



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Departament Zdrowia

KZD – 4101-04-05/2013

P/13/131

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

ul. Filtrowa 57, 02-056 Warszawa

T +48 22 444 55 17, F +48 22 444 55 61

kzd@nik.gov.pl

Adres korespondencyjny: Skr. poczt. P-14, 00-950 Warszawa 1

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/13/131 – Dostępność i finansowanie rehabilitacji leczniczej
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Departament Zdrowia.
Kontroler	Andrzej Szpigielski, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 87376 z 9 października 2013 r. (dowód: akta kontroli str.1-2)
Jednostka kontrolowana	Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II, zwany dalej Szpitalem.
Kierownik jednostki kontrolowanej	Dr n. med. Anna Prokop- Staszecka, Dyrektor. (dowód: akta kontroli str. 3)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości¹ działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie, w latach 2011-2013 (do 30 września).

Uzasadnienie oceny ogólnej

Powyższą ocenę uzasadnia w szczególności to, że Szpital w okresie objętym kontrolą:

- posiadał zasoby (pomieszczenia odpowiedniego rodzaju i wielkości, sprzęt oraz personel o wymaganych kwalifikacjach), służące wykonywaniu świadczeń rehabilitacji leczniczej, które były zgodne z ofertą złożoną do Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej: MOW NFZ) na lata 2011-2014;
- spełniał wymogi w zakresie warunków leczenia i sanitarno-higienicznych;
- prowadził listy oczekujących na udzielenie świadczeń rehabilitacji leczniczej zgodnie z wymogami art. 20 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych² (dalej: ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej);
- zawarł umowę z ZUS na realizację rehabilitacji leczniczej i uzyskał dodatkowe środki finansowe;
- podjął działania w celu zwiększenia liczby łóżek z 15 do 43 na oddziale rehabilitacji kardiologicznej w warunkach stacjonarnych.

¹ Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, 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.

Nieprawidłowości dotyczyły w szczególności:

- nierzetelnego podania danych w ofercie przekazanej MOW NFZ;
- braku zakresu obowiązków i harmonogramu pracy personelu, wykonującego rehabilitację kardiologiczną w ośrodku/oddziale dziennym,
- nieterminowego składania dokumentacji rozliczeniowej Szpitala (rachunek z raportem statystycznym) do MOW NFZ,
- nierealizowania rehabilitacji leczniczej, w rodzaju fizjoterapia w warunkach domowych.

W trakcie kontroli uzupełniono oznaczenia budynku, w którym odbywała się rehabilitacja lecznicza na oddziale rehabilitacji i w ośrodku rehabilitacji.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Prawidłowość wykonania umów zawartych z NFZ.

Opis stanu
faktycznego

1.1. Szpital udzielał świadczeń rehabilitacji leczniczej w zakresach: lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna, fizjoterapia ambulatoryjna, rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym, rehabilitacja kardiologiczna w ośrodku/oddziale dziennym, rehabilitacja kardiologiczna w warunkach stacjonarnych. Zadania te były realizowane przez oddział rehabilitacji i ośrodek rehabilitacji.

(dowód: akta kontroli str. 10-14, 103-104, 439)

Szpital złożył ofertę w MOW NFZ na udzielanie świadczeń rehabilitacji leczniczej w ww. zakresach 25 września 2010 r.

Przedstawione w ofercie warunki realizacji świadczeń dotyczące warunków lokalowych, wymagań personelu, czasu pracy, wyposażenia gabinetów oraz zakresu wykonywanych zabiegów spełniały wymagania określone w zał. nr 3 do zarządzenia³ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 53/2010/DSOZ z dnia 2 września 2010 r.

(dowód: akta kontroli str. 156-433)

Szpital zawarł, 4 lutego 2011 r., umowę nr 061/100010/REH/2011 o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza, na łączną kwotę 1.978.743,50 zł. W umowie ustalono zakres, organizację, warunki finansowania świadczeń, jak również zapisy dotyczące kar umownych, w przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy. Umowę zawarto na okres od 1 stycznia 2011 r. do 31 grudnia 2014 r.

Umowa była czterokrotnie aneksowana w 2011 r., pięciokrotnie w 2012 r. oraz trzykrotnie w 2013 r. Aneksy dotyczyły m.in. aktualizacji harmonogramu zasobów oraz zmiany podstaw prawnych (zarządzenia Prezesa NFZ). Dwa aneksy dotyczyły zmian w umowie na wniosek świadczeniodawcy, w tym z 14 lutego 2012 r. związanej ze zmniejszeniem liczby punktów w lekarskiej ambulatoryjnej opiece rehabilitacyjnej na rzecz rehabilitacji kardiologicznej w warunkach stacjonarnych i z 12 grudnia 2012 r. dotyczącej zmniejszenia liczby punktów w rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego na rzecz fizjoterapii ambulatoryjnej. Kwota

³ W sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza.

zobowiązania MOW NFZ wobec świadczeniodawcy z tytułu umowy nie uległa zmianie.

Ponadto pomiędzy MOW NFZ a Szpitalem zawarto 2 ugody. Ugoda z 16 lipca 2012 r. dotyczyła realizacji w 2011 r. świadczeń opieki zdrowotnej podlegających rozliczaniu w ramach umów typu rehabilitacja lecznicza w ilości przekraczającej liczbę jednostek rozliczeniowych w wysokości 40.608,00 zł – NFZ zapłacił za świadczenia rehabilitacji kardiologicznej w warunkach stacjonarnych kwotę 39.648,00 zł⁴. Ugoda z 19 lutego 2013 r. dotyczyła realizacji w 2012 r. świadczeń w ramach umów typu rehabilitacja lecznicza w ilości przekraczającej liczbę jednostek rozliczeniowych w wysokości 19.601,40 zł. NFZ zapłacił za świadczenia rehabilitacji kardiologicznej, w warunkach stacjonarnych kwotę 13.824,00 zł⁵ oraz za rehabilitację kardiologiczną w ośrodku/oddziale dziennym – 5.733,00 zł⁶, co daje łączną kwotę 19.557,00 zł.

(dowód: akta kontroli str. 94-96,434-604)

1.2. Kontrole stanu sanitarno-higienicznego przeprowadzone w Szpitalu, w latach 2011-2013, przez Państwowego Inspektora Sanitarnego i przez Departament Prewencji i Rehabilitacji ZUS wykazały, że przestrzegano wymagań dotyczących stanu sanitarno-higienicznego w ośrodku i oddziale rehabilitacji.

(dowód: akta kontroli str. 45-53,56-78)

1.3. Działalność Szpitala w zakresie realizacji świadczeń rehabilitacji leczniczej w okresie objętym kontrolą przyniosła stratę ogółem w wysokości 2.723.413,00 zł, w tym: w 2011 r. – 1.120.907,00 zł⁷, w roku 2012 – 1.055.604,00 zł⁸ i w 2013 r. (I-IX) – 546.902,00 zł⁹.

Łączna wartość zrealizowanych świadczeń z tytułu rehabilitacji leczniczej w Szpitalu wyniosła w roku 2011 – 2.316.585,00 zł, w 2012 r – 2.370.534,80 zł i w 2013 r. (I-IX) – 1.898.373,60 zł. Wartość umowy zawartej z NFZ wyniosła 1.978.743,50 zł w 2011 r., 2.259.082,60 zł w 2012 r. i 2.499.207 zł w 2013 r. Wartość nadwykonań świadczeń rehabilitacyjnych wykonana przez Szpital wyniosła w 2011 r. – 337.841,50 zł, w 2012 r. – 111.452,20 zł i 23.973,60 zł w 2013 r. (I-IX).

(dowód: akta kontroli str. 96,144-150)

1.4. Konkurs ofert na realizację świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej odbył się w roku 2010 i obejmował świadczenia realizowane w 2011 r. Oferta obejmowała liczbę świadczeń proponowaną do realizacji w roku 2011 oraz cenę za punkt w roku 2011. Na podstawie oferty podpisano umowę na lata 2011-2014. Umowa określała jedynie ilości i ceny w roku 2011 – w kolejnych latach Szpital podpisywał aneksy cenowo-ilościowe, które oferował MOW NFZ. Pani Izabela Kowalczyk-Sakwa – kierownik Działu Sprzedaży i Rozliczeń, wyjaśniła, że Szpital określając cenę ofertową, brał pod uwagę: cenę oczekiwaną przez NFZ (podaną w ogłoszeniu konkursowym¹⁰) oraz analizę konkurencji w regionie objętym postępowaniem konkursowym. Ze względu na fakt, że na obszarze objętym postępowaniem

⁴ To jest 132.160 pkt, w cenie 30 gr, zafakturowane na dzień 26 listopada 2012 r.

⁵ W cenie jednostkowej 32 gr ilość punktów 43.200.

⁶ W cenie 30 gr, ilość punktów 19.110.

⁷ Koszty wyniosły ogółem 3.892.847,00 zł, podczas gdy wykonanie świadczeń (bez uwzględnienia nadwykonań, ale z innymi przychodami oraz z przychodami z tytułu ugody podpisanej z MOW NFZ) wyniosło 2.771.940,00 zł.

⁸ Koszty wyniosły ogółem 4.014.288,00 zł, podczas gdy wykonanie świadczeń (bez uwzględnienia nadwykonań, ale z innymi przychodami oraz z przychodami z tytułu ugody podpisanej z MOW NFZ) wyniosło 2.958.684,00 zł.

⁹ Koszty wyniosły ogółem 2.945.425 zł, podczas gdy wykonanie świadczeń (bez uwzględnienia nadwykonań, ale z innymi przychodami) wyniosło 2.398.523 zł (w tym z tytułu przychodów ZUS – 504.148 zł i pozostałych przychodów 66.394 zł).

¹⁰ W dniu 16 września 2010 r., tj. m.in.: lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna – 1,25 zł, rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym – 1,00 zł, rehabilitacja kardiologiczna w ośrodku/oddziale dziennym – 1,00 zł, rehabilitacja kardiologiczna w warunkach stacjonarnych – 1,00 zł.

w zakresie rehabilitacji stacjonarnej Szpital nie miał znaczącej konkurencji, stąd zaproponował cenę powyżej oczekiwanej. Pozostałe ceny zgłoszone na poziomie ceny oczekiwanej, ponieważ to gwarantowało wysoką ocenę składanej oferty i dawało możliwość uzyskania większej ilości punktów rozliczeniowych niż w przypadku podania ceny wyższej od oczekiwanej. Ilość punktów oferowanych na rok 2011 kalkulowana była na podstawie analizy realizacji kontraktu w roku poprzednim oraz możliwości wykorzystania potencjału poszczególnych komórek organizacyjnych – w porozumieniu z kierownikiem ośrodka rehabilitacji. Wartość umowy na rok 2010 wynosiła 1.874.983,00 zł, rzeczywista realizacja świadczeń wynosiła 2.058.266,00 zł, natomiast wartość złożonej oferty na rok 2011 – 2.335.157,00 zł. Na lata 2012-2013 Szpital podpisywał aneksy przygotowane przez MOW NFZ.

(dowód: akta kontroli str.94-96, 98-102, 901-903)

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

(dowód: akta kontroli str. 434-438, 473, 476-477, 479, 507, 512-514, 518, 548-549, 551-552-556-559, 563, 592-595)

1.6. Szpital wywiązywał się z obowiązku przekazywania dokumentacji rozliczeniowej (rachunek wraz z raportem statystycznym) dla MOW NFZ za zrealizowane świadczenia rehabilitacji leczniczej, co było podstawą płatności za świadczenia udzielone w okresie sprawozdawczym. Z analizy 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. 111-130, 702-705)

1.7. W latach 2011-2013 MOW NFZ nie nakładał kar umownych w związku z niewykonaniem lub nienależytym wykonaniem zawartej umowy.

(dowód: akta kontroli str. 110)

1.8. NIK pozytywnie ocenia realizację przez Szpital turnusów rehabilitacji leczniczej w systemie ambulatoryjnym, na podstawie umów zawartych z ZUS. Przychody z tytułu świadczeń dla pacjentów ZUS, wyniosły w 2011 r. – 667.870,00 zł, w 2012 r. – 547.902,00 zł i w 2013 (I-IX) – 504.148,00 zł.

Kontrola wybranej dokumentacji¹¹ Szpitala z marca 2011 r., maja 2012 r. i lipca 2013 r. wykazała, że wartość świadczeń rehabilitacji leczniczej udzielona przez Szpital dla 47 osób skierowanych przez ZUS na turnusy rehabilitacyjne wyniosła brutto 117.987,91 zł oraz osoby te nie były wykazane w sprawozdawczości do NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 150, 609-690)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. Szpital, w latach 2011-2013, nie wywiązał się z obowiązku realizacji wymaganych zarządzeniem Prezesa NFZ¹² świadczeń w rodzaju fizjoterapia w warunkach domowych, w kwocie nie mniejszej niż 3% kwoty miesięcznego kontraktu w trakcie okresu sprawozdawczego. Wartość kontraktu w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej

¹¹ Wystawionych faktur z tytułu płatności wynikających z zawartych umów między Szpitalem – faktura M3/03052/2011 z dnia 21 marca 2011 r. z tytułu rehabilitacji leczniczej w schorzeniach układu krążenia, faktura M1/05210/2012 z dnia 28 maja 2012 r. i M1/05212/2012 r. z dnia 28 maja 2012 r. oraz faktura M1/07216/2013 z 30 lipca 2013 r.

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

w roku 2011 wyniosła – 399.000,00 zł, w 2012 r. – 421.299,00 zł i 2013 r. (I-IX) – 285.203,00 zł. Wartość niezrealizowanych obowiązkowych świadczeń fizjoterapii w warunkach domowych wyniosła w 2011 r. – 11.970,00 zł, w 2012 r. – 12.638,97 zł i 2013 r. (I-IX) – 8.556,09 zł. Pan Jacek Śmialek – kierownik oddziału rehabilitacji, wyjaśnił m.in., że ośrodek rehabilitacji nie zarejestrował skierowań na rehabilitację w warunkach domowych; od 2009 r. jest realizowana rehabilitacja z dowozem jednej pacjentki do ośrodka w Szpitalu; działania informacyjne skierowane do lekarzy i pacjentów w zakresie świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnych, w warunkach domowych, nie zostały podjęte bowiem kierownik ośrodka nie posiada takich uprawnień.

(dowód: akta kontroli str. 154-155, 737, 747)

2. Spośród 18 zbadanych dokumentów rozliczeniowych z tytułu zrealizowanych świadczeń rehabilitacji leczniczej przez Szpital – trzy zostały złożone do MOW NFZ z opóźnieniem¹³ od 4 do 5 dni. Pani Izabela Kowalczyk-Sakwa wyjaśniła że faktury te złożono nieterminowo z powodu konieczności podpisania sprawozdania finansowego przez osobę upoważnioną, tj. przez Dyrektora lub Zastępcę Dyrektora Szpitala oraz, że wystawienie i przekazanie faktury w wersji elektronicznej poprzez portal świadczeniodawcy NFZ, nastąpiło odpowiednio do ww. faktur w dniu 8 listopada 2011 r., 10 października 2012 r. i 13 maja 2013 r. (w dniu 10 maja – piątek – rachunek został naliczony i wygenerowany, a wysłany 13 maja 2013 r.).

(dowód: akta kontroli str. 691-696, 706)

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.

2. Organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu rehabilitacji.

Opis stanu faktycznego

2.1. Oddział Rehabilitacji i Ośrodek Rehabilitacji znajduje na terenie Szpitala¹⁴, w Krakowie ul. Prądnicka 80. Warunki lokalowe były zgodne z wymaganiami określonymi w ofercie i w załączniku nr 3 do zarządzenia Prezesa NFZ nr 53/2010 DSOZ z dnia, tj. m.in. przy wejściu do obiektu znajdowały się dojazdy oraz dojścia dla osób niepełnosprawnych, węzły sanitarne wyposażono w uchwyty i poręcze, w obiekcie znajdowało się pomieszczenie sanitarno-higieniczne dla świadczeniobiorców, dostosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych ruchowo, w budynku zainstalowano również dźwig. Zapewniono także warunki dotyczące pomieszczeń. Zabiegi światłolecznictwa i elektrolecznictwa były udzielane w osobnych pomieszczeniach posiadających ściany o wysokości co najmniej 2,0 m, sala do kinezyterapii stanowiła odrębne pomieszczenie. Zakres wykonywanych zabiegów przez ośrodek rehabilitacji obejmował wymagane zabiegi fizjoterapeutyczne i kinezyterapeutyczne. Wyposażenie było zgodne z wymogami NFZ. Ośrodek dysponował także dodatkowo ocenianym sprzętem, tj. wanną do masażu wirowego kończyn dolnych i górnych, zestawem do kriostymulacji parami azotu oraz wyposażeniem do zabiegu terapii ogólnoustrojowej, m.in. wieloosobową

¹³ § 23 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484) stanowi że dokumenty rozliczeniowe świadczeniodawca składa oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu w terminie do 10 dnia każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni.

¹⁴ W bloku M II na parterze i na sali gimnastycznej Oddziału Klinicznego Chirurgii Serca, Naczyń i Transplantologii udostępnionej na rzecz Ośrodka Rehabilitacji w zakresie rehabilitacji kardiologicznej w ośrodku/oddziale dziennym.

komorą kriogeniczną niskotemperaturową, wyposażeniem sal kinezyterapii. Wyposażenie w sprzęt i aparaturę było zgodne z ofertą świadczeniodawcy.

(dowód: akta kontroli str. 83-85,87-92,707-723,749)

2.2. Personel medyczny odpowiadał wymaganiom zawodowym, określonym w załączniku nr 3 do zarządzenia Prezesa NFZ nr 53/1010/DSOZ z dnia 2 września 2010 r. Analiza czasu pracy pracowników wykonujących czynności związane z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza wykazała zgodność z harmonogramem czasu pracy określonym w umowie zawartej z MOW NFZ.

(dowód: akta kontroli str.79-82,751-766)

2.3. Pacjenci oczekujący na udzielenie świadczenia w ośrodku rehabilitacji i na oddziale rehabilitacji kardiologicznej rejestrowani byli w systemie komputerowym. Mogli się zapisać na powyższe świadczenia (od poniedziałku do piątku) – osobiście, telefonicznie lub za pośrednictwem osoby trzeciej. Nadzór nad tworzeniem listy oczekujących na świadczenia z rehabilitacji leczniczej sprawował kierownik ośrodka rehabilitacji¹⁵. Wyznaczone przez niego osoby¹⁶ wprowadzały dane do programu Infomedica, które były przysyłane do NFZ. Lista pacjentów oczekujących na świadczenie w Szpitalu była zgodna z § 11 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania¹⁷. Sposób prowadzenia list oczekujących spełniał wymogi określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczególnego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych¹⁸. Średni czas oczekiwania na świadczenia był obliczany, zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 7 ww. rozporządzenia.

(dowód: akta kontroli str. 836-837,838-840,842-843)

2.4. Raporty statystyczne o liczbie oczekujących i średnim czasie oczekiwania w latach 2011-2013, były generowane i przekazywane do MOW NFZ za pośrednictwem systemu komputerowego Infomedica – moduł statystyka. Lista oczekujących¹⁹, zawierała informacje zgodnie z wymogami art. 20 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. W Szpitalu powołano zespół, do którego należała m.in. ocena prawidłowości prowadzenia list, pod względem prowadzenia dokumentacji, czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia oraz zasadności i przyczyn zmian terminów udzielania świadczeń. Raporty statystyczne były przysyłane do MOW NFZ w terminie do 10 dnia każdego miesiąca za miesiąc poprzedni.

(dowód: akta kontroli str. 836,864-894

2.5. Szpital podjął działania w celu zwiększenia liczby łóżek z 15 do 43 na Oddziale rehabilitacji kardiologicznej, na którym będą udzielane świadczenia z zakresu rehabilitacji stacjonarnej. Szpital uzyskał decyzję Państwowego Inspektora Sanitarnego, że pomieszczenia w pawilonie A (na I i II piętrze), gdzie był zlokalizowany oddział chorób płuc, spełniają wymagania ogólnoprzestrzenne, sanitarne i instalacyjne odpowiednie do rodzaju świadczeń na oddziale rehabilitacji

¹⁵ Zgodnie z zarządzeniem Dyrektora Krakowskiego Szpitala Specjalistycznego im. Jana Pawła II w Krakowie, z dnia 20 października 2011 r.

¹⁶ Rejestratorka medyczna / sekretarka medyczna, mgr fizjoterapii

¹⁷ Dz. U. Nr 252, poz. 1697 ze zm.

¹⁸ Dz. U. nr 123, poz. 801 ze zm.

¹⁹ Badaniem objęto listy za wrzesień 2011 r., czerwiec 2012 r. i marzec 2013 r.

kardiologicznej²⁰. Przewidywany termin przyjęcia pacjentów, tj. od 18 listopada 2013 r. nie został dotrzymany, jak wyjaśnił Janusz Pińkowski – Pełnomocnik Szpitala ds. Infrastruktury – z powodu przedłużającego się postępowania przetargowego na wyposażenie i nieuzyskania postanowienia o dopuszczeniu do użytkowania pawilonu przez Inspekcję Sanitarną. Oględziny z 8 listopada 2013 r. wykazały m.in., że w budynku A na pierwszym piętrze sale dla pacjentów są pomalowane, pozostaje do wykonania wymiana wykładziny PCW na korytarzu i przystosowanie sanitariatu dla osób niepełnosprawnych, a na 2 piętrze wykonano malowanie sal w ok. 30 %. Wartość robót remontowo-budowlanych wynosi ogółem netto 71,8 tys. zł. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśnił, że podjęto z NFZ negocjacje w sprawie zwiększenia kontraktu do 43 łóżek.

(dowód: akta kontroli str. 729-736, 741, 825)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. W latach 2011-2013 w Szpitalu zatrudniano łącznie 60 osób, które wykonywały czynności rehabilitacyjne. Badanie akt osobowych wybranych 24 osób, wykazało, że trzy osoby wykazane w ofercie i w harmonogramie aneksu nr 2 do umowy z NFZ jako wykonujące świadczenia rehabilitacji w rodzaju rehabilitacja w ośrodku/oddziale dziennym nie posiadały zakresów obowiązków i harmonogramu pracy. Osoby te były zatrudnione w oddziale klinicznym chirurgii serca, naczyń i transplantacji. Zastępca Dyrektora Szpitala ds. Lecznictwa, wyjaśnił, że osoby te realizują świadczenia w wymiarze 12 godzin tygodniowo na rzecz rehabilitacji kardiologicznej w ośrodku/oddziale dziennym i że Szpital dokona formalnego podziału etatów od 1 grudnia 2013 r.

(dowód: akta kontroli str. 751-754, 767-770, 823-826, 831)

2. Szpital podał w ofercie do MOW NFZ z 25 września 2010 r. niezetelne dane odnośnie planowanego zatrudnienia w zakresie rehabilitacji kardiologicznej w ośrodku/oddziale dziennym. Podano, że w realizacji świadczeń uczestniczy psycholog kliniczny, a w szczegółach oferty wskazano, że psycholog nie posiada specjalizacji. Ponadto podano, że świadczenia są udzielane przez osobę posiadającą specjalizację w dziedzinie fizjoterapii, w wymiarze czasu pracy odpowiadającym równoważnikowi 0,5 etatu przeliczeniowego, a w szczegółach oferty poinformowano, że fizjoterapeuta (I st. spec.) jest zatrudniona przez 12 godzin tygodniowo.

(dowód: akta kontroli str. 825)

3. Na zewnątrz budynku (Blok M II), w którym udzielane są świadczenia w rodzaju rehabilitacja lecznicza, nie były widoczne informacje o godzinach i miejscach udzielania świadczeń²¹ oraz informacje o numerach telefonów alarmowych ratownictwa medycznego tj. 111 i 999. Informacje te uzupełniono w trakcie kontroli²².

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości działalność w badanym obszarze.

²⁰ Decyzja Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego z 10 maja 2013 r.

²¹ Zgodnie z wymogami określonymi w § 11 ust. 1 i ust. 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (DZ.U. nr 81, poz. 484)

²² Oględziny w dniu 14 listopada 2013 r.

IV. Uwagi i 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 dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli²³, wnosi o:

1. Podjęcie działań informacyjnych, skierowanych zarówno do lekarzy, jak i pacjentów, w celu realizacji świadczeń z zakresu fizjoterapii domowej na poziomie 3% kwoty miesięcznego kontraktu.
2. Podjęcie działań organizacyjnych zapewniających terminowe składanie do MOW NFZ dokumentów rozliczeniowych z tytułu zrealizowanych świadczeń rehabilitacji leczniczej.
3. Wprowadzenie zakresu obowiązków i harmonogramu pracy dla wszystkich pracowników realizujących świadczenia w rodzaju rehabilitacja leczniczą.

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 wniosków pokontrolnych 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 13 grudnia 2013 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Departament Zdrowia

Dyrektor
Piotr Wasilewski

Kontroler
Andrzej Szpigielski
Główny Specjalista Kontroli
Państwowej


podpis


podpis

²³ Dz.U. z 2012 r., poz.82 ze zm.

