



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Poznaniu

LPO – 4101-18-03/2013

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

lpo@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

Marek Rozwalka, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 87738 z dnia 10 października 2013 r.

(Dowód: akta kontroli str. 1-2)

Jednostka
kontrolowana

Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Kościanie, ul. Szpitalna 7, 64-000 Kościan (dalej: „Szpital”)

Kierownik jednostki
kontrolowanej

Piotr Lehmann, Dyrektor Szpitala (dalej: „Dyrektor”)

(Dowód: akta kontroli str. 3-4)

Ocena ogólna

II. Ocena kontrolowanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli ocenia¹ pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości, organizację przez Szpital procesu udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu rehabilitacji oraz wykonywanie umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia w latach 2011-2013 (do 15 października).

Uzasadnienie
oceny ogólnej

Formułując tę ocenę NIK uwzględniła w szczególności pozytywną ocenę zakresu realizowanych przez Szpital świadczeń rehabilitacji leczniczej, stopnia wykorzystania środków finansowych zakontraktowanych w tym obszarze z Narodowym Funduszem Zdrowia, zgodności posiadanych warunków lokalowych oraz zasobów sprzętowych z wymogami i złożonymi ofertami. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły: wykazywania w ofertach, umowach, na portalu świadczeniodawcy danych dotyczących zasobów kadrowych niezgodnych ze stanem rzeczywistym, braku spełniania na czas kontroli wymogów w tym zakresie w odniesieniu do dwóch zakresów rehabilitacji leczniczej, występujących braków formalnych odnoszących się do prowadzonych list oczekujących, niewłaściwego dokumentowania prac zespołu oceny przyjęć, nieterminowego przekazywania Narodowemu Funduszowi Zdrowia raportów statystycznych i dokumentów rozliczeniowych oraz niewprowadzenia (do czasu kontroli) systemu elektronicznego umawiania pacjentów w objętym kontrolą rodzaju świadczeń.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Prawdliwość wykonania umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia

Opis stanu
faktycznego

1.1. Szpital realizował świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w następujących zakresach: rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych, rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym, rehabilitacja kardiologiczna w ośrodku/oddziale dziennym, fizjoterapia ambulatoryjna

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

(wykonywane w trzech miejscowościach: Kościanie, Śmiglu, Krzywiniu) oraz lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna (wyłącznie w 2011 r.).

[Dowód: akta kontroli, str. 65-267, 740-768, 833-843]

Wartość zrealizowanych w latach 2011, 2012 i 2013 (do dnia 30 września) świadczeń wynikających z zawartych z Wielkopolskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej: „Oddział Funduszu”) umów, wyniosła odpowiednio: rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych – 1.868.212,50 zł (100% wartości zakontraktowanych świadczeń), 1.898.242,50 zł (100%), 1.423.653 zł (75%), rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym – 146.898,50 zł (100%), 158.823 zł (100%), 119.070 zł (75%), rehabilitacja kardiologiczna w ośrodku/oddziale dziennym – 49.343 zł (100%), 45.801 zł (99%), 34.650 zł (75%), fizjoterapia ambulatoryjna w Kościanie – 596.870,70 zł (100%), 654.679,33 zł (99%), 499.498,50 zł (75%), fizjoterapia ambulatoryjna w Śmiglu – 214.038 zł (100%), 235.441,52 zł (100%), 176.583,20 zł (75%), fizjoterapia ambulatoryjna w Krzywiniu – 39.616,35 zł (100%), 43.578,10 zł (100%), 70.017,75 zł (75%), lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna (2011 r. – 49.343 zł (100%).

[Dowód: akta kontroli, str. 762-768]

Zmiany wartości (pierwotnych / ostatecznych) umów na realizację ww. świadczeń dotyczyły: w 2011 r. rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych (minus 32.532,15 zł), rehabilitacji kardiologicznej w ośrodku/oddziale dziennym (minus 23.490,65 zł), rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym (plus 23.492,55 zł) oraz fizjoterapii ambulatoryjnej w Kościanie (plus 32.531,20 zł). Zmiany wartości umów dokonane w 2012 r. obejmowały rehabilitację kardiologiczną w ośrodku/oddziale dziennym (minus 3.405,60 zł) i fizjoterapię ambulatoryjną w Kościanie (plus 3.405,18 zł), przy czym zmiany dokonane w tym okresie, jak również w roku 2011 (w 2013 r. zmian nie dokonywano), polegały na przenoszeniu części wartości umów pomiędzy zakontraktowanymi zakresami. Aneksowanie obowiązujących w latach 2011-2013 (do 30 września) umów, poza zmianami ich wartości, dotyczyło m.in. miejsc i harmonogramów udzielania świadczeń, jak również posiadanych przez Szpital zasobów.

[Dowód: akta kontroli, str. 65-267, 833-843, 762-768]

1.1.1. Wartość nadwykonań zrealizowanych świadczeń (ponad wartości umów na koniec roku) wyniosła na koniec 2011 i 2012 r. odpowiednio (zł): rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych: 59.064,60 i 96.591,60; rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym: 42.939,05 i 45.924,30; rehabilitacja ambulatoryjna w Kościanie: 96.035,35 – w 2011 r.; fizjoterapia ambulatoryjna w Śmiglu: 67.621,15 i 18.358,72; fizjoterapia ambulatoryjna w Krzywiniu: 66.760,95 i 20.652,85; lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna: 1.383,45 – w 2011 r.

[Dowód: akta kontroli, str. 853-854]

Kierownik działu marketingu podał, że w latach 2011 i 2012 Szpital stosował, zgodnie z ogólnymi warunkami umów, mechanizm przesunięć środków finansowych pomiędzy zakresami umowy. Z rozwiązania tego korzystano w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych oraz rehabilitacji kardiologicznej w ośrodku/oddziale dziennym. W pierwszym przypadku sytuacja wynikała z czasowego ograniczenia realizacji świadczeń, w drugim z przeszacowania kontraktu. W latach 2011 i 2012 (na dzień 31 grudnia) Szpital obciążał Oddział Funduszu fakturami za świadczenia zrealizowane ponad limit, jednakże były one jednostce zwracane. W 2013 r. realizacja świadczeń we wszystkich zakresach, także przekracza wartości określone w umowie. Szpital nie występował do Oddziału Funduszu z pozwami sądowymi.

[Dowód: akta kontroli, str. 855-860]

1.2. Wyniki finansowe (W1/W2)² osiągane przez Szpital w poszczególnych zakresach rehabilitacji leczniczej w latach 2011, 2012 i 2013 (wg stanu na 30 września), wyniosły odpowiednio (zł):

- rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych: -409.954,55/-350.818,55; -242.221,18/-145.547,68; -225.818,96/-164.719,46;
- rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym łącznie z rehabilitacją kardiologiczną w ośrodku/oddziale dziennym: -49.421,69/-6.462,69; -4.926,22/41.000,78; 796,92/53.212,92;
- fizjoterapia ambulatoryjna w Kościanie: -250.098,77/-153.869,07; -149.161,95/149.149,59; -117.914,72/-59.949,41;
- fizjoterapia ambulatoryjna w Śmiglu: -94.145,14/-26.522,84; -46.385,41/-28.025,66; 22.906,02/71.421,08;
- fizjoterapia ambulatoryjna w Krzywiniu: -56.591,39/10.169,56; -45.251,99/-24.599,14; -11.548,35/-6.381,95;
- poradnia rehabilitacyjna: 1.355,82/2.742,72 (2011 r.).

Dyrektor, w odniesieniu do ujemnych wyników finansowych dotyczących rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych i fizjoterapii ambulatoryjnej, wyjaśnił, że przyczyną tego stanu rzeczy było niedoszacowanie wartości umów. Oddział Funduszu, określając stawki sugerowane za punkt w określonej wysokości, nie bierze pod uwagę realnych kosztów realizacji świadczeń, ponadto wycena wartości poszczególnych usług również nie pokrywa kosztów ich realizacji. Innym ważnym czynnikiem, jak podał wyjaśniający, są wymagania stawiane w warunkach określonych w rozporządzeniach Ministra Zdrowia w zakresie świadczeń gwarantowanych oraz wydanych na ich podstawie zarządzeniach Prezesa NFZ. Dyrektor podkreślił jednocześnie, że wartość za punkt pozostaje niezmienna od kilku lat i nie uwzględnia wzrostu cen, wskaźnika inflacji oraz wzrostu innych kosztów mających wpływ na wartość wykonywanych świadczeń.

[Dowód: akta kontroli, str. 740-742, 829-830]

1.3. Oferowane przez Szpital wartości punktu rozliczeniowego na realizację w 2011 r. świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza, kształtowały się od 0,95 zł do 1,15 zł za punkt, przy czym wartości punktu określone w umowach odpowiadały w 100% wartościom oferowanym. Oferowane wartości punktu na 2012 r. kształtowały się na poziomie od 1,00 do 1,15 zł, natomiast zakontraktowane od 0,90 do 1,15 zł. Umowna wartość punktu w czterech zakresach stanowiła: 85,7% (rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym), 89,6% (fizjoterapia ambulatoryjna w Kościanie oraz w Śmiglu) i 90% (rehabilitacja kardiologiczna w ośrodku/oddziale dziennym) wartości oferowanych. W pozostałych zakresach w 2012 r., jak również we wszystkich zakresach w ramach kontraktowania świadczeń na rok 2013 r. (oferowano wartości punktu od 0,90 do 1,15 zł), umowne wartości punktów rozliczeniowych odpowiadały propozycjom złożonym przez Szpital.

[Dowód: akta kontroli, str. 760]

Kierownik działu marketingu oświadczył, że podstawą ceny za punkt rozliczeniowy, oferowanej przez Szpital, była cena sugerowana przez Oddział Funduszu, podana do wiadomości publicznej. Od ceny sugerowanej, zgodnie z obowiązującym zarządzeniem Prezesa NFZ w sprawie określenia kryteriów oceny ofert (...), wyznaczana była wartość oferty w kryterium „cena”. Zadysonowanie kwoty wyższej wynikającej z analizy kosztów mogło spowodować, jak podał, obniżenie wartości całej umowy i bardzo niskie sklasyfikowanie oferty w rankingu końcowym, przy czym wart podkreślenia jest fakt, iż w kryterium „cena” świadczeniodawca może uzyskać

² W1 – różnica między przychodami z tytułu wykonania świadczeń zdrowotnych bez nadwykonań, z innymi przychodami, a kosztami / W2 – różnica między ww. przychodami (z innymi przychodami) z nadwykonaniami, a kosztami.

najwięcej punktów, ale również najwięcej stracić. Oświadczający zwrócił jednocześnie uwagę na możliwość obniżenia wartości punktu, celem najwyższego ulokowania oferty w rankingu, do ceny minimalnej, z zachowaniem zaproponowanej przez Oddział Funduszu w toku negocjacji kwoty ogólnej umowy w danym zakresie.

[Dowód: akta kontroli, str. 788]

1.4. W odniesieniu do świadczeń rehabilitacji leczniczej udzielanych w 2011 r. w umowie z NFZ wykazano siedmiu podwykonawców. Zawarte umowy dotyczyły usług diagnostycznych (m.in. w zakresie immunologii, EMG, tomografii komputerowej, badań laboratoryjnych).

[Dowód: akta kontroli, str. 606-631]

Wszystkie umowy z podwykonawcami zawierały, stosownie do § 7 ust. 3 zarządzenia nr 53/2010/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z 2 września 2010 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza³ (dalej: „zarządzenie Prezesa NFZ nr 53/2010/DSOZ”), zastrzeżenia o prawie do przeprowadzania przez Oddział Funduszu kontroli podwykonawcy w zakresie wynikającym z umowy.

[Dowód: akta kontroli, str. 606-631]

1.5. Oddział Funduszu przekazywał Szpitalowi środki finansowe z tytułu realizacji przedmiotowych świadczeń, z zachowaniem terminu określonego w § 24 ust. 1 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁴ (dalej: „rozporządzenie z dnia 6 maja 2008 r.”)

[Dowód: akta kontroli, str. 769-770]

1.6. Oddział Funduszu nie nakładał na Szpital kar umownych, związanych z realizacją świadczeń zdrowotnych w rodzaju rehabilitacja lecznicza.

[Dowód: akta kontroli, str. 761]

1.7. W okresie objętym kontrolą Oddział Funduszu przeprowadził dwie wizytacje (7 kwietnia 2011 r. i 26 kwietnia 2012 r.), dotyczące nowych miejsc realizacji świadczeń, odpowiednio: rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych (Kościan) i fizjoterapii ambulatoryjnej (Śmigiel). W toku obu wizytacji potwierdzono zgodność z obowiązującymi przepisami obszarów: personel medyczny, harmonogram czasu pracy oraz posiadany sprzęt.

[Dowód: akta kontroli, str. 658-665, 790]

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności Szpitala w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

- 1) Z naruszeniem terminu wskazanego w § 23 ust. 3 załącznika do rozporządzenia z dnia 6 maja 2008 r., nastąpiło przekazanie do Oddziału Funduszu faktur za zrealizowane świadczenia zdrowotne w następujących miesiącach: rok 2011 – 12 października (za wrzesień), 14 listopada (za październik), 13 grudnia (za listopad); rok 2012 – 11 lipca (za czerwiec), 11 października (za wrzesień), 12 grudnia (za listopad); rok 2013 r. – 11 i 14 marca (za luty), 11 i 12 czerwca (za maj), 11 lipca (za czerwiec). Stosownie do ww. przepisu dokumenty rozliczeniowe należy złożyć w terminie do dziesiątego dnia każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni. Z wyjaśnień Dyrektora wynikało, że przyczyny opóźnień były różne. Najczęściej były one niezależne bezpośrednio od Szpitala, jak weryfikacje prowadzone przez Oddział Funduszu, zmiany w komunikatach XML określanych przez NFZ w zarządzeniach, powodujące konieczność dostosowania systemu

³ Zmienione zarządzeniami Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia: 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.

⁴ Dz. U. Nr 81, poz. 484.

informatycznego. Niejednokrotnie pojawiały się problemy techniczne w działaniu systemu informatycznego wymagające interwencji, czy też okres rozliczeniowy był „bardzo krótki”, np. obejmujący dwa „weekendy”. Wyjaśniający zwrócił uwagę na fakt rozliczania kilkunastu umów z Oddziałem Funduszu, co wymagało zachowania należytej staranności oraz rzetelności w przygotowywaniu dokumentów rozliczeniowych. Dyrektor podkreślił jednocześnie, że Szpital czyni wszelkie starania, aby dokumenty rozliczeniowe docierały do Oddziału Funduszu zgodnie z wyznaczonymi terminami.

[Dowód: akta kontroli, str. 769-770, 789, 829-830]

- 2) Szpital nie wykonał świadczeń fizjoterapii w warunkach domowych w kwocie odpowiadającej co najmniej 3% wartości miesięcznych kontraktów. Sytuacja ta miała miejsce w następujących miesiącach:
- fizjoterapia ambulatoryjna w Kościanie: styczeń, maj-sierpień, październik-grudzień 2011 r. (łącznie niedobór ww. świadczeń za cały rok 2011 wynosi kwotę 5.291,80 zł); styczeń-grudzień 2012 r. (łącznie niedobór za 2012 r. – 12.467,55 zł), styczeń-wrzesień 2013 r. (łącznie niedobór do września 2013 r. – 9.251,49 zł),
 - fizjoterapia ambulatoryjna w Śmiglu: styczeń, kwiecień, czerwiec–październik 2011 r. (łącznie niedobór za 2011 r. – 1.411,77 zł); styczeń, kwiecień, czerwiec, lipiec, październik-grudzień 2012 r. (łącznie niedobór za 2012 r. – 2.230,52 zł); styczeń-wrzesień 2013 r. (łącznie niedobór do września 2013 r. – 4.244,34 zł),
 - fizjoterapia ambulatoryjna w Krzywiniu: styczeń-grudzień 2011 r. (łącznie niedobór za 2011 r. – 1.188,48 zł); marzec-grudzień 2012 r. (łącznie niedobór za 2012 r. – 1.210,74 zł); styczeń-wrzesień 2013 r. (łącznie niedobór do września 2013 r. – 2.100,51 zł).

Stosownie do § 8 ust. 9 zarządzenia Prezesa NFZ nr 53/2010/DSOZ, świadczeniodawca jest zobowiązany do realizacji świadczeń fizjoterapii domowej na kwotę nie mniejszą niż 3% kwoty miesięcznego kontraktu w trakcie okresu sprawozdawczego.

Dyrektor wyjaśnił, że jednostka realizowała przedmiotowe świadczenia również w domu pacjenta. W zależności od okresów rozliczeniowych, wartość realizacji była różna i nie wynikała z ograniczania tychże świadczeń, lecz z dwóch czynników. Pierwszym, podstawowym, była liczba przedkładanych przez pacjentów skierowań na te świadczenia, na co Szpital nie ma wpływu. Drugim były obowiązujące przepisy, bowiem świadczenia te mogą być zlecane pacjentom w określonych, wymienionych enumeratywnie w zarządzeniu Prezesa NFZ stanach chorobowych. Wyjaśniający podkreślił, że Szpital prawdopodobnie jako jedyny podmiot spośród czterech, z którym zawarto umowy na przedmiotowe świadczenia na terenie Powiatu Kościańskiego, realizuje je również w warunkach domowych.

[Dowód: akta kontroli, str. 743-759, 820-824]

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości, realizację przez Szpital zadań w zakresie wykonywania umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia.

2. Organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu rehabilitacji

Opis stanu faktycznego

2.1. Sprawdzeniu (w toku kontroli) poddano zgodność kwalifikacji i liczby personelu Szpitala z ofertami i umowami na realizację świadczeń w poszczególnych zakresach

rehabilitacji leczniczej. Dotyczyło to umowy z dnia 31 stycznia 2012 r. (z późniejszymi aneksami) na realizację od 1 stycznia 2012 r. świadczeń w zakresach: rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych, rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym, rehabilitacja kardiologiczna w ośrodku/oddziale dziennym, fizjoterapia ambulatoryjna w Kościanie, fizjoterapia ambulatoryjna w Śmiglu oraz umowy z dnia 3 kwietnia 2012 r. (z aneksami) na realizację od 16 marca 2012 r. świadczeń w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej w Krzywiniu.

[Dowód: akta kontroli, str. 138-420, 725-734, 786, 833-843]

2.2. Lokale, w których udzielano świadczeń zdrowotnych w rodzaju rehabilitacja lecznicza odpowiadały wymaganiom określonym w załączniku nr 3 do zarządzenia Prezesa NFZ nr 53/2010/DSOZ oraz były zgodne z ofertą.

[Dowód: akta kontroli, str. 138-420, 713-720, 820-827, 833-843]

2.3. Ilość i rodzaj wyposażenia (sprzętu, urządzeń medycznych) odpowiadała wymogom określonym w załączniku nr 3 do zarządzenia Prezesa NFZ nr 53/2010/DSOZ oraz była zgodna z ofertą. Wszystkie przedstawione w ofertach oraz poddane oględzinom urządzenia medyczne (sprzęt) wykazane zostały w ewidencji księgowej Szpitala. Posiadały one również (wg danych wynikających z paszportów technicznych) ważne przeglądy techniczne.

[Dowód: akta kontroli, str. 138-420, 713-721, 780, 820-827, 833-843]

2.4.1. Wpisy na listy oczekujących na udzielenie świadczeń zdrowotnych w Szpitalu (rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych, rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym, fizjoterapia ambulatoryjna w Kościanie, w Śmiglu i Krzywiniu) dokonywane były codziennie, od poniedziałku do piątku, w godzinach pracy komórek organizacyjnych. Zapisy odbywały się osobiście, telefonicznie, za pośrednictwem osób trzecich. O kolejności zapisu decydowała kolejność zgłoszenia.

[Dowód: akta kontroli, str. 722-724, 793, 861-865]

2.4.2. Listy osób oczekujących na świadczenia rehabilitacji leczniczej prowadziły osoby wyznaczone na podstawie wydanych upoważnień oraz ustnych delegacji przełożonych, jak również sekretarki medyczne lub rejestratorki, zgodnie z posiadanymi zakresami obowiązków.

[Dowód: akta kontroli, str. 781-783]

2.4.3. Świadczeniobiorcy otrzymywali informacje o terminie udzielenia świadczenia (w formie pisemnej). Zawierały one dane dotyczące nazwy i adresu świadczeniodawcy, nazwy i adresu komórki organizacyjnej, numeru telefonu oraz daty i godziny udzielenia świadczenia. W przypadku wątpliwości przekazywana była informacja ustna, uzasadniająca proponowany termin udzielenia świadczenia. Była to zwyczajowo stosowana zasada postępowania we wszystkich komórkach organizacyjnych Szpitala. W przypadkach rejestracji telefonicznej, informacja o terminie i godzinie rozpoczęcia udzielania świadczeń przekazywana była w formie ustnej.

[Dowód: akta kontroli, str. 792]

2.4.4. W Szpitalu w objętym kontrolą zakresie nie były dokonywane zmiany kwalifikacji pacjentów z kategorii „stabilny” na „pilny”. W przypadkach innych rodzajów i zakresów świadczeń, pacjentów powiadamiano o tym fakcie telefonicznie.

[Dowód: akta kontroli, str. 787]

2.5. Przekazywane przez Szpital do Oddziału Funduszu raporty statystyczne (zawierające dane dotyczące osób oczekujących na udzielenie świadczenia) obejmowały dane określone w § 8 ust. 2 pkt 1 lit. a-e i pkt 2 rozporządzenia Ministra

Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych⁵ (dalej: „rozporządzenie z dnia 20 czerwca 2008 r.”).

[Dowód: akta kontroli, str. 480-605, 828]

2.6. Dane ujęte w raportach statystycznych były zgodne z danymi zamieszczonymi w listach oczekujących.

[Dowód: akta kontroli, str. 771]

2.7. W raportach statystycznych - sporządzanych za okres od stycznia 2011 r. do września 2013 r. w zakresie prowadzonych list oczekujących na udzielenie świadczeń w rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym, rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych, fizjoterapii ambulatoryjnej w Kościanie - wykazywano „zerowe” dane dotyczące świadczeniobiorców zakwalifikowanych do przypadków „pilnych”. Z wyjaśnień Dyrektora wynikało, że nie odnotowano skierowań w tych zakresach świadczeń. Świadczenia w rodzaju rehabilitacja lecznicza nie należały do świadczeń ratujących życie i trudno, je również określać jako „pilne”.

[Dowód: akta kontroli, str. 480-605, 820-824]

2.8. Oceny list oczekujących prowadzono pod względem czasu oczekiwania na udzielanie świadczeń. W odniesieniu do list oczekujących na świadczenia rehabilitacji leczniczej nie występowała konieczność oceny list pod względem zasadności i przyczyn zmian terminów udzielenia świadczeń.

[Dowód: akta kontroli, str. 640-657, 791]

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności Szpitala w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

- 1) Kontrolowana jednostka nie spełniała na dzień rozpoczęcia realizacji świadczeń rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych oraz na dzień 15 października 2013 r., wymogu wskazanego w poz. 5.2.1. pkt 1-5 załącznika nr 3 do zarządzenia Prezesa NFZ nr 53/2010/DSOZ. Stosownie do tego przepisu, Szpital winien zatrudniać lekarzy wymaganej specjalizacji w wymiarze łącznym dwóch etatów (liczonych w stosunku do 45 łóżek na oddziale). Na dzień 15 października 2013 r. wymiar czasu pracy każdego z dwóch zatrudnionych w Oddziale lekarzy, winien wynosić 37,55 godzin tygodniowo. Lekarz M.A. (oprócz innego lekarza zatrudnionego na całym etacie) realizował obowiązki służbowe na Oddziale Rehabilitacyjnym w wymiarze 30 i 35 (od 1 kwietnia 2012 r.) godzin w tygodniu (wymiar wykazany w umowie i na portalu świadczeniodawcy). Z wyjaśnień Dyrektora wynikało, że obecnie (14 listopada 2013 r.) czas pracy lekarzy, wykazany na portalu SZOI wynosi 35 godzin (lekarz M.A.) oraz 37,55 (lekarz M.M.), co wypełnia warunek 1 etatu przeliczeniowego na 25 łóżek oraz ¼ etatu na każde następne 6 łóżek.

[Dowód: akta kontroli, str. 666-667, 675-678, 725-727, 809-813]

- 2) W ofercie (z 3 listopada 2011 r.), w umowie, na portalu świadczeniodawcy, według stanu na dzień 15 października 2013 r., wykazano niezgodne ze stanem faktycznym dane w zakresie czasu pracy terapeuty zajęciowego w oddziale rehabilitacyjnym. Czas pracy terapeuty zajęciowego (D.M., personel dodatkowo oceniany) wykazano w wymiarze 19 godzin w tygodniu, podczas gdy osoba ta zatrudniona była w tym okresie (do dnia 13 marca 2012 r.) w ramach realizowanych świadczeń w zakresie rehabilitacji

⁵ Dz. U. Nr 123, poz. 801, ze zm.

ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym. Dyrektor wyjaśnił, że osobę tę, na podstawie jej deklaracji ustnej (w związku z zatrudnieniem na 1/2 etatu), planowano zatrudnić w charakterze terapeuty w ramach rehabilitacji ogólnoustrojowej dziennej i stacjonarnej. W toku kontroli dokonano zgłoszenia stosownej zmiany do NFZ.

[Dowód: akta kontroli, str. 268-309, 681, 725-727, 809-813]

- 3) W umowach o udzielanie świadczeń rehabilitacji ogólnoustrojowej oraz kardiologicznej w ośrodku/oddziale dziennym, na portalu świadczeniodawcy na dzień 15 października 2013 r., wykazano dane dotyczące czasu pracy psychologów, niezgodne z treścią zawartych z tymi osobami umów. W zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej - wykazano czas pracy psychologa (personel dodatkowo oceniany) w wymiarze 19 godzin w tygodniu, podczas gdy osobę tę (I.N.W.) zatrudniono (umowa z dnia 30 grudnia 2011 r.) w wymiarze 35 godzin w miesiącu. W rehabilitacji kardiologicznej wykazano natomiast czas pracy psychologa (personel wymagany) w wymiarze 19 godzin w tygodniu, podczas gdy osobę tę (G.M.) zatrudniono (umowa z dnia 30 grudnia 2011 r.) także w wymiarze 35 godzin w miesiącu. Przyczyną opisanych wyżej stanów, jak wynikało z wyjaśnień Dyrektora, były błędy pisarskie w zawartych umowach. Warunki oferty opierały się na planowanym wymiarze zatrudnienia, a w zarządzeniu Dyrektora z dnia 30 listopada 2011 r., dotyczącym przeprowadzenia konkursu na świadczenia psychologiczne, wskazano czas pracy w wymiarze 70 godzin w tygodniu. Ze złożonych przez psychologów oświadczeń wynikało, że faktyczne zatrudnienie dotyczyło 35 godzin tygodniowo. Dyrektor zadeklarował sporządzenie aneksów do umów z tymi osobami.

[Dowód: akta kontroli, str. 138-242, 310-356, 682-692, 728, 729, 794-808, 833-843]

- 4) Na dzień złożenia oferty (3 listopada 2011 r.), na dzień rozpoczęcia realizacji świadczeń rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym, na dzień 15 października 2013 r., nie został spełniony wymóg dotyczący wymiaru zatrudnienia lekarza. Szpital wykazał czas pracy lekarza (M.A.) w wymiarze 19 i 20 (od 1 kwietnia 2012 r.) godzin w tygodniu, podczas gdy osobę tę zatrudniono (umowa na realizację zadań w ww. zakresie) w tym okresie w wymiarze 6 (od 1 lutego 2009 r.) i 18 (od 6 marca 2012 r.) godzin w tygodniu. Było to niezgodne z wymogiem określonym w poz. 4.2.1 pkt 1-3 załącznika nr 3 do zarządzenia Prezesa NFZ nr 53/2010/DSOZ. Stosownie do ww. przepisu, Szpital winien zatrudniać w ww. okresach, lekarza specjalistę rehabilitacji w wymiarze co najmniej 1/2 etatu przeliczeniowego. Z wyjaśnień Dyrektora Szpitala wynikało, że nieprawidłowość ta była skutkiem braku właściwej komunikacji pomiędzy poszczególnymi komórkami organizacyjnymi.

[Dowód: akta kontroli, str. 138-242, 310-337, 668-674, 728, 809-814, 833-843]

- 5) Szpital nie spełniał na dzień złożenia oferty (3 listopada 2011 r.), na dzień rozpoczęcia realizacji świadczeń rehabilitacji kardiologicznej w ośrodku/oddziale dziennym, wymogu dotyczącego wymiaru zatrudnienia lekarza. W ofercie, umowie i na portalu świadczeniodawcy wykazano czas pracy lekarza (M.A.) w wymiarze 10 godzin w tygodniu, podczas gdy osobę tę zatrudniono (umowa na realizację zadań w ww. zakresie) w tym okresie, do dnia 5 marca 2012 r., w wymiarze 5 godzin w tygodniu. Stan ten, do ww. terminu był niezgodny z wymogiem określonym w poz. 4.6.1 pkt 2-4 załącznika nr 3 do zarządzenia Prezesa NFZ nr 53/2010/DSOZ., stosownie do którego lekarz specjalista rehabilitacji, w odniesieniu do ww. świadczeń,

winien być zatrudniony w wymiarze co najmniej 1/4 etatu przeliczeniowego. Z wyjaśnień Dyrektora wynikało, że sytuacja ta była wynikiem natłoku spraw związanych z kontraktowaniem świadczeń na lata 2012-2016 oraz późnym otrzymaniem umów, przy czym przedmiotowe świadczenia realizowano zgodnie z czasem zawartym w umowie z Oddziałem Funduszu i wymaganiami NFZ.

[Dowód: akta kontroli, str. 138-242, 338-356, 668-674, 729, 809-814, 833-843]

- 6) W umowie dotyczącej m.in. realizacji świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej w pracowni w Krzywiniu, jak również na portalu świadczeniodawcy, wykazano nieprawdziwe dane dotyczące okresu zatrudnienia pracownika. W zawartej w dniu 3 kwietnia 2012 r. umowie oraz na portalu świadczeniodawcy wykazano zatrudnienie magistra fizjoterapii (J.S.) od 16 marca 2012 r., podczas gdy osobę tę zatrudniono w Szpitalu od 26 marca 2012 r. Dyrektor wyjaśnił, że sytuacja ta była wynikiem braku możliwości właściwego dopełnienia formalności związanych z wykazaniem tych danych, co wiązało się z krótkim, jednodniowym czasem, jaki upłynął od chwili rozstrzygnięcia postępowania konkursowego (rokowania prowadzone w następstwie uznanego odwołania), do rozpoczęcia udzielania świadczeń. Zawarcie z fizjoterapeutą (który wcześniej wyraził już gotowość podjęcia pracy) umowy w dniu 26 marca 2013 r. wynikało z konieczności uregulowania przez pracownika spraw zawodowych u poprzedniego pracodawcy.

[Dowód: akta kontroli, str. 243-267, 679, 734, 794-808]

- 7) Nie umieszczono na zewnątrz budynków, w których udzielane były świadczenia fizjoterapii ambulatoryjnej (Kościan i Krzywina oraz Oddział Rehabilitacyjny Szpitala), numerów telefonów alarmowych ratownictwa medycznego („112”, „999”). Stosownie do § 11 ust. 4 pkt 7 w związku z ust. 5 załącznika do rozporządzenia z dnia 6 maja 2008 r., na zewnątrz budynków w których udzielane są świadczenia zdrowotne winny być widoczne numery telefonów alarmowych ratownictwa medycznego („112”, „999”). Z wyjaśnień Dyrektora wynikało, że informacje w tym zakresie umieszczone były wewnątrz budynków, w których udzielane były świadczenia, przy czym braki wymaganych informacji zostaną uzupełnione.

[Dowód: akta kontroli, str. 713-718, 820-824]

- 8) Wystąpienie braków w prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczenia stanowiło naruszenie art. 20 ust. 2 pkt 3 lit. a-b i d-i, pkt 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁶ (dalej: „ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r.”). Nieprawidłowości dotyczyły następujących zakresów:

⁶ Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, ze zm.

- rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych: braków w zakresie: numeru kolejnego wpisu (po numerze 134 numer 105 i dalej do numeru 762; 678 i 679x2, 695x2), nr PESEL (Nr dokumentu) w 20 przypadkach, rozpoznania lub powodu przyjęcia w 37 przypadkach, nr telefonu w 33 przypadkach, imienia i nazwiska osoby dokonującej wpisu w 795 przypadkach, daty skreślenia świadczeniodawcy z listy w 42 przypadkach,
- rehabilitacja ogólnoustrojowa w oddziale/ośrodku dziennym: braków w zakresie: nr PESEL (Nr dokumentu) odpowiednio w 3 i 4 przypadkach w latach 2011 i 2012, rozpoznania lub powodu przyjęcia odpowiednio w 5 i 3 przypadkach w latach 2011 i 2012, nr telefonu odpowiednio w 8 i 8 przypadkach w latach 2011 i 2012, daty skreślenia świadczeniodawcy z listy odpowiednio w 10 i 10 przypadkach w latach 2011 i 2012,
- fizjoterapia ambulatoryjna w Kościanie: braków w zakresie: numeru kolejnego wpisu (po nr 230 nr 291 i dalej do nr 490, po nr 490 nr 500 i dalej do nr 513, po nr 513 nr 515 i dalej do nr 537, po nr 537 nr 578 i dalej do nr 1449, po nr 1449 nr 1150 i dalej do nr 1363, po nr 1363 nr 1371-1378, po nr 1378 nr 1712 i dalej do 3190), daty i godziny wpisu w 63 przypadkach, nr PESEL (Nr dokumentu) w 18 przypadkach, rozpoznania lub powodu przyjęcia w 48 przypadkach, nr telefonu w 202 przypadkach, terminu udzielenia świadczenia w 4 przypadkach, imienia i nazwiska osoby dokonującej wpisu w 2949 przypadkach, daty skreślenia świadczeniodawcy z listy w 13 przypadkach,
- fizjoterapia ambulatoryjna w Śmiglu: braków w zakresie: numeru kolejnego wpisu (pominięto nr: 783, 788, 877, 1384; dwukrotnie: nr 808, 1065, 1071, 1330; trzykrotnie nr 1313; po nr 1049 nr 1044 i dalej do nr 1550; po nr 1550 nr 1 i dalej do nr 313), nr PESEL (Nr dokumentu) w 6 przypadkach, nr telefonu w 3 przypadkach, daty skreślenia świadczeniodawcy z listy w 26 przypadkach,
- fizjoterapia ambulatoryjna w Krzywiniu: braków w zakresie: numeru kolejnego wpisu (po nr 449 nr 1 i dalej do nr 14, po nr 14 nr 1 i dalej do 30), daty skreślenia świadczeniodawcy z listy w 2 przypadkach.

Dyrektor wyjaśnił, że braki spowodowane były m.in. zaniedbaniami osób prowadzących listy, a wiązało się to z bardzo dużą szczegółowością zakresu zbieranych danych, a także z możliwością rejestracji telefonicznej, powodującej wielokrotnie trudności w uzyskaniu danych. Wpływ na jakość pracy ww. osób miało też obciążenie pracą.

[Dowód: akta kontroli, str. 735-739, 794-808]

- 9) Nie prowadzono w miesiącu październiku 2011 r. listy oczekujących na świadczenia zdrowotne w Poradni Rehabilitacyjnej w Kościanie, pomimo wykazania w raporcie statystycznym za ten okres danych dotyczących 13 osób oczekujących oraz 14-dniowego czasu oczekiwania na świadczenie w tej poradni. Stanowiło to naruszenie art. 20 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. Dyrektor wyjaśnił, że w roku 2011 świadczenia w przedmiotowym zakresie realizowane były na bieżąco, bez okresu oczekiwania. Potwierdzały to comiesięczne sprawozdania, gdzie liczba osób oczekujących i średni rzeczywisty czas oczekiwania wynosił „0”. Tylko w jednym miesiącu wystąpiła sytuacja, gdzie pacjenci oczekiwali na świadczenia. Wówczas czas oczekiwania wynosił 14 dni, a liczba osób oczekujących 13. Sytuacja ta mogła wynikać z przerwy urlopowej lekarza realizującego świadczenia. Księgi zakładane były dla każdej komórki organizacyjnej, w której realizowane były świadczenia finansowane z NFZ,

więc z dużą pewnością stwierdzić można, jak podał Dyrektor, iż również dla tej komórki księga taka była założona. Fakt stosowania tej praktyki potwierdza założenie i dostępność księgi oczekujących w rehabilitacji kardiologicznej, pomimo braku osób oczekujących. Brak księgi dotyczącej Poradni Rehabilitacyjnej, według oceny wyjaśniającego oraz zasięgniętych informacji, spowodowany był wykorzystaniem wzoru księgi dla innych zakresów, w związku z brakiem umowy na te świadczenia.

[Dowód: akta kontroli, str. 528-530, 784, 820-824]

- 10) Nieterminowo przekazano do Oddziału Funduszu raporty statystyczne, zawierające dane dotyczące osób oczekujących na udzielenie świadczeń rehabilitacji leczniczej. Dotyczyło to raportów za: maj 2012 r. – wygenerowany w dniu 13 czerwca 2012 r.; za wrzesień 2012 r. – wygenerowany w dniu 28 października 2012 r.; listopad 2012 r. – wygenerowany w dniu 19 grudnia 2012 r. Stosownie do § 8 ust. 4 rozporządzenia z dnia 20 czerwca 2008 r., raporty o których mowa wyżej winny być przekazane nie później, niż w terminie dziesięciu dni od zakończenia miesiąca. Dyrektor wyjaśnił, że było to najczęściej spowodowane przyczynami niezależnymi bezpośrednio od Szpitala dotyczącymi np. weryfikowania prowadzonego przez Oddział Funduszu świadczeń z poprzednich okresów rozliczeniowych, zmian w komunikatach XML określanych w zarządzeniach NFZ powodujących konieczność dostosowania systemu informatycznego, problemów technicznych systemu informatycznego wymagających interwencji, a także bardzo „krótkiego” okresu rozliczeniowego (np. występujących w tym okresie dwóch weekendów). Dyrektor podkreślił ponadto fakt rozliczania przez Szpital kilkunastu umów zawartych z Oddziałem Funduszu, wymagający zachowania staranności i rzetelności w przygotowywaniu dokumentów rozliczeniowych, podając jednocześnie, że jednostka czyni wszelkie starania, aby dokumenty rozliczeniowe przekazywać zgodnie z wyznaczonymi terminami.

[Dowód: akta kontroli, str. 589-605, 828-830]

- 11) W raporcie statystycznym za miesiąc kwiecień 2012 r. (dotyczącym list oczekujących na udzielanie świadczeń rehabilitacji leczniczej) wykazano nieprawidłowe dane, tj. dane „zerowe”. Stosownie do § 8 ust. 2 pkt 1 i 2 rozporządzenia z dnia 20 czerwca 2008 r., świadczeniodawcy udzielający świadczeń opieki zdrowotnej w ramach umowy z NFZ w szpitalach przekazują do NFZ: 1) dane dotyczące oczekujących na udzielenie świadczenia na każdej liście oczekujących: liczbę oczekujących, według stanu na ostatni dzień miesiąca, średni czas oczekiwania, łączną liczbę osób skreślonych z listy oczekujących w danym okresie sprawozdawczym, liczbę osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia w danym okresie sprawozdawczym, liczbę osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia w ostatnich sześciu miesiącach - według grup osób wyodrębnionych ze względu na kryteria medyczne, zastosowane przy wyznaczaniu planowanego terminu udzielenia świadczenia; 2) datę okresowej oceny każdej prowadzonej przez świadczeniodawcę listy oczekujących. Dyrektor wyjaśnił, że nieprawidłowość ta wynikała z konieczności stworzenia raportu korygującego. We wcześniej przesłanych raportach tj. raportach pierwotnych, dane były prawidłowo określone. Przy wysyłaniu raportu korygującego prawdopodobnie odznaczono funkcję „zeruj”, co spowodowało usunięcie danych z raportu. Sytuacja ta, jak podano, miała charakter jednorazowy i wynikała z błędu ludzkiego.

[Dowód: akta kontroli, str. 545-547, 820-824, 844-852]

- 12) Nieprawidłowo obliczono we wrześniu 2013 r., w zakresie świadczeń rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych oraz czerwcu 2012 r. i marcu 2013 r. w odniesieniu do świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej w Krzywiniu - średni czas oczekiwania na świadczenia z ww. zakresów. Obliczenia dokonywano na podstawie liczby dni oczekiwania każdej osoby skreślonej w okresie ostatniego miesiąca z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia, na które oczekiwała oraz łącznej liczby osób skreślonych w ostatnim miesiącu z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia. Stosownie do wzoru określonego w załączniku nr 7 do rozporządzenia z dnia 20 czerwca 2008 r., średni czas oczekiwania na świadczenia winien być obliczany na podstawie liczby dni oczekiwania każdej osoby skreślonej w okresie ostatnich sześciu miesięcy z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia, na które oczekiwała oraz łącznej liczby osób skreślonych w ostatnich sześciu miesiącach z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia. Dyrektor podał, że przyczyną tego stanu były błędy osób sporządzających sprawozdania. Osoby te zostały poinformowane o zaistniałej sytuacji oraz o popełnianym błędzie. Dyrektor podał, że w Szpitalu przekazano niezbędne informacje osobom sporządzającym sprawozdania (m.in. w drodze zarządzenia wewnętrznego), czego dowodem jest znajomość zasad oraz prawidłowość przedstawianych sprawozdań w pozostałych kontrolowanych zakresach.

[Dowód: akta kontroli, str. 632-639, 772-779, 820-824]

- 13) Nie sporządzono za czerwiec 2012 r. raportu zespołu oceny przyjęć pacjentów. Stosownie do art. 21 ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r., zespół oceny przyjęć (dokonujący comiesięcznej oceny list oczekujących) sporządza każdorazowo raport z oceny i przedstawia go świadczeniodawcy. Dyrektor wyjaśnił, że zespół dokonywał oceny list oczekujących na świadczenia regularnie raz w miesiącu. Od kilku lat zasadą funkcjonowania tego zespołu był brak spotkań wszystkich jego członków w okresach letnich tj. w lipcu i sierpniu. Oceny przyjęć dokonywali wtedy przewodniczący i/lub jego zastępca, w zależności od planowanych urlopów. Wyjaśniający zwrócił uwagę na to, że dane w sprawozdaniach za kolejne miesiące dotyczące poszczególnych zakresów realizowanych świadczeń nie uległy znacznym zmianom.

[Dowód: akta kontroli, str. 640-657, 820-824]

- 14) W raportach zespołu oceny przyjęć pacjentów z przeprowadzonej oceny list oczekujących na udzielenie świadczeń zdrowotnych (w tym świadczeń w rodzaju rehabilitacji leczniczej), sporządzonych w dniu 11 października 2011 r. (za wrzesień 2011) i 9 kwietnia 2013 r. (za marzec 2013), nie zawarto informacji o dokonaniu ocen prawidłowości prowadzenia dokumentacji. Stosownie do art. 21 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r., listy oczekujących na udzielenie świadczenia podlegają okresowej, co najmniej raz w miesiącu, ocenie. Na podstawie ust. 4 ww. artykułu, do zadań zespołu oceny przyjęć należy przeprowadzanie oceny list oczekujących na udzielenie świadczenia pod względem prawidłowości prowadzenia dokumentacji. Dyrektor wyjaśnił, że nie jest możliwa comiesięczna ocena przedmiotowej dokumentacji oraz, że dostrzegając problemy związane z wprowadzaniem danych, wdrażany jest system elektronicznego prowadzenia list oczekujących. W najbliższych dniach system ten wdrożony zostanie w pracowni fizjoterapii w Kościanie, w ośrodku rehabilitacji dziennej oraz w oddziale rehabilitacyjnym.

W placówkach zamiejscowych, listy nadal będą prowadzone w formie papierowej.

[Dowód: akta kontroli, str. 640-657, 820-824]

- 15) Nie zapewniono możliwości umawiania się pacjentów drogą elektroniczną na wizyty. Zgodnie z art. 23a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. (obowiązującego od 1 stycznia 2013 r.), świadczeniodawca prowadzący listy oczekujących na udzielenie świadczenia jest obowiązany umożliwić świadczeniobiorcom umawianie się drogą elektroniczną na wizyty, możliwość monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamiania o terminie udzielenia świadczenia. Dyrektor wyjaśnił, że Szpital planuje wdrożenie systemu, jednakże na obecnym etapie nie znalazł odpowiedniego dostawcy oprogramowania, ze szczególnym uwzględnieniem producenta obecnie wykorzystywanego systemu ESKULAP (aplikacja). Rozwiązanie to w jego ocenie, jak najbardziej pozytywne z punktu widzenia świadczeniobiorcy, niesie za sobą poważne trudności organizacyjne oraz finansowe po stronie świadczeniodawcy, a koszty związane z jego wdrożeniem i utrzymaniem należy wygospodarować z bardzo skromnego budżetu otrzymywanego z Oddziału Funduszu z przeznaczeniem tylko i wyłącznie na świadczenia zdrowotne. Wyjaśniający zwrócił także uwagę na konieczność zapewnienia bezpieczeństwa danych, co wymaga stworzenia odrębnej sieci informatycznej.

[Dowód: akta kontroli, str. 785, 820-824]

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia negatywnie realizację przez Szpital zadań związanych z organizacją procesu udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu rehabilitacji.

IV. Wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny 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 Kontroli⁷, wnosi o:

1. Rozważenie podjęcia działań (w tym o charakterze informacyjnym), mających na celu zapewnienie wywiązywania się z obowiązku wykonywania świadczeń fizjoterapii w warunkach domowych, w rozmiarach wynikających z zawartych umów z NFZ.
2. Podjęcie działań zmierzających do spełnienia wymogów w zakresie wymiaru zatrudnienia kadry lekarskiej.
3. Wykazywanie w ofertach, a następnie w umowach i na portalu świadczeniodawcy rzeczywistych danych w zakresie zasobów kadrowych.
4. Zapewnienie rzetelnego prowadzenia list oczekujących.
5. Terminowe przekazywanie do Oddziału Funduszu raportów statystycznych oraz dokumentacji rozliczeniowej.
6. Prawidłowe dokumentowanie zadań realizowanych przez zespół oceny przyjęć pacjentów.

⁷ 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.

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 17 grudnia 2013 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Poznaniu

Kontroler

Dyrektor

Marek Rozwalka
specjalista kontroli państwowej

z up. Krzysztof Matuszek
wicedyrektor