



WICEPREZES
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI
Jacek Uczkiewicz

KZD – 4101-04-01/2013

P/13/131

WYSTĄPIENIE
POKONTROLNE

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli

P/13/131 – Dostępność i finansowanie rehabilitacji leczniczej

Jednostka
przeprowadzająca
kontrolę

Najwyższa Izba Kontroli
Departament Zdrowia

Kontrolerzy

1. Julita Łuczak, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 87368 z 6.09.2013 r.
2. Danuta Nosal, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 87375 z 25.09.2013 r.

(dowód: akta kontroli str. 1-4)

Jednostka
kontrolowana

Ministerstwo Zdrowia, Warszawa, ul. Miodowa 15

Kierownik jednostki
kontrolowanej

Bartosz Arłukowicz, Minister Zdrowia

(dowód: akta kontroli str. 1298-1304)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

W ocenie NIK¹ działania Ministra Zdrowia w zakresie realizacji polityki zdrowotnej, dotyczącej rehabilitacji leczniczej, okazały się mało skuteczne, a ograniczona dostępność świadczeń w tym zakresie stwarza zagrożenie dla efektywnego wdrażania stworzonego w naszym kraju i zaakceptowanego przez WHO² modelu rehabilitacji leczniczej³.

Uzasadnienie
oceny ogólnej

Powyższą ocenę uzasadnia w szczególności to, że Minister Zdrowia:

- nie określił standardów postępowania w rehabilitacji medycznej,
- nie zakończył prac nad regulacją zawodu fizjoterapeuty,
- nie ocenił dostępności świadczeń rehabilitacji leczniczej, w konsultacji z samorządami wojewódzkimi, do czego był zobowiązany zgodnie z art. 11 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁴ (dalej: ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej);
- nie wykorzystywał, w pełni, informacji o realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego programach zdrowotnych dotyczących rehabilitacji leczniczej – nie prowadził w tym zakresie bieżących analiz, porównań i innych prac analitycznych.

Kluczowym elementem zaakceptowanego przez WHO modelu rehabilitacji jest jej wczesne zapoczątkowanie. Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, iż założenie to nie jest w pełni realizowane. W 11 województwach, mimo wzrostu w roku 2012,

¹ Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna. Jeżeli sformułowanie oceny ogólnej według proponowanej skali byłoby nadmiernie utrudnione, albo taka ocena nie dawałaby prawdziwego obrazu funkcjonowania kontrolowanej jednostki w zakresie objętym kontrolą, stosuje się ocenę opisową, bądź uzupełnia ocenę ogólną o dodatkowe objaśnienie.

² WHO - World Health Organization (Światowa Organizacja Zdrowia).

³ Polski model rehabilitacji leczniczej, zaakceptowany przez WHO w 1970 r., opiera się na czterech podstawowych zasadach: powszechność, wczesność zapoczątkowania (rehabilitacja powinna mieć miejsce już w pierwszych dniach trwania choroby, czy w kilka dni po przebytych urazach), zespołowość oraz ciągłość.

⁴ Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.

w stosunku do 2011 r., wartości jednostek rozliczeniowych, wzrosła liczba osób oczekujących na realizację świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej⁵. Ponadto występuje duże zróżnicowanie regionalne w dostępie do świadczeń w tym zakresie.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Kształtowanie polityki zdrowotnej w dziedzinie rehabilitacji leczniczej w celu poprawy stanu zdrowia obywateli.

Opis stanu
faktycznego

1.1. Minister Zdrowia mógł określić, w drodze rozporządzenia, standardy postępowania i procedury wykonywane w zakładach opieki zdrowotnej w celu zapewnienia właściwego poziomu i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych⁶.

Zarządzeniem z 10 sierpnia 2011 r. Minister Zdrowia powołał Zespół opiniodawczo-doradczy ds. opracowania standardów postępowania w rehabilitacji leczniczej⁷.

Zespół odbył w sumie 13 posiedzeń (ostatnie 27 lipca 2012 r.). W jego pracach, obok ekspertów z różnych dziedzin medycyny, brali udział przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia oraz Narodowego Funduszu Zdrowia. Zespół opracował propozycje nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej⁸, które przekazał Ministrowi Zdrowia w dniu 2 października 2012 r. razem z podsumowaniem pracy Zespołu.

(dowód: akta kontroli str. 634 – 1055, 1058 – 1061)

1.2. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 21 maja 2009 r. w sprawie uznania dziedzin medycyny za priorytetowe⁹ rehabilitacja medyczna została umieszczona w wykazie dziedzin priorytetowych, co miało spowodować wzrost zainteresowania lekarzy podejmowaniem szkolenia specjalistycznego w tej dziedzinie ze względu na możliwość ustalenia wyższego miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego lekarza rezydenta odbywającego szkolenie specjalistyczne w dziedzinie medycyny uznaną za priorytetową i przyczynić się do zwiększenia liczby lekarzy wyspecjalizowanych w rehabilitacji medycznej.

(dowód: akta kontroli str. 551 – 552)

Decyzją Ministra Zdrowia, z dniem 1 stycznia 2013 r., rehabilitacja medyczna przestała być uznawana za dziedzinę priorytetową¹⁰.

Zastępca dyrektora Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego MZ wyjaśniła, że określając nowy katalog dziedzin priorytetowych Minister Zdrowia wziął pod uwagę wzrost liczby lekarzy specjalistów oraz odbywających specjalizację, w zestawieniu z możliwościami finansowymi resortu zdrowia. W latach 2008 – 2011 następował corocznie wzrost liczby specjalistów z dziedziny rehabilitacji leczniczej czynnych zawodowo, z 1.296 w 2008 r. do 1.547 na dzień 31 maja 2013 r.. Na wykreślenie rehabilitacji medycznej z katalogu dziedzin priorytetowych miały również wpływ pisma z Ministerstwa Finansów, w których podnosząc ograniczenia budżetowe, wskazywano na konieczność podjęcia działań ograniczających wysokość kosztów

⁵ Suma przypadków stabilnych we wszystkich rodzajach rehabilitacji.

⁶ Art. 9 ust. 3 ustawy z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408 ze zm.) – obowiązujący do 30 czerwca 2011 r. oraz 22 ust. 2 pkt 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r., poz. 217).

⁷ Dz. Urz. MZ Nr 6, poz. 53.

⁸ Dz. U. Nr 140, poz. 1145 ze zm.

⁹ Dz. U. z 2009 r. Nr 84, poz. 709

¹⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 20 grudnia 2012 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny (Dz. U. z 2012, poz. 1489) nie zawiera „rehabilitacji medycznej”.

kształcenia lekarzy w trybie rezydentury, które są bardziej kosztochłonne z uwagi na wyższe wynagrodzenie zasadnicze należne lekarzom w trakcie specjalizacji z dziedzin medycyny uznanych za priorytetowe.

(dowód: akta kontroli str. 552 – 569)

W latach 2011 – 2012, najwięcej specjalistów wykonujących zawód w dziedzinie rehabilitacji medycznej było w województwie łódzkim, podlaskim i mazowieckim, najmniej – w dolnośląskim, lubuskim i wielkopolskim¹¹. W dziedzinie balneologii i medycyny fizykalnej, najwięcej specjalistów było w województwie dolnośląskim, kujawsko-pomorskim i zachodniopomorskim, najmniej – w województwie opolskim, lubuskim i podlaskim¹².

(dowód: akta kontroli str. 1271 – 1282)

Informacje o liczbie specjalistów wykonujących zawód w dziedzinie rehabilitacji medycznej oraz balneologii i medycyny fizykalnej, Minister Zdrowia wykorzystuje w szczególności podczas planowania liczby miejsc szkoleniowych dla lekarzy, którzy będą odbywać szkolenie specjalizacyjne w ramach rezydentury, a także do ustalania wykazu dziedzin priorytetowych.

W badanym okresie, zarówno wykorzystanie przyznanych miejsc rezydenckich, jak i pozarezydenckich w zakresie rehabilitacji medycznej kształtowało się na niskim poziomie. Wyższy stopień wykorzystania miejsc pozarezydenckich miał miejsce w zakresie balneologii i medycyny fizykalnej¹³.

Zastępca dyrektora Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego wyjaśniła, że główną przyczyną niewykorzystania części przyznanych, w latach 2011 – 2013, miejsc rezydenckich i pozarezydenckich w dziedzinie rehabilitacji medycznej oraz miejsc pozarezydenckich w dziedzinie balneologii i medycyny fizykalnej było małe zainteresowanie lekarzy ww. dziedzinami.

(dowód: akta kontroli str. 1283 – 1295)

Pomimo tego, w latach 2011 – 2013 (do 31 maja), nastąpił wzrost liczby specjalistów wykonujących zawód w dziedzinach rehabilitacji medycznej oraz balneologii i medycyny fizykalnej¹⁴. Wśród personelu medycznego pracującego w placówkach ochrony zdrowia, w latach 2011 i 2012¹⁵, nastąpił wzrost liczby fizjoterapeutów z wykształceniem wyższym z 13.001 do 14.139; logopedów z 844 do 894; terapeutów zajęciowych z wyższym wykształceniem z 783 do 851. Zmniejszyła się za to liczba terapeutów zajęciowych z wykształceniem średnim z 1.417 do 1.379; techników fizjoterapii z 7.578 do 6.856 oraz techników masażystów z 1.828 do 1.631.

(dowód: akta kontroli str. 545 – 556)

Na koszty związane z prowadzonymi specjalizacjami w dziedzinie rehabilitacji medycznej Minister Zdrowia corocznie zwiększał środki: w 2011 r. była to kwota

¹¹ W przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców było to w 2011 r.: łódzkie – 5,49; podlaskie – 5,08; mazowieckie – 4,67; dolnośląskie – 2,19; lubuskie – 2,54; wielkopolskie – 2,60; w 2012 r.: łódzkie – 5,98; podlaskie – 5,51; mazowieckie – 5,00; dolnośląskie – 2,44; lubuskie – 2,74; wielkopolskie – 2,80.

¹² W przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców było to w 2011 r.: kujawsko – pomorskie – 2,75; dolnośląskie – 2,57; zachodniopomorskie – 2,44; opolskie – 0,10; lubuskie – 0,20; podlaskie – 0,33; w 2012 r.: dolnośląskie – 2,78; kujawsko – pomorskie – 2,77; zachodniopomorskie – 2,61; opolskie – 0,10; lubuskie – 0,20; podlaskie – 0,33.

¹³ Wykorzystanie miejsc rezydenckich w zakresie rehabilitacji medycznej: w 2011 r. – 27,81%, w 2012 r. – 37,88%, w 2013 r. – 30,71%. Wykorzystanie miejsc pozarezydenckich w dziedzinie rehabilitacji medycznej: w 2011 r. – 33,92%, w 2012 r. – 26,78%, w 2013 r. – 27,70%. Wykorzystanie miejsc pozarezydenckich w zakresie balneologii i medycyny fizykalnej: w 2011 r. – 95,65%, w 2012 r. – 68,75%, w 2013 r. – 63,49%.

¹⁴ Rehabilitacja medyczna w 2011 r. – 1.428 osób, w 2012 r. – 1.519 osób, w 2013 (do 31 maja) – 1.547 osób; balneologia i medycyna fizykalna – 2011 r. – 463 osoby, 2012 r. – 491 osób, 2013 r. (do 31 maja) – 496 osób.

¹⁵ Dane statystyczne dot. personelu medycznego zatrudnionego w podmiotach leczniczych zbierane są co roku przez CSIOZ, wg stanu na 31 grudnia. Dane za 2013 r. będą zbierane w 2014 r.

8.959,6 tys. zł, w 2012 r. – 9.284,1 tys. zł., a w 2013 – 9.457,1 tys. zł. W odniesieniu do wydatków poniesionych na wszystkie rezydentury¹⁶, stanowiło to odpowiednio: w 2011 r. – 1,7%, w 2012 r. – 1,6%, a w I i II kw. 2013 r. – 2,7%.

(dowód: akta kontroli str. 549)

1.3. Zgodnie z art. 10 ust. 1 pkt 7 ustawy z 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia¹⁷, do zadań powoływanych przez Ministra Zdrowia konsultantów krajowych z poszczególnych dziedzin medycyny, farmacji lub innej dziedziny mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, należy sporządzanie rocznego raportu dokumentującego wykonywanie zadań w zakresie obejmującym reprezentowaną przez danego konsultanta dziedzinę.

Opracowania konsultantów krajowych i wojewódzkich w dziedzinach rehabilitacji medycznej, fizjoterapii oraz balneologii i medycyny fizykalnej, zawierające ogólną ocenę danej dziedziny, informacje o dostępności świadczeń zdrowotnych, prognozy zapotrzebowania na usługi zdrowotne oraz informacje o nadzorze nad szkoleniem podyplomowym, Ministerstwo Zdrowia wykorzystuje w szczególności podczas planowania liczby miejsc szkoleniowych dla lekarzy, którzy będą odbywać szkolenie specjalizacyjne w ramach rezydentury. Dane ze sprawozdań wykorzystywane są także do ustalania wykazu dziedzin priorytetowych. Sprawozdania konsultantów krajowych umieszczane są na stronach internetowych Ministerstwa i w związku z tym pozostałe departamenty MZ, w ramach prowadzonych prac, mogą wykorzystywać zawarte w tych sprawozdaniach informacje i dane.

(dowód: akta kontroli str. 553 – 554)

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia wyjaśnił, że zarządzeniem z 10 sierpnia 2011 r. Minister Zdrowia powołał Zespół do spraw opracowania standardów postępowania w rehabilitacji medycznej. W pracach tego Zespołu brał udział Konsultant Krajowy w dziedzinie rehabilitacji leczniczej, który pełnił funkcję przewodniczącego, jak również Konsultant Krajowy w dziedzinie fizjoterapii. Mieli więc oni możliwość wpływu na tworzenie rozwiązań pozwalających na zmianę sytuacji problemowych zgłaszanych w sprawozdaniach.

(dowód: akta kontroli str. 2967-2978)

1.4. Podstawę do opracowania projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia z 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej¹⁸ stanowiła rekomendacja Agencji Oceny Technologii Medycznych, wyrażona w stanowisku nr 54/16/2009 Rady Konsultacyjnej AOTM z 6 sierpnia 2009 r. w sprawie wykazu świadczeń opieki zdrowotnej gwarantowanych do finansowania ze środków publicznych.

(dowód: akta kontroli str. 1323-1328)

W okresie objętym kontrolą, dwukrotnie dokonano nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia z 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji medycznej i opracowano projekt trzeciej nowelizacji.

W rozporządzeniu z 25 czerwca 2010 r.¹⁹, które miało zastosowanie do świadczeń gwarantowanych udzielanych od 1 lipca 2010 r. wprowadzono zapisy umożliwiające przedłużenie czasu trwania rehabilitacji leczniczej, jeżeli przemawiały za tym względy medyczne i cel leczniczy.

¹⁶ 2011 r. – 527.007.000,00 zł, 2012 r. – 566.611.000,00 zł, 2013 r. (I i II kw.) – 353.985.000,00 zł.

¹⁷ Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 419 ze zm.

¹⁸ Dz. U. Nr 140, poz. 1145 ze zm.

¹⁹ Dz. U. Nr 115, poz. 774.

Naczelnik Wydziału Psychiatrii i Patologii Społecznych Departamentu Zdrowia Publicznego MZ wyjaśnił, że wprowadzenie możliwości przedłużenia czasu trwania rehabilitacji leczniczej pozwalało na uwzględnienie specyfiki poszczególnych świadczeń i dostosowanie ich do potrzeb medycznych konkretnego pacjenta.

(dowód: akta kontroli str. 571 – 573)

Zmian wprowadzonych rozporządzeniem z 6 października 2010 r.²⁰, które miało zastosowanie do świadczeń gwarantowanych udzielanych od 1 stycznia 2011 r., dokonano na wniosek Prezesa NFZ. Dotyczyły one rehabilitacji neurologicznej i kardiologicznej realizowanej w warunkach stacjonarnych. Zmiany te wynikały z planu wprowadzenia Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP) oraz związanym z tym uszczegółowieniem opisu świadczeń gwarantowanych o procedury medyczne i jednostki chorobowe (załącznik nr 3 – wykaz procedur medycznych wg klasyfikacji ICD-9 oraz wykaz jednostek chorobowych wg klasyfikacji ICD-10), a także doprecyzowaniem wymagań i warunków realizacji świadczeń oraz wydzieleniem świadczeń gwarantowanych, które mogą być udzielane po spełnieniu dodatkowych warunków (załącznik nr 4).

Naczelnik Wydziału Psychiatrii i Patologii Społecznych Departamentu Zdrowia Publicznego MZ wyjaśnił, że wprowadzone zmiany jedynie doprecyzowywały warunki udzielania świadczeń w zakresie rehabilitacji neurologicznej i kardiologicznej. W kolejnych nowelizacjach nie wprowadzono nowych, ani nie wykreślono żadnego świadczenia gwarantowanego. Nie wymagały więc one uzyskania rekomendacji Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych.

(dowód: akta kontroli str. 570 – 573)

Opracowany przez Zespół do spraw opracowania standardów w rehabilitacji medycznej, projekt trzeciej nowelizacji rozporządzenia, został przekazany Ministrowi Zdrowia 2 października 2012 r. Zespół proponował:

- zarezerwowanie prawa do udzielania konsultacji w gabinetach rehabilitacji medycznej dla odpowiednio wykształconych lekarzy tej specjalności (przyznanie uprawnień do udzielanych świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej specjalistom z innych dziedzin²¹ spowoduje obniżenie jakości udzielanych świadczeń i stanowić będzie czynnik demobilizujący potencjalnych kandydatów do studiów specjalizacyjnych z zakresu rehabilitacji medycznej),
- możliwość rozszerzenia prawa do wystawiania skierowań do poradni rehabilitacyjnej na lekarzy innych niż „podstawowej opieki zdrowotnej”, co miało na celu zwiększenie dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych,
- ustalenie 14 dniowego terminu ważności skierowania na zabieg fizjoterapeutyczny (zamiast 30 dni), aby nie odwlekać zaleczonego leczenia, co mogłoby spowodować pogorszenie stanu klinicznego pacjenta,
- określanie przez lekarza, w skierowaniach na zabiegi rehabilitacyjne, parametrów zabiegów, co miało na celu zmobilizowanie lekarzy do wystawiania dokładnych skierowań, podniesienie jakości udzielanych świadczeń oraz wyłączenie lekarzy – nieprofesjonalistów, z możliwości udzielania świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej,
- możliwość wykonywania zabiegów fizjoterapeutycznych przez specjalistę w dziedzinie fizjoterapii lub magistra fizjoterapii, co miało na celu podniesienie

²⁰ Dz. U. Nr 192, poz. 1286.

²¹ Obecnie, uprawnienia do udzielania świadczeń rehabilitacyjnych specjalści z innych dziedzin nabywają po miesięcznym, czy nawet dwutygodniowym stażu w oddziale rehabilitacyjnym.

jakości udzielanych świadczeń oraz mobilizację fizjoterapeutów do dalszej edukacji własnej,

- usunięcie dolnego limitu czasu pobytu pacjentów na oddziałach rehabilitacji ogólnoustrojowej realizowanej w warunkach stacjonarnych.

Departament Organizacji Ochrony Zdrowia, 25 września 2013 r., przekazał Kolegium Ministerstwa projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej z prośbą o akceptację i wyrażenie zgody na skierowanie do Rządowego Centrum Legislacji. Projekt był poddany konsultacjom międzyresortowym oraz społecznym²² i został uzgodniony z NFZ 20 września 2013 r. W projekcie rozporządzenia zaproponowano zwiększenie dostępności świadczeń poprzez rozszerzenie katalogu lekarzy, oddziałów i poradni uprawnionych do wystawiania skierowań na poszczególne rodzaje rehabilitacji; uaktualnienie nazewnictwa zabiegów, urządzeń i procedur; wyodrębnienie świadczenia dla pacjentów z obrzękiem limfatycznym w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej realizowanej w warunkach ośrodka/oddziału dziennego; uzupełnienie kwalifikacji personelu udzielającego świadczeń o osoby kształcące się w nowym systemie edukacji; usunięcie dolnego limitu czasu pobytu pacjentów na oddziałach rehabilitacji ogólnoustrojowej realizowanej w warunkach stacjonarnych.

W uzasadnieniu do projektu rozporządzenia zapisano, że zaproponowane zmiany dotyczą warunków realizacji świadczeń gwarantowanych i nie wymagają stosownej rekomendacji Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych.

(dowód: akta kontroli str. 634 – 1057)

Zgodnie z art. 85 pkt 2 ustawy z 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych²³, dotychczasowe akty wykonawcze wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zachowują moc nie dłużej niż 24 miesiące od wejścia w życie. Oznacza to konieczność wydania nowego rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej do 1 stycznia 2014 r.

Dyrektor Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia wyjaśnił, że projekt rozporządzenia został przekazany do Rządowego Centrum Legislacji 27 września 2013 r., a 28 września 2013 r. został zwolniony z Komisji Prawniczej. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2013 r., poz. 1522) weszło w życie 27 grudnia 2013 r.

(dowód: akta kontroli str. 1269 – 1270)

Nowelizacje rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji medycznej miały wpływ na budżet Narodowego Funduszu Zdrowia, co zostało zawarte w ocenie skutków regulacji. W trakcie prac legislacyjnych nad nowelizacją z 6 października 2010 r. oszacowanie dodatkowych wydatków związanych z wprowadzeniem Jednolitych Grup Pacjentów jako sposobu rozliczania świadczeń w zakresie stacjonarnej rehabilitacji neurologicznej i kardiologicznej nie było możliwe, gdyż nie była znana liczba osób, które zostaną zakwalifikowane do poszczególnych kategorii grup oraz z uwagi na zróżnicowaną wagę punktową grupy. Zakładano jednak wzrost wydatków: w rehabilitacji neurologicznej o 53 mln zł, a w rehabilitacji kardiologicznej – o 14 mln zł.

(dowód: akta kontroli str. 575 – 576)

²² Uwagi można było zgłaszać do 12 sierpnia 2013 r.

²³ Dz. U. Nr 122, poz. 696 ze zm.

1.5. Głównym celem „Narodowego Programu Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo – Naczyniowego na lata 2010 – 2012 POLKARD” (zwanego dalej „Programem” lub „POLKARDEM”) było wsparcie podmiotów wykonujących działalność leczniczą poprzez działania na rzecz wyrównywania dysproporcji w dostępie pacjentów do świadczeń zdrowotnych, spowodowanych wyposażeniem w odpowiedni sprzęt.

W zakresie rehabilitacji w Programie realizowane były następujące zadania: „Zakup aparatury medycznej dla oddziałów rehabilitacji pacjentów po udarze mózgu”²⁴ oraz „Zakup aparatury dla oddziałów prowadzących rehabilitację kardiologiczną”.

Cel Programu odnoszący się do ww. zadań realizowany był poprzez doposażenie i wymianę wyeksploatowanego sprzętu medycznego. W latach 2010 – 2012 zakupiono m.in. defibrylatory, aparaty EKG, zestawy do treningów cykloergometrycznych, systemy do prowadzenia rehabilitacji kardiologicznej, zestawy do telemetrycznego monitorowania pacjentów, zestawy do prób wysiłkowych EKG, sterowane komputerowo systemy do ćwiczeń równowagi z zastosowaniem zastępczego sprzężenia zwrotnego, urządzenia do nauki chodu z częściowym odciążeniem masy ciała, cykloergometry rehabilitacyjne, rotory elektryczne, itp.

W latach 2010 – 2013 na ww. zadania Programu Minister Zdrowia zawarł umowy o wartości ogółem 6.281,2 tys. zł, z tytułu których realizatorom przekazano 5.552,8 tys. zł (88,4% planu). Kwota ta stanowiła 7,5% środków ogółem wydatkowanych w ramach POLKARDU.

Minister Zdrowia w latach 2010 – 2013 dokonywał wyboru realizatorów zadań Programu w trybie konkursu ofert, zgodnie z art. 48 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Sposób i tryb prac dotyczących programów zdrowotnych regulują ponadto przepisy zarządzenia Ministra Zdrowia z 11 marca 2010 r. w sprawie prowadzenia prac nad opracowaniem i realizacją programów zdrowotnych²⁵.

(dowód: akta kontroli str. 1329-1332, 2388-2549, 2791-2794, 2908)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. Nie opracowano standardów postępowania w rehabilitacji leczniczej, mimo iż został w tym celu powołany specjalny Zespół. Efektem prac tego gremium była jedynie propozycja nowelizacji rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, w której określono „Wykaz oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej”.

W okresie objętym kontrolą Minister Zdrowia nie wykonywał oraz nie zlecał analiz i opracowań eksperckich w zakresie rehabilitacji leczniczej, które mogłyby ułatwić stworzenie takich standardów. Nie powstały również strategie i programy dotyczące rehabilitacji leczniczej.

(dowód: akta kontroli str. 570, 634 – 1055, 1058 – 1063)

Naczelnik Wydziału Psychiatrii i Patologii Społecznych Departamentu Zdrowia Publicznego wyjaśnił, że zespół został powołany jako zespół opiniotawczo-doradczy do spraw opracowania standardów postępowania w rehabilitacji leczniczej i miał pełnić funkcję organu pomocniczego Ministra Zdrowia. W związku z tym oraz z uwagi na fakt, iż w pracach zespołu uczestniczyli konsultanci krajowi z wybranych dziedzin medycyny, przedstawiciele towarzystw naukowych, przedstawiciele

²⁴ W roku 2011 zadanie pn. „Zakup aparatury medycznej dla Oddziałów Rehabilitacji Neurologicznej”.

²⁵ Dz. Urz. MZ Nr 4, poz. 32.

komórek organizacyjnych Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia, skoncentrowanie prac Zespołu na nowelizacji ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia nie stanowiło przekroczenia uprawnień określonych w ww. rozporządzeniu.

(dowód: akta kontroli str. 634 – 1055, 1058 - 1061)

W ocenie NIK, z uwagi na istotne znaczenie rehabilitacji leczniczej, opracowanie standardów postępowania w tym zakresie poprawiłoby jakość i efektywność leczenia pacjentów.

Stanowisko NIK jest zbieżne z opinią Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, przekazaną w trakcie kontroli, która wskazuje na brak standardów postępowania rehabilitacyjnego jako główną barierę efektywnej rehabilitacji. Według NFZ standardy te, określone przez Ministra Zdrowia przy współpracy środowiska medycznego, pomogłyby uwzględnić rzeczywiste potrzeby zdrowotne pacjentów i przyczyniłyby się do zwiększenia jakości świadczeń rehabilitacyjnych.

(dowód: akta kontroli str. 2559-2575)

2. Minister Zdrowia nie zakończył prac nad regulacją zawodu fizjoterapeuty, wskutek czego zawód ten nadal pozostaje nieuregulowany i mogą go wykonywać także osoby bez odpowiedniego przygotowania.

Kierownictwo Ministerstwa Zdrowia 3 lutego 2010 r. przyjęło projekt ustawy o niektórych zawodach medycznych i zasadach uzyskiwania tytułu specjalisty w innych dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia, który regulował kwalifikacje i zasady wykonywania wybranych zawodów medycznych, w tym zawodu fizjoterapeuty. W uzasadnieniu do projektu ustawy wskazywano, że konieczność uregulowania zawodów medycznych wynika z faktu, że świadczenia zdrowotne powinny być udzielane przez osoby odpowiednio do tego przygotowane. Należało więc określić warunki udzielania świadczeń i kwalifikacji zawodowych osób ich udzielających. W sytuacji nieuregulowania zawodów medycznych, a tym samym braku rejestru osób wykonujących zawody medyczne, Ministerstwo Zdrowia nie dysponuje wiedzą o ich liczbie i kwalifikacjach. Projekt ustawy został zwrócony do Ministerstwa Zdrowia 25 sierpnia 2011 r., w związku z brakiem możliwości zakończenia prac ustawodawczych w poprzedniej kadencji Parlamentu.

(dowód: akta kontroli str. 288 – 544)

Zastępca dyrektora Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego wyjaśniła, że prace nad projektem ustawy o niektórych zawodach medycznych i zasadach uzyskiwania tytułu specjalisty w innych dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia zostały w Ministerstwie wstrzymane i nie zostały podjęte, ponieważ, w związku z realizowanym przez Radę Ministrów programem, rozpoczęto prace deregulacyjne. Jednak w Ministerstwie uznano, że regulacja prawna dotycząca zawodu fizjoterapeuty ma odmienną specyfikę, a uregulowane powinny być też kwestie dotyczące samorządu zawodowego oraz odpowiedzialności dyscyplinarnej i w związku z tym regulacja ta powinna być ujęta całościowo w oddzielnym akcie prawnym.

(dowód: akta kontroli str. 1265 – 1268)

Konieczność pilnego rozpoczęcia prac nad projektem ustawy regulującej zawód fizjoterapeuty potwierdził Konsultant Krajowy w dziedzinie fizjoterapii w stanowisku z dnia 30 czerwca 2012 r. Stowarzyszenie Fizjoterapia Polska i Polskie Towarzystwo Fizjoterapii zgłosiły swoje propozycje regulacji w tym zakresie. W Departamencie Prawnym Ministerstwa Zdrowia, w oparciu o te dwa projekty, prowadzone były prace nad projektem ustawy.

(dowód: akta kontroli str. 270 – 274 oraz 1265 – 1268)

3. Minister Zdrowia ogłosił trzy konkursy ofert na realizację zadań w zakresie rehabilitacji leczniczej w ramach POLKARDU (spośród ogółem siedmiu dotyczących tych zadań) z uchybieniem ustawowego terminu, określonego w art. 48 ust. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, zgodnie z którym o przeprowadzeniu konkursu ofert ogłasza się co najmniej na 15 dni przed upływem wyznaczonego terminu ich składania:

- konkurs na wybór realizatorów zadania pn.: „Zakup aparatury medycznej dla oddziałów rehabilitacji pacjentów po udarze mózgu” na rok 2010 Minister Zdrowia ogłosił 28 czerwca 2010, z terminem nadsyłania ofert do 12 lipca 2010 r. (14 dni);

- konkurs na wybór realizatorów zadania pn.: „Zakup aparatury dla oddziałów prowadzących rehabilitację kardiologiczną: aparatów EKG, systemów do testów wysiłkowych z bieżnią lub rowerem, zestawów do treningu na cykloergometrach z min. czterema stanowiskami monitorowanymi; zestawów reanimacyjnych: defibrylator, worek z maską ambu, sprzęt do udrażniania dróg oddechowych” na rok 2010 Minister Zdrowia ogłosił 2 lipca 2010 r., z terminem nadsyłania ofert do 16 lipca 2010 r. (14 dni),

- konkurs na wybór realizatorów zadania pn.: „Zakup aparatury medycznej dla oddziałów rehabilitacji pacjentów po udarze mózgu” na rok 2012 Minister Zdrowia ogłosił w dniu 17 lipca 2012, z terminem nadsyłania ofert do 1 sierpnia 2012 r. (14 dni).

(dowód: akta kontroli str. 1414-1433)

Zastępca dyrektora Departamentu Polityki Zdrowotnej, wyjaśniła, że wyznaczenie takich terminów wynikało z błędnego przyjęcia, iż rozpoczynały one bieg w dniu ogłoszenia. Jednocześnie podkreślono, że w konsekwencji żaden z oferentów nie odniósł z tego powodu negatywnych skutków.

(dowód: akta kontroli str. 2552-2555)

4. Niezgodnie z § 6 ust. 2 pkt 7 zarządzenia Ministra Zdrowia z 11 marca 2010 r. w sprawie prowadzenia prac nad opracowaniem i realizacją programów zdrowotnych, w pięciu ogłoszeniach dotyczących wyboru realizatorów zadań²⁶ nie podano informacji o możliwości uwzględnienia oferty po upływie terminów, określonych w ogłoszeniu, jeżeli oferent uprawdopodobni, iż niedotrzymanie terminu nastąpiło bez jego winy.

(dowód: akta kontroli str. 1338-1413)

Zastępca dyrektora DPZ wyjaśniła, że braki takiej informacji nie wywołały negatywnych skutków prawnych w sferze praw i obowiązków oferentów. Jeżeli którykolwiek z oferentów, którzy nie zostali wyłonieni realizatorami przedmiotowych zadań, zakwestionowałby rozstrzygnięcie komisji konkursowej w zakresie odrzucenia oferty złożonej z uchybieniem terminu, komisja konkursowa przeprowadziłaby stosowne postępowanie wyjaśniające.

(dowód: akta kontroli str. 2552-2555)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Ministerstwo nie określiło wskaźników dotyczących liczby czynnych zawodowo lekarzy specjalistów w poszczególnych dziedzinach medycyny (także w zakresie rehabilitacji), w odniesieniu do liczby mieszkańców. Minister nie był więc w stanie ocenić, czy liczba lekarzy poszczególnych specjalności jest odpowiednia w stosunku

²⁶ Zadania pn.: „Zakup aparatury dla oddziałów prowadzących rehabilitację kardiologiczną” – na rok 2011 i 2012, „Zakup aparatury medycznej dla Oddziałów Rehabilitacji Neurologicznej” – na rok 2011, „Zakup aparatury medycznej dla oddziałów rehabilitacji pacjentów po udarze mózgu” – na rok 2012 i 2013.

do potrzeb i liczby świadczeniobiorców, a tym samym skutecznie działać na rzecz zapewnienia odpowiedniej liczby specjalistów i równego dostępu pacjentów do świadczeń medycznych.

(dowód: akta kontroli str. 1271-1282, 1292-1295)

Zastępca dyrektora Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego wyjaśniła, że problem stworzenia takiego modelu planowania kadr medycznych, który pozwalałby na określenie właściwych wskaźników występuje w skali całej Unii Europejskiej (UE). W celu opracowania modelu planowania kadr UE prowadzi projekt *Joint Action on health workforce planning* (wspólne działanie na rzecz planowania kadr medycznych), w którym uczestniczy również Ministerstwo Zdrowia²⁷. Ministerstwo, pismem z 18 sierpnia 2013 r., zwróciło się do organizacji skupiającej lekarzy specjalistów w ok. 50 dziedzinach medycyny z państw UE (*European Union of Medical Specialists*) z prośbą o przekazanie informacji dotyczących wskaźników liczby specjalistów w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców w poszczególnych krajach członkowskich UE. Ministerstwo nie otrzymało odpowiedzi na to pismo do czasu zakończenia badań kontrolnych.

(dowód: akta kontroli str. 1271-1282, 1292-1295)

Ocena częściowa

NIK negatywnie ocenia skuteczność działań Ministra Zdrowia w zakresie tworzenia standardów postępowania w rehabilitacji leczniczej oraz prac nad uregulowaniem zawodu terapeuty. Natomiast pozytywnie, pomimo stwierdzonych nieprawidłowości, NIK ocenia realizację zadań Programu POLKARD dotyczących rehabilitacji neurologicznej i kardiologicznej i uzyskane w jej wyniku efekty.

2. Współpraca z organami samorządu terytorialnego oraz innymi podmiotami w zakresie oceny dostępności rehabilitacji leczniczej.

Opis stanu faktycznego

2.1. Zgodnie z art. 11. ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, do zadań ministra właściwego do spraw zdrowia, w zakresie objętym ustawą, należy ocena dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej w konsultacji z samorządami wojewódzkimi.

2.2 Na podstawie art. 11 ust. 1 pkt 6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej do zadań ministra właściwego do spraw zdrowia należy sprawowanie nadzoru nad ubezpieczeniem zdrowotnym. W ramach tego nadzoru Minister Zdrowia badał, w trybie art. 163 ww. ustawy, poszczególne uchwały Rady Funduszu oraz zarządzenia Prezesa NFZ, w tym w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza, mając możliwość stwierdzenia ich nieważności, w całości lub w części, w przypadku, gdy naruszają one prawo lub prowadzą do niewłaściwego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej lub też do niezrównoważenia przychodów i kosztów Funduszu. W latach 2011 – 2013 Minister Zdrowia nie stwierdził nieważności ww. zarządzeń, decyzji lub uchwał.

(dowód: akta kontroli str. 1323-1328)

W dostępie do świadczeń rehabilitacji leczniczej występowało znaczne zróżnicowanie regionalne, np. wskaźnik dotyczący liczby rozliczonych jednostek rozliczeniowych w przeliczeniu na 1 mieszkańca, w przypadku lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej w województwie mazowieckim, wynosił w 2011 r. 2,3 podczas, gdy w województwach wielkopolskim i lubuskim – 0,3, czyli był

²⁷ Projekt rozpoczęto 11 kwietnia 2013 r. i trwać będzie 3 lata.

o 87% niższy. Analogiczny wskaźnik w przypadku fizjoterapii ambulatoryjnej najwyższy był w województwie mazowieckim i wynosił 27,2, a najniższy w województwie zachodniopomorskim – 12,6, tj. był o 53,7% niższy.

Wskaźnik dotyczący liczby umów w przeliczeniu na 10.000 mieszkańców – w przypadku ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej w województwie lubuskim (0,12) był o 77% niższy od tego wskaźnika w woj. łódzkim (0,53), a w przypadku fizjoterapii ambulatoryjnej – w województwie zachodniopomorskim (0,37) był niższy o 68% od tego wskaźnika w województwie mazowieckim (1,16)²⁸.

(dowód: akta kontroli str. 2987)

Zastępca dyrektora Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego wyjaśnił, że wartość umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz liczba jednostek rozliczeniowych zostaje określona w wyniku prowadzonych przez oddziały wojewódzkie NFZ postępowań w sprawie zawarcia umów w poszczególnych rodzajach świadczeń. Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na dany rok zawierane są przez OW NFZ w oparciu o środki finansowe, którymi dysponują Oddziały, kierując się jak najlepszym zabezpieczeniem świadczeń dla świadczeniobiorców. Natomiast wysokość środków finansowych, będących w dyspozycji dyrektora OW NFZ, jest uzależniona od przychodów Funduszu z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne i algorytmu podziału środków finansowych, określonego w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 17 listopada 2009 r. w sprawie szczegółowego trybu i kryteriów podziału środków pomiędzy centralę i oddziały wojewódzkie NFZ z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych²⁹

Ważną kwestią jest również liczba świadczeniodawców chętnych do zawarcia umowy z Funduszem w celu realizacji świadczeń opieki zdrowotnej.

(dowód: akta kontroli str. 2782-2786)

W 11 województwach, mimo wzrostu w roku 2012 w stosunku do 2011 r. wartości jednostek rozliczeniowych we wszystkich realizowanych przez OW NFZ zakresach, wzrosła liczba osób oczekujących na realizację świadczenia (suma przypadków stabilnych we wszystkich rodzajach rehabilitacji).

(dowód: akta kontroli str. 2987)

Zastępca Dyrektora DUZ wyjaśnił, że przeprowadzane okresowo przez Departament Spraw Świadczeniobiorców Centrali NFZ analizy danych z zakresu list oczekujących potwierdzają, że rośnie w ostatnich latach zapotrzebowanie na świadczenia rehabilitacyjne, w szczególności realizowane w działach (pracowniach) fizjoterapii, oddziałach rehabilitacyjnych i ośrodkach rehabilitacji dziennej, o czym świadczy m.in. rosnąca liczba osób oczekujących.

Zdaniem NFZ, głównymi przyczynami takiej sytuacji mogą być: wielokrotne wpisywanie się na listy oczekujących na to samo świadczenie u wielu świadczeniodawców, nadmiarowość wystawianych skierowań (uzyskiwanie kilku skierowań w związku z różnymi problemami zdrowotnymi od różnych lekarzy), brak parametrów służących ocenie jakości i skuteczności podjętej rehabilitacji (standardów postępowania), starzenie się społeczeństwa, wzrost liczby wypadków komunikacyjnych i przy pracy oraz liczby chorób cywilizacyjnych.

(dowód: akta kontroli str. 2782-2786)

²⁸ Podobne zróżnicowania występowały w pozostałych zakresach rehabilitacji leczniczej oraz w 2012 r.

²⁹ Dz. U. Nr 193, poz. 1495.

2.3. Zgodnie z art. 10 ust. 1 pkt 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, do zadań wojewodów w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy przekazywanie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, do 15 lutego każdego roku, rocznych informacji o zrealizowanych w ubiegłym roku programach zdrowotnych oraz o programach zdrowotnych planowanych na ten rok.

Na podstawie § 27 pkt 4 załącznika do zarządzenia Ministra Zdrowia z 23 grudnia 2009 r. w sprawie ustalenia regulaminu organizacyjnego Ministerstwa Zdrowia³⁰, do zadań Departamentu Polityki Zdrowotnej należy m.in. prowadzenie spraw związanych z gromadzeniem informacji o programach zdrowotnych, przekazywanych Ministrowi przez wojewodów.

W latach 2010 – 2012 jednostki samorządu terytorialnego (JST) realizowały 404 własne programy zdrowotne związane z rehabilitacją leczniczą. Środki finansowe przekazane z budżetów jednostek samorządu terytorialnego na realizację tych programów wyniosły w tym czasie 13.912,3 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 2986)

Ustalone
nieprawidłowości

1. Minister Zdrowia nie wykorzystywał, w pełni, informacji o realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego (JST) programach dotyczących rehabilitacji leczniczej – nie prowadził w tym zakresie bieżących analiz, porównań i innych prac analitycznych.

Radca ministra kierująca pracami Departamentu Polityki Zdrowotnej, wyjaśniła, że otrzymane sprawozdania wojewodów są udostępniane na wniosek podmiotów zainteresowanych, głównie do celów dydaktycznych i naukowych. Mogą być również wykorzystywane przy okazji realizacji zadań Ministra Zdrowia – udostępniane są komórkom Ministerstwa w każdym przypadku zgłoszenia takiej potrzeby, są wykorzystywane przy sporządzaniu odpowiedzi na interpelacje poselskie. Nie ma obowiązku prowadzenia „permanentnej” analizy przekazywanych sprawozdań.

(dowód: akta kontroli str. 2904-2907, 2946-2950)

2. Minister Zdrowia nie dokonywał oceny dostępności świadczeń rehabilitacji leczniczej w konsultacji z samorządami wojewódzkimi, nie dysponował dokumentami świadczącymi o dokonywaniu takiej oceny.

(dowód: akta kontroli str. 1320-1328)

Zastępca dyrektora Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego, wyjaśnił, że ocena dostępności do świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej przez Ministra Zdrowia odbywa się w przypadku zgłaszanych przez samorządy problemów z dostępnością do tych świadczeń. W latach 2011 – 2013 samorządy wojewódzkie nie zgłaszały żadnych sygnałów o występujących w tym zakresie problemach. Minister stoi na stanowisku, że celem wprowadzenia powyższego przepisu było wyłącznie, wynikające z konstytucyjnych uprawnień Ministra Zdrowia, dokonywanie przez niego bieżącej oceny dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, w konsultacji z samorządami wojewódzkimi, w sytuacji pojawiających się problemów w zakresie dostępności. Zatem a contrario przepis powyższy nie powinien być rozumiany w sposób, który stanowiłby samoistną i samodzielną podstawę do dokonywania oceny we współpracy z samorządami wojewódzkimi polegającą na stałym i okresowym dokonywaniu tej oceny i dokumentowaniu jej wyników a normę prawną z art. 11 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach należy rozumieć odmiennie, niż w pierwszej kolejności dostarczają wnioski płynące z wykładni gramatycznej wynikające z tego przepisu.

³⁰ Dz. Urz. MZ Nr 13, poz. 68.

(dowód: akta kontroli str. 1324-1325)

Najwyższa Izba Kontroli nie podziela stanowiska Ministerstwa Zdrowia i uważa, że ocena dostępności świadczeń rehabilitacji leczniczej powinna być dokonywana systematycznie, bowiem jest to niezbędne przy podejmowaniu decyzji kształtujących politykę zdrowotną państwa. Sporadyczne i fragmentaryczne działania w tym zakresie, które nie są oparte o stały przepływ informacji pomiędzy podmiotami i organami współodpowiedzialnymi za system opieki zdrowotnej, mogą okazać się nieefektywne³¹.

3. Narodowy Fundusz Zdrowia, w latach 2011 – 2013, wypłacał świadczeniodawcom wynagrodzenie za świadczenia ponadlimitowe w rehabilitacji leczniczej, w sytuacji braku przesłanki konieczności natychmiastowego udzielenia świadczenia zdrowotnego ze względu na zagrożenie życia albo zdrowia³². Ogółem w latach 2011 – 2013 (wg stanu na dzień 30 września 2013 r., w ujęciu kasowym) wartość świadczeń ponadlimitowych, opłaconych przez NFZ wyniosła 82.490,5 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 2556-2575)

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia wyjaśnił m.in., że zapłata za świadczenia wykonane ponad limit ma miejsce jedynie w sytuacji, gdy w danej pozycji planu finansowego, w tym przypadku w rehabilitacji leczniczej, pozostały niewykorzystane, wolne środki finansowe na koniec roku. Wówczas, po dokonaniu analizy realizacji świadczeń w danym roku, OW NFZ typują świadczenia, które pomimo że nie zachodziła przesłanka natychmiastowego udzielania świadczenia zdrowotnego ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia, uznane zostały z uwagi na swoją specyfikę i charakter za świadczenia priorytetowe. Zawieranie ugód odbywa się także w oparciu o wytyczne z Centrali NFZ, które regulują kwestie podstaw, zasad i terminów ich zawierania.

Podstawę prawną dla zawarcia ugód ze świadczeniodawcami stanowi przepis art. 917 ustawy Kodeks cywilny, natomiast przepis art. 155 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej przesądza, że do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stosuje się przepisy k.c., jeżeli przepisy ustawy o świadczeniach nie stanowią inaczej. Doświadczenia Funduszu oparte na linii orzeczniczej sądów korzystnej dla świadczeniodawców, wskazują na szerokie ujmowanie przypadków, w których przyjmuje się że świadczenia udzielone zostały w ramach przymusu ustawowego.

(dowód: akta kontroli str. 2576-2610)

³¹ Należy podkreślić, iż na konieczność systematycznej oceny dostępności świadczeń zdrowotnych, w odniesieniu do świadczeń stomatologicznych zwracała już uwagę Najwyższa Izba Kontroli (Informacja o wynikach kontroli „Dostępność i finansowanie opieki stomatologicznej ze środków publicznych”. Warszawa, lipiec 2013 r.

³² Świadczenia zdrowotne, o których mowa w art. 15 ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 217) i art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej dotyczące stanów nagłych i niespodziewanych, których nie można przewidzieć (np. pacjenci z udarem mózgu, zawałem serca, poszkodowani w wypadkach). To, że świadczenia ponadlimitowe udzielone zostały w warunkach określonych w art. 15 ustawy o działalności leczniczej i art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej winien wykazać świadczeniodawca dochodzący od Narodowego Funduszu Zdrowia wynagrodzenia za świadczenia ponadlimitowe. Zgodnie z art. 6 ustawy z 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz. U. Nr 16, poz. 93 ze zm.), ciężar udowodnienia faktu spoczywa na osobie, która z faktu tego wywodzi skutki prawne. Nie budziło to nigdy żadnych wątpliwości w orzecznictwie, w którym jednolicie przyjęto, że to na świadczeniodawcy spoczywa ciężar udowodnienia, iż dochodzone przez niego od Narodowego Funduszu Zdrowia wynagrodzenie za świadczenia ponadlimitowe obejmuje wynagrodzenie za świadczenia wykonane w warunkach określonych w art. 15 ustawy o działalności leczniczej i art. 19 ustawy o świadczeniach (por. wyroki Sądu Najwyższego z 10 maja 2006 roku, III CSK 53/05; LEX nr 258669; z dnia 18 stycznia 2006 roku, V CSK 60/05, LEX nr 258665; z dnia 5 sierpnia 2004 roku, III CK 365/03, LEX nr 276211; z dnia 5 listopada 2003 roku, IV CK 189/02, LEX nr 164009).

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, iż w wyniku kontroli wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia³³ zwracała Ministrowi Zdrowia uwagę na konieczność systemowego uregulowania problemu nadwykonań.

(dowód: akta kontroli str. 2576-2610)

4. Minister Zdrowia nie zareagował na fakt skreślenia – z dniem 1 lipca 2011 r. – w załączniku nr 7 do zarządzenia Nr 30/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2011 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza, w części dotyczącej rehabilitacji neurologicznej zaburzeń funkcji mózgu, na liście dodatkowej RNMc po rozpoznaniu I67.9, pięciu rozpoznań współlistniejących: S02.0, S.02.1, S.02.7, S02.8, S02.9. Rozpoznanie te przywrócono zarządzeniem nr 40/2011/DSOZ – od dnia 1 sierpnia 2011 r., co spowodowało, że przez okres od 1 do 31 lipca 2011 r. nie były one uwzględnione.

Zastępca Dyrektora Departamentu Ubezpieczeń Zdrowotnych wyjaśnił, że ww. rozpoznania zostały omyłkowo usunięte podczas pracy związanej z opracowywaniem projektu zarządzenia nr 30/2011/DSOZ, prawdopodobnie w trakcie kopiowania plików lub innych czynności związanych z nanoszeniem poprawek. Nie było zamiarem Funduszu dokonywanie jakichkolwiek zmian w tej części zarządzenia. Projekt zarządzenia, który w dniu 11 lutego 2011 r. na stronie internetowej NFZ do konsultacji zewnętrznych, także zawierał wadliwy plik. Jednak do NFZ nie wpłynęły żadne uwagi związane z brakiem tych rozpoznań.

Świadczenia związane z ww. rozpoznaniem, zostały dwukrotnie wykazane w sprawozdaniach – w Lubelskim i Wielkopolskim OW NFZ, w tym jedno zostało rozliczone.

(dowód: akta kontroli str. 2890-2896)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

1. Minister Zdrowia nie posiadał wiedzy o świadczeniach z zakresu rehabilitacji, finansowanych ze środków podmiotów innych niż NFZ – Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS), Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS), Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON).

(dowód: akta kontroli str. 2240-2245)

Naczelnik Wydziału Psychiatrii i Patologii Społecznych Departamentu Zdrowia Publicznego (z upoważnienia Zastępcy Dyrektora) wyjaśnił, że w związku z brakiem podstaw formalno-prawnych Ministerstwo Zdrowia nie gromadzi danych i nie sprawuje nadzoru w zakresie rehabilitacji leczniczej realizowanej przez KRUS, ZUS oraz rehabilitacji zawodowej i społecznej realizowanej przez PFRON a także przez jednostki samorządu terytorialnego.

(dowód: akta kontroli str. 2244)

Brak instytucji koordynującej działania w zakresie rehabilitacji prowadzić może, między innymi, do podwójnego finansowania świadczeń z tego zakresu przez różnych płatników³⁴.

2. Minister Zdrowia usankcjonował obowiązek realizacji świadczeń fizjoterapii w warunkach domowych dla świadczeniodawców realizujących fizjoterapię

³³ M.in. Informacja o wynikach kontroli wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia w 2009 r. Warszawa, styczeń 2011 r. W trakcie tej kontroli szczegółowo badano zagadnienia dotyczące finansowania nadwykonań.

³⁴ Z informacji uzyskanych z Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego wynika, że brak jest narzędzi wymiany danych między KRUS i NFZ, w związku z czym KRUS nie posiada wiedzy o liczbie osób, które skorzystały ze świadczeń finansowanych zarówno przez KRUS, jak i przez NFZ. Również Zakład Ubezpieczeń Społecznych, w obecnym stanie prawnym nie ma umocowania do sprawdzania czy osoby skierowane na rehabilitację leczniczą przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych korzystają z rehabilitacji finansowanej przez NFZ. W roku bieżącym została wymieniona korespondencja między ZUS a NFZ, w celu wypracowania wspólnych rozwiązań pozwalających na eliminację takiego zagrożenia.

ambulatoryjną, wprowadzony przepisem § 8 ust. 8 ww. zarządzenia Nr 53/2010/DSOZ.

Zgodnie z tym przepisem, świadczeniodawca realizujący świadczenia fizjoterapii ambulatoryjnej jest zobowiązany do realizacji tych świadczeń również w warunkach domowych. A ponadto, na podstawie § 8 ust. 9 – w przypadku realizacji zakresu świadczeń: fizjoterapia ambulatoryjna, świadczeniodawca jest zobowiązany do realizacji świadczeń fizjoterapii domowej na kwotę nie mniejszą niż 3% kwoty miesięcznego kontraktu w trakcie okresu sprawozdawczego.

Minister Zdrowia w rozporządzeniu z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej³⁵ nie przewidział takiego sposobu udzielania świadczeń (patrz: § 4 pkt 1 lit. b) oraz § 4 pkt 2). Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia świadczenia gwarantowane z zakresu rehabilitacji są realizowane albo w warunkach ambulatoryjnych, albo domowych – są to dwa różne warunki realizowania świadczeń.

Zastępca Dyrektora Departamentu Ubezpieczeń Zdrowotnych wyjaśnił, że przepisy te zostały wprowadzone w zarządzeniu Prezesa NFZ w celu zapewnienia dostępności do świadczeń realizowanych w warunkach domowych. W latach 2010 – 2012 w ośmiu oddziałach wojewódzkich NFZ (OW NFZ) nie było świadczeniodawców realizujących świadczenia w zakresie fizjoterapii domowej. Liczba świadczeniodawców w fizjoterapii domowej rośnie, lecz nadal jest to liczba niewystarczająca, a w siedmiu OW NFZ nadal brak jest tych świadczeniodawców.

(dowód: akta kontroli str. 2890-2896)

Ocena częściowa

NIK ocenia negatywnie brak współpracy Ministra Zdrowia z organami samorządu wojewódzkiego w zakresie dokonywania systematycznej oceny dostępności świadczeń rehabilitacji leczniczej oraz niewykorzystywanie informacji o realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego programach dotyczących rehabilitacji leczniczej w bieżących pracach analitycznych.

IV. Wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli³⁶, wnosi o:

1. opracowanie standardów postępowania w rehabilitacji leczniczej,
2. zakończenie prac nad regulacją zawodu fizjoterapeuty,
3. dokonywanie bieżącej oceny dostępności świadczeń rehabilitacji leczniczej w konsultacji z samorządami wojewódzkimi,
4. wykorzystywanie informacji o realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego programach dotyczących rehabilitacji leczniczej w bieżących pracach Ministerstwa Zdrowia,
5. zintensyfikowanie nadzoru nad Narodowym Funduszem Zdrowia w celu wyeliminowania ryzyka podejmowania przez NFZ działań sprzecznych z przepisami prawa.

³⁵ Dz. U. Nr 140, poz. 1145.

³⁶ Dz. U. z 2012 r., poz. 82 ze zm.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do Prezesa Najwyższej Izby Kontroli.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

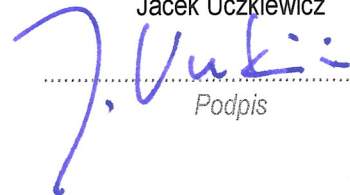
Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK proszę o poinformowanie Najwyższej Izby Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

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

Warszawa, dnia 03.01.14.

Wiceprezes
Najwyższej Izby Kontroli

Jacek Uczkiewicz


.....
Podpis

