



**Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Olsztynie**

Olsztyn, dnia grudnia 2009 r.

**Pani
Elżbieta Gelert
Dyrektor Naczelny
Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego
w Elblągu**

P/09/093
LOL-410-26-02/2009

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 Szpitalu Zespołowym w Elblągu („Szpitalu”) kontrolę dostępności do wybranych świadczeń opieki zdrowotnej w latach 2006-2009 (I półrocze).

W związku z kontrolą, której wyniki przedstawione zostały w protokole kontroli podpisanym w dniu 25 listopada 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 m.in. w zakresie prowadzenia list oczekujących oraz wyliczania średniego rzeczywistego czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń.

W 2006 r. Szpital wykonał świadczenia opieki zdrowotnej w pełnej wysokości określonej w umowach zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia Warmińsko-Mazurskim Oddziałem Wojewódzkim w Olsztynie, a w latach 2007–2009 (I półrocze) w wartości nieznacznie niższej od zakontraktowanej (99,5-99,8%). W odniesieniu do oddziałów i poradni poddanych analizie, największa różnica wykonanych świadczeń

¹ kontrolą objęto udzielanie świadczeń w Poradniach: Urologicznej oraz Neurologicznej i Padaczkowej dla Dzieci oraz Oddziałach: Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, Neurochirurgii, Traumatologii z Pododdziałem Neurospondyliatrii oraz Urologicznym.

w stosunku do wartości określonej w umowie wystąpiła w Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej w 2006 r. („nadwykonanie” o 2,9%).

W poradniach i oddziałach szpitalnych objętych kontrolą w okresie 2006-2009 r. (I półrocze) występowały kolejki osób oczekujących na wykonanie świadczeń. Główną ich przyczyną, wg uzyskanych w toku kontroli wyjaśnień Pani Dyrektor, była wysokość środków otrzymywanych z NFZ na realizację świadczeń. Ustalono, że Szpital dysponował sprzętem i aparaturą medyczną pozwalającą na bieżącą realizację świadczeń w zakontraktowanej ilości, a także zatrudniał wystarczającą liczbę personelu medycznego. W okresie objętym kontrolą wystąpiły wprawdzie awarie sprzętu medycznego, to jednak nie spowodowały one niezrealizowania zaplanowanych zabiegów z uwagi na posiadanie urządzeń zastępczych. W Szpitalu zatrudnionych było od 17 do 22 anestezjologów, którzy zapewniali udzielanie świadczeń na wszystkich 8 salach operacyjnych w godzinach wykonywania planowych zabiegów. W odniesieniu do objętych kontrolą oddziałów, Szpital zatrudniał 6 specjalistów neurochirurgów, 5 ortopedów oraz 7-8 urologów. Zdaniem Pani Dyrektor, liczba lekarzy specjalistów była wystarczająca do realizacji kontraktu.

Ustalono, że czas pracy Poradni Neurologicznej i Padaczkowej dla Dzieci oraz Poradni Urologicznej wykazany w umowach zawartych z Oddziałem NFZ na lata 2006-2009 był zgodny z ustalonymi harmonogramami ich pracy. Wystąpiły natomiast rozbieżności pomiędzy wykazem personelu lekarskiego podanym w umowach, a faktycznie wykonującym świadczenia w Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej oraz Oddziale Urologicznym. I tak, w umowach na 2006 i 2008 r. wskazano 2 lekarzy, którzy nie wykonywali świadczeń w tych okresach, a nie wyszczególniono w umowach na lata 2006-2008 łącznie 4 lekarzy, którzy udzielali świadczeń. Jak wynika z uzyskanych w toku kontroli wyjaśnień, przyczyną tych rozbieżności było niezweryfikowanie w trakcie roku wykazów lekarzy, sporządzanych w IV kwartale roku poprzedniego, z powodu przeoczenia.

Szpital opracował i wdrożył procedurę dotyczącą prowadzenia list oczekujących we wszystkich poradniach i oddziałach szpitalnych. W procedurze tej, pn. „Lista pacjentów oczekujących”, określono m.in., że świadczenia opieki zdrowotnej udzielane są wg kolejności zgłoszeń w dniach i godzinach ich udzielania, listy oczekujących prowadzi się w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego i przejrzystego dostępu do świadczeń, a pacjenci są informowani pisemnie o terminie udzielenia świadczenia.

W procedurze tej uregulowano także zadania Zespołu Oceny Przyjęć powołanego zarządzeniem Dyrektora Naczelnego Szpitala w celu m.in. przeprowadzania ocen list

oczekujących pod względem prawidłowości prowadzenia dokumentacji. Zapisano w niej m.in., że Zespół dokonuje przeglądu list oczekujących w oddziałach i pracowniach minimum 2 razy w roku, opracowuje roczny harmonogram przeprowadzania oceny, a także sporządza raporty z tej oceny i przedstawia je Dyrekcji Szpitala. Kontrola wykazała jednak, że w niepełnym zakresie Zespół realizował ustalone harmonogramy dokonywania ocen. I tak, m.in. w 2007 r. w ogóle nie oceniono list prowadzonych w Poradni Urologicznej oraz Poradni Neurologicznej i Padaczkowej dla Dzieci (zaplanowano odpowiednio 3 i 2 oceny), a w 2008 r. dokonano tylko jednej oceny listy w tych poradniach, zamiast zaplanowanych dwóch.

Przeprowadzona w toku kontroli analiza list oczekujących wykazała, że listy w Poradni Urologicznej prowadzone były prawidłowo. Ustalono natomiast, że listy oczekujących w Poradni Neurologicznej i Padaczkowej dla Dzieci oraz oddziałach objętych kontrolą nie zawierały wszystkich elementów wymaganych postanowieniami art. 20 ust. 2 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych² oraz § 2 i 3 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 zdrowotnej³. Ustalono bowiem, że m.in. w wyniku przeoczenia lub nieznajomości wytycznych w tym zakresie, w 97 pozycjach list (ze 125 analizowanych) nie zamieszczono daty i przyczyny skreślenia pacjentów z list z powodu wykonania lub rezygnacji ze świadczenia, w 32 przypadkach nie określono kryteriów medycznych (przypadek „pilny” lub „stabilny”), a w 19 - dat udzielenia świadczenia. Stwierdzono także, że w 25 pozycjach nie wpisano rozpoznania lub powodu przyjęcia, w 21 przypadkach – numeru PESEL pacjenta, w 18 – jego adresu, a w 52 nie podano numeru telefonu pacjenta lub nie oznaczono innego sposobu komunikacji z pacjentem. Nadmienić należy jednak, że wpisywanie w listach oczekujących tych 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 Dyrektora ds. Lecznictwa, poddano także dokumentację 125 pacjentów, pod kątem prawidłowości ich rejestrowania oraz kwalifikowania do kategorii medycznej „przypadek pilny” i „przypadek stabilny”. Ustalono, że:

² Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.

³ Dz. U. Nr 200, poz. 1661

- Dokumentacja medyczna w odniesieniu do 25 pacjentów zakwalifikowanych do kategorii „przypadek pilny” uzasadniała ich ujęcie w tej kategorii medycznej. Wystąpiło także 11 przypadków uzasadnionego przekwalifikowania pacjentów do „kategorii pilny”.
- Spośród 100 pacjentów zakwalifikowanych do kategorii „przypadek stabilny” na liście oczekujących znajdowało się 28 pacjentów. Pozostali pacjenci nie zostali wpisani na listy oczekujących głównie z powodu wyznaczenia terminu badań kontrolnych podczas poprzedniej wizyty w poradni lub oddziale, przeprowadzania badań diagnostycznych lub konieczności przyspieszenia badań z uwagi na stan zdrowia. Ustalono ponadto, że siedmiu pacjentów nie wpisano na listę osób oczekujących z powodu „przeoczenia”. Stanowiło to naruszenie postanowień art. 20 ust. 2 ww. ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w myśl którego świadczeniodawca zobowiązany jest wpisać dane pacjenta w kolejnej pozycji prowadzonej przez siebie listy oczekujących.

Kontrola wyliczania przez Szpital średniego rzeczywistego czasu oczekiwania i przekazywania tych danych do Oddziału NFZ, obejmująca okres od lipca do września 2009 r., wykazała, że sposób wyliczania czasu (za wyjątkiem oczekiwania na świadczenia wysokospecjalistyczne) był niezgodny ze wzorem określonym 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 publicznych⁴. Nie dopełniono także wymogu wynikającego z § 12 ust. 1 tego rozporządzenia dotyczącego przekazywania przewidywanego średniego czasu oczekiwania (określanego na podstawie doświadczenia świadczeniodawcy). Należy jednak zaznaczyć, że Szpital, w myśl postanowień tego paragrafu, zobowiązany jest do przekazywania danych dotyczących przewidywanego czasu jedynie do końca 2009 r.

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

1. Podjęcie działań zapewniających prowadzenie list oczekujących w sposób określony w art. 20 ust. 2 pkt 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
2. Wyliczanie średniego rzeczywistego czasu oczekiwania w sposób odpowiadający zapisom rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r.

⁴ Dz. U. Nr 123, poz. 801

3. Dokonywanie przez Zespół Oceny Przyjęć kontroli list oczekujących zgodnie z opracowanym harmonogramem.

Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Olsztynie, stosownie do art. 62 ust. 1 ustawy o NIK, oczekuje od Pani Dyrektor w terminie 20 dni od daty otrzymania niniejszego wystąpienia pokontrolnego, informacji o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków, bądź o podjętych działaniach na rzecz ich 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 ocen, uwag i wniosków zawartych w tym wystąpieniu.

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