



**Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura we Wrocławiu**

Wrocław, dnia 11 grudnia 2009 r.

***Pani
Krystyna BARCIK
Dyrektor Wojewódzkiego
Szpitala Specjalistycznego
w Legnicy***

LWR-410-34-03/2009
P/09/093

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

Na podstawie art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli¹, zwanej dalej „ustawą o NIK”, Najwyższa Izba Kontroli Delegatura we Wrocławiu skontrolowała Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy, zwanego dalej „Szpitalem”, w zakresie dostępności pacjentów do wybranych świadczeń opieki zdrowotnej w latach 2006-2009 (I półrocze) na oddziałach: chirurgii urazowo-ortopedycznej, urologicznym, neurochirurgicznym.

W związku z kontrolą, której wyniki przedstawione zostały w protokole kontroli podpisanym bez zastrzeżeń, Najwyższa Izba Kontroli - na podstawie art. 60 ustawy o NIK - przekazuje Pani Dyrektor niniejsze wystąpienie pokontrolne.

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie z uchybieniami ocenia działania Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Legnicy w zakresie dostępności pacjentów do wybranych świadczeń lekarskich w latach 2006-2009 (I półrocze).

1. Przychody netto Szpitala z tytułu udzielonych świadczeń zdrowotnych zamknęły się w 2006 r. kwotą 57.370,8 tys. zł, w 2007 r. 66.790,9 tys. zł, w 2008 r. 81.114,9 tys. zł, a w I półroczu 2009 r. 54.540,4 tys. zł. W badanym okresie wzrastała również wartość podpisanych kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia. I tak w 2006 r. wartość kontraktu z kwoty 55.469,7 tys. zł (zrealizowano 98,8%) wzrosła do 64.584,4 tys. zł (zrealizowano

¹ Dz. U. z 2007 r. nr 231, poz. 1701

98,6%) w 2007 r. oraz do 81.844,9 tys. zł (zrealizowano 94,5%) w 2008 r. W I półroczu 2009 r. wartość kontraktu wynosiła 52.704,9 tys. zł (zrealizowano 99,4%).

Na skontrolowanych oddziałach liczba udzielanych świadczeń zdrowotnych była zróżnicowana. I tak, na Oddziale Urazowo-Ortopedycznym liczba świadczeń utrzymywała się na stałym poziomie: w 2006 r. udzielono 1.528 świadczeń, w 2007 r. 1.512, w 2008 r. 1504, a w I półroczu 2009 r. 896 świadczeń. Na Oddziale Neurochirurgicznym liczba świadczeń spadała, odpowiednio z 446 w 2006 r. poprzez 395 w 2007 r. do 192 w 2008 r. i 266 świadczeń w I półroczu 2009 r. Natomiast na Oddziale Urologicznym liczba wykonywanych świadczeń wzrosła od 608 w 2006 r. do 1.450 w 2008 r. W skontrolowanych poradniach specjalistycznych liczba zrealizowanych świadczeń spadała. Np. w Poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej liczba udzielonych świadczeń spadła z 9.501 w 2006 r. do 7.928 w 2008 r. W Poradni Neurochirurgicznej w 2006 r. wykonano 1.150 świadczeń, a w 2008 r. – 835, zaś w Poradni Urologicznej odpowiednio: 5.451 i 4.920 świadczeń.

2. Szpital posiadał podstawową aparaturę i sprzęt medyczny niezbędny do obsługi oddziałów i poradni objętych badaniami kontrolnymi. Liczba aparatów do cystoskopii wzrosła z 6 w 2006 r. do 8 w 2009 r., posiadano 2 aparaty do elektroresekcji, 1 urządzenie do wewnątrzustrojowego kruszenia kamieni, 2 urządzenia Rtg z ramieniem „C” i możliwość korzystania z tomografu komputerowego². W badanym okresie tylko awaria urządzenia do wewnątrzustrojowego kruszenia kamieni (od 30.03.2009 r. do 17.04.2009 r.) spowodowała, że zaszła konieczność zmiany terminów zabiegów. Pozostały sprzęt, w tym 14 aparatów do znieczulania, umożliwiał wykonywanie świadczeń, gdyż ich liczba była wystarczająca i ewentualne awarie nie skutkowały przesunięciem terminu zabiegów.

Szpital dysponował 9 salami operacyjnymi wyposażonymi w sprzęt i aparaturę medyczną, spełniającymi wymogi określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10.11.2006 r. w sprawie wymagań, jakim winny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakłady opieki zdrowotnej³. Dostęp do sal operacyjnych możliwy był przez całą dobę, a liczba anestezjologów i pielęgniarek anestezjologicznych zapewniała możliwość prowadzenia zabiegów na każdej sali operacyjnej. W strukturze bloku

² Szpital korzysta z tomografu komputerowego znajdującego się w pomieszczeniach Szpitala będącego własnością Międzynarodowego Centrum Medycznego Polska Sp. z o.o. w Warszawie - Umowa nr 90/A/2005 z 30.09.2005r. wraz z aneksami do umowy nr 1-7

³(Dz. U. z 2006r. Nr 213 poz.1568 ze zm.)

operacyjnego znajdowała się sala wybudzeń z 8 stanowiskami wyposażonych w wymagany sprzęt, co umożliwiało wykorzystanie w pełni sal operacyjnych.

W badanych latach, tylko w okresie od 1 lutego do 31 lipca 2008 r. została zawieszona działalność Oddziału Neurochirurgicznego, a od lutego do końca marca 2008 r. działalność Poradni Neurochirurgicznej, w związku ze sporem płacowym lekarzy neurochirurgów ze Szpitalem. W okresach tych ciągłość udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom Szpitala, na mocy porozumienia, zabezpieczył Akademicki Szpital Kliniczny we Wrocławiu. W innych oddziałach i poradniach Szpitala nie wystąpiły ograniczenia w wykonywaniu świadczeń.

Udzielanie specjalistycznych świadczeń ambulatoryjnych w poradniach odbywało się zgodnie z harmonogramem pracy ustalonym w Szpitalu. Harmonogram ten spełniał wymogi określone w §12 pkt. 4 zarządzenia Nr 80/2008/DOZ Prezesa NFZ z dnia 14.10.2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

3. W badanym okresie Urząd Marszałkowski Województwa Dolnośląskiego (organ tworzący) przeprowadził w Szpitalu jedną kontrolę (w kwietniu 2009 r.), którą objęto zagadnienia związane, m.in. z prowadzeniem list kolejkowych oraz funkcjonowaniem zespołu oceny przyjęć, gospodarowaniem sprzętem i aparaturą medyczną. W związku ze stwierdzonymi uchybieniami, w zaleceniach pokontrolnych polecono, m.in.: prowadzenie listy oczekujących we wszystkich komórkach organizacyjnych Szpitala z zastosowaniem przepisów art.20 ustawy z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej ze środków publicznych⁴, przyjmowanie sprzętu i aparatury medycznej otrzymanej w wyniku darowizn ze świadectwami dopuszczenia do stosowania oraz uzupełnienie dokumentacji technicznej sprzętu i urządzeń medycznych o numery inwentarzowe. Do dnia zakończenia kontroli NIK kontynuowano uzupełnianie dokumentacji technicznej sprzętu, a pozostałe zalecenia wykonano.

Dolnośląski Oddział NFZ (DOW NFZ) w badanym okresie przeprowadził w Szpitalu 11 kontroli. W zakresie prawidłowości prowadzenia list oczekujących, działalności zespołu oceny przyjęć, poprawności sporządzania dokumentacji sprawozdawczej przekazywanej do NFZ, jedną kontrolę przeprowadzono w maju 2009 r. Stwierdzone uchybienia dotyczyły sporządzania list oczekujących za październik 2008 r., które w trakcie kontroli skorygowano. W przypadku dwóch pacjentów wniesiono zastrzeżenia, co do zasadności zakwalifikowania

⁴ Dz.U. z 2008r. Nr 164, poz. 1027

ich do kategorii „przypadek pilny”. W zaleceniach pokontrolnych DOW NFZ polecił rzetelnie prowadzić sprawozdawczość zbiorczych raportów list oczekujących przekazywanych do NFZ.

4. Zarządzeniami wewnętrznymi Dyrektora Szpitala zostały uregulowane kwestie prowadzenia list oczekujących na świadczenia zdrowotne oraz powoływania zespołu oceny przyjęć. Stwierdzono nieprawidłowości polegające na tym, że w zarządzeniu Nr 102/2004 z dnia 31.11.2004 r. nie wprowadzono obowiązku wpisywania adresu świadczeniobiorcy, co wymagane było postanowieniami art. 20 ust.2 pkt.3 lit.f ustawy z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach, a także nie określono trybu pracy zespołu (art. 21 ust.3 powołanej ustawy). Ponadto w okresie od 1 stycznia 2006 r. do 30 kwietnia 2009 r. w skład zespołu oceny przyjęć wchodził tylko 1 lekarz, co nie spełniało warunków określonych w art.21 ust.2 powołanej ustawy, w którym wskazano, że w skład zespołu winien wchodzić lekarz specjalista w specjalności zabiegowej i lekarz specjalista w specjalności niezabiegowej. Zespół oceny przyjęć, zgodnie z zasadami określonymi w ustawie o świadczeniach, powołano dopiero Zarządzeniem Nr 145 z dnia 24.04.2009 r., a tryb jego pracy określono w Zarządzeniu Nr 264 z 18.08.2009 r.

W badanym okresie we wszystkich protokołach z posiedzeń zespołu oceny przyjęć, zespół nie stwierdził nieprawidłowości w prowadzonej dokumentacji. Nie wskazano jednak ile i które listy oczekujących na przyjęcie skontrolowano. Z protokołów nie wynikało również, czy zespół przeprowadził ocenę list oczekujących na udzielenie świadczenia pod względem zasadności i przyczyn zmiany terminów udzielania świadczeń. Oceny pod względem czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia do poradni specjalistycznych dokonano tylko w protokołach z 10.10.2008 r. i z 12.11.2008 r. Zespół natomiast rozpatrywał wnioski o przyspieszenie zabiegów. Obowiązek ten jednak nie wynikał z zarządzeń Dyrektora Szpitala dotyczący powoływania i zadań zespołu oceny przyjęć, jak również z art.21 ust.4 ustawy o świadczeniach. Protokoły z posiedzeń zespołu za lata 2006 – 2008 i za miesiące: styczeń, luty, marzec, kwiecień, maj 2009 r. nie zawierały potwierdzenia ich przedłożenia Dyrektorowi Szpitala. W protokole z dnia 9.06.2009 r. zespół przyjęć stwierdził, że nie został rozwiązany problem terminowego prowadzenia list oczekujących oraz dezaktualizacji kolejki oczekujących na udzielenie świadczeń w niektórych komórkach organizacyjnych. Brak było w niektórych przypadkach (na 3 oddziałach szpitalnych) bieżącego wprowadzania do systemu informatycznego danych dotyczących daty udzielenia świadczenia lub usunięcia pacjenta z listy oczekujących.

5. Podstawowym kryterium korygującym wcześniej ustalone terminy wykonania świadczenia, był przydział dodatkowych środków finansowych z NFZ, co pozwalało na wcześniejsze wykonanie zabiegów w stosunku do zaplanowanych na listach oczekujących. Przesunięć między terminami świadczeń w Szpitalu dokonywano także na wnioski ordynatorów, jak i pacjentów wnoszący o przesunięcie terminu świadczenia. Rezygnacja pacjenta względnie skreślenie go z listy w związku z nie zgłoszeniem się do zabiegu powodowało, że powiadamiany był kolejny pacjent według daty najwcześniejszego planowanego zabiegu. Pacjentów na listę oczekujących wprowadzono każdego dnia (od poniedziałku do piątku) pracy Szpitala. Według Regulaminu Porządkowego Szpitala rejestracja mogła odbywać się osobiście, za pośrednictwem innej osoby lub telefonicznie, podstawową jednak formą wpisu były zgłoszenia osobiste. Szpital w każdym przypadku kwalifikował świadczeniobiorcę do kategorii „przypadek pilny” lub „przypadek stabilny”. Prowadzona dokumentacja w zakresie ustalania kolejności udzielania świadczeń zawierała elementy wskazane w art. 20 ust 2 pkt 3-4 ustawy o świadczeniach.

W badanym okresie kolejność udzielania świadczeń w zakresie kategorii – przypadek stabilny – nie wynikała z kolejności zgłoszeń świadczeniobiorców, do czego zobowiązywał art.20.1. ustawy o świadczeniach. Termin ustalenia świadczenia w głównej mierze wiązał się z kryteriami medycznymi, tj. stanem zdrowia pacjenta oraz możliwością zgłoszenia się pacjenta w ustalonym terminie. Nie stwierdzono przypadków zrealizowania świadczenia bez wpisu w kolejkę oczekujących. W zbadanej próbie 26 pacjentów z udziałem Zastępcy dyrektora ds. Lecznictwa Szpitala stwierdzono, że dokumentacja medyczna w odniesieniu do 17 pacjentów uzasadniała zakwalifikowanie ich do „przypadków pilnych”, a dokumentacja 9 pacjentów zawierała uzasadnienie medyczne do przekwalifikowania ich z kategorii „przypadek stabilny” do kategorii „przypadek pilny”.

Szpital prowadził listy oczekujących na świadczenia w formie elektronicznej w systemie INFOMEDICA, który zawierał dane wynikające z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców⁵. Dane do systemu wprowadzane były z dokumentacji pisemnej prowadzonej na oddziałach i w poradniach. Dyrektor Szpitala nie wydał zarządzenia w sprawie wprowadzeniu systemu INFOMEDICA do systemu informatycznego Szpitala.

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

⁵ (Dz.U. z 2008r. Nr 123, poz. 801).

1. Analizowanie przez zespół oceny przyjęć list oczekujących na udzielenie świadczenia wg zasad wynikających z art.21 ust 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.), m.in. poprzez wskazanie, które listy oczekujących na przyjęcie skontrolowano, co umożliwi ocenę czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia i przyczyny zmiany terminów udzielania świadczeń.
2. Podjęcie działań w zakresie terminowego wprowadzania do systemu elektronicznego INFOMEDICA danych z rejestrów prowadzonych w formie pisemnej na oddziałach i poradniach, w celu rzetelnego prowadzenia sprawozdawczości dotyczącej zbiorczych raportów list oczekujących przekazywanych do DOW NFZ.
3. Zalegalizowanie systemu informatycznego INFOMEDICA poprzez wydanie zarządzenia wewnętrznego o wprowadzeniu go do stosowania w Szpitalu.
4. Kontynuowanie uzupełnień dokumentacji technicznej sprzętu i urządzeń medycznych o numery inwentarzowe.

Najwyższa Izba Kontroli Delegatura we Wrocławiu, na podstawie art. 62 ust. 1 ustawy o NIK, oczekuje przedstawienia przez Panią Dyrektor w terminie jednego miesiąca od daty otrzymania niniejszego wystąpienia pokontrolnego, informacji o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków bądź o działaniach podjętych w celu realizacji wniosków lub przyczyn niepodjęcia takich działań.

Zgodnie z treścią art. 61 ust. 1 ustawy o NIK, w terminie 7 dni od daty otrzymania niniejszego wystąpienia pokontrolnego przysługuje Pani Dyrektor prawo zgłoszenia na piśmie do dyrektora NIK Delegatury we Wrocławiu 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, termin nadesłania informacji, o którym wyżej mowa wyżej, liczy się od dnia otrzymania ostatecznej uchwały właściwej komisji NIK.