



**Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Olsztynie**

Olsztyn, dnia października 2009 r.

**Pani
Krystyna Piskorz-Ogórek
Dyrektor
Wojewódzkiego Specjalistycznego
Szpitala Dziecięcego w Olsztynie**

P/09/093
LOL-410-26-01/2009

Wystąpienie pokontrolne

Na podstawie art. 2 ust. 2 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 Olsztynie przeprowadziła w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu Dziecięcym w Olsztynie („Szpitalu”) kontrolę dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie neurologii, ortopedii i urologii w latach 2006-2009 (I półrocze).

W związku z kontrolą, której wyniki przedstawione zostały w protokole kontroli podpisanym w dniu 13 października 2009 r., Najwyższa Izba Kontroli, stosownie do art. 60 ustawy o NIK, przekazuje Pani Dyrektor niniejsze wystąpienie pokontrolne.

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia działania podejmowane w celu zapewnienia dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej objętych kontrolą¹, pomimo stwierdzonych nieprawidłowości w zakresie wyliczania średniego rzeczywistego czasu oczekiwania na ich udzielenie.

W latach 2006-2009 (I półrocze) Szpital wykonał świadczenia opieki zdrowotnej w wartości wyższej od ujętej w umowach zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia Warmińsko-Mazurskim Oddziałem Wojewódzkim w Olsztynie („Oddziałem NFZ”), z tego najwyższe nadwykonanie wystąpiło w I półroczu 2009 r. (o 8,7%). W odniesieniu do oddziałów i poradni poddanych analizie, najwyższe nadwykonanie świadczeń wystąpiło

¹ kontrolą objęto udzielanie świadczeń w Poradniach: Neurologicznej, Urazowo-Ortopedycznej i Urologicznej oraz Oddziałach: Pediatrycznym III – Neurologicznym, Ortopedyczno-Urazowym i Chirurgii Dziecięcej.

w 2006 r. w Poradni Neurologicznej (o 373,1%) oraz Poradni Urazowo-Ortopedycznej (o 37,2%).

W okresie objętym kontrolą wyższe wykonanie świadczeń od wartości ujętych w umowach zawartych z Oddziałem NFZ wystąpiło w Poradni Neurologicznej, Urazowo-Ortopedycznej (za wyjątkiem 2007 i 2008 r.) oraz Poradni Urologicznej (poza 2007 r.). Ustalono, że na przykład we wrześniu 2009 r. oczekiwanie na udzielenie świadczeń zdrowotnych w tych poradniach wynosiło od 26 do 54 dni, a na wizytę oczekiwało od 28 do 185 pacjentów. Jak wynika z uzyskanych w toku kontroli wyjaśnień, główną przyczyną powstania kolejek osób oczekujących w tych Poradniach była niewystarczająca wysokość środków na udzielanie świadczeń, zagwarantowanych w umowach zawartych z Oddziałem NFZ.

W oddziałach szpitalnych objętych kontrolą nie występowały kolejki osób oczekujących na wykonanie świadczeń. Szpital dysponował bowiem sprzętem i aparaturą medyczną pozwalającą na bieżącą ich realizację w zakontraktowanej ilości, a także zatrudniał wystarczającą liczbę personelu medycznego. W okresie 2006-2009 (I półrocze) wystąpiły wprawdzie awarie sprzętu medycznego znajdującego się w ww. oddziałach i Bloku Operacyjnym, to jednak nie spowodowały one niezrealizowania zaplanowanych zabiegów, gdyż dysponowano urządzeniami zastępczymi. W Szpitalu zatrudnionych było od 12 do 13 anestezjologów, którzy zapewniali udzielanie świadczeń na 3 salach operacyjnych w godzinach wykonywania planowych zabiegów. W odniesieniu do objętych kontrolą oddziałów i poradni, Szpital zatrudniał od 2 do 3 specjalistów neurologów, 6-11 ortopedów i 1 specjalistę urologa. Zdaniem Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa, liczba lekarzy specjalistów była wystarczająca do realizacji kontraktu.

Szpital opracował i wdrożył wytyczne dotyczące organizacji pracy poradni i przyjęć do oddziałów szpitalnych. I tak, m.in.:

- opracowano Regulamin Przychodni Specjalistycznej oraz harmonogramy ich pracy, w których określono m.in. organizację pracy Przychodni w zakresie godzin przyjęć pacjentów, sposobu rejestracji, uzyskania informacji dotyczących ich funkcjonowania oraz prowadzenia list oczekujących na świadczenia,
- w Regulaminie Porządkowym Szpitala ustalono przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego, m.in. podano sposób ustalania kolejności udzielania świadczeń,

- w „Informacjach dla pacjentów” zamieszczono m.in. dane dotyczące udzielania świadczeń wg kolejności zgłoszeń oraz sposobu powiadamiania o zmianie terminu wizyty.

W sposób prawidłowy funkcjonował powołany w Szpitalu Komitet ds. Jakości, do którego zadań należało m.in. bieżące monitorowanie kolejek pacjentów oczekujących na wykonanie świadczeń. Kontrola wykazała, że dokonywał on w okresach comiesięcznych analizy kolejek pacjentów oczekujących we wszystkich oddziałach i poradniach Szpitala, sporządzając z tych czynności protokoły. Komitet ten przekazywał Dyrekcji Szpitala analizy i raporty z przeprowadzonych czynności, które wykorzystane zostały m.in. do opracowania ww. dokumentu pn. „Informacja dla pacjentów” oraz przeprowadzenia szkoleń dla pracowników Szpitala w zakresie przyjmowania pacjentów w poradniach.

Przeprowadzona w toku kontroli analiza prowadzenia list osób oczekujących na przyjęcie do poradni objętych kontrolą, w odniesieniu do 75 pacjentów, wykazała, że nie zawierały one wszystkich danych określonych w art. 20 ust. 2 pkt 3 ustawy 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.), tj. numerów PESEL – w 72 przypadkach (96,0%), rozpoznań lub powodów przyjęć – w 74 przypadkach (98,7%), adresów świadczeniobiorców – w 23 pozycjach (30,7%), numerów telefonów pacjentów lub opiekunów – w 34 przypadkach (45,3%) oraz danych osób, które dokonały wpisu – w 13 pozycjach (17,3%).

Jak wynika z uzyskanych w toku kontroli wyjaśnień, brak ww. wpisów związany był m.in. z niezajomością niektórych danych przez osoby rejestrujące dzieci do poradni (np. numerów PESEL), niechęcią pacjentów do ujawniania choroby dziecka oraz rejestracją przez osoby trzecie (brak adresów i numerów telefonów). Nadmienić należy, że wpisywanie w listach oczekujących ww. danych, zgodnie z art. 20 ust. 2 pkt 3 ww. ustawy, odbywa się za zgodą świadczeniobiorcy lub jego przedstawiciela ustawowego.

W toku kontroli analizie, dokonanej przy udziale Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa, poddano także dokumentację 150 pacjentów, pod kątem prawidłowości ich rejestrowania oraz kwalifikowania do kategorii medycznej „przypadek pilny” i „przypadek stabilny”. Ustalono, że:

- 114 pacjentom udzielono świadczeń wg kolejności zgłoszeń.
- Dokumentacja medyczna w odniesieniu do 32 pacjentów zakwalifikowanych do kategorii „przypadek pilny” uzasadniała ich ujęcie w tej kategorii medycznej.

- Wystąpiły 4 przypadki udzielenia świadczeń osobom, które nie były umieszczone na listach oczekujących. Jak wyjaśniła Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa, przyczyną ich przyjęcia, bez wpisania na listy osób oczekujących, była pilna potrzeba udzielenia świadczeń, ze względu m.in. na ich stan zdrowia.

Kontrola wyliczania przez Szpital średniego rzeczywistego czasu oczekiwania i przekazywania tych danych do Oddziału NFZ, obejmująca okres od czerwca do sierpnia 2009 r., wykazała, że sposób wyliczania był niezgodny z zasadami określonymi w § 8 ust. 2 pkt 2 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 (Dz. U. Nr 123, poz. 801). Nie dopełniono także wymogu wynikającego z § 12 ust. 1 tego rozporządzenia dotyczącego przekazywania przewidywanego średniego czasu oczekiwania (określanego na podstawie doświadczenia świadczeniodawcy). Jak wynika z uzyskanych w toku kontroli wyjaśnień, brak było możliwości wyliczania średniego czasu oczekiwania w sposób określony w ww. rozporządzeniu, z uwagi na prowadzenie list oczekujących w formie odręcznej, co utrudniało dotarcie do konkretnego pacjenta i skreślenie go z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia.

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

- Wyliczanie średniego rzeczywistego czasu oczekiwania w sposób odpowiadający zapisom rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. oraz przekazywanie do Oddziału NFZ danych dotyczących przewidywanego średniego czasu oczekiwania.

Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Olsztynie, stosownie do art. 62 ust. 1 ustawy o NIK, oczekuje od Pani Dyrektora w terminie 20 dni od daty otrzymania niniejszego wystąpienia pokontrolnego, informacji o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosku, bądź o działaniach podjętych w celu jego realizacji lub przyczynach niepodjęcia takich działań.

Stosownie do art. 61 ust. 1 ustawy o NIK, w terminie 7 dni od dnia otrzymania niniejszego wystąpienia pokontrolnego, przysługuje Pani prawo zgłoszenia na piśmie do dyrektora Delegatury NIK w Olsztynie umotywowanych zastrzeżeń w sprawie zawartych w tym wystąpieniu ocen, uwag i wniosku

W razie zgłoszenia zastrzeżeń, zgodnie z art. 62 ust. 2 ustawy o NIK, informację, o której mowa wyżej należy nadesłać w terminie 14 dni od dnia otrzymania ostatecznej uchwały właściwej komisji NIK.

Z poważaniem