



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Departament Zdrowia

KZD. 410.002.01.2021

Zbigniew Terek
Dyrektor
Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
w Warszawie
ul. Chałubińskiego 8 00-613 Warszawa

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

zmienione zgodnie z treścią uchwały nr KPK-KPO.443.149.2021
Komisji Rozstrzygającej
z dnia 5 października 2021 r.

P/21/054 – Funkcjonowanie systemu rehabilitacji leczniczej

I. Dane identyfikacyjne

| | |
|-------------------------------------|--|
| Jednostka kontrolowana | Mazowiecki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia |
| Kierownik jednostki kontrolowanej | Zbigniew Terek, Dyrektor, od 1 września 2020 r. W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełnili: Michał Dzięgielewski, p. o. Dyrektor, od 29 listopad 2019 r. do 31 sierpnia 2020 r. i Filip Nowak Dyrektor, od 14 lipca 2014 r. do 28 listopada 2019 r. |
| Zakres przedmiotowy kontroli | 1. Dostępność świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych ze środków publicznych. 2. Zapewnienie dostępności świadczeń rehabilitacji leczniczej w okresie epidemii SARS-CoV-2. |
| Okres objęty kontrolą | Lata 2019-2021 (I półrocze) z wykorzystaniem dowodów powstałych przed lub po tym okresie. |
| Podstawa prawna podjęcia kontroli | art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ¹ |
| Jednostka przeprowadzająca kontrolę | Najwyższa Izba Kontroli Departament Zdrowia |
| Kontroler | 1. Rafał Zyzik, specjalista k.p., upoważnienie do kontroli nr KZD/16/2021 z 12 kwietnia 2021 r. (akta kontroli str. 1-7) |

¹ Dz. U. z 2020 r. poz. 1200, ze zm., dalej: „ustawa o NIK”.

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Organizacja świadczeń rehabilitacji leczniczej na obszarze województwa mazowieckiego była dostosowana do potencjału świadczeniodawców i środków finansowych Oddziału. Współpraca z organami jednostek samorządu terytorialnego, organizacjami świadczeniodawców i ubezpieczonych działającymi w województwie realizowana była przede wszystkim w oparciu o prace Rady Oddziału. Założenia planów zakup świadczeń na lata 2019 i 2020 zostały zrealizowane, ale dostępność świadczeń rehabilitacyjnych była zróżnicowana. Wynikało to z oparcia planowania zakupu świadczeń na utrzymaniu dotychczasowego stanu zabezpieczenia i ograniczonego uwzględnienia liczby ubezpieczonych. Prawidłowo nadzorowano realizację umów i dokonywano w nich zmian, uwzględniając aktualny stan realizacji świadczeń. Proces kontraktowania realizowano w sposób właściwy. Postępowania konkursowe, w wyniku, których wyłoniono świadczeniodawców, w zbadanych przypadkach prowadzono zgodnie z przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych³. Rzetelnie dokumentowano działania komisji konkursowych na poszczególnych etapach postępowania. Jednak w ocenie NIK Oddział nierzetelnie zdefiniował obszary kontraktowania dla jednego postępowania.

Prawidłowo realizowano zadania związane z rozliczaniem umów o udzielanie świadczeń rehabilitacji leczniczej i przedłużaniem w tym obszarze okresów rozliczeniowych w okresie epidemii SARS-CoV-2.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowej⁴ kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Dostępność świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych ze środków publicznych

Opis stanu faktycznego

1.1 Plan zakupu na lata 2019-2020 opracowany został na podstawie i zgodnie z procedurą definiowania priorytetów zdrowotnych i planowania zakupu świadczeń v 4.1. Natomiast na rok 2021 podstawą do opracowania planu zakupu była procedura „Planowanie rzeczowe – opracowanie planu zakupu świadczeń opieki zdrowotne”, obowiązująca od 16 października 2020 r., ustanowiona przez Centralę NFZ⁵. Obok wymienionych dokumentów Centrala NFZ przekazywała wytyczne dotyczące przygotowania projektu planu finansowego.

Przy planowaniu świadczeń rehabilitacji leczniczej na lata 2019 – 2021 MOW NFZ uwzględniał priorytety ogólnopolskie⁶ oraz regionalne, które wpisywały się w priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej (PRPZ) ustalone przez Wojewodę

² Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

³ Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, ze zm., dalej: „ustawa o świadczeniach”.

⁴ Oceny cząstkowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena cząstkowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

⁵ Wprowadzonej pismem Prezesa NFZ znak: DSOZ.401.1589.2018.2018.4881 I.MJS z dnia 11.09.2018 r.

⁶ Na rok 2019 – świadczenia w zakresie rehabilitacji neurologicznej wczesnej i rehabilitacji leczniczej dla osób innych niż posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności. Na rok 2020 i 2021 – świadczenia rehabilitacyjne dla osób po urazach i zabiegach operacyjnych. Wskazywane przez Prezesa NFZ.

Mazowieckiego⁷. Ponadto uwzględniano poziom zabezpieczenia dostępności do świadczeń, z uwzględnieniem kolejek oczekujących, poziom realizacji świadczeń w zakresach nielimitowanych, informacje o obszarach niezabezpieczonych oraz wartość umów w okresie poprzedzającym okres planowania, co miało na celu zapewnienie dostępności do świadczeń na poziomie nie mniejszym, niż w roku poprzedzającym okres planowania.

Treść planów zakupu świadczeń odpowiadała dyspozycji art. 131b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁸.

Plany zakupu świadczeń na lata 2019 – 2021 w rodzaju rehabilitacja lecznicza, ustalane były w oparciu o umowy wieloletnie zawarte w wyniku prowadzonych w latach 2017 – 2018 postępowań konkursowych. Oddział szacował liczbę umów niezbędnych do zabezpieczenia dostępu do świadczeń na podstawie aktualnie obowiązujących umów w korelacji do planu finansowego określonego dla danego rodzaju świadczeń.

Plan finansowy na 2019 r., po zmianach, przewidywał koszty świadczeń zdrowotnych na rehabilitację leczniczą w wysokości 556 634,0 tys. zł, natomiast wykonanie wyniosło 547 386,52 tys. zł, co stanowiło 98,3% planu po zmianach.

Na 2020 r. plan po zmianach wynosił 585 980,0 tys. zł, a wykonanie 532 818,82 tys. zł, co stanowiło 90,1% planu po zmianach. Na dzień 13 maja 2021 r. w planie finansowym na 2021, po zmianach, roczne koszty świadczeń zdrowotnych na rehabilitację leczniczą stanowiły 609 686,0 tys. zł, a wykonanie za okres styczeń – marzec wyniosło 101 923,2 tys. zł.

Łączne planowane koszty świadczeń zdrowotnych w kwocie 13 248 045,0 tys. zł na 2019 r. były wyższe o 11,2% w stosunku do 2018 r. (11 755 057,9 tys. zł), podczas gdy koszty rehabilitacji leczniczej wzrosły o 24,3%. W 2020 r., w stosunku do 2019 r., wartość planowanych łącznych kosztów wzrosła o 14,5%, a planowane koszty na samą tylko rehabilitację wzrosły rok do roku o 5,3%. Natomiast w 2021 r. do 2020 r. łączne planowane koszty zmniejszyły się o 26,4%⁹, natomiast planowane koszty na rehabilitację leczniczą wzrosły o 4,0%.

Planowane koszty na rehabilitację leczniczą w 2019 r. stanowiły 4,2% łącznych kosztów świadczeń zdrowotnych zaplanowanych na ten rok. W 2020 r. wskaźnik ten wynosił 3,7%, a w 2021 r. (wg danych na 13 maja 2021 r.) – 5,5%¹⁰.

(akta kontroli str. 8-77, 88-89)

Maksymalne i minimalne czasy oczekiwania na udzielenie świadczeń rehabilitacji leczniczej wraz z liczbą oczekujących na świadczenia przedstawiały się następująco:

- na koniec 2019 r. najdłuższy czas oczekiwania na świadczenie dotyczył rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych (przypadek stabilny – 430 dni, 14 204 oczekujących), rehabilitacji neurologicznej w warunkach stacjonarnych

⁷ <https://bip.mazowieckie.pl/artykuly/405/priorytety-dla-regionalnej-polityki-zdrowotnej>

⁸ Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, ze zm., dalej „ustawa o świadczeniach”.

⁹ Kwoty określone na podstawie planu finansowego Oddziału na dzień 13 maja 2021 r. Plan finansowy Oddziału na rok 2021 nie uwzględnia upoważnień udzielonych Dyrektorowi MOW NFZ na zaciąganie zobowiązań w zakresie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej ujętych w planie finansowym Centrali NFZ. Na I półrocze 2021 r. Centrala NFZ udzieliła upoważnień na kwotę 2 783 892 tys. zł. Plan finansowy na rok 2021 nie uwzględnia upoważnień, o których mowa wyżej zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 7 września 2020 r. w sprawie kosztów, których wysokość nie jest zależna od parametrów wskazanych w art. 118 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1549). Koszty, o których mowa w rozporządzeniu uwzględnione zostały w planie finansowym Centrali NFZ.

¹⁰ Wzrost wynikał z faktu, że Plan finansowy Oddziału na rok 2021 nie uwzględnia upoważnień udzielonych Dyrektorowi MOW NFZ na zaciąganie zobowiązań w zakresie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej ujętych w planie finansowym Centrali NFZ.

(przypadek stabilny – 271 dni, 1428 oczekujących) i fizjoterapii ambulatoryjnej (przypadek stabilny – 147 dni, 84 331 oczekujących). Najkrótszy czas oczekiwania na świadczenie dotyczył (przypadek pilny) rehabilitacji kardiologicznej w warunkach stacjonarnych, kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej w warunkach stacjonarnych i rehabilitacji pulmonologicznej w warunkach stacjonarnych, wynosząc odpowiednio 3, 1 i 1 dzień. Liczba oczekujących wynosiła odpowiednio 32, 12 i 1.

- na koniec 2020 r. najdłuższy czas oczekiwania na świadczenie dotyczył rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych (przypadek stabilny – 327 dni, 12 233 oczekujących), rehabilitacji neurologicznej w warunkach stacjonarnych (przypadek stabilny – 184 dni, 1166 oczekujących) i zakładu/ośrodka rehabilitacji leczniczej dziennej (przypadek stabilny – 138 dni, 14 824 oczekujących). Najkrótszy czas oczekiwania na świadczenie dotyczył kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej w warunkach stacjonarnych (przypadek pilny – trzy dni, 16 oczekujących), rehabilitacji pulmonologicznej w warunkach stacjonarnych (przypadek pilny – trzy dni, 11 oczekujących) oraz kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej w warunkach stacjonarnych (przypadek stabilny) – jeden dzień, dwóch oczekujących).

- na koniec I kw. 2021 r. najdłuższy czas oczekiwania na świadczenie dotyczył rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych (przypadek stabilny – 376 dni, 11 727 oczekujących), rehabilitacji neurologicznej w warunkach stacjonarnych (przypadek stabilny – 173 dni, 1150 oczekujących) i zakładu/ośrodka rehabilitacji leczniczej dziennej (przypadek stabilny – 111 dni, 16 504 oczekujących). Najkrótszy czas oczekiwania na świadczenie dotyczył rehabilitacji kardiologicznej w warunkach stacjonarnych (przypadek pilny – sześć dni, jeden oczekujący), oraz kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej w warunkach stacjonarnych (przypadek pilny oraz stabilny – odpowiednio pięć i zero dni, 20 i 2 oczekujących).

W latach 2019-2021 (I kwartał)¹¹ łączna liczba osób oczekujących na świadczenia rehabilitacji we wszystkich zakresach przedstawiała się następująco:

- na koniec 2019 r. na udzielenie świadczeń oczekiwało ogółem 176 855 osób,;
- na koniec 2020 r. na udzielenie świadczeń oczekiwało ogółem 140 492 osób,
- na koniec I kw. 2021 r. na udzielenie świadczeń oczekiwało ogółem 140 892 osób,.

Dyrektor wyjaśnił, że przy planowaniu zakupu świadczeń Oddział brał po uwagę m.in. dane dotyczące kolejek oczekujących. Jednak, z uwagi na wynik analiz, wskazujące, że dane w zakresie liczby oczekujących i czasu oczekiwania na świadczenia rehabilitacyjne są niemiernodajne i nie odzwierciedlają faktycznego stanu zapotrzebowania na usługi rehabilitacyjne (zwielokrotnione nr. PESEL u tych samych lub różnych świadczeniodawców, oczekujących na to samo świadczenie), przy planowaniu zakupu świadczeń rehabilitacji leczniczej nie stanowiły one elementu kluczowego i rozstrzygającego.

(akta kontroli str. 79-87, 90-93)

1.2. W kontrolowanym okresie Oddział nie prowadził korespondencji z konsultantami krajowymi (wojewódzkimi) w dziedzinach: rehabilitacji medycznej, balneologii i medycyny fizykalnej oraz fizjoterapii w zakresie planowania poziomu kontraktowania świadczeń rehabilitacji leczniczej. W trakcie procesu kontraktowania świadczeń, opracowując metodologię podziału środków, Oddział uwzględnił stanowisko Krajowej Izby Fizjoterapeutów (KIF) przekazane pismem z 14 sierpnia 2017 r., dotyczące liczby punktów możliwych do zrealizowania przez fizjoterapeutę zatrudnionego w wymiarze jednego etatu. Natomiast obowiązek wynikający z art.

¹¹ Dane pozyskane z wykorzystaniem systemów informatycznych KS-SIKCH i aplikacji AP-KOLCE.

107 ust. 8 ustawy o świadczeniach tj. *współpraca z organami jednostek samorządu terytorialnego, organizacjami świadczeniodawców i ubezpieczonych działającymi w danym województwie, w celu stałego monitorowania i zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych świadczeniobiorców na terenie danego województwa oraz prawidłowej realizacji zadań Funduszu*, w stosunku do postępowań konkursowych prowadzonych w latach 2017 – 2018, realizowany był na posiedzeniach Rady Oddziału, w trakcie których omawiane były kwestie zakupu świadczeń. Radę reprezentują przedstawiciele Wojewody Mazowieckiego, Sejmiku Wojewódzkiego, Konwentu Powiatów Województwa Mazowieckiego, Wojewódzkiej Rady Dialogu Społecznego, Sztabu Wojskowego, Policji i Państwowej Straży Pożarnej, Reprezentatywnych Organizacji Pracodawców, Stowarzyszeń. W posiedzeniach biorą udział także obserwatorzy z ramienia Okręgowej Izby Lekarskiej, Aptekarskiej Pielęgniarek i Położnych, Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, Krajowej Izby Fizjoterapeutów (KIF) oraz zaproszeni goście.

(akta kontroli str. 8-9, 94-105)

1.3. W latach 2019-2021 r. (I kwartale) występowały znaczne różnice między najwyższą i najniższą zaplanowaną wartością świadczeń na 10 tys. ludności dla obszarów kontraktowania w zakresach świadczeń ambulatoryjnych.

Dla zakresu świadczeń 05.1300.207.02 „Lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna”:

– Na 2019 r., dla obszaru kontraktowania Powiat Grodziski, zaplanowano przeznaczyć kwotę 116 489,88 zł, co stanowiło 12 139,04 zł na 10 tys. mieszkańców na obszarze kontraktowania (95 963). Jednocześnie dla obszaru Powiat Grójecki zaplanowano na te świadczenia kwotę 49 140zł, co stanowiło 4 998,42 zł na 10 tys. mieszkańców (98 311). Tym samym na zabezpieczenie podobnej populacji w Powiecie Grodzkim przeznaczono 2,43 razy większe środki niż w Powiecie Grójeckim. Dla obu tych powiatów zaplanowano i zawarto po jednej umowie.

– Na 2020 r., dla obszaru kontraktowania Powiat Grodziski, zaplanowano przeznaczyć kwotę 133 955,64 zł, co stanowiło 13 852,99 zł na 10 tys. mieszkańców na obszarze kontraktowania (96 698). Jednocześnie dla obszaru Powiat Grójecki zaplanowano na te świadczenia kwotę 56 511 zł, co stanowiło 5756,27 zł na 10 tys. mieszkańców (98 173). Tym samym na zabezpieczenie podobnej populacji w Powiecie Grodzkim przeznaczono 2,4 razy większe środki niż w Powiecie Grójeckim. Dla obu tych powiatów zaplanowano i zawarto po jednej umowie.

– Na 2019 r. dla obszaru kontraktowania Warszawa Śródmieście zaplanowano zawarcie 11 umów o wartości 581 095,92 zł, co stanowiło 51 101,98 zł na 10 tys. mieszkańców (113 713), a na 2020 zaplanowano zawarcie 10 umów o wartości 636 316,68 zł, co stanowił 56 420,06 zł na 10 tys. mieszkańców (112 782). Planowana wartość umów na 10 tys. mieszkańców dla obszaru Warszawa Śródmieście stanowiła 1022% tej wartości dla Powiatu Grójeckiego w 2019 r. i 980% w 2020 r. Powyższe różnice były jeszcze większe w przypadku wartości zawartych umów na 10 tys. mieszkańców, która dla Powiatu Grójeckiego wyniosła 3 122,12 zł w 2019 r. i 3 850,8 zł w 2020, a dla obszaru Warszawa Śródmieście wyniosła 50 784,62 zł w 2019 r. i 53 537,87 zł w 2020 r., (co stanowiło odpowiednio 1627% i 1390% wartości dla Powiatu Grójeckiego).

Dla zakresu świadczeń 05.1310.208.02 „Fizjoterapia ambulatoryjna”:

– Wartość planowanych na 2019 r. umów na 10 tys. mieszkańców wahała się od 44 881,38 zł dla obszaru kontraktowania – „grupa gmin – Bielsk” 1419012¹², Bodzanów 1419022, Brudzeń Duży 1419032, Bulkowo 1419042, Drobin 1419053,

¹² Nr TERYT.

Mała Wieś 1419082, Radzanowo 1419102, Słupno 1419122, Stara Biała 1419132, Starożreby 1419142, Wyszogród 1419153” (jedna umowa) do 761 205,7161 zł dla obszaru Warszawa Śródmieście (10 umów), tj. blisko 17 razy więcej. Z kolei wartość planowanych umów na 10 tys. mieszkańców na 2020 r. dla Warszawa Śródmieście była ponad 17 razy wyższa niż dla ww. obszaru grupy gmin (823 590,13 zł do 47 794,26 zł).

– Istotne różnice występowały również dla obszarów kontraktowania w samej Warszawie. Planowana wartość jedynej umowy dla Wilanowa na 10 tys. mieszkańców wyniosła 85 957,58 zł w 2019 r. i 91 404,26 w 2020 r., co stanowiło odpowiednio 11,3% wartości dla Śródmieścia w 2019 r. i 11,1% w 2020 r.

Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że przy szacowaniu nakładów na zakup świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza w latach 2019-2021 r., priorytetem było zapewnienie dostępności na dotychczasowym poziomie, w oparciu o zawarte umowy. Poza wskaźnikiem dostępności do świadczeń w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców, istotne było uwzględnienie realnych możliwości zakontraktowania świadczeń na danym terenie (liczbę potencjalnych oferentów i ich potencjał). Pod uwagę brana była także specyfika świadczeń i możliwość zapewnienia kontynuacji leczenia pacjentów, co w przypadku pacjentów rehabilitacyjnych jest niezwykle istotne, z uwagi na trudności w przemieszczaniu się spowodowane dysfunkcjami narządu ruchu. Stwierdził również, że wobec braku rejonizacji, pacjenci z całego Mazowsza, jak również z całej Polski, często korzystają z usług w mieście stołecznym, co wynika z ich zatrudnienia, pobytów czasowych oraz usytuowania wielu ośrodków, w tym o najwyższym poziomie referencyjnym tj. klinik, instytutów, dysponujących potencjałem sprzętowym i wysokokwalifikowaną kadrą medyczną, z usług, której pacjenci chętnie korzystają.

Powyższe wskazuje, że wartość oraz liczba planowanych umów dla poszczególnych obszarów zabezpieczenia nie była powiązana z liczbą potencjalnych świadczeniobiorców (ubezpieczonych/mieszkańców). Priorytetem dla Oddziału było zapewnienie dostępności na dotychczasowym poziomie w oparciu o zawarte umowy. W ocenie NIK takie podejście skutkuje utrwaleniem istniejących różnic w dostępności świadczeń. W sytuacji, gdy o lokalizacji miejsc udzielania świadczeń oraz wartości umów nie będą przesądzały rzeczywiste potrzeby zdrowotne, a w głównej mierze potencjał świadczeniodawców i poziom wykonania umów, różnice te nie zostaną zniwelowane.

(akta kontroli str. 393-459, 460-465)

1.4. W roku 2019 zostało rozpoczętych 15¹³ postępowań konkursowych na realizację świadczeń zdrowotnych w rodzaju rehabilitacja lecznicza, z czego: 7 zostało rozstrzygniętych, sześć unieważniono, a dwa odwołano. Powodem unieważnień było złożenie w postępowaniach konkursowych ofert wyłącznie na realizację zakresów podstawowych, w sytuacji gdy powinny obejmować także zakres skojarzony, co wynikało z konieczności wypełnienia, zarówno przez Fundusz, jak i przyszłych świadczeniodawców, obowiązku wynikającego z ustawy z dnia 9 maja 2018 roku o szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności¹⁴. Natomiast odwoływanie konkursów było głównie efektem oczywistych pomyłek pisarskich w ogłoszeniach.

Szczegółowej analizie poddano trzy postępowania:

¹³ W tym: cztery postępowania dotyczyły fizjoterapii ambulatoryjnej, cztery fizjoterapii domowej, cztery rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym oraz trzy rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym.

¹⁴ Dz.U. z 2018 r. poz. 932.

- fizjoterapia ambulatoryjna w tym: fizjoterapia ambulatoryjna dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności dla obszaru Powiat Wołomin¹⁵;
- fizjoterapia ambulatoryjna w tym: fizjoterapia ambulatoryjna dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności dla obszaru Powiat Siedlce¹⁶;
- rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności dla obszaru 1403 Garwoliński, 1410 Łosicki, 1412 Miński, 1464 Siedlce, 1426 Siedlecki, 1429 Sokołowski, 1433 Węgrowski¹⁷.

Postępowania zostały przeprowadzone zgodnie z przepisami ustawy o świadczeniach. Przedmiot zamówienia został opisany w sposób jednoznaczny i wyczerpujący. Wyznaczone obszary kontraktowania pokrywały się z obszarami określonymi w planach zakupu. Cała procedura przebiegu postępowań została udokumentowana, od wniosku o ogłoszeniu postępowania do ogłoszenia o rozstrzygnięciu. Do przeprowadzenia postępowań powołano Komisje Konkursowe w składzie co najmniej trzyosobowym, wyznaczając spośród jej członków przewodniczącego, wiceprzewodniczącego i protokolanta. Komisje ze swoich prac sporządzały protokoły. Wszyscy członkowie składali oświadczenia, o których mowa w § 5 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy¹⁸.

Wyznaczając obszar kontraktowania dla postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej 07-19-000194/REH/05/1/05.2300.022.02/01 MOW NFZ nie uwzględnił zabezpieczenia dostępności świadczeń wynikającego z umów zawartych w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, co było działaniem nierzetelnym.

Szczegółowo zagadnienie to opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.
(akta kontroli str. 110-111, 113-157, 158-271)

1.5. W okresie objętym kontrolą na 82 złożone oferty o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza na lata 2019-2021, siedem ofert zostało odrzuconych. 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 13 protestów do komisji konkursowych, z czego uwzględniono pięć¹⁹. Po rozstrzygnięciach prowadzonych konkursów w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami wpłynęło pięć odwołań. Głównym powodem odwołań było niewybranie oferty (dwa przypadki), odrzucenie oferty na podstawie art. 146 ustawy o świadczeniach (dwa przypadki) oraz w jednym przypadku naruszenie art. 135 ust. 1 ustawy o świadczeniach.

Szczegółowej analizie poddano 15 ofert z roku 2019 złożonych w postępowaniach uzupełniających wskazanych w pkt. 1.4, stanowiących 18,3% wszystkich ofert złożonych w okresie objętym kontrolą. Komisje oceniły oferty zgodnie z kryteriami wyboru ofert, przypisano im prawidłową liczbę punktów określoną w załączniku nr 5 i nr 17 do *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów*

¹⁵ 07-19-000177/REH/05/1/05.1310.208.02/01.

¹⁶ 07-19-000178/REH/05/1/05.1310.208.02/01.

¹⁷ 07-19-000194/REH/05/1/05.2300.022.02/01.

¹⁸ Dz. U. z 2018 r. poz. 1897.

¹⁹ Dotyczące nieuwzględnienia punktacji za kryterium dodatkowo oceniane.

o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej²⁰. Komisja konkursowa zweryfikowała prawdziwość i prawidłowość danych zawartych w ofercie, poprzez oględziny pomieszczeń i urządzeń zakładu leczniczego podmiotu leczniczego.

(akta kontroli str. 110-111, 467- 479)

1.6. Tylko w jednym przypadku²¹ wystąpiły przesłanki do przeprowadzenia negocjacji z oferentami. Do negocjacji zaproszono trzech oferentów spełniających wymogi konieczne do zawarcia i realizacji umowy, co wynikało z łącznej oceny ofert. Zgodnie z art. 134 ustawy o świadczeniach Oddział zapewnił równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadził postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji. W toku negocjacji, w których wybrano jednego oferenta do zawarcia umowy, ustalono zmniejszenie ceny za jednostkę rozliczeniową z kwoty 1,1 zł do 1,05 zł.

W pozostałych postępowaniach nie było podstaw do prowadzenia negocjacji, gdyż planowano zawrzeć w wyniku postępowania jedną umowę, a największą liczbę punktów otrzymał jeden oferent.

(akta kontroli str. 158-207)

1.7. Wartość planowanych, zawartych umów o udzielanie świadczeń rehabilitacji leczniczej oraz ich wykonanie w okresie objętym kontrolą wynosiło odpowiednio:

- w 2019 r.: 357 921,8 tys. zł, 465 210,6 tys. zł, 503 013,4 tys. zł; wykonanie²² stanowiło 140,5% planu zakupu;
- w 2020 r.: 413 527,5 tys. zł, 506 819,0 tys. zł, 437 321,3 tys. zł; wykonanie stanowiło 105,8% planu zakupu;
- w 2021 r.: 265 362 127,5 zł i 331 627 499, zł.

Liczba ubezpieczonych²³ na obszarze kontraktowania: 5 043 169 osób w 2019 r., 5 053 157 w 2020 r. i 5 066 106 w 2021 r.(I kwartał).

(akta kontroli str. 10)

Na podstawie przedstawionych w toku kontroli danych ustalono, że w latach 2019-2020:

– Wartość świadczeń wykonanych ponad limity umów (po aneksach), które nie zostały sfinansowane, wyniosła na dzień zamknięcia ksiąg rachunkowych kolejno 0 zł i 1,7 tys. zł, zaś na dzień przeprowadzania badania NIK 0 zł i 5,0 tys. zł.

– Wartość niewykonanych świadczeń zaplanowanych w umowach wyniosła na dzień zamknięcia ksiąg rachunkowych kolejno 319,8 tys. zł i 98 672,0 tys. zł.

W 2019 roku największa wartość niewykonanych świadczeń dotyczyła:

– lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna: 73,4 tys. zł (148 – 86% świadczeniodawców);

– fizjoterapii ambulatoryjnej: 58,1 tys. zł (178 – 76% świadczeniodawców).

– fizjoterapii domowej dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności: 50,1 tys. zł (23 – 43% świadczeniodawców).

W 2020 roku największa wartość niewykonanych świadczeń dotyczyła:

– rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych: 22 689,9 tys. zł (36 – 97% świadczeniodawców);

– rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym: 19 929,1 tys. zł (115 – 95% świadczeniodawców);

– rehabilitacja neurologiczna: 16 12,2 tys. zł (28 – 97% świadczeniodawców);

– fizjoterapia ambulatoryjna: 14 816,5 tys. zł (225 – 95% świadczeniodawców).

(akta kontroli str. 393-395)

²⁰ Dz. U. poz. 1372, ze zm.

²¹ Dotyczy postępowania 07-19-000177/REH/05/1/05.1310.208.02/01 wskazanego w pkt 1.4.

²² Na dzień zamknięcia ksiąg rachunkowych.

²³ Dane Centralnego Wykazu Ubezpieczonych

1.8. Na podstawie przedstawionych w toku kontroli danych ustalono, że w latach 2019 -2020:

- na dzień zamknięcia ksiąg rachunkowych Oddziału wartość świadczeń wykonanych ponad limity umów wynosiła odpowiednio zero i 2,5 tys. zł
- negatywnie zweryfikowano świadczenia o wartości 472,3 tys. zł i 977,6 tys. zł, udzielone przez 147 i 244 świadczeniodawców.

Najczęstszymi przyczynami negatywnego weryfikowania świadczeń w poszczególnych zakresach były:

- lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna: przekazano nieprawidłowy kod świadczenia, niedozwolone współwystępowanie świadczeń (pary), dzień tygodnia udzielenia świadczenia niezgodny z zakontraktowanym harmonogramem pracy osoby udzielającej świadczenie, brak odpowiedniego kodu ICD-9 dla danego świadczenia, nie spełniono warunków dot. procedur icd9 dla rozliczenia danego świadczenia;
- fizjoterapia ambulatoryjna: osoba wykonująca świadczenie nie występuje/nie występowała w umowie, przekroczony limit wykonanych cykli zabiegowych dla jednego skierowania, wykazane świadczenie przekracza limit świadczeń dla ustalonej grupy świadczeń lub nastąpiło niedopuszczalne ich nakładanie, brak w pozycji umowy lekarza wykonującego wykazanego w pozycji raportu, osoba wykonująca świadczenie nie występuje w deklarowanym potencjale;
- rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym: przekazane uprawnienia dodatkowe dotyczą tylko określonych zakresów świadczeń rehabilitacji leczniczej, sprawozdane świadczenia(zakres świadczeń) nie uprawniają do wpisania uprawnienia dodatkowego: przekazano nieprawidłowy kod świadczenia, przekroczony limit świadczeń w ramach skierowania, nakładanie się świadczeń rozliczanych za każdy dzień w ramach świadczeniodawcy;
- rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych: data zakończenia ostatniej chronologicznie pozycji rozliczeniowej jest wcześniejsza lub późniejsza od daty wypisu z hospitalizacji, do rozliczenia wskazano niewłaściwą taryfę dla grupy JGP, niewłaściwa taryfa dla przekazanego świadczenia z powodu: sprawozdana taryfa różna od taryfy wyznaczonej przez grupę, brak ciągłości pomiędzy pobytami na oddziałach, do rozliczenia wskazano niewłaściwą grupę jgp;
- rehabilitacja neurologiczna: do rozliczenia wskazano niewłaściwą taryfę dla grupy JGP, niewłaściwa taryfa dla przekazanego świadczenia z powodu: sprawozdana taryfa różna od taryfy wyznaczonej przez grupę;
- rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa w warunkach stacjonarnych: data zakończenia ostatniej chronologicznie pozycji rozliczeniowej jest wcześniejsza lub późniejsza od daty wypisu z hospitalizacji, do rozliczenia wskazano niewłaściwą grupę JGP²⁴.

(akta kontroli str. 393-395)

1.9. W latach 2019-2021 (I półrocze) MOW NFZ nałożył kary umowne wynikające z nienależytego wykonania umów na udzielanie świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej na 19 świadczeniodawców o łącznej wartości 316,0 tys. zł. Z tego tytułu uzyskał przychody w wysokości 196,8 tys. zł, z czego kwota 117,8 tys. zł została potrącona, a 79,0 tys. zł zostało uiszczone przez świadczeniodawców. Pozostała należność tj. 119,2 tys. zł dochodzona jest na drodze sądowej.

(akta kontroli str. 466-481)

²⁴ Jednorodne Grupy Pacjentów.

1.10. Do MOW NFZ w latach 2019 - 2021 (1 półrocze) wpłynęło łącznie 229²⁵ skarg dotyczących realizacji umów na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza.

Badaniem pod względem rzetelności rozpatrzenia objęto 10 skarg. Każdorazowo Oddział wystąpił pisemnie do świadczeniodawcy, celem ustosunkowania się przez niego do nieprawidłowości podnoszonych przez skarżących. Po otrzymaniu wyjaśnień oraz ich analizie, pisemnie informował osobę składającą skargę o zasadności lub niezasadności skargi. Wszystkie analizowane skargi zostały rozpatrzone w terminie nieprzekraczającym 30 dni od złożenia. Przedmiotem skarg były: brak kontynuacji przerwanej przez zawieszenie na czas pandemii serii zabiegów, zaprzestanie realizacji zabiegów fizjoterapeutycznych z powodu infekcji, brak odpowiedzi świadczeniodawcy na wnioski o kontynuację leczenia po pobycie w izolatorium, problemy z zapisem dziecka na rehabilitację z powodu błędnie wystawionego skierowania. Wszystkie skargi objęte badaniem szczegółowym zostały uznane za zasadne.

(akta kontroli str. 466-537)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość:

Wyznaczając obszar kontraktowania dla postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej MOW NFZ nie uwzględnił zabezpieczenia dostępności świadczeń wynikającego z umów zawartych w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, co było działaniem nierzetelnym²⁶.

W dniu 1 kwietnia 2019 r. MOW NFZ przeprowadził postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert w rodzaju rehabilitacja lecznicza, zakres świadczeń podstawowy – rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/ oddziale dziennym. Nr postępowania 07-19-000194/REH/05/1/05.2300.022.02/01. Obszar kontraktowania został określony poprzez wskazanie numerów TERYT – „1403 GARWOLIŃSKI, 1410 ŁOSICKI, 1412 MIŃSKI, 1464 SIEDLCE, 1426 SIEDLECKI, 1429 SOKOŁOWSKI, 1433 WĘGROWSKI”. Analiza danych w informatorze o zawartych umowach wykazała, że na dzień ogłoszenia postępowania, na obszarze tym, świadczeń w zakresie rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/ oddziale dziennym udzielało trzech świadczeniodawców, którzy mieli zawarte cztery umowy o udzielanie świadczeń w wyniku zakwalifikowania do systemu zabezpieczenia, tj. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sokołowie Podlaskim, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łosicach, Mazowiecki Szpital Wojewódzki im. Św. Jana Pawła II w Siedlcach Sp. z o.o. (udzielający świadczeń w Siedlcach i Rudce). W ocenie NIK w przypadku zawarcia umów ze świadczeniodawcami zakwalifikowanymi do systemu zabezpieczenia, obszar funkcjonowania danego świadczeniodawcy powinien zostać wyłączony z zawierania umów w trybie konkursowym.

Zgodnie z definicją zawartą w art. 95l ustawy o świadczeniach system zabezpieczenia, zapewnia świadczeniobiorcom dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie: leczenia szpitalnego, świadczeń wysokospecjalistycznych, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej realizowanej w poradniach przyszpitalnych, rehabilitacji leczniczej, programów lekowych, leków stosowanych w chemioterapii oraz nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, przy jednoczesnym zagwarantowaniu

²⁵ Bezpośrednio do Oddziału - 198, za pomocą Internetowego Konta Pacjenta – 29 i Zintegrowanego Informatora Pacjenta -2.

²⁶ Dalej „system zabezpieczenia”.

ciągłości i kompleksowości udzielanych świadczeń oraz stabilności ich finansowania.

Dyrektor MOW NFZ wyjaśnił, że „Oddział definiuje obszary kontraktowania na etapie planowania zakupu świadczeń opieki zdrowotnej, zgodnie z wytycznymi określonymi w Zarządzeniach Prezesa NFZ²⁷, które wskazują możliwe do wyznaczenia obszary terytorialne, tj. województwo, więcej niż jeden powiat, powiat, więcej niż jedna gmina, gmina, więcej niż jedna dzielnica, dzielnica, więcej niż jedna delegatura, delegatura. Przy ustalaniu obszaru kontraktowania dla zakresu rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym, Oddział brał pod uwagę specyfikę świadczeń (zabiegów) udzielanych w ramach przedmiotowego zakresu, które pokrywają się z zakresem świadczeń udzielanych w fizjoterapii ambulatoryjnej. Różnice między zakresami dotyczą czasu trwania usprawniania, liczby możliwych do wykonania zabiegów. Mając na uwadze, że fizjoterapia ambulatoryjna stanowi podstawowe zabezpieczenie dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych i jest kontraktowana na poziomie powiatu, dostępność do zakresu dedykowanego dla tej samej grupy pacjentów, realizowanego w innych, wskazanych wyżej warunkach (czas i liczba zabiegów) planowana była na poziomie grupy powiatów.

Oznaczenie obszaru kontraktowania dla wskazanego w piśmie postępowania, z wyłączeniem powiatów sokołowskiego, łosickiego, mińskiego i miasta Siedlce nie byłoby zgodne z ustalonym dla województwa mazowieckiego obszarem w zakresie rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym. Wobec powyższego Oddział podjął decyzję o utrzymaniu dotychczasowego obszaru kontraktowania, tj. grupy powiatów obszaru siedleckiego.”

W ocenie NIK fakt, że świadczenia realizowane w ośrodku dziennym są zbliżone do fizjoterapii ambulatoryjnej, nie powinien mieć znaczenia dla wyznaczania obszarów kontraktowania z uwzględnieniem świadczeń zakontraktowanych w ramach systemu zabezpieczenia. Zasadę tę potwierdza założenie systemu zabezpieczenia, wspomniane w uzasadnieniu²⁸ do ustawy z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych²⁹, wprowadzającej system zabezpieczenia. Wspomniano w nim, że „Dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie porównania planu zakupu świadczeń zdrowotnych ze świadczeniami zdrowotnymi, które będą wykonywane przez świadczeniodawców w ramach systemu PSZ, przeprowadzi konkursy ofert na świadczenia zdrowotne, w zakresie których potrzeby zdrowotne na terenie danego województwa nie będą właściwie zaspokojone. Jednocześnie ze świadczeniodawcami włączonymi do systemu PSZ nie może być zawarta umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, na zasadach określonych w art. 139 ustawy (konkurs ofert, rokowania), dotycząca świadczeń objętych umową zawartą przez tego świadczeniodawcę w ramach PSZ”.

Powyższe oznacza, że Dyrektor OW NFZ powinien uwzględnić przy wyznaczaniu obszaru kontraktowania fakt zakwalifikowania do systemu zabezpieczenia wskazanych wyżej świadczeniodawców. Należy podkreślić, że fakt zakwalifikowania do systemu zabezpieczenia uniemożliwił im ubieganie się o zawarcie umowy w trybie konkursowym. Tym bardziej więc nie było podstaw do obejmowania postępowaniem obszarów, na których stanowili oni element systemu zabezpieczenia. W ocenie NIK, MOW NFZ powinien, w pierwszej kolejności, określić wolumen świadczeń niezbędnych dla zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych

²⁷ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką.

²⁸ Druk nr 1322 Sejmu VIII kadencji.

<https://www.sejm.gov.pl/Sejm8.nsf/PrzebiegProc.xsp?id=499EBF7ADE9011ECC12580D10033A55B>.

²⁹ Dz. U. poz. 844.

na obszarze kontraktowania, a następnie ocenić możliwość ich zrealizowania przez świadczeniodawców działających w systemie zabezpieczenia, z uwzględnieniem możliwości zwiększenia przez nich potencjału wykonawczego. Wniosek o przeprowadzenie przedmiotowego postępowania nie zawierał takiej analizy.

(akta kontroli str. 106-109, 110-111, 460-465)

OCENA CZĄSTKOWA

Sposób organizowania świadczeń rehabilitacji leczniczej przez MOW NFZ na obszarze województwa mazowieckiego był adekwatny do potencjału świadczeniodawców i środków finansowych Oddziału. Plany zakupu świadczeń spełniały wymagania art. 131b ustawy o świadczeniach zdrowotnych. Obowiązek wynikający z współpracy z organami jednostek samorządu terytorialnego, organizacjami świadczeniodawców i ubezpieczonych działającymi w danym województwie realizowany był w trakcie posiedzeń Rady Oddziału gdzie w charakterze obserwatora uczestniczyli przedstawiciele m.in. Wojewody Mazowieckiego, Sejmiku Wojewódzkiego, Konwentu Powiatów Województwa Mazowieckiego. Prawidłowo nadzorowano realizację umów i dokonywano w nich zmian, uwzględniając rzeczywisty stan realizacji świadczeń. Proces kontraktowania realizowano w sposób właściwy. W wyniku szczegółowego badania trzech rozstrzygniętych postępowań konkursowych na udzielanie świadczeń stwierdzono nieprawidłowość polegającą na nieuwzględnieniu zabezpieczenia dostępności świadczeń wynikającego z umów zawartych w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Należycie i terminowo rozpatrywano wpływające do Oddziału NFZ skargi.

OBSZAR

2. Zapewnienie dostępności świadczeń rehabilitacji leczniczej w okresie epidemii SARS-CoV-2.

Opis stanu faktycznego

2.1. Do Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ o przekazanie środków zgodnie z zasadami opisanymi w rozporządzeniach Ministra Zdrowia z dnia 14.03.2020 r. oraz 15.04.2020 r., zmieniających rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej³⁰, wystąpiło 225 świadczeniodawców udzielających świadczenia w rodzaju rehabilitacja lecznicza. Wnioski były składane odrębnie dla każdego miesiąca lub dla kilku miesięcy oraz do poszczególnych umów świadczeniodawcy. W ośmiu przypadkach negatywnie rozpatrzono wnioski z powodów niedopełnienia formalności przez świadczeniodawców. Najczęściej było to złożenie po terminie i brak podpisu lub wymaganego załącznika.

Badaniem terminowości wypłacania należności z tytułu umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w okresie od kwietnia 2020 r. do kwietnia 2021 r. objęto 10 losowo wybranych świadczeniodawców. Nie stwierdzono opóźnień.

(akta kontroli str. 533-580)

2.2. Według § 2 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 4 września 2020 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej³¹, na wniosek świadczeniodawcy, okres rozliczeniowy określony w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, kończący się w 2020 r. mógł być przedłużony, nie dłużej niż do 30 czerwca 2021 r., w sposób określony przez Prezesa NFZ³².

³⁰ Dz. U. poz. 437.

³¹ Dz. U. poz. 1548, ze zm.

³² Na podstawie §2 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 4 września 2020 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w przypadku, gdy okres rozliczeniowy został przedłużony na podstawie ust. 1, na wniosek świadczeniodawcy okres ten może

Świadczeniodawcy udzielający świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza, w liczbie 207, złożyli w sumie 239 wniosków o przedłużenie okresu rozliczeniowego określonego w umowie o udzielanie świadczeń opieki do dnia 30 czerwca 2021 r. 237 wniosków zostało rozpatrzonych pozytywnie.

Dotyczyło to 50 umów o udzielanie świadczeń rehabilitacyjnych w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń oraz 187 umów o udzielanie świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza³³.

(akta kontroli str. 533-580)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości

OCENA CZĄSTKOWA

Oddział terminowo przekazywał świadczeniodawcom należności z tytułu umów o udzielanie świadczeń rehabilitacji leczniczej, którzy wystąpili do Oddziału z wnioskami o przekazywanie częściowych płatności. NIK pozytywnie ocenia działania Oddziału dotyczące rozpatrywania wniosków o wydłużenie okresu rozliczeniowego do 30 czerwca 2021 r.

IV. Uwagi i wnioski

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, przedstawia następujące uwagi i wnioski:

Uwagi Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag.

Wnioski Wyznaczanie obszarów kontraktowania z uwzględnieniem zabezpieczenia dostępności świadczeń wynikającego z umów w systemie zabezpieczenia.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 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. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

zostać przedłużony po raz kolejny, nie dłużej niż do dnia 31 grudnia 2021 r., w sposób określony przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

³³ W tym: Oddział w Warszawie - 111 aneksów, Delegatura Ostrołęka - 9 aneksów, Delegatura Siedlce - 13 aneksów, Delegatura Radom - 27 aneksów, Delegatura Ciechanów - 9 aneksów, Delegatura Płock - 14 aneksów.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę 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, 8 lipca 2021 r.

Kontroler
Rafał Zyzik
Specjalista kontroli państwowej

/-/

.....
podpis

Najwyższa Izba Kontroli
Departament Zdrowia
Dyrektor
Piotr Wasilewski

/-/

.....
podpis

Zmian w wystąpieniu pokontrolnym dokonał Marcin Stolarczyk, p.o. Dyrektora Departamentu Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli.

DYREKTOR
Departament Zdrowia
z up.

.....
Maciej Szustowicz
Wicedyrektor
podpis

