

Jak wyjaśnił Kierownik Oddziału Kardiologicznego: na Oddziale Kardiologicznym praktykowane jest leczenie tylko jednego naczynia, a jeżeli u pacjenta stan kliniczny wskazuje na niestabilność choroby wieńcowej, drugi etap odbywa się w trakcie tego samego pobytu po 2-3 dniach od pierwszego zabiegu. Według tych wyjaśnień wykonywanie PCI jednego naczynia spowodowane jest ryzykiem związanym z: wystąpieniem zakrzepicy w stencie, ilością podanego kontrastu w czasie zabiegu i dawką promieniowania podczas zabiegu.

2.7. Z badanej próby 130 dokumentacji pacjentów, w okresie wczesnej rekonwalescencji (po PCI) na Oddziale Kardiologicznym monitorowano poziom parametrów biochemicznych krwi (troponiny sercowej ultraczulej<sup>84</sup> i izoenzymu MB kinazy kreatynowej<sup>85</sup>) 92 pacjentów (tj. 70,8% badanej próby), w tym wszystkich 58 ze zdiagnozowanym OZW STEMI i NSTEMI.

Jak wyjaśnił Kierownik Oddziału Kardiologicznego w przypadku dobrego stanu klinicznego pacjentów po PCI (pacjenci bez dolegliwości i z ujemnymi enzymami) nie było wymagane stałe monitorowanie, w tym oznaczanie ww. markerów sercowych.

<sup>75</sup> W tym w przypadku pacjentów wpisanych w księdze głównej pod nr: 2981/2013 (interwencja hemodynamiczna po 170 min.), 15291/2013 (interwencja hemodynamiczna po ponad 13 godz.), 16903/2013 (interwencja hemodynamiczna po ponad 14 godz.) i 22436/2013 (interwencja hemodynamiczna po 171 min.), – wywiad zawału powyżej 12 godz., a pod nr 19972/2013 (interwencja hemodynamiczna po 7 godz.) wywiad zawału nawet powyżej 10 dni.

<sup>76</sup> Nr księgi głównej: 20468/2013 (interwencja hemodynamiczna po ponad 10,5 godz.).

<sup>77</sup> Opublikowanymi w; Kardiologia Polska 2012; 70, supl. VI: str. 269-270.

<sup>78</sup> Pacjent wpisany w księdze głównej pod nr 17658/2013 hospitalizowany przez 71 godz.

<sup>79</sup> Ang. percutaneous coronary intervention, zwane dalej „PCI”.

<sup>80</sup> Nr księgi głównej: z 2012 r.: 13209, 14612, 14589, 16708 i z 2013 r.: 1582, 3037, 3805, 9580.

<sup>81</sup> Nr księgi głównej 11883/2012 i 9633/2013.

<sup>82</sup> Przyjęte według wytycznych American Heart Association /American College of Cardiology w zakresie informacji zawieranych w opisie badania koronarograficznego (ACC/AHA Guidelines for Coronary Angiography: Journal of the American College of Cardiology Vol. 33, No. 6, 1999).

<sup>83</sup> Nr księgi głównej: 843/2012, 8176/2012, 15274/2012, 3037/2013, 20974/2013 i 23068/2013.

<sup>84</sup> Zwanej dalej „hsTn”.

<sup>85</sup> Zwanej dalej „CK-MB”.

Spośród objętych kontrolą 130 hospitalizacji, w 19 przypadkach (14,6%) oznaczono poziom parametrów biochemicznych krwi (hsTn i CK-MB) tylko jeden raz (w dniu przyjęcia tych pacjentów do Szpitala), co uniemożliwiało monitorowanie przebiegu i rezultatów leczenia interwencyjnego z wykorzystaniem tych markerów, w tym w 12 przypadkach<sup>86</sup> wynik pomiaru hsTn dał wynik wątpliwy (nieujemny)<sup>87</sup>.

Kierownik Oddziału Kardiologicznego wskazał w wyjaśnieniach, że z ww.: 6 przypadków dotyczyło chorych przekazanych z innych szpitali (ze Skarżyska Kamiennej i z Kielc) i tam wstępnie diagnozowanych, a badania służyły do potwierdzenia rozpoznania, w 11 przypadkach - długie wywiady bólowe wskazywały jednoznacznie diagnozę pacjentów, w jednym przypadku Szpital dysponował badaniami z poprzedniej hospitalizacji pacjenta, a w jednym przypadku<sup>88</sup> hospitalizację Szpital omyłkowo wykazał jako OZW (co ustalono również w wyniku niniejszej kontroli).

[Dowód: akta kontroli – str. 596-972, 610-612, 1161-1168, 1169-1172]

Uwagi dotyczące  
badanej działalności

NIK zwraca uwagę, że zgodnie z *Wytycznymi dotyczącymi diagnostyki i leczenia ostrych zespołów wieńcowych bez przetrwałego uniesienia odcinka ST*<sup>89</sup>, „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*<sup>90</sup>, „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 przeprowadzonym 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 ŚOW NFZ stanowiący, iż *świadczeniodawca 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 NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne<sup>91</sup>, wydanego na podstawie cytowanego wyżej przepisu ustawy stanowi, że *przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniodawca jest zobowiązany do stosowania zasad postępowania medycznego zgodnego z aktualnym stanem wiedzy, zawartych w standardach*

<sup>86</sup> Hospitalizacje z 2012 r. nr: 7628, 8305, 12024 i w 2013 r. nr: 17648, 6194, 9217, 10584, 20974, 21713, 23068, 23204 i 23722.

<sup>87</sup> Wg normy przyjętej w laboratorium - wynik ujemny: poniżej 3,0 ng/l, wynik wątpliwy: przedziale od 3,0 do 14,0 ng/l, możliwy zawał serca: powyżej 14,0 ng/l.

<sup>88</sup> Nr 460/2012.

<sup>89</sup> 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.

<sup>90</sup> Wspólnej Grupy Roboczej Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego /ACCF/AHA/WHF ds. Uniwersalnej Definicji Zawału Serca, opublikowanymi w: *Kardiologia Polska* 2012, 70 supl. V, str. 239.

<sup>91</sup> Nr 89/2013/DSOZ. Analogiczne zapisy znajdowały się też w zarządzeniu Nr 72/2011/DSOZ.

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

Opis stanu faktycznego

Z ww. grupy 92 pacjentów, którym monitorowano po PCI poziom obu markerów martwicy mięśnia sercowego (hsTn i CK-MB), 31 osób (33,7%) wypisano ze Szpitala pomimo wzrastającego poziomu co najmniej jednego z tych markerów, tj.: 26 pacjentów<sup>92</sup> przy malejącym poziomie CK-MB i wzrastającym poziomie hsTn<sup>93</sup> i 5 pacjentów<sup>94</sup> pomimo wzrostu we krwi poziomu CK-MB i przy utrzymujących się powyżej stanów normalnych stężeniach obu markerów<sup>95</sup>.

Kierownik Oddziału Kardiologicznego wyjaśnił, że wypisu pacjentów dokonuje się przy ich dobrym stanie klinicznym, bez nowych zmian w EKG oraz przy zmniejszających się wartościach CK-MB. W ww. 5 przypadkach podwyższenie CK-MB przy wypisie było nieznaczne i bez dynamiki narastania.

[Dowód: akta kontroli – str. 610-612 i 1161-1168]

Uwagi dotyczące badanej działalności

NIK zauważa, że zgodnie z opinią wyrażoną przez konsultanta krajowego w dziedzinie kardiologii prof. dra hab. Jarosława Kaźmierczaka oraz przez 9 z 10 konsultantów wojewódzkich w dziedzinie kardiologii<sup>96</sup>, w prawidłowym postępowaniu wypis pacjenta ze szpitala powinien nastąpić dopiero, gdy poziom troponiny maleje (nawet jeśli jest nadal powyżej normy dla stanu prawidłowego). Zdaniem Izby wypisywanie pacjentów do domu pomimo braku stwierdzenia spadku poziomu obu markerów jednocześnie umożliwiałoby skrócenie długości 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 nieutrwalonej 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 zdrowotnej<sup>97</sup>, zobowiązującego świadczeniodawcę do podejmowania i prowadzenia działań mających na celu zapewnienie należytej jakości udzielanych świadczeń.

Opis stanu faktycznego

2.8. W badanej próbie 130 hospitalizacji ogółem 25 przypadków stanowiły bądź hospitalizacje zakończone kolejnym zaplanowanym etapem angioplastyki, bądź hospitalizacje, podczas których pacjentom wykonano zabieg angioplastyki, a następnie wyznaczono termin kolejnego zabiegu PCI. Z ww. 10 ponownych hospitalizacji z zabiegiem PCI rozliczono w grupach JGP dedykowanych OZW (E11-E14)<sup>98</sup>, a 15 rozliczono w grupach JGP (E20 – E57), w tym przeznaczonych

<sup>92</sup> Hospitalizacje z 2012 r. nr: 4696, 5830, 10015, 10195, 11699, 12960, 13020, 14612, 14589, 15274 oraz z 2013 r. nr: 600, 2349, 9860, 10679, 15181, 15291, 15378, 16901, 16903, 18588, 18727, 19972, 20468, 22065, 22453, 23261.

<sup>93</sup> W tym 9 po NSTEMI i 5 po STEMI.

<sup>94</sup> Hospitalizacje: z 2012 r. nr: 9996 (hsTn spadek z 95,98 do 66,85 ng/L i CK-MB wzrost z 48 do 56 U/l), 11948 (hsTn wzrost z 12,48 do 15,77 ng/L i CK-MB wzrost z 38 do 39 U/l), 14589 (hsTn wzrost z 553,1 do 1242 ng/L i CK-MB wzrost z 68 do 110 U/l) i z 2013 r. nr: 16903 (hsTn wzrost z 260,6 do 1335 ng/L i CK-MB wzrost z 28 do 67 U/l) i 22453 (hsTn wzrost z 58,89 do 227,3 ng/L i CK-MB wzrost z 15 do 24 U/l).

<sup>95</sup> Tj.: hsTn powyżej 14 ng/L i CK-MB powyżej 24 U/l

<sup>96</sup> Lubelskiego, lubuskiego, łódzkiego, opolskiego, podlaskiego, śląskiego, świętokrzyskiego, warmińsko-mazurskiego, wielkopolskiego.

<sup>97</sup> (Dz. U. Nr 81, poz. 484).

<sup>98</sup> Pacjent S.P. hospitalizacje nr 15497/2011 (E13) i 460/2012 (E12), pacjent T.P. nr 5236/2012 (E12) i 7628/2012 (E14), pacjent J.S. nr 4694/2012 (E12) i 8305/2012 (E14), pacjent Z.N. nr 12129/2012 (E13) i 15129/2012 (E12), pacjent A.L. nr 8822/2012 (E12) i 11265/2012 (E14), pacjent Z.N. nr 12496/2012 (E13) i 15129/2012 (E12), oraz w 2013 r.: pacjent S.R. nr 1078/2013 (E13) i 2349/2013 (E12), pacjent A.S. nr 10679/2013 (E12) i 13659 (E12), pacjent E.F. nr 20059/2013 (E12) i 23204/2013 (E14), pacjent S.R. nr 1078/2013 (E13) i 2349/2013 (E12), pacjent E.F. nr 20059/2013 (E12) i 23204/2013 (E14).

do rozliczania zabiegów angioplastyki wieńcowej wykonywanych w stanach klinicznych innych niż OZW.

Jak wyjaśnił Kierownik Oddziału Kardiologicznego, powyższe wynikało z przyjętych na Oddziale Kardiologicznym zasad leczenia, tj. jednego naczynia, w związku z możliwością wystąpienia (przy leczeniu wielu naczyń) zakrzepic oraz zbyt dużą dawką podawanego kontrastu i promieniowania podczas zabiegu.

[Dowód: akta kontroli – str. 1018-1148 i 1169-1172]

2.9. W okresie objętym kontrolą (do dnia wszczęcia kontroli NIK<sup>99</sup>) w Szpitalu przeprowadzono ogółem 92 kontrole/wizytacje<sup>100</sup>, z czego: 29 kontroli przeprowadził ŚOW NFZ<sup>101</sup>, 23 kontrole i wizytacje konsultanci wojewódzcy<sup>102</sup>, jedną Delegatura NIK w Kielcach i 39 inne podmioty<sup>103</sup>.

W wyniku stwierdzenia nieprawidłowości w trzech z ww. kontroli ŚOW NFZ (dot. realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalnego w zakresie: ortopedii i traumatologii narządu ruchu, 49 grup JGP<sup>104</sup> i urologii – chirurgii jednego dnia) naliczył kary umowne w łącznej kwocie 87,8 tys. zł.

W zakresie objętym niniejszą kontrolą NIK, ŚOW NFZ przeprowadził w 2011 r. kontrolę realizacji w okresie od 1 stycznia do 31 lipca 2011 r. umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie kardiologia – hospitalizacja, kardiologia hospitalizacja E11, E12, E13 i E14 i kardiologia – hospitalizacja E23, E24, E25 i E26. W szczególności kontrola ta obejmowała: prawidłowość sprawozdawania i wykonywania świadczeń, prawidłowość kwalifikowania pacjentów do grup JGP oraz spełnianie wymagań określonych w przedmiotowych zarządzeniach Prezesa NFZ i rozporządzenia Ministra Zdrowia. Kontrolą tą objęto 181 historii chorób pacjentów<sup>105</sup> na łączną liczbę 39 997 punktów o wartości 1 835,9 tys. zł w zakresie zgodności przekazywanych przez Szpital do ŚOW NFZ danych, prawidłowości kwalifikacji świadczeń do grup JGP oraz prowadzenia dokumentacji medycznej. Kontrola ta nie stwierdziła nieprawidłowości w zakresie kwalifikowania wykonywanych świadczeń, uprawnień lekarzy wykonywujących świadczenia objęte kontrolą oraz uzasadnieniem i koniecznością udzielenia tych świadczeń. Ustalone nieprawidłowości dotyczyły: niezgłoszenia wszystkich lekarzy wykonujących zabiegi hemodynamiczne (na 10 lekarzy wykonujących te zabiegi zgłoszonych do umowy było tylko 6 lekarzy) oraz sprawozdawanie niezgodne ze stanem faktycznym danych w zakresie „lekarza wykonującego” (w raportach wykazano lekarzy prowadzących, a nie lekarzy faktycznie realizujących świadczenia w kontrolowanych zakresach).

[Dowód: akta kontroli – str. 106-118]

Ustalone  
nieprawidłowości

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

1. W Szpitalu wystąpiły przypadki niezasadnego zakwalifikowania, przedstawiania do rozliczenia przez NFZ i rozliczenia świadczeń w grupach dedykowanych OZW. Spośród zbadanych 130 hospitalizacji, rozliczonych przez Szpital w grupach dedykowanych OZW E11-E14, stwierdzono 20 przypadków (15,4%), w których opisy w historiach chorób wskazywały na hospitalizację celem realizacji etapów

<sup>99</sup> Tj. do dnia 9 marca 2015 r.

<sup>100</sup> W tym: 18 kontroli w II półroczu 2011 r., 22 w 2012 r., 35 w 2013 r., 16 w 2014 r. oraz jedną w 2015 r.

<sup>101</sup> W tym: 8 w II półroczu 2011 r., 6 w 2012 r., 7 w 2013 r. i 8 w 2014 r.

<sup>102</sup> W tym: 5 w II półroczu 2011 r., 4 w 2012 r., 8 w 2013 r. i 6 w 2014 r.

<sup>103</sup> W tym: inspekcje: sanitarne, farmaceutyczne i pracy łącznie 23 kontroli, administracja rządowa i samorządowa (Starostwo Powiatowe w Starachowicach, Świętokrzyski Urząd Wojewódzki i Urząd Marszałkowski Województwa Świętokrzyskiego) łącznie 11 kontroli, Izba Pielęgniarek i Położnych – 2 kontrole oraz po jednej kontroli PSP, ZUS i Urząd Skarbowy.

<sup>104</sup> Tj. grup: A,B,D, E: 19, 62, 64, 71 i 72, F, G, H, K, L, M, N i P.

<sup>105</sup> W tym wg grup JPG: E12 – 26 świadczeń, E13 – 107 świadczeń, E14 – 20 świadczeń, E23 – 1 świadczenie, E24 – 5 świadczeń, E25 – 21 świadczeń i E26 – 1 świadczenie

leczenia inwazyjnego kolejnych zwężeń wieńcowych (7 przypadków)<sup>106</sup> lub dotyczących pacjentów z objawami chorób wieńcowych, jednak bez jednoznacznych cech stanu ostrego, prezentowanego podczas przyjęcia do Szpitala i podczas pobytu (13 przypadków)<sup>107</sup>. W przypadku 13 pacjentów osobom tym podczas hospitalizacji przeprowadzono próbę wysiłkową poprzedzającą wykonanie badania koronarograficznego z jednoczasową rewaskularyzacją mechaniczną (ad hoc), co odpowiada zasadom prowadzenia diagnostyki i leczenia inwazyjnego określonych w wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego dotyczących sposobu postępowania w stabilnej chorobie wieńcowej<sup>108</sup>. Niejednoznacznie określono też w historiach chorób cechy OZW, ponieważ nie opisano szczegółowo dolegliwości bólowych przy przyjęciu do Szpitala. Dolegliwości te najczęściej określano jako „nasilenie dolegliwości dławicowych”, „typowe dolegliwości dławicowe”). W opisach brak było też wzmianki o powracaniu dolegliwości podczas hospitalizacji i braku specyficznych zmian zaobserwowanych w wyniku badań: EKG i TTecho (o ile było wykonane). Z tytułu rozliczenia ww. 20 hospitalizacji w grupach JGP dedykowanych OZW, Szpital osiągnął przychody w łącznej kwocie 220 802,40 zł.

Kierownik Oddziału Kardiologicznego w wyjaśnieniach przyczyn zakwalifikowania ww. hospitalizacji jako OZW podał, że: pacjentom zarejestrowanym w Księdze Głównej pod nr 2349/2013 i 23204/2013 omyłkowo wyznaczono grupę E12 i E14, zamiast prawidłowej grupy E23, a w przypadku pacjenta nr 23722/13 wyznaczono grupę E13 w wyniku błędu pisarskiego. W pozostałych 17 przypadkach o zakwalifikowaniu ich jako OZW zdecydował obraz kliniczny i wykonane badania dodatkowe, w tym m. in. wysiłkowe oraz duszności wysiłkowe i bóle w klatce piersiowej. Dyrektor Szpitala zgodził się z ww. wyjaśnieniami Kierownika Oddziału Kardiologicznego.

NIK nie podziela powyższych wyjaśnień w zakresie rozpoznawania OZW w ww. 17 przypadkach, ponieważ hospitalizacja ww. pacjentów była spowodowana realizacją kolejnych etapów leczenia inwazyjnego. Procedury inwazyjnej rewaskularyzacji zostały wykonane w sposób zaplanowany w związku ze zdiagnozowaniem zwężenia tych tętnic w trakcie wcześniejszych pobytów tych pacjentów w Szpitalu, w trakcie których pacjentom wykonano koronarografie identyfikujące zwężenia i wyznaczono kolejne etapy leczenia (tj. odpowiednio pacjenci zarejestrowani pod nr: 460/2012 – w listopadzie 2011 r., 7628/2012 i 8305/2012 – w kwietniu 2012 r., 15129/2012 – we wrześniu 2012 r., 13659/2013 – w lipcu 2013 r.). Natomiast w przypadku pozostałych pacjentów, podczas hospitalizacji prowadzono diagnostykę występowania niedokrwienia mięśnia sercowego poprzez próby wysiłkowe lub posługiwano się wynikami prób wysiłkowych wykonanych ambulatoryjnie bezpośrednio (lub na kilka dni) przed przyjęciem do Szpitala. Badaniem rozstrzygającym o wykonaniu PCI w tych przypadkach był wynik badania koronarograficznego, wykonywanego w drugiej lub trzeciej dobie od przyjęcia do Szpitala. Powyższe nie odpowiadało zaleceniom przedstawionym w *Wytycznych dotyczących diagnostyki i leczenia ostrych zespołów wieńcowych bez przetrwałego*

<sup>106</sup> Łącznie 7 przypadków dot. pacjentów zarejestrowanych w Księdze głównej pod nr w 2012 r.: 460 (przyjęty 10.01.2012 r.), 7628 (przyjęty 3.06.2012 r.), 8305/2012 (przyjęty 18.06.2012 r.), 15129 (przyjęty 13.11.2012 r.) i w 2013 r.: 2349 (przyjęty 19.02.2013 r.), 13659 (przyjęty 28.08.2013 r.), 23204 (przyjęty 15.12.2013 r.).

<sup>107</sup> Łącznie 13 przypadków dot. pacjentów zarejestrowanych w Księdze głównej pod nr w 2012 r.: 2183 (przyjęty 14.02.2012 r.), 11948 (przyjęty 3.09.2012 r.), 14612 (przyjęty 2.11.2012 r.) i w 2013 r.: 609 (przyjęty 14.01.2013 r.), 1582 (przyjęty 4.02.2013 r.), 7489 (przyjęty 3.06.2013 r.), 9217 (przyjęty 7.07.2013 r.), 14008 (przyjęty 2.09.2013 r.), 18348 (przyjęty 21.10.2013 r.), 20881 (przyjęty 19.11.2013 r.), 20974 (przyjęty 20.11.2013 r.), 21946 (przyjęty 1.12.2013 r.) i 23722 (przyjęty 20.12.2013 r.).

<sup>108</sup> Opublikowanych m. in. w: *Kardiologia Polska* 2013. 71, supl. X, str. 243-318.

uniesienia odcinka ST<sup>109</sup>, w zakresie strategii leczenia inwazyjnego OZW, zgodnie z którymi podjęcie leczenia powinno nastąpić do 72 godz.

[Dowód: akta kontroli – str. 1013 - 1017, 1182 – 1184]

2. W Szpitalu nie zapewniono pełnej rzetelności części objętej kontrolą dokumentacji medycznej.

Badanie dokumentacji medycznej obejmującej próbę 130 hospitalizacji wykazało, że w 7 przypadkach (5,4%) w prowadzonej dokumentacji pominięto istotne dane, tj.:

- w karcie opisującej wykonanie koronarografii i PCI u jednego pacjenta<sup>110</sup> nie odnotowano godziny rozpoczęcia i zakończenia tych zabiegów,
- w historiach chorób trzech pacjentów<sup>111</sup> nie odnotowano które tętnice i ich segmenty poddano zabiegom PCI oraz nie wskazano skali ich przewężenia,
- w dokumentacji medycznej dwóch pacjentów<sup>112</sup> brak było załączonych protokołów operacyjnych z opisem zabiegów PCI,
- w dokumentacji medycznej pacjenta<sup>113</sup> nie opisano typu zawału (STEMI).

Kierownik Oddziału Kardiologicznego wyjaśnił, że w ww. braki wynikały z oczywistych omyłek pisarskich lub błędów w wydrukach dokumentacji z systemu Optimed, a brak ww. opisu typu leczonego zawału nie wpłynął na postępowanie z chorym i dalsze jego rokowanie.

[Dowód: akta kontroli – str. 1148-1160 i 1169-1172]

3. Sprawozdania Szpitala z realizacji umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia szpitalnego przedkładane NFZ nie zawierały danych o przypadkach zaistniałych w trakcie hospitalizacji zawałów typu 4a (stanowiących powikłanie okołozabiegowe). W badanej próbie stwierdzono wystąpienie 2 przypadków<sup>114</sup> zawałów mięśnia sercowego typu 4a, które nie zostały zakodowane według zasad określonych w klasyfikacji ICD 10<sup>115</sup> i zostały odnotowane wyłącznie w formie opisowej w języku polskim w kartach informacyjnych z leczenia szpitalnego. Kody klasyfikacji ICD 10 odpowiadające zawałowi serca jako stanowi wnikającemu przebieg wdrożonego procesu terapeutycznego nie zostały w tych przypadkach uwzględnione w sprawozdawczości przekazanej do ŚOW NFZ, zgodnie z przepisami<sup>116</sup> wydanymi na podstawie art. 31 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej<sup>117</sup>.

Kierownik Oddziału Kardiologicznego wyjaśnił, że w obu przypadkach rozpoznanie zawału okołozabiegowego zostało pominięte w ww. sprawozdaniach, ponieważ nie miał on świadomości o konieczności ich wykazywania.

NIK zwraca uwagę, że informacja o wystąpieniu zawału mięśnia sercowego w związku z wykonaną procedurą inwazyjną w obrębie tętnic wieńcowych jest

<sup>109</sup> 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.

<sup>110</sup> Hospitalizacja zarejestrowana w księdze głównej nr 15181/2013.

<sup>111</sup> Hospitalizacje zarejestrowane w księdze głównej nr: 5236/2012, 11265/2012 i 11699/2012.

<sup>112</sup> Hospitalizacje zarejestrowane w księdze głównej nr: 8025/2012 i 8291/2012.

<sup>113</sup> Hospitalizacja zarejestrowana w księdze głównej nr: 17032/2013.

<sup>114</sup> Hospitalizacje zarejestrowane w księdze głównej po nr: 13210/2012 i 23261/2013.

<sup>115</sup> Klasyfikacja ICD 10– należy rozumieć Międzynarodową Statystyczną Klasyfikację Chorób i Problemów Zdrowotnych – Rewizja dziesiąta, o której mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2014 r. poz. 177 j. t.), w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. z 2013 r, poz. 1447j.t.) oraz w Zarządzeniu nr 72/2011/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 21.10.2011 r. w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne (ze zmianami)- zwanego dalej zarządzeniem Nr 72/2011/DSOZ

<sup>116</sup> Patrz § 13 ust 2 i 3 Zarządzenia Nr 72/2011/DSOZ.

<sup>117</sup> Dz. U. z 2012, poz. 591.



istotnym elementem charakteryzującym przebieg hospitalizacji. Dlatego też wymaga kodowania określonego w Tomie II klasyfikacji ICD 10 z uwzględnieniem zasad kodowania określonych w Rozdziale 4 *Zasady i wskazówki kodowania umieralności i stanów chorobowych*. Istotność stanu chorobowego (również współistniejącego lub stanowiącego powikłanie) wiąże się z potrzebą sprawozdania tego stanu do ŚOW NFZ zgodnie z zapisami umowy w celu zachowania rzetelności i porządku danych statystycznych.

[Dowód: akta kontroli – str. 973-1012, 1148-1160]

4. W Szpitalu nie zapewniono pełnej rzetelności danych sprawozdawczych o udzielonych świadczeniach zdrowotnych w zakresie diagnostyki i terapii OZW, przekazywanych do Ogólnopolskiego Rejestru Ostrego Zespołów Wieńcowych PL-ACS<sup>118</sup>. Spośród 130 hospitalizacji objętych badaniem w 9 przypadkach<sup>119</sup> (6,9%) Szpital nie przesłał do OR OZW sprawozdań z diagnostyki i terapii pacjentów.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że w latach 2012-2014 ww. zgłoszenia odbywały się w oparciu o jednostkę chorobową, uzupełnioną w nakładce do programu Excel i w związku z tym nieprzesłanie ww. sprawozdań do OR OZW mogło być spowodowane oczywistą omyłką. Poinformował jednocześnie, że od stycznia 2015 r. baza OZW prowadzona na Oddziale Kardiologicznym jest kompatybilna z użytym systemem Optimed w zakładce rejestr PL-ACS, co upraszcza tą sprawozdawczość.

[Dowód: akta kontroli – str. 1148-1160 i 1187-1189]

#### Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia, że Szpital zapewnił dostępność stacjonarnych świadczeń zdrowotnych z zakresu kardiologii. Stwierdzono jednak przypadki nierzetelnego kwalifikowania jako ostrego zespołu wieńcowego hospitalizacji, podczas których realizowano kolejne etapy leczenia inwazyjnego kolejnych zwężzeń wieńcowych lub dotyczących pacjentów z objawami chorób wieńcowych, jednak bez jednoznacznych cech stanu ostrego, prezentowanego podczas przyjęcia do Szpitala i podczas pobytu. Powyższe skutkowało rozliczeniem tych hospitalizacji (15,4% przypadków z badanej próby) w grupach JGP dedykowanych OZW, a nie w grupach JGP przeznaczonych do rozliczania zabiegów angioplastyki wieńcowej wykonywanych w stanach klinicznych innych niż OZW.

W sposób nierzetelny sporządzono i przekazywano sprawozdania do Narodowego Funduszu Zdrowia, Szpital pomijał w nich bowiem zaistniałe w trakcie hospitalizacji zawały typu 4a (ilość których stanowi istotny element oceny jakości leczenia) oraz nie zgłaszał wszystkich przypadków OZW do Ogólnopolskiego Rejestru Ostrego Zespołów Wieńcowych PL-ACS. Nierzetelnie prowadzono również część badanej dokumentacji medycznej w Oddziale Kardiologicznym.

W procesie leczenia chorych w Szpitalu wystąpiły ponadto przypadki niezastosowania się do zasad ustalonych w wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego dotyczących w szczególności braku przeprowadzenia wymaganej liczby badań markerów martwicy mięśnia sercowego, a także zasad sztuki lekarskiej przedstawionych przez konsultantów wojewódzkich z zakresu kardiologii, dotyczących wypisywania do domu pacjentów o nieustabilizowanym poziomie markerów martwicy mięśnia sercowego. Zdaniem Izby, ograniczanie liczby pomiarów markerów martwicy mięśnia sercowego lub wypisywanie pacjentów przy – wynikającym z przeprowadzonych badań -

<sup>118</sup> Zwanego dalej „OR OZW”

<sup>119</sup> Hospitalizacje zarejestrowane w księdze głównej z 2012 r. nr: 8305, 8874, 13020, 12209, 16811 i w 2013 r. nr: 2349, 19972, 22436 i 23261.

nieustabilizowanym poziomie markerów 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 Kontroli<sup>120</sup>, wnosi o:

1. **Podjęcie i prowadzenie działań mających na celu:**
  - **zapewnienie należytej jakości udzielanych świadczeń, odpowiadającej wytycznym, zaleceniom i rekomendacjom wydawanym przez towarzystwa naukowe zrzeszające specjalistów z dziedziny kardiologii między innymi poprzez wyeliminowanie przypadków wypisywania pacjentów bez przeprowadzenia minimalnej liczby badań biochemicznych i bez uzyskania zmniejszenia stężeń wskaźników martwicy serca wskazujących na proces gojenia,**
  - **zapewnienie spełnienia wymogów w zakresie liczby łóżek na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz zapewnienia na tym oddziale wyodrębnionej całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia,**
  - **rzetelne prowadzenie dokumentacji medycznej na Oddziale Kardiologicznym,**
  - **rzetelne sprawozdawanie danych do Narodowego Funduszu Zdrowia i do Ogólnopolskiego Rejestru Ostrych Zespołów Wieńcowych PL-ACS,**
2. **Zweryfikowanie i ponowne rozliczenie z ŚOW NFZ hospitalizacji, podczas których realizowano etapy leczenia inwazyjnego kolejnych zwężeń wieńcowych lub dotyczących pacjentów z objawami chorób wieńcowych, bez jednoznacznych cech stanu ostrego, prezentowanego podczas przyjęcia do Szpitala i podczas pobytu, a rozliczonych przez Szpital w grupie JGP dedykowanej OZW.**

## 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.

<sup>120</sup> 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.

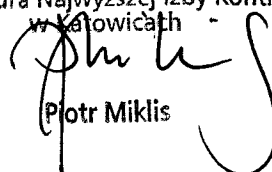
Katowice, dnia 30 czerwca 2015 r.

**Kontroler nadzorujący**  
**Tomasz Raszka**  
**Gł. specjalista kontroli państwowej**



**Najwyższa Izba Kontroli**  
**Delegatura w Katowicach**

**DYREKTOR**  
Delegatura Najwyższej Izby Kontroli  
w Katowicach



Piotr Miklis

