



**Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Białymstoku**

Białystok, dnia 28 grudnia 2009 r.

**Pan
Grzegorz Gałązka
Dyrektor Samodzielnego Publicznego
Szpitala Wojewódzkiego
w Suwałkach**

LBI-410-020-01/2009
P/09/093

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

Na podstawie art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli¹, zwanej dalej „ustawą o NIK”, Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Białymstoku skontrolowała w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Wojewódzkim w Suwałkach (zwanym dalej „Szpitalem”) dostępność do wybranych świadczeń opieki zdrowotnej: ortopedii, neurologii i urologii, w latach 2006 – 2009 (I półrocze).

W związku z kontrolą, której wyniki zostały przedstawione w protokole podpisanym w dniu 4 grudnia 2009 r., Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 60 ustawy o NIK, przekazuje Panu Dyrektorowi niniejsze wystąpienie pokontrolne.

Najwyższa Izba Kontroli, mimo stwierdzonych nieprawidłowości, pozytywnie ocenia dostęp do badanych świadczeń opieki zdrowotnej.

1. Szpital realizował świadczenia zdrowotne na ogół zgodnie z ofertami i umowami zawartymi z NFZ. W ofercie na 2009 r. Pan Dyrektor podał jednak nierzetelne dane o posiadanym sprzęcie medycznym. Wykazano bowiem, że Oddział ortopedyczno – urazowy wyposażony jest w kardiomonitor, tj. urządzenie niezbędne do zakontraktowania świadczeń zdrowotnych w tym Oddziale, wymagane postanowieniami zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 22 października 2008 r.

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

Nr 93/2008/DSOZ w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne, mimo iż faktycznie Oddział nie dysponował takim urządzeniem. Ponadto poinformował Pan, iż Oddział urologiczny wyposażony jest w 4 diatermie elektrochirurgiczne do wykonywania zabiegów endoskopowych, a Oddział neurologiczny w – 4 kardiomonitoringi, chociaż w rzeczywistości na wyposażeniu tych oddziałów znajdowała się odpowiednio 1 diatermia i 2 kardiomonitoringi wystarczające do zakontraktowania świadczeń na tych Oddziałach.

2. W okresie objętym kontrolą liczba udzielonych świadczeń zdrowotnych wzrosła jedynie w Oddziale urologicznym – z 1.337 w 2006 r. do 1.428 w 2008 r., tj. o 6,8%. Obniżeniu natomiast uległa liczba świadczeń udzielonych w Oddziale neurologicznym z 1.055 w 2006 r. do 959 w 2008 r. (o 9,1%) i Poradni neurologicznej z 4.429 do 4.058 (o 8,4%). Na zbliżonym poziomie pozostawały zaś świadczenia w Oddziale ortopedyczno-urazowym (1.466-1.480). W 2007 r. w Poradni urologicznej przyjęto jedynie 7.954 pacjentów, tj. o 23,5% i 22,6% mniej niż w 2006 i 2008 r. (odpowiednio 10.269 i 10.397), mimo że na koniec 2007 r. w kolejce oczekiwało 67 pacjentów. Zostało to spowodowane strajkiem lekarzy, trwającym od połowy maja do końca września 2007 r. i przyjmowaniem w tym okresie tylko przypadków pilnych.

Utrudnienia w dostępie do świadczeń zdrowotnych wynikały między innymi ze zbyt niskich limitów punktów zakontraktowanych z NFZ na realizowane procedury, a także z niedostatecznej obsady średniego personelu medycznego w Bloku operacyjnym (brakowało dwóch pielęgniarek – instrumentariuszek i jednej pielęgniarki anestezyjologicznej) oraz braku odpowiedniego wyposażenia medycznego w 2 z 7 sal operacyjnych (w jednej nie było sufitowych lamp bezcieniowych, zaś w kolejnej brakowało wentylacji napłaminarnej, zapewniającej ciągłą wymianę powietrza oraz jego sterylizację). Ponadto jedna sala została przeznaczona do wykonywania cięć cesarskich. W konsekwencji 8 oddziałów zabiegowych korzystało z 4 sal operacyjnych, co skutkowało ograniczeniem do 3 dni w tygodniu wykonywania planowych operacji pacjentom Oddziału ortopedyczno-urazowego i Oddziału urologicznego. Miało to wpływ na stosunkowo niski stopień wykorzystania łóżek w tych oddziałach, wynoszący od 54,44% do 66,06% w Oddziale urologicznym i od 57,21% do 65,21% w Oddziale ortopedyczno-urazowym. Z kolei w Oddziale neurologicznym stopień wykorzystania łóżek był wysoki i mieścił się w przedziale od 82,07% do 93,14%. Jednakże z uwagi na rodzaj leczonych schorzeń liczba posiadanych łóżek była niewystarczająca, zaś zwiększenie ich liczby było niemożliwe ze względu na uwarunkowania architektoniczne

i ograniczenia wynikające z postanowień § 19 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 r. w sprawie wymagań jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej².

Utrudnieniem w dostępie do badanych ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych był głównie zbyt niski kontrakt zawarty z NFZ, a w przypadku świadczeń neurologicznych – także czas pracy Poradni neurologicznej. Zgodnie z kontraktem zawartym z NFZ, lekarze przyjmowali w niej bowiem jedynie 4-5 godzin dziennie (na przykład na dzień 22 października 2008 r. na świadczenia oczekiwało 57 osób średnio przez 87,7 dnia).

3. Mimo tych barier pacjentom zapewniono dostęp do świadczeń udzielanych w kontrolowanych oddziałach i poradniach, jednakże nie na bieżąco. Pacjentów zapisywano na listy oczekujących. Kontrola NIK wykazała, że spośród badanych oddziałów i poradni jedynie w Poradni urologicznej listy te prowadzono w zasadzie prawidłowo. Z kolei w listach prowadzonych w Oddziale ortopedyczno-urazowym w żadnym z 64 skontrolowanych zapisów nie odnotowano między innymi imienia, nazwiska i podpisu osoby dokonującej wpisu, a w 21 przypadkach terminu udzielenia świadczenia, tj. elementów wymaganych postanowieniami art. 20 ust. 3 pkt 3 lit. i oraz h ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych³. Natomiast w Oddziale urologicznym (z wyjątkiem lutego i marca 2009 r.), w Oddziale neurologicznym (do kwietnia 2009 r.) oraz w Poradni neurologicznej (do rozpoczęcia kontroli NIK) planowane terminy udzielenia świadczeń odnotowywano w kalendarzach, bez podania daty i godziny wpisania pacjenta oraz pozostałych danych wymaganych postanowieniami art. 20 ust. 2 pkt 3 lit. a-b i d-i oraz art. 20 ust. 2 pkt 4 powołanej ustawy, co uniemożliwiało między innymi ustalenie czasu oczekiwania pacjentów na udzielenie świadczenia.

Analiza list oczekujących przeprowadzona na przykładzie 133 pacjentów wykazała również, iż w dokumentacji ustalającej kolejność udzielania analizowanych świadczeń na ogół nie zamieszczano adnotacji o kwalifikacji medycznej (przypadek stabilny lub pilny). Nieprawidłowości w tym zakresie stwierdzono we wszystkich 64 zbadanych przypadkach z Oddziału ortopedyczno-urazowego, w 5 badanych przypadkach z Oddziału neurologicznego oraz w 14 z 31 przypadków z Oddziału urologicznego.

² Dz. U. Nr 213, poz. 1568 ze zm.

³ Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.

Stanowiło to naruszenie postanowień § 2 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej⁴. Adnotację o tej kwalifikacji odnotowano natomiast w 33 skontrolowanych przypadkach z Poradni urologicznej. Z kolei analiza dokumentacji 134 pacjentów wykazała, że bez uzasadnienia powodu wcześniejszego udzielenia świadczenia, jednego pacjenta w Oddziale ortopedyczno-urazowym przyjęto 23 dni przed ustalonym terminem. Naruszało to zasadę udzielania świadczeń wg kolejności zgłoszenia, określoną w art. 20 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Za prowadzenie dokumentacji medycznej i list osób oczekujących odpowiedzialność ponosili ordynatorzy oddziałów, stosownie do wymogów § 4 ust. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania⁵.

W Szpitalu, stosownie do wymogów zawartych w art. 21 ust. 1 pkt 1 powołanej ustawy, powołano Zespół do oceny przyjęć, do którego obowiązków należała między innymi comiesięczna ocena prawidłowości prowadzenia list osób oczekujących na udzielenie świadczeń zdrowotnych. Nie wyegzekwowano od niego jednak realizacji obowiązków ustalonych w art. 21 ust. 1 pkt 1 i ust. 4 tej ustawy. Zespół spotykał się bowiem sporadycznie – w ciągu 42 miesięcy odbyło się tylko 7 posiedzeń. Powodem był między innymi brak zainteresowania poprzednich dyrektorów Szpitala pracą Zespołu oraz niechęć członków Zespołu do współpracy. Także Pan Dyrektor, mimo informowania w dniach 21 sierpnia 2008 r. i 23 stycznia 2009 r. ordynatorów o nieprawidłowościach w zakresie prowadzenia list oczekujących, nie wyegzekwował prawidłowego ich prowadzenia. Tym samym nie zrealizowano wniosków NIK, skierowanych po kontroli przeprowadzonej w 2005 r., dotyczących prawidłowego prowadzenia list oczekujących i wyegzekwowania od Zespołu wykonywania jego ustawowych obowiązków.

Szpital przekazywał do NFZ raporty o liczbie osób oczekujących na udzielenie świadczeń zdrowotnych oraz o czasie oczekiwania. Dane zawarte w tych raportach dotyczące przyjęć pacjentów do Poradni urologicznej i neurologicznej oraz Oddziałów neurologicznego i ortopedyczno-urazowego nie pokrywały się jednak z komputerową

⁴ Dz. U. Nr 200, poz. 1661

⁵ Dz. U. Nr 247, poz. 1819 ze zm.

ewidencją „Eskulap”. Analiza raportów oraz zapisów w tej ewidencji wykazała między innymi, że:

- w raportach podano, iż w Poradni urologicznej na udzielenie świadczenia oczekiwali 113 osób w maju 2009 r., 105 osób w czerwcu 2009 r. i 97 pacjentów w lipcu 2009 r., a średni rzeczywisty czas oczekiwania wynosił odpowiednio 49, 85 i 81 dni, natomiast wg danych z ewidencji „Eskulap” na świadczenia w tej Poradni oczekiwali 44, 43 i 33 pacjentów, przy czym system nie wykazywał średniego rzeczywistego czasu oczekiwania,
- w raportach odnotowano, że w Oddziale ortopedyczno-urazowym od maja do lipca 2009 r. na udzielenie świadczenia oczekiwali kolejno 73, 76 i 61 pacjentów stabilnych, a średni rzeczywisty czas oczekiwania wynosił odpowiednio 100, 159 i 81 dni, zaś wg danych z ewidencji „Eskulap” na świadczenia w każdym miesiącu oczekiwali 42 pacjentów stabilnych. System nie wykazywał średniego rzeczywistego czasu oczekiwania.

Nieprawidłowości te były wynikiem niewłaściwego sposobu prowadzenia list osób oczekujących oraz braku znajomości obsługi systemu informatycznego „Eskulap” przez osoby odpowiedzialne za prowadzenie tych list, które dopiero w trakcie kontroli NIK, tj. 12 listopada 2009 r. przeszkolono w zakresie obsługi systemu informatycznego (na przykład pielęgniarka z Poradni neurologicznej do września 2009 r., a sekretarka medyczna Oddziału urologicznego do października 2009 r. nie wprowadzały do systemu informatycznego „Eskulap” danych o liczbie oczekujących pacjentów oraz o czasie oczekiwania).

Kontrola NIK wykazała również, że do publicznej wiadomości w kontrolowanych oddziałach i poradniach oraz w rejestracji i Izbie Przyjęć nie podano informacji o możliwości i sposobie wpisywania na listę oczekujących, mimo obowiązku wynikającego z § 11 ust. 4 pkt 9 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁶, a wcześniej – z § 10 ust. 4 pkt 8 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w tej samej sprawie⁷.

4. W latach 2006-2009 (I półrocze) Szpital podpisał z NFZ umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych o wartości odpowiednio 47.713 tys. zł, 54.127 tys. zł, 63.717 tys. zł i 32.187 tys. zł. Wykonanie kontraktów zawartych z NFZ na świadczenia udzielane

⁶ Dz. U. Nr 81, poz. 484

⁷ Dz. U. Nr 197, poz. 1643

w kontrolowanych oddziałach i poradniach było na ogół zbliżone do 100%. Jednakże w Poradni urologicznej w 2007 r., z powodu strajku lekarzy, nie wykonano kontraktu na kwotę 73.447 zł (18,63%), zaś w Poradni neurologicznej w 2008 r. oraz w Oddziale neurologicznym w I połowie 2009 r. nie zrealizowano umów na kwotę odpowiednio 5.975 zł (4,51%) i 329.358 zł (15,1%), co wynikało odpowiednio z mniejszej liczby zgłaszających się pacjentów oraz z powodu ponownych hospitalizacji pacjentów w terminie krótszym niż 14 dni, których to świadczeń nie finansuje NFZ.

Utrudnienia w dostępie do świadczeń zdrowotnych miały negatywny wpływ również na sytuację finansową Szpitala. Kontrakty zawarte z NFZ na hospitalizacje były realizowane na ogół w pełnej wysokości, przy stosunkowo niskim wskaźniku wykorzystania łóżek w Oddziałach urologicznym i ortopedyczno-urazowym. Wskazuje to na możliwość realizacji znacznie większej liczby świadczeń zdrowotnych, a tym samym – na uzyskiwanie większych przychodów z NFZ. Tymczasem koszty działalności Szpitala przewyższały znacznie uzyskane przychody (o 3.030,8 tys. zł w 2006 r., 4.514,8 tys. zł w 2007 r. i 3.566,9 tys. zł w 2008 r.) oraz były wyższe od planowanych odpowiednio o 1.958,2 tys. zł, 1.871,1 tys. zł i 329,7 tys. zł, czym naruszono dyspozycję art. 35 ust. 1 ustawy z dnia 30 czerwca 2005 r. o finansach publicznych⁸. W tej sytuacji Szpital nieterminowo regulował swoje zobowiązania, naruszając w ten sposób postanowienia art. 35 ust. 3 pkt 3 tej ustawy, nakazujące ponoszenie wydatków w terminach wynikających z zaciągniętych zobowiązań i w konsekwencji obciążony został odsetkami za zwłokę, które wyniosły łącznie 3.139.091 zł.

Pomimo trudnej sytuacji finansowej oraz obowiązku wynikającego z postanowień § 1 ust. 3 pkt 1-2 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie szczególnych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej⁹, kolejni dyrektorzy Szpitala nie ustalili wyceny wszystkich realizowanych procedur medycznych. Do czasu kontroli NIK wyceniono jedynie procedury z zakresu laboratorium, mikrobiologii, RTG, tomografii komputerowej, endoskopii, sterylizacji i badań kardiologicznych, zaś pozostałe były dopiero w trakcie realizacji, mimo już ponad 10-letniego obowiązywania przepisów obligujących do ich ustalenia.

⁸ Dz. U. Nr 249, poz. 2104 ze zm.

⁹ Dz. U. Nr 164, poz. 1194

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

1. Wyegzekwowanie realizacji ustawowych obowiązków od Zespołu oceny przyjęć.
2. Wyegzekwowanie od pracowników prawidłowego prowadzenia list oczekujących.
3. Umieszczenie wewnątrz budynków ZOZ informacji o trybie (zasadach) wpisywania na listę oczekujących.
4. Rzetelne informowanie NFZ o posiadanych urządzeniach medycznych, niezbędnych do realizacji świadczeń zdrowotnych.

Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Białymstoku, na podstawie art. 62 ust. 1 ustawy o NIK, oczekuje od Pana Dyrektora w terminie 14 dni od otrzymania niniejszego wystąpienia, informacji o sposobie wykorzystania uwag i wniosków bądź o działaniach podjętych w celu realizacji wniosków lub o przyczynach niepodjęcia takich działań.

Zgodnie z treścią art. 61 ust. 1 ustawy o NIK, w terminie 7 dni od daty otrzymania niniejszego wystąpienia pokontrolnego, przysługuje Panu Dyrektorowi prawo zgłoszenia na piśmie do dyrektora Delegatury NIK w Białymstoku umotywowanych zastrzeżeń w sprawie ocen, uwag i wniosków zawartych w tym wystąpieniu. W razie zgłoszenia zastrzeżeń, 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.

DYREKTOR DELEGATURY
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI
z up.

AGATA KATARZYNA CIUPA
WICEDYREKTOR