



**Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Olsztynie**

Olsztyn, dnia listopada 2009 r.

**Pani
Iwona Orkiszewska
Dyrektor
Szpitala Powiatowego
im. W. Biegańskiego
w Iławie**

P/09/093
LOL-410-26-03/2009

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 Powiatowym Szpitalu im. W. Biegańskiego w Iławie („Szpitalu”) kontrolę dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie neurologii, chirurgii urazowo-ortopedycznej, chirurgii ogólnej w latach 2006-2009 (I półrocze).

W związku z kontrolą, której wyniki przedstawione zostały w protokole kontroli podpisanym w dniu 23 października 2009 r., Najwyższa Izba Kontroli, stosownie do art. 60 ustawy o NIK, przekazuje Pani Dyrektor niniejsze wystąpienie pokontrolne.

Najwyższa Izba Kontroli negatywnie ocenia podejmowane przez Szpital działania w celu zapewnienia pacjentom przejrzystego i równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej w oddziałach i poradniach objętych kontrolą¹. Kontrola wykazała bowiem szereg istotnych nieprawidłowości, polegających m.in. na niewłaściwym prowadzeniu list oczekujących, nienależytym nadzorze nad przestrzeganiem kolejności udzielania świadczeń oraz pracą Zespołu oceny przyjęć, a także na występowaniu przypadków przekazywania do NFZ nierzetelnych danych dotyczących liczby pacjentów oczekujących na wykonanie świadczeń opieki zdrowotnej.

¹ kontrolą objęto udzielanie świadczeń w poradniach: neurologicznej, urazowo-ortopedycznej i chirurgii ogólnej (z siedzibą w Iławie i Lubawie) oraz oddziałach: neurologicznym, urazowo-ortopedycznym i chirurgicznym ogólnym.

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 („NFZ”), z tego najwyższe „nadwykonanie” wystąpiło w I półroczu 2009 r. (o 10,6%).

Szpital dysponował sprzętem i aparaturą medyczną pozwalającą na bieżącą realizację zakontraktowanych usług. W okresie 2006-2009 (I półrocze) wystąpiły wprawdzie awarie sprzętu medycznego, jednak nie spowodowały one niezrealizowania zaplanowanych zabiegów, gdyż dysponowano urządzeniami zastępczymi.

Analiza list oczekujących, prowadzonych przez badane oddziały i poradnie wykazała, że w okresie od czerwca do sierpnia 2009 r., w poszczególnych kolejkach oczekiwało od 39 do 97 osób, a wyznaczony termin udzielenia świadczeń medycznych wynosił od 30 (w poradni chirurgii urazowo-ortopedycznej) do 150 dni (w poradni neurologicznej) od daty wpisania pacjenta na listę.

Główną przyczyną powstawania w Szpitalu kolejek pacjentów oczekujących na udzielenie świadczeń w badanych poradniach i oddziałach, była niewystarczająca liczba specjalistów oraz za mała wysokość środków na udzielanie świadczeń, zagwarantowanych w umowach zawartych z NFZ. W latach 2006-2009 (I półrocze) w oddziałach i poradniach objętych kontrolą zatrudnionych było 4 specjalistów neurologów, od 5 do 7 ortopedów, od 6 do 11 specjalistów chirurgii ogólnej oraz 5 lub 6 anestezjologów, którzy mieli zapewnić udzielanie świadczeń w trzech salach operacyjnych. Zwłaszcza w okresie wakacyjnym z powodu absencji anestezjologów, nie można było wykonać wszystkich planowanych zabiegów. Kierownictwo Szpitala podejmowało wprawdzie działania w celu pozyskania kadry, jednakże nie przyniosły one, jak podała Dyrektor Szpitala², zadowalających rezultatów.

Istotny wpływ na wydłużenie czasu oczekiwania w badanych oddziałach i poradniach miała duża liczba pacjentów zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek pilny”, co wynikało ze specyfiki świadczonych przez. nie usług. Przeprowadzona przy udziale ordynatorów, analiza dokumentacji 125 losowo wybranych pacjentów, pod kątem prawidłowości ich rejestrowania oraz kwalifikowania do kategorii medycznej „przypadek pilny” i „przypadek stabilny”, wykazała bowiem że aż w 61 przypadkach (49%) zgłaszających się pacjentów zakwalifikowano w sposób uzasadniony jako „przypadek pilny”.

² pełniącą funkcję w okresie od 28.02.2008 r. do 30.09.2009 r.

Obok obiektywnych uwarunkowań mających wpływ na dostępność świadczeń, kontrola wykazała występowanie istotnych nieprawidłowości mających wpływ na ograniczenie zasad przejrzystego i równego dostępu pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej:

1. Dyrektor Szpitala zarządzeniem z 2005 r. powołał wprawdzie Zespół oceny przyjęć i określił jego zakres działania, jednakże Zespół ten nie wywiązywał się ze swych obowiązków. W dokumentacji Szpitala znajdowały się jedynie dwa protokoły (z lutego i czerwca 2009 r.) dotyczące badania sześciu spośród jedenastu list oczekujących prowadzonych w tym okresie. Zgodnie z art. 21 ust.1 i ust.5 ustawy dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych³, Zespół powinien dokonywać oceny list co najmniej raz w miesiącu i sporządzać każdorazowo raport z oceny oraz przedstawiać go świadczeniodawcy. Zastępca dyrektora ds. lecznictwa⁴, wyjaśnił że nie dokonywał oceny pracy Zespołu, ani sposobu prowadzenia list oczekujących, gdyż nie był informowany o jakichkolwiek problemach i uznał, że wszystko odbywa się zgodnie z obowiązującymi przepisami. W Szpitalu nie było zwyczaju dokumentowania wszystkich czynności, w tym także oceny list oczekujących, o ile nie wystąpiły problemy do rozwiązania.

Analiza losowo wybranych wpisów dotyczących 125 pacjentów z list oczekujących prowadzonych przez badane oddziały i poradnie wykazała jednak, że nie zawierały one wszystkich danych określonych w art. 20 ust. 2 pkt 3 cytowanej wyżej ustawy. W tym m.in. w 98 przypadkach (78,4%) brak było godziny wpisu pacjenta na listę oraz daty skreślenia z listy, w 86 (68,8%) – przyczyny skreślenia pacjenta z listy, a w 69 (55,2%) – adnotacji o kwalifikacji pacjenta do kategorii medycznej „przypadek pilny” lub „przypadek stabilny”.

Kontrola zgodności danych przekazywanych przez Szpital do NFZ w raportach dotyczących list oczekujących za okres czerwiec-sierpień 2009 r., wykazała nieprawidłowości polegające na podaniu w ośmiu spośród dwunastu raportów, liczby osób oczekujących niezgodnej ze stanem faktycznym oraz wyliczaniu we wszystkich przesłanych raportach, średniego rzeczywistego czasu oczekiwania w sposób niezgodny z zasadami określonymi w § 8 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 czerwca 2008 r.⁵ Dane te nie były weryfikowane

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

⁴ pełniący funkcję w okresie od 01.09.2007 r. do 31.12.2007 r. oraz od 01.06.2008 r. do 19.04.2009 r.

⁵ 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)

przez osoby przekazujące raporty, a ponadto w jednym przypadku przekazano je z opóźnieniem (7 dni) w stosunku do terminu określonego w § 11 ust. 1 ww. rozporządzenia. Należy podkreślić, że także kontrola przeprowadzona przez NFZ we wrześniu 2008 r. wykazała nieprawidłowości w zakresie prowadzenia list oczekujących oraz braku udokumentowania oceny tych list. Stwierdzono wówczas również niezgodność danych dotyczących liczby osób oczekujących, średniego i rzeczywistego czasu oczekiwania z podziałem na kategorie medyczne pilny/stabilny z danymi przekazanymi do NFZ.

Ustalenia niniejszej kontroli NIK świadczą, że Szpital nie podjął skutecznych działań w celu usunięcia nieprawidłowości zarówno w zakresie prowadzenia list oczekujących, jak i przekazywania do NFZ danych dotyczących tych list. Obowiązek prowadzenia list oczekujących w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej wynika z art. 20 ust. 5 ustawy o świadczeniach zdrowotnych, zaś obowiązek comiesięcznego przekazywania do NFZ danych dotyczących liczby oczekujących i średniego czasu oczekiwania wynika z art. 23 ust. 1 tej ustawy.

2. W okresie objętym kontrolą Szpital nie określił procedur wpisywania pacjentów na listy oczekujących na udzielenia świadczenia. Z wyjaśnień Dyrektora Szpitala wynika, że zasady te przekazano w formie ustnej pracownikom prowadzącym rejestrację pacjentów.

Ustalenia kontroli wskazują, że takie działania nie zapewniały pacjentom określonego w art. 6 ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁶ prawa do przejrzystej, obiektywnej, opartej na kryteriach medycznych, procedury ustalającej kolejność dostępu do świadczeń, w sytuacji ograniczonych możliwości ich udzielenia.

W okresie od 1 stycznia do 30 czerwca 2009 r. w Szpitalu przeprowadzono 98 zabiegów endoprotezoplastyki o łącznej wartości 1.423,5 tys. zł, z tego tylko 38 (38,8%) dotyczyło pacjentów ujętych na liście oczekujących. O zapotrzebowaniu na wykonanie tych zabiegów świadczy fakt, że na liście oczekujących według stanu na 1 stycznia 2009 r. znajdowało się 30 pacjentów, zaś 58 według stanu na koniec czerwca 2009 r. Nie można zatem zgodzić się z wyjaśnieniami ordynatora oddziału chirurgii urazowo-ortopedycznej który podał, że wyrażał zgodę na przeprowadzanie zabiegów endoprotezoplastyki pacjentom spoza listy oczekujących, gdyż obawiał się, że z powodu braku pacjentów nie będzie w stanie wywiązać

⁶ Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417 ze zm.

się z kontraktu zawartego z NFZ. Zdaniem NIK takie postępowanie stanowiło naruszenie zasad równego dostępu pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej.

3. W toku kontroli NIK stwierdzono przypadki udzielania świadczeń w dniach i godzinach innych niż określone w kontrakcie zawartym z NFZ. Dotyczyło to poradni chirurgii urazowo-ortopedycznej i chirurgii ogólnej. Na przykład poradnia chirurgii urazowo-ortopedycznej w Lubawie w 2008 r. była czynna jeden raz w tygodniu przez trzy godziny, a nie jak określono w załączniku do kontraktu trzy razy w tygodniu łącznie przez dwanaście godzin. Natomiast w I półroczu 2009 r. poradnia chirurgii urazowo-ortopedycznej w Iławie czynna była w poniedziałki i czwartki w godzinach 7.30-15.05 i 7.30-17.00, a nie jak określono w załączniku do kontraktu od 7.30 do 18.00 i od 7.30 do 15.05, zaś poradnia chirurgii ogólnej w Lubawie przyjmowała pacjentów w czwartki, a nie w środy jak określono w załączniku do kontraktu.

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

1. Egzekwowanie obowiązku dokonywania przez Zespół oceny przyjęć, co najmniej raz w miesiącu oceny prawidłowości prowadzenia list oczekujących oraz dokumentowania tych czynności.
2. Przekazywanie do NFZ danych o kolejkach oczekujących i wyliczanie średniego rzeczywistego czasu oczekiwania w sposób odpowiadający zapisom rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r.
3. Podjęcie działań organizacyjnych w celu zapewnienia prawidłowości prowadzenia list oczekujących, w tym ustalania i egzekwowania kolejności przyjęć.
4. Ustalanie dni i godzin pracy poradni specjalistycznych zgodnie z terminami określonymi w załącznikach do kontraktu na świadczenie usług medycznych zawartego przez Szpital z NFZ.

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 działaniach podjętych w celu 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 zawartych w tym wystąpieniu ocen, uwag i wniosków.

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