



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Poznaniu

LPO – 4101-018-02/2013

P/13/131

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Poznaniu

ul. Dożynkowa 9H, 61-662 Poznań

T +48 61 655 62 00, F +48 61 655 62 01

lpoc@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 Poznaniu
Kontroler	Maria Wojcińska, inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 87750 z 13 listopada 2013 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2)
Jednostka kontrolowana	Szpital Wojewódzki w Poznaniu, ul. Juraszów 7/19, 60-479 Poznań (dalej: Szpital lub Świadczeniodawca)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Jacek Łukomski, dyrektor Szpitala (dowód: akta kontroli str. 6)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Uzasadnienie oceny ogólnej

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości¹ działalność kontrolowanej jednostki w zakresie zapewnienia dostępności i finansowania rehabilitacji leczniczej w latach 2011-2013 (do 30 listopada).

Pozytywną ocenę uzasadnia stopień wykorzystania środków finansowych zakontraktowanych z Wielkopolskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej: Oddział Funduszu) na podstawie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza, jak również zapewnienie odpowiednich warunków niezbędnych do realizacji świadczeń i prawidłowe wypełnianie przez Świadczeniodawcę obowiązków informacyjnych wobec pacjentów.

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły m.in.:

- niezgodności zasobów będących w dyspozycji Świadczeniodawcy, służących wykonywaniu świadczeń opieki zdrowotnej (tj. sprzętu oraz personelu) ze złożonymi do Oddziału Funduszu ofertami oraz umowami o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,
- nierzetelnego prowadzenia list oczekujących na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,
- braku dokonywania co najmniej raz w miesiącu oceny wszystkich list oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej.

W ocenie NIK, działalność jednostki nie w każdym przypadku zapewniała poszanowanie zasady równego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej.

¹ Najwyższa Izba Kontroli w ocenie ogólnej i przy ocenach cząstkowych stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Wykonanie umów zawartych z Oddziałem Funduszu

Opis stanu
faktycznego

Struktura i zadania poszczególnych jednostek organizacyjnych odpowiedzialnych za realizację świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza zostały określone w Statucie Szpitala oraz Regulaminie Organizacyjnym. Zgodnie ze Statutem Świadczeniodawca prowadził działalność w ramach Szpitala Wielospecjalistycznego, Przychodni Wielospecjalistycznej oraz Szpitala Rehabilitacyjnego, w którym udzielane były świadczenia objęte kontrolą.

(dowód: akta kontroli str.7-32)

Działalność dotycząca rehabilitacji leczniczej nie była przedmiotem kontroli zewnętrznych.

(dowód: akta kontroli str. 445-448)

Szpital udzielał świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie następujących umów (kontraktów):

- umowy z 18 lutego 2011 r. (aneks nr AP do umowy² o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza zawarty na okres od 1 stycznia 2011 r. do 31 grudnia 2011 r.),
- umowy z 31 stycznia 2012 r.³ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza zawartej na okres od 1 stycznia 2012 r. do 31 grudnia 2016 r. (w planie rzeczowo-finansowym określono wartość kontraktu na 2012 r.),
- umowy z 21 grudnia 2012 r. (aneks nr AP do umowy⁴ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza zawarty na okres od 1 stycznia 2013 r. do 31 grudnia 2013 r.).

Kontrakty każdorazowo dotyczyły trzech zakresów świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza, tj.: rehabilitacji neurologicznej, rehabilitacji kardiologicznej w warunkach stacjonarnych (dalej: rehabilitacja kardiologiczna) oraz rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych (dalej: rehabilitacja ogólnoustrojowa).

(dowód: akta kontroli str.33-238, 242-297)

W ofercie na lata 2009-2011 Świadczeniodawca przedstawił liczbę osobodni możliwą do wykonania, korzystając z wzoru: liczba łóżek x liczba dni w roku x 90 (wskaźnik wykorzystania łóżka). Liczby jednostek rozliczeniowych dla poszczególnych zakresów zostały ustalone podczas negocjacji z Oddziałem Funduszu. Do ich obliczenia brano pod uwagę ustalone przez Oddział Funduszu liczby punktów dla osobodni: w rehabilitacji kardiologicznej – 100 pkt, w rehabilitacji ogólnoustrojowej – 110 pkt, w rehabilitacji neurologicznej wczesnej – 150 pkt, w rehabilitacji neurologicznej wtórnej – 120 pkt, w rehabilitacji neurologicznej ciężkich uszkodzeń ośrodkowego układu nerwowego – 190 pkt. Ceny dla poszczególnych zakresów ustalono w oparciu o ponoszone koszty i możliwe do wykonania osobodni.

W ofercie na lata 2012-2016 liczby jednostek rozliczeniowych ustalono, biorąc za podstawę możliwą do wykonania liczbę osobodni, a dla rehabilitacji neurologicznej i kardiologicznej także najwyższe liczby punktów dla danej grupy JGP (Jednolite Grupy Pacjentów) oraz wartość wykonanego świadczenia w roku 2011.

² Umowa nr 150000038/05/1/0012/0/09/11.

³ Umowa nr 150000038/05/1/0214/0/12/16.

⁴ Umowa nr 150000038/05/1/0214/0/12/16.

W przypadku rehabilitacji kardiologicznej podwyższono cenę w ofercie do 1,60 zł (w stosunku do roku poprzedniego), dokonując obliczeń wartości, którą Oddział Funduszu zamierzał przeznaczyć na ten rodzaj świadczeń i możliwości wykonawczych w dwóch placówkach realizujących dotychczas te świadczenia.

(dowód: akta kontroli str. 428-431)

W trakcie obowiązywania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dokonywano ich zmian. Aneksy dotyczyły m.in. aktualizacji planów rzeczowo-finansowych na kolejne lata budżetowe, a w trakcie roku, zmiany liczby punktów rozliczeniowych oraz harmonogramów pracy lekarzy.

(dowód: akta kontroli str. 302-304)

Corocznie najwięcej środków Szpital otrzymywał w ramach kontraktowania rehabilitacji kardiologicznej (w 2011 r. Oddział Funduszu zapłacił Szpitalowi kwotę 2 129 796,50 zł, w 2012 r. – 2 550 983,50 zł, a do 30 września 2013 r. – 1 852 181,50 zł).

W 2011 r. Świadczeniodawca wykazał nadwykonania w zakresie rehabilitacji kardiologicznej oraz neurologicznej w wysokości 520 716,50 zł. Zostały one rozliczone z Oddziałem Funduszu w drodze ugody pozasądowej, w wyniku której zapłacono Szpitalowi 343 811,20 zł.

(dowód: akta kontroli str. 308-316, 317-319, 324-337)

W przypadku rehabilitacji ogólnoustrojowej działalność Szpitala do 30 września 2013 r. przynosiła stratę. W pozostałych zakresach przynosiła ona stratę lub zysk, w zależności od przyjętego sposobu ustalania wyniku finansowego (np. w stosunku do wykonania kontraktu z nadwykonaniami):

- w rehabilitacji kardiologicznej w 2011 r. odnotowano stratę w wysokości 35 395,56 zł, w 2012 r. – zysk 15 265,88 zł, a w 2013 r. (stan na 30 września) – zysk 53 501,95 zł,

- w rehabilitacji neurologicznej w 2011 r. odnotowano zysk 84 414,19 zł, w 2012 r. – stratę 27 099,78 zł, a w 2013 r. (stan na 30 września) – stratę 66 950,51 zł.

(dowód: akta kontroli str. 338-340)

Szpital otrzymywał z Oddziału Funduszu należności za wykonane świadczenia w terminie określonym w § 24 ust. 1 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁵ (dalej: rozporządzenie w sprawie OWU). W pięciu przypadkach środki przekazano z opóźnieniem wynoszącym 168, 88, 23, 13 i 8 dni⁶.

(dowód: akta kontroli str. 324-337, 359, 511)

Na Świadczeniodawcę nie nałożono kar umownych w związku z niewykonaniem lub nienależytym wykonaniem umowy zawartej z Oddziałem Funduszu.

(dowód: akta kontroli str. 445, 448)

W 2011 r. świadczenia w rodzaju rehabilitacja lecznicza były udzielane z udziałem podwykonawcy wykonującego badania laboratoryjne. Zawarta pomiędzy stronami umowa zawierała zastrzeżenie o prawie NFZ do przeprowadzenia kontroli świadczeniodawcy, stosownie do § 7 ust. 3 zarządzenia nr 53/2010/DSOZ Prezesa

⁵ Dz.U z 2008 r., Nr 81, poz. 484.

⁶ Dotyczy odpowiednio faktur nr: 283/DSR/2011, 66/DSR/2011, 193/DSR/2013, 206/DSR/2013, 210/DSR/2013.

NFZ z 2 września 2010 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza⁷ (dalej: zarządzenie nr 53/2010/DSOZ).

(dowód: akta kontroli str. 205, 270, 296, 298-301)

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

Uwagi dotyczące
badanej działalności

W 19 przypadkach nie można było stwierdzić, czy Świadczeniodawca dostarczał faktury w terminie określonym w § 23 ust. 3 załącznika do rozporządzenia w sprawie OWU, który stanowi, że dokumenty rozliczeniowe świadczeniodawca składa oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu w terminie do 10. dnia każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni. Dokumenty zostały zamieszczone w Systemie Zarządzania Obiegiem Informacji (dalej: SZOI) po terminie określonym w ww. rozporządzeniu, natomiast w przypadku wersji papierowych Szpital nie pobierał potwierdzeń ich dostarczenia do Oddziału Funduszu, w związku z tym nie można było stwierdzić, czy zostały one złożone terminowo. Kierownik Działu Statystyki i Rozliczeń Szpitala oświadczył, że podpisane faktury i faktury-korekty są dostarczane przez pracownika Szpitala do Oddziału Funduszu w tym samym dniu lub dnia następnego (sporadycznie 2-3 dni później niż dzień wystawienia). Z uwagi na fakt, że wersje papierowe faktur i korekt są podstawą zatwierdzenia elektronicznych wersji dokumentów, ich zaksięgowania i zapłaty, Świadczeniodawca nie pobierał potwierdzeń dostarczenia faktur.

(dowód: akta kontroli str. 324-337, 358-361)

Zgodnie z § 24 ust. 4 załącznika do rozporządzenia w sprawie OWU, jeżeli oddział wojewódzki Funduszu nie dokona płatności należności w terminie, świadczeniodawcy przysługują odsetki ustawowe. Szpital nie ubiegał się o zapłatę ustawowych odsetek w wysokości 1 412,60 zł (w związku z nieterminowym opłaceniem faktur nr 283/DSR/2011, 66/DSR/2011, 193/DSR/2013, 206/DSR/2013, 210/DSR/2013), ze względu na współpracę z Oddziałem Funduszu.

(dowód: akta kontroli str. 324-337, 359)

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność Szpitala w zakresie wykonania umów zawartych z Oddziałem Funduszu.

2. Organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu rehabilitacji

Opis stanu
faktycznego

Zasoby będące w dyspozycji Świadczeniodawcy, służące wykonywaniu świadczeń opieki zdrowotnej (tj.: sprzęt, warunki lokalowe oraz dostępność i kwalifikacje personelu), były zgodne z wymaganiami określonymi w załączniku nr 3 do zarządzenia nr 53/2010/DSOZ.

(dowód: akta kontroli str. 341-357, 362-363, 501)

Pomieszczenia, w których udzielane były świadczenia, zostały oznakowane zgodnie z wymogami określonymi w § 11 załącznika do rozporządzenia w sprawie OWU.

(dowód: akta kontroli str. 440-441)

Zapisy pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia w Szpitalu określał Regulamin Organizacyjny oraz zarządzenie nr 15/2004 dyrektora Szpitala

⁷ Zmienione zarządzeniami Prezesa NFZ: nr 6/2011/DSOZ z 11 lutego 2011 r., nr 30/2011/DSOZ z 29 czerwca 2011 r., nr 40/2011/DSOZ z 25 sierpnia 2011 r., nr 52/2011/DSOZ z 30 września 2011, nr 76/2012/DSOZP z 9 listopada 2012 r., nr 9/2013/DSOZ z 12 marca 2013 r.

z 4 listopada 2004 r. w sprawie listy ubezpieczonych oczekujących na udzielenie świadczenia (dalej: zarządzenie w sprawie listy oczekujących). Pacjentów zapisywano na listy oczekujących każdego dnia pracy. Listy były prowadzone odrębnie dla każdego oddziału. W poszczególnych komórkach organizacyjnych wyznaczone zostały osoby odpowiedzialne za prowadzenie list i dokonywanie wpisów. W oddziałach rehabilitacyjnych były to pielęgniarki oddziałowe i rejestratorki. Nadzór nad prowadzeniem list sprawowali ordynatorzy oddziałów. Wypracowana w Szpitalu praktyka wyznaczania terminu przebiegała w następujący sposób: pacjenci lub ich rodziny dostarczali na oddział skierowanie do Szpitala oraz inną dokumentację od lekarza kierującego, pozwalającą zakwalifikować pacjenta na rehabilitację. Po zakwalifikowaniu wyznaczano termin przyjęcia, biorąc pod uwagę maksymalne wykorzystanie posiadanych łóżek, terminy zakończenia rehabilitacji przez leczonych aktualnie pacjentów oraz konieczność przyjęcia pacjentów bezpośrednio z Oddziału Udarowego z Intensywnym Nadzorem nad Chorymi z Udarem Mózgu i oddziałów o profilu kardiologicznym Szpitala. W przypadku konieczności skorygowania terminu przyjęcia Szpital powiadamiał pacjenta lub rodzinę głównie drogą telefoniczną.

(dowód: akta kontroli str. 7-8, 483-485, 428, 431)

W 28 przypadkach Świadczeniodawca przekazywał do Oddziału Funduszu w formie elektronicznej wymagane raporty statystyczne w zakresie świadczeń rehabilitacji leczniczej, w terminie określonym w § 8 ust. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych⁸ (dalej: rozporządzenie w sprawie niezbędnych informacji). Raporty zawierały dane określone w § 8 ust. 2 pkt 1 ww. rozporządzenia.

(dowód: akta kontroli str. 489, 509-510)

Dane wynikające z list oczekujących prowadzonych przez Świadczeniodawcę w przypadku rehabilitacji neurologicznej oraz rehabilitacji ogólnoustrojowej były zgodne z miesięcznymi raportami przekazywanymi do Oddziału Funduszu.

(dowód: akta kontroli str. 490-496, 519-524)

Sposób ustalania średniego czasu oczekiwania na świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej w poszczególnych jednostkach organizacyjnych był zgodny ze sposobem określonym w załączniku nr 7 do rozporządzenia w sprawie niezbędnych informacji.

(dowód: akta kontroli str. 516-526)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. Zasoby będące w dyspozycji Szpitala, służące wykonywaniu świadczeń opieki zdrowotnej (tj.: sprzęt oraz dostępność i kwalifikacje personelu), nie były zgodne z ofertą Świadczeniodawcy i umowami zawartymi z Oddziałem Funduszu.

Zgodnie z § 6 ust. 2 załącznika do rozporządzenia w sprawie OWU zmiany w załączniku do umowy wymagają zgłoszenia najpóźniej w dniu poprzedzającym ich powstanie albo – w przypadkach losowych – niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia. Ponadto, zgodnie z § 2 ust. 9 umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z Oddziałem Funduszu, świadczeniodawca zobowiązany był do bieżącego

⁸ Dz. U. z 2008 r., Nr 123, poz. 801, ze zm.

aktualizowania danych o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy, przez który rozumie się zasoby będące w dyspozycji świadczeniodawcy służące wykonywaniu świadczeń.

W przypadku personelu wykazanego w umowach na lata 2011-2013 stwierdzono, że Świadczeniodawca: podał nieprawidłowe daty uzyskania specjalności (w przypadku lekarzy: S.B-B, M.B-S., J.D., I.P., W.S., E.D-Ś., M.H-O, M.K.); zgłosił osoby, które zakończyły pracę w Szpitalu lub przebywały na urlopie bezpłatnym i nie dokonał aktualizacji umowy, w tym zakresie nieprawidłowość dotyczyła: A.S. (pracownik zgłoszony w umowie na lata 2012-2013, a umowa o pracę rozwiązana z dniem 20 września 2011 r.), J.G. (pracownik zgłoszony w umowie na rok 2011, a z teczki osobowej wynika, że w 2011 r. przebywała ona na urlopie bezpłatnym), M.K. (pracownik wykazany w umowie na rok 2011, a umowa o pracę rozwiązana z dniem 31 października 2010 r.), L.B. (pracownik wykazany w umowie na rok 2011, a umowa o pracę rozwiązana z dniem 31 października 2010 r.), M.Z. (pracownik zgłoszony w umowie na rok 2011, a umowa o pracę rozwiązana z dniem 31 lipca 2010 r.), E.D-Ś. (pracownik wykazany w umowie na rok 2011, a umowa cywilnoprawna rozwiązana z dniem 30 czerwca 2010 r.), W.M-M., (pracownik wykazany w umowie na rok 2011, a umowa o pracę rozwiązana z dniem 31 stycznia 2008 r.). Ponadto, Świadczeniodawca wskazał miejsce udzielania świadczenia odmienne od miejsca pracy określonego w umowie o pracę (w przypadku pani M.W) oraz nie wykazał nowozatrudnionych pracowników wykonujących pracę w Szpitalu Rehabilitacyjnym w umowach na lata 2012-2013 (dotyczy A.W. i J.J.).

Osobą odpowiedzialną za stwierdzone nieprawidłowości był kierownik Działu Statystyki i Rozliczeń Szpitala (do zadań Działu należało m.in. przekazywanie danych dotyczących potencjału Szpitala i ich bieżące aktualizowanie w Portalu Świadczeniodawcy). Wyjaśnił on, że podawanie błędnych dat specjalizacji było skutkiem zamieszczania nieprawidłowych danych w bazie NFZ. W niektórych przypadkach mogły nastąpić pomyłki pisarskie i błędy ludzkie (wynikające również z rotacji pracowników). Przyczyną wskazywania w umowach zawieranych z Oddziałem Funduszu osób niepracujących w Szpitalu lub przebywających na urlopiach było niedopełnianie przez pracowników obowiązku wypełniania kart obiegowych i ich potwierdzania w Dziale Statystyki i Rozliczeń (do grudnia 2009 r. w Dziale Organizacyjnym). Ponadto, NFZ wprowadził uregulowanie, że zmiany dotyczące okresu zatrudnienia można dokonać najpóźniej w dniu zakończenia umowy. W takich sytuacjach mogły powstać różne nieścisłości. Niezgodność w miejscu wykonywania świadczenia w przypadku pani M.W. należy traktować jako pomyłkę, natomiast brak wprowadzenia nowych pracowników do umowy wynika z ułomności systemu SZOI.

W przypadku sprzętu zgłoszonego w umowie na 2013 r. stwierdzono następujące niezgodności ze stanem faktycznym⁹:

- brak wskazanego sprzętu - w przypadku rehabilitacji ogólnoustrojowej: diatermii z 1988 r. o numerze seryjnym 880114, zestawu do elektroterapii z osprzętem o numerze seryjnym 75294 oraz sprzętu do ultradźwięków o numerze seryjnym 950087 z 1995 r.; w przypadku rehabilitacji ogólnoustrojowej oraz rehabilitacji kardiologicznej: kardiomonitora o numerze seryjnym 10182669 z 1992 r.; w przypadku świadczeń w zakresie rehabilitacji kardiologicznej: EKG z 1997 r. o numerze seryjnym 166/97/P, USG z 1994 r. o numerze seryjnym 77000C, EKG z 2004 r. o nieokreślonym numerze seryjnym, EKG z 1986 r. o numerze seryjnym 8616438 oraz pompy infuzyjnej z 2009 r.; w przypadku rehabilitacji ogólnoustrojowej

⁹ Oględziny w Szpitalu Rehabilitacyjnym przeprowadzone 21 listopada 2013 r.

oraz rehabilitacji neurologicznej: sprzętu do ultradźwięków o numerze seryjnym 900086 z 1986 r. Ponadto, wskazano, że do udzielania świadczeń w zakresie rehabilitacji kardiologicznej będą wykorzystywane dwa urządzenia typu SSAK. Stwierdzono, że na Oddziale Rehabilitacji Kardiologicznej znajduje się tylko jedno takie urządzenie,

- błędy w numerach seryjnych oraz dacie pochodzenia sprzętu - wskazano, że do udzielania świadczeń w zakresie rehabilitacji kardiologicznej będzie wykorzystywane EKG z 2007 r. o numerze seryjnym 212 (stwierdzono, że EKG posiada numer seryjny 17103846) oraz holter RR z 2003 r. o numerze seryjnym 0000 (stwierdzono, że holter posiada numer seryjny SN:290.06005). Ponadto, wskazano, że do udzielania świadczeń w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej oraz rehabilitacji neurologicznej będzie wykorzystywany sprzęt do elektroterapii z osprzętem o numerze seryjnym 75235 z 1995 r. – stwierdzono, że sprzęt pochodzi z 1975 r.

Brak rzetelności w przedstawianiu danych w ofertach i umowach z Oddziałem Funduszu nie skutkował niespełnianiem przez Szpital wymagań określonych w zarządzeniu nr 53/2010/DSOZ dotyczących warunków realizacji świadczeń (Świadczeniodawca wykazał w postępowaniu konkursowym posiadanie wymaganego sprzętu).

Osobą odpowiedzialną za stwierdzone nieprawidłowości był kierownik Działu Statystyki i Rozliczeń Szpitala. Wyjaśnił on, że: w przypadku diatermii o numerze seryjnym 880114, zestawu do elektroterapii z osprzętem o numerze seryjnym 75294, USG z 1994 r. o numerze seryjnym 77000C, pompy infuzyjnej z 2009 r. oraz jednego urządzenia typu SSAK sprzęty zostały pomyłkowo wskazane w umowie. Sprzęt do ultradźwięków o numerze seryjnym 950087 z 1995 r. został skasowany. Sprzęt do ultradźwięków o numerze seryjnym 900086 z 1986 r., kardiomonitor o numerze seryjnym 10182669 z 1992 r., EKG z 1997 r. o numerze seryjnym 166/97/P, EKG z 1986 r. o numerze seryjnym 8616438 oraz EKG z 2004 r. zastąpiono innymi sprzętami (o zmianach nie poinformowano Działu Statystyki i Rozliczeń w celu dokonania zmiany w SZOI). W pozostałych przypadkach niezgodności były spowodowane błędami ludzkimi. Kierownik Działu Statystyki i Rozliczeń Szpitala wskazał, że wszystkie występujące niezgodności i rozbieżności pomiędzy stanem faktycznym a zasobami wykazanymi w SZOI dotyczące sprzętu zostaną wyeliminowane najpóźniej do 3 stycznia 2014 r. Taki termin jest związany z przygotowaniem przez Oddział Funduszu aneksów do umów na 2014 r.

(dowód: akta kontroli str. 21-24, 33-238, 242-297, 345-357, 362-427, 433-439, 442-456, 514-515)

2. W art. 20 ust. 2 pkt 3 i 4 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁰ (dalej: ustawa o świadczeniach) wskazano elementy, które powinna zawierać lista oczekujących na udzielenie świadczenia, tj.: numer kolejny, datę i godzinę wpisu, imię i nazwisko świadczeniobiorcy, numer PESEL, a w przypadku jego braku - numer dokumentu potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy, rozpoznanie lub powód przyjęcia, adres świadczeniobiorcy, numer telefonu lub oznaczenie innego sposobu komunikacji ze świadczeniobiorcą lub jego opiekunem, termin udzielenia świadczenia, imię i nazwisko oraz podpis osoby dokonującej wpisu, datę i przyczynę skreślenia świadczeniobiorcy z prowadzonej przez siebie listy oczekujących na udzielenie świadczenia. Stwierdzono, że w następujących przypadkach listy oczekujących były prowadzone w sposób niezgodny z ustawą:

¹⁰ Dz.U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 ze zm.

- rehabilitacja neurologiczna – na liście zapisanych było 452 pacjentów. W 26 przypadkach nie uzupełniono listy o godzinę wpisu, w jednym przypadku o numer PESEL bądź numer dokumentu potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy, we wszystkich przypadkach o rozpoznanie lub powód przyjęcia, w 10 przypadkach o adres świadczeniobiorcy, a w 239 przypadkach o numer telefonu lub oznaczenie innego sposobu komunikacji ze świadczeniobiorcą lub jego opiekunem,
- rehabilitacja ogólnoustrojowa – na liście zapisanych było 1242 pacjentów. W 54 przypadkach nie uzupełniono listy o godzinę wpisu, w 60 przypadkach o numer PESEL bądź numer dokumentu potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy, we wszystkich przypadkach o rozpoznanie lub powód przyjęcia, w 171 przypadkach o adres świadczeniobiorcy, a w 711 przypadkach o numer telefonu lub oznaczenie innego sposobu komunikacji ze świadczeniobiorcą lub jego opiekunem,
- rehabilitacja kardiologiczna – na liście zapisanych było 1957 pacjentów. W 1662 przypadkach nie uzupełniono listy o godzinę wpisu, w 59 przypadkach o numer PESEL bądź numer dokumentu potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy, we wszystkich przypadkach o rozpoznanie lub powód przyjęcia, w 64 przypadkach o adres świadczeniobiorcy, a w 1278 przypadkach o numer telefonu lub oznaczenie innego sposobu komunikacji ze świadczeniobiorcą lub jego opiekunem.

W ocenie NIK, opisane nieprawidłowości wskazują na nierzetelną działalność Świadczeniodawcy. Osobami odpowiedzialnymi za stwierdzone nieprawidłowości byli ordynatorzy oddziałów, nadzorujący prowadzenie list oczekujących w poszczególnych oddziałach Szpitala Rehabilitacyjnego (Ordynator Oddziału Rehabilitacji Narządu Ruchu, Ordynator Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej oraz Ordynator Oddziału Rehabilitacji Kardiologicznej – dalej: ordynatorzy oddziałów). Zdaniem pracowników Szpitala, niezgodności spowodowane były: występującymi niesprawnościami systemu informatycznego (częstym zawieszaniem się lub blokowaniem), błędami ludzkimi, brakiem zwrócenia uwagi na konieczność uzupełniania niektórych pól przez osoby szkolące pracowników z obsługi systemu, nieczytelnie wypełnionymi skierowaniami oraz niewykryciem uchybień w toku kontroli wewnętrznej. Ponadto, większość zapisywanych osób kierowanych było do Szpitala Rehabilitacyjnego przez komórki organizacyjne Szpitala, stąd ich dane znajdowały się w bazie pacjentów i Szpital Rehabilitacyjny nie wpisywał ich ponownie podczas tworzenia listy oczekujących na świadczenie z zakresu rehabilitacji, a w odniesieniu do braku wpisu numeru telefonu - dane do komunikacji z pacjentem są znane oddziałom, gdyż znajdują się w podręcznej ewidencji oczekujących na świadczenie. W chwili przyjęcia na oddział dane te są każdorazowo uzupełnione w bazie pacjentów.

(dowód: akta kontroli str. 9-20, 457-482)

3. Według art. 20 ust. 5 ustawy o świadczeniach listę oczekujących prowadzi się w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej.

Listy oczekujących w przypadku rehabilitacji kardiologicznej w okresie objętym kontrolą prowadzone były w sposób niechronologiczny¹¹, czego skutkiem było podawanie nierzetelnych danych w raportach statystycznych przesyłanych comiesięcznie do Oddziału Funduszu. Np. we wrześniu 2011 r. Szpital zadeklarował 21 osób oczekujących, a w rzeczywistości oczekiwało 27 osób; w czerwcu 2012 r. zaraportowano 16 pacjentów, a oczekiwało 30, a w marcu 2013 r. w raporcie statystycznym wykazano 28 osób, a oczekiwało 52 pacjentów.

Stwierdzono dwa przypadki błędnych dwukrotnych zapisów pacjentów na listę oczekujących na świadczenia w zakresie rehabilitacji kardiologicznej.

W ocenie NIK, opisane nieprawidłowości wskazują na nierzetelną działalność Świadczeniodawcy. Osobami odpowiedzialnymi za stwierdzone nieprawidłowości byli ordynatorzy oddziałów. W wyjaśnieniach wskazali oni, że: niechronologiczne prowadzenie listy oczekujących na świadczenia w zakresie rehabilitacji kardiologicznej spowodowane było faktem, że kwalifikacja do leczenia na podstawie dostarczonego skierowania i dokumentacji medycznej nie w każdym przypadku odbywała się w dniu zgłoszenia pacjenta, stąd wpis na listę oczekujących nie był dokonywany w dniu zgłoszenia (na listę oczekujących wpisywana była faktyczna data zgłoszenia się pacjenta). Na występujące przypadki niezachowania chronologii zapisów - w opinii kierownika Działu Statystyki i Rozliczeń – miało wpływ także to, że dokonująca wpisów rejestratorka medyczna zatrudniona była w niepełnym wymiarze czasu pracy (0,8 etatu). Dwukrotne zapisy pacjentów mogły być spowodowane błędami systemu informatycznego.

(dowód: akta kontroli str. 9-20, 479-480, 482, 490-496, 504-505)

4. Zgodnie z § 29 Regulaminu Organizacyjnego, pacjent zostaje wpisany na listę oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, jeżeli świadczenie nie może być udzielone w dniu zgłoszenia. Stwierdzono, że w 89 przypadkach na 3651 pacjentów wpisanych na listy oczekujących we wszystkich zakresach data wpisania na listę oczekujących była tożsama z datą udzielenia świadczenia. Osobami odpowiedzialnymi za stwierdzone nieprawidłowości byli ordynatorzy oddziałów. Wpisywanie na listę oczekujących pacjentów, którym udzielono świadczenia w dniu zapisu było, w ich opinii, spowodowane błędami ludzkimi, błędami technicznymi, a także faktem, że pacjenci są przekazywani z innych komórek organizacyjnych Szpitala bezpośrednio do Szpitala Rehabilitacyjnego w celu natychmiastowego podjęcia rehabilitacji leczniczej.

(dowód: akta kontroli str. 9-20, 497-499, 502-508)

5. Według § 8 ust. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 20 czerwca 2008 r. w sprawie niezbędnych informacji świadczeniodawcy przekazują co miesiąc raporty statystyczne nie później niż w terminie dziesięciu dni od zakończenia miesiąca. Po terminie wynikającym z rozporządzenia przekazane zostały raporty za:

- październik 2011 - 14 listopada 2011 r.,

¹¹ Np. numery kart od 0001562 do 0001601 pochodzą z następujących dni: 0001562-0001563 – 3 stycznia 2011 r., 0001564 – 0001565 – 4 stycznia 2011 r., 0001566-0001567 – 5 stycznia 2011 r., 0001568 – 7 stycznia 2011 r., 0001569 – 10 stycznia 2011 r., 0001570-0001572 – 7 stycznia 2011 r., 0001573 – 3 stycznia 2011 r., 0001574 – 4 stycznia 2011 r., 0001575 – 7 stycznia 2011 r., 0001576-0001579 – 10 stycznia 2011 r., 0001580 – 11 stycznia 2011 r., 0001581- 10 stycznia 2011 r., 0001582-0001583 – 11 stycznia 2011 r., 0001584 – 12 stycznia 2011 r., 0001585 – 14 stycznia 2011 r., 0001586 – 3 stycznia 2011 r., 0001587-0001588 – 17 stycznia 2011 r., 0001589 – 18 stycznia 2011 r., 0001590 – 13 stycznia 2011 r., 0001591 – 19 stycznia 2011 r., 0001592-0001593 – 18 stycznia 2011 r., 0001594 – 13 stycznia 2011 r., 0001595 – 12 stycznia 2011 r., 0001596 – 17 stycznia 2011 r., 0001597-0001598 – 19 stycznia 2011 r., 0001599 – 20 stycznia 2011 r., 0001600 – 19 stycznia 2011 r., 0001601 – 21 stycznia 2011 r.

- luty 2012 - 30 marca 2012 r.,
- marzec 2012 - 13 kwietnia 2012 r.,
- kwiecień 2012 - 14 maja 2012 r.,
- wrzesień 2012 - 11 października 2012 r.

W ocenie NIK, opisane nieprawidłowości wskazują na nierzetelną działalność Świadczeniodawcy. Osobą odpowiedzialną za stwierdzone nieprawidłowości był kierownik Działu Statystyki i Rozliczeń (do zadań Działu należało m.in. sporządzanie obowiązującej sprawozdawczości statystyki medycznej). Wskazał on, że termin wyznaczony w rozporządzeniu w sprawie niezbędnych informacji dotyczący raportowania danych o kolejkach oczekujących jest zbieżny dla sporządzania raportów statystyczno-medycznych i przygotowywania faktur rozliczeniowych. Nie zawsze – z uwagi na dokonywane zmiany w przepisach dotyczących realizacji umów i związane z tym zmiany wersji komunikatów sprawozdawczych – Szpital jest w stanie dotrzymywać wyznaczonych terminów. Z uwagi na grożące konsekwencje nieterminowego przesyłania raportów o kolejkach oczekujących w postaci zapłacenia 1% kary umownej, od 2013 r. Świadczeniodawca przyspieszył termin przesyłania tych raportów. W związku z tym nie zdarzają się już przypadki przekraczania terminów wysyłki.

(dowód: akta kontroli str. 21-24, 489, 512-513)

6. Art. 20 ust. 2 pkt 2 ustawy o świadczeniach stanowi, że świadczeniodawca, który udziela świadczeń w szpitalu, informuje pisemnie świadczeniobiorcę o terminie udzielenia świadczenia oraz uzasadnia przyczyny jego wyboru. Stwierdzono, że Świadczeniodawca nie informował pisemnie pacjentów o terminie udzielenia świadczenia oraz nie uzasadniał przyczyn swojego wyboru. O terminie przyjęcia pacjenci byli informowani niezwłocznie po kwalifikacji, a w przypadku niemożliwości ustalenia dokładnej daty przyjęcia z uwagi na odległe terminy, byli informowani telefonicznie. Dopiero w przypadku braku kontaktu telefonicznego, pacjent był informowany pisemnie. Osobą odpowiedzialną za stwierdzoną nieprawidłowość był dyrektor Szpitala, który kieruje jego działalnością i ponosi odpowiedzialność za zarządzanie nim. Wskazał on, że mimo niezachowania formy pisemnej wskazania wyznaczonego terminu, Świadczeniodawca nie otrzymywał skarg od pacjentów lub ich rodzin, które dotyczyłyby wprowadzania na listy oczekujących czy zachowania kolejności przyjęć.

(dowód: akta kontroli str. 28, 428-431)

7. Art. 21 ust. 1 ustawy o świadczeniach stanowi, że - w przypadku szpitali - listy oczekujących na udzielenie świadczenia podlegają okresowej, co najmniej raz w miesiącu, ocenie zespołu oceny przyjęć powołanego przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Ponadto, § 8 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia w sprawie niezbędnych informacji, wprowadza wymóg przekazywania oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu daty okresowej oceny każdej prowadzonej przez świadczeniodawcę listy oczekujących, dokonanej zgodnie z ww. artykułem ustawy w danym okresie sprawozdawczym. Stwierdzono, że Świadczeniodawca dokonywał w miesiącu oceny tylko jednej wybranej listy oczekujących.

Brak dokonywania oceny wszystkich list oczekujących mógł skutkować dużą liczbą błędów w prowadzeniu list oczekujących w Szpitalu Rehabilitacyjnym (wymienionych na stronach 8-10 wystąpienia pokontrolnego).

Osobą odpowiedzialną za stwierdzoną nieprawidłowość była Naczelną Pielęgniarka, która zgodnie z zarządzeniem w sprawie listy oczekujących kieruje zespołem oceny

przyjąć. Wskazała ona, że comiesięczna ocena tylko jednej z list oczekujących wynika ze stosowanej w Szpitalu praktyki. Dokonanie oceny wszystkich list byłoby utrudnione ze względów organizacyjnych, przede wszystkim ze względu na ich dużą liczbę (listy prowadzone są na 20 oddziałach).

(dowód: akta kontroli str. 483-488, 500, 516-524)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Świadczeniodawca nie umożliwiał pacjentom zapisów od 1 stycznia 2013 r. drogą elektroniczną na wizyty, stosownie do postanowień art. 23a ust. 1 ustawy o świadczeniach. Dyrektor Szpitala wskazał, że placówka nie została dostosowana pod względem informatycznym, aby wywiązać się z nałożonego na nią obowiązku. Wynika to m.in. z wejścia w życie rozporządzenia wykonawczego do ustawy¹² dopiero 29 kwietnia 2013 r.

Szpital zlecił wykonanie zadania firmie obsługującej system informatyczny i producentowi oprogramowania. Firma zewnętrzna pracuje jednocześnie nad zagadnieniem prowadzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej. Zadanie to jest skomplikowaną operacją wymagającą nowego oprogramowania, dostosowania narzędzi informatycznych w Szpitalu oraz przyjęcia rozwiązań w zakresie podpisu elektronicznego. Dyrektor nie był w stanie określić, kiedy będzie w stanie wywiązać się z nałożonego obowiązku.

(dowód: akta kontroli str. 428-432)

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości, działalność Szpitala w obszarze organizacji procesu udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu rehabilitacji.

IV. Wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli¹³, wnosi o:

1. Doprowadzenie do zgodności danych o potencjale wykonawczym (w tym personelu i sprzęcie) przeznaczonym do realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.
2. Doprowadzenie do zgodności akt osobowych pracowników z umowami o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.
3. Dokonanie przeglądu bieżących list oczekujących i podjęcie działań w celu wyeliminowania nieprawidłowości dotyczących: prowadzenia list, ich ocen oraz informowania pacjentów o terminie udzielenia świadczenia i przyczynach wyboru terminu.
4. Zapewnienie terminowego przekazywania raportów statystycznych do Oddziału Funduszu.

¹² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 kwietnia 2013 r. w sprawie minimalnej funkcjonalności dla systemów teleinformatycznych umożliwiających realizację usług związanych z prowadzeniem przez świadczeniodawców list oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego (Dz. U. z 2013 r., poz. 516).

¹³ Dz. U. z 2012 r., poz. 82, ze zm.

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 Poznaniu.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
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 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.

Poznań, dnia 19 grudnia 2013 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Poznaniu

Kontroler

Dyrektor

Maria Wojcińska
inspektor kontroli
państwowej

z up. Krzysztof Matuszek
wicedyrektor