



**Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Rzeszowie**

Rzeszów, dnia listopada 2009 r.

**Pan
Leszek Kołacz**

**Dyrektor Szpitala Powiatowego
w Mielcu**

LRZ-410-19-03/2009
P/09/093

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 Rzeszowie przeprowadziła kontrolę w Szpitalu Powiatowym im. Edmunda Biernackiego w Mielcu w zakresie dostępności świadczeń opieki zdrowotnej w latach 2006 – 2009 (I półrocze) w specjalnościach: ortopedia, neurochirurgia i urologia.

W związku z kontrolą, której wyniki przedstawione zostały w protokole kontroli podpisanym w dniu 29 października 2009 r. Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Rzeszowie, stosownie do 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.

Kontrola wykazała, że sytuacja finansowa Szpitala, w okresie objętym kontrolą, uległa poprawie. Strata na działalności operacyjnej zmniejszyła się z 6,4 mln zł w 2006 r. do ok. 2,9 mln zł w 2008 roku.

Najwyższa Izba Kontroli stwierdza, że Szpital posiadał zaplecze, sprzęt i aparaturę medyczną, niezbędne do udzielania świadczeń medycznych w kontrolowanych specjalnościach. Liczba lekarzy specjalistów, w tym anestezjologów była wystarczająca.

Zaistniałe awarie i usterki sprzętu i aparatów do znieczulania ogólnego nie powodowały konieczności zmiany terminów udzielania świadczeń.

Najwyższa Izba Kontroli stwierdza, że prowadzona przez Szpital dokumentacja, w zakresie ustalania kolejności udzielania świadczeń, nie zawierała wszystkich elementów wymaganych 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.) oraz § 8 ust. 1 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 kontroli ustalono, że Szpital wprowadził obowiązek prowadzenia list oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej. Najwcześniej zaprowadzona została lista oczekujących w Oddziale Urazowo - Ortopedycznym (w lutym 2002 r.), a najpóźniej w Oddziale Neurochirurgicznym (w lipcu 2009 r.) – z uwagi na brak pacjentów oczekujących na hospitalizację. Informacje o zasadach wpisywania na listę oczekujących zostały prawidłowo podane do wiadomości pacjentów. Informacje te zostały wywieszane przy sekretariatach kontrolowanych Oddziałów oraz na tablicach ogłoszeń kontrolowanych Poradni specjalistycznych.

Przeprowadzona analiza prowadzonych list oczekujących wykazała, że na listach (w przypadku Oddziału Urologicznego i Neurochirurgicznego oraz Poradni) nie podawano m. in.: numeru kolejnego, godziny wpisu, kwalifikacji do kategorii medycznej (przypadek pilny, przypadek stabilny), numeru telefonu, imienia i nazwiska oraz podpisu osoby dokonującej wpisu, danych dot. daty i przyczyny skreślenia z listy, w niektórych przypadkach - adresu i nr PESEL oraz daty okresowej oceny list oczekujących przez Zespół Oceny Przyjęć. Ponadto, w przypadku kontrolowanych Poradni, na listach oczekujących nie wpisywano rozpoznania lub powodu przyjęcia, a planowane daty realizacji świadczenia nie były wpisywane chronologicznie (przeplatały się). Przyczyną powyższych braków i nieprawidłowości w listach oczekujących było zaniedbanie i brak przeszkolenia osób prowadzących listy.

W maju 2009 r. w kontrolowanych Oddziałach i Poradniach (za wyjątkiem Oddziału Urologicznego) wyznaczone zostały imiennie osoby do prowadzenia list oczekujących na udzielenie świadczeń, natomiast w Oddziale Urologicznym osoba taka została wyznaczona dopiero we wrześniu 2009 r. Przed wyznaczeniem tych osób, prowadzeniem list

w Oddziałach zajmowały się sekretarki medyczne pod nadzorem ordynatorów, a w Poradniach – rejestratorki.

Najwyższa Izba Kontroli stwierdza, że w przypadku Oddziału Neurochirurgicznego i Urologicznego oraz kontrolowanych Poradni, w dokumentacji dot. ustalania kolejności udzielania świadczeń, nie odnotowywano kwalifikacji świadczeniobiorcy do kategorii medycznej: *przypadek pilny* lub *przypadek stabilny*.

Na podstawie analizy dokumentacji dot. 150 pacjentów z list oczekujących, którym udzielono świadczeń ustalono, że w przypadku 125 pacjentów nie odnotowano kwalifikacji do kategorii medycznej. Stanowiło to naruszenie wymogów 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 w/w ustawy *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* oraz § 8 ust. 1 pkt 6 lit. b 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*.

Najwyższa Izba Kontroli stwierdza, że Szpital – korygując wcześniej ustalone terminy udzielenia świadczeń – w dokumentacji dotyczącej ustalania kolejności, nie zawsze podawał przyczynę tej zmiany.

W kontroli ustalono, że – na 28 stwierdzonych przypadkach zmiany terminu udzielenia świadczenia – w 14 przypadkach (50%) w dokumentacji dot. ustalania kolejności udzielania świadczeń nie podano przyczyny zmiany terminu. Stanowiło to naruszenie § 8 ust. 1 pkt 6 lit. c 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*. Brak odnotowania przyczyny zmiany terminu wynikał z zaniedbań osób prowadzących listy.

Najwyższa Izba Kontroli stwierdza, że ustalanie kolejności udzielenia świadczeń, w przypadku kategorii *przypadek stabilny*, nie zawsze następowało na podstawie kolejności zgłoszeń.

W kontroli ustalono – na podstawie analizy dokumentacji dot. 137 pacjentów wpisanych na listy oczekujących w kontrolowanych Poradniach, że w 33 przypadkach (24%)

kolejne wpisy na listę oczekujących ustalały planowany termin udzielenia świadczenia wcześniejszy od wpisu poprzedzającego, czym naruszono przepisy art. 20 ust. 1 i ust. 2 pkt 1 w/w ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Przyczyną powyższego było przede wszystkim wpisywanie pacjentów do konkretnego lekarza udzielającego świadczeń w danym terminie.

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli – przedstawiony sposób prowadzenia list uniemożliwia kontrolę prawa pacjenta do sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej.

Najwyższa Izba Kontroli stwierdza, że w kontrolowanych Oddziałach zrealizowano świadczenia w stosunku do 22 pacjentów, pomimo braku wpisu ich na listę oczekujących.

W kontroli ustalono, że udzielono świadczeń osobom spoza list oczekujących, co dotyczyło 13 przypadków nagłych, 3 przypadków zakwalifikowanych do kategorii *pilne* oraz 6 przypadków zrealizowanych w Oddziale Neurochirurgicznym przed rozpoczęciem prowadzenia listy oczekujących. Ustalono, że dokumentacja medyczna pacjentów, którym udzielono świadczeń w kategorii *przypadek pilny* (5 przypadków) zawierała uzasadnienie kwalifikacji lub przekwalifikowania do kategorii medycznej *przypadek pilny*.

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli – udzielenie powyższych świadczeń było prawidłowe.

Najwyższa Izba Kontroli stwierdza, że Dyrektor Szpitala – zgodnie z art. 21 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - powołał w grudniu 2004 r. Zespół Oceny Przyjęć i określił tryb pracy tego Zespołu.

W kontroli ustalono, że Dyrektor Szpitala nie wyegzekwował jednak prawidłowej realizacji zadań Zespołu. Posiedzenia Zespołu odbywały się nieregularnie, a raporty z oceny list oczekujących na udzielenie świadczenia nie zawierały oceny list pod względem: prawidłowości prowadzenia dokumentacji, czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia, zasadności i przyczyn zmian terminów udzielenia świadczeń. Stanowiło to naruszenie art. 21 ust. 1 i 4 w/w ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Najwyższa Izba Kontroli negatywnie ocenia pracę Zespołu Oceny Przyjęć w zakresie oceny list oczekujących. Potwierdzeniem tej oceny są liczne nieprawidłowości stwierdzone w listach oczekujących oraz brak jakiegokolwiek wzmianki o tych nieprawidłowościach w raportach Zespołu z oceny list.

Najwyższa Izba Kontroli stwierdza, że nierzetelne były dane statystyczne, przekazywane przez Szpital do Podkarpackiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Rzeszowie

(Oddziału NFZ) w zakresie liczby oczekujących – według stanu na ostatni dzień miesiąca – oraz średniego rzeczywistego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia.

Na podstawie analizy 25 raportów statystycznych dot. kontrolowanych Oddziałów i Poradni, przekazanych do Oddziału NFZ za miesiąc maj, czerwiec i lipiec 2009 r. ustalono, że:

- w 16 przypadkach (64%) liczba oczekujących na udzielenie świadczenia, podana w raporcie nie odpowiadała rzeczywistości, w tym:
 - w 9 przypadkach liczba ta była niższa, a zaniżenie wynosiło od 36 do 324 osób,
 - w 7 przypadkach liczba ta była wyższa od faktycznej, a zawyżenie wynosiło od 7 do 43 osób,
- w 13 przypadkach (52%) średni czas oczekiwania na świadczenie, podany w raporcie, nie odpowiadał rzeczywistemu, w tym:
 - w 9 przypadkach był wyższy od faktycznego od 12 do 235 dni,
 - w 4 przypadkach był niższy od faktycznego, a zaniżenie wynosiło od 3 do 69 dni.

Ponadto – w raporcie do Oddziału NFZ za miesiąc czerwiec 2009 r. podano, że średni rzeczywisty czas oczekiwania na udzielenie świadczenia w Oddziale Urazowo – Ortopedycznym w kategorii *przypadek pilny* wyniósł 235 dni w sytuacji, gdy w miesiącu czerwcu w ogóle nie udzielano świadczeń w kategorii *przypadek pilny*.

Najwyższa Izba Kontroli negatywnie ocenia przekazanie do Oddziału NFZ danych statystycznych niezgodnych ze stanem faktycznym.

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

- prowadzenie list oczekujących zgodnie z postanowieniami art. 20 ust. 2 pkt 3 – 4 w/w 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,
- podjęcie działań w celu wyegzekwowania od powołanego Zespołu Oceny Przyjęć realizacji zadań, nałożonych art. 21 ust. ust. 1, 4 i 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- zapewnienie przekazywania do Podkarpackiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ raportów statystycznych zawierających prawidłowe dane w zakresie liczby oczekujących oraz średniego rzeczywistego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia.

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

Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Rzeszowie oczekuje od Pana Dyrektora w terminie 14 dni od dnia otrzymania niniejszego wystąpienia, informacji o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków, bądź o podjętych działaniach na rzecz realizacji wniosków lub przyczynach niepodjęcia takich działań. W razie zgłoszenia zastrzeżeń, termin nadesłania informacji, o której mowa wyżej, liczy się od dnia otrzymania ostatecznej uchwały.