



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Łodzi

LLO – 4101-017-02/2013  
P/13/131

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI  
Delegatura w Łodzi  
ul. Kilińskiego 210, 90-980 Łódź  
T +48 42 239 32 00, F +48 42 239 32 90  
[llo@nik.gov.pl](mailto:llo@nik.gov.pl)

## I. Dane identyfikacyjne kontroli

|                                     |                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Numer i tytuł kontroli              | P/13/131 – Dostępność i finansowanie rehabilitacji leczniczej.                                                                                      |
| Jednostka przeprowadzająca kontrolę | Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Łodzi.                                                                                                         |
| Kontroler                           | Jan Pawlak, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 86047 z dnia 11 września 2013 r.<br>(dowód: akta kontroli str. 1-2) |
| Jednostka kontrolowana              | Szpital Wojewódzki im. Jana Pawła II w Bełchatowie, ul. Czapliniecka 123 (kod 97-400), zwany dalej „Szpitalem”.                                     |
| Kierownik jednostki kontrolowanej   | Mirosław Leszczyński, dyrektor Szpitala.<br>(dowód: akta kontroli str. 5)                                                                           |

## II. Ocena kontrolowanej działalności

### Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości<sup>1</sup> działalność Szpitala w kontrolowanym zakresie.

Uzasadnienie  
oceny ogólnej

Formułując ocenę Najwyższa Izba Kontroli uwzględniła:

- zorganizowanie opieki rehabilitacyjnej w sposób dostępny dla wszystkich uprawnionych,
- prawidłowe wykonanie umów na realizację świadczeń zdrowotnych w rodzaju rehabilitacja lecznicza, zawartych z Łódzkim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia (zwanego dalej „ŁOW NFZ” lub „Oddziałem NFZ”),
- zorganizowanie procesu udzielania świadczeń rehabilitacyjnych oraz zapewnienie warunków i jakości leczenia zgodnie z wymogami przepisów określających standardy udzielania świadczeń rehabilitacji leczniczej.

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły:

- nieterminowego zgłaszania do Oddziału NFZ zmian w potencjale wykonawczym (personel i sprzęt) realizującym rehabilitację leczniczą,
- niedopełnienia warunków na realizację w latach 2012-2013 świadczeń przez terapeutów zajęciowych wykazanych w kontrakcie z ŁOW NFZ,
- nierzetelnego prowadzenia list oczekujących na świadczenia rehabilitacyjne,
- niezapewnienia pacjentom możliwości umawiania się na wizyty drogą elektroniczną.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca również uwagę na wykonywanie w kontrolowanym okresie (2011 – 2013) świadczeń fizjoterapii w warunkach domowych, na poziomie niższym od ustalonego przez Prezesa NFZ.

<sup>1</sup>Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna.

### III. Opis ustalonego stanu faktycznego

#### 1. Prawidłowość wykonania umów zawartych z NFZ.

Opis stanu  
faktycznego

- 1.1. W latach 2011-2013 świadczenia w rodzaju rehabilitacja lecznicza realizowane były w warunkach stacjonarnych przez Oddział rehabilitacji ogólnoustrojowej (dysponujący 26 łózkami) i Pododdział rehabilitacji neurologicznej (dysponujący 15 łózkami). W zakresie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych rehabilitacja lecznicza wykonywana była w Poradni rehabilitacyjnej i Zakładzie rehabilitacji leczniczej.

W ramach rehabilitacji leczniczej Szpital realizował świadczenia w zakresach: fizjoterapia ambulatoryjna, lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna, rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych oraz rehabilitacja neurologiczna. Świadczenia te udzielane były przez Szpital na podstawie umów zawartych z ŁOW NFZ: z dnia 6 stycznia 2009 r., zawartej na lata 2009-2011 i z dnia 9 stycznia 2012 r., zawartej na lata 2012-2014 oraz 25 aneksów do powyższych umów określających szczegółowe zakresy i maksymalne kwoty zobowiązań z tytułu ich realizacji.

Zobowiązanie ŁOW NFZ z tytułu realizacji świadczeń w 2011 r. ustalone zostało w wysokości 2 303 tys. zł. Po zmianach dokonanych w trakcie obowiązywania umowy ostateczne zobowiązanie określono na kwotę 2 313 tys. zł. Wykonane świadczenia wyniosły 2 334 tys. zł.

Szpital złożył oferty na udzielanie świadczeń medycznych w rodzaju rehabilitacja lecznicza w latach 2012-2014 w ogłoszonym przez ŁOW NFZ postępowaniu na te świadczenia. Przedstawione w ofertach warunki realizacji świadczeń w poszczególnych zakresach, dotyczące: kwalifikacji personelu, warunków lokalowych, wyposażenia gabinetów oraz zakresu realizowanych procedur, spełniały wymagania ustalone załącznikiem nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej<sup>2</sup>. Oferty sporządzone na obowiązujących formularzach zawierały wymagane oświadczenia i dokumenty.

W wyniku rozstrzygnięć postępowań Szpital zawarł z ŁOW NFZ umowę z dnia 9 stycznia 2012 r. na udzielanie w okresie od 1 stycznia 2012 r. do 31 grudnia 2014 r. świadczeń medycznych w zakresach: fizjoterapia ambulatoryjna, lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna, rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych i rehabilitacja neurologiczna. Zobowiązanie ŁOW NFZ wobec Szpitala z tytułu realizacji umowy w okresie 2012 r. ustalone zostało w kwocie maksymalnej 2 199 tys. zł. Po zmianach dokonanych w trakcie roku kwota ta ustalona została w wysokości 2 185 tys. zł, a wykonanie wyniosło 2 186 tys. zł.

Aneksem z dnia 27 grudnia 2012 r. została ustalona kwota zobowiązania ŁOW NFZ wobec Szpitala na rok 2013 w wysokości nie większej niż 2 210 tys. zł. Wartość kontraktu w omawianych zakresach, według stanu na koniec września 2013 r. nie uległa zmianie.

- 1.2. Realizacja umów zawartych z Oddziałem NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza, nie była w latach 2011-2013 przedmiotem kontroli przeprowadzonych przez ŁOW NFZ. Również w tym okresie nie były przeprowadzane przez Konsultantów Krajowych kontrole związane z rehabilitacją leczniczą.

(akta kontroli str. 3)

- 1.3. Za zrealizowane w badanym okresie świadczenia rehabilitacji leczniczej Szpital wystawił łącznie 188 faktur (38 za świadczenia z 2011 r., 93 za świadczenia z 2012 r., 57 za świadczenia za 3 kwartały 2013 r.), na łączną kwotę 6.198 tys. zł (2.300 tys. zł w 2011 r., 2.186 tys. zł w 2012 r., 1.712 tys. zł w 3 kwartałach 2013 r.).

W 56,9% przypadków (17 faktur z 2011 r., 59 z 2012 r., 31 za 3 kwartały 2013 r.) faktury dotyczyły ujemnych korekt spowodowanych błędami ujawnionymi w wyniku weryfikacji świadczeń przez NFZ.

<sup>2</sup> Dz.U. Nr 140, poz. 1145 ze zm., zwane dalej „rozporządzeniem z dnia 30 sierpnia 2009 r.”

Stosownie do postanowień zawartych umów oraz § 24 ust. 1 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej<sup>3</sup>, należności za realizację świadczeń wpłacane były na rachunek bankowy Szpitala w terminie 14 dni od daty przekazania NFZ faktury wraz z dokumentami rozliczeniowymi i raportami statystycznymi.

(akta kontroli str. 15-20, 253, 275-276)

- 1.4. W badanym okresie zawarte były umowy z trzema podwykonawcami wskazanymi w ofertach i umowach z ŁOW NFZ, dotyczące badań laboratoryjnych oraz transportu sanitarnego. Podwykonawcy ci nie uczestniczyli w realizacji świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza.

(akta kontroli str. 266)

- 1.5. Wg kontraktów zawartych na lata 2011-2013 świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza udzielało:

- w Oddziale rehabilitacji - 8 lekarzy, 20 pielęgniarek, 8 fizjoterapeutów, logopeda, psycholog, terapeuta zajęciowy oraz technik masażysta,
- w Pododdziale rehabilitacji neurologicznej - 7 lekarzy, 20 pielęgniarek, 4 fizjoterapeutów, 2 logopedów, psycholog, terapeuta zajęciowy,
- w lekarskiej ambulatoryjnej opiece rehabilitacyjnej – 5 lekarzy specjalistów z zakresu rehabilitacji medycznej,
- w fizjoterapii ambulatoryjnej – 4 terapeutów, 4 techników fizjoterapii oraz technik masażysta.

Na przestrzeni badanego okresu stan lekarzy obniżył się w Oddziale rehabilitacji do 4, w Pododdziale rehabilitacji neurologicznej do 6 i w lekarskiej ambulatoryjnej opiece rehabilitacyjnej do 2. Stan fizjoterapeutów w fizjoterapii ambulatoryjnej obniżył się do 1. Stan pielęgniarek utrzymywał się na tym samym poziomie.

(akta kontroli str. 79-106, 142-192, 324)

Wg ordynatora Oddziału rehabilitacji zmniejszenie liczby lekarzy i w związku z tym wprowadzone zmiany organizacyjne (dyżur lekarzy został skrócony o 2 godziny oraz zmniejszono z 5 do 3 dni w tygodniu czas pracy Poradni rehabilitacyjnej z uwagi na wymóg postawiony przez ŁOW NFZ) nie wpłynęło na jakość świadczonych usług, a proces usprawniania chorych przebiegał zgodnie z aktualną wiedzą i zachowaniem obowiązujących standardów.

(akta kontroli str. 263 pkt 3)

Opis stanu  
faktycznego

- 1.6. Wszystkie osoby realizujące świadczenia zdrowotne na podstawie zawartych z ŁOW NFZ kontraktów, poza fizjoterapeutą zatrudnionym na kontrakcie, zatrudnione były w Szpitalu na podstawie umów o pracę.

Personel uprawniony do udzielania świadczeń medycznych posiadał wymagane przygotowanie zawodowe i spełniał warunki realizacji świadczeń gwarantowanych w rodzaju rehabilitacja lecznicza, określone w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych.

(akta kontroli str. 60 – 61 i 324)

Część spośród fizjoterapeutów i techników fizjoterapii, realizujących świadczenia medyczne w Zakładzie rehabilitacji leczniczej, nie była ujęta w zasobach realizujących kontrakty na rehabilitację leczniczą (w załączniku nr 2 do umów).

W przypadku kontraktu na 2013 r. dotyczyło to 4 spośród 8 fizjoterapeutów oraz 4 spośród 9 techników fizjoterapii.

(akta kontroli str. 79-106, 119-140, 168-192)

Ponadto, o zapewnienie, od dnia 1 stycznia 2011 r., realizacji świadczeń rehabilitacji ogólnoustrojowej przez trzech techników fizjoterapii, a od 1 maja 2011 r. przez czwartego fizjoterapeutę oraz zaprzestanie realizacji świadczeń rehabilitacji neurologicznej, z dniem 30 kwietnia 2011 r., przez fizjoterapeutę I.B., zwrócono się do Oddziału NFZ wnioskiem z dnia 12 maja 2011 r., a o zaprzestanie z dniem 1 maja 2011 r., realizacji świadczeń przez jedną z pielęgniarek, zwrócono się wnioskiem z dnia 18 czerwca 2013 r.

Powyższe zmiany wprowadzone zostały do kontraktu aneksem z dnia 18 maja 2011 r. i aneksem z 26 czerwca 2013 r.

<sup>3</sup> Dz.U. Nr 81, poz. 484, zwane dalej „rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych”,

|                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                            | (akta kontroli str. 49-51 i 54-55)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                                            | W zasobach kadrowych stanowiących załącznik nr 2A do zawartego w grudniu 2012 r. kontraktu na 2013 r. wykazanych było 7 fizjoterapeutów realizujących świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                            | (akta kontroli str. 168-192)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                                            | Wg harmonogramów pracy Zakładu rehabilitacji leczniczej świadczenia w rodzaju rehabilitacja lecznicza wykonywało w 2013 r. łącznie 19 fizjoterapeutów. Ich przydział do poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala zmieniał się w trakcie roku.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                            | (akta kontroli str. 134-140)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Ustalono<br>nieprawidłowości               | <p>Szpital nie wywiązywał się z obowiązków wynikających z § 6 ust. 2 załącznika do rozporządzenia w sprawie gwarantowanych świadczeń, tj. zgłaszania do ŁOW NFZ zmian w składzie personelu realizującego świadczenia zdrowotne, najpóźniej w dniu poprzedzającym, a w przypadkach losowych, niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia.</p> <p>Wg wyjaśnień Dyrektora Szpitala powodem nieujęcia części personelu realizującego na rzecz Szpitala kontrakt na 2013 r. w załączniku nr 2 („Harmonogram – zasoby”) do umowy z dnia 17 grudnia 2012 r.), było przydzielenie tych pracowników do innych komórek organizacyjnych, a nieujęcie części personelu realizującego świadczenia zdrowotne w rodzaju rehabilitacja lecznicza w kontrakcie z NFZ, spowodowane było wykonywaniem przez te osoby świadczeń w innych komórkach organizacyjnych Szpitala.</p> |
|                                            | (akta kontroli str. 210, 257 pkt 8, 54-55)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                                            | NIK nie podziela poglądu przedstawionego przez Pana Dyrektora w wyjaśnieniach ponieważ wg stanowiska Oddziału NFZ, świadczeniodawca ma możliwość wskazania całego personelu, którym dysponuje, a nie tylko tego który udziela świadczeń w ramach zawartej umowy.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|                                            | (akta kontroli str. 259 pkt 2)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Opis stanu<br>faktycznego                  | <p>W zawartych kontraktach z Oddziałem NFZ na lata 2012-2013 świadczenia z zakresu rehabilitacji neurologicznej miała wykonywać starszy instruktor terapii zajęciowej, zatrudniona w Oddziale rehabilitacji.</p> <p>Terapeutka ta w okresie od dnia 22 grudnia 2011 r. do dnia 12 marca 2013 r. przebywała na urlopie macierzyńskim oraz zwolnieniach lekarskich. Zastępstwo nie zostało zapewnione. Ordynator oddziału wyjaśnił, że w okresie nieobecności instruktora terapii zajęciowej potrzeby terapii zajęciowej miały być zgłaszane indywidualnie i realizowane przez dwie terapeutki z Oddziału psychiatrycznego. Z ich usług nie korzystano, gdyż fizjoterapeuci w pełni realizowali zaplanowany program usprawniania pacjentów.</p>                                                                                                          |
|                                            | (akta kontroli str. 113-118, 193-200)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Uwagi dotyczące<br>badanej<br>działalności | Zdaniem NIK, w przypadku nieobecności terapeutki zajęciowej przez okres prawie trzech miesięcy, zastępstwo powinno być wyznaczone i zgłoszone do Oddziału NFZ, bowiem wymóg wykonywania świadczeń przez terapeutę zajęciowego, w równoważniku 1 etatu przeliczeniowego na 25 łóżek, był warunkiem wymaganym do uzyskania kontraktu na świadczenia w zakresie rehabilitacja neurologiczna, wynikającym z postanowień rozporządzenia z dnia 30 sierpnia 2009 r. oraz załącznika nr 3 do zarządzenia Prezesa NFZ nr 53/2010/DSOZ z dnia 2 września 2010 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza <sup>4</sup> .                                                                                                                                                                                    |
| Opis stanu<br>faktycznego                  | <p>1.7. Spełnione były wymagania określone w załączniku nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie posiadania wymaganego wyposażenia niezbędnego do realizacji świadczeń zdrowotnych w rodzaju rehabilitacja lecznicza.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                            | (akta kontroli str. 294-296, 316-317)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Opis stanu<br>faktycznego                  | <p>1.8. W Szpitalu spełnione były warunki lokalowe ustalone w załączniku nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych. Pomieszczenia służące do świadczenia usług w rodzaju rehabilitacja lecznicza usytuowane były w jednym kompleksie szpitalnym, w bezpośrednim sąsiedztwie, posiadały odpowiednią powierzchnię i wyposażenie.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

<sup>4</sup> Opublikowane na stronie internetowej [www.nfz.pl](http://www.nfz.pl), zwane dalej zarządzeniem Prezesa NFZ Nr 53/2010/DSOZ

Diatermia krótkofalowa zainstalowana była w oddzielnym boksie, zabezpieczonym przed szkodliwym oddziaływaniem promieniowania elektromagnetycznego na otoczenie. Sala do kinezyterapii i gabinet masażu urządzone były w odrębnych pomieszczeniach.

Pomieszczenia były odnowione i wykorzystywane do realizacji świadczeń zdrowotnych zgodnie z zawartym kontraktem.

(akta kontroli str. 300, 316-317)

Opis stanu  
faktycznego

**1.9. Realizacja zakontraktowanych świadczeń zdrowotnych (po zmianach) wyniosła odpowiednio, w zakresie:**

- lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej - 102,7% w 2011 r. (z 38.546 punktów zrealizowano 39.572), 100% w 2012 r. (z 34.684 punktów zrealizowano 34.684), 75,6% w 3 kwartałach 2013 r. (z 32.938 punktów zrealizowano 24.908),
- fizjoterapii ambulatoryjnej – 100,1% w 2011 r. (z 237.726 punktów zrealizowano 238.028), 100% w 2012 r. (z 301.782 punktów zrealizowano 301.900), 106,6% w 3 kwartałach 2013 r. (z 238.971 punktów zrealizowano 254.806),
- rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych – 100,2% w 2011 r. (z 890.911 punktów zrealizowano 892.760), 100,3% w 2012 r. (z 904.475 punktów zrealizowano 906.840), 103,2% w 3 kwartałach 2013 r. (z 683.054 punktów zrealizowano 704.660),
- rehabilitacji neurologicznej – 102,5 % w 2011 r. (z 1.024.019 punktów zrealizowano 1.049.180), 100,6% w 2012 r. (z 963.630 punktów zrealizowano 969.300), 103,9% w 3 kwartałach 2013 r. (z 717.778 punktów zrealizowano 745.690).

(akta kontroli str. 31, 36, 41, 44, 318)

Szpital w badanym okresie wielokrotnie zwracał się do Oddziału NFZ z prośbą o zwiększenie ilości zakontraktowanych świadczeń zdrowotnych w rodzaju rehabilitacja lecznicza oraz o przesunięcia środków z rehabilitacji ambulatoryjnej na rehabilitację szpitalną.

ŁOW NFZ wskazywał na konieczność zakupu świadczeń zdrowotnych w oparciu o plany finansowe oraz na brak możliwości przyznania dodatkowych środków finansowych.

(akta kontroli str. 21-28)

W związku z realizacją zakontraktowanych świadczeń ponad limit określony w zawartych umowach Szpital występował do Oddziału NFZ z wnioskami o zapłacenie za te świadczenia:

- w lutym 2012 r. wystąpił o zapłacenie kwoty 34.320 zł nierozliczonych świadczeń wykonanych w 2011 r., w tym „nadwykonania” na kwotę 30.994 zł. W odpowiedziach z dnia 21 lutego i 14 marca 2012 r. ŁOW NFZ poinformował o braku możliwości dokonania zapłaty.

(akta kontroli str. 29-38)

- w lutym i marcu 2013 r. wystąpił o zapłacenie kwoty 8.997 zł nierozliczonych świadczeń wykonanych w 2012 r. W odpowiedzi z dnia 24 kwietnia 2013 r. ŁOW NFZ poinformował o braku możliwości dokonania zapłaty.

(akta kontroli str. 39-45, 244)

Roszczenia z tytułu świadczeń udzielonych w 2011 r. ponad limity wynikające z zawartej umowy były przedmiotem sporu sądowego, zakończonego podpisaniem w dniu 5 marca 2013 r. ugody z Oddziałem NFZ, który zmienił plan rzeczowo-finansowy i zakres zrealizowanych świadczeń z zakresu rehabilitacji neurologicznej o 9.266,40 zł (cena punktu rozliczeniowego wyniosła 0,33 zł).

(akta kontroli str. 325 pkt 7)

Opis stanu  
faktycznego

**1.10. Działalność Szpitala w zakresie realizacji świadczeń rehabilitacji leczniczej w okresie objętym kontrolą, po uwzględnieniu „nadwykonań” oraz innych przychodów zamknęła się stratą w łącznej wysokości 1.634 tys. zł (w 2011 r. strata wyniosła 345 tys. zł, w 2012 r. 781 tys. zł, w okresie 3 kwartałów 2013 r. 508 tys. zł).**

Największą stratę generował Oddział rehabilitacji – 2.273 tys. zł (715 tys. zł w 2011 r., 903 tys. zł w 2012 r., 655 tys. zł w 3 kwartałach 2013 r.).

Świadczenia realizowane przez poradnię rehabilitacyjną przyniosły stratę w wysokości 40,9 tys. zł (10,3 tys. zł w 2011 r., 18,6 tys. zł w 2012 r., 12,0 tys. zł w okresie 3 kwartałów 2013 r.).

Zysk przynosiła działalność Pododdziału rehabilitacji neurologicznej - w łącznej wysokości 593 tys. zł (355 tys. zł w 2011 r., 108 tys. zł w 2012 r., 130 tys. zł w okresie 3 kwartałów 2013 r.) oraz fizjoterapia ambulatoryjna – w wysokości 86,3 tys. zł (24,9 tys. zł w 2011 r., 33,0 tys. zł w 2012 r., 28,4 tys. zł w okresie 3 kwartałów 3 kwartałów 2013 r.)  
W stosunku do wartości proponowanych przez Szpital w ofercie złożonej NFZ działalność w rodzaju rehabilitacja lecznicza (bez „nadwykonań”) zamknęłaby się stratą w łącznej wysokości 913 tys. zł (331 tys. zł w 2011 r., 592 tys. zł w 2012 r., w 3 kwartałach 2013 r. uzyskano by zysk w kwocie 9,8 tys. zł).

(akta kontroli str. 15-20, 253)

Ilość hospitalizowanych w badanym okresie wynosiła na Oddziale rehabilitacji 361 w 2011 r., 353 w 2012 r. i 273 w okresie 3 kwartałów 2013 r., na Pododdziale rehabilitacji neurologicznej odpowiednio 129, 140, 94. Średnia długość pobytu na Oddziale rehabilitacji wyniosła w analogicznych okresach 22,7, 23,4, 23,8 dni, a na Pododdziale rehabilitacji neurologicznej 31,4, 29,9, 32,9 dni. Procent obłożenia łóżka w omawianych okresach wyniósł odpowiednio – 86,3, 86,8, 91,4 i 73,9, 76,1, 75,5.

(akta kontroli str. 297)

Wg wyjaśnienia Dyrektora Szpitala, na pogorszenie wyniku finansowego rehabilitacji leczniczej w roku 2012 znaczny wpływ miała obniżona przez Oddział NFZ wycena punktów w stosunku do roku 2011 o 10% (z 1 zł do 0,90 zł). Przy podobnej ilości hospitalizowanych, koszt Szpitala w przeliczeniu na 1 punkt rozliczeniowy wzrósł w tym samym okresie o 3,4% (z 1,77 zł do 1,83 zł). Pomimo braku podwyżek wynagrodzeń w 2012 r. ich udział w wartości kontraktu, dla Oddziału rehabilitacji wzrósł z 62,5% do 76%.

(akta kontroli str. 65 pkt 3)

- 1.11. Liczba i cena jednostek rozliczeniowych zgłoszona w ofercie konkursowej kalkulowana była przez Szpital na podstawie wytycznych NFZ, wcześniejszego wykonania kontraktu oraz jako symulacja wykonania świadczeń w roku poprzedzającym rok kontraktowany.

(akta kontroli str. 46-48, 64-65 pkt 2)

- 1.12. Na Szpital nie były nakładane w badanym okresie kary umowne spowodowane niewykonaniem lub nienależytym wykonaniem umów zawartych z Oddziałem NFZ.

(akta kontroli str. 4)

Opis stanu  
faktycznego

- 1.13. W 2011 r. wartość świadczeń zrealizowanych w warunkach domowych wyniosła 457 zł, co stanowiło 0,19% kontraktu na fizjoterapię ambulatoryjną. W 2012 r. wartość tych świadczeń wyniosła 8.148 zł, tj. 3,01% kontraktu rocznego, ale w miesiącach styczniu, sierpniu i grudniu limit miesięczny nie został wykonany. Za 3 kwartały 2013 r. wykonano świadczenia w warunkach domowych o wartości 31.504 zł, tj. 15% kwoty zakontraktowanej.

(akta kontroli str. 56-57, 308)

Uwagi dotyczące  
badanej  
działalności

Szpital w 2011 r. nie wywiązał się w pełni z obowiązku realizacji świadczeń fizjoterapii w warunkach domowych, zapisanego w § 8 ust. 9 zarządzenia nr 53/2010/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 2 września 2010 r.

Najwyższa Izba Kontroli przyjmuje do wiadomości wyjaśnienia Pana Dyrektora wskazujące na to, że przyczyną niewywiązania się przez Szpital z obowiązku realizacji świadczeń fizjoterapii w warunkach domowych było funkcjonowanie na terenie Bełchatowa innych zakładów świadczących tego rodzaju usługi medyczne oraz brak zainteresowania ze strony pacjentów. W okresie 3 kwartałów 2013 r. Szpital udzielił jedynie 5 świadczeń fizjoterapii w warunkach domowych.

Ocena cząstkowa

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

## 2. Organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu rehabilitacji.

Opis stanu  
faktycznego

- 2.1. Zasoby będące w dyspozycji Szpitala służące wykonywaniu świadczeń opieki zdrowotnej, w tym warunki lokalowe, dostępność i kwalifikacje personelu oraz posiadany w sprzęt zgodne były z wymogami określonymi w załączniku nr 3 do zarządzenia Prezesa NFZ nr 53/2010/DSOZ.

(dowód: akta kontroli str. 58-61, 79-106, 142-192, 316-317, 324 pkt 2)

Ustalone  
nieprawidłowości

- 2.2. Kwalifikacje personelu medycznego Szpitala realizującego kontrakt z NFZ na rehabilitację leczniczą w latach 2011-2013 zgodne były ze złożoną ofertą oraz wymogami określonymi w załączniku nr 3 do zarządzenia Prezesa NFZ nr 53/2010/DSOZ.

Stan średniego personelu medycznego realizującego kontrakt z NFZ odbiegał od ilości wykazanej w umowach z NFZ i zawartych do nich aneksach. Część personelu realizującego zakontraktowane świadczenia, obejmującego fizjoterapeutów nie była ujęta w kontraktach na rehabilitację leczniczą.

(dowód: 58-61, 79-106, 142-192, 316-317, 324 pkt 2)

Opis stanu  
faktycznego

- 2.3. W kontrakcie na 2013 r. oraz w zasobie udostępnionym przez Oddział NFZ w „Portalu potencjał”, na dzień 1 października 2013 r. nie ujęto m.in. dynamicznego systemu odciążającego do nauki chodu (nr 8-802-1146), wartości 136.097 zł, przyjętego na stan w listopadzie 2012 r., czy rotoru elektrycznego kończyn górnych i dolnych w pozycji siedzącej (nr 8-802-1148), wartości 16.147 zł, przyjętego na stan w listopadzie 2012 r. Zakupiony w lutym i marcu 2011 r. stół rehabilitacyjny SR-3E i rower treningowy, zgłoszone zostały do „Portalu potencjału” NFZ dopiero w październiku 2011 r. i ujęte w umowach na lata 2012 i 2013 r.

(akta kontroli str. 325 pkt 8)

Ustalone  
nieprawidłowości

Szpital wykazywał w Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia<sup>5</sup> niezetelne dane dotyczące sprzętu wykorzystywanego do realizacji świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza. W Portalu nie była wykazana część zakupionego w latach 2011-2013 sprzętu medycznego, przyjętego na Oddział rehabilitacji do usprawniania pacjentów.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że stół do pionizacji z elektryczną regulacją, dynamiczny system odciążający do nauki chodu, rotory elektryczne kończyn górnych i dolnych w pozycji siedzącej, nie zostały ujęte w aneksie do umowy z NFZ, pomimo kilkukrotnego składania przez Szpital wniosków o ich umieszczenie w zasobach.

Wnioski z dnia 9 i 18 września 2013 r. nie zostały zaakceptowane. Wniosek z dnia 4 października 2013 r. został częściowo zaakceptowany i część sprzętu została przyjęta do kontraktu przez ŁOW NFZ.

Stół rehabilitacyjny do terapii Bobath oraz dwa aparaty do masażu uciskowego, zgodnie z wnioskiem Szpitala z dnia 4 października 2013 r., zostały wprowadzone do Portalu Potencjału w dniu 11 października 2013 r. i obecnie przygotowany jest aneks do umowy.

(akta kontroli str. 290 pkt 7)

Wg informacji uzyskanej z ŁOW NFZ, wniosek w sprawie wprowadzenia do zasobów stołu do pionizacji z elektryczną regulacją, dynamicznego systemu odciążającego do nauki chodu oraz dwóch rotorów elektrycznych kończyn górnych i dolnych w pozycji siedzącej został pozytywnie rozpatrzony przez NFZ w dniu 28 października 2013 r.

(akta kontroli str. 319)

Podjęte zostały działania zmierzające do uaktualnienia w zasobach Szpitala sprzętu medycznego wykorzystywanego do realizacji świadczeń zdrowotnych i zawarcia stosownych aneksów.

(akta kontroli str. 290 pkt 7, 319, 325 pkt 8)

Opis stanu  
faktycznego

- 2.4. W Szpitalu nie było umieszczonych, widocznych z zewnątrz budynku w którym udzielano świadczeń, informacji o godzinach i miejscach udzielania świadczeń w poszczególnych zakresach świadczeń. Wewnątrz budynku nie umieszczono informacji o zasadach zapisów

<sup>5</sup> Zwanym dalej Portalem

na udzielenie porady i wizyty. Również, wewnątrz budynku, nie było informacji o możliwości i sposobie zapisania się na listę oczekujących na świadczenie.

(dowód: akta kontroli str. 272)

Ustalone  
nieprawidłowości

Szpital nie dopełnił obowiązków nałożonych § 11 załącznika do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych:

- umieszczenia informacji widocznych z zewnątrz budynku w którym udzielane są świadczenia, (§ 11 ust. 1 w związku z § 11 ust. 5),
- umieszczenia wewnątrz budynku informacji dotyczącej zasad zapisów na porady i wizyty, z uwzględnieniem świadczeń udzielanych w warunkach domowych (§ 11 ust. 4 pkt 3),
- umieszczenia wewnątrz budynku informacji o możliwości i sposobie zapisania się na listę oczekujących na świadczenie (§ 11 ust. 4 pkt 9)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że informacje o funkcjonujących oddziałach można znaleźć na stronie internetowej Szpitala lub w BIP. Wszelkie informacje dotyczące funkcjonowania ambulatoryjnej opieki specjalistycznej umieszczone są na drzwiach gabinetów, pracowni, zakładów w których udzielane są świadczenia. Informacje na temat zasad zapisów na porady i wizyty udzielane są przez pracownika Rejestracji szpitalnej w specjalnie utworzonym do tego celu punkcie obsługi kolejek oczekujących na udzielenie świadczeń medycznych. Wyczerpujące informacje na ten temat zainteresowani pacjenci uzyskują również od lekarzy oddziałów szpitalnych i pracowników Rejestracji szpitalnej.

Wewnątrz budynku nie podano informacji o możliwości i sposobie zapisania się na listę oczekujących, ponieważ punkt informacyjny stanowi Rejestracja szpitalna. Taka forma komunikacji z pacjentem pozwala na udzielenie odpowiedzi na wszystkie pytania i rozwianie obaw i wątpliwości. Usytuowanie Rejestracji szpitalnej w holu na wprost wejścia do budynku głównego powoduje, że jest to pierwsze miejsce do którego kierują się pacjenci i gdzie uzyskują wskazówki co do miejsca, możliwości Szpitala i zasad jakie muszą być spełnione w celu rozwiązania ich problemów zdrowotnych.

(dowód: akta kontroli str. 289 pkt 1-3)

Najwyższa Izba Kontroli przyjmuje do wiadomości przedstawione wyjaśnienie, ale jednocześnie zwraca uwagę, że powołany wyżej przepis § 11 załącznika do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych zobowiązuje świadczeniodawcę do podania informacji w sposób w nim określony.

Opis stanu  
faktycznego

2.5. Zasady rejestracji pacjentów oczekujących na wizytę, w tym sposób tworzenia kolejki oczekujących na świadczenie rehabilitacji leczniczej, określone zostały w zarządzeniu nr 14A/2008 Dyrektora Szpitala z dnia 8 maja 2008 r.

W celu dokonywania okresowych ocen list oczekujących na udzielenie świadczenia, powołany został w Szpitalu Zespół Oceny Przyjęć pod przewodnictwem zastępcy dyrektora ds. medycznych, którego zadaniem było dokonywanie, co najmniej raz w miesiącu, oceny listy oczekujących na udzielenie świadczenia w szczególności pod względem prawidłowości prowadzenia dokumentacji, czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia, zasadności i przyczyn zmian terminów udzielenia świadczenia oraz przedstawiania dyrektorowi Szpitala sprawozdań z realizacji zadań.

(dowód: akta kontroli str. 292)

Ustalone  
nieprawidłowości

Funkcjonujący w Szpitalu Zespół Oceny Przyjęć nie wywiązywał się z obowiązku wynikającego z art. 21 ust. 1, ust. 4 pkt 1-3 i ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych<sup>6</sup>, zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”, w zakresie dokonywania oceny listy oczekujących na udzielenie świadczenia rehabilitacji leczniczej, co najmniej raz w miesiącu, przeprowadzania oceny list oczekujących na udzielenie świadczenia pod względem: prawidłowości prowadzenia dokumentacji, czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia, zasadności i przyczyn zmian terminów udzielenia świadczeń oraz sporządzania każdorazowo raportu z oceny i przedstawiania go Dyrektorowi Szpitala.

Zespół odbył 9 posiedzeń w 2011 r., 10 posiedzeń w 2012 r. oraz 7 posiedzeń w okresie 9 miesięcy 2013 r., sporządził i przekazał dyrektorowi Szpitala łącznie 10 sprawozdań ze swojej działalności (4 w 2011 r., 2 w 2012 r., 4 w 2013 r.).

<sup>6</sup> Dz.U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.

Wszystkie protokoły z posiedzeń nie zawierały wymaganych informacji na temat zasadności i przyczyn zmian terminów udzielenia świadczeń zdrowotnych. Część protokołów (od 1 kwietnia 2013 r. do 30 września 2013 r.) nie zawierała informacji o przeprowadzeniu oceny listy oczekujących pod względem prawidłowości prowadzenia dokumentacji i czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia.

(dowód: akta kontroli str. 292-293)

Jako przyczynę nieegzekwowania od Zespołu Oceny Przyjęć wywiązywania się z obowiązków nałożonych przez art. 21 ust. 1, ust. 4 pkt 1-3 i ust. 5 ustawy o świadczeniach, podał Pan Dyrektor ograniczenia czasowe członków Zespołu.

(dowód: akta kontroli str. 315)

W ocenie NIK, ograniczenia czasowe członków Zespołu nie mogą usprawiedliwiać braku wykonywania obowiązków nałożonych przez powołany przepis ustawy o świadczeniach.

Opis stanu  
faktycznego

- 2.6. Szpital wywiązywał się z obowiązku nałożonego w art. 20 ust. 2 pkt 2 ustawy o świadczeniach<sup>7</sup>, w zakresie pisemnego informowania świadczeniobiorców o terminie udzielenia świadczeń, poza przypadkami rejestracji telefonicznej do Poradni rehabilitacyjnej.

(dowód: akta kontroli str. 313 pkt 2)

Opis stanu  
faktycznego

- 2.7. Listy oczekujących na realizację świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza nie zawierały rozpoznania lub powodu przyjęcia.

Ustalone  
nieprawidłowości

Zgodnie z art. 20 ust. 2 pkt 3 lit. e ustawy o świadczeniach, świadczeniodawca wpisuje za zgodą świadczeniobiorcy lub jego przedstawiciela ustawowego m.in. rozpoznanie lub powód przyjęcia.

(dowód: akta kontroli str. 221-223, 273)

Kierownik Rejestracji szpitalnej wyjaśnił, że powodem braku wpisów dotyczących rozpoznania lub powodów przyjęcia na Oddział rehabilitacji na liście oczekujących było wystawianie skierowań na leczenie przez lekarza prowadzącego leczenie ambulatoryjne.

(dowód: akta kontroli str. 307 pkt 1 i 2)

Opis stanu  
faktycznego

- 2.8. Szpital wywiązywał się z obowiązku nałożonego w § 8 ust. 2 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 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<sup>7</sup>, zwanego dalej „rozporządzeniem z dnia 20 czerwca 2008 r.”, w zakresie przekazywania NFZ danych dotyczących oczekujących na udzielenie świadczenia na listach oczekujących na wykonanie świadczenia zdrowotnego

(dowód: akta kontroli str. 224-226, 274)

Ustalone  
nieprawidłowości

Sporządzane przez Szpital i przekazywane NFZ raporty nie zawierały takich danych jak „średni czas oczekiwania w miesiącu sprawozdawczym” oraz „datę przeprowadzonej okresowej oceny listy oczekujących”. Umieszczona w raporcie „data oceny”, była datą sporządzenia raportu (zawierała ostatni dzień miesiąca sprawozdawczego).

(dowód: akta kontroli str. 224-226, 274)

Zgodnie z § 8 ust. 2 pkt 1 lit b oraz § 8 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia z dnia 20 czerwca 2008 r., raporty powinny zawierać m.in.: średni czasu oczekiwania, określony zgodnie z załącznikiem nr 7 do rozporządzenia z dnia 20 czerwca 2008 r., datę każdej prowadzonej przez świadczeniodawcę okresowej oceny listy oczekujących, dokonanej zgodnie z art. 21 ustawy o świadczeniach w danym okresie sprawozdawczym.

Wg wyjaśnienia Dyrektora Szpitala, sprawozdawczość z zakresu czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia przygotowywana była automatycznie na podstawie danych wprowadzonych do systemu InfoMedica. Autor oprogramowania, tj. firma Asseco Poland, jest zobowiązany do aktualizacji oprogramowania zgodnie z przepisami prawa i wymogami NFZ. Pole „Data oceny”, widniejące w systemie na formacie statystyk - kolejki oczekujących, jest wypełniane automatycznie przez system. Jest to zawsze data ostatniego dnia danego miesiąca. Zwrócono się do autora systemu o wyjaśnienie wątpliwości.

(dowód: akta kontroli str. 278-279, 290 pkt 4 i 5)

<sup>7</sup> Dz. U. z 2008 r. Nr 123, poz. 801 ze zm.

Opis stanu  
faktycznego

W comiesięcznych raportach przekazywanych ŁOW NFZ, wykazywano jedną osobę oczekującą na pilne świadczenie z zakresu rehabilitacji neurologicznej oraz jednakowy czas oczekiwania na przyjęcie wynoszący 87 dni na koniec maja, czerwca, lipca i sierpnia 2013 r. Wg dokumentacji szpitalnej powyższy przypadek dotyczył pacjenta, który wpisany został na listę oczekujących na przyjęcie w dniu 8 lutego 2013 r., a przyjęty został do Szpitala w dniu 6 maja 2013 r.

(dowód: akta kontroli str. 70-76)

Ustalone  
nieprawidłowości

Błędnie wykazano w miesięcznych raportach przekazywanych do Oddziału NFZ dane o osobach oczekujących na pilne świadczenie z zakresu rehabilitacji neurologicznej. Ordynator Oddziału rehabilitacji wyjaśnił, że pacjent ten omyłkowo został zakwalifikowany do grupy pilnej, z terminem przyjęcia określonym na dzień 17 listopada 2015 r., zamiast do wtórnej rehabilitacji neurologicznej. Błąd został zauważony i naprawiony przez wcześniejsze przyjęcie pacjenta do Szpitala. Popelniony błąd spowodował wygenerowanie błędnego raportu z oczekujących na przyjęcie na rehabilitację neurologiczną.

(dowód: akta kontroli str. 269 pkt 5)

Opis stanu  
faktycznego

2.9. Kontrola danych zawartych na liście oczekujących na przyjęcie na rehabilitację leczniczą wykazała, że:

- część wpisów na listę oczekujących nie była dokonywana w kolejności chronologicznej. Przykładowo pacjentowi wpisanemu na listę oczekujących na przyjęcie na Oddział rehabilitacji w dniu 2 stycznia 2012 r. nadano nr 16, wpisanemu w dniu 14 lutego 2012 r. nadano nr 573, a wpisanemu w dniu 12 marca 2012 r. nadano numer 1,
- części świadczeniobiorcom zakwalifikowanym do tej samej kategorii i wpisanym w okresie późniejszym wyznaczony został wcześniejszy termin hospitalizacji. Przykładowo pacjentom kategorii „stabilny” wpisanym na listę oczekujących na przyjęcie na Oddział rehabilitacji w maju 2011 r. wyznaczono termin przyjęcia w czerwcu 2014 r., a pacjentom kategorii „stabilny” wpisanym na listę oczekujących w sierpniu 2011 r. wyznaczono termin przyjęcia w listopadzie 2013 r.,
- części świadczeniobiorcom zakwalifikowanym do kategorii „pilny” wyznaczony został późniejszy termin hospitalizacji, niż świadczeniobiorcom kategorii „stabilny”. Przykładowo pacjentowi kategorii „pilny” wpisanemu na listę w dniu 17 kwietnia 2013 r. wyznaczono termin przyjęcia 9 marca 2016 r., a pacjentowi kategorii „stabilny” wpisanemu na listę oczekujących w dniu 18 kwietnia 2013 r. wyznaczono termin przyjęcia na dzień 4 stycznia 2016 r.

Niektórzy świadczeniobiorcy wpisani byli na listę oczekujących kilkakrotnie. Przykładowo:

- dwukrotnie na listę oczekujących wpisany został w dniu 28 maja 2010 r. Roman D., pod pozycją 1578 (o godz. 7<sup>51</sup>) i 1591 (o godz. 9<sup>48</sup>). Świadczenia zrealizowane zostały w dniu 10 maja 2012 r.,
- trzykrotnie na listę oczekujących wpisana została w dniach 14 grudnia 2011 r., 17 kwietnia 2013 r. i 13 września 2013 r. Aleksandra Ł., pod pozycją 3238, 102 i 278. Świadczenie zaewidencjonowane w dniu 17 kwietnia 2013 r. zostało zrealizowane w dniu 27 maja 2013 r., świadczenia z dnia 14 grudnia 2011 r. i 13 września 2013 r. były aktywne, a ich termin realizacji wyznaczony został na lata 2014 i 2016,

(dowód: akta kontroli str. 220, 223, 237-252, 280-284, 299, 303)

Ustalone  
nieprawidłowości

Zgodnie z § 3 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<sup>8</sup>, świadczeniobiorcę zakwalifikowanego do kategorii medycznej „przypadek pilny” umieszcza się na liście oczekujących przed świadczeniobiorcami zakwalifikowanymi do kategorii medycznej „przypadek stabilny”.

Kierownik Rejestracji szpitalnej powyższe nieprawidłowości tłumaczył błędami osoby wpisującej pacjentów do kolejki oraz niedopatrzaniem spowodowanym dużą ilością pacjentów i zmęczeniem pracownika.

(do akta kontroli str. 307 pkt 3 i 4, 322 pkt 2 i 3)

<sup>8</sup> Dz. U. Nr 200, poz. 1661

Opis stanu  
faktycznego

Analiza listy oczekujących na przyjęcie w badanym okresie na Oddział rehabilitacji wykazała, że najwcześniej wpisanym na listę oczekujących na realizację świadczenia pacjentem była Tatiana O., zarejestrowana w dniu 13 października 2008 r. (przypadek „pilny”), której świadczenie zostało zrealizowane w dniu 3 lutego 2012 r., tj. po ponad 1.200 dniach.

Na dzień 31 marca 2013 r. najdłużej oczekującym pacjentem był Ryszard S. wpisany na listę oczekujących w dniu 24 lutego 2010 r. Jego termin przyjęcia wyznaczony został na dzień 8 września 2014 r., tj. po 1.656 dniach.

Ten sam termin hospitalizacji wyznaczony został pacjentowi wpisywanemu na listę oczekujących na przyjęcie w styczniu 2012 r.

(dowód: akta kontroli str. 230-252)

Ordynator Oddziału wyjaśnił, że pacjentce Tatianie O., zarejestrowanej w kolejce oczekujących w dniu 13 października 2008 r., wyznaczony został termin przyjęcia do Szpitala na dzień 2 sierpnia 2009 r., a nie 11 stycznia 2012 r. Pacjentka ta hospitalizowana została w dniu 20 listopada 2008 r.

Ponowny wniosek o przyjęcie do Szpitala złożony został przez tą pacjentkę w dniu 28 kwietnia 2010 r., termin jej przyjęcia wyznaczony został na dzień 11 stycznia 2012 r. Została ona hospitalizowana w dniu 28 maja 2012 r.

(dowód: akta kontroli str. 303)

Wg wyjaśnienia kierownika Rejestracji szpitalnej, powodem niezgodności w zapisach w Rejestrze oczekujących na realizację świadczeń w przypadku pacjentki Tatiany O. było nieodnotowanie przyjęcia pacjentki do Szpitala oraz jej kolejnego zgłoszenia na zabiegi.

(dowód: akta kontroli str. 322 pkt 1)

Analiza list oczekujących na hospitalizację wykazała, że niektórym pacjentom wpisanym na listę w okresie późniejszym przyznawany był krótszy termin oczekiwania na realizację świadczenia, niż osobom wpisanym wcześniej. Przykładowo:

- pacjentowi wpisanemu na listę w dniu 28 lutego 2011 r. (poz. 780) zarezerwowano termin przyjęcia na dzień 4 lutego 2013 r., a pacjentowi wpisanemu na listę w dniu 11 marca 2011 r. (poz. 981) zarezerwowano termin przyjęcia na dzień 2 lutego 2013 r. (przypadki stabilne),
- pacjentom wpisanym na listę w dniu 6 kwietnia 2011 (poz. 1231 i 1232) zarezerwowano termin przyjęcia na dzień 6 lipca 2013 r. (przypadek „pilny”) oraz 4 lipca 2013 r. (przypadek „stabilny”).

(dowód: akta kontroli str. 230-252)

Powyższy sposób prowadzenia ewidencji był niezgodny z „Zasadami prowadzenia list oczekujących na świadczenia”, określonymi przez Prezesa NFZ w załączniku nr 12 do zarządzenia nr 93/2008/DSOZ z dnia 22 października 2008 r w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne.

Kierownik Rejestracji szpitalnej wyjaśnił, że rozbieżności w terminach i numerach kolejnych pacjentów oczekujących na przyjęcie do Szpitala wynikały z faktu nadawania kolejnych numerów automatycznie przez system informatyczny. Mogło to być spowodowane błędem osoby wpisującej do kolejki, a następnie skorygowaniem tego błędu lub zmianą terminu na życzenie pacjenta z powodów leżących po jego stronie. Niestety brak jest możliwości ustalenia konkretnych przyczyn tych zmian.

(dowód: akta kontroli str. 228 pkt 1)

Ponadto, Szpital nie przestrzegał „Zasad prowadzenia list oczekujących na świadczenia”, w zakresie nie umieszczania na liście oczekujących pacjentów objętych leczeniem planowym.

Przykładowo, dwukrotnie wpisano na listę oczekujących i przyjęto do Szpitala Mariolę B., pomimo że pacjentka ta, jako osoba niekwalifikująca się do aktywnej rehabilitacji została wypisana z zaleceniem dalszego leczenia ortopedycznego. Ponieważ była to kontynuacja rozpoczętego wcześniej leczenia, rejestracja nie powinna mieć miejsca.

(dowód: akta kontroli str. 228 pkt 1, 298-299, 304-305 pkt 3)

Wg wyjaśnień kierownika Rejestracji szpitalnej program „InfoMedica” do rejestracji osób oczekujących na przyjęcie do Szpitala został pozytywnie zaopiniowany przez NFZ i zaakceptowany przez Ministerstwo Zdrowia. Rozbieżności w terminach i numerze kolejnym wynikały z faktu nadawania przez system informatyczny w sposób automatyczny kolejnych

Ustalono  
nieprawidłowości

numerów z zachowaniem kolejności zgłoszeń pacjentów bez podziału na przypadki pilne i stabilne, i bez podziału na konkretne komórki organizacyjne. W przypadku Oddziału rehabilitacyjnego, jak również wszystkich pozostałych komórek, w związku z obowiązkiem tworzenia dwóch kolejek pilnej i stabilnej, o tym samym lub odległym czasie wpisu, terminy przyjęcia mogły być różne.

W zapisach występuje pewna niezgodność, być może spowodowana błędem osoby wpisującej do kolejki, a następnie skorygowaniem tego błędu, lub zmianą terminu na życzenie pacjenta na dalszy, z powodów leżących po stronie pacjenta, zdrowotnych lub osobistych.

(dowód: akta kontroli str. 228-229)

- 2.10. Szpital nie umożliwił pacjentom, poczynwszy od dnia 1 stycznia 2013 r., umawiania się na wizyty drogą elektroniczną, monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamiania o terminie udzielenia świadczenia. Obowiązek ten nałożony został na Szpital w art. 23a ust. 1 ustawy o świadczeniach.

(dowód: akta kontroli str. 325 pkt 10)

Według wyjaśnienia Dyrektora Szpitala przepisy nakładają na lekarzy obowiązek oceny zdrowia świadczeniobiorcy i orzekania po osobistym zbadaniu pacjenta. Wyznaczanie terminu przyjęcia pacjenta w lecznictwie szpitalnym, w każdym przypadku odbywa się z udziałem pacjenta. Warunkowa obecność chorego powoduje, że ustalenie terminu przyjęcia do Szpitala bez kontaktu z pacjentem za pośrednictwem porozumiewania się na odległość – drogą elektroniczną jest niemożliwe.

Fakt przeprowadzenia badania, jak również termin udzielenia świadczenia, odnotowywany jest na skierowaniu dostarczonym przez pacjenta, potwierdzony pieczęcią osoby wyznaczającej termin, a co się z tym wiąże, pozostaje do wiadomości pacjenta.

(dowód: akta kontroli str. 314)

NIK nie podziela stanowiska Dyrektora przedstawionego w wyjaśnieniu bowiem przepis art.23a ust.1 ustawy o świadczeniach dotyczy możliwości wyznaczenia terminu świadczenia, zleconego na skierowaniu wystawionym przez lekarza.

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

Ocena cząstkowa

#### IV. Uwagi i wnioski

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 Kontroli<sup>9</sup>, wnosi o podjęcie działań zapewniających:

- 1) Bieżące zgłaszanie do NFZ wszystkich zmian dotyczących potencjału wykonawczego realizującego świadczenia z rehabilitacji leczniczej.
- 2) Egzekwowanie od Przewodniczącego Zespołu Oceny Przyjęć wywiązywania się z obowiązków nałożonych w art. 21 ust. 1, ust. 4 pkt 1-3 i ust. 5 ustawy o świadczeniach, dotyczących wymaganej częstotliwości dokonywania okresowej oceny listy oczekującej na przyjęcie do Szpitala oraz jej zakresu.
- 3) Prowadzenie list oczekujących zgodnie z art. 20 ustawy o świadczeniach.
- 4) Umożliwienie pacjentom umawiania się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia, czy powiadamiania o terminie udzielenia świadczenia.

Wnioski  
pokontrolne

<sup>9</sup> Dz. U. z 2012 r., poz. 82 ze zm.

## V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia  
zastrzeżeń

Obowiązek  
poinformowania  
NIK o sposobie  
wykorzystania  
uwag i wykonania  
wniosków

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

Zgodnie z art. 54 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli 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 Delegatury NIK w Łodzi.

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.

Łódź, dnia 20 grudnia 2013 r.

Kontroler

Jan Pawlak

Gł. Specjalista kontroli państwowej



Najwyższa Izba Kontroli

Delegatura w Łodzi

Z upoważnienia Dyrektora

Andrzej Cieniewski

Wicedyrektor

