



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Departament Zdrowia

KZD-4101-04-03/2013
P/13/131

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P13/131 – Dostępność i finansowanie rehabilitacji leczniczej
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Departament Zdrowia
Kontroler	Rafał Zyzik, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 87369 z 12 września 2013 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2)
Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Uniwersytecki w Krakowie, ul. M. Kopernika 36, 31-501 Kraków (dalej: „Szpital”).
Kierownik jednostki kontrolowanej	Andrzej Kulig, Dyrektor (dowód: akta kontroli str. 3-4)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie¹ działalność kontrolowanej jednostki w badanym zakresie w latach 2011 – 2013 (do 30 września).

Uzasadnienie oceny ogólnej

Powyższą ocenę uzasadnia w szczególności to, że:

- zasoby będące w dyspozycji Szpitala, służące wykonywaniu świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie objętym kontrolą, były, pod względem rodzaju i wielkości pomieszczeń, wyposażenia w sprzęt oraz dostępności i kwalifikacji personelu, zgodne z ofertą Szpitala złożoną na lata 2011 – 2014;
- dane gromadzone przez Szpital na liście osób oczekujących na udzielenie świadczenia oraz sposób prowadzenia tej listy były zgodne z wymogami ustawowymi, przewidzianymi w art. 20 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych² (dalej: ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej);
- raporty statystyczne, wraz z rachunkami, były terminowo przekazywane do NFZ;
- Szpital zapewnił pacjentom od 1 stycznia 2013 r. możliwość umawiania się drogą elektroniczną na wizyty, stosownie do postanowień art. 23a ust 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

¹ Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna. Jeżeli sformułowanie oceny ogólnej według proponowanej skali byłoby nadmiernie utrudnione, albo taka ocena nie dawałaby prawdziwego obrazu funkcjonowania kontrolowanej jednostki w zakresie objętym kontrolą, stosuje się ocenę opisową, bądź uzupełnia ocenę ogólną o dodatkowe objaśnienie.

² Dz. U z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Prawdliwość wykonania umów zawartych z NFZ.

Opis stanu
faktycznego

1.1. Szpital udzielał świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej w następujących zakresach: lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna, fizjoterapia ambulatoryjna oraz rehabilitacja ogólnoustrojowa w oddziale dziennym.

(dowód: akta kontroli str. 10, 20-21, 88, 264)

Szpital w dniu 11 października 2010 r. złożył ofertę w Małopolskim Oddziale Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie (dalej: „MOW NFZ”) na udzielanie świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza w ww. zakresach.

Przedstawione w ofercie warunki realizacji świadczeń odnośnie warunków lokalowych, wymagań dotyczących personelu, czasu pracy, wyposażenia gabinetów oraz zakresu wykonywanych zabiegów spełniały wymagania określone w załączniku nr 3 do zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 53/2010/DSOZ z dnia 2 września 2010 r.

(dowód: akta kontroli str. 101-258)

Szpital w dniu 4 lutego 2011 r. zawarł z MOW NFZ umowę nr 061/100014/REH/2011 o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza na łączną kwotę 1.309.983,00 zł. W umowie określono zakres, organizację, warunki finansowania świadczeń, jak również zawarto zapisy dotyczące kar umownych, nakładanych w przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy. Umowa została zawarta na okres od 1 stycznia 2011 r. do 31 grudnia 2014 r.

(dowód: akta kontroli str. 259-281)

W 2011 r. była ona pięciokrotnie aneksowana, w 2012 r. zawarto cztery aneksy, a w 2013 r. trzy, dotyczące aktualizacji zawartej umowy w zakresie podstaw prawnych, zasobów oraz kwot maksymalnego zobowiązania MOW NFZ wobec świadczeniodawcy. Wartość umowy w 2012 r. wyniosła 1.435.864,45 zł³, a w 2013 r. – 1.463.818,25 zł⁴.

Ponadto 22 lutego 2013 r. pomiędzy MOW NFZ a Szpitalem została podpisana ugoda dotycząca m.in. rozliczenia kosztów i ustalenia ostatecznej kwoty całkowitego wynagrodzenia z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w 2012 r. (11.181,90 zł).

(dowód: akta kontroli str. 282-374, 475-494)

1.2. Działalność Szpitala w zakresie realizacji świadczeń rehabilitacji leczniczej w okresie objętym kontrolą przyniosła ogółem stratę w wysokości 218.920,95 zł. W 2011 r. działalność w zakresie rehabilitacji leczniczej przyniosła stratę w kwocie 243.671,77 zł⁵. Z kolei w 2012 r. osiągnięto zysk w kwocie 16.402,38 zł⁶, a pierwsze dziewięć miesięcy 2013 r. zamknięto wynikiem dodatnim w kwocie 8.348,44 zł⁷.

³ Aneks Nr 1/2012 z 30.11.2011 r.

⁴ Aneks Nr 1/2013 z 29.11.2012 r.

⁵ Koszty wyniosły ogółem 1.557.271,22 zł, podczas gdy wykonanie świadczeń (bez uwzględnienia nadwykonań, ale z innymi przychodami) wyniosło 1.313.599,45 zł.

⁶ Koszty wyniosły ogółem 1.426.823,97 zł, podczas gdy wykonanie świadczeń (bez uwzględnienia nadwykonań, ale z przychodami z tytułu podpisanej z MOW NFZ ugodą) wyniosło 1.443.226,35 zł.

⁷ Koszty wyniosły ogółem 1.081.284,91 zł, podczas gdy wykonanie świadczeń (bez uwzględnienia nadwykonań) wyniosło 1.089.633,35 zł.

(dowód: akta kontroli str.515-517)

1.3. Liczbę punktów rozliczeniowych Szpital kalkulował w oparciu o posiadany potencjał w danym zakresie (możliwości realizacji) oraz występujące zapotrzebowanie na dany typ świadczeń. Punktem wyjściowym do wszelkich analiz, jak wyjaśnił Dyrektor Szpital, były koszty realizacji świadczeń, których dotyczyła dana oferta. W oparciu o prowadzony w Szpitalu rachunek kosztów analizowany był nie tylko koszt jednostkowy poszczególnych jednostek rozliczeniowych, ale również struktura kosztów ze szczególnym uwzględnieniem kosztów stałych i zmiennych, których znajomość pozwalała wyznaczyć punkt rentowności (tj. ilość i cenę, przy której następuje zbilansowanie danej działalności). Ponadto Szpital brał pod uwagę „ceny oczekiwane” ustalone przez NFZ, które ukierunkowane były, zdaniem Pana Dyrektora, na wymuszenie na świadczeniodawcach złożenia oferty z ceną możliwie jak najbliższą oczekiwaniom Funduszu, a najlepiej o 10% niższą, bo wówczas oferta za kryterium „cena” uzyskuje maksymalną punktację. Dodatkowo przy ustalaniu ceny, oprócz przewidywanej konkurencyjności oferty w stosunku do innych podmiotów, Szpital analizował także cenę w danym zakresie świadczeń medycznych stosowanych przez inne Oddziały Wojewódzkie NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 590-591)

1.4. Szpital udzielał świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej bez udziału podwykonawców.

(dowód: akta kontroli str. 279)

1.5. Szpital terminowo wywiązywał się z przekazywania raportów statystycznych⁸, co było warunkiem do wystawienia faktury dla MOW NFZ za zrealizowane świadczenia. W okresie objętym kontrolą dwa sprawozdania za styczeń 2011 i 2013 przekazane były z opóźnieniem, odpowiednio 8 marca 2011 i 28 lutego 2013. Piotr Jędrzejczak – Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych wskazał na problemy, po stronie NFZ, które dotyczyły braku możliwości przesyłania danych.

Z analizy zestawienia faktur i operacji księgowych wynika, że nie wystąpiły opóźnienia w wypłacie należności Szpitala za udzielone świadczenia w zakresie rehabilitacji leczniczej przez MOW NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 505-515, 642-645)

1.6. W okresie objętym kontrolą MOW NFZ nałożył na Szpital karę w wysokości 1.615,02 zł, która stanowiła kumulację kar za uchybienia dotyczące sposobu prowadzenia dokumentacji medycznej, braku, w kilku przypadkach, aktualnego skierowania i sposobu kwalifikowania do rozliczenia świadczeń.

(dowód: akta kontroli str.421-444, 447)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

Szpital nie wywiązał się z obowiązku realizacji wymaganych zarządzeniem Prezesa NFZ⁹ świadczeń fizjoterapii domowej na kwotę nie mniejszą niż 3% kwoty miesięcznego kontraktu w trakcie okresu sprawozdawczego. Sytuacja dotyczyła następujących miesięcy: listopad i grudzień 2011 r., sierpień i grudzień 2012 r., luty, lipiec i sierpień 2013 r., a łączna kwota niewykonanych świadczeń wyniosła 3.525,47 zł.

⁸ Termin określony w § 24 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów (Dz. U. z 2008 r., Nr. 81, poz. 484).

⁹ § 8 pkt 9 zarządzenie nr 53/2010/DSOZ Prezesa NFZ z 2 września 2010 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza.

Dyrektor Szpitala przyznał, że nie we wszystkich miesiącach w latach 2011 – 2013 (do 30 września) udało się osiągnąć realizację świadczeń z zakresu fizjoterapii domowej na poziomie 3% kwoty miesięcznego kontraktu, ze względu na: większe zainteresowanie zabiegami wykonywanymi w Zakładzie Rehabilitacji, rezygnacje pacjentów z dokończenia cyklu terapii w danym miesiącu, które powodują, że trudno w tym samym czasie znaleźć kolejnego chętnego na ich miejsce oraz zdarzające się rezygnacje pacjentów z już zaplanowanych zabiegów bezpośrednio przed ich realizacją, bez uprzedniego powiadomienia Zakładu Rehabilitacji.

Ponadto Dyrektor zwrócił uwagę na fakt przekroczenia, w poszczególnych latach, wymaganego 3% wskaźnika, który kształtował się następująco: w roku 2011 stanowił 5% kontraktu, w 2012 – 6%, a aktualnie stanowi 4,5% kwoty kontraktu.

(dowód: akta kontroli str. 448-455)

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność w badanym zakresie.

2. Organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu rehabilitacji.

2.1. Zakład Rehabilitacji udziela świadczeń w pomieszczeniach znajdujących się w budynku przy ul. Kopernika 19. Budynek i pomieszczenia, oznakowane były zgodnie z § 11 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Pomieszczenia przeznaczone do udzielania świadczeń oraz pomieszczenia socjalne dla pacjentów zlokalizowane zostały w sposób zapewniający dostęp osobom niepełnosprawnym, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich

Sala kinezyterapii stanowi odrębne pomieszczenie. Urządzenia wykorzystywane do zabiegów fizykoterapeutycznych zlokalizowane są w sposób zapewniający intymność pacjentów podczas zabiegów (gabinet fizykoterapii posiada pięć boksów o wysokości ścian powyżej 2,10 m oraz zasłony). Gabinety masażu, krioterapii, światłolecznictwa oraz laseroterapii umieszczono w osobnych pomieszczeniach.

(dowód: akta kontroli str. 456-459)

2.2. Aparatura medyczna, będąca na wyposażeniu Zakładu Rehabilitacji, odpowiadała wymogom określonym w umowie zawartej z NFZ oraz w zarządzeniu nr 53/2010/DSOZ Prezesa NFZ z 2 września 2010 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza.

(dowód: akta kontroli str. 357-371, 461)

2.3. Personel medyczny oraz jego przygotowanie zawodowe było zgodne z wymogami zarządzenia Nr 53/2010/DSOZ Prezesa NFZ z 2 września 2010 r.

W latach 2011 – 2013 w Zakładzie Rehabilitacji Szpitala zatrudnione były łącznie 34 osoby, w tym 29 wykonujących czynności związane z udzielaniem świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej. Analiza czasu pracy pracowników udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza wykazała zgodność z harmonogramem czasu pracy określonym w umowie zawartej z MOW NFZ, z Portalem Potencjału prowadzonym przez MOW NFZ i grafikiem pracy prowadzonym przez Szpital.

(dowód: akta kontroli str. 464-473)

2.4. Pacjenci oczekujący na udzielenie świadczenia w Zakładzie Rehabilitacyjnym, rejestrowani byli w systemie komputerowym Szpitala. Mogli zapisać się na powyższe świadczenia osobiście, telefonicznie, za pośrednictwem osoby trzeciej oraz od 1 stycznia 2013 r. drogą elektroniczną¹⁰.

Listy oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego w Szpitalu, prowadzone i sprawozdawane były do MOW NFZ w formie elektronicznej dla każdego z trzech zakresów osobno. Wpisy na listy dokonywane były przez pracowników rejestracji Zakładu Rehabilitacji

Umawianie wizyt odbywało się każdego dnia pracy (tj. 5 dni w tygodniu: od poniedziałku do piątku), w godzinach 8.00-18.00.

Listy pacjentów oczekujących na świadczenie w Szpitalu, zawierała elementy określone w § 11 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2010 r.¹¹ w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, zakład opieki zdrowotnej udzielający świadczeń zdrowotnych w warunkach ambulatoryjnych.

Sposób dokonywania wpisów na liście pacjentów oczekujących spełniał wymogi określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 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 publicznych¹².

(dowód: akta kontroli str. 649-680)

2.5. Raporty statystyczne o liczbie oczekujących i średnim czasie oczekiwania w latach 2011 – 2013, były generowane i przekazywane do MOW NFZ za pośrednictwem systemu elektronicznego INFOMICA. Raporty powyższe były sporządzane zgodnie z zapisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z 20 czerwca 2008 r. sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych, jak też spełniały wymagania określone w art. 20 ust. 1 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Nie wystąpiły przypadki opóźnień w przekazywaniu raportów, które były przysyłane w terminie określonym w § 23 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Średni czas oczekiwania na świadczenia był obliczany zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 7 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 20 czerwca 2008 r.

(dowód: akta kontroli str. 681)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

W 33 badanych protokołach z posiedzeń zespołu oceny przyjęć nie było adnotacji na temat czasu oczekiwania, a w 21 brak było informacji o poddaniu ocenie dokumentacji medycznej i tym samym nie można było ustalić, czy zespół przeprowadzał ocenę list oczekujących na udzielenie świadczenia w zakresie określonym w art. 21 ust. 4 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

(dowód: akta kontroli str. 681-727)

¹⁰ Stosownie do postanowień art. 23a ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

¹¹ Dz. U. z 2010 r. Nr 252, poz. 1697 ze zm.

¹² Dz. U. z 2008 r. Nr 123, poz. 801 ze zm.

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność w badanym obszarze.

IV. Wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli¹³, wnosi o podjęcie działań informacyjnych skierowanych zarówno do pacjentów, jak i lekarzy w celu realizacji świadczeń z zakresu fizjoterapii domowej na poziomie 3% kwoty miesięcznego kontraktu.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

Wystąpienie pokontrolne zostało sporządzone w dwóch egzemplarzach; jeden dla kierownika jednostki kontrolowanej, drugi do akt kontroli.

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Departamentu Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK proszę o poinformowanie Najwyższej Izby Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosku pokontrolnego oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

W przypadku wniesienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.

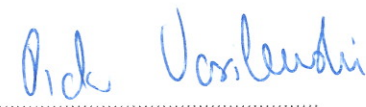
Warszawa, dnia 19 listopada 2013 r.

Kontroler
Rafał Zyzik
starszy inspektor kontroli państwowej


.....
podpis

Najwyższa Izba Kontroli
Departament Zdrowia

Dyrektor
Piotr Wasilewski


.....
podpis

¹³ Dz. U. z 2012 r., poz. 82 ze zm.