



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Departament Zdrowia

KZD – 4101-04-02/2013

P/13/131

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

ul. Filtrowa 57, 02-056 Warszawa

T +48 22 444 55 17, F +48 22 444 55 61

kzd@nik.gov.pl

Adres korespondencyjny: Skr. poczt. P-14, 00-950 Warszawa 1

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/13/131 – Dostępność i finansowanie rehabilitacji leczniczej
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Departament Zdrowia
Kontroler	Dominik Gołacki, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 87366 z 23 sierpnia 2013 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2)
Jednostka kontrolowana	Małopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Fundusz Zdrowia, ul. Ciemna 6, 31-053 Kraków (dalej: MOW NFZ lub Oddział)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Barbara Bulanowska, Dyrektor (dowód: akta kontroli str. 3)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości¹ działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.

Uzasadnienie oceny ogólnej

Formułując powyższą ocenę Najwyższa Izba Kontroli wzięła pod uwagę działania podejmowane przez MOW NFZ, zmierzające do zapewnienia odpowiedniej dostępności świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej na terenie Małopolski, a w szczególności:

- wzrost nakładów finansowych na rehabilitację leczniczą w roku 2012 o 14,6% i w 2013 r. o 9,52% w stosunku do lat wcześniejszych,
- współpracę z organami jednostek samorządu terytorialnego, organizacjami świadczeniodawców i ubezpieczonych podejmowaną w celu monitorowania i zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych świadczeniobiorców,
- przeprowadzenie kontroli u wszystkich nowych świadczeniodawców.

Najwyższa Izba Kontroli negatywnie oceniła przypadki nierzetelnego prowadzenia i dokumentowania postępowań konkursowych. Ponadto przyjęta przez Oddział interpretacja przepisów prawnych, dotyczących procedury zwiększania ceny punktów rozliczeniowych w 2012 r., jest, w ocenie NIK, nieprawidłowa.

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

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Zapewnienie dostępu do usług rehabilitacyjnych finansowanych ze środków publicznych.

Opis stanu
faktycznego

W planach zakupów na lata 2011-2013 określono, iż dla poszczególnych rodzajów i zakresów świadczeń przyjęto obszary planistyczne, tj.: województwo, grupy powiatów, powiaty, grupy dzielnic (m. Kraków), kierując się potrzebą zapewnienia również dostępności terytorialnej dla świadczeniodawców (uniknięcie nadmiernej koncentracji) przy jednoczesnym zachowaniu konkurencyjności. Przy ustalaniu planu zakupów brano pod uwagę:

- ocenę dostępności: wskaźniki nakładów i liczby świadczeń na populację w poszczególnych obszarach planistycznych, zmianę dystrybucji ośrodków realizujących świadczenia (w tym likwidację tzw.: „białych plam”), monitorowanie list oczekujących, monitorowanie realizacji wybranych procedur,
- ocenę jakości: monitorowanie potencjału z użyciem Portalu Potencjału, opinie ekspertów,
- ocenę łączną: monitorowanie bilansu migracyjnego, ocenę trendów epidemiologicznych.

Tworząc plany zakupów na lata 2011-2013, MOW NFZ brał pod uwagę również: migracje międzyoddziałowe oraz migracje wewnątrz województwa małopolskiego, sytuację demograficzną, płeć i sytuację epidemiologiczną. Analiza migracji pozwalała Oddziałowi na określenie wysokości środków finansowych na udzielenie upoważnień innym Oddziałom NFZ celem leczenia mieszkańców małopolski w innych województwach oraz uwzględnienia środków na kontrakty z upoważnień otrzymanych od innych Oddziałów. Analiza danych epidemiologicznych i demograficznych dawała możliwość wyboru priorytetowych zakresów specjalistycznych i wskazywała na zjawiska chorobowe w układzie powiatowym.

(dowód: akta kontroli str. 41-53, 271, 363-850, 869-878)

W latach 2011-2013 Dyrektor MOW NFZ współpracował z konsultantami wojewódzkimi ds. rehabilitacji medycznej i w dziedzinie fizjoterapii.

Dyrektor MOW NFZ wyjaśniła, że Oddział konsultuje kwestie planowania kosztów świadczeń opieki zdrowotnej Oddziału z właściwymi konsultantami, co wpływa na sposób kontraktowania i finansowania świadczeń. Na spotkaniach z konsultantami omawiano bieżące problemy i realia funkcjonowania systemu ochrony zdrowia oraz kwestie przygotowania planu zakupu świadczeń. Opinie i stanowiska pozyskiwane przez NFZ od konsultantów wojewódzkich w poszczególnych dziedzinach medycyny mają zastosowanie najczęściej w rozstrzyganiu skonkretyzowanych, wycinkowych problemów o charakterze merytorycznym i są traktowane jako informacje o charakterze uzupełniającym, natomiast nie jako stały element procesów planowania i kontraktowania.

(dowód: akta kontroli str. 272-306, 811-826, 851-869)

MOW NFZ, w latach 2011-2013, współpracował z organami jednostek samorządu terytorialnego, organizacjami świadczeniodawców i ubezpieczonych w celu stałego monitorowania i zabezpieczania potrzeb zdrowotnych świadczeniobiorców na terenie województwa małopolskiego oraz prawidłowej realizacji zadań, w tym dotyczących rehabilitacji leczniczej. Współpraca ta polegała m.in. na uczestniczeniu przedstawicieli Oddziału w spotkaniach i konferencjach organizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego oraz organizacje świadczeniodawców

i ubezpieczonych, jak również poprzez przekazywanie materiałów informacyjnych dotyczących stanu zabezpieczenia świadczeń i zasad kontraktowania.

Efektami tej współpracy było m.in.: zwiększenie ilości ośrodków/oddziałów rehabilitacji, wyspecjalizowanie oddziałów dziennych realizujących programy dla określonych grup pacjentów, modernizacja oraz rozmieszczenie specjalistycznej aparatury i sprzętu medycznego stosownie do potrzeb zdrowotnych populacji.

(dowód: akta kontroli str. 851-869. 873-878)

Plan finansowy, po zmianach na 2011 r., przewidywał koszty świadczeń zdrowotnych na rehabilitację leczniczą w wysokości 143.086,0 tys. zł, natomiast wykonanie wyniosło 142.329,5 tys. zł, co stanowiło 99,5% planu po zmianach.

Na 2012 r. plan po zmianach wynosił 163.518,0 tys. zł, a wykonanie – 163.230,2 tys. zł, co stanowiło 99,8% planu po zmianach. Na dzień 30 września 2013 r. w planie finansowym na 2013, po zmianach, roczne koszty świadczeń zdrowotnych na rehabilitację leczniczą stanowiły 179.089,0 tys. zł, a wykonanie za okres styczeń - wrzesień zamknęło się kwotą 128.626,7 tys. zł.

Łączne planowane koszty świadczeń zdrowotnych na 2011 r. wzrosły o 1,4% w stosunku do 2010 r., podczas gdy planowane koszty świadczeń zdrowotnych na rehabilitację leczniczą w 2011 r. były niższe od planowanych kosztów w 2010 r. o 1,67%. W 2012 r., w stosunku do 2011 r., wartość planowanych łącznych kosztów wzrosła o 9,02%, a planowane koszty na samą tylko rehabilitację wzrosły rok do roku o 14,68%. Analogicznie w 2013 r. do 2012 r. łączne planowane koszty wzrosły o 2,45%, natomiast planowane koszty na rehabilitację leczniczą o 9,52%.

Planowane koszty na rehabilitację leczniczą w 2011 r. stanowiły 3,01% łącznych kosztów świadczeń zdrowotnych zaplanowanych na ten rok. W 2012 r. wskaźnik ten wynosił 3,16%, a w 2013 r. (wg danych na dzień 30 września 2013 r.) – 3,38%.

(dowód: akta kontroli str. 6-270, 307-350)

W latach 2010-2013 powołanych zostało łącznie 157 komisji konkursowych do przeprowadzenia postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju rehabilitacja lecznicza, z czego 85 w 2010 r., 33 w 2011 r., 18 w 2012 r. i 21 w 2013 r. Członkami komisji byli zarówno pracownicy z komórek odpowiadających zakresowi przeprowadzonych postępowań, jak również pracownicy spoza komórek odpowiedzialnych merytorycznie.

Wszyscy członkowie komisji konkursowych zostali przeszkoleni w zakresie kontraktowania, a w skład komisji weszły osoby z wykształceniem medycznym.

MOW NFZ przeprowadzał w badanym okresie szkolenia dla świadczeniodawców w zakresach: postępowania poprzedzającego zawarcie umów (w tym szkolenia informatyczne) oraz zawierania i realizacji umów. Materiały szkoleniowe były dostępne na stronach internetowych bądź można było je uzyskać w formie elektronicznej i papierowej. Informacje o kontraktowaniu można było również pozyskać z internetu.

(dowód: akta kontroli str. 880-1085)

W związku z przeprowadzaniem konkursów na wszystkie rodzaje świadczeń w roku 2010, Dyrektor MOW NFZ zwróciła się, pismem z 31 sierpnia 2010 r., do Prezesa NFZ o wyrażenie zgody na zawarcie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych na okres do pięciu lat, w tym w rodzaju rehabilitacja lecznicza na okres do czterech lat. Powodem prośby było dążenie do uniknięcia w przyszłości konieczności przeprowadzania postępowań konkursowych i wnioskowych we wszystkich

rodzajach świadczeń opieki zdrowotnej w jednym czasie. Prezes NFZ, pismem z 7 września 2010 r., wyraził zgodę.

(dowód: akta kontroli str. 360-362)

Na rok 2011 zostało rozpoczętych 118 postępowań konkursowych na realizację świadczeń zdrowotnych w rodzaju rehabilitacja lecznicza, z czego: 107 zostało rozstrzygniętych, sześć unieważniono, a pięć odwołano. Na 2012 r. przeprowadzono 18 postępowań, z czego 10 zostało unieważnionych, a na 2013 r. – 21 postępowań, w tym siedem unieważnionych. Powodami unieważniania postępowań było odrzucenie wszystkich ofert, albo brak wpływu jakiejkolwiek oferty. Natomiast odwoływanie konkursów było głównie efektem błędów w ogłoszeniach.

Dziesięć postępowań na 2011 r. zostało przeprowadzonych i rozstrzygniętych w trybie rokowań, pozostałe zrealizowano w trybie konkursu ofert. W ośmiu przypadkach powodem przeprowadzenia rokowań było uwzględnienie odwołań przez Prezesa NFZ, zgodnie z art. 154 ust. 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych² (dalej: ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej), a w dwóch uwzględnienie odwołań przez Dyrektora MOW NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 1086-1110)

W trakcie postępowań komisja konkursowa przeprowadziła kontrole u 273 świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy w celu potwierdzenia prawdziwości i prawidłowości danych zawartych w ofertach, z czego u wszystkich 136 świadczeniodawców, którzy nie mieli wcześniej zawartej umowy na dany zakres świadczeń. W 451 przypadkach komisja wzywała oferentów do usunięcia braków formalno-prawnych.

(dowód, akta kontroli str. 1086-1089, 1103-1110, 1165-1166, 1168-1164)

W ramach prowadzonych postępowań o udzielanie świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza, na lata 2011-2013, oferenci złożyli łącznie 638 oferty, z czego 406 były to oferty placówek niepublicznych, a 232 publicznych. Na wspomniany okres MOW NFZ, w wyniku postępowań konkursowych, wybrał 544 oferty, w tym 340 ofert podmiotów niepublicznych i 204 oferty podmiotów publicznych.

(dowód, akta kontroli str. 1086-1089, 1112)

W prowadzonych postępowaniach na lata 2011-2013 o udzielanie świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza na 638 złożonych ofert, 105 zostało odrzuconych w całości i 10 w części. Najczęstszymi powodami odrzucenia ofert było: niespełnianie warunków określonych w przepisach prawa i warunków określonych przez Prezesa NFZ, dostarczanie nieprawdziwych informacji oraz nieprzedstawienie przez oferenta wszystkich wymaganych dokumentów i nieuzupełnienie ich w terminie. W trakcie postępowań złożonych zostało 80 protestów do komisji konkursowych i 57 odwołań dotyczących rozstrzygnięcia konkursu.

(dowód, akta kontroli str. 1086-1089, 1096-1110, 1165-1166)

Szczegółowej analizie poddano 24 postępowania (15,3% postępowań ogółem), w których złożono 86 ofert (13,5% wszystkich ofert)³. Cała procedura przebiegu postępowań była szczegółowo dokumentowana, począwszy od wniosku o ogłoszenie postępowania do ogłoszenia rozstrzygnięcia. Wszyscy członkowie komisji konkursowych składali oświadczenia, o których mowa w § 5 ust. 2

² Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.

³ Jedno postępowanie zostało unieważnione – nie wpłynęła żadna oferta.

rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zaproszeniu do udziału w rokowaniach, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej oraz jej zadań⁴.

(dowód: akta kontroli str. 2110-2115)

Tylko w pięciu, spośród wszystkich postępowań, nie przeprowadzono negocjacji. Dotyczyło to czterech postępowań, gdzie złożone zostało po jednej ofercie oraz jednego, w którym tylko jedna oferta nie została odrzucona. W pozostałych postępowaniach negocjacje prowadzono ze wszystkimi oferentami, których oferty nie zostały odrzucone. Na 24 zbadane postępowania, w pięciu przypadkach negocjacje odbyły się w danym postępowaniu z częścią oferentów jednokrotnie, a z częścią dwukrotnie.

W trakcie postępowań przygotowywano harmonogramy negocjacji, a komisje konkursowe sporządzały pisemne uzasadnienia do propozycji ceny i liczby świadczeń proponowanych w trakcie negocjacji.

Na 86 zbadanych ofert, komisja konkursowa odrzuciła 10, w tym jedną w części. W trakcie negocjacji 70 oferentów zmieniło cenę lub/i liczbę świadczeń, co pozwoliło 20 z nich zająć wyższą pozycję w rankingu ofert.

(dowód, akta kontroli str. 1086-1089, 1103-1110, 1140-1164, 2113-2115)

Na 638 złożonych ofert o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza na lata 2011-2013, w przypadku 25 ofert oferenci, dokonując obniżenia ceny jednostkowej w trakcie negocjacji, przesunęli się w rankingu ofert z dalszych pozycji na pierwszą i wygrali konkursy, pomimo iż posiadali słabsze parametry jakościowe w stosunku do konkurentów.

(dowód: akta kontroli str. 1086-1089, 1096-1102, 1113-1114)

W latach 2010-2013 nie przeprowadzano konkursów ofert z zakresu rehabilitacji w warunkach domowych, a świadczenia z tego zakresu realizowane były przez gabinety/zakłady posiadające umowy w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej na podstawie § 8 ust. 8 i 9 zarządzenia nr 53/2010/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 2 września 2010 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza (dalej: zarządzenie Prezesa NFZ nr 53/2010). Zdaniem Dyrektora MOW NFZ stopień zabezpieczenia świadczeń w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej w każdym powiecie nie wskazywał na konieczność przeprowadzania dodatkowych/uzupełniających postępowań konkursowych w zakresie fizjoterapii domowej. Stopień realizacji zabiegów w warunkach domowych był szczegółowo analizowany podczas procesów aneksowania i w zależności od stopnia zrealizowania zabiegów przez świadczeniodawców Oddział dodawał, pozostawiał na niezmienionym poziomie lub odejmował liczbę punktów rozliczeniowych – zgodnie z przyjętymi zasadami aneksowania obowiązującymi w MOW NFZ.

Dyrektor MOW NFZ wyjaśniła, że nakładanie kar umownych na świadczeniodawców nierealizujących świadczeń w zakresie rehabilitacji w warunkach domowych w wysokości 3% umowy w danym miesiącu, byłoby postępowaniem nieadekwatnym, z uwagi na konieczność poprzedzenia każdego przypadku postępowaniem wyjaśniającym, co przekraczałoby możliwości organizacyjne Oddziału. Zwróciła uwagę, że Centrala NFZ ani nie wydała wytycznych w tym

⁴ Dz. U. Nr 273, poz. 2719.

zakresie, ani nie sformułowała np. reguły weryfikacyjnej, która automatycznie wychwytywałaby, czy rejestrowała taką sytuację w sprawozdawczości.

(dowód: akta kontroli str. 41-53, 2073-2074, 3779-3810)

Na 2011 r. MOW NFZ zakontraktował świadczenia w rodzaju rehabilitacja lecznicza w liczbie 145.829.259 punktów, za łączną kwotę 146.170,0 tys. zł. W kolejnych latach liczba i wartość zakontraktowanych świadczeń wynosiła: na 2012 r. – 161.097.377 punktów za 166.742,7 tys. zł, a na 2013 r. (wg stanu na dzień 30 września 2013 r.) – 169.973.743 punktów za 178.439,3 tys. zł.

Na 2012 r. MOW NFZ zakontraktował o 10,47% większą liczbę punktów na świadczenia niż na 2011 r., a o 14,07% zwiększył wartość kontraktów. Na 2013 r., w stosunku do 2012 r., wartości te wynosiły odpowiednio: 5,51% i 7,01%.

W większości zakresów ilość punktów i wartość kontraktów rok do roku rosła, od 0,41% liczby punktów i 0,46% wartości kontraktu w 2013 r. w rehabilitacji pulmonologicznej w warunkach stacjonarnych, do 43,37% liczby punktów i 46,77% wartości kontraktów w 2012 r. w rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym. Jedynie w 2013 r. zmniejszona została ilość punktów rozliczeniowych w fizjoterapii ambulatoryjnej o 3,38% i w rehabilitacji pulmonologicznej z wykorzystaniem metod subterraneoterapii w ośrodku/oddziale dziennym o 4,64%, przy jednoczesnym spadku wartości kontraktów odpowiednio o: 3,47% i 1,19%.

Dyrektor MOW NFZ wyjaśniła, że w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej na 2013 r. zaplanowano utrzymanie dostępności na poziomie 2012 r. Po analizie realizacji rehabilitacji w warunkach domowych, za pierwsze półrocze 2013 r., liczba punktów została skorygowana o niewykonania w tym zakresie, tj. pomniejszona zgodnie z zasadami aneksowania. Wartość umów na rehabilitację pulmonologiczną, z wykorzystaniem metod subterraneoterapii, w ośrodku/oddziale dziennym na początku 2012 i 2013 r. była taka sama, natomiast wykonanie za 2012 r. w ZOZ Uzdrowisko Kopalnia Soli w Bochni było wyższe o 24,7 tys. zł w stosunku do początku roku.

(dowód: akta kontroli str. 355-359, 1086-1089, 1111, 1116-1139, 2073-2074)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. W postępowaniach konkursowych prowadzonych na lata 2011-2013 (stan na 10 września 2013 r.) o udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju rehabilitacja lecznicza komisje konkursowe MOW NFZ stwierdziły 54 przypadki dostarczenia przez oferentów nieprawdziwych informacji w ofertach (8,5% wszystkich złożonych ofert), co nie zostało zgłoszone właściwym organom, w związku podejrzeniem popełnienia wykroczenia, a jedynie skutkowało odrzuceniem tych ofert.

Stosownie do art. 193 pkt 7, w związku z art. 195 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, kto podaje w ofercie złożonej w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez Fundusz nieprawdziwe informacje i dane podlega karze grzywny, a orzekanie w tej sprawie następuje w trybie Kodeksu postępowania w sprawach o wykroczenia.

Dyrektor MOW NFZ wyjaśniła, że z uwagi na charakter stwierdzonych nieprawidłowości i cechy nieumyślnego działania świadczeniodawców, MOW NFZ nie podjął decyzji o zgłoszeniu do prokuratury podejrzenia popełnienia przestępstwa. Takiego zgłoszenia dokonano w przypadku trzech świadczeniodawców udzielających świadczeń w rodzaju ambulatoryjna opieka

specjalistyczna i leczenie szpitalne, z uwagi na uzasadnione podejrzenie celowego i mającego wpływ na wybór oferty przekazania nieprawdziwych danych w ofercie.

W ocenie NIK informowanie przez MOW NFZ o podejrzeniu popełnienia wykroczenia dyscyplinowałoby oferentów, skłaniając ich do rzetelnego przygotowywania ofert i zaprzestania podawania nieprawdziwych informacji.

(dowód: akta kontroli str. 1452-1460)

2. W 2011 r. przeprowadzono i rozstrzygnięto dwa postępowania w trybie rokowań z naruszeniem ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Zgodnie z ustawą postępowanie w trybie rokowań może zostać przeprowadzone w przypadkach określonych w art. 144 i art. 154 ust. 7.

W wyniku wspomnianych działań zostały zawarte umowy z:

- Uniwersyteckim Szpitalem Ortopedyczno-Rehabilitacyjnym w Zakopanem o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych – wartość umowy w latach 2011-2013: 4.793,0 tys. zł,
- NZOZ VISMED Zakład Rehabilitacji Sp. z o.o. w Krakowie o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju fizjoterapia ambulatoryjna – wartość umowy w latach 2011-2013: 445,5 tys. zł.

Dyrektor MOW NFZ wyjaśniała, że przeprowadzenie dwóch postępowań w trybie rokowań, do których zaproszono oferentów, których odwołania zostały uwzględnione przez Dyrektora Oddziału w I instancji, implikowało odpowiednie stosowanie przepisu art. 154 ust. 7 ww. ustawy, z uwagi na charakter zapadłego rozstrzygnięcia, co stanowiło wyraz idei racjonalności działania ustawodawcy w tym zakresie.

W ocenie NIK art. 154 ust. 7 odnosi się do uwzględnienia odwołania przez Prezesa Funduszu, a nie Dyrektora OW NFZ, tak więc nie zachodziła przesłanka do przeprowadzenia postępowania w trybie rokowań.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, iż podstawowym trybem, w jakim zawierane są umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jest konkurs ofert, a tryb rokowań jest w stosunku do niego wyjątkiem i jako wyjątek może być stosowany tylko w sytuacjach określonych w ustawie.

(dowód: akta kontroli str. 1115-1139, 1314-1427, 3443-3487)

3. W protokołach z przebiegu postępowań (Protokół z posiedzenia komisji – podsumowanie postępowania) o udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju rehabilitacja lecznicza, przeprowadzonych na lata 2011-2013, nie wskazywano miejsc rozpoczęcia oraz zakończenia postępowań, co naruszało § 7 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zaproszeniu do udziału w rokowaniach, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej oraz jej zadań.

Dyrektor MOW NFZ wyjaśniła, że przedmiotowe informacje zostały zamieszczone w treści ogłoszeń postępowań konkursowych, które zostały sporządzone zgodnie ze wzorem określonym załącznikiem nr 3 do „Procedury konkursu ofert lub rokowań prowadzonych na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych” nr 2010/001/BO/KONTR/5.6. Ogłoszenia te stanowią integralną część protokołów z postępowań, w związku z czym pozwala to uznać, że dokumentacja z przebiegu postępowań zawiera informację o miejscu rozpoczęcia i zakończenia postępowań.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, iż wspomniane rozporządzenie Ministra Zdrowia z 15 grudnia 2004 r. w § 2 ust. 1 jednoznacznie wskazuje elementy, jakie powinny znajdować się w ogłoszeniu, a w § 7 w protokole z przebiegu postępowania.

(dowód: akta kontroli str. 3811-3818)

4. Z 18 zbadanych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej w 10 przypadkach w umowach lub/i aneksach nie wykazano spełnienia warunku wymaganego w pkt 1.3.1 załącznika nr 3 do zarządzenia Prezesa NFZ nr 53/2010, tj.: czasu pracy poradni co najmniej jeden dzień w tygodniu w godzinach 13⁰⁰–18⁰⁰. Wartość umów niespełniających tego wymogu, w latach 2011-2013, wyniosła 737,8 tys. zł.⁵

Dyrektor MOW NFZ wyjaśniała, że zgodnie z ww. przepisem, w interpretacji MOW NFZ, poradnia powinna być czynna między tymi godzinami (w tych ramach czasowych), ale niekoniecznie w sposób ciągły i dokładnie od godziny 13⁰⁰ od godziny do 18⁰⁰, gdyż w takim wypadku użyte zostałyby w zarządzeniu sformułowanie „od godziny 13⁰⁰ do 18⁰⁰”. Określenie „w godzinach 13⁰⁰-18⁰⁰” pozostawia natomiast Świadczeniodawcy możliwość zorganizowania pracy poradni w powyższych godzinach, celem umożliwienia korzystania ze świadczeń także w godzinach popołudniowych, jednak adekwatnie do sytuacji danej placówki. W ramach nadzoru akceptowane były harmonogramy zapewniające rzeczywistą dostępność jak wymagana w zarządzeniu, choć nie odpowiadające godzinom dokładnie „od godziny 13⁰⁰ do 18⁰⁰”. Wg Dyrektora MOW NFZ nie został naruszony żaden przepis prawa, w związku z czym nie były naliczane kary umowne.

W ocenie NIK powyższa interpretacja może prowadzić do ograniczenia dostępności świadczeń w godzinach popołudniowych.

(dowód: akta kontroli str. 2120-2157, 2179-2220, 2246-2352, 3779-3810)

5. Z 86 zbadanych ofert, w czterech, oferenci nie wskazali, iż posiadają wszystkie zasoby wymagane załącznikiem nr 3 do zarządzenia Prezesa NFZ nr 53/2010. Informacji na ten temat nie było zarówno w części szczegółowej oferty, jak również w części ankietowej⁶. Pomimo tego oferty nie zostały odrzucone, a ze świadczeniodawcami, którzy je złożyli, zawarto umowy, na lata 2011-2013, na łączną kwotę 29.446,9 tys. zł.

⁵ Dotyczyło to następujących świadczeniodawców, którzy nie spełniali przedmiotowego wymogu w latach 2011-2013: NZOZ Zespołu Poradni Specjalistycznych i Rehabilitacji Medycznej „NEUROMED” w Andrychowcie, NZOZ Centrum Rehabilitacji „IMPRIMIS” w Nowym Sączu, NZOZ „Medyk” w Barcicach, Szpitala Specjalistycznego im. J. Śniadeckiego w Nowym Sączu, Centrum Medyczne „KOL-MED” w Tarnowie, Szpitala Wojewódzkiego im. św. Łukasza SP ZOZ w Tarnowie, oraz tylko w 2011 r.: Zespołu ZOZ w Wadowicach i Miejskiej Przychodni Lekarskiej Nr VI NZOZ Sp. z o.o. w Tarnowie, w latach 2012-2013: NZOZ Specjalistycznej Przychodni Lekarskiej „Medica” w Tarnowie, i tylko w roku 2013: NZOZ „Kelles” w Nowym Sączu.

⁶ Dotyczy ofert oferentów:

- NZOZ „Uzdrowisko-Rabka” w Rabce Zdrój, postępowanie nr 06-11-001092/REH/05/1/05.4308.300.02/1 – nie wykazano w ofercie z dnia 29.09.2010 r. wyposażenia sali kinezyterapii i rotorów do ćwiczeń kończyn górnych i kończyn dolnych, co było wymagane pkt 2.6.1 ppkt 1 i 2 w związku z pkt 5.1.1 ppkt 5 załącznika nr 3 do zarządzenia Prezesa NFZ nr 53/2010. Zgodnie z Systemem Obsługi Potencjału wyposażenie sali kinezyterapii było dostępne od 16.01.2008 r., a rotory dopiero od dnia 1.01.2011 r.,

- Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II w Krakowie, postępowanie nr 06-11-001092/REH/05/1/05.4308.300.02/1 – nie wykazano w ofercie z dnia 28.09.2010 r.: rotorów do ćwiczeń kończyn górnych i kończyn dolnych, ugił lub innego systemu spełniającego jego rolę, stołu lub tablicy do ćwiczeń manualnych ręki, zestawu do elektroterapii z osprzętem, lampy IR lub IR/UV, zestawu do magnetoterapii, zestawu do ultradźwięków oraz zestawu do biostymulacji laserowej, co było wymagane pkt 2.6.1 ppkt 2-4 i pkt 2.6.2 w związku z pkt 5.1.1 ppkt 5 załącznika nr 3 do zarządzenia Prezesa NFZ nr 53/2010,

- SP ZOZ w Brzesku, postępowanie nr 06-11-001110/REH/05/1/05.4306.300.02/1 – nie wykazano w ofercie z dnia 25.10.2010 r.: stołu lub tablicy do ćwiczeń manualnych ręki, co było wymagane pkt 2.6.1 ppkt 4 w związku z pkt 5.1.1 ppkt 5 załącznika nr 3 do zarządzenia Prezesa NFZ nr 53/2010,

- Szpital Powiatowy w Chrzanowie, postępowanie nr 06-11-001088/REH/05/1/05.4306.300.02/1 – nie wykazano w ofercie z dnia 27.10.2010 r. wyposażenia sali kinezyterapii, ugił lub innego systemu spełniającego jego rolę, stołu lub tablicy do ćwiczeń manualnych, zestawów do: magnetoterapii, ultradźwięków i biostymulacji laserowej, co było wymagane pkt 2.6.1 ppkt 1, 3-4 i pkt 2.6.2 ppkt 3-5 w związku z pkt 5.1.1 ppkt 5 załącznika nr 3 do zarządzenia Prezesa NFZ nr 53/2010.

Dyrektor MOW NFZ wyjaśniała, że w trzech przypadkach potwierdzenia zasobów dokonano na podstawie ofert z zakresu fizjoterapii ambulatoryjnej, w których oferenci ci brali również udział, natomiast w jednym, że wymagany sprzęt został zweryfikowany w SOP (System Obsługi Potencjału).

Dodatkowo w trzech innych ofertach, w których wystąpiły rozbieżności pomiędzy częścią szczegółową oferty a częścią ankietową, faktycznie wykazane w SOP zasoby były dostępne u oferentów dopiero od 1 stycznia 2011 r., pomimo że oferty były składane wcześniej⁷, a oferenci złożyli oświadczenia o spełnieniu warunków na dzień złożenia oferty. Oferty nie zostały odrzucone, a na lata 2011-2013 zostały zawarte umowy o łącznej wartości 8.774,8 tys. zł.

Stosownie do postanowień art. 149 ust. 1 pkt 7 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, ofertę odrzuca się, jeżeli oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz warunków określonych przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3.

NIK zwraca uwagę, iż każde postępowanie dotyczy innego zakresu, a oferta powinna spełniać wymagania określone w załączniku nr 3 do zarządzenia Prezesa NFZ nr 53/2010, stosownie do wymogów art. 148 w związku z art. 149 ust. 1 pkt 7 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

(dowód: akta kontroli str. 1115-1139, 2113-2115, 2640-2766, 3375-3406, 3494-3584, 3819-3943)

6. Pięciu oferentów – w zakresie personelu i czasu jego pracy⁸ oraz posiadanych zasobów⁹ – w części ankietowej wskazało, że spełniają warunki dodatkowo oceniane (za co przyznano oferentom większą liczbę punktów), pomimo niewyszczególnienia tych informacji w części szczegółowej oferty. Komisja konkursowa nie zwracała się do oferentów o wyjaśnienie braków formalnych, na podstawie art. 149 ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. MOW NFZ nie egzekwował od nich, na etapie realizacji umowy, spełnienia przyrzeczonych w ofertach warunków, za które przyznano im większą liczbę punktów. W latach 2011-2013 wartość zawartych umów z ww. świadczeniodawcami wyniosła 4.179,6 tys. zł.

Dyrektor MOW NFZ wyjaśniała, że w tych przypadkach nie miało to wpływu na pozycję oferentów w rankingu końcowym, gdyż z każdym zostały zawarte umowy.

(dowód: akta kontroli str. 2838-2865, 2949-3065, 3107-3266, 3819-3943)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

1. W latach 2011-2013 MOW NFZ nie zapewnił na terenie województwa małopolskiego świadczeń z zakresu rehabilitacji wzroku, a w latach 2011-2012 – rehabilitacji słuchu i mowy. W latach 2011-2013 (do 31 sierpnia 2013 r.) na rehabilitację słuchu i mowy wyemigrowało do innych województw 533 świadczeniodawców, w tym do województwa mazowieckiego 443 osoby,

⁷ Dotyczy następujących oferentów:

- Szpital Wojewódzki im. św. Łukasza SP ZOZ w Tarnowie, postępowanie nr 06-11-001110/REH/05/1/05.4306.300.02/1 – nie wykazał w części szczegółowej oferty z dnia 28.10.2010 r. ani jednego balkonika rehabilitacyjnego, a w Systemie Obsługi Potencjału zasób ten widnieje od dnia 1.01.2011 r.,

- Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II w Krakowie, postępowanie nr 06-11-001092/REH/05/1/05.4308.300.02/1 – nie wykazał w części szczegółowej oferty z dnia 28.09.2010 r. kul rehabilitacyjnych, a w SOP zasób ten został wykazany od dnia 1.01.2011 r.,

- Szpital Wojewódzki im. św. Łukasza SP ZOZ w Tarnowie, postępowanie nr 06-11-001119/REH/05/1/05.4300.300.02/1 – nie wykazał w części szczegółowej oferty z dnia 8.10.2010 r. ani jednego balkonika rehabilitacyjnego, a w SOP zasób ten widnieje od dnia 1.01.2011 r.

⁸ Dotyczy postępowania nr 06-11-001129/REH/05/1/05.2300.026.02/1 i oferentów: Krakowskiego Szpitala Specjalistycznego im. J. Pawła II w Krakowie, Ośrodka Diagnostyki i Rehabilitacji Kardiologicznej „Remed” sp. j. w Krakowie, Wojewódzkiego Szpitala Rehabilitacyjnego im. dr S. Jasińskiego w Zakopanem oraz NZOZ Centrum Medyczne Beluga-Med w Krakowie.

⁹ Dotyczy postępowania 06-11-001086/REH/05/1/05.2300.025.02/1 i oferenta ZOZ Uzdrowisko Kopalni Soli Bochnia w Bochni.

a zrealizowane świadczenia o wartości 117,9 tys. zł zostały sfinansowane przez MOW NFZ. W tym samym okresie na rehabilitację wzroku wyemigrowało 30 osób, w tym 19 do województwa mazowieckiego, co zostało sfinansowane przez MOW NFZ w wysokości 46,1 tys. zł.

Dyrektor MOW NFZ wyjaśniła, że w zakresie rehabilitacji wzroku cyt.: „...w latach ubiegłych pomimo ogłaszania postępowań konkursowych w zakresie rehabilitacji specjalistycznej niesklasyfikowanej odrębnie (od 2008 r. wyodrębnienie z zakresu rehabilitacji wzroku) żaden oferent nie był zainteresowany podpisaniem umowy. Brak było również jakichkolwiek anonsów pisemnych, czy telefonicznych o chęci podpisania umowy. Przyczyną mogą być wymagania bezwzględne określone w przepisach prawa, które musi spełniać oferent ubiegający się o podpisanie umowy z płatnikiem publicznym, ale przede wszystkim specyfika tej dziedziny”. W zakresie rehabilitacji słuchu i mowy również MOW NFZ nie miał żadnych informacji o potencjalnej choćby możliwości realizacji świadczeń.

Z uwagi na brak możliwości zabezpieczenia świadczeń w zakresie rehabilitacji wzroku oraz słuchu i mowy na terenie województwa małopolskiego, świadczenia w tych zakresach były udzielane przez świadczeniodawców z innych województw, którzy mają zawarte umowy z Oddziałami NFZ. Zabezpieczenie udzielania świadczeń, w przedmiotowych zakresach, zostało dokonane poprzez udzielenie upoważnień innym Oddziałom NFZ na leczenie pacjentów z województwa małopolskiego. Dla pacjentów oznacza to podróże do innych miast w celu uzyskania świadczenia, co wiąże się z dodatkowymi kosztami oraz czasem dojazdu, a niejednokrotnie z kosztami noclegu.

(dowód: akta kontroli str. 41-53, 311, 330-332, 811-826, 869-872, 879)

2. Wartość jednostek rozliczeniowych na rehabilitację leczniczą ustalana była na poziomie Oddziału i opierała się na weryfikowaniu i ewentualnym modyfikowaniu cen historycznych. Modyfikacja opierała się na analizie zmian w zapisach regulujących zasady realizacji świadczeń na dany rok i na porównaniu cen z innymi Oddziałami Funduszu i średnią krajową. Dokonując wyceny świadczeń rehabilitacyjnych, Oddział nie wykorzystywał informacji od świadczeniodawców o rzeczywistych kosztach udzielania świadczeń.

Dyrektor MOW NFZ wyjaśniła, że możliwość dokonania analizy kosztów świadczeń leżących po stronie świadczeniodawców na poziomie Oddziału jest ograniczona. Wielu świadczeniodawców nie jest w stanie podać wyceny kosztów procedur, ponieważ albo nie prowadzą takiej wyceny albo prowadzą wg różnych, nieporównywalnych metodologii, zgodnie z przyjętą w danym zakładzie pragmatyką. Do MOW NFZ docierały sygnały, iż wycena świadczeń dokonana przez NFZ jest zaniżona w stosunku do rzeczywistych kosztów świadczeń zdrowotnych w rodzaju rehabilitacja lecznicza.

(dowód: akta kontroli str. 263-826)

3. Analiza ofert wspomagana była przez system informatyczny „Konkurs3”. Porównywanie odpowiedzi ankietowych ze szczegółowymi danymi zawartymi w innych częściach formularza ofertowego nie było wspomagane przez system informatyczny – w zakresie wykrywania i rejestrowania niezgodności, generowania wezwań, rejestracji wyjaśnień czy dokonywania ustalenia stanu faktycznego, co było wykonywane ręcznie przez członków komisji konkursowych.

W ocenie NIK wprowadzenie nowego lub dostosowanie istniejącego systemu do procedury konkursu ofert/rokowań pozwoliłoby uniknąć błędów ludzkich, jak również zmniejszyłoby pracochłonność i czasochłonność postępowań konkursowych.

(dowód: akta kontroli str. 3819-3943)

4. System komputerowy stosowany przez MOW NFZ umożliwia jedynie, aby pierwszorazowy załącznik do umowy „Harmonogram-Zasoby” był generowany z modułu „Konkurs3”, tj. w treści określonej przez oferenta w ofercie. Nie daje to możliwości zawarcia umowy z wykazaniem np.: nowo zakupionego sprzętu przez oferenta w okresie pomiędzy złożeniem oferty a zawarciem umowy. Świadczeniodawca ma możliwość zgłaszania deklarowanego sprzętu (wnioskiem portalowym) dopiero po podpisaniu wersji elektronicznej umowy¹⁰.

W niektórych umowach/aneksach nie został wykazany sprzęt wymagany załącznikiem nr 3 do zarządzenia Prezesa NFZ nr 53/2010. Niejednokrotnie był on wykazywany w kolejnych aneksach, jednak były też przypadki, że do dnia zakończenia czynności kontrolnych nie we wszystkich umowach został wykazany niezbędny sprzęt. Dyrektor MOW NFZ wyjaśniła, że:

- wymagany sprzęt został zweryfikowany pozytywnie w zakresie posiadania przez oferentów danego sprzętu w innym dziale¹¹,
- wymagany sprzęt został zweryfikowany pozytywnie w zakresie posiadania przez oferentów w innych postępowaniach i wykazany w umowach w innych zakresach rehabilitacji¹²,
- wymagany sprzęt został potwierdzony poprzez weryfikację zasobów w SOP lub poprzez weryfikację cech sprzętu w systemie informatycznym¹³.

(dowód: akta kontroli str. 2409-2478, 2586-2766, 2796-2865, 3267-3487, 3494-3536, 3779-3810)

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie oceniając działania zmierzające do zapewnienia odpowiedniej dostępności świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej zwraca uwagę na przypadki nierzetelnego prowadzenia i dokumentowania postępowań konkursowych.

2. Finansowanie świadczeń rehabilitacji leczniczej.

Opis stanu faktycznego

Weryfikacja sprawozdań statystycznych była w pełni skomputeryzowana, a reguły weryfikacyjne były identyczne dla wszystkich Oddziałów Wojewódzkich NFZ. W województwie małopolskim najczęściej występującymi nieprawidłowościami w rehabilitacji leczniczej w latach 2011-2013 były: przekroczenie limitów świadczeń (dla danego świadczenia, grupy świadczeń, jednego cyklu itp.), niezgodność

¹⁰ Przykładowo NZOZ Pielęgniarsko Rehabilitacyjny s.c. D. J. Szczurowscy (postępowanie nr 06-11-001067/REH/05/1/05.1310.208.02/1) - umowa nr 063/200290/REH/2011 w zakresie udzielania świadczeń w Raciechowiecach.

¹¹ Dotyczy: NZOZ „Uzdrowisko-Rabka” w Rabce Zdrój (06-11-001092/REH/05/1/05.4308.300.02/1) - umowa nr 064/800214/REH/2011, Szpitala Wojewódzkiego im. św. Łukasza SP ZOZ w Tarnowie (06-11-001110/REH/05/1/05.4306.300.02/1) - umowa nr 065/100186/REH/2011.

¹² Dotyczy: Krakowskiego Szpitala Specjalistycznego im. Jana Pawła II w Krakowie (06-11-001092/REH/05/1/05.4308.300.02/1) - umowa nr 061/100010/REH/2011, Szpitala Powiatowego w Chrzanowie (06-11-001088/REH/05/1/05.4306.300.02/1) - umowa nr 061/100007/REH/2011, Wojewódzkiego Szpitala Chorób Płuc w Jarosławcu (06-11-001069/REH/05/1/05.4300.309.02/1) - umowa nr 061/100159/REH/2011.

¹³ Dotyczy: Uniwersyteckiego Szpitala Ortopedyczno-Rehabilitacyjnego w Zakopanem (06-11-001564/REH/05/1/05.4300.300.02/2) - umowa nr 064/100016/REH/2011, SPZOZ w Brzesku (06-11-001119/REH/05/1/05.4300.300.02/1) - umowa nr 065/100181/REH/2011, ZOZ w Dąbrowie Tarnowskiej (06-11-001119/REH/05/1/05.4300.300.02/1) - umowa nr 065/100019/REH/2011, Szpitala Wojewódzkiego im. św. Łukasza SP ZOZ w Tarnowie (06-11-001119/REH/05/1/05.4300.300.02/1) - umowa nr 065/100186/REH/2011, SP ZOZ w Brzesku (06-11-001110/REH/05/1/05.4306.300.02/1) - umowa nr 065/100181/REH/2011, Szpitala Wojewódzkiego im. św. Łukasza SP ZOZ w Tarnowie (06-11-001110/REH/05/1/05.4306.300.02/1) - umowa nr 065/100186/REH/2011, Wojewódzkiego Szpitala Chorób Płuc w Jarosławcu (06-11-001069/REH/05/1/05.4300.309.02/1) - umowa nr 061/100159/REH/2011, ZOZ Uzdrowiska Kopalni Soli Bochnia w Bochni (06-11-001086/REH/05/1/05.2300.025.02/1) - umowa nr 065/200053/REH/2011, NZOZ „RehStab” Oddział Rehabilitacji w Limanowej (06-12-000437/REH/05/1/05.4306.300.02/1) - umowa nr 063/200078/REH/2012.

komórki organizacyjnej z planem umowy świadczeń, brak unikalnego identyfikatora cyklu leczenia dla jednego pacjenta, wskazywanie nieprawidłowego tytułu ubezpieczenia w stosunku do statusu zawartego w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych, nieprawidłowe określenie wieku pacjenta, przekroczenie limitów dni zabiegowych, wskazywanie dnia tygodnia udzielenia świadczenia niezgodnie z zakontraktowanym harmonogramem pracy osoby udzielającej świadczenie lub pracy poradni.

Łącznie, w badanym okresie, MOW NFZ stwierdził nieprawidłowości na kwotę 19.895,5 tys. zł, z czego: w 2011 r. – 7.112,2 tys. zł, w 2012 r. – 11.940,5 tys. zł i w 2013 r. (do 30 września 2013 r.) – 842,8 tys. zł. Niewyjaśnione nieprawidłowości skutkowały niewypłaceniem 3.140,6 tys. zł (wg stanu na 8 listopada 2013 r.), z czego: z 2011 r. – 1.566,8 tys. zł, z 2012 r. – 981,9 tys. zł i z 2013 r. – 591,9 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 351-359)

Planowanie kontroli wykonania umów o świadczenia rehabilitacji leczniczej w MOW NFZ opierało się o: propozycje zgłaszane przez komórki organizacyjne właściwe do spraw kontraktowania, monitorowanie i weryfikację sprawozdawczości, wytyczne Prezesa NFZ dotyczące czasochłonności kontroli i wskazanych tematów do kontroli. Plany kontroli tworzone były przez Zespoły ds. opracowywania planu kontroli powoływane corocznie przez Dyrektora Oddziału z uwzględnieniem częstotliwości kontroli w danych jednostkach.

(dowód: akta kontroli str. 1452-1456, 1461-1472)

MOW NFZ, w latach 2011-2013, prowadził kontrole realizacji umów na rehabilitację leczniczą:

- a) w 2011 r. – przeprowadzono 33 kontrole, z czego 23 doraźne, zakwestionowano świadczenia o wartości 2,2 tys. zł oraz nałożono kary na kwotę 23,2 tys. zł,
- b) w 2012 r. – 20 kontroli, z czego cztery doraźne, zakwestionowano świadczenia o wartości 12,7 tys. zł oraz nałożono kary na kwotę 154,7 tys. zł,
- c) w 2013 r. (według stanu na 30 września 2013 r.) – 10 kontroli, z czego cztery doraźne, zakwestionowano świadczenia o wartości 77,0 tys. zł oraz nałożono kary na kwotę 85,1 tys. zł.

Najczęściej stwierdzanymi, w toku kontroli, nieprawidłowościami było: prowadzenie dokumentacji medycznej niezgodnie z wymogami prawa, brak bieżącej aktualizacji danych o potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy, nieprawidłowe kwalifikowanie świadczeń do rozliczeń, nieudzielanie świadczeń przez personel i według harmonogramu wskazanych w umowie. Nie było przypadków rozwiązania umów o udzielanie świadczeń.

(dowód: akta kontroli str. 1452-1456, 1473-1633)

MOW NFZ w celu minimalizacji zjawisk tzw. niewykonania i nadwykonania:

- przeprowadzał analizy składanych co kwartał wniosków o zmianę warunków umów¹⁴,
- analizował niewykonania w odniesieniu do wybranych rodzajów/zakresów świadczeń, a świadczeniodawcy wzywani byli do wyjaśnień lub proponowany był im aneks zmniejszający, a nawet rozwiązanie umów w danym zakresie,

¹⁴ W trybie § 20, 21 i 43 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484).

- dokonywał rozliczenia ze świadczeniodawcami (w tym ustalenie ostatecznego aneksu rozliczającego umowę lub ugodę) zamkniętego okresu rozliczeniowego,
- planował zakupy świadczeń na kolejne okresy rozliczeniowe w oparciu o dane uwzględniające potrzeby świadczeniodawców, potencjał wykonawczy placówek i historyczne wykonanie świadczeń.

(dowód: akta kontroli str. 1817-1833, 2073-2074)

Za 2010 r. MOW NFZ zawarł 170 ugód ze świadczeniodawcami, na podstawie których zobowiązał się do sfinansowania wykonanych świadczeń ponad limity określone w umowach na rehabilitację leczniczą na kwotę 2.451,7 tys. zł, sfinansowanie wykonanych świadczeń do limitu (tj.: sprawozdane, ale nierozliczone świadczenia w ciągu 45 dni po upływie okresu rozliczeniowego) oraz sfinansowanie kwot wynikających ze zmian w umowach na łączną kwotę 673,2 tys. zł.

Wykonanie świadczeń ponad limity określone w umowach realizowanych w 2011 r. wyniosły wg stanu na dzień 15 maja 2012 r. łącznie 14.489,5 tys. zł (u 210 świadczeniodawców), z czego MOW NFZ zawarł 34 ugody sądowe na sfinansowanie takich świadczeń na kwotę 583,0 tys. zł oraz na sfinansowanie kwot do limitu w wysokości 1,3 tys. zł¹⁵, a świadczeniodawcy zobowiązali się zrzec zobowiązań na kwotę 5.910,6 tys. zł.

Wysokość świadczeń wykonanych ponad wartości określone w umowach na rehabilitację leczniczą za 2012 r. wyniosła, na dzień 11 lutego 2013 r. łącznie 12.918,9 tys. zł (u 212 świadczeniodawców), z czego MOW NFZ zawarł 160 ugód pozasądowych i jedną sądową na sfinansowanie takich świadczeń w wysokości 833,8 tys. zł, sfinansowanie wykonanych świadczeń do limitu w wysokości 49,0 tys. zł i kwot wynikających ze zmian w umowach - 1.120,7 tys. zł¹⁶. Świadczeniodawcy wyrazili zgodę na zrzeczenie się zobowiązań na kwotę 8.495,6 tys. zł.

Wartość niewykonanych, a zakontraktowanych świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej za 2011 r. wyniosła 1.012,7 tys. zł, z czego najwięcej niewykonanych było w zakresie lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna – 398,0 tys. zł. Za 2012 r. wysokość niewykonanych wyniosła 1.401,0 tys. zł, w tym 537,3 tys. zł z tytułu rehabilitacji neurologicznej.

Przyczynami niewykonania przez świadczeniobiorców pełnych zakresów umów na świadczenie usług zdrowotnych w rodzaju rehabilitacja lecznicza były m.in.: mniejszy niż wymagany do realizacji umowy potencjał wykonawczy (choroby personelu, awaria sprzętu, remont pomieszczeń), niezadowolający pacjentów standard oferowanych usług, brak wystarczającej informacji o świadczeniodawcy, złe zarządzanie kontraktem i placówką przez kierownika (złe wykorzystanie potencjału), nieuświadamianie potrzeb zdrowotnych czy nieprzestrzeganie zaleceń (brak realizacji skierowań).

Skutkami niewykonania w trakcie okresu rozliczeniowego było zamrożenie środków finansowych w podpisanej, a nierealizowanej umowie, w sytuacji możliwej alokacji tych środków do innych umów celem poprawy dostępności do świadczeń. Na zakończenie okresu rozliczeniowego skutkiem było niewykonanie planu finansowego przez Fundusz, a jednocześnie u innych świadczeniodawców mogły wystąpić na koniec roku nadwykonania, na pokrycie których Fundusz nie posiadał wolnych środków, zamrożonych w niewykonanej umowie. Dla świadczeniodawcy

¹⁵ W wyniku realizacji ugód MOW NFZ sfinansował świadczenia za 2011 r. w wysokościach: 580,4 tys. zł, z czego z tytułu nadwykonania 579,1 tys. zł i z tytułu kwot do limitu 1,3 tys. zł.

¹⁶ W wyniku realizacji ugód MOW NFZ sfinansował świadczenia za 2012 r. w wysokościach: 1.959,9 tys. zł, z czego z tytułu nadwykonania i przebudów umów 1.924,5 tys. zł i z tytułu kwot do limitu 35,4 tys. zł.

skutkiem były niższe niż potencjalne możliwe do osiągnięcia przychody z działalności.

(dowód: akta kontroli str. 811-826, 1770-1830, 1834-1892, 1905-2053)

Dyrektor MOW NFZ, zarządzeniami nr 285/12 z 22 czerwca 2012 r. i nr 68/13 z 15 lutego 2013 r., wprowadził zasady zawierania oraz ustalania wartości ugód rozliczających umowy realizowane w 2011 i 2012 r. Zgodnie z tymi zasadami ugody mogły być proponowane świadczeniodawcom, gdy łączna wartość dodatkowego wynagrodzenia wynosiła co najmniej: za 2011 r. – 1,0 tys. zł i za 2012 r. – 0,5 tys. zł. W poszczególnych latach mogły być finansowane świadczenia w wysokości 30% nadwykonań, przy czym w każdym roku dotyczyło to innych zakresów świadczeń rehabilitacji leczniczej¹⁷.

Odnosnie ustalenia finansowania 30% nadwykonań Zastępca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych MOW NFZ – Robert Dziedzic wyjaśnił, że „przy uwzględnianiu kryteriów określających jakie zakresy świadczeń oraz w jakim stopniu będą podlegały finansowaniu ugodą Oddział musi brać pod uwagę w szczególności charakter tych świadczeń oraz powiązane z tym priorytety Oddziału w zakresie zabezpieczenia ich finansowania, możliwości finansowe Małopolskiego OW NFZ, wynikające z kwot dostępnych w planie finansowym MOW NFZ w danym rodzaju świadczeń.”. Ustalenie w 2011 r. finansowania nadwykonań tylko dwóch zakresów rehabilitacji leczniczej wiązało się ograniczonymi możliwościami finansowymi w 2011 r., natomiast lepsza kondycja ekonomiczna w 2012 r. pozwoliła na sfinansowanie nadwykonań w większym zakresie.

(dowód: akta kontroli str. 1862-1883, 1893-1904)

W latach 2011-2013, na podstawie ugód sądowych i pozasądowych, MOW NFZ zobowiązał się do sfinansowania świadczeń zdrowotnych w rodzaju rehabilitacja lecznicza wykonanych ponad limity określone w umowach w łącznej wysokości 3.868,4 tys. zł. Dyrektor MOW NFZ wyjaśniła, że podstawą do zawierania ugód były otrzymane wytyczne z Centrali NFZ, które regulowały kwestie podstaw, zasad i terminów ich zawierania. Jako podstawę prawną wskazała stanowiący o istocie ugody art. 917 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny, w związku z art. 155 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, zgodnie z którym do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego, jeżeli przepisy ustawy nie stanowią inaczej, (dowód: akta kontroli str. 1111, 1770-1829, 1834-1861, 1905-1961, 2006-2015, 2047-2053, 2088-2094).

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. W ramach ugód sądowych i pozasądowych zawartych w latach 2011 -2013, dotyczących sfinansowania świadczeń zdrowotnych w rodzaju rehabilitacja lecznicza wykonanych ponad limity określone w umowach, MOW NFZ zobowiązał się do sfinansowania, za lata 2011-2012, wartości świadczeń sprawozdanych przez świadczeniodawców, ale nierozliczonych w ciągu 45 dni po upływie okresu rozliczeniowego (kwoty do limitów) w łącznej wysokości 50,3 tys. zł oraz skutkujących zmianami umów o wartość 1.120,7 tys. zł. W ugodach za 2010 r. łączna wartość kwot do limitu i zmian w umowach wynosiła 673,2 tys. zł.

¹⁷ 30% nadwykonań za 2011 r. mogło dotyczyć jedynie świadczeń z zakresu rehabilitacji neurologicznej i kardiologicznej w warunkach stacjonarnych, natomiast za 2012 r. świadczeń z zakresów: rehabilitacja pulmonologiczna z wykorzystaniem metod subterraneoterapii w ośrodku/oddziale dziennym, rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym, rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym, rehabilitacja kardiologiczna w ośrodku/oddziale dziennym, rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych, rehabilitacja kardiologiczna w warunkach stacjonarnych, rehabilitacja pulmonologiczna w warunkach stacjonarnych i rehabilitacja neurologiczna.

Działania takie były niezgodne z postanowieniami § 23 ust. 1 i § 27 ust. 2 w związku z § 1 pkt 6 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej¹⁸, zgodnie z którymi podstawą rozliczeń i płatności za świadczenia udzielone w okresie sprawozdawczym jest złożenie dokumentów do 10 dnia każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni, z możliwością korygowania raportu statystycznego do 45 dnia po upływie okresu rozliczeniowego. W tym terminie powinno również nastąpić rozliczenie wykonania umów (tj. do 14 lutego kolejnego roku).

Odnosnie zawierania ugód w zakresie przebudów i kwot do limitów Dyrektor NFZ wyjaśniała, że niekwestionowanie w orzecznictwie upływu terminu z ogólnych warunków umów, nie powoduje wygaśnięcia roszczenia ani utraty możliwości skutecznego jego dochodzenia, w związku z czym Fundusz nie może skutecznie uchylać się od zapłaty zobowiązań mieszczących się w granicach limitów umów tylko na podstawie powołania się na ogólne warunki umów. Zdaniem Dyrektora MOW NFZ zastosowanie ugód do przebudowy umów było możliwe ponieważ jednocześnie zastosowano ustępstwa (np. zapłatę za nadwykonania po obniżonej cennie i ze zrzeczeniem się dalej idących roszczeń). Dodatkowo, chcąc dokonać rozliczania umów za dany rok, należałoby rozbić cały proces na kilka etapów¹⁹, co doprowadziłoby do zawężenia okresu czasowego dla przeprowadzenia poszczególnych faz rozliczeń i zwiększenia kosztów takiej operacji.

(dowód: akta kontroli str. 1111, 1770-1829, 1834-1861, 1905-1961, 2006-2015, 2047-2053, 2088-2094).

Należy podkreślić, że art. 917 ustawy Kodeks cywilny określa, że przez ugodę strony czynią sobie wzajemne ustępstwa w zakresie istniejącego między nimi stosunku prawnego w tym, aby uchylić niepewność co do roszczeń wynikających z tego stosunku lub zapewnić ich wykonanie albo by uchylić spór istniejący lub mogący powstać. Umowy zawarte ze świadczeniodawcami zawierają klauzulę, że świadczeniodawcy zobowiązani są do wykonywania umowy zgodnie z zasadami i na warunkach określonych m.in. w ww. załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 maja 2008 r.

2. Podczas aneksowania umów na 2012 r. w rodzaju rehabilitacja lecznicza MOW NFZ dokonał zwiększeń cen punktów rozliczeniowych w stosunku do cen określonych na etapie rozstrzygnięcia konkursu ofert, pomimo jednoznacznego zakazu wprowadzenia zmian postanowień w zawartej umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, jeśli zmiana ma dotyczyć warunków, które podlegały ocenie przy wyborze najkorzystniejszej oferty, chyba że konieczność wprowadzenia takich zmian wynika z okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy, stosownie do postanowień art. 158 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

Przepis art. 148 stanowi, że porównanie ofert (ocena oferty) w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej obejmuje w szczególności:

- 1) ciągłość, kompleksowość, dostępność, jakość udzielanych świadczeń, kwalifikacje personelu, wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną, na podstawie wewnętrznej oraz zewnętrznej oceny, która może być potwierdzona certyfikatem jakości lub akredytacją,
- 2) cenę i liczbę oferowanych świadczeń opieki zdrowotnej oraz kalkulację kosztów.

¹⁸ Dz. U. Nr 81, poz. 484.

¹⁹ Określić (na podstawie uzyskanych danych sprawozdawczych) zasady finansowania nadwykonań w ramach dostępnych środków, wygenerowanie kilkuset odpowiednich dokumentów i przedstawienie świadczeniodawcom cel ich zawarcia.

Natomiast zgodnie z art. 147 w związku z art. 146 pkt 2 kryteria oceny ofert ustalone przez Prezesa Funduszu są jawne i nie mogą ulec zmianie w toku postępowania o zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Prezes NFZ określił kryteria ocen ofert w toku postępowania w drodze zarządzenia nr 46/2006 z dnia 23 sierpnia 2006 r. i nr 54/2011/DSOZ z dnia 30 września 2011 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Jednym z elementów podlegających ocenie była oferowana przez świadczeniodawcę cena jednostki rozliczeniowej, która może być negocjowana między zamawiającym a oferentem na podstawie art. 142 ust.6 i art. 143 ust. 5 ww. ustawy. Cena jednostki rozliczeniowej zawarta w umowie podlega ocenie w toku postępowania i tym samym jest objęta zakazem dokonywania zmian wskazanym w okresie obowiązywania umowy, określonym w art. 158 ustawy, chyba że konieczność wprowadzenia takich zmian wynika z okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy.

Wygenerowane przez MOW NFZ koszty z tytułu dokonania zwiększeń cen jednostkowych spowodowały, iż Fundusz miał mniejsze środki na zabezpieczenie świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza np.: na zwiększenie ilości punktów rozliczeniowych świadczeniodawcom lub przeprowadzanie postępowań uzupełniających.

Przedmiotowe zwiększenia zrealizowane zostały dla 182 świadczeniodawców udzielających świadczeń w zakresach: lekarskiej ambulatoryjnej rehabilitacji leczniczej, fizjoterapii ambulatoryjnej, rehabilitacji neurologicznej, rehabilitacji: dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego, ogólnoustrojowej i kardiologicznej w ośrodku oddziale dziennym. Na podniesienie cen przeznaczono łącznie kwotę 4.135,2 tys. zł, co stanowiło 2,48% łącznej wartości zakontraktowanych świadczeń na 2012 r. w rodzaju rehabilitacja lecznicza.

Dyrektor MOW NFZ wyjaśniła, że ww. zwiększenia zostały dokonane na podstawie art. 353¹ ustawy Kodeks cywilny wyrażającym zasadę swobody kontraktowania, co nie naruszyło postanowień ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Zdaniem Pani Dyrektora cena świadczenia podlega ocenie w trakcie postępowania w sprawie zawarcia umów tylko w odniesieniu do pierwszego roku obowiązywania umowy, a po jego upływie kwota zobowiązania może ulec zmianie na podstawie § 32 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 maja 2008 r.

(dowód: akta kontroli str. 168-170, 601-604, 1111, 2054-2072)

W Planie finansowym oraz w Planie zakupu świadczeń MOW NFZ na 2012 r. wskazano, że wzrost cen punktów rozliczeniowych na 2012 r. podyktowany jest wyrównaniem cen do poziomu, średnich cen krajowych.

(dowód: akta kontroli str. 168-170, 601-604)

NIK zwraca uwagę, że przywoływany § 32 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 maja 2008 r. dotyczy jedynie ustalania kwoty zobowiązania w okresach rozliczeniowych, a nie ceny świadczenia. W ocenie NIK podane w Planie finansowym oraz w Planie zakupu świadczeń MOW NFZ na 2012 r. przesłanki zmiany cen punktów rozliczeniowych nie stanowią okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy.

Uwagi dotyczące
badanej działalności

1. Wyniki kontraktowania wskazują, że zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne w zakresie rehabilitacji leczniczej w Małopolsce i potencjał wykonawczy świadczeniodawców (oferentów) były większe niż zostało to zaplanowane, a następnie zakontraktowane przez Oddział. Liczba zabezpieczonych świadczeń

zdrowotnych była niewystarczająca, o czym świadczy również duża liczba świadczeń wykonanych ponad zawarte umowy i zgłoszonych do rozliczenia.

Dyrektor MOW NFZ wyjaśniła, że Fundusz dysponuje tylko takimi środkami finansowymi, które mieszczą się w planie finansowym Oddziałów za dany rok za świadczenia zdrowotne w danym rodzaju świadczeń. MOW NFZ w latach 2011 i 2012 zwiększył wartość zobowiązań wynikających z umów zawartych ze świadczeniodawcami w ramach przeprowadzanych konkursów uzupełniających lub aneksowanie umów.

(dowód: akta kontroli str. 1817-1829)

2. Wśród kryteriów aneksowania umów z zakresu rehabilitacji leczniczej wyszczególnionych w zarządzeniach Dyrektora MOW NFZ nr 536/11 z 17 października 2011 r., nr 419/12 z dnia 12 października 2012 r. i nr 276/13 z 14 października 2013 r. w sprawie przyjęcia zasad ustalania propozycji warunków finansowania świadczeń dla poszczególnych świadczeniobiorców z terenu Małopolski, odrębnie dla każdego rodzaju świadczeń opieki zdrowotnej, MOW NFZ uwzględnia przy ustalaniu wartości umów poziom „nadwykonań” z roku ubiegłego (im wyższy poziom „nadwykonań” w danym roku, tym wyższa wartość umowy na rok następny).

Tego typu działania MOW NFZ potwierdzają potrzebę wykonania tych świadczeń ponad limit oraz doprowadzają do sytuacji, gdzie z jednej strony Oddział wymaga od świadczeniodawców realizacji świadczeń rehabilitacji leczniczej zgodnie z przyznanymi im limitami (umowa), a z drugiej jako podstawowe kryterium zwiększania kontraktów uznaje odpowiednio wysoki poziom „nadwykonań”.

Dodatkowo występowanie „nadwykonań” realnie obniża rzeczywistą wycenę poszczególnych świadczeń (im większa liczba „nadwykonań” tym mniej NFZ płaci realnie za pojedyncze świadczenia).

Dyrektor MOW NFZ wyjaśniła, że cyt.: „analiza poziomu rzeczywistego wykonania umów przez świadczeniodawców w stosunku do ich planów pozwala stwierdzić, czy i w jakim stopniu przyjęte założenia planistyczne odpowiadają potrzebom danej populacji, przy czym tzw. nadwykonania mogą świadczyć o istnieniu zapotrzebowania na usługi na poziomie wyższym niż założony plan, a tzw. niewykonania o korzystaniu przez pacjentów ze świadczeń na poziomie niższym niż przewidywany. Brak posiadania wiedzy o tych zjawiskach i nieuwzględnienie ich w planowaniu oznaczałoby, że Fundusz działa w oderwaniu od rzeczywistości, opierając się na teoretycznych modelach analityczno-planistycznych i żądając, aby rzeczywistość dopasowała się do teorii. (...) błędem byłoby nie dostrzeganie tego zjawiska [nadwykonań] przez Fundusz i nie odnoszenie się do niego. Fundusz musi być elastyczny i brać pod uwagę także preferencje pacjentów odnośnie wyboru świadczeniodawcy (...) a na poziomie finansowania odpowiada zasadzie, iż to „pieniądz podąża za pacjentem (...) Tzw. niewykonania lub nadwykonania mogą także utrzymywać się w sposób trwały lub narastająco (trend), świadcząc o rozbieżności między poziomem potrzeb a nakładami, co wymaga uwzględnienia przez płatnika nie tylko finansującego świadczenia już zrealizowane, ale także planującego ich zakup na przyszłe okresy”.

(dowód: akta kontroli str. 2073-2074, 2083-2087)

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 Kontroli²⁰, wnosi o:

1. wzmoczenie nadzoru nad pracami komisji konkursowych, w szczególności w odniesieniu do procedury weryfikacji ofert.
2. podejmowanie działań dyscyplinujących w stosunku do świadczeniodawców w celu zapewnienia:
 - rzetelnego przygotowania przez nich ofert konkursowych,
 - występowania, w odpowiednim czasie, z wnioskami o zmianę umów zawartych z MOW NFZ w celu wyeliminowania zjawiska „niewykonania” i „nadwykonania” kontraktów.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Departamentu Zdrowia 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 13 stycznia 2014 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Departament Zdrowia

Dyrektor
Piotr Wasilewski



podpis

²⁰ Dz. U. z 2012 r., poz.82 ze zm.

