



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Opolu

LOP – 4101-10-02/2013

P/13/131

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE



## I. Dane identyfikacyjne kontroli

<i>Numer i tytuł kontroli</i>	P/13/131 – Dostępność i finansowanie rehabilitacji leczniczej
<i>Jednostka przeprowadzająca kontrolę</i>	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Opolu
<i>Kontroler</i>	Marek Dudek, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 87809 z dnia 24 sierpnia 2013 r.  (dowód: akta kontroli str. 1-2)
<i>Jednostka kontrolowana</i>	Samodzielny Publiczny Zespół Szpitali Pulmonologiczno-Reumatologicznych z siedzibą w Kup <sup>1</sup>
<i>Kierownik jednostki kontrolowanej</i>	Mirosław Wójciak, Dyrektor Szpitala  (dowód: akta kontroli str. 11)

## II. Ocena kontrolowanej działalności

### Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie<sup>2</sup> działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.

### Uzasadnienie oceny ogólnej

W latach 2011-2013 Szpital udzielał świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza finansowanych ze środków publicznych na podstawie pięciu umów zawartych z Opolskim Oddziałem Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia<sup>3</sup>. W ofertach przedkładanych w ramach konkursu o zawarcie ww. umów Szpital zamieścił rzetelne dane dotyczące m.in. posiadanych i dostępnych zasobów organizacyjnych, kadrowych i sprzętowych. Organizacja procesu udzielania tych świadczeń była prawidłowa, a stwierdzony brak realizacji świadczeń fizjoterapii domowej na kwotę nie mniejszą niż 3% kwoty miesięcznego kontraktu, wynikał z okoliczności niezależnych od kontrolowanej jednostki. Świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza udzielane były według kolejności zgłaszania świadczeniobiorców, przy uwzględnieniu stanu ich zdrowia. Zabiegi fizjoterapeutyczne w Zakładzie Rehabilitacji Leczniczej realizowane były na bieżąco, natomiast średni okres oczekiwania na przyjęcie w Oddziale Rehabilitacyjnym wynosił 563 dni w grudniu 2011 r., a w czerwcu 2013 r. – 459 dni. Listy oczekujących na świadczenia w zakresie rehabilitacji leczniczej prowadzone były w sposób zapewniający poszanowanie sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do tego typu świadczeń opieki zdrowotnej.

<sup>1</sup> Dalej: Szpital.

<sup>2</sup> Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna.

<sup>3</sup> Dalej: OOW NFZ.

### III. Opis ustalonego stanu faktycznego

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

Opis stanu faktycznego

1.1. W Szpitalu obowiązywały Statuty nadane przez Sejmik Województwa Opolskiego<sup>4</sup>, w których m.in. wskazano rodzaje udzielanych świadczeń (w tym rehabilitacja ogólnoustrojowa i neurologiczna), a także jednostki organizacyjne udzielające świadczenia: Szpital Pulmonologiczno-Reumatologiczny w Kup (w którym funkcjonował m.in. Oddział Rehabilitacji Neurologicznej) oraz Szpital Rehabilitacyjno-Reumatologiczny w Pokoju (w którym funkcjonował m.in. Oddział Rehabilitacji, Zakład Rehabilitacji i Ośrodek Rehabilitacji Diennej, a także poradnie specjalistyczne).

(dowód: akta kontroli str. 12-36)

W dniu 28 maja 2013 r. Sejmik Województwa Opolskiego podjął uchwałę nr XXX/383/2013 w sprawie zmiany Statutu Szpitala<sup>5</sup> na podstawie której, m.in. ograniczono (wykreślono) działalność w zakresie rehabilitacji neurologicznej – likwidując Oddział Rehabilitacji Neurologicznej.

W związku z dokonaną zmianą Dyrektor Szpitala w dniach 29 maja 2013 r. i 27 czerwca 2013 r. wystąpił do dyrektora OOW NFZ o wprowadzenie zmian do umowy nr 10041/05/REH/2013 uwzględniającej brak możliwości udzielania świadczeń rehabilitacji neurologicznej. Umowa ta została rozwiązana z dniem 4 lipca 2013 r.

(dowód: akta kontroli str. 178-181, 191-193)

Dane dotyczące komórek organizacyjnych Szpitala, w których udzielano świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza, były prawidłowo ujawnione w księdze rejestrowej podmiotu leczniczego prowadzonej przez wojewodę.

(dowód: akta kontroli str. 170-177)

Szczegółową organizację Szpitala Dyrektor ustalił w Regulaminie organizacyjnym<sup>6</sup>. I tak w dokumencie tym określono m.in. zakres i przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym podstawowe zadania oddziałów szpitalnych, poradni i pracowni diagnostycznych oraz zadania związane z rehabilitacją leczniczą. Zadania te realizowane były zarówno w Szpitalu w Kup (w Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej oraz ambulatorium obejmującym pracownię fizykoterapii i kinezyterapii), jak i w Szpitalu w Pokoju (w Oddziale Rehabilitacyjnym, Zakładzie Rehabilitacji Leczniczej obejmującym pracownie: fizykoterapii, kinezyterapii, hydroterapii, krioterapii, masażu leczniczego i balneoterapii, a także w specjalistycznej poradni rehabilitacyjnej oraz ośrodka rehabilitacji dziennej).

Wprowadzone ww. Regulaminem organizacja Szpitala, uwzględniała postanowienia Statutu, w tym w zakresie przypisania zadań udzielania świadczeń w rodzaju rehabilitacji leczniczej jednostkom organizacyjnym oraz umożliwiała prawidłowe realizowanie zadań ustalonych w umowach zawartych z OOW NFZ w rodzaju rehabilitacja lecznicza.

(dowód: akta kontroli str. 37-41, 42-79)

<sup>4</sup> Nr XVIII/166/2004 z dnia 31 marca 2004 r. w sprawie zatwierdzenia statutu Samodzielnego Publicznego Zespołu Szpitali Pulmonologiczno-Reumatologicznych z siedzibą w Kup (ze zm.) oraz Nr XVIII/245/2012 z dnia 29 maja 2012 r. w sprawie nadania statutu Samodzielnemu Publicznemu Zespołowi Szpitali Pulmonologiczno-Reumatologicznych z siedzibą w Kup.

<sup>5</sup> Dz. Urz. Woj. Opolskiego, poz. 1384.

<sup>6</sup> Regulamin organizacyjny Zespołu Szpitali ustalił Dyrektor zarządzeniami nr 12/2011 z dnia 1 sierpnia 2011 r. zmienionym zarządzeniami: nr: 37/2011 z 17.11.2011 r., 32/2012 z 22.08.2012 r., 46/2012 z 4.12.2012 r. nr 2/2013 z 25.01.2013 r. Poprzednio obowiązywał Regulamin nadany zarządzeniem nr 21/2010 z dnia 19.10.2010 r. ze zmianami zarządzenie nr 5/2011 z dnia 17.02.2011 r. i nr 12/2011 z dnia 1.08.2011 r., dalej; Regulamin

**1.2.** Zgodnie z prowadzoną w Szpitalu ewidencją kontroli zewnętrznych, w okresie objętym kontrolą NIK nie była prowadzona przez konsultantów krajowych w zakresie związanym z rehabilitacją, kontrola działalności tej jednostki.

Kontrolę wykonywania umowy nr 08R/10041/05/REH/2012 w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie: rehabilitacja neurologiczna w warunkach stacjonarnych w I półroczu 2012 r., w okresie od 13 grudnia 2012 r. do 18 stycznia 2013 r., przeprowadzili pracownicy OOW NFZ. W wystąpieniu pokontrolnym do Dyrektora Szpitala z dnia 5 lutego 2013 r., które zostało podpisane przez Z-cę Dyrektora ds. Medycznych OOW NFZ, zawarto cztery zalecenia pokontrolne<sup>7</sup>.

Jednocześnie wezwano Szpital do zwrotu środków z tytułu nieprawidłowo rozliczonych świadczeń, w łącznej wysokości 24 411,80 zł, a także nałożono na Szpital karę w wysokości 8 729,82 zł za nienależyte wykonanie umowy<sup>8</sup>. Szpital dokonał korekty wystawionych faktur oraz dokonał rozliczenia zakwestionowanej kwoty z bieżących płatności, a także w dniu 20 lutego 2013 r. dokonał wpłaty nałożonej kary. Ponadto Dyrektor Szpitala poinformował OOW NFZ, że *w kwestii zaleceń pokontrolnych zapoznano kierownika Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej i personel medyczny z ustaleniami kontroli oraz zobowiązano do przestrzegania zasad realizacji świadczeń zdrowotnych określonych przez płatnika.*

(dowód: akta kontroli str. 3-10, 80-103, 104, 178-181, 354-356)

**1.3.** W ramach ogłoszonych przez OOW NFZ konkursów na udzielanie świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza, Szpital składał oferty dotyczące następujących zakresów: fizjoterapia ambulatoryjna, rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym, lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna, rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych i rehabilitacja neurologiczna.

Oferty te uwzględniały warunki realizacji świadczeń określone w załączniku nr 3 do zarządzenia Nr 53/2010/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 2 września 2010 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza<sup>9</sup> oraz, w zakresie świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej, warunki określone w załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej<sup>10</sup>. W wyniku przeprowadzonych negocjacji Szpital zawarł umowy na świadczenia w ww. zakresach. W okresie obowiązywania umów OOW NFZ (w 2011 r. i 2012 r.) występował do Szpitala z propozycją utrzymania lub zmiany finansowania świadczeń rehabilitacji leczniczej na lata 2012 i 2013 w danym zakresie świadczeń, na które zawarte zostały umowy. W protokołach końcowych z przeprowadzonych w ramach konkursu negocjacji oraz w dokumentach OOW NFZ stanowiących podstawę uzgodnień warunków finansowania w latach 2012-2013 przedstawiana była zarówno propozycja Dyrektora Szpitala, co do liczby świadczeń oraz ich ceny, jak też propozycje OOW NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 296-237, 328-348, 463-475, 654-665)

<sup>7</sup> Zalecenia dotyczyły: przyjmowania pacjentów do rehabilitacji neurologicznej ze skierowaniami z właściwego oddziału szpitalnego lub lekarza specjalisty, prawidłowego kwalifikowania wykonanych świadczeń i prowadzenia dokumentacji medycznej oraz przekazywania danych do OOW NFZ dotyczących rodzaju i liczby wykonanych pacjentowi procedur, wynikających z zapisów w dokumentacji medycznej.

<sup>8</sup> Nałożoną przez dyrektora OOW NFZ karę (8.729,82 zł) zapłacono 20 lutego 2013 r.

<sup>9</sup> Dalej: zarządzenie Nr 53/2010/DSOZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza.

<sup>10</sup> Dz. U. Nr 140, poz. 1145 ze zm.

Jak wyjaśnił Dyrektor Szpitala, w III i IV kwartale każdego roku OOW NFZ mając opracowane plany zakupów na następny rok, wynikające z analizy realizacji świadczeń zdrowotnych roku poprzedniego, wytycznych Narodowego Funduszu Zdrowia<sup>11</sup>, znanego już planu finansowego NFZ i znanej kwoty przeznaczonej w tym planie dla województwa opolskiego, przesłał świadczeniodawcom propozycje finansowania świadczeń podając liczbę jednostek rozliczeniowych i ich planowaną cenę. Propozycje te, w przypadku ich zaakceptowania przez świadczeniodawcę, stanowiły podstawę do zawarcia aneksu do umowy do realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w latach 2012-2013. OOW NFZ w przypadku świadczeń w zakresach lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej, fizjoterapii ambulatoryjnej oraz rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym utrzymywał cenę jednostek rozliczeniowych z lat wcześniejszych, a prowadzone uzgodnienia warunków finansowania dla poszczególnych zakresów dotyczyły ilości proponowanych do realizacji świadczeń. W przypadku świadczeń udzielanych w warunkach stacjonarnych propozycja OOW NFZ była niższa (z 1,30 zł/punkt w 2010 r. do 1,10 zł/punkt w latach 2012 i 2013). Ilość zakontraktowanych świadczeń na lata 2012 i 2013, była większa od poprzedniego roku, co jednak przy obniżonej przez OOW NFZ cenie powodowało wzrost kosztów świadczeń i zmniejszenie rentowności realizowanych usług. Dyrektor stwierdził też, że ewentualny brak zaakceptowania propozycji przedstawionej przez OOW NFZ, skutkowałoby wypowiedzeniem obowiązującej umowy, na co nie ma przyzwolenia społecznego i właścicielskiego samorządu lokalnego.

(dowód: akta kontroli str. 428, 463-475, 651-653, 654-665)

1.4. Na realizację świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza Dyrektor Szpitala zawarł na lata 2011-2013 z OOW NFZ pięć umów, do których strony w trakcie ich obowiązywania wprowadziły 40 aneksów<sup>12</sup>. Umowy oraz ich zmiany uwzględniały postanowienia zawarte w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej<sup>13</sup>. Ww. świadczenia udzielane były z udziałem podwykonawców, z którymi Szpital zawarł stosowane umowy (w 2011 r. z sześcioma podwykonawcami, w 2012 r. – 15 i na 2013 r. – 16). Umowy te zabezpieczały interesy Szpitala, który tym samym zapewniał udzielanie świadczeń w sposób kompleksowy, o którym mowa w § 8 załącznika do rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów. Poniesione przez Szpital koszty związane z udziałem podwykonawców odpowiadały w latach 2011-2013 (I półrocze) odpowiednio 3% (138 tys. zł), 2,8% (140 tys. zł) i 3% (76 tys. zł) przychodów z tytułu realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Wysokość ww. przychodów, poniesionych kosztów oraz uzyskany na tej działalności wynik finansowy, w poszczególnych latach (bez nadwykonań) kształtowała się następująco:

- 2011 r., kwota w umowie 4 593,4 tys. zł, przychody 4 588,9 tys. zł, poniesione koszty 5 713,8 tys. zł, wynik (strata) 1 124,9 tys. zł,
- 2012 r., kwota w umowie 5.056,8 tys. zł, przychody 5 036, tys. zł, poniesione koszty 5 966,7 tys. zł, wynik (strata) 930,7 tys. zł,
- 2013 r., kwota w umowie (na dzień 30 września 2013 r.) 4 518 tys. zł, przychody 2 470, 5 tys. zł, poniesione koszty 2 757,8 tys. zł, wynik (strata) 287,3 tys. zł.

Nadwyżka kosztów prowadzonej działalności polegającej na udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacji leczniczej nad przychodami, w okresie od

<sup>11</sup> Dalej: NFZ.

<sup>12</sup> Zmiany w umowach wprowadzone aneksami wynikała m.in. z zarządzeń Prezesa NFZ, zmian zasobów kadrowych Szpitala, przesunięć w rodzaju świadczeń oraz w jednym przypadku – w 2012 r. - zwiększenia kontraktu w rehabilitacji stacjonarnej o 117 410 punktów (po 1,10 zł), tj. o 129 151 zł (wzrost o 4,5 %).

<sup>13</sup> Dz. U. Nr 81, poz. 484., dalej rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów.

1 stycznia 2011 r. do 30 czerwca 2013 r., wyniosła łącznie 2 342,9 tys. zł. Największy udział w tym zakresie miał ujemny wynik finansowy na działalności dotyczącej rehabilitacji neurologicznej – łącznie 1 573,4 tys. zł, a także w latach 2011 i 2012 fizjoterapii ambulatoryjnej (1 162 tys. zł). Dodatni wynik finansowy odnotowano natomiast w ramach udzielania świadczeń w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych i rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym (łącznie w okresie 1 stycznia 2011 r. - czerwiec 2013 r. w kwocie 646,1 tys. zł).

(dowód: akta kontroli str. 167-169, 585-590, 765-794, 797-815).

W kontrolowanym okresie Dyrektor Szpitala występował do OOW NFZ z 11 wnioskami o zmiany warunków finansowania, w tym przesunięciu środków na świadczenia w rodzaju rehabilitacji lecznicza. Dyrektor wnioskował m.in. o zwiększenie finansowania świadczeń rehabilitacji neurologicznej w 2012 r. o 85 tys. zł, jednak ze względu na ustalony plan finansowy i niedobór środków finansowych, OOW NFZ nie przychylił się do wniosków. W związku ujemnym wynikiem finansowym przy realizacji świadczeń w zakresie rehabilitacji neurologicznej, Szpital już w IV kwartale 2012 r. ograniczył liczbę łóżek przy tych świadczeniach i zwrócił się do OOW NFZ o zmniejszenie liczby świadczeń w tym zakresie, a w maju 2013 r. o rozwiązanie umowy w części obejmującej te świadczenia. W 2012 r. nastąpiła również zmiana umowy z OOW NFZ, polegająca na zwiększeniu środków przeznaczanych na finansowanie świadczeń w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych z 2 664 tys. zł do 2 993,2 tys. zł (o 12 %), co spowodowane było znaczącym wzrostem zapotrzebowania świadczeniobiorców na ten zakres rehabilitacji<sup>14</sup>.

(dowód: akta kontroli str. 158-166, 797-815)

W związku z udzielaniem przez Szpital świadczeń ponad limit określony w umowie z OOW NFZ (tzw. nadwykonania) strony zawarty zostały trzy ugody, na łączną kwotę 58,2 tys. zł<sup>15</sup>.

(dowód: akta kontroli str. 158-166, 797-815)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że ujemny wynik finansowy wynikał bezpośrednio z nadwyżki kosztów działalności nad przychodami, szczególnie w zakresie rehabilitacji neurologicznej i geriatry. Niepełne wykonanie kontraktu w zakresie rehabilitacji neurologicznej w 2012 r. (ok. 20 tys. zł) oraz niezapłacone wykonane ponad limit świadczenia zdrowotne w pozostałych zakresach, utrzymująca się od 3 lat ta sama stawka za jednostkę rozliczeniową w lecznictwie szpitalnym, spadek ceny jednostkowej punktu rozliczeniowego w rodzaju rehabilitacji leczniczej i jednoczesny wzrost kosztów zakupu usług zewnętrznych oraz kosztów zatrudnienia, a także finansowanie utrzymania i rozwoju infrastruktury szpitalnej z własnych środków finansowych Szpitala, powodują generowanie strat oraz pogarszanie się płynności finansowej całej działalności medycznej Szpitala. Ponadto Dyrektor wyjaśnił, że w celu podjęcia działań naprawczych wystąpił z wnioskiem do Zarządu Województwa Opolskiego o ograniczenie działalności medycznej w zakresie najbardziej nierentownej działalności - rehabilitacji neurologicznej. Całkowite koszty działalności Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej w 2012 r. wyniosły 1 787 911 zł. Wynik działalności tego Oddziału, to strata w wysokości 639 259 zł, przy stracie w wysokości 399 630 zł na działalności całego Zespołu Szpitali w Kup. Brak rentowności Oddziału wynikał bezpośrednio z relacji zbyt niskiej wartości kontraktu do bardzo wysokich kosztów osobowych, związanych ze

<sup>14</sup> Średni czas oczekiwania na udzielenie świadczenia w zakresie rehabilitacji stacjonarnej wynosił w styczniu 2011 r. 395 dni, na początku 2012 r. wynosił ponad 560 dni i obniżył się do 474 dni w styczniu 2013 r.

<sup>15</sup> Z tego rehabilitacja neurologiczna 36 tys. zł, rehabilitacja w ośrodku dziennym – 20,6 tys. zł i 1,5 tys. zł rehabilitacja w oddziale stacjonarnym.

spełnieniem norm zatrudnienia określonych dla tego rodzaju świadczeń. W sytuacji braku rentowności Oddziału i generowania wysokiej straty, braku perspektyw rozwoju rehabilitacji neurologicznej w Szpitalu w Kup, konieczności zastąpienia tej działalności inną, zgodną z profilem medycznym Szpitala oraz planami rozwojowymi Szpitala, Sejmik Województwa Opolskiego reprezentujący organ założycielski Szpitala, w dniu 28 maja 2013 r. podjął uchwałę nr XXX/383/2013 ograniczającą zakres realizacji świadczeń szpitalnych w zakresie rehabilitacji neurologicznej.

(dowód: akta kontroli str. 240, 425-426)

1.5. Szpital, na zasadach określonych w § 23 załącznika do rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów przekazywał do OOW NFZ dokumenty rozliczeniowe za zrealizowane świadczenia w rodzaju rehabilitacja lecznicza udzielone w poszczególnych okresach sprawozdawczych. Należności z tytułu realizacji umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza, OOW NFZ przekazywał w terminie 15 dni po dniu dostarczenia dokumentów rozliczeniowych, w kwotach z nich wynikających. Zgodnie z założeniami tej kontroli nie weryfikowano prawidłowości rozliczeń dokonywanych przez Szpital z OOW NFZ, a nieprawidłowości w tym zakresie zostały stwierdzone w trakcie kontroli opisanej w punkcie 1.2. niniejszego wystąpienia.

(dowód: akta kontroli str. 378-382, 384-418)

Ustalone  
nieprawidłowości

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

W badanym okresie Szpital wykonując świadczenia fizjoterapii ambulatoryjnej zobowiązany był wymogami określonymi w § 8 ust. 9 zarządzenia Nr 53/2010/DSOZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza do realizacji świadczeń w fizjoterapii domowej na kwotę nie mniejszą niż 3% kwoty miesięcznego kontraktu w trakcie okresu sprawozdawczego (miesiąc). Szpital w kolejnych badanych latach świadczenia fizjoterapii ambulatoryjnej realizował na podstawie umów:

- w 2011 r. - nr 08R/10041/05/REH/2011 zawartej 3 stycznia 2011 r., na łączną kwotę zobowiązania OOW NFZ w zakresie świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej – 271 964,72 zł, kwota obowiązkowych świadczeń fizjoterapii domowej 8 158,94 zł, tj. 679,90 zł miesięcznie, nie wykonano żadnych świadczeń fizjoterapii domowej;
- w 2012 r. - nr 08R/10041/05/REH/2012 zawartej 29 grudnia 2011 r., na łączną kwotę zobowiązania w zakresie świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej – 271 964,72 zł, kwota obowiązkowych świadczeń fizjoterapii domowej 8 158,94 zł, tj. 679,90 zł miesięcznie nie wykonano żadnych świadczeń fizjoterapii domowej;
- w 2013 r. - nr 08R/10041/05/REH/2013 zawartej 1 stycznia 2013 r., na łączną kwotę zobowiązania w zakresie świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej – 280 560,83 zł, wartość obowiązkowych świadczeń fizjoterapii domowej 8 416,82 zł, tj. 701,41 zł miesięcznie w okresie styczeń – maj 2013 r. - nie wykonano żadnych świadczeń fizjoterapii domowej (świadczenia w kwocie przewyższającej 3 % wykonano w czerwcu, lipcu i sierpniu 2013 r. (za wrzesień 2013 r. – brak jest danych).

(dowód: akta kontroli str. 105-157, 421-423)

Dyrektor Szpitala oraz Kierownik Zakładu Rehabilitacji Leczniczej wyjaśnili, że brak udzielenia, w okresie od stycznia 2011 r. do maja 2013 r., obowiązkowych świadczeń fizjoterapii domowej na kwotę nie mniejszą niż 3% kwoty miesięcznego kontraktu na fizjoterapię ambulatoryjną, wynikał wyłącznie z tego, że świadczenia fizjoterapii domowej udzielane są na podstawie skierowań lekarskich, w których wskazane jest wykonanie takich świadczeń w warunkach domowych. Na liczbę skierowań lekarskich i związanych z tym świadczeń fizjoterapii w warunkach domowych, żaden z pracowników Szpitala nie ma żadnego wpływu.

(dowód: akta kontroli str. 424, 427)

#### Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli, uwzględniając złożone przez Dyrektora Szpitala oraz Kierownika Zakładu Rehabilitacji Leczniczej wyjaśnienia, ocenia pozytywnie działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.

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

Opis stanu faktycznego

2.1. Kontrola wykazała, że będące w dyspozycji Szpitala zasoby (w tym warunki lokalowe, dostępność i kwalifikacje personelu, zaopatrzenie w sprzęt) niezbędne do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza były zgodne z przedstawionymi w ofertach, jak też spełniały wymagania określone w załączniku nr 3 do zarządzenia Nr 53/2010/DSOZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza<sup>16</sup>.

Wykorzystywana aparatura i sprzęt medyczny posiadały stosowne certyfikaty, atesty i potwierdzenia dopuszczenia ich do użytku, a także objęte były aktualnymi przeglądami przeprowadzonymi przez uprawnione podmioty. Szpital zawarł umowę z wyspecjalizowanym podmiotem zewnętrznym na dokonywanie konserwacji, przeglądów i wykonywanie innych usług niezbędnych do utrzymania stałej zdolności techniczno-eksploatacyjnej sprzętu wykorzystywanego do udzielania świadczeń opieki medycznej, w tym w rodzaju rehabilitacja lecznicza, wyszczególnionego w załącznikach ofert i umów z OOW NFZ.

W toku realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zmiany w załącznikach do tych umów, obejmujące zasoby (personel, sprzęt i wyposażenia) wprowadzane były na zasadach ustalonych w § 6 załącznika do ww. rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów

(dowód: akta kontroli str. 105-166, 247-274, 275-327, 328-348, 383)

2.2. Pomieszczenia, w których udzielano świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza, oznakowane były zgodnie z wytycznymi NFZ i wymogami określonymi w § 11 rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów, za wyjątkiem przypadków o których mowa w dalszej części wystąpienia.

(dowód: akta kontroli str. 216-235, 275-295, 436-438)

<sup>16</sup> W ofertach na realizację świadczeń oraz w części II załączników nr 2 (zasoby) do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie rehabilitacja lecznicza na lata 2001-2013 zawarto wykaz personelu: pracowników Szpitala oraz osób z którymi zawarto umowy cywilnoprawne na wykonywanie czynności z zakresu rehabilitacja lecznicza. W przypadku czterech osób będących pracownikami Szpitala stwierdzono, że w aktach osobowych brak było dokumentów jednoznacznie potwierdzających posiadane stopnie naukowe lub kwalifikacje zawodowe. Brakujące dokumenty zostały niezwłocznie uzupełnione i dołączone do akt osobowych tych pracowników.

2.3. W ramach udzielania świadczeń rehabilitacji leczniczej, zabiegi fizjoterapeutyczne w Zakładzie Rehabilitacji Leczniczej realizowano na bieżąco, natomiast w Oddziale Rehabilitacyjnym (stacjonarnym) na podstawie prowadzonych list oczekujących, w których ustalano kolejność udzielenia tego typu świadczenia z uwzględnieniem kolejności zgłoszeń oraz wskazań medycznych. Listy te prowadzone były z wykorzystaniem narzędzia informatycznego udostępnionego przez OOW NFZ i zawierały dane świadczeniobiorców wskazane w art. 20 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>17</sup>.

W prowadzonych w Szpitalu listach oczekujących gromadzone były dane wskazane w § 8 ust. 1 pkt 1-7 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych danych oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych<sup>18</sup>.

Zapisy dokonywane były każdego dnia pracy przez osoby, którym obowiązki te ustalono w zakresach czynności i posiadające upoważnienia do przetwarzania danych osobowych, o których mowa w art. 37 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych<sup>19</sup>.

Po wpisaniu na listę oczekujących świadczeniobiorcy informowani byli listownie (przesyłą zwykłą) o wyznaczonym terminie przyjęcia do Oddziału Rehabilitacyjnego, a w przypadkach podania przez świadczeniobiorcę danych, także telefonicznie.

Średni czas oczekiwania na przyjęcie świadczeniobiorcy na Oddział Rehabilitacyjny wynosił w 2011 r. od 395 (styczeń) do 563 dni (grudzień), w 2012 r. od 484 (grudzień) do 571 dni (marzec), a w I półroczu 2013 r. od 445 (kwiecień) do 474 dni (styczeń). Przyczyną takiego czasu oczekiwania była zbyt mała ilość (kwota) zakontraktowanych świadczeń opieki zdrowotnej w tym zakresie, wynikających z ograniczonego dysponowania przez OOW NFZ środków na finansowanie świadczeń rehabilitacji leczniczej.

Szpital, od dnia 1 stycznia 2013 r. umożliwił pacjentom umawianie na wizyty drogą elektroniczną, poprzez moduł e-Pacjent, stosownie do postanowień art. 23a ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

(dowód: akta kontroli str. 429-449, 457-462, 478-481, 532-538, 619-650, 823)

W kontrolowanym okresie, listy oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, w tym w rodzaju rehabilitacji leczniczej, podlegały okresowej, nie rzadziej niż jeden raz w miesiącu, ocenie. Oceny tej dokonywał Zespół oceny przyjęć powołany przez Dyrektora Szpitala zgodnie z art. 21 ust. 1, 2 i 6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Sporządzany na podstawie art. 21 ust. 5 ustawy raport z oceny był przedstawiany Dyrektorowi Szpitala.

Listy oczekujących na świadczenia w zakresie rehabilitacji leczniczej prowadzone były przez świadczeniodawcę w sposób zapewniający poszanowanie sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do tego typu świadczeń opieki zdrowotnej.

(dowód: akta kontroli str. 463-475, 563-570, 571-582, 583, 584, 594-618, 653)

<sup>17</sup> Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 ze zm. dalej: *ustawa z o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*.

<sup>18</sup> Dz. U. Nr 123, poz. 801 ze zm., dalej: *rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców*.

<sup>19</sup> Dz. U. z 2002 r., Nr 101, poz. 926 ze zm.

2.4. Raporty statystyczne list oczekujących na świadczenia w rodzaju rehabilitacji leczniczej, świadczeniodawca przekazywał do OW NFZ z wykorzystaniem narzędzia informatycznego, za każdy miesiąc w badanym okresie, nie później niż w terminie dziesięciu dni od zakończenia miesiąca<sup>20</sup>. Przekazywane dane zawierały informacje wymagane § 8 ust. 2 pkt 1 i 2 rozporządzenia w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców.

Wykazany w tych raportach średni czas oczekiwania, obliczany był odrębnie dla każdej z osób wpisanych na listę oczekujący, zgodnie z pkt 2 załącznika nr 7 do ww. rozporządzenia, z wykorzystaniem narzędzia informatycznego udostępnionego Szpitalowi przez OOW NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 430-432, 433-435, 450-456, 621-628)

Ustalone  
nieprawidłowości

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

Wewnątrz budynków siedziby i jednostek organizacyjnych świadczeniodawcy (Szpitala w Pokoju i Szpitala w Kup), nie umieszczono informacji o możliwości i sposobie zapisania się na listę oczekujących na świadczenie. Obowiązek taki ustalono w § 11 ust. 4 pkt 9 załącznika do rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów.

Dyrektor Zespołu Szpitali wyjaśnił, że brak takich informacji wynikał z przeoczenia, spowodowanego m.in. obowiązkami związanymi z przeprowadzonym procesem akredytacyjnym dotyczącym praw i obowiązków pacjenta.

W trakcie trwania kontroli, w siedzibie i wszystkich jednostkach organizacyjnych Szpitala, zamieszczone zostały wymagane informacje dotyczące możliwości i sposobu wpisania się na listę oczekujących.

(dowód: akta kontroli str. 216-226, 227-236, 239,241-246, 436-438)

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli, uwzględniając bezzwłoczną realizację ww. obowiązków informacyjnych, ocenia pozytywnie działalność kontrolowanej jednostki w badanym obszarze.

## IV. Uwagi i wnioski

Wnioski pokontrolne

W związku z pozytywną oceną kontrolowanej działalności, jak również usunięciem w trakcie kontroli nieprawidłowości opisanych w pkt 2 niniejszego wystąpienia, Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje wniosków pokontrolnych.

<sup>20</sup> W przypadku czterech (spośród 32) eksportów raportów z wykorzystaniem narzędzie informatycznego, tj. za czerwiec 2011 r.; luty i sierpień 2012 r. oraz styczeń 2013 r. – opóźnienie, od jednego do trzech dni, nastąpiło z przyczyn leżących po stronie OOW NFZ i było spowodowane okresowym brakiem dostępności aplikacji informatycznej.

## 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 Delegatury NIK w Opolu.

Opole, dnia 28 października 2013 r.

Kontroler  
Marek Dudek  
Główny specjalista kontroli państwowej

.....  
*podpis*

Najwyższa Izba Kontroli  
Delegatura w Opolu

Dyrektor

.....  
*podpis*