



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Szczecinie

LSZ-4101-14-02/2013  
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](mailto: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 <sup>1</sup>
Kontroler	Wiesław Kaszak, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 87868 z dnia 12 września 2013 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2)
Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Choszcznie, ul. Niedziałkowskiego 4a, 73-200 Choszczno <sup>2</sup> .
Kierownik jednostki kontrolowanej	Janina Kmetyk, Dyrektor Zakładu od 24 czerwca 1996 r. (dowód: akta kontroli str. 3-4)

## II. Ocena kontrolowanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości<sup>3</sup>, działalność Zakładu w zakresie dostępności i finansowania rehabilitacji leczniczej w okresie od 1 stycznia 2011 r. do 25 października 2013 r.

Powyższą ocenę uzasadniają:

1. Wykonywanie przez Zakład świadczeń zdrowotnych z zakresu rehabilitacji leczniczej zgodnie z umową zawartą z Zachodniopomorskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Szczecinie<sup>4</sup>.
2. Zapewnienie przez SPZOZ zadeklarowanych w ofercie oraz zgodnych z wymogami ZOW NFZ odpowiednich warunków lokalowych, wykwalifikowanego personelu medycznego oraz sprzętu do świadczenia usług w zakresie rehabilitacji medycznej.
3. Wywiązywanie się z obowiązku zapewnienia przejrzystej, obiektywnej, opartej na kryteriach medycznych, procedury ustalającej kolejność dostępu do świadczeń z zakresu rehabilitacji medycznej oraz prawidłowe prowadzenie list oczekujących na świadczenia.

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły:

1. Nierzetelnego przygotowania niektórych raportów statystycznych o liczbie i średnim czasie oczekiwania na udzielanie świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej.
2. Niedokonywania oceny list oczekujących na świadczenia przez zespół oceny przyjęć.

### Ocena ogólna

Uzasadnienie oceny ogólnej

<sup>1</sup> Zwana dalej również NIK.

<sup>2</sup> dalej Zakład lub SPZOZ.

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

<sup>4</sup> Dalej ZOW NFZ.

### III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. **Prawidłowość wykonywania umów zawartych z NFZ**
  - 1.1. Rada Powiatu w Choszczynie uchwałą nr XXII/2013 r. z dnia 25 kwietnia 2013 r. uchwaliła Statut Zakładu. Główne cele Zakładu to udzielanie świadczeń zdrowotnych służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne, w tym promocja zdrowia. Do podstawowych zadań Zakładu należało udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie prowadzenia działalności zapobiegawczej, leczniczej, rehabilitacyjnej i diagnostycznej. Zakład składał się z Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Choszczynie - Szpital oraz Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej - Świadczenia Ambulatoryjne. W skład Szpitala wchodziły m.in.: Oddział Rehabilitacji leczniczej (Rehabilitacja ogólnoustrojowa, Rehabilitacja neurologiczna, Poradnia rehabilitacyjna). Świadczenia ambulatoryjne z zakresu rehabilitacji realizowane były przez Fizjoterapię ambulatoryjną.  
(dowód: akta kontroli str. 93-99)
  - 1.2. W Zakładzie obowiązywał regulamin organizacyjny przyjęty uchwałą nr 9/2011 Rady SPZOZ z dnia 17 listopada 2011 r. Według regulaminu organizacyjnego, świadczeń zdrowotnych realizowanych w Zakładzie udziela się wyłącznie przez fachowy personel, w pomieszczeniach odpowiadających wymaganiom fachowym i sanitarnym, wyposażonych w aparaturę i sprzęt medyczny posiadający stosowne certyfikaty, atesty lub inne dokumenty potwierdzające dopuszczenie aparatury i sprzętu medycznego do użytku oraz aktualne przeglądy techniczne, wykonane przez uprawnione podmioty. Do zadań Oddziału Rehabilitacji należała kompleksowa rehabilitacja chorych, m.in.: po złożonych urazach narządu ruchu; urazach kończyn, kręgosłupa, amputacjach kończyn; ze zmianami zwyrodnieniowymi narządów ruchu; z uszkodzeniami i schorzeniami obwodowego układu nerwowego, przebiegającego z porażeniami i niedowładami; po uszkodzeniu ośrodkowego układu nerwowego; po udarach, urazach czaszkowo-mózgowych; stwardnieniu rozsianym; z zespołami bólowymi kręgosłupa; po endoplastykach stawu biodrowego i kolanowego; po leczeniu operacyjnym wrodzonego zwichnięcia biodra oraz innych wymagających kompleksowej rehabilitacji.  
(dowód: akta kontroli str. 100, 119)
  - 1.3. Zakład w latach 2011-2013 nie był kontrolowany przez NIK, NFZ, konsultantów krajowych oraz inne jednostki kontrolne z zakresu rehabilitacji.  
(dowód: akta kontroli str. 4-11)
  - 1.4. W dniu 30.09.2010 r. Zakład złożył ofertę w konkursie w zakresie świadczeń rehabilitacji leczniczej w Oddziale Rehabilitacji (Neurologicznej i Ogólnoustrojowej), Poradni rehabilitacyjnej oraz Fizjoterapii ambulatoryjnej. W dniu 4 stycznia 2011 r. pomiędzy Zakładem a ZOW NFZ podpisana została umowa na świadczenie usług w zakresie rehabilitacji leczniczej (nr 16-00-00665-11-15/05-11-052) na okres 3 lat (2011-2013). W latach 2011-2013 (do 30 września) strony zawarły 14 aneksów do ww. umowy.  
(dowód: akta kontroli str. 12-15)
  - 1.5. W badanym okresie Zakład wystawił 250 faktur dotyczących rozliczenia umowy na rehabilitację leczniczą, z tego 81 w 2011 r., 103 w 2012 r. oraz 66 do 30 września 2013 r. Wszystkie należności zostały uregulowane przez NFZ w terminie 15 dni po dniu dostarczenia przez Zakład dokumentów rozliczeniowych, tj. zgodnie z § 24 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej<sup>5</sup>.  
(dowód: akta kontroli str. 174-183, 274-296)

Zakład w kontrolowanym okresie zawarł 7 umów z podwykonawcami na świadczenie usług w zakresie rehabilitacji leczniczej. Świadczenia te dotyczyły: diagnostyki laboratoryjnej, usług w zakresie badań mikrobiologicznych, usług medycznych szpitalnych, usług medycznych i diagnostycznych, badań histopatologicznych, cytopatologicznych i konsultacji, usług diagnostycznych w zakresie toksykologii klinicznej oraz badań laboratoryjnych. Koszty tych umów zostały opisane w pkt 5. nin. wystąpienia.  
(dowód: akta kontroli str. 49, 60-82)

<sup>5</sup> Dz. U. Nr 81, poz. 484, dalej rozporządzenie.

- 1.6. Umowa o udzielanie świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej zawierała wykaz pracowników wykonujących czynności z zakresu rehabilitacji w latach 2011-2013 z podaniem imienia nazwiska, jednostki organizacyjnej, stanowiska, kwalifikacji zawodowych, okresu zatrudnienia, rodzaju nawiązania stosunku pracy. Wszystkie wymagane dane z tego zakresu były zgodne z wymogami zawartymi w załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej<sup>6</sup>. Zmiany w trakcie trwania umowy były dokonywane poprzez zawieranie stosownych aneksów.

(dowód: akta kontroli str. 18-46)

- 1.7. Zakład dysponował odpowiednim sprzętem, zgodnym z wymogami zawartymi w rozporządzeniu ws. świadczeń gwarantowanych, użytkowanym w ramach kontraktu w działalności z zakresu rehabilitacji leczniczej z wyszczególnieniem miejsca jego użytkowania oraz datą nabycia i datą udostępnienia sprzętu do świadczenia usług rehabilitacyjnych.

(dowód: akta kontroli str. 19, 21, 28, 46-48, 376-378)

- 1.8. Zakład posiadał wykaz pomieszczeń służących do świadczenia usług w zakresie rehabilitacji leczniczej (nr sali/budynku, przeznaczenia pomieszczenia/rodzaj, powierzchnia w m<sup>2</sup>), z podaniem daty adaptacji pomieszczenia do świadczenia ww. usług.

(dowód: akta kontroli str.297-307)

2. Wartość umowy z ZOW NFZ na realizację świadczeń rehabilitacji leczniczej przedstawiała się następująco:

- w 2011 r. pierwotna wartość umowy wynosiła 8.792.996,30 zł, na koniec 2011 r. wartość wykonania umowy wyniosła 9.226.505,74 zł. Wartość nadwykonań w stosunku do wykonania umowy w tym roku wyniosła 433.509,44 zł (zwiększenie wartości wykonań w stosunku do umowy o 4,93%). Nadwykonania wynikały z większej liczby świadczonych usług w stosunku do ujętych w umowie.

(dowód: akta kontroli str. 172-173)

W 2011 r. zawarto 4 aneksy do umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej, z tego 2 aneksy zwiększały kwoty zobowiązań ZOW NFZ wobec Zakładu z tytułu realizacji umowy (zmiana w planie rzeczowo - finansowym), 2 aneksy dotyczyły zmian w załączniku dotyczącym harmonogramu - zasoby. W dniu 9 lutego 2012 r. strony zawarły aneks, w którym ustaliły końcową wielkość zobowiązań ZOW NFZ wobec Zakładu za świadczenie tych usług w okresie od 1 stycznia 2011 r. do 31 grudnia 2011 r.

(dowód: akta kontroli str. 184-199)

- w 2012 r. pierwotna wartość umowy wyniosła 9.341.019,02 zł, na koniec 2012 r. wartość wykonania umowy wyniosła 9.602.902,52 zł. Wartość nadwykonań w stosunku do wykonania umowy w tym roku wyniosła 261.883,50 zł (wzrost o 2,8% w porównaniu do umowy).

(dowód: akta kontroli str. 172-173)

W dniu 2 stycznia 2012 r. strony zawarły aneks dotyczący ustalenia kwot zobowiązań ZOW NFZ wobec Zakładu z tytułu realizacji umowy w 2012 r. Zawarcie aneksu poprzedzone było propozycją ZOW NFZ wysokości kwot z tytułu realizacji umowy o udzielanie tych świadczeń na kolejny okres rozliczeniowy (2012 r.). Dyrektor Zakładu złożył oświadczenia o aktualizacji potencjału i spełnieniu warunków koniecznych do realizacji świadczeń na 2012 r. W 2012 r. strony zawarły 1 aneks ustalający wysokość kwot zobowiązań ZOW NFZ wobec Zakładu. W dniu 8 lutego 2013 r. pomiędzy stronami zawarta została ugoda dotycząca rozliczenia kosztów świadczeń rehabilitacji leczniczej w 2012 r. W ugodzie tej przyjęto m.in. wysokość kwot zobowiązań ZOW NFZ wobec Zakładu oraz zobowiązanie zapłaty dodatkowego wynagrodzenia z tytułu udzielenia przez Zakład świadczeń, przekraczających liczbę jednostek rozliczeniowych określonych w umowie.

(dowód: akta kontroli str. 129-133, 200-209, 212-214)

<sup>6</sup> Dz. U. Nr 140 poz.1145 ze zm., dalej rozporządzenie ws. świadczeń gwarantowanych.

- w 2013 r. pierwotna wartość umowy wg stanu na koniec września wynosiła 7.052.703,75 zł, wartość umowy po zmianach wynosiła 7.202.394,56 zł, wartość wykonania umowy wyniosła w tym okresie 7.002.692,00 zł. W dniu 14 grudnia 2012 r. strony zawarły aneks dotyczący ustalenia kwot zobowiązań ZOW NFZ wobec Zakładu z tytułu realizacji umowy w 2013 r. Przyjęto wysokość wynagrodzenia w całym 2013 r. na 9.403.661,27 zł. W 2013 r. strony zawarły 4 aneksy, które dotyczyły zmian w „harmonogramie - zasoby”.

Wszystkie nadwykonania w badanych latach wynikały z większej liczby udzielonych świadczeń, niż zakontraktowane umową.

(dowód: akta kontroli str. 172-173, 210-211, 215-217)

3. Kształtowanie się wyniku finansowego na działalności w zakresie rehabilitacji leczniczej w poszczególnych latach przedstawiało się następująco: w 2011 r. Zakład osiągnął zysk w wysokości 829.490,30 zł (różnica między wykonaniem ogółem a kosztami); w 2012 r. zysk Zakładu wyniósł 790.942,94 zł, a w 2013 r. do 30 września - 850.172,64 zł.

(dowód: akta kontroli str. 58, 172-173)

4. Kalkulacja kosztów działalności dla poszczególnych rodzajów działalności rehabilitacji leczniczej według wartości ofertowej do umowy, zawartej w 2010 r. na 3 badane lata, przedstawiała się następująco: rehabilitacja ogólnoustrojowa - 1,18 zł za pkt, wartość zaproponowana przez ZOW NFZ 1,18 zł, - rehabilitacja neurologiczna - 1,20 zł za pkt, wartość zaproponowana przez ZOW NFZ 1,07 zł, - fizjoterapia ambulatoryjna - 1,20 zł za pkt, wartość zaproponowana przez ZOW NFZ 1,10 zł, - poradnia rehabilitacyjna - 1,20 zł za pkt, wartość zaproponowana przez ZOW NFZ - 1,11 zł. W umowie przyjęto stawki zaproponowane przez ZOW NFZ. W poszczególnych latach kontrolowanego okresu ww. stawki nie uległy zmianie.

(dowód: akta kontroli str. 56-57)

Zakład skalkulował liczbę jednostek rozliczeniowych, zgłoszoną ZOW NFZ w ofercie konkursowej, w oparciu o wykonanie odnotowane w latach ubiegłych oraz o wskaźnik inflacji.

*W sprawie sposobu kalkulacji jednostek rozliczeniowych oraz ceny za punkt dyrektor Zakładu Janina Kmetyk wyjaśniła: „SP ZOZ w Choszczynie przystępując do składania ofert na rehabilitację leczniczą na lata 2011-2013, udzielał świadczeń medycznych z tego zakresu w 2010 r. tj. w okresie składania ofert jak i w latach poprzednich. Mając na uwadze niniejsze, tutejszy zakład proponując liczbę jednostek w ofercie oparł się na poziomie przybliżonym do liczby wykonanych świadczeń w roku 2010, zwiększonym o zakładany wskaźnik inflacji. Cena punktu ustalona była w oparciu o stawki obowiązujące w 2010 r. liczba punktów rozliczeniowych w ofercie na świadczenia rehabilitacji ogólnoustrojowej nie mogła przekroczyć maksymalnego poziomu wynikającego z liczby posiadanych łóżek, ponieważ podstawę rozliczenia tego produktu stanowią osobodni.”*

(dowód: akta kontroli str. 57, 348-349)

Ostatecznie kontrakt został zawarty na wartości zaproponowane przez ZOW NFZ, które w 3 przypadkach na 4 odbiegały nieznacznie od zaproponowanych przez Zakład. Zaproponowana cena za 1 pkt w przypadku rehabilitacji neurologicznej 1,20 zł została obniżona w kontrakcie do 1,07 zł, w przypadku fizjoterapii ambulatoryjnej 1,20 zł, została obniżona do 1,10 zł za 1 pkt, w przypadku poradni rehabilitacyjnej z 1,20 zł zaproponowanej przez Zakład, obniżono do 1,11 zł za 1 pkt. Zaproponowana przez Zakład wartość za punkt w przypadku rehabilitacji ogólnoustrojowej w wysokości 1,18 zł została w umowie przyjęta w tej wysokości.

(dowód: akta kontroli str. 57)

5. W okresie obowiązywania umowy z ZOW NFZ (2011-2013) Zakład podpisał 7 umów z podwykonawcami. Wykaz podwykonawców stanowił załącznik nr 3 do umowy. Zakres tych usług obejmował: diagnostyczne usługi laboratoryjne - umowa nr 07-LAB/2010 z dnia 1.10.2010 r., badania mikrobiologiczne - umowa nr 2/2010 z dnia 21.09.2010 r., usługi medyczne - umowa nr 499/2010 z dnia 17.09.2010 r., świadczenia medyczne - umowa nr 65/2010 z dnia 28.03.2011 r., badania diagnostyczne i mikrobiologiczne - umowa nr 407/075/2011 z dnia 20.06.2011 r., badania histopatologiczne, cytopatologiczne i konsultacje - umowa z dnia 1.01.2005 r., badania laboratoryjne - umowa z dnia 8.10.2010 r., badania laboratoryjne w zakresie toksykologii - umowa nr 1/07/15/TK/2007 z dnia 3.04.2007 r.

Kierownik Działu Statystyki Medycznej i Analiz Krzysztof Studziński wyjaśnił: „Załączenie umów z podwykonawcami do oferty na świadczenia rehabilitacji leczniczej związane jest z faktem, iż umowy te są umowami ogólnie zawartymi pomiędzy SP ZOZ w Choszczynie a danym podwykonawcą i były dołączone przy wszystkich składanych ofertach. Wykazanie posiadania umowy z podwykonawcą przy umowie z NFZ nie niesie ze sobą obowiązku zlecenia usług temu podwykonawcy i samo w sobie nie obciąża finansowo zakładu. W przypadku umowy na rehabilitację leczniczą wykaz podwykonawców ma charakter informacyjny i nie wyklucza jednocześnie możliwości zlecenia usługi podwykonawcy gdyby zaszła taka potrzeba.”

(dowód: akta kontroli str. 49, 131-133, 348-351)

Zakład w badanych latach za usługi realizowane przez podwykonawców na rzecz pacjentów rehabilitacji zapłacił łącznie 5.301 zł, z tego w 2011 r. - 1.544 zł, w 2012 r. - 1.765 zł oraz do 30 września 2013 r. - 1.992 zł.

(dowód: akta kontroli str. 363)

- 5.1. Wszystkie zawarte umowy w badanym okresie z podwykonawcami zawierały zastrzeżenie o prawie ZOW NFZ do przeprowadzania kontroli podwykonawcy zgodnie z § 7 ust. 3 zarządzenia Prezesa NFZ Nr 53/2010/DSOZ z 2 września 2010 r.

(dowód: akta kontroli str. 62,64,66,67,70,72,76,80)

6. Zakład w kontrolowanych latach składał dokumenty rozliczeniowe do ZOW NFZ każdorazowo w terminie do 10. dnia każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni. Dokumenty rozliczeniowe (raporty statystyczne z wykonania oraz faktury) wystawiane były zgodnie z § 23 rozporządzenia. Opóźnienia w składaniu dokumentów rozliczeniowych powodowane były jedynie niemożnością rozliczenia niektórych świadczeń do 10 dnia następnego miesiąca. Przypadki takie wiązały się ze świadczeniami, które rozpoczęły się w miesiącu rozliczeniowym i trwały w miesiącu następnym. Zgodnie z § 26 ust. 2 rozporządzenia, termin płatności przesuwany był odpowiednio o czas opóźnienia w przedstawieniu dokumentów rozliczeniowych. Nie stwierdzono opóźnień w składaniu dokumentów rozliczeniowych za wykonane świadczenia.

(dowód: akta kontroli str. 277-296, 315-318)

- 6.1. Należności za świadczenia rehabilitacyjne w badanym okresie regulowane były przez ZOW NFZ w ustawowym terminie, zgodnie z § 24 rozporządzenia.

(dowód: akta kontroli str. 174-183, 274-296)

7. W związku z nienależytym wykonaniem w 2012 r. umowy na świadczenie usług rehabilitacji leczniczej w rodzaju rehabilitacja neurologiczna, ZOW NFZ 18.06.2013 r. nałożył na Zakład karę umowną w wysokości 2.497,01 zł. Podstawą naliczenia kary było nie zapewnienie pacjentowi przyjętemu do szpitala leków, co spowodowało zgłoszenie rodziny chorego do lekarza POZ.

(dowód: akta kontroli str. 59, 346-347)

8. Wartość kontraktu na usługi fizjoterapii ambulatoryjnej w kontrolowanych latach przedstawiała się następująco: w 2011 r. wyniosła łącznie 551.564,20 zł, w 2012 r. 549.747,00 zł, do 30 września 2013 r. wyniosła 412.305,30 zł. Wartość obowiązkowych świadczeń fizjoterapii domowej wynosiła odpowiednio: 16.492,41 zł, 16.492,41 zł, 12.369,16 zł. Zakład w badanym okresie w ramach fizjoterapii ambulatoryjnej nie realizował świadczeń fizjoterapii domowej.

Dyrektor Zakładu Janina Kmetyk wyjaśniła: „Stwierdzony brak świadczeń w zakresie fizjoterapii w warunkach domowych wynika z tego, iż w okresie objętym kontrolą brak było skierowań pacjentów kwalifikujących się do tego typu zabiegów.”

(dowód: akta kontroli str. 324, 348-350)

Ustalone  
nieprawidłowości

W działalności Zakładu w opisanym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia wykonanie przez Zakład umów zawartych z NFZ w zakresie rehabilitacji.

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

Opis stanu  
faktycznego

1. Zasoby będące w dyspozycji Zakładu służące wykonywaniu świadczeń opieki zdrowotnej - warunki lokalowe, dostępność i kwalifikacje personelu oraz zapotrzebowanie na sprzęt i aparaturę medyczną na dzień 26.09.2013 r. były zgodne z ofertą oraz wymaganiami ZOW NFZ określonymi w załączniku nr 3 do zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 53/2010/DSOZ<sup>7</sup>.

1.1. Badanie akt osobowych według stanu na 30.09.2013 r. wykazało, że kwalifikacje i liczba personelu były zgodne z ofertą Zakładu i wymaganiami ZOW NFZ oraz z wymogami określonymi w załączniku nr 3 do Zarządzenia.

(dowód: akta kontroli str. 134-171, 319-322)

1.2. Warunki lokalowe, w jakich świadczone usługi rehabilitacyjne, były zgodne z ofertą Zakładu oraz wymaganiami ZOW NFZ i wymogami określonymi w załączniku nr 3 do Zarządzenia.

1.3. Pomieszczenia oraz ilości sprzętu na dzień oględzin, tj. 26.09.2013 r. były zgodne z ofertą Zakładu oraz wymaganiami ZOW NFZ zgodnie z wymogami określonymi w załączniku nr 3 do Zarządzenia.

(dowód: akta kontroli str. 134-171, 297-307, 376-378)

2. Oddział Rehabilitacji składał się z 3 odrębnych budynków szpitalnych (Szpital - rehabilitacja neurologiczna i rehabilitacja ogólnoustrojowa), z Ambulatorium (fizjoterapia ambulatoryjna) oraz Poradni rehabilitacyjnej zlokalizowanych w budynku siedziby Zakładu. Oznakowanie budynków i pomieszczeń Oddziału, stwierdzone w wyniku oględzin przeprowadzonych 26.09.2013 r., było następujące:

- w miejscu ogólnodostępnym na zewnątrz budynku Szpitala oraz siedziby, w tym Ambulatorium oraz Poradnia rehabilitacyjna umieszczona była tablica ze znakiem graficznym NFZ, wg wzoru określonego przez Prezesa NFZ - zgodnie z § 11 ust. 2 rozporządzenia.

(dowód: akta kontroli str. 218, 222, 225, 228, 381)

- w miejscu widocznym na zewnątrz Ambulatorium oraz Poradni rehabilitacyjnej, z wyjątkiem budynków Szpitala, zamieszczona była informacja o godzinach i miejscach udzielania świadczeń (świadczeniobiorcy dochodzący) - zgodnie z § 11 ust. 1 w związku z § 11 ust. 5 rozporządzenia.

(dowód: akta kontroli str. 225, 228, 381)

- na zewnątrz Ambulatorium oraz Poradni za wyjątkiem budynków Szpitala widoczne były numery telefonów alarmowych ratownictwa medycznego: „112” i „999” - zgodnie z § 11 ust. 4 pkt 7 w związku z § 11 ust. 5 rozporządzenia.

(dowód: akta kontroli str. 226-227, 381)

- wewnątrz budynku siedziby oraz Szpitala podane były informacje o godzinach i miejscach udzielania świadczeń w poszczególnych ich zakresach - zgodnie z § 11 ust. 1 rozporządzenia.

(dowód: akta kontroli str. 226-227, 381)

<sup>7</sup> Zarządzenie Prezesa NFZ z dnia 2 września 2010 r. zwanego dalej Zarządzeniem.

- wewnątrz budynku siedziby Zakładu oraz Szpitala podane były imiona i nazwiska osób kierujących pracą Szpitala oraz imiona i nazwiska osób udzielających świadczeń w Ambulatorium i Poradni Rehabilitacyjnej oraz godzin ich udzielania - zgodnie z § 11 ust. 4 pkt 1 rozporządzenia. (dowód: akta kontroli str. 233, 313-314, 381)
- informacje o udzielaniu świadczeń przez podwykonawców nie były zamieszczone. Jak wyjaśnił kierownik Statystyki Medycznej i Analiz Krzysztof Studziński „Obowiązek podawania w miejscach udzielania świadczeń wykazu podwykonawców, z którymi SP ZOZ w Choszczynie ma zawarte umowy nie dotyczy tutejszego zakładu, ponieważ w przypadku zlecenia podwykonawcy usługi - pacjent albo otrzymuje skierowanie od lekarza tutejszego zakładu, w którym jest wskazany adres podwykonawcy i zakres zlecanych usług, albo jest tam osobiście przewożony (dotyczy pacjentów hospitalizowanych).” (dowód: akta kontroli str. 351, 381)
- wewnątrz Ambulatorium zamieszczono informację dotyczącą zasad zapisów na porady i wizyty z uwzględnieniem świadczeń udzielanych w warunkach domowych - zgodnie z § 11 ust. 4 pkt 3 rozporządzenia. (dowód: akta kontroli str. 323, 381)
- wewnątrz budynku siedziby i Szpitala była zamieszczona informacja dotycząca trybu składania skarg i wniosków - zgodnie z § 11 ust. 4 pkt 4 rozporządzenia. (dowód: akta kontroli str. 224, 226, 229, 381)
- wewnątrz budynku siedziby i Szpitala była zamieszczona informacja dotycząca praw pacjenta - zgodnie z § 11 ust. 4 pkt 5 rozporządzenia. (dowód: akta kontroli str. 220-221, 226-227, 381)
- wewnątrz budynku siedziby była podana informacja dotycząca numerów telefonów alarmowych ratownictwa medycznego: „112” i „999” - zgodnie z § 11 ust. 4 pkt 7 rozporządzenia. (dowód: akta kontroli str. 221, 226-227, 381)
- wewnątrz budynku siedziby i Szpitala była podana informacja dotycząca adresu oraz numeru telefonu właściwego miejscowo Rzecznika Praw Pacjenta oraz bezpłatnej infolinii Biura Praw Pacjenta przy Ministrze Zdrowia - zgodnie z § 11 ust. 4 pkt 8 rozporządzenia. (dowód: akta kontroli str. 219, 223, 226-227, 381)
- wewnątrz budynku siedziby i Szpitala była podana informacja o możliwości i sposobie zapisania się na listę oczekujących na świadczenie - zgodnie z § 11 ust. 4 pkt 9 rozporządzenia. (dowód: akta kontroli str. 268-370, 381)

3. W Zakładzie w kontrolowanym okresie obowiązywały zasady kwalifikacji skierowań na leczenie stacjonarne w Oddziale Rehabilitacji w SPZOZ (zasady), zatwierdzone przez dyrektor Zakładu. Pacjentów wg zasad przyjmuje się na Oddział Rehabilitacji na podstawie skierowań. Weryfikację skierowań przeprowadza Komisja Kwalifikacyjna, w skład której wchodzi lekarze i pielęgniarka zatrudniona na Oddziale. (dowód: akta kontroli str. 325-329)

3.1. Zakład wprowadzał na listę oczekujących, pacjentów na leczenie z zakresu rehabilitacji leczniczej każdorazowo po zakwalifikowaniu przez Komisję Kwalifikacyjną składającą się z lekarzy, w tym ordynatora oraz z-cy pielęgniarki oddziałowej. Po zakwalifikowaniu przez komisję, pacjenci wpisywani byli na listę oczekujących. Wpis na listę oczekujących wiązał się z podaniem daty przyjęcia do szpitala.

Ordynator Oddziału Rehabilitacji, Jolanta Ignatowicz w trakcie posiedzenia komisji lekarskiej w dniu 27.09.2013 r. wniosła uwagi do funkcjonowania systemu przyjmowania pacjentów na Oddział Rehabilitacyjny. Uwagi dotyczyły braku nadzoru ze strony NFZ nad wystawianiem skierowań przez kierujących lekarzy. Stwierdziła, że skierowania bardzo często zawierają błędy skutkujące problemami z przyjmowaniem pacjentów na Oddział Rehabilitacyjny. Według pani ordynator, w niektórych przypadkach błędy te skutkowały brakiem refundacji świadczeń przez ZOW NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 354)



- 3.2. W Zakładzie nie została pisemnie wyznaczona osoba odpowiedzialna za prowadzenie list oczekujących. Wpisywanie na listę oczekujących poprzedzone było kwalifikacją komisji. Listę oczekujących prowadziła z-ca pielęgniarki oddziałowej Z.P.

Dyrektor Zakładu, Janina Kmetyk wyjaśniła: „Pracownikom wyznaczonym do prowadzenia list obowiązek ten został przekazany w formie ustnej.” (dowód: akta kontroli str. 364)

- 3.3. Zakład pisemnie informował świadczeniobiorcę o terminie udzielenia świadczenia. Informacja taka zawierała uzasadnienie przyczyny wyboru terminu, zgodnie z art. 20 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>8</sup>. (dowód: akta kontroli str. 356-361)

- 3.4. Zakład telefonicznie lub pisemnie informował świadczeniobiorcę o skorygowaniu terminu w wyniku zmiany stanu zdrowia pacjenta, wskazującego na potrzebę wcześniejszego niż w określonym terminie udzielenia świadczenia oraz w innych przypadkach, określonych w art. 20 ust. 7 i 8 ustawy o świadczeniach zdrowotnych. (dowód: akta kontroli str. 365-366)

4. Lista oczekujących na przyjęcie do Oddziału Rehabilitacji prowadzona była w formie elektronicznej w programie komputerowym HIPOKRATES. Lista ta, zgodnie z art. 20 ust. 2 ustawy o świadczeniach zdrowotnych, zawierała numer kolejny, datę i godzinę wpisu, imię i nazwisko świadczeniobiorcy, numer pesel lub inny dokument potwierdzający tożsamość świadczeniobiorcy, zawierała rozpoznanie lub powód przyjęcia - symbol rozpoznania, adres świadczeniobiorcy, numer telefonu (w przypadkach gdy pacjent taki numer podał), termin udzielenia świadczenia, imię i nazwisko osoby dokonującej wpisu - do programu Hipokrates można było wprowadzić dane jedynie po wpisaniu imienia i nazwiska osoby dokonującej wpisu. Lista zawierała datę i przyczynę skreślenia świadczeniobiorcy z listy oczekujących na udzielenie świadczenia.

Przyczynami skreślenia z listy oczekujących były m.in. zawiadomienie przez osobę wpisaną na listę oczekujących o rezygnacji, zgon osoby wpisanej na listę, nie zgłoszenie się pacjenta w umówionym terminie.

(dowód: akta kontroli str. 240-241, 379)

5. Zakład w badanym okresie przekazywał do ZOW NFZ co miesiąc wymagane raporty statystyczne w zakresie świadczeń rehabilitacji leczniczej. Raporty składane były nie później niż w terminie dziesięciu dni od zakończenia miesiąca, zgodnie z § 8 ust. 4 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 publicznych<sup>9</sup>.

(dowód: akta kontroli str. 242-255, 256-273)

6. Raporty statystyczne o liczbie i średnim czasie oczekiwania na udzielanie świadczeń w okresie od 1 stycznia 2011 r. do 31 stycznia 2012 r. na koniec każdego miesiąca zawierały liczbę oczekujących na świadczenie oraz średni czas oczekiwania. Raporty te nie zawierały danych dotyczących łącznej liczby osób skreślonych z listy oczekujących, liczby osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia, liczby osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia w ostatnich 6 miesiącach.

(dowód: akta kontroli str. 243-255, 380)

Raporty miesięczne za okres od 1 lutego 2012 r. do 30 września 2013 r. przekazywane do ZOW NFZ były zgodne z § 8 ust. 2 pkt 1 rozporządzenia ws. niezbędnych informacji. Raporty te zawierały: liczbę oczekujących wg stanu na ostatni dzień miesiąca, średni czas oczekiwania, określony zgodnie z załącznikiem nr 7 do rozporządzenia, łączną liczbę osób skreślonych z listy oczekujących w danym okresie sprawozdawczym, liczbę osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia w danym okresie sprawozdawczym, liczbę osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia w ostatnich 6 miesiącach.

(dowód: akta kontroli str. 256-273)

<sup>8</sup> Dz. U. z 2008, Nr 164, poz. 1027 ze zm., dalej ustawa o świadczeniach zdrowotnych.

<sup>9</sup> Dz. U. Nr 123, poz. 801 ze zm., zwanego dalej rozporządzeniem ws. niezbędnych informacji.

W okresie od lipca 2011 r. do grudnia 2012 r. wszystkie raporty za te miesiące zawierały informację, iż średni czas oczekiwania na rehabilitację neurologiczną wynosił 540 dni.

(dowód: akta kontroli str. 250-266)

Raporty, wbrew treści § 8 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia ws. niezbędnych informacji, nie zawierały daty okresowej oceny każdej prowadzonej przez świadczeniodawcę listy oczekujących w zakresie rehabilitacji leczniczej (rehabilitacja neurologiczna, rehabilitacja ogólnoustrojowa).

Zakład nie prowadził listy oczekujących na udzielanie świadczeń ambulatoryjnych w zakresie rehabilitacji. Raporty nie zawierały dodatkowych danych osób oczekujących na udzielanie świadczeń w warunkach ambulatoryjnych wg stanu na ostatni dzień miesiąca oraz osób skreślonych z listy oczekujących w danym okresie sprawozdawczym.

Dyrektor Zakładu Janina Kmetyk wyjaśniła: „Świadczenia w zakresie rehabilitacji ambulatoryjnej realizowane są na bieżąco, w związku z tym nie zachodzi potrzeba tworzenia listy pacjentów oczekujących na zabieg.”

(dowód: akta kontroli str. 248-250)

7. Kontrolą objęto prowadzenie list oczekujących na świadczenia w losowo wybranych miesiącach: wrzesień 2011 r., czerwiec 2012 r. oraz marzec 2013 r., stwierdzając:

1) Listy oczekujących we wrześniu 2011 r. i czerwcu 2012 r. na świadczenia rehabilitacji leczniczej były niezgodne z raportami statystycznymi za te miesiące. Raporty te zawierały informację, że średni czas oczekiwania na rehabilitację neurologiczną dla przypadków stabilnych wynosił 540 dni (wszystkie raporty statystyczne opisano w punkcie 6 niniejszego wystąpienia).

Lista za marzec 2013 r. była zgodna z miesięcznym raportem przekazanym do ZOW NFZ.

2) Sposób ustalania średniego czasu oczekiwania na świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej w marcu 2013 r. był zgodny z określonym w załączniku nr 7 do rozporządzenia ws. niezbędnych informacji. Średni czas oczekiwania obliczono odrębnie dla każdej grupy osób wpisanych na listę oczekujących w zależności od zakresu świadczeń. Dla września 2011 r. oraz dla czerwca 2012 r. przyjęty w raportach średni czas oczekiwania na rehabilitację neurologiczną był niezgodny z danymi zawartymi na liście oczekujących.

Na liście oczekujących gromadzone były dane zgodnie z § 8 ust. 1 pkt 6 lit. b rozporządzenia ws. niezbędnych informacji, ze względu na kryterium medyczne ustalone na podstawie 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 zdrowotnej<sup>10</sup>.

Podział na grupy świadczeniobiorców w zależności od zakresu świadczeń był zgodny z załącznikiem nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej<sup>11</sup>, tj. lista oczekujących prowadzona była z podziałem na pacjentów oczekujących na rehabilitację ogólnoustrojową w warunkach stacjonarnych oraz na rehabilitację neurologiczną w warunkach stacjonarnych.

W badanych 3 miesiącach nie stwierdzono przypadków dublowania świadczeń dla jednego świadczeniobiorcy.

Średni czas oczekiwania obliczono zgodnie z obowiązującym wzorem (załącznik nr 7 do rozporządzenia ws. niezbędnych informacji).

(dowód: akta kontroli str. 234-236, 381-382)

<sup>10</sup> Dz. U. Nr 200, poz. 1661.

<sup>11</sup> Dz. U. Nr 140, poz. 1145 ze zm.

- 3) Listy oczekujących na świadczenia z zakresu rehabilitacji, nie były oceniane przez specjalny zespół. Zespół ten powołany zarządzeniem dyrektora Zakładu (weszło w życie z dniem 1 października 2004 r.) w badanym okresie nie dokonywał oceny przyjęć pod względem prawidłowości prowadzenia dokumentacji, czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia oraz zasadności i przyczyn zmian terminów udzielenia świadczeń. Komisja kwalifikacyjna pacjentów do leczenia w Oddziale Rehabilitacji Medycznej sporządzała raz na miesiąc sprawozdanie ze swojej pracy. Sprawozdania te zawierały dane o liczbie zakwalifikowanych do leczenia pacjentów, o liczbie zdyskwalifikowanych z leczenia stacjonarnego, o liczbie rezygnacji z leczenia, o liczbie pacjentów którzy się nie zgłosili, o liczbie przyjęć w danym miesiącu, o liczbie oczekujących na przyjęcie i średnim czasie oczekiwania.

W dniu 23 października 2013 r. (w trakcie trwania kontroli) dyrektor Zakładu zarządzeniem nr 40/2013 powołała Zespół Oceny Przyjęć. Do zadań Zespołu należało przeprowadzanie, co najmniej raz w miesiącu, oceny list oczekujących na udzielanie świadczeń.

(dowód: akta kontroli str. 237-239, 373-374)

- 4) Listy oczekujących prowadzone były w sposób przejrzysty i rzetelny, nie stwierdzono przypadków wprowadzania błędnych danych w zakresie terminów rozpoczęcia zabiegów, ustalania tym samym pacjentom po dwa/trzy czy więcej zabiegów na ten sam dzień, nie stwierdzono także przypadków wprowadzania dat w niewłaściwe kolumny oraz innych omyłkowych wpisów.

(dowód: akta kontroli str. 330-344)

We wrześniu 2011 r. na listę oczekujących wpisanych zostało 290 osób, z tego 75 jako przypadki pilne i 219 jako przypadki stabilne. W 47 przypadkach stabilnych świadczeniobiorcy zrezygnowali ze świadczeń, bądź zostali wykreśleni z powodu zgonu. Wszystkie te przypadki zawierały opis na liście, co do przyczyn wykreślenia. Na liście oczekujących (przypadki stabilne) największą grupę stanowili oczekujący od 100 do 300 dni (105 takich przypadków), w grupie powyżej 300 dni oczekiwania były 53 przypadki, z tego 3 powyżej 500 dni, do 100 dni było 14 przypadków, z tego do 20 dni oczekiwania było 9 przypadków oraz 5 powyżej 20 dni oczekiwania.

Średni czas oczekiwania na rehabilitację leczniczą, wykazany w sprawozdaniu, wynosił 175 dni dla przypadków stabilnych oraz dla przypadków pilnych 11 dni w rehabilitacji ogólnoustrojowej i 6 dni w rehabilitacji neurologicznej.

(dowód: akta kontroli str. 234, 330-335)

W czerwcu 2012 r. na listę oczekujących wpisanych zostało 195 osób, z tego 61 jako przypadki pilne i 134 jako przypadki stabilne. Na liście oczekujących na rehabilitację neurologiczną wpisano 4 pacjentów, pozostali na rehabilitację ogólnoustrojową. W 33 przypadkach stabilnych, świadczeniobiorcy zrezygnowali ze świadczeń, zostali wykreśleni z powodu zgonu lub nie zgłosili się w umówionym terminie. Powyższe przypadki zawierały notatkę na liście oczekujących o przyczynach wykreślenia. Największą grupę oczekujących stanowili pacjenci, których czas oczekiwania wynosił powyżej 300 dni (63 przypadki), z tego powyżej 500 dni było 12 przypadków. W grupie oczekujących od 100 do 300 dni było 26 przypadków, w grupie do 100 dni oczekiwania było 15 przypadków, z tego do 20 dni 4 przypadki w tym m.in. jako przypadek stabilny wpisany na listę oczekujących dnia 10.06.2012 r. został przyjęty na rehabilitację po 3 dniach w dniu 13.06.2012 r. oraz pacjent wpisany na listę 29.06.2012 r. został przyjęty w dniu 29.06.2012 r.

Średni czas oczekiwania na rehabilitację ogólnoustrojową wynosił 174 dni dla przypadków stabilnych oraz dla przypadków pilnych 16 dni w rehabilitacji ogólnoustrojowej i 5 dni w rehabilitacji neurologicznej.

(dowód: akta kontroli str. 235, 336-339)

W marcu 2013 r. na listę oczekujących wpisanych zostało 239 osób, z tego 69 jako przypadki pilne, oraz 170 przypadków stabilnych. Na rehabilitację neurologiczną wpisano 29 pacjentów (24 jako przypadki pilne i 5 jako stabilne). W 11 przypadkach pacjenci zostali wykreśleni z listy oczekujących ze względu na rezygnację, zgon świadczeniobiorcy oraz nie zgłoszenia się w umówionym terminie (przypadki te zostały opisane na liście

oczekujących). Największą grupę stanowili oczekujący powyżej 300 dni (113 takich przypadków), z tego powyżej 500 dni było 78 przypadków. W grupie oczekujących od 100 do 300 dni było 29 przypadków, w grupie do 100 dni oczekiwania (przypadki stabilne) było 15 przypadków, z tego do 20 dni 5 przypadków, np. pacjent wpisany na listę oczekujących jako przypadek stabilny w dniu 7 marca 2013 r., został przyjęty na Oddział rehabilitacji tego samego dnia, pacjent wpisany na listę oczekujących w dniu 6 marca 2013 r. został przyjęty w dniu 13 marca 2013 r.

Średni czas oczekiwania na rehabilitację ogólnoustrojową wynosił 150 dni i na rehabilitację neurologiczną 162 dni dla przypadków stabilnych. Dla przypadków pilnych średni czas oczekiwania wynosił 20 dni w rehabilitacji ogólnoustrojowej i 4 dni w rehabilitacji neurologicznej.

(dowód: akta kontroli str. 236, 340-344)

8. W Zakładzie nie było możliwości umawiania się pacjentów na wizyty z zakresu rehabilitacji drogą elektroniczną w okresie od 1 stycznia 2013 r. do zakończenia kontroli (25.10. 2013 r.).

(dowód: akta kontroli str. 383)

Ustalone  
nieprawidłowości

W działalności Zakładu w zakresie opisanym w pkt 2 stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Raporty statystyczne o liczbie i średnim czasie oczekiwania na udzielanie świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej w okresie od 1 stycznia 2011 r. do 31 stycznia 2012 r. nie zawierały danych dotyczących łącznej liczby osób skreślonych z listy oczekujących, liczby osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia, liczby osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia w ostatnich 6 miesiącach. Od 1 lutego 2012 r. do 30 września 2013 r. raporty zawierały ww. elementy. Wszystkie raporty statystyczne z badanego okresu nie zawierały także daty okresowej oceny przyjęć.

Według § 8 ust. 2 pkt 1 oraz pkt 2 rozporządzenia ws. niezbędnych informacji, świadczeniodawcy przekazują NFZ dane zawierające m.in. łączną liczbę osób skreślonych z listy oczekujących w danym okresie sprawozdawczym, liczbę osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia w danym okresie sprawozdawczym, liczbę osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia w ostatnich sześciu miesiącach oraz datę okresowej oceny każdej prowadzonej przez świadczeniobiorcę list oczekujących.

Koordynator Oddziału Rehabilitacji Medycznej Jolanta Ignatowicz wyjaśniła: „*Odnosząc się do punktu drugiego wyjaśniam, że sprawozdanie miesięczne dla NFZ sporządzane jest przez Komisję Kwalifikującą a jego częścią statystyczną zajmuje się Zofia Pieczyńska. Sposób sporządzania nadzorowany jest przez pana Krzysztofa Studzińskiego, który polecił wykonywanie go w inny sposób od lutego 2012. Od tej daty sprawozdanie zawiera wszystkie określone w punkcie drugim elementy.*” (dowód: akta kontroli str. 352)

2. Raporty statystyczne o liczbie i średnim czasie oczekiwania na udzielanie świadczeń od lipca 2011 r. do grudnia 2012 r. zawierały informację, że średni czas oczekiwania na rehabilitację neurologiczną wynosił taką samą liczbę 540 dni. Na liście oczekujących brak było takich danych.

Koordynator Oddziału Rehabilitacji Medycznej Jolanta Ignatowicz wyjaśniła: „*Średni czas oczekiwania dla pacjentów neurologicznych wykazywany w raportach wynosi 540 dni ponieważ do końca roku 2012 wszyscy pacjenci wpisywani byli do jednej kolejki. Od stycznia 2013 po wyodrębnieniu w programie „HIPOKRATES” pododdziału rehabilitacji neurologicznej pojawiła się możliwość wpisywania pacjentów do kolejki neurologicznej. Zmiany wprowadził dział statystyki. Do tego czasu liczenie kolejki neurologiczne prowadzone było ręcznie.*”

(dowód: akta kontroli str. 352)

3. W kontrolowanych latach zespół oceny przyjęć, do którego zadań na podstawie art. 21 ust. 4 ustawy o świadczeniach zdrowotnych należało przeprowadzanie oceny list oczekujących na udzielanie świadczeń pod względem prawidłowości prowadzenia dokumentacji, czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia, zasadności i przyczyn zmian terminów udzielenia świadczeń nie dokonywał oceny listy oczekujących.

Dyrektor Zakładu Janina Kmetyk wyjaśniła: „W okresie objętym kontrolą nie funkcjonuje komisja ds. oceny przyjęć pacjentów, ponieważ uznałam, że skład zespołu kwalifikującego do przyjęć pacjentów na leczenie w oddziale rehabilitacji jest zespołem specjalistycznym, dobrze do tego przygotowanym merytorycznie i nie wymaga oceny przez komisję nie posiadającą wiedzy z zakresu leczenia rehabilitacyjnego”.

(dowód: akta kontroli str. 364)

4. Zakład, wbrew treści § 8 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia ws. niezbędnych informacji, nie informował NFZ o dacie okresowej oceny prowadzonej przez Zakład listy oczekujących. Przepis ten stanowi, że świadczeniodawcy udzielający świadczeń opieki zdrowotnej w ramach umowy z Funduszem przekazują oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu: m.in. datę okresowej oceny każdej prowadzonej przez świadczeniodawcę listy oczekujących.

Dyrektor Zakładu wyjaśniła: „(...) uprzejmie informuję, że zarządzeniem z dnia 01 października 2004 roku powołałam Zespół Oceny Przyjęć. Faktycznie Zespół ten nie dokonywał oceny list pacjentów zgodnie z postanowieniami art. 21. Ust. 1 i 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (...). Czynności te były jednak wykonywane przez Komisję kwalifikacyjną skierowań na leczenie stacjonarne w Oddziale Rehabilitacji.”

(dowód: akta kontroli str. 372)

Uwagi dotyczące  
badanej działalności

1. W Zakładzie nie było możliwości umawiania się pacjentów na wizyty z zakresu rehabilitacji leczniczej drogą elektroniczną w okresie od 1 stycznia 2013 r. do zakończenia kontroli. Możliwość umawiania się na wizytę drogą elektroniczną wynika z przepisu art. 23a ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, który stanowi, że prowadzący listy oczekujących na udzielenie świadczenia jest obowiązany umożliwić świadczeniobiorcom umawianie się drogą elektroniczną na wizyty, możliwość monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamiania o terminie udzielenia świadczenia. Przepisy określające minimalną funkcjonalność dla systemów teleinformatycznych umożliwiających realizację tego obowiązku weszły w życie 14.05.2013 r.<sup>12</sup>

Dyrektor Zakładu Janina Kmetyk wyjaśniła: „SP ZOZ w Choszcznie nie mógł zapewnić pacjentom na dzień 1 stycznia 2013 roku zgodnie z art. 23a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych możliwości umawiania się drogą elektroniczną na wizyty, możliwość monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamiania o terminie udzielenia świadczenia, ponieważ nie było w tym czasie wytycznych wskazywanych w 23a ust. 3 ww. ustawy jak taki system ma funkcjonować. Stosowne Rozporządzenie MZ w sprawie minimalnej funkcjonalności dla systemów teleinformatycznych umożliwiających realizację usług związanych z prowadzeniem przez świadczeniodawców list oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego, zostało wydane dopiero 29 kwietnia 2013 roku. (Dz. U. 2013 r. poz. 516). W oparciu o ww. rozporządzenie MZ firmy informatyczne przygotowują obecnie odpowiednie rozwiązania programowe. Świadczeniodawcy po pojawieniu się tych systemów na rynku będą mogli dopiero je nabywać w drodze postępowania konkursowego i wdrażać w swoich poradniach i oddziałach.”

(dowód: akta kontroli str. 383)

Ocena częściowa

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

<sup>12</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19.04.2013 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).

## 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 Kontroli<sup>13</sup>, wnosi o:

1. *Dokonywanie, co najmniej raz w miesiącu, oceny przyjęć na świadczenia rehabilitacji leczniczej.*
2. *Informowanie ZOW NFZ o dacie okresowej oceny, prowadzonej przez Zakład, listy oczekujących na świadczenia z zakresu rehabilitacji lecznicze.,*
3. *Podjęcie działań w celu umożliwienia świadczeniobiorcom zapisywanie się na wizyty drogą elektroniczną.*

## V. Pozostałe informacje i pouczenia

Wystąpienie pokontrolne zostało sporządzone w dwóch egzemplarzach; jeden dla kierownika jednostki kontrolowanej, drugi do akt kontroli.

Prawo zgłoszenia  
zastrzeżeń

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.

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 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.

Szczecin, dnia ..... r.

Najwyższa Izba Kontroli  
Delegatura w Szczecinie

Kontroler  
Wiesław Kaszak  
Starszy inspektor kontroli państwowej

.....  
*Podpis*

.....  
*Podpis*

<sup>13</sup> Dz. U. z 2012 r., poz.82 ze zm., zwana dalej ustawą o NIK.