

NIK kontroluje dostępność wybranych świadczeń opieki zdrowotnej.

Kategoria: Polityka Zdrowotna

Opublikowano: środa, 12, styczeń 2011 00:00

Odsłony: 3845

Ukazał się raport NIK z kontroli, której celem było zidentyfikowanie barier utrudniających dostęp pacjentów do wybranych specjalistycznych świadczeń opieki zdrowotnej, a także ocena prawidłowości prowadzenia list pacjentów oczekujących na ich uzyskanie, które powinny zapewniać równy dostęp do tych świadczeń.

Kontrola została podjęta z inicjatywy własnej NIK, na skutek sygnałów medialnych świadczących o trudnościach w uzyskaniu dostępu do świadczeń zdrowotnych na podstawie przejrzystych i obiektywnych procedur oraz ustaleń poprzednich kontroli. Tematyka kontroli, obejmująca lata 2006-2009 (I półrocze), dotyczyła m. in. ustalenia przyczyn ograniczenia dostępności do świadczeń medycznych, przestrzegania procedur tworzenia i funkcjonowania list pacjentów oczekujących, respektowania kolejności udzielania świadczeń oraz poprawności przekazywania do NFZ danych w zakresie liczby pacjentów i czasu oczekiwania.

Postępowanie kontrolne przeprowadzono w 46 szpitalach udzielających świadczeń w zakresie ortopedii, neurochirurgii i urologii. Badaniami objęto 129 oddziałów szpitalnych i 130 poradni.

Podsumowanie wyników kontroli (wybrane fragmenty).

Najwyższa Izba Kontroli negatywnie ocenia niezachowywanie przez kontrolowane szpitale przejrzystej, opartej na kryteriach medycznych, procedury dostępu do świadczeń zdrowotnych w badanym zakresie tj. ortopedii, neurochirurgii i urologii. Dostęp do tych świadczeń utrudniały istniejące bariery w postaci m.in. zbyt małych, w stosunku do zapotrzebowania, limitów świadczeń, braku środków na modernizację, niemożności pozyskania brakującego personelu medycznego, a trudności te pogłębiały dodatkowo, zawinione przez kierownictwo większości kontrolowanych placówek, zaniedbania i nieprawidłowości związane z prowadzeniem list pacjentów oczekujących.

W sytuacji ograniczonej dostępności do tych świadczeń, listy osób oczekujących były, w większości skontrolowanych szpitali, prowadzone z naruszeniem przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Kierownictwo tych placówek nie zapewniło rzetelnej realizacji obowiązków ustawowych. Listy nie spełniały więc swojego zadania w zarządzaniu procesem udzielania świadczeń w szpitalu, nie stanowiły wiarygodnego źródła informacji dla pacjentów i płatnika (tj. Narodowego Funduszu Zdrowia) oraz nie zapobiegały możliwości wystąpienia korupcji. W efekcie świadczenia zdrowotne były, w wielu przypadkach, udzielane z naruszeniem obiektywnej, opartej na kryteriach medycznych, procedury ustalającej kolejność dostępu do tych świadczeń. Stwierdzono, że w kontrolowanych szpitalach dostępność do świadczeń zdrowotnych była limitowana wieloma czynnikami.

Należały do nich:

- ograniczenia finansowe, wynikające z wartości kontraktów zawartych przez NFZ z kontrolowanymi szpitalami, przy braku możliwości pozyskiwania innych płatników (poza NFZ) za udzielone świadczenia,
- niedostatek personelu medycznego (lekarzy specjalistów, pielęgniarek) stwierdzony w 13% kontrolowanych szpitali,
- awarie sprzętu, w 15% badanych jednostek, powodujące konieczność przesuwania w czasie planowych zabiegów,

- utrudniony dostęp do sal operacyjnych i niewystarczająca ilość sal wybudzeniowych, posiadał je co trzeci szpital,
- strajki w służbie zdrowia obejmujące, w latach 2006-2009, 15% skontrolowanych szpitali i wpływające negatywnie na ciągłość udzielania świadczeń.

Skutkiem nierównowagi między potrzebami zdrowotnymi populacji ubezpieczonych a możliwościami ich zaspokojenia były kolejki oczekujących na udzielenie świadczeń zdrowotnych. Najlicniejsza grupa pacjentów oczekiwała na świadczenia z zakresu ortopedii (w Szpitalu Klinicznym Nr 4 w Lublinie oczekiwało 2758 osób), przy czym czas oczekiwania na te świadczenia był również najdłuższy (w Szpitalu w Kościerzynie na endoprotezoplastykę pacjenci czekali średnio 1824 dni).

W sytuacji ograniczonych możliwości udzielenia na bieżąco odpowiednich świadczeń zdrowotnych, wprowadzono regulacje prawne zobowiązujące świadczeniodawców do prowadzenia list oczekujących w taki sposób, aby zapewnić równy oraz zgodny z kryteriami medycznymi⁸ dostęp do tych świadczeń. Ustalenia kontroli wskazują, że w większości skontrolowanych szpitali wymogi te nie były spełniane.

Powszechnie było prowadzenie list pacjentów oczekujących na świadczenia z naruszeniem art. 20 ustawy o świadczeniach:

- kolejność ich udzielania nie zawsze była ustalana na podstawie kolejności zgłoszeń pacjentów (w ponad 40% szpitali), co naruszało art. 20 ust. 1 w.w. ustawy,
- nie wyznaczono osób odpowiedzialnych za prowadzenie list oczekujących (9% oddziałów i ponad 11% poradni), chociaż taki obowiązek wynikał z art. 20 ust. 6 w.w. ustawy,
- dokumentacja w zakresie ustalania kolejności udzielania świadczeń zawierała liczne braki (90% szpitali) i nie spełniała wymogów określonych w art. 20 ust. 2 w.w. ustawy.

W 17 % oddziałów i 25% poradni pacjenci nie byli kwalifikowani do kategorii medycznej „przypadek stabilny” lub „przypadek pilny”, co stanowiło naruszenie § 2 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Nadto informacje o trybie (zasadach) wpisywania na listy oczekujących nie były podane do publicznej wiadomości (w ponad 40% szpitali), mimo że taki obowiązek wynikał z § 11 ust. 4 pkt 9 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej¹⁰, a wcześniej - z § 10 ust. 4 pkt 8 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w tej samej sprawie.

W 13 szpitalach (28% kontrolowanych) ograniczono równy i przejrzysty dostęp do świadczeń będących przedmiotem kontroli NIK, udzielając ich z naruszeniem warunków umownych (w tym w mniejszym wymiarze czasowym niż wymagany). Ponadto w 9 szpitalach udzielano świadczeń pacjentom, którzy nie figurowali na listach oczekujących. (str. 36 - 38, 31 - 32).

W 60% szpitali comiesięczne raporty statystyczne¹³ zawierały nieprawdziwe dane o liczbie pacjentów oczekujących i czasie oczekiwania. Był to skutek nierzetelnego prowadzenia list oczekujących, bowiem pominięcie w nich istotnych elementów (np. daty skreślenia pacjenta, przyczyny skreślenia, czy daty wpisu na listę) uniemożliwiało sporządzenie prawidłowych raportów. Kolejnymi przyczynami

przekazywania nieprawdziwych danych było:

- obliczanie średnich czasów oczekiwania niezgodnie ze wzorem określonym przez Ministra Zdrowia,
- inne błędy popełniane przez sporządzających dokumenty.

Stwierdzono także, iż raporty były przekazywane z opóźnieniem bądź nawet nieregularnie.

Zakres i skala tych nieprawidłowości powodowała, że pacjenci zainteresowani uzyskaniem określonego świadczenia, byli pozbawieni właściwej informacji o czasie oczekiwania i liczbie oczekujących, a dane prezentowane na stronach internetowych NFZ były w części nieprzydatne.

Uwagi końcowe i wnioski

Jak wynika z uzasadnienia do projektu ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w celu zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiącego realizację określonego w art. 68 ust. 1 Konstytucji RP prawa do ochrony zdrowia, przewidziano ustawowe uregulowania dostępu do świadczeń planowych, polegające na prowadzeniu przez świadczeniodawców list osób oczekujących na świadczenia z zapewnieniem pełnej, jawnej informacji o możliwości udzielenia świadczenia i czasie oczekiwania, a także o możliwości skorzystania ze świadczenia zdrowotnego u innego świadczeniodawcy.

Z ustaleń kontroli wynika, że powyższy cel tej regulacji nie został osiągnięty.

Należy podkreślić, że podczas prac legislacyjnych nad projektem ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, obowiązek zbierania, przetwarzania informacji przez NFZ oraz informowania zainteresowanych w zakresie list pacjentów oczekujących został rozszerzony, z inicjatywy NIK, na podmioty udzielające świadczeń medycznych w zakresie leczenia stacjonarnego, bowiem pierwotny projekt przewidywał takie zadania jedynie w odniesieniu do leczenia ambulatoryjnego.

Skala i zakres nieprawidłowości stwierdzonych na każdym etapie procesu tworzenia i prowadzenia list powodowała, że jakość i wiarygodność tych list była niska, a możliwości wykorzystywania systemu list oczekujących do przeciwdziałania mechanizmom korupcji były bardzo ograniczone. Jako przyczyny takiego stanu można wymienić brak zainteresowania w rzetelnym prowadzeniu list przez część pracowników oddziałów i poradni szpitalnych, traktujących związane z tym obowiązki w sposób formalny (obowiązki związane z prowadzeniem list oczekujących stanowią dodatkowe obciążenie dla personelu medycznego), różny stopień zaawansowania informatyzacji poszczególnych komórek szpitala i prowadzenie list w formie elektronicznej lub papierowej, błędy popełniane przez pracowników oraz niewłaściwe ich przygotowanie. W tej sytuacji wprowadzone procedury sprowadzają się jedynie do pozornych, a nie faktycznych i skutecznych działań antykorupcyjnych. Brak wiarygodnego narzędzia monitorowania czasu oczekiwania i liczby osób oczekujących na deficytowe świadczenia zdrowotne uniemożliwia również interpretację danych o zaspokojeniu potrzeb w tym zakresie, a tym samym utrudnia Ministrowi Zdrowia prowadzenie polityki zdrowotnej.

W związku z powyższym NIK formułuje pod adresem Ministra Zdrowia wnioski o przeanalizowanie dotychczasowych rozwiązań organizacyjnych i regulacji prawnych odnoszących się do list osób

NIK kontroluje dostępność wybranych świadczeń opieki zdrowotnej.

Kategoria: Polityka Zdrowotna

Opublikowano: środa, 12, styczeń 2011 00:00

Odsłony: 3845

oczekujących oraz przygotowanie rozwiązań mających na celu wzmocnienie nadzoru nad ich prowadzeniem.

Źródło: www.nik.gov.pl