



**Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Rzeszowie**

Rzeszów, dnia listopada 2009 r.

**Pan
lek. med. Mariusz Kocój
Dyrektor
Wojewódzkiego Szpitala
Podkarpackiego
im. Jana Pawła II
w Krośnie**

LRZ-410-19-02/2009
P/09/093

Na podstawie art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994r. *o Najwyższej Izbie Kontroli* (Dz. U. z 2007r. Nr 231, poz. 1701, ze zm.), zwanej dalej ustawą o NIK, Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Rzeszowie przeprowadziła w Wojewódzkim Szpitalu Podkarpackim im. Jana Pawła II w Krośnie kontrolę dostępności świadczeń opieki zdrowotnej w latach 2006 - I półrocze 2009 r., w specjalnościach: ortopedia, neurologia i urologia.

W związku z kontrolą, której wyniki przedstawione zostały w protokole kontroli podpisanym w dniu 26 października 2009 r., Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 60 ust. 1 ustawy o NIK, przekazuje Panu Dyrektorowi niniejsze

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia realizację przez Szpital zadań objętych kontrolą, pomimo stwierdzonych nieprawidłowości.

W kontroli ustalono, że sytuacja finansowa Szpitala nie była ustabilizowana. Na działalności operacyjnej wygenerowano stratę: w 2006 r. w wysokości 3.883 tys. zł, zaś w 2007 r. – 3.572 tys. zł. Wdrożony program restrukturyzacyjny Szpitala zapewnił w 2008 r. na tej działalności dodatni wynik finansowy w kwocie 800 tys. zł, jednak w I połowie 2009 r. strata wyniosła 1.366 tys. zł.

Najwyższa Izba Kontroli stwierdza, że organizacja wykonywanych procedur, utrzymanie w sprawności aparatury medycznej, liczba zatrudnionych lekarzy specjalistów i średniego personelu medycznego w kontrolowanych Oddziałach i Poradniach nie ograniczały wykonywania przez nie świadczeń, natomiast wpływ na dostępność tych świadczeń miały braki w zapleczu infrastrukturalnym.

W kontroli ustalono, że Szpital nie dysponował salami do wybudzania zoperowanych pacjentów, co powodowało pozostawanie zoperowanego pacjenta na sali operacyjnej do czasu gdy stan jego zdrowia pozwalał na umieszczenie go w sali ogólnej. Według szacunku, dokonanego na potrzeby niniejszej kontroli, zmniejszało to od 5 do 10% możliwość wykorzystania sali operacyjnej wyłącznie do celów zabiegowych. W Oddziale Ortopedii dostępność do wykonywania świadczeń ograniczała zbyt mała liczba łóżek (o ok. 30%) oraz zbyt krótki czas pracy w salach operacyjnych (o ok. 40%). Ponadto – Oddział Neurologii nie został wyposażony w sprzęt do prowadzenia badań wewnątrzczaszkowych, zaś Poradni Neurologicznej nie wyposażono w oftalmoskop do badań dna oka, czym Szpital nie wypełnił wszystkich warunków wynikających z kontraktów zawieranych z NFZ.

Najwyższa Izba Kontroli stwierdza, że Szpital nie prowadził list oczekujących w zakresie wymaganym przepisami art. 20 ust. 2 pkt 3 – 4 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.).

W kontroli ustalono, że obowiązek prowadzenia list oczekujących wprowadzony został Zarządzeniem Dyrektora Szpitala nr 36/09 z dnia 11 lutego 2009 r. Na podstawie analizy prowadzonej dokumentacji, dotyczącej wytypowanych 150 pacjentów, którym udzielone zostały świadczenia w Oddziałach i Poradniach Ortopedii, Urologii i Neurologii, stwierdzono, że w Oddziale Neurologii nie prowadzono zapisów oczekujących na wykonanie świadczenia, a pacjentów przyjmowano w miarę wolnych miejsc. Zapisywanie oczekujących do Oddziałów Ortopedii i Urologii oraz w kontrolowanych Poradniach odbywało się w odrębnie prowadzonych, nie stypizowanych ewidencjach. Ewidencje te w szczególności nie zawierały: daty i godziny wpisu, numeru PESEL i nazwy dokumentu potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy, adresu świadczeniobiorcy, numeru telefonu lub oznaczenia innego sposobu komunikacji ze świadczeniobiorcą (jego opiekunem), rozpoznania lub powodu przyjęcia, daty i przyczyny skreślenia świadczeniobiorcy z listy oczekujących, tj. elementów wymaganych w/w powyżej przepisami art. 20 ustawy *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*. Wpisów do prowadzonych ewidencji dokonywały osoby nie posiadające formalnego upoważnienia do wykonywania tych

czynności. W Poradni Urologicznej wpisu dokonywała jedna osoba, zaś w pozostałych Oddziałach i Poradniach czynności te wykonywały wszystkie osoby tam zatrudnione. Dopiero w trakcie niniejszej kontroli NIK wyznaczono w Oddziałach i Poradniach osoby do prowadzenia list oczekujących, które przeszkolono ze znajomości przepisów regulujących te zagadnienia, jak też rozstrzygnięto przetarg na zakup sprzętu komputerowego, który zostanie wykorzystany do prowadzenia wymaganych list oczekujących.

Ewidencje powyższe stanowiły dokumentację dotyczącą ustalania kolejności udzielenia świadczenia, jednak nie zamieszczano w nich kwalifikacji świadczeniobiorcy do kategorii medycznej *przypadek pilny* lub *przypadek stabilny*. Stanowiło to naruszenie postanowień § 1 i 2 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 świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 200, poz. 1661) w związku z art. 20 ust. 5 cyt. ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz § 8 ust. 1 pkt 6 lit. b 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).

W wytypowanej do kontroli dokumentacji medycznej jednego z pacjentów, która nie zawierała uzasadnienia do zakwalifikowania jako *przypadek pilny*, znajdowało się skierowanie na operację wystawione przez Prywatny Gabinet Ortopedyczny w Krośnie, prowadzony przez lekarza zatrudnionego w Oddziale Ortopedii Szpitalu. Przyjęcia dokonano poza dokumentacją oczekujących.

Najwyższa Izba Kontroli stwierdza, że przedstawione braki w prowadzonych ewidencjach uniemożliwiały kontrolę przestrzegania prawa pacjenta do sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej w kontrolowanym zakresie.

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli – brak udokumentowania faktycznej liczby oczekujących na udzielenie przez Szpital świadczeń zdrowotnych utrudnia ocenę stopnia ich zaspokojenia, a także ogranicza możliwości lokalizowania barier dostępności pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych przez Szpital.

Prowadzone w Oddziale Ortopedii listy oczekujących na wysokospecjalistyczne procedury medyczne spełniały wymagania, określone przepisami art. 20 cyt. ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Analiza

dokumentacji dotyczącej 25 pacjentów Oddziału Ortopedii, objętych takimi procedurami medycznymi (endoprotezy stawu kolanowego oraz biodrowego) wykazała, że 4 pacjentom wykonano zabiegi bez wpisania tych osób do listy oczekujących i bez ustalenia planowanego terminu zabiegu. Przypadki te uzasadniono potrzebą pilnego leczenia.

Najwyższa Izba Kontroli stwierdza, że dopiero w kwietniu 2009 r. w Szpitalu powołano Zespół Oceny Przyjęć, tj. po przeszło 4 latach od wejścia w życie ustawy *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, której art. 21 obligował dyrektorów szpitali do powołania takich zespołów.

W kontroli ustalono, że w Zarządzeniu nr 99/09 Dyrektor Szpitala określił skład osobowy Zespołu, ustalił zakres i częstotliwość wykonywania przez Zespół zadań (m. in.: raz w miesiącu ocena list oczekujących) oraz obowiązek przekazywania Dyrektorowi raportu z oceny. Do nadzoru nad realizacją zarządzenia zobowiązany został Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa. Stwierdzono, że wymagane – przepisami art. 21 ust. 4 ustawy *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* oraz ww. Zarządzenia Dyrektora nr 99/09 – zadania w zakresie comiesięcznej oceny list oczekujących nie były należycie wykonywane. Powołany Zespół przeprowadził – w okresie do sierpnia 2009 r. – kontrole, udokumentowane 7 raportami, które nie zostały sporządzone w wymaganych cyklach miesięcznych. W raportach tych nie podawano ustaleń, wynikających z zakresu zadań określonych w zarządzeniu nr 99/09 w tym: dotyczących nieprowadzenia w Szpitalu list oczekujących wg przepisów art. 20 ust. 2 pkt 3-4 cyt. ustawy *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, a także nie zawierano ocen i wniosków do wykorzystania przez Dyrektora Szpitala. Powyższe było niezgodne z treścią art. 1, art. 4 i art. 5 cyt. ustawy *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*.

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli – nieprowadzenie list oczekujących w zakresie wymaganym przez przepisy art. 20 ustawy *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* powodowało przekazywanie do Podkarpackiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Rzeszowie (Oddziału NFZ) niewiarygodnych danych, zarówno w zakresie liczby osób oczekujących jak i średniego rzeczywistego czasu oczekiwania.

Na podstawie analizy raportów statystycznych przekazanych do Oddziału NFZ za miesiące: czerwiec, lipiec i sierpień 2009 r., oraz w oparciu o prawidłowe wyliczenia, dokonane na podstawie dokumentacji medycznej i ewidencji przyjęć do Szpitala ustalono, że:

- zamieszczona w raportach liczba oczekujących nie pokrywała się ze stanem faktycznym wskutek nieprowadzenia list osób oczekujących w zakresie wymaganym przez art. 20

ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a w ewidencjach prowadzonych w Oddziałach i Poradniach nie ujmowano wszystkich pacjentów;

- podawany średni czas oczekiwania był w rzeczywistości średnim przewidywanym czasem oczekiwania i różnił się od średniego faktycznego czasu oczekiwania, a wielkości podawane do Oddziału NFZ były zaniżane bądź zawyżane w stosunku do stanu faktycznego.

Różnice w tych raportach dotyczyły wszystkich kontrolowanych Oddziałów i Poradni. Największe zawyżenie dotyczyło czasu oczekiwania w Poradni Neurologicznej oraz Poradni Urologicznej o – odpowiednio – 58 dni (lipiec) i 34 dni (sierpień), natomiast największe zaniżenie tego czasu – w Oddziale Ortopedii oraz Oddziale Neurologii, odpowiednio: o 30 dni (czerwiec i sierpień) i 9 dni (sierpień). W raportach, przekazywanych do Oddziału NFZ podawano, że w badanych miesiącach w tych dwu Oddziałach jest zerowy czas oczekiwania. Przy wyliczaniu średniego czasu oczekiwania Szpital nie uwzględniał wzoru, podanego w załączniku nr 7 do cyt. rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych.

Najwyższa Izba Kontroli stwierdza, na podstawie powyższej analizy, że Szpital przekazywał nierzetelne dane w podanym zakresie, czym naruszał postanowienia § 8 ust. 2 w/w rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych.

Przedstawiając powyższe uwagi i oceny Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Rzeszowie, stosownie do art. 60 ust. 2 ustawy o NIK, wnosi o:

1. prowadzenie list oczekujących zgodnie z postanowieniami art. 20 ust. 2 pkt 3 – 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz § 8 ust. 1 cyt. rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych, w sposób zapewniający kontrolę prawa pacjenta do

sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej,

2. podjęcie działań w celu wyegzekwowania od powołanego Zespołu Oceny Przyjęć realizacji zadań, nałożonych art. 21 ust. 1, 4 i 5 ustawy *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*,
3. zapewnienie przekazywania do Podkarpackiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ raportów statystycznych zawierających prawidłowe dane w zakresie liczby oczekujących oraz średniego rzeczywistego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia.

Na podstawie art. 61 ust. 1 ustawy o NIK, w terminie 7 dni od dnia otrzymania niniejszego wystąpienia pokontrolnego, przysługuje Panu Dyrektorowi prawo zgłoszenia do Dyrektora Delegatury Najwyższej Izby Kontroli w Rzeszowie umotywowanych zastrzeżeń w sprawie ocen, uwag i wniosków zawartych w tym wystąpieniu.

W przypadku nieskorzystania z tego prawa, Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Rzeszowie oczekuje od Pana Dyrektora Szpitala, w terminie 14 dni, informacji o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków, bądź o podjętych działaniach na rzecz realizacji wniosków lub przyczynach nie podjęcia takich działań.