



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Dyrektor Departamentu
Pracy, Spraw Socjalnych i Zdrowia
Lech Rejnuś

Warszawa, dnia 14 stycznia 2010 r.

P/09/093
KPZ – 410-12-01/2009

Pan
Janusz Wyzgał
Dyrektor
Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus
Centrum Leczenia Obrażeń w Warszawie

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

Na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli¹, zwanej dalej ustawą o NIK, Najwyższa Izba Kontroli - Departament Pracy, Spraw Socjalnych i Zdrowia przeprowadziła kontrolę w zakresie dostępności wybranych świadczeń opieki zdrowotnej, w latach 2006-2009 (I półrocze).

W związku z kontrolą, której wyniki przedstawione zostały w protokole kontroli podpisanym w dniu 4 grudnia 2009 r. Najwyższa Izba Kontroli – Departament Pracy, Spraw Socjalnych i Zdrowia, stosownie do art. 60 ustawy o NIK, przekazuje Panu Dyrektorowi niniejsze wystąpienie pokontrolne.

Skontrolowano jednostki organizacyjne Szpitala udzielające świadczeń w zakresie ortopedii, urologii i neurotraumatologii.

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia zapewnienie pacjentom dostępności do wybranych świadczeń opieki zdrowotnej w latach 2006–2009 (I półrocze) w badanych klinikach, negatywnie natomiast prowadzenie list pacjentów oczekujących².

¹ Dz. U. z 2007 r. Nr 231, poz. 1701, ze zm.

² Najwyższa Izba Kontroli nie oceniła w tym zakresie pracy Oddziału Neurotraumatologii ze względu na przyjmowanie pacjentów na Oddział głównie w stanach nagłych, co wiąże się z brakiem oczekiwania na świadczenie zdrowotne.

1. Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia wzrost o 12,7% liczby hospitalizowanych pacjentów w Klinice Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej w wyniku zwiększenia procedur udzielanych w trybie hospitalizacji jednodniowej, która wymagała użycia nowoczesnego sprzętu, bardzo dokładnej diagnostyki w przedhospitalizacyjnym leczeniu ambulatoryjnym, a także wyspecjalizowanego personelu medycznego. Realizacja kontraktu zawartego z NFZ oscylowała w latach 2006-2009 (I półrocze) w granicach od 95% do 104% dla hospitalizacji oraz od 75% do 195% dla poradni.

Liczba pacjentów oczekujących na świadczenia medyczne, zakwalifikowanych do typu „K”³ w Oddziałach Urologii, od 2006 r. utrzymywała się na podobnym poziomie, tj. ok. 500 osób, przy średnim czasie oczekiwania wynoszącym 158 dni. Czas oczekiwania systematycznie ulegał skróceniu z 211 dni w grudniu 2006 r. do 150 dni w sierpniu 2009 r.

Pozytywnym aspektem było bieżące świadczenie usług zakwalifikowanych do procedur typu „P”. Na koniec 2006 r. czekało na nie 77 pacjentów (średni czas wynosił 45 dni), zaś na dzień 31 sierpnia 2009 r. okres oczekiwania został skrócony do 7 dni, przy 5 osobach oczekujących. Głównym powodem wzrostu liczby oczekujących oraz czasu oczekiwania w Poradni Urologicznej była praktycznie stała wartość punktowa kontraktu, przy wzroście zapotrzebowania na te procedury. Liczby oczekujących na pierwszą wizytę rosły od 2008 r. i według stanu na koniec miesiąca, zawierały się w granicach od 30 osób w kwietniu 2009 r. do 112 w sierpniu 2009 r., przy średnim czasie oczekiwania od 40 dni w styczniu 2009 r. do 72 w sierpniu 2009 r.

2. Na podstawowe świadczenia zdrowotne, realizowane przez oddziały Kliniki Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu, w badanym okresie z roku na rok wydłużała się kolejka oczekujących⁴, mimo że oddziały te co rok przyjmowały zbliżoną liczbę pacjentów⁵. Liczba leczonych w poszczególnych latach wynikała przede wszystkim z wielkości zawieranych z NFZ kontraktów, których wartość w latach 2006-2008 wzrosła z 18.189,2 tys. zł do 23.482,0 tys. zł, tj. o 29,1 %, a ich realizacja wyniosła od 99,9 % do 112,6 %. Wykonywanie większej

³ Do procedury typu „K” zalicza się wszystkie jednostki chorobowe, poza ściśle określonymi i rozliczonymi odrębnie przez NFZ (tzw. procedury typu „P” – wymienione w zawartym kontrakcie).

⁴ Na artroskopię z 210 pacjentów w grudniu 2006 r. do 539 pacjentów w sierpniu 2009 r., na endoprotezoplastykę stawu biodrowego z 731 pacjentów w grudniu 2006 r. do 1.316 pacjentów w grudniu 2008 r. - dopiero w 2009 r. ta wzrastająca tendencja uległa zahamowaniu i liczba oczekujących zmalała, od 1.255 w styczniu do 1.090 pacjentów w sierpniu tego roku, na endoprotezoplastykę stawu kolanowego z 162 pacjentów w grudniu 2006 r. do 510 pacjentów w sierpniu 2009 r., na procedury typu „K” z 244 na koniec 2006 r. do 710 pacjentów oczekujących w sierpniu 2009 r.

⁵ W 2006 r. na oddziałach tych udzielono świadczeń 4.584 pacjentom, w 2007 r. 4.381 pacjentom, w 2008 r. 4.603 pacjentom, a w I pół. 2009 r. 2.359 pacjentom.

liczby zabiegów przed kilkoma laty ograniczał brak odpowiedniej liczby anestezjologów, przed rokiem pielęgniarek anestezjologicznych, a od roku nadal drastyczne zmniejszanie się liczby pielęgniarek-instrumentariuszek. Wskutek tego z 9 sal, którymi Klinika dysponowała, można było dziennie wykorzystać średnio 4, często 3, a rzadko 5-6 sal.

W poradniach udzielających świadczeń z ortopedii nie stwierdzono tak długich i tak szybko rosnących kolejek, jak w oddziałach. Na wizytę w Poradni Urazowo-Ortopedycznej dorosłych, wg stanu na dzień 31 grudnia 2006 r. czekało 175 pacjentów, na koniec 2007 r. 131 pacjentów, na koniec 2008 r. 227 pacjentów, a w okresie I pół. 2009 r. średnio 204 pacjentów. W 2006 r. w Poradni tej udzielono świadczeń 35403 pacjentom, w 2007 r. 35921 pacjentom, w 2008 r. 42443 pacjentom, a w pierwszym półroczu 2009 r. – 21662 pacjentom. Pomimo realizacji w tej Poradni w 2008 r. większego kontraktu na świadczenia o 25,5 % niż w roku poprzednim, i udzielenia świadczeń większej o 18,2 % liczbie pacjentów, to liczba oczekujących w grudniu 2008 r. była o 73,3 % większa niż w grudniu 2007 r., co wynikało z dużego zapotrzebowania na świadczenia.

3. Powołany zarządzeniem Nr 22/2005 z 2005 r. Dyrektora Szpitala⁶ Zespół ds. oceny przyjęć oraz list pacjentów oczekujących (...) nie wywiązywał się z obowiązków, do realizacji których został powołany. W żadnym z 42 raportów Zespołu nie było informacji o niewłaściwie prowadzonych w Klinice Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu listach pacjentów oczekujących, gdy podczas kontroli NIK⁷ stwierdzono, że były one prowadzone niezgodnie z § 8 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r.⁸, bowiem:

- poza jednym przypadkiem listy oczekujących nie zawierały kwalifikacji świadczeniobiorcy do kategorii: przypadek „pilny” lub „stabilny”. Powodowało to brak uzasadnienia różnic czasowych wykonywania zabiegów lub terminów wizyt w ramach tej samej jednostki chorobowej. I tak m.in.:

- Oddział Chirurgii Kolana – pacjenci, dla których określono termin zabiegu na 4 miesiące („S4”) czekali od 36 do 133 dni, z dwóch pacjentów, dla których pilność zabiegu określono na 7 miesięcy, jeden czekał 202, dni a drugi 406 dni. Nadto, na formularzach list oczekujących nie wypełniano obowiązkowych rubryk m.in.: liczby

⁶ Zarządzenie nr 22/2005 z dnia 16 lutego 2005 r. w sprawie powołania zespołu do spraw oceny przyjęć oraz list pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego oraz w sprawie zasad prowadzenia list pacjentów oczekujących na świadczenia zdrowotne.

⁷ NIK skontrolowała 9 list pacjentów oczekujących (4 dla oddziałów i 5 dla poradni).

⁸ 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. Nr 123, poz. 801)

porządkowej kodu wg katalogu Usług Medycznych, kodu rozpoznania medycznego wg ICD, planowanej daty udzielenia świadczenia. Dwukrotnie zmieniano termin wizyty bez podania przyczyny, trzykrotnie nie wpisano numeru PESEL, w miejscu na imię, nazwisko i podpis osoby dokonującej wpisu stwierdzano najczęściej nieczytelny podpis,

- Poradnia Urazowo-Ortopedyczna – czas oczekiwania na wizytę zawierał się w granicach od 36 do 122 dni,
 - Poradnia Preluksacyjna – czas oczekiwania wynosił od 3 do 61 dni.
- na listach prowadzonych we wszystkich oddziałach nie była wpisywana data wyznaczonej hospitalizacji,
- stwierdzono przypadki, że data wpisu na listę oczekujących nie pokrywała się z datą rzeczywistego zgłoszenia się pacjenta, a różnice wynikały z późnego przekazywania danych przez lekarzy osobie prowadzącej listę. I tak, w Oddziale Chirurgii Ortopedii Dzieci (na zabiegi dot. kręgosłupa) na liście kwietniowej zapisanych było 4 pacjentów z datą rejestracji w marcu, na liście czerwcowej – 5 pacjentów zapisanych w maju, a na liście grudniowej figurowali pacjenci, którzy zgłosili się w lipcu, sierpniu, wrześniu, październiku i listopadzie - tylko 6 na 27 zapisało się w grudniu. Przykładowo, pacjent z poz. 27 na tej liście wg daty zapisu powinien być na poz. 13, jako datę realizacji świadczenia dla jednego z pacjentów wpisano „11.2007 r.” Lista prowadzona ręcznie nie zawierała żadnych podpisów, ani nawet nazwy oddziału,
- w poradniach na listach nie podawano rozpoznania lub powodu przyjęcia (np. we wszystkich badanych przypadkach, poza jednym, na liście do Poradni Urazowo-Ortopedycznej dorosłych), w ogóle nie dokonywano skreśleń pacjentów, którym udzielono świadczenia. Brakowało adresu świadczeniobiorcy (2 przypadki na 25 zbadanych), numerów telefonu lub oznaczenia innego sposobu komunikacji ze świadczeniobiorcą lub jego opiekunem (8 przypadków na 25),
- nie notowano godziny zapisu we wszystkich pozycjach na liście do Poradni Urazowo-Ortopedycznej Dzieci, a na liście do Poradni Preluksacyjnej dla 20 spośród 25 badanych pacjentów.

Najwyższa Izba Kontroli nie może podzielić wyjaśnień Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa (jednocześnie przewodniczącego Zespołu), że „(...) ze względu na to, że członkami Zespołu są przeważnie lekarze, istotą ich pracy jest dobro pacjenta a nie wykazywanie nieprawidłowości na listach oczekujących (...)”, zgodnie bowiem z art. 21 ust. 4 pkt 1 ustawy

z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁹ oraz § 2 ww. zarządzenia do zadań Zespołu powinno należeć m.in. dokonywanie oceny prowadzenia dokumentacji list oczekujących.

4. W związku z nieprawidłowo prowadzonymi listami oczekujących Szpital przekazywał do NFZ w raportach statystycznych nieprawdziwe dane o liczbie i czasie oczekiwania pacjentów Kliniki Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu.

W badanym okresie Szpital przekazywał w miesięcznych raportach do NFZ wartości średniego rzeczywistego czasu oczekiwania, nie oparte na parametrach określonych w rozporządzeniach Ministra Zdrowia. Czas ten był różny od wyliczonego przez NIK wg stanu na 31 sierpnia 2009 r. I tak czas oczekiwania według Szpitala wynosił:

- na artroskopię 105 dni, a wyliczony przez NIK - 178 dni,
- na rewizję po endoprotezoplastyce stawu biodrowego 135 dni, a wyliczony 66 dni,
- na endoprotezoplastykę stawu biodrowego 570 dni, a wyliczony – 303 dni,
- na endoprotezoplastykę stawu kolanowego 390 dni, a wyliczony – 410 dni.

Należy zauważyć, że niektóre dane przekazywane przez Szpital do NFZ nie były zmieniane przez wiele miesięcy, a niektóre nie weryfikowane od 2006 r., przykładowo - oczekiwanie 105 dni na artroskopię oraz 570 dni na endoprotezoplastykę stawu biodrowego wykazywano comiesięcznie od 2007 r. do sierpnia 2009 r.

Nadto, na podstawie badania liczby pacjentów i ich czasów oczekiwania w sierpniu 2009 r. stwierdzono, że w 3 na 8 badanych przypadkach liczby oczekujących pacjentów przekazane przez Szpital do NFZ były zbliżone do rzeczywistych liczb pacjentów oczekujących na świadczenia w tej Klinice. Pozostałe różniły się w granicach od 6,8 % do 561,4 %. Przekazane przez Szpital do NFZ średnie rzeczywiste czasy oczekiwania w sierpniu 2009 r. tylko w 2 przypadkach, na 12 badanych, były zbliżone do czasów rzeczywistych. Pozostałe różniły się od 8,8 % do 69,5 %.

Na listach oczekujących nie tylko nie dokonywano skreśleń, ale do NFZ wykazywano wyłącznie osoby zarejestrowane w danym miesiącu sprawozdawczym. Przykładowo, na koniec sierpnia 2009 r. w Poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, według danych przekazanych przez Szpital do NFZ oczekiwało 132 pacjentów wpisanych tylko w sierpniu 2009 r. na listę oczekujących, przy średnim rzeczywistym czasie oczekiwania wynoszącym

⁹ Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 ze zm.

105 dni, natomiast według wyliczeń NIK oczekiwało 873 pacjentów, a średni rzeczywisty czas oczekiwania wynosił 132 dni.

Przyczyną rozbieżności rzeczywistej wartości przekazywanych danych przez rejestratorki poradni Kliniki Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu do Działu Usług Medycznych (a następnie do NFZ) była błędna interpretacja sposobu obliczania średniego czasu oczekiwania oraz zasad prowadzenia listy oczekujących na świadczenia. Po stwierdzeniu i wykazaniu błędów przez kontrolę NIK rejestratorki zostały ponownie przeszkolone w zakresie poprawnego sposobu obliczania średnich czasów oczekiwania, liczby oczekujących oraz o konieczności dokonywania skreśleń.

5. Wśród pacjentów, którym udzielono świadczeń zdrowotnych w sierpniu 2009 r. w Poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej tylko 23 pacjentów (14,5%) zapisanych było na listę oczekujących, natomiast 60 pacjentów (37,7 %) przyjęto poza rejestracją za zgodą lekarza – bez kolejki. Średni czas oczekiwania na wizytę wynosił 227 dni. Wśród 60 pacjentów przyjętych za zgodą lekarza było tylko 9 przypadków pilnych.

Analogicznie w Poradni Urologicznej – 24 pacjentów przyjęto bez kolejki (31,2% ogółu pacjentów przyjętych w sierpniu 2009 r.).

Zdaniem NIK, stanowi to naruszenie zasad równego traktowania wszystkich świadczeniobiorców, w tym sprawiedliwego, równego niedyskryminującego, i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej.

6. Szpital nie dopełnił obowiązku wynikającego z załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej¹⁰, tj. obowiązku zgłaszania do dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ zmian lekarzy udzielających świadczeń zdrowotnych, wymienionych w załączniku do umowy, najpóźniej w dniu poprzedzającym ich powstanie albo – w przypadkach losowych – niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia (§ 6 ust. 2).

Z badania listy lekarzy wskazanych przez Szpital - jako realizujących w sierpniu 2009 r. umowę¹¹ zawartą z MOW NFZ o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w poradniach badanych Klinik, dokumentów „Wykonane produkty jednostkowe” i załączników do umowy - wynika, że w 21 przypadkach, na 101 świadczenia udzielane były przez lekarzy, których Szpital nie zgłosił do NFZ do

¹⁰ Dz. U. Nr 81, poz. 484.

¹¹ Nr 07R-1-00246-02-01-2007-2009/09 (07-00-01200-09-05/06).

realizacji kontraktu we właściwej poradni, nadto 2 lekarzy nie zgłoszono do realizacji kontraktu z MOW NFZ w żadnej z poradni Szpitala.

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi, Najwyższa Izba Kontroli wnosi o:

1. Wyeliminowanie nieprawidłowości dotyczących prowadzenia list pacjentów oczekujących i raportów statystycznych o liczbie i czasie oczekiwania na świadczenia zdrowotne przekazywanych do NFZ.
2. Podjęcie działań organizacyjnych pozwalających na sprawowanie właściwego nadzoru nad pracą szpitalnego zespołu ds. oceny przyjęć oraz list pacjentów oczekujących.
3. Zgłaszanie do NFZ zmian lekarzy udzielających świadczeń, wymienionych w załączniku do kontraktu.

Zgodnie z treścią art. 62 ust. 1 ustawy o NIK, Najwyższa Izba Kontroli oczekuje od Pana Dyrektora, w terminie 21 dni od daty otrzymania niniejszego wystąpienia pokontrolnego, informacji o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków, bądź o działaniach podjętych na rzecz realizacji wniosków lub przyczynach niepodjęcia takich działań.

Zgodnie z treścią art. 61 ust. 1 ustawy o NIK, w terminie 7 dni od dnia otrzymania niniejszego wystąpienia pokontrolnego, przysługuje Panu Dyrektorowi prawo zgłoszenia na piśmie do Dyrektora Departamentu Pracy, Spraw Socjalnych i Zdrowia umotywowanych zastrzeżeń w sprawie ocen, uwag i wniosków zawartych w tym wystąpieniu.

Zgodnie z art. 62 ust. 2 ustawy o NIK, termin nadesłania informacji, o której mowa wyżej, liczy się od dnia otrzymania ostatecznej uchwały właściwej komisji NIK.