



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Poznaniu

LPO – 4101-18-04/2013
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	Klaudia Dziamska, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 87746 z 18 października 2013 r. [Dowód: akta kontroli str.1-2]
Jednostka kontrolowana	Szpital Rehabilitacyjno-Kardiologiczny (Szpital lub Świadczeniodawca), ul. Sanatoryjna 34, 64-600 Oborniki
Kierownik jednostki kontrolowanej	Izabela Grzybowska, dyrektor [Dowód: akta kontroli str. 4]

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia¹ negatywnie działalność Szpitala w zakresie zapewnienia dostępu do rehabilitacji leczniczej i finansowania tej działalności w latach 2012-2013 (do 30 października).

Uzasadnienie oceny ogólnej

Złożone przez Szpital oferty w zakresie rehabilitacji kardiologicznej w warunkach stacjonarnych oraz ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych i ambulatoryjnych spełniały wymagania określone przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ), ale zawarte w nich dane nie były zgodne ze stanem rzeczywistym. Szpital udzielał świadczeń rehabilitacyjnych poza kolejnością zgłoszeń, co było niezgodne z zasadami sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Zespół oceny przyjęć nie dokonywał oceny list oczekujących na udzielenie świadczeń, pod względem prawidłowości prowadzenia dokumentacji, czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia oraz zasadności i przyczyn zmiany terminu ich udzielenia. Przyjęte rozwiązania nie zapewniały pacjentom prawa do równego dostępu do świadczeń. Na negatywną ocenę miało wpływ także nieaktualizowanie potencjału wykonawczego w wymaganym terminie oraz przekazywanie po terminie Wielkopolskiemu Oddziałowi Wojewódzkiemu Narodowego Funduszu Zdrowia (Oddziałowi Funduszu) dokumentów rozliczeniowych oraz sprawozdań statystycznych. Nierzetelnie przeprowadzono również inwentaryzację sprzętu medycznego, wykazanego w ofertach a następnie w umowach o udzielanie świadczeń rehabilitacji leczniczej.

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

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Wykonywanie umów zawartych z NFZ

Opis stanu faktycznego

1.1. Szpital, w ofertach złożonych 3 listopada 2011 r., wycenił jeden punkt rozliczeniowy świadczenia (dalej „punkt”) w następujących wysokościach: rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych - 1,10 zł, w warunkach oddziału dziennego - 1,00 zł i fizjoterapia ambulatoryjna - 1,15 zł. W umowie na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, jedynie w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych, w wyniku negocjacji z Oddziałem Funduszu obniżano wartość punktu do 1,05 zł. W zakresie rehabilitacji kardiologicznej Szpital złożył ofertę 10 stycznia 2012 r. i wycenił jeden punkt na 1,13 zł. W umowie z Oddziałem Funduszu wartość punktu podwyższono do 1,30 zł.

[Dowód: akta kontroli str. 220-258, 291-293]

W 2012 r., w zakresie rehabilitacji kardiologicznej² Szpital zawarł kontrakt o wartości 4.689.726,60 zł (3.724.183 punktów) tj. 89% wartości oferty. Dwukrotnie na wniosek Szpitala zmieniano umowę, zwiększając jej wartość do kwoty 4.841.437,90 zł. W 2012 r. wartość udzielonych świadczeń wyniosła 4.785.852,50 zł, co odpowiadało 3.681.425 punktom.

W zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej³ w warunkach stacjonarnych wartość umowy wyniosła 2.356.540,20 zł (2.243.890 punktów) tj. 94% wartości oferty. Umowę, na wniosek Szpitala, zmniejszono o 455,70 zł, do kwoty 2.356.084,50 zł. W zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach oddziału dziennego wartość umowy wyniosła 195.756,00 zł (196.910 punktów) - 55% wartości oferty. Na wniosek Szpitala umowę zwiększono o 1.154,00 zł, do kwoty 196.910,00 zł. Wartość świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej określono na 59.636,70 zł, tj. 52.447 punktów. Świadczeniodawca wystąpił o zwiększenie umowy o 677,35 zł, do kwoty 60.314,00 zł.

[Dowód: akta kontroli str. 295, 303-304, 309, 315-316]

W umowie na 2013 r. w zakresie rehabilitacji kardiologicznej w warunkach stacjonarnych, po zaktualizowaniu, jej wartość wyniosła 4.689.733,10 zł (3.881.407 punktów). Na wniosek Szpitala zwiększono wartość umowy o 356.096,00 zł, do kwoty 5.045.829,10 zł. Do 30 września 2013 r. do rozliczenia wykazano 2.807.905 punktów i wystawiono faktury na łączną kwotę 3.650.276,50 zł (72% wartości umowy).

W zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych na 2013 r. zawarto umowę o wykonanie świadczeń o wartości 2.356.540,20 zł (2.244.324 punkty). Do 30 września 2013 r. w rozliczeniu wykazano i otrzymano zapłatę za 1.640.760 punktów o wartości 1.722.798,00 zł (73% wartości umowy). Maksymalną wartość świadczeń rehabilitacyjnych w oddziale dziennym w 2013 r. określono do kwoty 195.756,00 zł tj. 195.756 punktów. Do 30 września 2013 r. rozliczono 146.790 punktów (75% wartości umowy). Wartość świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej określono na poziomie 59.643,60 zł, co stanowiło 51.864 punktów. Do 30 września 2013 r. rozliczono 24.739,95 zł (42% wartości umowy).

[Dowód: akta kontroli str. 305-306, 311-312, 319-320]

Szpital poniósł, w latach 2011-2012 (na koniec roku), stratę na działalności rehabilitacyjnej odpowiednio 2.416.312,99 zł i 1.676.050,79 zł. Natomiast na dzień 30 września 2013 r. osiągnął zysk w kwocie 97.330,40 zł.

[Dowód: akta kontroli str. 298-300]

² Umowa Nr 150000048/05/1/0217/0/12/16 z 31 stycznia 2012 r.

³ Umowa Nr 150000048/05/1/0213/0/12/16 z 31 stycznia 2012 r.

Świadczeniodawca składając ofertę na okres kontraktowania 2012-2016, skalkulował rentowność działalności oddziałów oraz koszt osobodnia na podstawie danych z lat ubiegłych. Liczba jednostek rozliczeniowych wynikała z posiadanego potencjału wykonawczego.

[Dowód: akta kontroli str. 591, 593]

1.2. Szpital udzielał świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej z udziałem podwykonawcy, firmy PULS Laboratorium Analityczne. Zgodnie z § 7 ust. 3 zarządzenia nr 53/2010/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 2 września 2010 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza (dalej: zarządzenie Prezesa NFZ nr 53/2010/DSOZ) umowy na wykonywanie badań laboratoryjnych zawierały zobowiązanie podwykonawcy do poddania się kontroli. Świadczeniodawca na zlecone usługi laboratoryjne wydatkował w 2011 r. 126.650,50 zł, w 2012 r. - 112.590,90 zł i do 30 czerwca 2013 r. - 69.060,80 zł.

[Dowód: akta kontroli str. 148-219]

1.3. Szpital, w okresie 2011-2013 (do 30 października), przekazywał Oddziałowi Funduszu dokumenty rozliczeniowe (rachunek wraz z raportem statystycznym) za kolejne okresy rozliczeniowe odpowiednio: w 34 przypadkach (tj. 64% wszystkich rozliczeń), w 55 przypadkach (62%) i w 20 przypadkach (51%), w terminie wskazanym w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁴ (§ 23 ust. 3), dalej: rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów.

[Dowód: akta kontroli str. 261-267]

1.4. W wyniku kontroli, przeprowadzonej przez Oddział Funduszu, dotyczącej wykonywania rehabilitacji kardiologicznej w warunkach stacjonarnych, w okresie od 1 stycznia do 15 lipca 2011 r., nałożono karę w wysokości 93.246,90 zł. Wskutek uwzględnienia przez dyrektora Oddziału Funduszu części zastrzeżeń Dyrektora Szpitala, karę zmniejszono do kwoty 69.935,17 zł.

[Dowód: akta kontroli str. 116-146, 297]

1.5. Szpital stosownie do postanowień § 8 ust. 9 zarządzenia Prezesa NFZ nr 53/2010/DSOZ, zobowiązany był do udzielania świadczeń fizjoterapii w warunkach domowych na kwotę, nie mniejszą niż 3% kwoty miesięcznego kontraktu na fizjoterapię ambulatoryjną. Świadczeniodawca wykonał fizjoterapię domową w wymaganych wartościach w okresie 2011-2012 oraz w 2013 r. od stycznia do czerwca i we wrześniu.

[Dowód: akta kontroli str. 287, 566-569]

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. W lipcu i sierpniu 2013 r. Szpital nie wykonał świadczeń fizjoterapii w warunkach domowych na kwotę, co najmniej 3% kwoty miesięcznego kontraktu na fizjoterapię ambulatoryjną, co było niezgodne z § 8 ust. 9 zarządzenia Prezesa NFZ nr 53/2010/DSOZ. Szpital, wykonał świadczenia w warunkach domowych w okresach sprawozdawczych lipiec i sierpień 2013 r. na kwotę 115,0 zł miesięcznie, co stanowiło 2,31% wartości miesięcznego kontraktu na fizjoterapię ambulatoryjną. Koordynator ds. fizjoterapii wyjaśnił, że wpływ na to miał stan zdrowia pacjenta, uniemożliwiający wykonywanie zabiegów rehabilitacyjnych. Ponadto Szpital nie dysponował skierowaniem ambulatoryjnym w warunkach domowych innego pacjenta.

[Dowód: akta kontroli str. 566-567, 569]

⁴ Dz. U. Nr 81, poz. 484.

2. Z przekroczeniem terminów, wskazanych w załączniku do rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów (§ 23 ust. 3) przekazano do Oddziału Funduszu:

- w 2011 r. 19 spośród 53 dokumentów rozliczeniowych (36%), z opóźnieniem od 1 do 18 dni,

- w 2012 r. 34 spośród 89 dokumentów rozliczeniowych(38%), od 1 do 13 dni po terminie,

- w 2013 r. (do 30 października) 19 z 39 dokumentów rozliczeniowych (49%), od 1 do 12 dni po terminie.

Osobą odpowiedzialną był Kierownik działu statystyki medycznej i rozliczeń z NFZ. Główny księgowy wyjaśniając przyczyny nieprawidłowości wskazali na: dwuetapowy system rozliczeń z NFZ, złożoność procesu rozliczeń, zmiany przepisów dotyczących sprawozdawczości, nakładanie przez Oddział Funduszu dodatkowych filtrów weryfikacji świadczeń oraz proces rozliczania umów po ich zakończeniu.

[Dowód: akta kontroli str. 261-267,594-596]

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości, wykonanie umów zawartych z NFZ.

2. Organizacja procesu udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu rehabilitacji

Opis stanu faktycznego

2.1. Zasoby będące w dyspozycji Świadczeniodawcy służące wykonywaniu świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności osoby udzielające tych świadczeń i sprzęt, w dniu złożenia ofert⁵, w dniu rozpoczęcia realizacji umowy tj. 1 i 23 stycznia 2012 r. oraz w dniu oględzin NIK⁶, spełniały wymagania określone w załączniku nr 3 do zarządzenia Prezesa NFZ nr 53/2010/DSOZ. W wyniku przeprowadzonych oględzin stwierdzono, że dane wykazane w ofertach nie były zgodne ze stanem faktycznym. W zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych, oddziału dziennego i fizjoterapii ambulatoryjnej, w aneksie⁷ wykazano rehabilitantów, nieuwzględnionych wcześniej w ofertach i w umowach.

[Dowód: akta kontroli str. 337-439]

2.2. Oględzinami objęto wszystkie budynki, w których Szpital udzielał świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej. Świadczeniodawca na zewnątrz budynków B i E oraz na budynku administracyjno–leczniczym umieścił tablicę ze znakiem graficznym, według wzoru określonego przez Prezesa NFZ (§ 11 ust. 2 ogólnych warunków umów). Na zewnątrz budynku F na tablicy nie umieszczono pełnej nazwy Świadczeniodawcy i miejscowości, co było niezgodne z wzorem określonym przez Prezesa NFZ (§ 11 ust. 2 ogólnych warunków umów). W czasie kontroli NIK nieprawidłowości zostały wyeliminowane, gdyż Szpital zakupił tablice odpowiadające wzorowi określonemu przez Prezesa NFZ.

W budynkach: administracyjno–leczniczym oraz E i F umieszczono w widocznym miejscu numer telefonu bezpłatnej infolinii do Biura Praw Pacjenta. Informację dotyczącą adresu oraz numeru telefonu właściwej miejscowo komórki tego Biura w Oddziale Funduszu umieszczono w budynku F i administracyjno–leczniczym (§ 11 ust. 4 pkt 8 ogólnych warunków umów). Godziny udzielania niektórych świadczeń w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej, podano jedynie w budynku F (§ 11 ust. 1 ogólnych warunków umów). Wewnątrz wszystkich budynków objętych oględzinami NIK podano:

⁵ 3 listopada 2011 r. i 10 stycznia 2012 r.

⁶ W dniu 21, 25, 27, 29, listopada 2013 r.

⁷ Nr ZS2H2 z 24 września 2013 r.

- imiona i nazwiska osób kierujących pracą komórek organizacyjnych, a w przypadku fizjoterapii ambulatoryjnej podano godziny oraz imiona i nazwiska osób udzielających świadczeń (§ 11 ust. 4 pkt 1 ogólnych warunków umów);
- informacje dotyczące trybu składania skarg i wniosków oraz praw pacjenta (§ 11 ust. 4 pkt 4 i 5 ogólnych warunków umów);
- numery telefonów alarmowych ratownictwa medycznego (§ 11 ust. 4 pkt 7 ogólnych warunków umów).

[Dowód: akta kontroli str. 321-336]

2.3. Listy osób oczekujących, o których mowa w art. 20 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁸, na usługi w zakresie rehabilitacji kardiologicznej w warunkach stacjonarnych (Oddziału RK-I i RK-II) były prowadzone przez pielęgniarki oddziałowe, a w zakresie rehabilitacji narządu ruchu w warunkach stacjonarnych, oddziału dziennego i fizjoterapii ambulatoryjnej przez statystyka medycznego. Świadczeniobiorcy mogli wpisać się na listę osób oczekujących w godzinach pracy pracowników wyznaczonych do prowadzenia list osób oczekujących tj. od poniedziałku do piątku od godziny 7.00 do 14.35. Zasady tworzenia list osób oczekujących przyjęte w regulaminie organizacyjnym⁹ były zgodne z art. 20 ustawy o świadczeniach zdrowotnych.

[Dowód: akta kontroli str. 31-33, 59-60, 560-561, 591, 593]

Stosownie do art. 20 ust. 2 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, Szpital informował świadczeniobiorców pisemnie o terminie udzielenia świadczenia w zakresie rehabilitacji ambulatoryjnej. Informacje te nie zawierały uzasadnienia przyczyny wyboru terminu udzielenia świadczenia. O zmianie terminu udzielenia świadczenia w przypadkach zmiany stanu zdrowia oraz wystąpienia innych okoliczności, których wcześniej nie można było przewidzieć, Szpital informował pacjentów telefonicznie (art. 20 ust. 8 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej).

[Dowód: akta kontroli str. 576, 585]

Listy osób oczekujących w zakresie rehabilitacji kardiologicznej, rehabilitacji narządu ruchu w warunkach stacjonarnych i oddziału dziennego, za miesiące: wrzesień 2011 r., czerwiec 2012 r. i marzec 2013 r., zawierały dane wymagane art. 20 ust. 2 pkt 3 i 4 ustawy o świadczeniach zdrowotnych.

[Dowód: akta kontroli str. 471-476, 480-484]

Na podstawie § 8 ust. 2 w związku § 8 ust. 4 rozporządzenia z 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 publicznych¹⁰, Szpital zobowiązany był do przekazywania Oddziałowi Funduszu dane dotyczące osób oczekujących na udzielenie świadczenia, w terminie dziesięciu dni od zakończenia miesiąca. Szpital przesłał w obowiązującym terminie następującą liczbę raportów: w 2011 r. - 13, w 2012 r. – sześć i w 2013 r. - jeden. Raporty statystyczne zawierały informacje określone w § 8 ust. 2 pkt 1 rozporządzenia w sprawie informacji gromadzonych przez świadczeniodawców.

[Dowód: akta kontroli str. 441-459]

Ustalone
nieprawidłowości

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

⁸ Dz. U. z 2008 r. Nr 164 poz. 1027, ze zm. - dalej ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej.

⁹ Zarządzenie nr 32/2012 z 27 czerwca 2012 r. oraz nr 65/2012 z 12 grudnia 2012 r. Dyrektora Szpitala Rehabilitacyjno-Kardiologicznego w Kowanówku oraz w sprawie wprowadzenia Regulaminu Organizacyjnego (...).

¹⁰ Dz. U. Nr 123, poz. 801, ze zm., dalej: rozporządzenie w sprawie informacji gromadzonych przez świadczeniodawców.

1. Szpital nie zapewnił świadczeniobiorcom wymaganego dostępu do informacji, dotyczącej:

- zasad zapisów na porady i wizyty z uwzględnieniem świadczeń udzielanych w warunkach domowych oraz o możliwości i sposobie zapisywania się na listę osób oczekujących na świadczenia, we wszystkich budynkach (§ 11 ust. 4 pkt 3 i 9 ogólnych warunków umów),
- godzin i miejsc udzielania świadczeń w poszczególnych zakresach świadczeń, widocznych z zewnątrz budynku F i budynku administracyjno–lecniczego (§ 11 ust. 1 w związku z ust. 5 ogólnych warunków umów),
- numerów telefonów alarmowych ratownictwa medycznego, (112 i 999), widocznych z zewnątrz budynku F i budynku administracyjno–lecniczego (§ 11 ust. 1 pkt 7 w związku z ust. 5 ogólnych warunków umów),
- adresu oraz numerów telefonów komórki organizacyjnej w Oddziale Funduszu, zajmującej się prawami pacjenta, w budynku B i E (§ 11 ust. 4 pkt 8 ogólnych warunków umów),
- numeru bezpłatnej infolinii do Biura Praw Pacjenta, w budynku B (§ 11 ust. 4 pkt 8 ogólnych warunków umów),
- godzin i miejsc udzielania świadczeń w poszczególnych zakresach świadczeń, w budynkach B i E; w budynku F i administracyjno–lecniczym nie podano miejsca udzielania świadczeń w poszczególnych zakresach oraz godzin i miejsc udzielania świadczeń w zakresie rehabilitacji kardiologicznej w warunkach stacjonarnych, (§ 11 ust. 1 ogólnych warunków umów).

Dyrektor Szpitala Izabela Grzybowska, wyjaśniła, że braki informacyjne wynikają z przyjętej przez Szpital interpretacji przepisów ogólnych warunków umów. Zwróciła uwagę, że udzielanie świadczeń rehabilitacji leczniczej (tj. fizjoterapii ambulatoryjnej, rehabilitacji ogólnoustrojowej na oddziale dziennym, rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych i rehabilitacji kardiologicznej w warunkach stacjonarnych) wykorzystywane są te same pomieszczenia. W związku z tym, uznano, że nie ma konieczności podawania na zewnątrz budynków informacji o godzinach i miejscach udzielania świadczeń w poszczególnych zakresach oraz numerów alarmowych (112 i 999). Uznano również, że nie ma potrzeby zamieszczania informacji o pracy wszystkich jednostek organizacyjnych wewnątrz poszczególnych budynków. Dyrektor szpitala zadeklarowała usunięcie wszystkich wskazanych nieprawidłowości.

[Dowód: akta kontroli str. 321-332, 556-559]

2. Szpital złożył oferty na świadczenia rehabilitacyjne, niezgodne ze stanem rzeczywistym. Skutkiem tego było wykazanie w umowach z 31 stycznia 2012 r., potencjału wykonawczego, którym Szpital nie dysponował.

W ofercie w zakresie rehabilitacji kardiologicznej w warunkach stacjonarnych, złożonej 10 stycznia 2012 r., wykazano ssak CM-4 (nr seryjny 2243), który został zlikwidowany 8 grudnia 2010 r. W ofercie i umowie z NFZ wykazano także defibrylator 116 Deficard (nr seryjny 09000118), wycofany z użytkowania w październiku 2010 r. Pielęgniarka oddziałowa wyjaśniła, że firma przeprowadzająca w 2010 r. przeglądy sprzętu medycznego, zabrała defibrylator wraz z paszportem, w celu wydania orzeczenia o niesprawności sprzętu. Do 3 grudnia 2012 r. dział techniczny Szpitala, nie dysponował orzeczeniem o gotowości aparatu do dalszej eksploatacji lub orzeczeniem o jego nieprzydatności. Defibrylator był nadal wykazywany w ewidencji środków trwałych.

W ofercie w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach fizjoterapii ambulatoryjnej, złożonej 3 listopada 2011 r., wykazano bieżnię CHG.5.0.BIO (nr seryjny 960034), która została wycofana z użytkowania 20 maja 2011 r. Orzeczenie techniczne o nieprzydatności sprzętu do dalszej eksploatacji, Szpital uzyskał dopiero 25 listopada 2013 r. (w czasie kontroli NIK).

W ofercie w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych, złożonej 3 listopada 2011 r. wpisano fizjoterapeutkę, która nie pracowała w Szpitalu od 31 maja 2011 r. Osoba ta wykazana była w potencjale wykonawczym od 1 stycznia 2012 r. do 30 września 2012 r.¹¹.

W ocenie NIK, oferty złożone przez Świadczeniodawcę w zakresie rehabilitacji kardiologicznej w warunkach stacjonarnych i ogólnoustrojowej w warunkach fizjoterapii ambulatoryjnej, świadczą o ich nierzetelnym przygotowaniu.

[Dowód: akta kontroli str. 337-345, 351-391]

3. Szpital nie aktualizował potencjału wykonawczego wykazanego w załącznikach nr 2 do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej. Świadczeniodawca, zgodnie z § 2 ust. 9 umów z Oddziałem Funduszu, zobowiązany był do bieżącego aktualizowania danych o swoim potencjale wykonawczym. Stosownie do § 6 ust. 2 ogólnych warunków umów, zmiany wymagały zgłoszenia najpóźniej w dniu poprzedzającym ich powstanie.

Szpital nie zgłosił do Oddziału Funduszu zmian w potencjale wykonawczym. Obejmowały one likwidację następujących środków trwałych:

- EKG MR BLUE (nr seryjny 102), do wykonywania świadczeń w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych i wykazany w umowie z Oddziałem Funduszu. Środek trwały został zlikwidowany 16 października 2013 r.

- HOLTER EKG (nr seryjny 3280079) używany w rehabilitacji kardiologicznej w warunkach stacjonarnych i ujęty w umowy z Oddziałem Funduszu. Środek trwały został zlikwidowany 21 grudnia 2012 r. Sprzęt nadal był wykazywany w załączniku do aneksu nr H1 z 1 lutego 2013 r.

Szpital nie aktualizował terminowo potencjału wykonawczego dotyczącego zatrudnienia osób udzielających świadczeń rehabilitacji leczniczej. Szpital poinformował Oddział Funduszu o zatrudnieniu dwóch fizjoterapeutów i jednego lekarza z opóźnieniem w stosunku do terminu wynikającego z rozporządzenia w sprawie ogólnych umów, wynoszącym odpowiednio 20, 274 i 3 dni (w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych). W zakresie rehabilitacji kardiologicznej o zatrudnieniu fizjoterapeuty, psychologa i lekarza, poinformowano Oddział Funduszu od 15 do 45 dni po terminie. Szpital poinformował Oddział Funduszu o nieudzielaniu świadczeń w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej przez lekarza i pielęgniarkę od 46 do 207 dni po terminie. Natomiast w zakresie rehabilitacji kardiologicznej informowano Oddział Funduszu o nieudzielaniu świadczeń przez dwóch lekarzy, dwóch psychologów i trzy pielęgniarki od 51 do 225 dni po terminie. NIK zauważa, że w czterech przypadkach zmiany w potencjale wykonawczym wykazano od 21 października 2013 r. (tj. w czasie kontroli NIK).

Zastępca dyrektora ds. lecznictwa Mirosława Kominek w sprawie wykazania w ofercie potencjału wykonawczego, którym Szpital nie dysponował oraz nieaktualizowania go, wyjaśniła, że przyczyną tego jest skomplikowany system nanoszenia zmian w systemie informatyczny udostępnionym przez NFZ, długi okres oczekiwania na naniesienie zmian przez NFZ, przenoszenie potencjału wykonawczego z jednego roku na rok kolejny. W ostatnich miesiącach roku do dnia udostępnienia przez NFZ elektronicznej wersji umowy na następny rok, brak jest możliwości naniesienia zmian. Ponadto zastępca dyrektora stwierdziła, że na występowanie tych nieprawidłowości miał również wpływ niedostateczny przepływ informacji, pomiędzy poszczególnymi jednostkami organizacyjnymi Szpitala.

[Dowód: akta kontroli str. 351-388, 407- 412, 586-590]

¹¹ Aneks nr H1 z 19 października 2012 r.

4. W latach 2010 i 2012 inwentaryzacja środków trwałych została przeprowadzona niezgodnie z wymaganiami określonymi przepisami art. 4 ust. 5 i art. 26 ust. 1 pkt 3 stawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości¹². Wyniki inwentaryzacji wykazały środki trwałe, które nie stanowiły wyposażenia Szpitala w dniu oględzin NIK. W dniu 21 listopada 2013 r., (ogłędziny sprzętu medycznego znajdującego się w Oddziale rehabilitacji kardiologicznej RK-I, wykazanego w ofercie a następnie w umowie z NFZ) nie okazano defibrylatora (nr seryjny 09000118) i paszportu potwierdzającego wykonanie badań technicznych. Krystyna Rzepka (pielęgniarka oddziałowa) podała, że w 2010 r. firma przeprowadzająca przegląd sprzętu medycznego zabrała go wraz z paszportem i brak było pisemnego potwierdzenia jego zabrania oraz orzeczenia o nieprzydatności tego sprzętu do użycia. Według oświadczenia kierownika ds. technicznych defibrylator nie został zgłoszony do przeglądu technicznego, przeprowadzonego w Szpitalu 29 października 2010 r. Firma przeprowadzająca przegląd sprzętu medycznego 3 grudnia 2013 r. potwierdziła, że posiada na stanie defibrylator należący do Szpitala.

W spisie z natury z 16 listopada 2010 r. i 15 listopada 2012 r. wykazano defibrylator (nr seryjny 09000118). Przewodnicząca zespołu spisowego w 2010 r. podała, że na stanie Oddziału RK-I były przypisane trzy defibrylatory, ale rzeczywiście w dniu przeprowadzania spisu z natury na Oddziale znajdowały się dwa z nich. W arkuszu spisu z natury nie odnotowano, że jeden z trzech defibrylatorów był naprawiany. Przewodnicząca zespołu spisowego (w 2012 r.) wskazała, że przedmiotowy defibrylator został spisany na podstawie ustnego potwierdzenia przez pielęgniarkę oddziałową, że znajduje się w innej zamkniętej części budynku Oddziału RK-I.

Wartość księgową tych środków wynosiła 18.452,81 zł.

Zastępca dyrektora ds. lecznictwa wyjaśniła, że były to stare i nieużywane sprzęty, których brak nie został zauważony podczas inwentaryzacji przez błąd ludzki. Zastępca dyrektora zobowiązała się do usprawnienia systemu przepływu informacji, kontroli i nadzoru ze strony kierownictwa Szpitala.

[Dowód: akta kontroli str. 351-406]

5. Szpital w zakresie rehabilitacji kardiologicznej w warunkach stacjonarnych (RK-I i RK-II), rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych i oddziału dziennego, nie informował pisemnie pacjentów o terminie udzielenia świadczenia wraz z uzasadnieniem wyboru terminu. Było niezgodne z art. 20 ust. 2 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Odpowiedzialne za to były osoby prowadzące listy osób oczekujących: pielęgniarki oddziałowe (RK-I i RK-II) oraz statystyk medyczny, które w wyjaśnieniach podały, że nie wiedziały o konieczności informowania pacjentów, w formie pisemnej o planowanym terminie udzielenia świadczenia. Świadczeniobiorców informowano głównie telefonicznie, jednak nie było to dokumentowane. Dyrektor Szpitala stwierdziła, że pisemne informowanie pacjenta nie zawsze było możliwe, w przypadkach przekazywania pacjentów z innych podmiotów leczących.

[Dowód: akta kontroli str. 577-584]

6. Listy osób oczekujących na fizjoterapię ambulatoryjną za wrzesień 2011 r., czerwiec 2012 r. i marzec 2013 r. nie zawierały: rozpoznania lub powodu przyjęcia, oznaczenia osoby i podpisu osoby dokonującej wpisu oraz daty i przyczyny skreślenia z listy osób oczekujących na świadczenia (art. 20 ust. 2 pkt 3 e), i) oraz pkt 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej). Odpowiedzialny za omawianą nieprawidłowość statystyk medyczny podał, że nie wpisywał tych danych, ponieważ nie wiedział, że jest to wymagane w przypadku fizjoterapii ambulatoryjnej. Z powodu braku wskazania daty i przyczyn skreślenia z listy osób oczekujących, nie było

¹² Dz. U. z 2013 r. poz. 330, ze zm.

możliwości zweryfikowania kolejności udzielenia świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej (art. 20 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej).

[Dowód: akta kontroli str. 477-479, 485]

7. Szpital przekazywał raporty statystyczne, dotyczące list osób oczekujących na świadczenia rehabilitacji leczniczej po terminie określonym w § 8 ust. 4 rozporządzenia w sprawie gromadzenia informacji przez świadczeniodawców. Szpital w 2011 r. spośród 24 raportów 11 przesłał od 2 do 53 dni po wymaganym terminie. Spośród 23 raportów w 2012 r. 17 przesłano od jednego do 68 dni po terminie. Spośród 19 przekazanych raportów w 2013 r. 18 przekazano do Oddziału Funduszu, od jednego do 78 dni po terminie. Ponadto, nie przesłano raportu za styczeń 2012 r., dotyczącego rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach fizjoterapii ambulatoryjnej.

Odpowiedzialnym za przesyłanie sprawozdań do Oddziału Funduszu był Kierownik działu statystyki medycznej i rozliczeń z NFZ. Jako przyczyny nieprawidłowości wskazał: pokrywanie się z terminami rozliczeń wykonanych świadczeń, zmiany systemu informatycznego NFZ, które uniemożliwiały tworzenie raportów dla wybranych komórek organizacyjnych, podpisywanie nowych umów na lata 2012-2016, połączenie w 2012 r. dwóch oddziałów kardiologii w jeden oddział, co spowodowało konieczność przeniesienia wpisów w systemie. Ponadto, od 2012 r. do komórek organizacyjnych Szpitala wdrażany jest rozszerzony system informatyczny, co wiąże się z zwiększoną częstotliwością popełnianych przez pracowników błędów, które muszą być zweryfikowane na etapie składania sprawozdań do Oddziału Funduszu.

[Dowód: akta kontroli str. 441-459]

8. Wbrew obowiązki, wynikającemu z art. 21 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, w latach 2011-2013, zespół oceny przyjęć¹³ nie przeprowadzał raz w miesiącu okresowej oceny listy osób oczekujących na udzielenie świadczeń rehabilitacyjnych. Zespół nie dokonywał oceny list oczekujących na udzielenie świadczenia pod względem: prawidłowości prowadzenia dokumentacji, czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia, zasadności i przyczyn zmian terminów udzielenia świadczeń (art. 21 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej). Przewodniczący zespołu oceny przyjęć, wyjaśnił, że listy były zweryfikowane przez ordynatorów Oddziałów Rehabilitacji Kardiologicznej, ordynatora Oddziału Rehabilitacji Narządu Ruchu, przez lekarza Oddziału Dziennego i koordynatora Zakładu Rehabilitacji. Skutkiem omawianej nieprawidłowości było niesporządzanie raportów oceny przyjęć, wymaganych art. 21 ust 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej i regulaminu organizacyjnego Szpitala¹⁴. W konsekwencji raporty statystyczne dotyczące list osób oczekujących, nie zawierały daty okresowej oceny (§ 8 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia w sprawie gromadzonych przez świadczeniodawców niezbędnych informacji).

[Dowód: akta kontroli str. 440, 486-499, 554-555, 563-565]

9. Szpital, latach 2011-2013, udzielał świadczeń rehabilitacyjnych w kolejności innej niż to wynikało z listy osób oczekujących. Tym samym nie w pełni został zapewniony równy i przejrzysty dostęp do opieki zdrowotnej (art. 20 ust. 2 pkt 1 i ust. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej). Na przykład, w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych, osobie wpisanej na listę osób oczekujących 2 kwietnia 2012 r. pod nr 01355/12, świadczenia udzielono 8 maja 2012 r. Osoba ta oczekiwała na świadczenie 36 dni. W okresie objętym kontrolą w zakresie rehabilitacji leczniczej Szpital w sprawozdaniach statystycznych

¹³ Powołany zarządzeniem Dyrektora nr 65/2010 z 16 grudnia 2010 r.

¹⁴ Obowiązuje od 27 czerwca 2012 r.

składanych w NFZ, nie wykazywał przypadków pilnych. Średni czas oczekiwania na świadczenie w tym zakresie, w maju 2012 r., wynosił 294 dni a w czerwcu 2012 r. - 316 dni. Natomiast osobie wpisanej na listę osób oczekujących pod nr 01668/09, 27 maja 2009 r., świadczenia udzielono dopiero 15 czerwca 2012 r. Osoba ta oczekiwała na świadczenie 1115 dni.

W zakresie rehabilitacji kardiologicznej z naruszeniem kolejności zgłoszeń, według listy osób oczekujących we wrześniu 2011 r. udzielono w 9 przypadkach, w czerwcu 2012 r. w 20 przypadkach, a w marcu 2013 r. w 12 przypadkach. Średni czas oczekiwania na świadczenia rehabilitacji kardiologicznej w wrześniu 2011 r. wynosił 10 dni. Osoby, którym nie udzielono świadczeń zgodnie z kolejnością na liście, oczekiwały na udzielenie świadczeń, w skrajnym przypadku 56 dni. W czerwcu 2012 r. średni czas oczekiwania wynosił około 10 dni, natomiast najdłuższy czas oczekiwania na udzielenie świadczenia wyniósł 25 dni. Średni czas oczekiwania na świadczenia rehabilitacyjne w marcu 2013 r. wynosił 10 dni. Natomiast czas oczekiwania w skrajnym przypadku wyniósł nawet 62 dni (rehabilitacja kardiologiczna w warunkach stacjonarnych).

W zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych według list osób oczekujących we wrześniu 2011 r. poza kolejnością listy udzielono świadczeń w 69 przypadkach, w czerwcu 2012 r. – w 80, w marcu 2013 r. – w 50 przypadkach. We wrześniu 2011 r. średni czas oczekiwania na udzielenie świadczenia rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych wynosił 277 dni. Natomiast osoby, którym udzielono świadczeń oczekiwały na rehabilitację najdłużej 764 dni. W czerwcu 2012 r. średni czas oczekiwania wynosił 316, natomiast niektóre osoby na udzielenie świadczenia czekały nawet 1175 dni. W marcu 2013 r. średni czas oczekiwania wynosił 221 dni, natomiast niektóre osoby na udzielenie świadczenia czekały nawet do 1193 dni.

W zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach oddziału dziennego we wrześniu 2011 r. stwierdzono pięć przypadków udzielenia świadczeń poza kolejnością wynikającą z listy osób oczekujących, w czerwcu 2012 r. trzy, a w marcu 2013 r. sześć przypadków. Na udzielenie świadczenia w wrześniu 2011 r. średnio osoby oczekiwały 130 dni. Natomiast osoby, których kolejność przyjęcia była zmieniona oczekiwały w skrajnym przypadku 908 dni. W czerwcu 2012 r. średni czas oczekiwania na udzielenie świadczenia wynosił 221 dni. Natomiast osoby, których kolejność udzielenia świadczenia została zmieniona, oczekiwały nawet 901 dni. W marcu 2013 r. średni czas oczekiwania wynosił 221 dni. Natomiast osoby, którym zmieniono termin udzielenia świadczenia oczekiwały nawet do 340 dni.

Zastępca dyrektora ds. lecznictwa, wyjaśniła, że czynnikami kwalifikującymi do przyjęcia pacjenta są względy medyczne, oceniane przez lekarza przyjmującego chorego. Na ocenę pilności lub braku możliwości udzielenia świadczenia miały wpływ: przyczyna skierowania, choroby współistniejące, rokowania chorego (tj. pełny powrót do zdrowia, okresowa poprawa komfortu życia lub nieodwracalne skutki z powodu niezastosowania niezwłocznie rehabilitacji). Zastępca dyrektora zwróciła także uwagę na dopuszczalny czas rozpoczęcia rehabilitacji kardiologicznej np. w grupie RK03 do 28 dni oraz w grupie RK01 do 56 dni od wypisu z ośrodka leczenia ostrej fazy choroby. Ponadto, zastępca dyrektora ds. lecznictwa w wyjaśnieniach podała, że pacjenci odmawiają przyjęcia w proponowanym terminie zwłaszcza, jeżeli znacząco odbiega on od pierwotnego. Zdaniem NIK sposób prowadzenia list osób oczekujących i udzielania świadczeń rehabilitacyjnych naruszał prawa pacjenta do przejrzystej, obiektywnej, opartej na kryteriach medycznych, procedury ustalającej kolejność dostępu do świadczeń (art. 6 ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta¹⁵).

¹⁵ Dz. U. z 2012 r. Nr 159, ze zm.

10. Szpital nie umożliwiał pacjentom zapisywania się drogą elektroniczną na wizyty, z opcją monitorowania statusu na liście oczekujących (art. 23a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej). Dyrektor Szpitala wskazała, że przepisy wykonawcze weszły w życie dopiero 14 maja 2013 r. Ponadto brak stałego szerokopasmowego Internetu ogranicza dostęp do bazy danych. Zdaniem dyrektora, Szpitala nie stać na doprowadzenie światłowodu. Realizacji projektu „wielkopolska sieć szerokopasmowa” umożliwi rozszerzenie systemu informatycznego Szpitala o funkcjonalności, o których mowa w art. 23a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Zdaniem NIK, późne wprowadzenie przepisów wykonawczych¹⁶, nie zwalnia Szpitala z realizowania tego obowiązku po jego wprowadzeniu.

[Dowód: akta kontroli str. 560-562]

Uwagi dotyczące badanej działalności

NIK zwraca uwagę, że opracowanie systemu komunikacji i wymiany informacji pomiędzy komórkami organizacyjnym Szpitala, wpłynęłoby na rzetelność składanych ofert i terminowość aktualizowania potencjału wykonawczego Szpitala. W ocenie NIK, szereg nieprawidłowości i ich waga wskazują na niedostateczny nadzór nad wykonywaniem przez pracowników powierzonych zadań.

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia negatywnie organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu rehabilitacji leczniczej.

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 Kontroli, wnosi o:

1. Podjęcie działań w celu przeprowadzenia inwentaryzacji środków trwałych, w sposób zgodny z obowiązującymi przepisami prawa.
2. Wykazywanie w ofertach potencjału wykonawczego zgodnie ze stanem faktycznym i jego bieżące aktualizowanie w toku realizacji umów zawartych z Oddziałem Funduszu.
3. Dokonywanie przez zespół oceny przyjęć okresowych (comiesięcznych) ocen list osób oczekujących na świadczenia rehabilitacyjne i udzielanie ich z poszanowaniem zasad sprawiedliwego, równego niedyskryminującego i przejrzystego do nich dostępu.
4. Podjęcie działań mających na celu terminowe przekazywanie Oddziałowi Funduszu dokumentów rozliczeniowych i raportów statystycznych.
5. Podawanie w miejscach udzielania świadczeń rehabilitacyjnych wszystkich informacji wymaganych przepisami prawa.
6. Rozważenie podjęcia działań organizacyjnych, 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.
7. Podjęcie działań mających na celu umożliwienie pacjentom umawiania się drogą elektroniczną na wizyty z możliwością monitorowania statusu na liście osób oczekujących.
8. Pisemne informowanie świadczeniobiorców o terminie udzielenia świadczenia we wszystkich zakresach świadczeń rehabilitacyjnych.

¹⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 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.

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 NIK¹⁷, 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
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK proszę o poinformowanie Najwyższej Izby Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

W przypadku wniesienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.

Poznań, dnia 19 grudnia 2013 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Poznaniu

Kontroler

Dyrektor

Kludia Dziamska
starszy inspektor kontroli państwowej

z up. Krzysztof Matuszek
wicedyrektor

¹⁷ Dz. U. z 2012 r., poz. 82, ze zm.