



**Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Gdańsku**

Gdańsk, dnia 3 lutego 2010 r.

**Pani
Ewa Książek-Bator
Dyrektor Naczelny
Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego
w Gdańsku**

LGD-410-37-02/2009
P/09/093

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

Na podstawie *art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz.U. z 2007 r. Nr 231, poz. 1701 ze zm.)*, zwanej dalej „ustawą o NIK”, Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Gdańsku przeprowadziła kontrolę w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Gdańsku („Centrum”).

Przedmiotem kontroli była dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie neurochirurgii, urologii i chirurgii urazowej, realizowanych przez Centrum w latach 2006-2009 (I półrocze)¹.

W związku z kontrolą, której wyniki przedstawione zostały w protokole kontroli podpisanym 11 grudnia 2009 r., Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie *art. 60 ustawy o NIK*, przekazuje niniejsze wystąpienie pokontrolne.

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia przygotowanie Centrum do realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie objętym kontrolą, natomiast pozytywnie z nieprawidłowościami ocenia podejmowane przez Centrum działania w celu zapewnienia równego i przejrzystego dostępu do tych świadczeń.

1. Pozytywna ocena Centrum w zakresie przygotowania do realizacji świadczeń opieki zdrowotnej wynika m.in. z zapewnienia Klinikom Neurochirurgii, Urologii i Chirurgii

¹ Badaniem prawidłowości prowadzenia list pacjentów oczekujących na świadczenia medyczne objęto okres od lipca do września 2009 r.

Urazowej, objętym badaniem, odpowiedniego zaplecza (sale operacyjne, sale wybudzeniowe), wyposażenia ich w niezbędny sprzęt i aparaturę medyczną, zapewnienia odpowiedniej liczby lekarzy specjalistów (w tym anestezjologów) i średniego personelu medycznego.

Awaryjne sprzętu i aparatury medycznej mające miejsce w badanym okresie oraz trudności związane m.in. z zapewnieniem wystarczającej liczby lekarzy neurochirurgów nie miały wpływu na dostępność do świadczeń, gdyż nie powodowały (poza awariami urządzenia do zewnątrzustrojowego kruszenia kamieni) zmiany terminu ich udzielania.

Możliwości udzielania świadczeń przez Centrum ograniczone były wartością umów zawieranych z Narodowym Funduszem Zdrowia (z Pani wyjaśnień wynika, że możliwości te są większe o około 30% od wartości określonych ww. umowami) oraz problemami finansowymi Centrum (zadłużenie) i będącą ich efektem utratą płynności płatniczej. Z tego powodu Centrum miało m.in. okresowe trudności z zaopatrzeniem w leki, materiały i medyczne artykuły techniczne, niezbędne do realizacji świadczeń objętych badaniem.

2. Centrum podejmowało działania w celu zapewnienia pacjentom równego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. W ramach tych działań m.in. opracowano procedury wpisywania pacjentów na listy oczekujących na udzielenie świadczenia, wyznaczono w objętych badaniem komórkach organizacyjnych osoby odpowiedzialne za prowadzenie takich list, określono tryb pracy powołanego z początkiem 2008 r. Zespołu ds. Oceny Przyjęć Pacjentów.

Objęte badaniem świadczenia (udzielone 127 pacjentom zakwalifikowanym do kategorii „przypadek stabilny”) realizowano według kolejności zgłoszeń, a dokumentacja 50 objętych badaniem pacjentów, zakwalifikowanych do kategorii „przypadek pilny”, zawierała uzasadnienie takiej kwalifikacji. Nie stwierdzono również przypadków zrealizowania świadczenia pacjentom nie wpisanym na listę oczekujących.

Stwierdzono jednak szereg nieprawidłowości, polegających na:

- nieprawidłowej realizacji zadań związanych z oceną list oczekujących na udzielenie świadczenia, określonych w przepisach *art. 21 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*².

² Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.).

Powołany w 2005 r. Zespół ds. Oceny Przyjęć Pacjentów w latach 2006-2007 nie realizował zadań, wynikających z *art. 21 ust. 5 ww. ustawy*, tj. nie sporządzał raportów z oceny list oczekujących i nie przedstawiał ich świadczeniodawcy. Z wyjaśnień Przewodniczącego Zespołu wynika, że raporty, obejmujące analizę przyjęć ostrych elektrywnych, a nie list oczekujących (Zespół nie miał dostępu do takich list) sporządzono w ww. okresie jedynie 3 lub 4 razy. Przewodniczący Zespołu wyjaśnił też, że na podstawie raportów nie podejmowano żadnych działań, a Zespół utworzono wyłącznie dlatego, że istniał taki wymóg.

Wraz z powołaniem z dniem 2 stycznia 2008 r. nowego Zespołu sytuacja ta uległa poprawie, jednak określona w *art. 21 ust. 1 ww. ustawy* częstotliwość dokonywania ocen list oczekujących (co najmniej raz w miesiącu) zachowana została przez Zespół jedynie w lutym 2008 r., w okresie od września 2008 r. do marca 2009 r. oraz w czerwcu 2009 r. Jak wynika z wyjaśnień Przewodniczącego Zespołu, spowodowane to było m.in. trudnościami z ustaleniem terminu dogodnego dla wszystkich jego członków oraz brakiem narzędzi informatycznych dla dokładnej weryfikacji list;

- niezrealizowaniu obowiązku umieszczenia wewnątrz budynków siedziby i jednostek organizacyjnych Centrum informacji o możliwości i sposobie zapisania się na listę oczekujących na świadczenie, wynikającego z *§ 11 ust. 4 pkt 9 Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*³. Informację taką umieszczono jedynie na stronie internetowej Centrum, a z wyjaśnień Kierowników Klinik objętych badaniem wynika, że ww. obowiązku nie zrealizowano z powodu braku wiedzy o jego istnieniu;
- nieujmowaniu na listach oczekujących na udzielenie świadczenia, prowadzonych w Klinikach objętych badaniem (za wyjątkiem list prowadzonych w Poradniach Chirurgii Urazowej i Neurochirurgii), wszystkich danych, wymaganych *art. 20 ust. 2 pkt 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*. Na ww. listach nie ujmowano numeru kolejnego lub godziny wpisu, a na listach oczekujących na leczenie szpitalne (obejmującej przypadki pilne) oraz ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne, prowadzonych w Klinice Urologii w kalendarzach, również m.in. numeru PESEL i adresu świadczeniobiorcy;
- zaniżeniu w raportach przekazanych do NFZ (za okres lipiec – wrzesień 2009 r.) liczby pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia w Klinice Urologii. W raportach

³ Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 81, poz. 484).

tych nie ujęto, na skutek niewydania przez Kierownika ww. Kliniki dyspozycji o wprowadzeniu do Centralnego Rejestru Oczekujących, pacjentów oczekujących na leczenie szpitalne, zakwalifikowanych jako przypadki pilne.

Ponadto wykazane w raportach czasy oczekiwania: rzeczywisty (dla ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych w Klinikach Urologii i Neurochirurgii oraz leczenia szpitalnego w Klinice Chirurgii Urazowej) oraz przewidywany (dla leczenia szpitalnego w Klinikach Urologii i Neurochirurgii oraz dla ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych w Klinice Chirurgii Urazowej) były obliczane niezgodnie z zasadami określonymi w *załączniku nr 7 do rozporządzenia 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*⁴. Z wyjaśnień Kierownika Działu Sprzedaży i Rozliczeń Usług Medycznych wynika, że przyczyną tego stanu był brak odpowiednich narzędzi informatycznych;

- wykazaniu w ofercie złożonej do NFZ na 2009 rok na leczenie szpitalne w zakresie neurochirurgia – hospitalizacja, lekarza neurochirurga, który w dniu składania oferty nie był od ponad 10 miesięcy zatrudniony w Centrum. Wyjaśnienia Kierownika Działu Sprzedaży i Rozliczeń Usług Medycznych, sporządzającego ofertę, że Centrum i tak spełniało wymogi NFZ, gdyż liczba zatrudnionych neurochirurgów w dniu jej składania była wystarczająca nie zmieniają faktu, że przedstawione w niej dane w ww. zakresie były nierzetelne;
- określeniu innych godzin przyjmowania pacjentów w objętych badaniem Poradniach od ustalonych umową o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, zawartą z NFZ na 2009 rok.

Ponadto godziny przyjmowania pacjentów, określone w Poradniach Neurochirurgii i Chirurgii Urazowej, były krótsze o – odpowiednio – 14,5 godziny i 5 godzin tygodniowo od ustalonych ww. umową.

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

- 1) podjęcie działań organizacyjnych zapewniających realizację zadań przez Zespół ds. Oceny Przyjęć Pacjentów z częstotliwością określoną w *art. 21ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*,

⁴ Dz.U. Nr 123, poz. 801.

- 2) umieszczenie w jednostkach organizacyjnych Centrum informacji o możliwości i sposobie zapisania się na listę oczekujących na świadczenie,
- 3) podjęcie działań organizacyjnych w celu zapewnienia prawidłowego prowadzenia list oczekujących na udzielenie świadczenia,
- 4) podjęcie działań w celu zapewnienia rzetelnego sporządzania przekazywanych do NFZ raportów o liczbie i średnim czasie oczekiwania na udzielenie świadczeń,
- 5) wyeliminowanie przypadków podawania w sporządzanych do NFZ ofertach na świadczone usługi danych niezgodnych ze stanem faktycznym,
- 6) zapewnienie udzielania świadczeń w skontrolowanych poradniach w godzinach ustalonych w umowie zawartej z NFZ.

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

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

W razie zgłoszenia zastrzeżeń, zgodnie z *art. 62 ust. 2 ustawy o NIK*, termin nadesłania informacji, o którym mowa wyżej, liczy się od dnia otrzymania ostatecznej uchwały właściwej komisji NIK.

Do wiadomości:

NIK – Departament Pracy, Spraw Socjalnych i Zdrowia