



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Szczecinie

LSZ-4101-14-01/2013

P/13/131

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Szczecinie

ul. Jacka Odrowąża 1, 71-420 Szczecin

T +48 91 831 39 00, F +48 91 831 39 66

lsz@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 Szczecinie.
Kontroler	Maciej Mikulski, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 85892 z 21.08.2013 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2)
Jednostka kontrolowana	Szpital Powiatowy w Białogardzie, ul. Chopina 29, 78-200 Białogard ¹ .
Kierownik jednostki kontrolowanej	Przemysław Dawid, Dyrektor Szpitala ² . (dowód: akta kontroli str. 3)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości³, działalność Szpitala, dotyczącą realizacji w latach 2011-2013⁴ świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej.

Uzasadnienie oceny ogólnej

Pozytywną ocenę uzasadnia:

- zapewnienie przez Szpital zadeklarowanych w ofercie oraz zgodnych z wymogami Narodowego Funduszu Zdrowia⁵ zasobów kadrowych, lokalowych oraz sprzętowych dla wykonywania świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej,
- terminowe (w większości przypadków) przekazywanie przez Szpital wymaganych przez NFZ dokumentów rozliczeniowych za udzielone świadczenia w zakresie rehabilitacji leczniczej w postaci raportów statystycznych oraz faktur i raportów statystycznych o liczbie pacjentów i średnim czasie oczekiwania na udzielenie świadczenia.

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły m.in.:

- prowadzenia w latach 2011-2013 list pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej⁶ niezgodnie z wymogami obowiązujących przepisów⁷,
- prowadzenia List przy pomocy systemu teleinformatycznego, który nie spełniał wymogów rozporządzenia ws. dokumentacji oraz rozporządzenia 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 zdrowotnego⁸,
- niedokonywania okresowych ocen List przez „Zespół oceny przyjęć” pod względem prawidłowego prowadzenia dokumentacji, czasu oczekiwania na udzielenie

¹ Zwany dalej również Szpitalem.

² Pełniący swoją funkcję od 3.01.2011 r.

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

⁴ Do 30.09.2013 r.

⁵ Dalej NFZ.

⁶ Zwane dalej również Listami.

⁷ ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, ze zm.) - zwana dalej uśoz.

⁸ Dz. U. z 2013 r., poz. 516.

świadczenia oraz zasadności i przyczyn zmian terminów udzielenia świadczeń, co było niezgodne z art. 21 ust. 4 uśoz,

- przekazywania do NFZ nierzetelnych danych dotyczących średniego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia,

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły głównie systemu rejestracji pacjentów oczekujących na świadczenie oraz braku okresowych ocen List, mogących wpływać na przejrzystość w dostępie do świadczeń rehabilitacyjnych - co NIK ocenia negatywnie. Nie miało to jednak zasadniczego wpływu na ograniczenie zakresu i liczby udzielanych świadczeń rehabilitacji leczniczej.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego.

1. Prawdliwość wykonania umów zawartych z NFZ.

Opis stanu
faktycznego

1.1 Zgodnie ze Statutem, Szpital jest samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej. Odpowiedzialność za zarządzanie Szpitalem ponosi dyrektor, który kieruje Szpitalem, reprezentuje go na zewnątrz i jest przełożonym pracowników.

W myśl § 4 ust. 1 pkt 4 i ust. 2 pkt 8 Statutu, podstawowe kierunki działania Szpitala obejmowały udzielanie świadczeń zdrowotnych służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne, w tym m.in. rehabilitację leczniczą. W szczególności do zadań Szpitala należało udzielanie świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej, służących przywracaniu i poprawie zdrowia.

(dowód: akta kontroli str. 204-216)

1.2 Szpital, reprezentowany przez dyrektora Przemysława Dawida, w dniu 4 stycznia 2011 r. zawarł z Zachodniopomorskim Oddziałem Wojewódzkim NFZ z siedzibą w Szczecinie⁹ umowę¹⁰ o udzielanie w okresie od 1.01.2011 r. do 31.12.2013 r. świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej. Umowa przewidywała świadczenie w 2011 r. usług na łączną kwotę 6.455.417,19 zł, w tym:

- lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej na łączną kwotę 26.840,91 zł (24.181 jednostek rozliczeniowych¹¹ o wartości 1,11 zł za jr),
- fizjoterapii ambulatoryjnej na kwotę 424.529,60 zł (385.936 jr o wartości 1,10 zł za jr),
- rehabilitacji neurologicznej na kwotę 2.433.212,10 zł (2.274.030 jr o wartości 1,07 zł za jr),
- rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych na kwotę 3.570.834,58 zł (3.026.131 jr o wartości 1,18 zł za jr).

Podane wartości za punkt rozliczeniowy zostały ustalone w wyniku negocjacji prowadzonych z OW NFZ przez poprzedniego dyrektora Szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 4-51)

W złożonej OW NFZ ofercie z dnia 10.12.2010 r. na udzielanie świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej Szpital zaproponował następujące liczby punktów i stawki za punkt rozliczeniowy:

- rehabilitacja neurologiczna - 3.000.000 jr w cenie 1,07 za jr (pierwotna propozycja Szpitala z 24.11.2010 r. kształtowała się na poziomie 3.600.000 jr w cenie 1,50 zł za jr),
- rehabilitacja ogólnoustrojowa - 3.026 jr w cenie 1,40 zł za jr,
- fizjoterapia ambulatoryjna - 545.460 jr w cenie 1,10 za jr,
- lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna 27.024 jr w cenie 1,11 za jr.

(dowód: akta kontroli str. 48-52, 128, 203)

⁹ Dalej OW NFZ.

¹⁰ Nr 16-00-01177-11-10/05-11-056.

¹¹ Dalej jr.

Z wyjaśnień dyrektora Szpitala wynika, że kalkulacja ilości świadczeń odbywała się każdorazowo z uwzględnieniem wykonań historycznych, możliwości wykonania świadczeń w oparciu o posiadany potencjał wykonawczy świadczeniodawcy oraz w przypadku rehabilitacji neurologicznej na podstawie prognozowanych ilości poszczególnych kategorii jednorodnych grup pacjentów (w sytuacji poszerzenia zasięgu oddziaływania Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej Szpitala). Ceny za poszczególne świadczenia zawsze określano na poziomie maksymalnym, wyznaczonym przez OW NFZ. (dowód: akta kontroli str. 53-56)

W latach 2011-2013 (do 30.09) na podstawie wniosków dyrektora Szpitala o rene-gocjacji umowy z powodu nadwykonań limitów umownych, zawarto 6 aneksów oraz ugodę do ww. umowy, na podstawie których nastąpiło zwiększenie limitu finanso-wania świadczeń:

- na 2011 r. - do kwoty 7.501.826,74 zł (tj. o 1.046.409,55 zł więcej niż w pierwotnej umowie), w tym lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej na kwotę 25.223,64 zł, fizjoterapii ambulatoryjnej na 424.529,60 zł, rehabilitacji neurologicznej na 3.237.381,30 zł oraz rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych na 3.814.692,20 zł,
- na 2012 r. do kwoty 8.337.636,16 zł (tj. o 835.809,42 zł więcej niż w roku poprzednim), w tym lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej na łączną kwotę 26.840,91 zł, fizjoterapii ambulatoryjnej na 428.764,60 zł, rehabilitacji neurologicznej na 3.783.413 zł oraz rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych na 3.962.664,20 zł,
- na 2013 r. do kwoty 8.822.137,69 zł (tj. o 484.501,53 zł więcej niż w roku poprzednim), w tym lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej na łączną kwotę 25.339,08 zł, fizjoterapii ambulatoryjnej na 419.021,90 zł, rehabilitacji neurologicznej na 4.417.059,51 zł oraz rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych na 3.960.717,20 zł.

Łączna planowana kwota kontraktu na lata 2011-2013 wyniosła 24.661.600,59 zł. Kontrakt na udzielanie świadczeń w okresie od 1.01.2011 r. do 30.09.2013 r. wyniósł 22.577.186,66 zł.

Podane zmiany wynikały ze zmian wielkości udzielanych świadczeń (zmiany wielkości liczby jr w poszczególnych zakresach świadczeń). Ceny jr pozostały na pierwotnie ustalonym poziomie. (dowód: akta kontroli str. 57-69, 84-128)

1.3 Wynik finansowy Szpitala w zakresie realizacji świadczeń rehabilitacji leczniczej w okresie objętym kontrolą przyniósł wg stanu na dzień:

- 31.12.2011 r. stratę z działalności za 2011 r. w łącznej kwocie 216.069 zł, na co składały się straty z działalności w zakresie rehabilitacji neurologicznej (369.758 zł) i lekarskiej opieki ambulatoryjnej (14.008 zł) oraz zyski z działalności w zakresie świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej (53.469 zł) oraz rehabilitacji ogólnoustrojowej i reumatologii¹² (114.228 zł),
- 31.12.2012 r. zysk z działalności za 2012 r. w łącznej kwocie 86.407 zł, na co składały się zysk osiągnięty z działalności w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej (327.964 zł) oraz straty z działalności w zakresie rehabilitacji neurologicznej (191.878 zł), fizjoterapii ambulatoryjnej (19.071 zł) i lekarskiej opieki ambulatoryjnej (30.608 zł),
- 31.08.2013 r. stratę z działalności za 2013 r. w łącznej kwocie 123.739 zł, na co składały się straty z działalności w zakresie rehabilitacji neurologicznej (243.782 zł), fizjoterapii ambulatoryjnej (57.073 zł) i lekarskiej opieki ambulatoryjnej (20.726 zł) oraz zysk osiągnięty z działalności w zakresie świadczeń rehabilitacji ogólnoustrojowej (197.842 zł). (dowód: akta kontroli str. 70-72)

¹² W 2011 r. ewidencja księgowa kosztów prowadzona była łącznie dla oddziałów udzielających świadczeń w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej i reumatologii.

1.4 Świadczenia w zakresie rehabilitacji leczniczej były udzielane w latach 2011-2013 przez Szpital z udziałem podwykonawców:

- Euromedic Diagnostic Polska sp. z o.o. w Warszawie¹³ – na podstawie umowy z dnia 16.09.2009 r. na udzielanie świadczeń z zakresu badań rezonansu magnetycznego w utworzonym przez Euromedic Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Zachodniopomorskie Centrum Medyczne w Szczecinie¹⁴,
- Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Gryficach¹⁵ – na podstawie umowy z 30.06.2010 r. o wykonanie dla Szpitala usług z zakresu badań laboratoryjnych w Zakładach Diagnostyki Laboratoryjnej, Mikrobiologicznej i Obrazowej oraz Antomii,
- Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie¹⁶ - na podstawie umowy z 12.02.2012 r. na wykonywanie na rzecz Szpitala usług diagnostycznych w zakresie toksykologii klinicznej.

Umowy z PUM i SPZZOZ Gryfice, stosownie do postanowień § 7 ust. 3 zarządzenia Prezesa NFZ Nr 53/2010/DSOZ z 2 września 2010 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza, zawierały zastrzeżenie o prawie NFZ do przeprowadzenia kontroli podwykonawcy.

(dowód: akta kontroli str. 43, 73-83)

1.5 157 ze 160 raportów statystycznych w zakresie świadczeń rehabilitacji leczniczej za zaświadczenia udzielone w okresie od 1.01.2011 r. do 31.08.2013 r. zostało przesłanych przez Szpital do OW NFZ w terminie przewidzianym przez § 23 ust. 3 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej¹⁷, tj. do 10. dnia miesiąca następującego po okresie sprawozdawczym. (dowód: akta kontroli str. 129)

62 z 83 (74,7%) badanych faktur za udzielone w okresie od 1.01.2011 r. do 30.09.2013 r. świadczenia w zakresie rehabilitacji leczniczej w łącznej kwocie 16.576.284,66 zł zostało przesłanych do OW NFZ w terminach przewidzianych w § 23 ust. 3 ww. załącznika do rozporządzenia ws. owu.

21 faktur, dotyczących świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej na łączną kwotę 3.245.436,02 zł zostało przesłanych do NFZ z przekroczeniem terminu od 1 do 21 dni.

(dowód: akta kontroli str. 129-133)

Alicja Wiśniewska – kierownik Sekcji Statystyki i Dokumentacji Chorych Szpitala wyjaśniła, że *faktury dotyczące danych z raportów zatwierdzonych przez NFZ zawsze wysyłane są niezwłocznie po otrzymaniu raportu zwrotnego. Sytuacje w których faktury przekroczyły ww. termin 10 dotyczą danych z raportów, które zostały zakwestionowane przez NFZ i podlegały wyjaśnieniu.*

(dowód: akta kontroli str. 167-168)

NFZ wypłacał należności świadczeniodawcy wynikające z ww. 83 faktur średnio w terminie 15,2 dnia od daty przesłania faktury. W 2 na 83 zbadane przypadki płatności nastąpiło przekroczenie terminu, o którym mowa w § 24 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów (tj. powyżej 15 dni). Dotyczyło to faktur nr 148/E/2011 w kwocie 354416,10 zł przesłanej w dniu 17.06.2011 r. (płatność nastąpiła po 75 dniach) oraz nr 188/E/2012 w kwocie 156.169,04 zł przesłanej w dniu 2.08.2012 r. (płatność nastąpiła po 59 dniach).

(dowód: akta kontroli str. 130-133)

¹³ Dalej - Euromedic.

¹⁴ Dalej - NZOZ ZCE.

¹⁵ Dalej - SPZZOZ Gryfice.

¹⁶ Dalej - PUM.

¹⁷ Dz. U. Nr 81, poz. 484 - zwane dalej rozporządzeniem ws. owu.

1.6 W latach 2011-2013 OW NFZ nałożył na Szpital karę umowną w związku z nienależytym wykonaniem umowy zawartej z OW NFZ w zakresie świadczeń rehabilitacji leczniczej w kwocie 3.783,41 zł. Kara została nałożona w wyniku kontroli przeprowadzonej w dniach 8.01.2013 r. – 30.01.2013 r. dotyczącej realizacji umowy na świadczenie usług w zakresie rehabilitacji leczniczej przez Oddział Neurologiczny Szpitala i dotyczyła niedokonania aktualizacji załącznika nr 2 do umowy „Harmonogram – zasoby” oraz niezachowania trybu przyjęcia jednego pacjenta.

(dowód: akta kontroli str. 134-161)

1.7 W okresie od 1.01.2011 r. do 30.09.2013 r. wartość kontraktu na świadczenia w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej wyniosła łącznie 1.165.123,30 zł. W ww. okresie Szpital nie realizował świadczeń fizjoterapii domowej. Według § 8 ust. 9 zarządzenia nr 53/2010/DSOZ Prezesa NFZ z 2 września 2010 r., świadczeniodawca jest zobowiązany do realizacji świadczeń fizjoterapii domowej na kwotę nie mniejszą niż 3% kwoty miesięcznego kontraktu świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej realizowanych w trakcie okresu sprawozdawczego

W latach 2011-2013 (do 30.09) wymagana kwota 3% kontraktu na świadczenia fizjoterapii ambulatoryjnej wyniosła 34.953,70 zł. (dowód: akta kontroli str. 162-163)

Jacek Wojcikiewicz wyjaśnił, że Szpital nie wywiązał się z obowiązku realizacji świadczeń fizjoterapii w warunkach domowych, *ponieważ nie było zapotrzebowania na takie świadczenia ze względu na brak skierowań*. (dowód: akta kontroli str. 164-166)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności Szpitala w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Umowa zawarta w dniu 16.09.2009 r. w imieniu Szpitala przez ówczesnego dyrektora Szpitala – Macieja Kielbratowskiego z firmą Euromedic na wykonywanie na rzecz Szpitala w ramach NZOZ ZCE świadczeń zdrowotnych w zakresie badania rezonansu magnetycznego pacjentów Szpitala, nie zawierała zastrzeżenia o prawie NFZ do przeprowadzenia kontroli podwykonawcy, co było niezgodne z § 7 ust. 3 zarządzenia Prezesa NFZ Nr 53/2010/DSOZ z 2 września 2010 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza¹⁸.

(dowód: akta kontroli str. 82-83)

Jacek Wojcikiewicz - Zastępca Dyrektora Szpitala ds. Lecznictwa wyjaśnił, że umowa z Euromedic została podpisana (przez byłego dyrektora) przed wejściem w życie zarządzenia Prezesa NFZ Nr 53/2010/DOZ z dnia 2 września 2010 r.

(dowód: akta kontroli str. 164-166)

Brak zastrzeżenia o prawie NFZ do przeprowadzenia kontroli był niezgodny z § 7 ust. 3, obowiązującego w dniu podpisania umowy zarządzenia Nr 85/2008/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 15 października 2008 r. ws. realizacji umów.

2. W latach 2011-2013 Szpital przekazywał OW NFZ wymagane dokumenty rozliczeniowe (raporty statystyczne w zakresie świadczeń rehabilitacji leczniczej) z przekroczeniem terminu wymienionego w § 23 ust. 3 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Raporty, dotyczące świadczeń z zakresu: rehabilitacji neurologicznej za sierpień 2012 r. został przesłany w 11 września (1 dzień po terminie) oraz fizjoterapii ambulatoryjnej za styczeń i luty 2013 r. zostały przesłane odpowiednio 6 marca (24 dni po terminie) oraz 13 marca (2 dni po terminie).

(dowód: akta kontroli str. 129-133)

¹⁸ Dalej - ws. realizacji umów.

Alicja Wiśniewska, kierownik Sekcji Statystyki i Dokumentacji Chorych Szpitala wyjaśniła, że raporty statystyczne co do zasady są zawsze wysyłane w terminie do dnia 10 miesiąca następującego po okresie sprawozdawczym. 3 wskazane przypadki nie były zamierzone, zdarzyły się wyjątkowo i musiały wynikać z przyczyn niezależnych (np. awaria systemu).

(dowód: akta kontroli str. 167-168)

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości, działalność Szpitala, dotyczącą wykonania umowy zawartej z NFZ w zakresie rehabilitacji leczniczej.

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

Opis stanu faktycznego

2.1. Zasoby Szpitala służące wykonywaniu świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej.

W latach 2011-2013 świadczenia w zakresie rehabilitacji leczniczej były udzielane przez Szpital w budynku przy ul. Chopina 29 w Białogardzie¹⁹ - w Poradni Rehabilitacyjnej, Dziale Fizjoterapii AmbulATORYJNEJ²⁰, na oddziałach szpitalnych Rehabilitacji Ogólnoustrojowej A²¹, Rehabilitacji Ogólnoustrojowej B²², Rehabilitacji Neurologicznej²³ (stacjonarna opieka) oraz w budynku przy ul. Szpitalnej 7 w Białogardzie - w Pracowni RTG (w zakresie diagnostyki RTG).

Zgodnie z wymogami § 11 ust. załącznika do rozporządzenia ws. owu, wewnątrz Budynku podane były informacje dotyczące godzin i miejsc udzielania świadczeń w poszczególnych zakresach świadczeń, trybu składania skarg i wniosków, praw pacjenta, adresu oraz numeru telefonu właściwego miejscowo Rzecznika Praw Pacjenta oraz numeru bezpłatnej infolinii Biura Praw Pacjenta przy ministrze właściwym do spraw zdrowia, numerów telefonów alarmowych ratownictwa medycznego²⁴ oraz możliwości i sposobu zapisania się na listę oczekujących na świadczenie.

(dowód: akta kontroli str. 167-175)

Przeprowadzone oględziny wykazały, że warunki lokalowe dotyczące pomieszczeń, ilości i rodzaju wyposażenia były zgodne z ofertą Szpitala oraz wymaganiami określonymi w załączniku nr 3 do zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 53/2010/DSOZ.

W miejscu udzielania świadczeń rehabilitacji znajdowały się dojazdy oraz dojścia dla pacjentów niepełnosprawnych ruchowo. Wewnątrz Budynku w miejscu udzielania świadczeń przez Poradnię Rehabilitacyjną i Dział FA oraz oddziały ROA, ROB i RN podane były informacje o godzinach i miejscach udzielania świadczeń w poszczególnych ich zakresach. Na każdym piętrze Budynku znajdowało się co najmniej jedno pomieszczenie higieniczno-sanitarne dla świadczeniobiorców, dostosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych ruchowo oraz dostępna była dźwig (winda), umożliwiający wjazd tym osobom, w tym poruszającym się na wózkach inwalidzkich. Na każdym piętrze umieszczono imiona i nazwiska osób kierujących daną komórką organizacyjną. Na oddziałach szpitalnych znajdowała się dodatkowo informacja na temat lekarzy udzielających świadczeń. Szpital w ramach fizjoterapii ambulatoryjnej świadczył zabiegi elektroterapii, światłolecznictwa, leczenia zmiennym polem elektromagnetycznym i magnetycznym, ultradźwięków, laseroterapii. Zabiegi światłolecznictwa i elektrolecznictwa, diatermie krótkofalowe i mikrofalowe udzielane

¹⁹ Dalej - Budynek.

²⁰ Dalej - FA.

²¹ Dalej - ROA.

²² Dalej - ROB.

²³ Dalej - RN.

²⁴ numerów: 112 i 999.

były w osobnych pomieszczeniach (boksach), umożliwiającym stosowanie wspólnej wentylacji mechanicznej, odpowiednio zabezpieczonych przed szkodliwym oddziaływaniem promieniowania elektromagnetycznego na otoczenia, zaś kinezyterapii i masażu, ćwiczeń biernych, czynno-biernych, wspomaganych, pionizacji prowadzone były indywidualnie przez fizjoterapeutów w odrębnych salach. Ćwiczenia różne: czynne w odciążeniu, czynne w odciążeniu z oporem, czynne wolne, czynne z oporem, izometryczne nauka czynności lokomocyjnych, zabiegi z użyciem wyciągów prowadzone były w salach ćwiczeń, stanowiących odrębne pomieszczenia.

(dowód: akta kontroli str. 169-184)

Gabinet fizjoterapii podczas przeprowadzonych oględzin otwarty był w godzinach 8:00-17:30. Zgodnie z wymogami stawianym przez Prezesa NFZ w punkcie 2.4.2 załącznika nr 3 do zarządzenia nr 53/2010/DSOZ z 2.09.2010 r. gabinet (zakład) rehabilitacji lub fizjoterapii powinien być czynny co najmniej 5 dni w tygodniu, nie krócej niż 5 godzin dziennie, w tym co najmniej 2 dni w godzinach 13.00-18.00.

(dowód: akta kontroli str. 169-175)

Jacek Wojcikiewicz wyjaśnił, że gabinet fizykoterapii pracuje w godz. 8:00 -18:00, jednak *pacjenci mogą zgłaszać się do 17:30 ze względów organizacyjnych (terapię trwają do 18:00).*

(dowód: akta kontroli str. 164-166)

Przeprowadzone oględziny wykazały, że Szpital wyposażony był w sprzęt zadeklarowany w ofercie, tj. aparaty RTG (2 szt.), aparaty EKG (2 szt.), kardiomonitor, koncentrator tlenu, lampy terapeutyczne (8 szt.), wanny do masażu wirowego kończyn górnych (2 szt.) i dolnych (2 szt.), aparaty do krioterapii (3 szt.), zestawy do leczenia ultradźwiękami (4 szt.), aparaty do badań USG (2 szt.), biostymulacji laserowej (4 szt.), masażu mechanicznego (9 szt.), elektroterapii (11 szt.), magnetoterapii (10 szt.), pulsoksymetr, defibrylator, gastroskopy (2 szt.), urządzenia typu „Ugul” (14 szt.), steppery i bieżnie (6 szt.), cykloergometry (10 szt.), rotory do ćwiczeń kończyn dolnych i górnych (9 szt.) oraz stoły (w tym do pionizacji), balkoniki, kule i laski rehabilitacyjne. Ww. sprzęt posiadał ważne w latach 2011-2013 przeglądy techniczne.

(dowód: akta kontroli str. 167-184)

W ofercie z dnia 12.10.2010 r., zaktualizowanej w 21.12.2011 r., Szpital zadeklarował dostępność następującej kadry personelu medycznego:

- rehabilitacja neurologiczna - lekarzy o specjalizacji z rehabilitacji (równoważnik 3,3 etatu) i neurologia (1 etat), zapewnienie obsługi pielęgniarskiej (18,7 etatu), psychologa (3 etaty) i terapeutów zajęciowych (dostępnych na 3,6 etatu) oraz 15 fizjoterapeutów (w tym 6 z tytułem magistra fizjoterapii oraz 9 techników fizjoterapii), 3 masażystów, 2 logopedów,
- rehabilitacja ogólnoustrojowa - lekarzy o specjalizacji z rehabilitacji (równoważnik 3 etatów) neurologii, chorób narządów ruchu lub chirurgii (2 etaty) oraz lekarza bez specjalizacji (1 etat) zapewnienie obsługi pielęgniarskiej (12 etatów), 14 fizjoterapeutów (w tym 1 z tytułem magistra fizjoterapii oraz 13 techników fizjoterapii), 3 masażystów,
- fizjoterapii ambulatoryjnej – 7 fizjoterapeutów (w tym 1 z tytułem magistra fizjoterapii i 6 techników) oraz 2 masażystów,
- lekarskiej ambulatoryjnej opieki medycznej – obsługa lekarza ze specjalizacją oraz pielęgniarki w wymiarze 10 godzin tygodniowo.

(dowód: akta kontroli str. 185-201)

Na dzień 31.08.2013 r. Szpital zapewniał zadeklarowaną dostępność personelu medycznego zatrudniając:

- na oddziale RN – 4 lekarzy ze specjalizacją z rehabilitacji (w tym jeden również ze specjalizacją z neurologii) oraz lekarza ze specjalizacją w zakresie chorób narządów ruchu (łącznie równoważnik 5 etatów), zapewnił konsultacje lekarza o specjalizacji z zakresu chorób wewnętrznych, personel pielęgniarski w wymiarze 21 etatów, fizjoterapeutów (15 etatów - w tym 7 z tytułem magistra fizjoterapii), 3 terapeutów zajęciowych (w wymiarze 3,6 etatu), masażysta (3 etaty), 3 psychologów, 3 logopedów i 9 opiekunów medycznych;
- na oddziałach ROA i ROB – 5 lekarzy ze specjalizacją w zakresie rehabilitacji, lekarza ze specjalizacją chorób narządów ruchu oraz zapewnił konsultacje lekarza o specjalizacji z zakresu chorób wewnętrznych, personel pielęgniarski w wymiarze 31 etatów, fizjoterapeutów (15 etatów - w tym 3 z tytułem magistra fizjoterapii), masażysta (4 etaty) i 3 opiekunów medycznych;
- w dziale FA – 7 fizjoterapeutów (w tym 1 z tytułem magistra fizjoterapii i 6 techników) oraz 2 masażystów – w wymiarze czasu równego pełnemu etatowi,
- w Poradni Rehabilitacyjnej – 2 lekarzy ze specjalizacją (rehabilitacja, ortopedia i traumatologia) oraz obsługę pielęgniarską – w wymiarze 10 godzin tygodniowo.

Kontroli poddano kwalifikacje zatrudnionego w latach 2011-2013 personelu Szpitala, wykonującego działania w zakresie rehabilitacji leczniczej. Ww. kwalifikacje odpowiadały kwalifikacjom personelu, jakie Szpital zadeklarował w ofercie oraz wymogom stawianym przez NFZ²⁵. (dowód: akta kontroli str. 185-201)

2.2. Zasady rejestracji pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej.

Zgodnie z regulaminem organizacyjnym Szpitala²⁶, na potrzeby zapewnienia prawidłowej kolejności udzielania świadczeń Szpital prowadzić powinien listę pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej w sposób zapewniający poszanowanie zasad sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z kryteriami medycznymi określonymi w powszechnie obowiązujących przepisach prawa. Szpital powinien dokonywać okresowej, nie rzadziej niż raz w miesiącu, oceny listy oczekujących. Korekta terminu udzielenia świadczenia w razie zmiany stanu zdrowia pacjenta wymaga poinformowania pacjenta o tym fakcie oraz o nowym terminie udzielenia świadczenia. W stanach zagrożenia zdrowia lub życia, Szpital powinien udzielić świadczeń niezwłocznie, niezależnie od ustalonej kolejności świadczeń. W razie wystąpienia okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili ustalania terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, a które uniemożliwiają zachowanie terminu wynikającego z listy oczekujących, Szpital powinien informować pacjenta w każdy dostępny sposób o zmianie ww. terminu.

§ 58 Regulaminu stanowił, że do obowiązków sekretarki medycznej należało m.in. ścisła współpraca z Sekcją Statystyki Medycznej i Dokumentacji Chorych w zakresie ewidencji pacjentów i rozliczeń na potrzeby NFZ oraz przekazywania dokumentacji medycznej pacjenta na potrzeby rozliczeń i archiwizacji, prowadzenie księgi ruchu chorych w oddziale, uzupełnianie dokumentacji oddziałowej lub prowadzenie dokumentacji obowiązującej w rejestracji, informowanie pacjentów o wyznaczonym terminie udzielenia świadczenia. Zgodnie z § 39 ust. 3 pkt 1 i § 42 ust. 4 Regulaminu Ordynator odpowiadał za tworzoną lub przetwarzaną dokumentację medyczną na Oddziale pod względem zgodnego z prawem i wymogami Szpitala prowadzenia i obiegu, zabezpieczenia przed zniszczeniem i wglądem osób nieuprawnionych, zaś do obowiązków Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa należało sprawowanie nadzoru w zakresie prawidłowego prowadzenia dokumentacji medycznej, udostępniania jej uprawnionym osobom lub instytucjom oraz jej przechowywania.

²⁵ w załączniku nr 3 do zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 53/2010/DSOZ.

²⁶ Dalej „Regulamin”.

Szpital nie posiadał żadnych innych regulacji dotyczących zasad rejestracji pacjentów oczekujących na wizytę, w tym sposobu tworzenia kolejki oczekujących na świadczenie rehabilitacji leczniczej.

(dowód: akta kontroli str. 185-201, 217-230)

Z wyjaśnień Dyrektora Szpitala i jego zastępcy wynika, że zadania prowadzenia list pacjentów oczekujących na świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej realizowały osoby zatrudnione na stanowisku sekretarki medycznej wg następujących zasad:

- na oddziałach ROA i ROB i RN skierowania przyjmowane były listownie, drogą elektroniczną, bądź osobiście od pacjentów, a następnie weryfikowane przez ordynatora danego oddziału i kwalifikowane na listę pilną lub stabilną. Pacjenci informowani byli telefonicznie lub e-mailem o przewidywanym terminie przyjęcia, zaś o konkretnym terminie - listownie, telefonicznie lub e-mailem na kilka dni przed przyjęciem. W przypadku kwalifikacji do rehabilitacji neurologicznej wczesnej, przyjęcie odbywało się w ciągu 30 dni od daty wypisu z oddziału prowadzącego leczenie ostrej fazy zachorowania, zaś przewlekłej - w ciągu 2-3 lat od daty złożenia skierowania,
- w dziale FA pacjenci rejestrowani i wpisywani na Listę byli w chwili rejestracji, wtedy również był ustalany dokładny termin, w którym udzielone zostaną świadczenia zlecone przez lekarza, pacjent o terminie zabiegów informowany bezpośrednio w czasie rejestracji. Jeżeli zachodzi potrzeba zmiany terminu zabiegów na wniosek pacjenta, bezpośrednio po zgłoszeniu przez niego tego faktu ustalany jest nowy termin,
- w Poradni Rehabilitacyjnej nie była prowadzona Lista, ponieważ pacjenci rejestrowani byli i przyjmowani na bieżąco w dniach udzielania świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Dane dotyczące list oczekujących przekazywane były po zatwierdzeniu przez ordynatorów do komórki nadzorującej wykonywanie tego obowiązku - Sekcji Statystyki i Dokumentacji Chorych wraz z RUM, która jest odpowiedzialna za przekazanie tych danych w sposób i w czasie określonych przepisami prawa.

(dowód: akta kontroli str. 52-56)

Analiza treści List za wrzesień 2011 r., czerwiec 2012 r. i marzec 2013 r. wykazała, że Listy prowadzone w Szpitalu nie spełniały wszystkich wymogów uśoz i rozporządzenia ws. dokumentacji.

(dowód: akta kontroli str. 231-249)

2.2.1 Listy prowadzone na Oddziałach ROA i ROB.

Listy pacjentów prowadzone były przez sekretarki medyczne (D.G. - ROA i A.K. - ROB), w formie elektronicznej (w arkuszu kalkulacyjnym), oddzielnie dla kategorii stabilny i pilny. Wpisy na Listy dokonywane były na bieżąco (ROA) i 2 razy w tygodniu w piątki i poniedziałki (ROB). Wpisy dotyczące pacjentów, których skreślono z listy (w tym udzielono świadczenia) były na trwałe (bezpowrotnie) usuwane z List. Nie dokonywano przy tym ich utrwalenia w postaci wydruków w formie papierowej. Na Listach nie stwierdzono adnotacji o dacie powiadamiania pacjentów o terminie udzielenia świadczenia lub jego zmianie.

(dowód: akta kontroli str. 231-239, 250-253)

Z wyjaśnień złożonych przez sekretarki medyczne D.G. i A.K. wynika, że Szpital stosował telefoniczną formę powiadamiania pacjentów oddziałów ROA i ROB o terminie udzielenia świadczenia lub skorygowaniu terminu w wyniku zmiany stanu zdrowia świadczeniobiorcy, wskazującego na potrzebę wcześniejszego niż w określonym terminie udzielenia świadczenia. W przypadku braku kontaktu telefonicznego stosowana była pisemna forma powiadamiania.

(dowód: akta kontroli str. 250-253)

Listy zgodnie z wymogami art. 20 ust. 2 pkt 3 lit. a, c, d, f, g uśóz zawierały numer kolejny wpisu, imię i nazwisko świadczeniobiorcy, numer PESEL, a w przypadku jego braku - numer dokumentu potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy, adres pacjenta, numer telefonu lub oznaczenie innego sposobu komunikacji ze świadczeniobiorcą lub jego opiekunem. Lista prowadzona na oddziale ROB zawierała planowany termin udzielenia świadczenia, co było zgodne z art. 20 ust. 2 pkt 3 lit h uśóz. (dowód: akta kontroli str. 231-239)

Dane dotyczące średniego czasu oczekiwania i liczby pacjentów korzystających ze świadczeń w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej podane do NFZ wyniosły:

- we wrześniu 2011 r. pacjenci „pilni” – 461 (średni czas oczekiwania 189 dni, pacjenci stabilni – 2.314 (średni czas oczekiwania 992 dni),
- w czerwcu 2012 r. pacjenci „pilni” – 670 (średni czas oczekiwania 67 dni, pacjenci stabilni – 2.683 (średni czas oczekiwania 922 dni),
- w marcu 2013 r. pacjenci „pilni” – 682 (średni czas oczekiwania 41 dni, pacjenci stabilni – 3.227 (średni czas oczekiwania 358 dni),

(dowód: akta kontroli str. 254-256)

Sposób prowadzenia ww. List nie pozwalał na stwierdzenie, czy dane w nich zawarte zgodne były z miesięcznymi raportami statystycznymi przekazywanymi do NFZ oraz czy została zachowana kolejność przyjęć, stosownie do wpisów na liście oczekujących. (dowód: akta kontroli str. 231-239)

Z wyjaśnień sekretarek medycznych D.G. i A.K. wynika, że przy każdorazowym przyjęciu pacjenta prowadząca Listę wpisywała adnotację o liczbie dni oczekiwania w roboczej dokumentacji prowadzonej w formie papierowej. Średni czas oczekiwania obliczano odrębnie dla każdej grupy (stabilni/pilni) zgodnie z obowiązującym wzorem, podanym w załączniku do 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 publicznych²⁷.

(dowód: akta kontroli str. 250-253)

2.2.2 Lista prowadzona na Oddziale RN.

Lista prowadzona była przez T.K., sekretarkę medyczną w formie elektronicznej w postaci bazy danych za pomocą aplikacji Acces.

Lista zgodnie z wymogami art. 20 ust. 2 pkt 3 lit. a, c, d, e, f, g, h oraz pkt 4 uśóz zawierała numer kolejny, imię i nazwisko świadczeniobiorcy, numer PESEL, a w przypadku jego braku - numer dokumentu potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy, adres pacjenta, numer telefonu lub oznaczenie innego sposobu komunikacji ze świadczeniobiorcą lub jego opiekunem, rozpoznanie lub powód przyjęcia, termin udzielenia świadczenia, imię datę i przyczynę skreślenia świadczeniobiorcy z prowadzonej bazy danych pacjentów.

(dowód: akta kontroli str. 240-245)

Analiza treści Listy wykazała, że w okresach wrzesień 2011 r., czerwiec 2012 r. i marzec 2013 r. wystąpiły przypadki przyjmowania na Oddział RN pacjentów o kategorii stabilny niezgodnie z kolejnością zakwalifikowania do kolejki oczekujących. Stwierdzono to, m.in. w przypadkach:

- pacjentowi T. Ł., zakwalifikowanemu do kolejki oczekujących 30.11.2007 r., zostało udzielone świadczenie 28.09.2013 r. po 16 pacjentach zakwalifikowanych później (w terminie od 24.11.2008 r. do 5.08.2011 r.), w tym po pacjentach wpisanych na LO, 26.05.2011 r. (1.273 dni później), 26.06.2011 r. (tj. 1.304 dni później), 4.07.2011 r. (1.312 dni później) i 5.08.2011 r. (1.344 dni później),

²⁷ Dz. U. Nr 123, poz. 801, ze zm. – dalej rozporządzenie ws. informacji.

- pacjent M. K., zakwalifikowany do kolejki oczekujących 18.02.2011 r. został przyjęty przed pacjentami zakwalifikowanymi wcześniej, tj. w dniach 24.11.2008 r., 9.09.2009 r., 15.01.2010 r., 28.01.2010 r., 19.03.2010 r., 7.06.2010 r., 15.06.2010 r., 20.09.2010 r., 28.01.2011 r.,
- pacjent H.N., zakwalifikowany do kolejki 4.07.2011 r. oczekiwał na udzielenie świadczenia 73 dni i został przyjęty przed 16 pacjentami zakwalifikowanymi wcześniej, których czas oczekiwania wyniósł od 107 do 1.398 dni (średni czas oczekiwania tych pacjentów wyniósł 477 dni),
- pacjent U.J., zakwalifikowany do kolejki 16.06.2012 r. oczekiwał na świadczenie 59 dni i został przyjęty przed 11 pacjentami zakwalifikowanymi wcześniej, których czas oczekiwania wyniósł od 105 do 1.303 dni (średni czas oczekiwania tych pacjentów 596 dni),
- pacjent J.S., zakwalifikowany do kolejki 1.03.2013 r. oczekiwał na świadczenie 164 dni i został przyjęty przed 8 pacjentami zakwalifikowanymi wcześniej, których czas oczekiwania wyniósł od 210 do 1.816 dni (średni czas oczekiwania tych pacjentów 714 dni).

(dowód: akta kontroli str. 240-245, 257-258)

Zgodnie z § 1 i § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej²⁸, Szpital powinien umieszczać pacjentów z wyjątkiem świadczeniobiorcy znajdującego się w stanie nagłym, na Liście na podstawie kryteriów medycznych opartych na aktualnej wiedzy medycznej (tj. stanu zdrowia świadczeniobiorcy, rokowania co do dalszego przebiegu choroby, chorób współistniejących mających wpływ na chorobę, z powodu której ma być udzielone świadczenie, zagrożenia wystąpienia, utrwalenia lub pogłębienia niepełnosprawności), kwalifikując świadczeniobiorcę do kategorii medycznej: "przypadek pilny" - jeżeli istnieje konieczność pilnego udzielenia świadczenia ze względu na dynamikę procesu chorobowego i możliwość szybkiego pogorszenia stanu zdrowia lub znaczącego zmniejszenia szans na powrót do zdrowia lub "przypadek stabilny" - w przypadku innym niż stan nagły i przypadek pilny.

W myśl art. 20 ust. 2. pkt 1-3 uosz, Szpital powinien ustalać kolejność udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie zgłoszeń świadczeniobiorcy, informować pisemnie pacjenta o terminie udzielenia świadczenia, uzasadniać przyczyny wyboru tego terminu. Stosownie do art. 20 ust. 5 uosz listę oczekujących prowadzi się w sposób, zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, niedyskryminującego, równego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej.

Jacek Wojcikiewicz wyjaśnił, że zgodnie z obowiązującymi przepisami przyjęcie pacjenta zakwalifikowanego do kolejki w kategorii stabilny może być przesunięte na termin wcześniejszy z powodu pogorszenia stanu zdrowia, który powoduje konieczność przyspieszenia interwencji medycznej. Co prawda nie dopełniliśmy obowiązku zmiany kategorii z „przypadku stabilny” na „przypadek pilny” w ww. przypadkach przyspieszenia przyjęcia, ale wszystkie zdarzenia dotyczące przesunięć w kolejce lub wcześniejszego przyjęcia pacjenta dotyczyły względów medycznych. Należy zaznaczyć, że 90% przyjęć to „przypadki pilne”, jednak wśród kategorii „przypadek stabilny” również znajdują się pacjenci, których stan zdrowia wymaga wcześniejszego przyjęcia niż innych w tej kategorii. Nie ma kategorii pośredniej więc z tego wynikają przyjęcia niezgodne z kolejnością w kolejce.

(dowód: akta kontroli str. 259-260)

²⁸ Dz. U. Nr 200, poz. 1661, ze zm.

Dane dotyczące średniego czasu oczekiwania i liczby pacjentów korzystających ze świadczeń w zakresie rehabilitacji neurologicznej podane do NFZ wyniosły:

- we wrześniu 2011 r. pacjenci „pilni” – 169 (średni czas oczekiwania 13 dni, pacjenci stabilni – 927 (średni czas oczekiwania 760 dni),
- w czerwcu 2012 r. pacjenci „pilni” – 14 (średni czas oczekiwania 15 dni, pacjenci stabilni – 1127 (średni czas oczekiwania 720 dni),
- w marcu 2013 r. pacjenci „pilni” – 35 (średni czas oczekiwania 19 dni, pacjenci stabilni – 1239 (średni czas oczekiwania 671 dni).

Ww. dane dotyczące pacjentów w kategorii „stabilny” były niezgodne ze stanem faktycznym. Rzeczywisty średni czas oczekiwania pacjentów obliczony zgodnie ze sposobem określonym w załączniku nr 7 do rozporządzenia ws. informacji wyniósł we wrześniu 2011 r. - 89 dni, czerwcu 2012 r. - 433 dni oraz marcu 2013 r. - 641 dni.

(dowód: akta kontroli str. 243-245, 254-256)

Na Liście nie stwierdzono adnotacji o dacie powiadamiania pacjentów o terminie udzielenia świadczenia lub jego zmianie wraz z uzasadnieniem tej zmiany.

(dowód: akta kontroli str. 240-245)

T.K., sekretarka medyczna wyjaśniła, że Oddział udzielał pacjentom informacji o terminie udzielenia świadczenia lub skorygowaniu terminu w wyniku zmiany stanu zdrowia świadczeniobiorcy, wskazującego na potrzebę wcześniejszego niż w określonym terminie udzielenia świadczenia oraz przypadków określonych w art. 20 ust. 7 i 8 ustawy o świadczeniach zdrowotnych telefonicznie i na tę okoliczność wpisywana była adnotacja do stworzonej bazy danych pacjentów. *Inna forma byłaby niewykonalna (w sytuacji kiedy przybywa pacjentów pilnych powiadomienia co chwilę tysiąca pacjentów stabilnych o zmianie terminów jest niemożliwe).*

(dowód: akta kontroli str. 257-258)

2.2.3 Lista prowadzona w Dziale FA.

Lista prowadzona była w formie papierowej przez A.K., sekretarkę medyczną na podstawie pisemnego zakresu czynności.

Lista zgodnie z wymogami art. 20 ust. 2 pkt 3 lit. a, c, d, h uśóz zawierała numer kolejny, imię i nazwisko świadczeniobiorcy, numer PESEL, a w przypadku jego braku - numer dokumentu potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy, termin udzielenia świadczenia. Wpisy na Listę dokonywane były na bieżąco. Wpisy dotyczące pacjentów, któremu udzielono świadczenie były zaznaczane kolorem (nie wpisywano daty skreślenia z listy). Na listach nie stwierdzono adnotacji o dacie powiadamiania pacjentów o terminie udzielenia świadczenia lub jego zmianie.

(dowód: akta kontroli str. 246-249, 261)

A.K. wyjaśniła, że Szpital nie informował pacjentów o skróceniu terminu, pacjenci dowiadawali się telefonicznie o terminach świadczeń. Jedynie pacjenci, którzy byli w trakcie procedury udzielania jednego rodzaju zabiegów, byli powiadamiani o możliwości szybszego udzielenia zabiegów innego rodzaju.

(dowód: akta kontroli str. 262-263)

Dane dotyczące średniego czasu oczekiwania i liczby pacjentów działu FA podane do NFZ wyniosły:

- we wrześniu 2011 r. pacjenci „pilni” – 0, pacjenci stabilni – 169 (średni czas oczekiwania 13 dni),
- w czerwcu 2012 r. pacjenci „pilni” – 0, pacjenci stabilni – 202 (średni czas oczekiwania 14 dni),
- w marcu 2013 r. pacjenci „pilni” – 0, pacjenci stabilni – 96 (średni czas oczekiwania 15 dni).

(dowód: akta kontroli str. 254-256)

Sposób prowadzenia Listy nie pozwalał na stwierdzenie, czy dane z nich wynikające zgodne były z miesięcznymi raportami statystycznymi przekazywanymi do NFZ oraz czy została zachowana kolejność przyjęć stosownie do wpisów na liście oczekujących.

(dowód: akta kontroli str. 246-249)

Z wyjaśnień A.K. wynikało, że przy każdorazowym przyjęciu pacjenta prowadząca listę oczekujących wpisywała adnotację o liczbie dni oczekiwania danego pacjenta w roboczej dokumentacji, prowadzonej jedynie na potrzeby podania danych do służb statystycznych Szpitala. Ww. dokumentacja nie była archiwizowana. Średni czas oczekiwania był wyliczany oddzielnie dla pacjentów stabilnych i pilnych zgodnie z obowiązującym wzorem, przy czym jako datę skreślenia z listy z powodu udzielenia świadczenia w 2011 r. przyjmowano datę zakończenia zabiegów, zaś w latach 2012-2013 (po uzgodnieniu z NFZ) datę rozpoczęcia udzielania świadczeń.

(dowód: akta kontroli str. 262-263)

2.3. Przekazywanie raportów statystycznych o liczbie i średnim czasie oczekiwania na udzielanie świadczeń rehabilitacji leczniczej.

Raporty statystyczne o liczbie i średnim czasie oczekiwania na udzielanie świadczeń rehabilitacji leczniczej przekazywane w latach 2012-2013 do NFZ zawierały informacje, o których mowa § 8 ust. 2 pkt 1 lit. a-e rozporządzenia ws. informacji. Raporty przekazywane w 2011 r. zawierały jedynie informacje wymienione w § 8 ust. 2 pkt 1 lit. a-b ww. rozporządzenia (tj. liczbę oczekujących, według stanu na ostatni dzień miesiąca oraz średni czas oczekiwania pacjentów na udzielenie świadczenia).

Ww. raporty nie zawierały informacji o dacie okresowej oceny każdej prowadzonej przez świadczeniodawcę listy oczekujących, dokonanej według art. 21 uośz, co było niezgodne z § 8 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia ws. informacji.

(dowód: akta kontroli str. 254-256, 264)

W przypadku 29 z 32 raportów przekazywanych w okresie od 1.01.2011 r. do 30.09.2013 r. zachowany został termin przekazania raportu wymieniony w § 8 ust. 4 rozporządzenia ws. informacji (do 10 miesiąca następującego po okresie sprawozdawczym).

(dowód: akta kontroli str. 129)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności Szpitala, opisanej w punkcie 2 niniejszego wystąpienia, dotyczącej organizacji procesu udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu rehabilitacji leczniczej, stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1) Szpital nie spełnił wymogów § 11 ust. 2 oraz ust. 5 w związku z § 11 ust. 1 i ust. 4 pkt. 6 i 7 załącznika do rozporządzenia ws. owu, tj. nie umieścił widocznych z zewnątrz Budynku tablicy ze znakiem graficznym NFZ, zgodnego ze wzorem Prezesa NFZ oraz informacji o godzinach i miejscach udzielania świadczeń w poszczególnych zakresach świadczeń oraz numerach telefonów alarmowych ratownictwa medycznego.

(dowód: akta kontroli str. 169-184)

Jacek Wojcikiewicz wyjaśnił, że tablice ze znakiem graficznym NFZ oraz informacje o godzinach i miejscach udzielania świadczeń w poszczególnych zakresach świadczeń nie zostały przeniesione podczas przeniesienia Izby Przyjęć. Zastępca dyrektora ds. lecznictwa zadeklarował, że zostanie to wykonane niezwłocznie.

(dowód: akta kontroli str. 164-166)

2) Wewnątrz budynku na parterze, w miejscu gdzie świadczone były usługi fizjoterapii ambulatoryjnej nie umieszczono imion i nazwisk osób udzielających świadczeń, co było niezgodne § 11 ust. 4 pkt 1 załącznika do rozporządzenia ws. owu.

(dowód: akta kontroli str. 169-184)

Zastępca dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśnił, że świadczenia fizjoterapii ambulatoryjnej pierwotnie odbywały się w innym miejscu i „nie przeniesiono informacji. Zostanie to wykonane niezwłocznie.” (dowód: akta kontroli str. 164-166)

3) W latach 2011-2013 na oddziałach szpitalnych RN, ROA i ROB oraz w dziale FA Listy prowadzone były w sposób niezgodny z wymogami uśoz i rozporządzenia ws. dokumentacji.

Listy prowadzone na oddziałach ROA i ROB nie zawierały oznaczenia podmiotu świadczeniodawcy, godziny dokonania wpisu, rozpoznania lub powodu przyjęcia, imienia i nazwiska, podpisu osoby dokonującej wpisu, daty i przyczyny skreślenia oraz terminu udzielenia świadczenia zdrowotnego (poza listami ROB w latach 2012-2013), co było niezgodne z art. 20 ust. 2 pkt 3 lit. b, e, h, i, art. 20 ust. 2 pkt 4 uśoz oraz § 28 rozporządzenia ws. dokumentacji²⁹. (dowód: akta kontroli str. 231-239)

Sekretarki medyczne prowadzące Listy wyjaśniły, że wynikało to ze sposobu prowadzenia listy jaki został przyjęty na oddziałach ROA i ROB. D.G., sekretarka medyczna wyjaśniła, że sposób prowadzenia listy na oddziale ROA „został odwzorowany na podstawie sposobu prowadzenia listy oczekujących na Oddziale Rehabilitacji Ogólnoustrojowej B”, oraz wyjaśniła, że sposób prowadzenia listy jest kontynuacją formy i sposobu prowadzenia w latach wcześniejszych. Ordynator oddziału ROB nakazał kontynuować prowadzenie List w ten sposób. (dowód: akta kontroli str. 250-253)

Urszula Gozdalska-Słowik - ordynator oddziału ROA wyjaśniła, że od początku kierowania Oddziałem, od ówczesnej dyrekcyj nie dostała polecenia i wytycznych do prowadzenia takiej listy. „Listą, którą prowadziłam była wystarczająca dla spełnienia wymogów Kasy Chorych, a później NFZ. Zaznaczam że, przez kilka lat prowadziłam oddział samodzielnie bez asystentów i zatrudnienia sekretarki. Specyfika oddziału nie pozwala na ustalenie konkretnej, dokładnej daty przyjęcia, możemy podać tylko przybliżoną datę, a dokładną na około dwa miesiące przed przyjęciem. Zwrócenie nam uwagi na nieprawidłowości pozwoli prawidłowo prowadzić listę oczekujących zgodnie z przytoczoną przez Pana ustawą. Prowadzenie takiej listy będzie dla mojego oddziału bardzo trudne i pracochłonne, wymagające zatrudnienie dodatkowej osoby.”

(dowód: akta kontroli str. 268-269)

Katarzyna Nieczkowska, ordynator ROB wyjaśniła m.in., że Lista powstała jeszcze przed objęciem przez nią funkcji zarządzającego Oddziałem i była w tej formie kontynuowana. Brak umieszczenia na niej ww. danych wynikało z nieznamomości prawa. Do codziennej pracy i na potrzeby funkcjonowania Oddziału wystarczają dane, które są umieszczone na liście w obecnej postaci. „Pozostałe informacje są zawarte na skierowaniu oraz dokumentacji chorobowej pacjenta, na podstawie których następuje kwalifikacja. Wszelkie wpisy dokonywane są przez jedną osobę – odpowiada za to sekretarka medyczna. Rzeczywisty termin udzielenia świadczenia jest możliwy do sprawdzenia na podstawie dokumentacji zarchiwizowanej „Historia choroby i dane statystyczne”. Informacje na temat pacjentów skreślonych z listy z innych powodów niż wykonanie świadczenia (np.: dyskwalifikacja z leczenia rehabilitacyjnego ze względu na aktualny stan zdrowia lub istniejące przeciwwskazania) są zawarte w prowadzonej przez Izbę Przyjęć Księdze Odmów. Ordynator dodała, że kwalifikację pacjentów przed 2012 rokiem prowadził poprzedni ordynator Oddziału, dlatego nie jestem w stanie wytłumaczyć, dlaczego brak jest na liście przewidywanego terminu udzielenia świadczenia. Od roku 2012 prowadzę kwalifikację i listę oczekujących na bieżąco, a dane są odnotowywane jako kontynuacja poprzedniej listy. Na marginesie chcę zaznaczyć, iż istnieje duża trudność w ustaleniu terminu przyjęcia do Oddziału, zwłaszcza pacjentów z listy tzw.

²⁹ Przepis obowiązywał do 31.12.2012 r. - dotyczy List z lat 2011-2012.

przypadków stabilnych, i określenie tego czasu wynika w głównej mierze z rozważań czysto statystycznych. Ordynator poinformowała, że prowadzenie Listy w obecnej formie wynika tylko i wyłącznie ze względów praktycznych, a nie z ignorancji wobec obowiązujących przepisów prawnych i Ustawodawcy. Funkcjonująca postać listy pozwalała na szybsze odnalezienie danej osoby oczekującej celem udzielenia informacji o orientacyjnym terminie udzielenia świadczenia oraz zawierała wystarczającą ilość danych do raportu wysyłanego do NFZ”.

(dowód: akta kontroli str. 265-267)

Lista prowadzona na oddziale RN nie zawierała oznaczenia podmiotu świadczeniodawcy, godziny dokonania wpisu oraz imienia i nazwiska oraz podpisu osoby dokonującej wpisu, co było niezgodne z art. 20 ust. 2 pkt 3 lit. b, i uśoz oraz § 28 rozporządzenia ws. dokumentacji³⁰.

(dowód: akta kontroli str. 240-245)

T.K., sekretarka medyczna wyjaśniła m.in., że wynikało to ze sposobu prowadzenia Listy, jaki został przyjęty na oddziale RN. *Dane dotyczące rozpoznania, powodu przyjęcia, daty i przyczyny skreślenia są wpisywane do stworzonej bazy danych i po wpisaniu odpowiedniego algorytmu dane te są dostępne. Kierownictwo ORN nie wymagało wpisywania danych dotyczących godziny wpisu i osoby dokonującej wpisu.*

(dowód: akta kontroli str. 257-258)

Lista prowadzona w dziale FA nie zawierała oznaczenia świadczeniodawcy, godziny wpisu, rozpoznania lub powód przyjęcia, adresu świadczeniobiorcy, numer telefonu lub oznaczenie innego sposobu komunikacji z pacjentem, imienia i nazwiska oraz podpisu osoby dokonującej wpisu, daty i przyczyny skreślenia świadczeniobiorcy z Listy, co było niezgodne z art. 20 ust. 2 pkt 3 lit. b, e, f, g, i, art. 20 ust. 2 pkt 4 uśoz oraz § 28 rozporządzenia ws. dokumentacji³¹.

(dowód: akta kontroli str. 246-249)

A.K., sekretarka medyczna wyjaśniła, że wynikało to ze sposobu prowadzenia Listy, jaki został przyjęty w dziale FA. *Wpis dotyczący pacjenta, któremu udzielono świadczenie (lub skreślono z listy z innego powodu) jest zaznaczany jedynie kolorem. W przypadku rezygnacji klienta dodatkowo wpisywana jest adnotacja, nie wpisywany jest odpowiedni kod świadczący o przyczynie skreślenia z listy.*

(dowód: akta kontroli str. 262-263)

Listy prowadzone w formie elektronicznej na oddziałach ROA, ROB i RN nie były utrwalane zgodnie z wymogami § 82 rozporządzenia ws. dokumentacji tj. nie zapewniono przechowywania, używalności i wiarygodności dokumentacji znajdującej się w systemie informatycznym co najmniej do upływu okresu jej przechowywania.

(dowód: akta kontroli str. 230-249, 270-274)

Jacek Wojcikiewicz, zastępca dyrektora ds. Lecznictwa ws. prowadzenia List wyjaśnił, że co prawda art. 20 uśoz w sposób enumeratywny wymienia katalog czynności niezbędnych dla prawidłowego prowadzenia wspomnianej dokumentacji, jednakże *obiektywne podejście do problemu pozwala na uwagę, iż w tym przypadku prawo w działaniu uzyskuje rangę wyższą niż wytyczne zawarte w ustawach i rozporządzeniach oraz że nie ma możliwości całkowitego uniknięcia kolizji między obowiązkami nałożonymi w ustawie, a rzeczywistością z powodu miarkowania kosztów finansowych. Zastępca dyrektora dodał, że stosowany system informacyjny, dotyczący dokumentacji medycznej jest jedyne systemem wspomagającym*

³⁰ Przepis obowiązywał do 31.12.2012 r. - dotyczy list z lat 2011-2012.

³¹ Przepis obowiązywał do 31.12.2012 r. - dotyczy list z lat 2011-2012.

prorowadzenie dokumentacji w formie papierowej. Wszystkie wymagane dokumenty indywidualne, wewnętrzne są drukowane. System jest zabezpieczany przed dostępem osób trzecich; raz na dobę wykonywany jest automatycznie „back up”. Jacek Wojcikiewicz poinformował, że Szpital wdraża w chwili obecnej zintegrowany system informatyczny spełniający wszystkie wymagania określone w przepisach obowiązujących w Polsce. Pełne wprowadzenie wdrażanego w Szpitalu systemu Clininet rozwiąże problemy prowadzenia list oczekujących we wszystkich Oddziałach Szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 259, 270-274)

4) Listy prowadzone na oddziałach szpitalnych ROA, ROB i RN oraz w dziale FA nie podlegały w latach 2011-2013 (do 30.09) okresowej, co najmniej raz w miesiącu ocenie „Zespołu oceny przyjęć”³² pod względem prawidłowości prowadzenia dokumentacji, czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia oraz zasadności i przyczyn zmian terminów udzielenia świadczeń, co było niezgodne z art. 21 ust. 4 uśoz.

(dowód: akta kontroli str. 231-249)

Jacek Wojcikiewicz wyjaśnił, że listy pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia w latach 2011-2013 były oceniane przez zespoły wewnętrzzoddziałowe, tj. ciała nieformalne, których nie powołano żadnymi dokumentami, składające się z 2-3 osób w zależności od oddziału (ordynator plus lekarze). Ponieważ bezpośrednio listy prowadzą sekretarki medyczne, taka ocena dotyczyła prawidłowości prowadzenia dokumentacji. Nie dotyczyła zaś zasadności kwalifikacji i przyczyn zmian terminów udzielenia świadczeń. Ww. zespoły nie sporządzały żadnych raportów z dokonanej oceny, stwierdzone nieprawidłowości były korygowane na bieżąco.

(dowód: akta kontroli str. 259-260, 270-274)

Zdaniem NIK, dokonywanie ocen przez Zespół dawało możliwość uniknięcia ww. nieprawidłowości związanych z prowadzeniem List oraz dawało większą gwarancję zapewnienia przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej.

5) Użytkowany w Szpitalu system teleinformatyczny nie spełniał wymogów rozporządzenia ws. dokumentacji oraz rozporządzenia 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 zdrowotnego³³.

W 2013 r. Szpital nie umożliwiał pacjentom umawianie się drogą elektroniczną na wizyty, stosownie do treści art. 23a ust. 1 uśoz za pomocą systemu teleinformatycznego, spełniającego wymogi § 2 ust. 1 rozporządzenia ws. minimalnej funkcjonalności, tj. zapewniającego następujące usługi: automatycznego wyszukania wolnych terminów udzielenia świadczenia zdrowotnego, możliwość rejestracji na wizytę i wyboru terminu wizyty podczas procesu rejestracji; monitorowania przez świadczeniobiorcę statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia; wyszukiwania według określonych kryteriów; powiadamiania świadczeniobiorców za pomocą środków komunikacji elektronicznej o zmianie terminu wizyty; przeglądu i wydruku przez świadczeniobiorcę zaplanowanych przez niego wizyt; uwierzytelnienia świadczeniobiorców przy wykorzystaniu bezpiecznego podpisu elektronicznego albo podpisu potwierdzonego profilem zaufanym ePUAP; dokonania przez świadczeniobiorców korekty danych wprowadzonych na etapie rejestracji, w tym powiadomienia świadczeniodawcy o niemożności stawienia się w określonym terminie bądź rezygnacji z realizacji świadczenia opieki zdrowotnej; przekazywania danych zawartych w listach oczekujących na udzielenie świadczenia do systemu informacji w ochronie zdrowia.

(dowód: akta kontroli str. 230-249)

³² Dalej Zespół.

³³ Dz. U. z 2013 r. poz. 516.

Listy prowadzone na oddziałach ROA, ROB i RN w formie elektronicznej prowadzone były w systemie, który nie spełniał wymogów § 80 rozporządzenia ws. dokumentacji, tj. zapewniał: zabezpieczenie przed uszkodzeniem lub utratą, zachowanie integralności i wiarygodności, stały dostęp do dokumentacji dla osób uprawnionych oraz zabezpieczenie przed dostępem osób nieuprawnionych, identyfikację osoby dokonującej wpisu oraz osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych i dokonywanych przez te osoby zmian, udostępnienie, w tym przez eksport w postaci elektronicznej dokumentacji albo części dokumentacji będącej formą dokumentacji określonej w rozporządzeniu, w formacie XML i PDF, eksport całości danych w formacie XML, w sposób zapewniający możliwość odtworzenia tej dokumentacji w innym systemie teleinformatycznym, wydrukowanie dokumentacji w formach określonych w rozporządzeniu, utrwalanie dokumentacji, polegającej na zastosowaniu odpowiednich do ilości danych i zastosowanej technologii rozwiązań technicznych, zapewniających przechowywanie, używalność i wiarygodność dokumentacji znajdującej się w systemie informatycznym, co najmniej do upływu okresu jej przechowywania. (dowód: akta kontroli str. 230-249, 270-274)

Jacek Wojcikiewicz wyjaśnił, że system, który będzie umożliwiał pacjentom Szpitala umawianie się drogą elektroniczną na wizyty jest obecnie wprowadzany, a pełne wprowadzenie wdrażanego w Szpitalu systemu Clininet rozwiąże problemy prowadzenia list oczekujących we wszystkich Oddziałach Szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 259-260, 270-274)

6) Raporty statystyczne o liczbie pacjentów i średnim czasie oczekiwania za lata 2012 - 2013 (do 30.09) nie zawierały informacji o dacie okresowej oceny każdej prowadzonej przez świadczeniodawcę listy oczekujących, dokonanej zgodnie z art. 21 uśoz, co było niezgodne z § 8 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia ws. informacji. Raporty za 2011 r. nie zawierały danych o łącznej liczbie osób skreślonych z list oczekujących i osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia w danym okresie sprawozdawczym oraz liczbie osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia w ostatnich sześciu miesiącach, co było niezgodne z § 8 ust. 2 pkt 1 lit. c,d,e ww. rozporządzenia. (dowód: akta kontroli str. 254-256, 264)

Alicja Wiśniewska, kierownik Sekcji Statystyki Szpitala wyjaśniła: „Nie otrzymaliśmy informacji o datach dokonywania ocen list oczekujących z Oddziałów Szpitala stąd brak takich danych w raportach. Raporty za 2011 r. nie zawierały ww. danych ponieważ NFZ nie wymagał podania danych w takim zakresie.” (dowód: akta kontroli str. 167-168)

7) Dane wynikające z List prowadzonych na Oddziale RN w okresach wrzesień 2011 r., czerwiec 2012 r. i marzec 2013 r. były niezgodne z miesięcznymi raportami przekazywanymi do właściwego oddziału OW NFZ. Średni czas oczekiwania w raportach za wrzesień 2011 r. wyniósł 760 dni, czerwiec 2012 r. – 720 dni oraz marzec 2013 r. – 671 dni, podczas gdy z danych zawartych w Liscie za te miesiące wynikało, że średni czas oczekiwania wyniósł odpowiednio 389 dni, 433 dni oraz 641 dni.

(dowód: akta kontroli str. 240-245, 254-256)

Jacek Wojcikiewicz wyjaśnił, że przyczyną rozbieżności były błędy metodologiczne. „Do NFZ były przekazywane dane, dotyczące czasów oczekiwania liczonych, niezgodnie z obowiązującym wzorem. Od września 2013 r. na Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej (ORN) została wprowadzona nowa metoda liczenia średniego czasu oczekiwania, uwzględniająca obowiązujący wzór. Zobowiązałem również do dokumentowania wyliczenia średniego czasu oczekiwania poprzez comiesięczny wydruk pacjentów przyjętych na Oddział. Pełne wprowadzenie wdrażanego w Szpitalu systemu Clininet rozwiąże problemy prowadzenia list oczekujących we wszystkich Oddziałach Szpitala. Do momentu wdrożenia ww. systemu na oddziałach Rehabilitacji Ogólnousrojowej A i B również zostanie wprowadzony nowy sposób raportowania, dokumentowania i archiwizacji danych z kolejki oczekujących.” (dowód: akta kontroli str. 259-260)

8) W 3 na 32 przypadki (9,3%) raportów statystycznych o liczbie pacjentów i średnim czasie oczekiwania na świadczenie za lata 2011-2013 (do 30.09), Szpital przekazywał OW NFZ z przekroczeniem terminu podanego w § 8 ust. 4 rozporządzenia ws. informacji. Nieterminowe przekazywanie raportów o liczbie pacjentów i średnim czasie oczekiwania wystąpiły w 3 przypadkach, tj. raport za kwiecień 2011 r. został przesłany w dniu 11 maja (1 dzień po terminie), za luty 2012 r. – w dniu 15 marca (3 dni po terminie³⁴) oraz za styczeń 2013 r. – w dniu 12 lutego (1dzień po terminie³⁵).

(dowód: akta kontroli str. 129)

Alicja Wiśniewska wyjaśniła, że ciężko jest stwierdzić co było przyczyną przekroczenia terminów wysłania raportów w ww. 3 przypadkach. Co do zasady raporty wysyłane są zawsze do 10 miesiąca następującego po okresie sprawozdawczym. Były to przypadki incydentalne i musiały wynikać z przyczyn niezależnych (jak awaria systemu urlop pracownika przekazującego dane itp.).

(dowód: akta kontroli str. 167-168)

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości, działalność Szpitala dotyczącą organizacji procesu udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu rehabilitacji leczniczej. NIK negatywnie ocenia organizację procesu rejestracji pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia.

IV. Uwagi i 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 Kontroli³⁶ wnosi o:

1. Zmianę sposobu prowadzenia i archiwizowania list pacjentów oczekujących na świadczenie w zakresie rehabilitacji leczniczej, gwarantującego ich prowadzenie zgodnie z wymaganiami uśoz i rozporządzenia ws. dokumentacji.
2. Dokonywanie przez „Zespół oceny przyjęć”, co najmniej raz w miesiącu, ocen prowadzenia ww. list oczekujących na udzielenie świadczenia, pod względem prawidłowości prowadzenia dokumentacji, czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia oraz zasadności i przyczyn zmian terminów udzielenia świadczeń, udokumentowanych stosownymi raportami.
3. Wdrożenie systemu teleinformatycznego, spełniającego wymogi rozporządzenia ws. dokumentacji oraz rozporządzenia ws. minimalnej funkcjonalności dla systemów teleinformatycznych umożliwiających realizację usług związanych z prowadzeniem przez świadczeniodawców list oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego.
4. Oznakowanie pomieszczeń Szpitala zgodnie z wymogami rozporządzenia ws. owu oraz zarządzenia nr 53/2010/DSO Prezesa NFZ z 2.09.2010 r.

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 ust. 1 i 2 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 Szczecinie.

³⁴ 10.03.2012 r. wypadł w sobotę.

³⁵ 10.02.2013 r. wypadł w niedzielę.

³⁶ Dz. U. z 2012 poz. 82 ze zm., dalej ustawa o NIK.

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 30 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków 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.

Szczecin, dnia listopada 2013 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Szczecinie

Kontroler
Maciej Mikulski
specjalista kontroli państwowej

.....

.....