



**NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI**

Delegatura w Białymstoku

LBI.410.004.02.2021



00472021

**Pan**  
**Maciej Bogdan Olesiński**  
Dyrektor Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego  
Narodowego Funduszu Zdrowia w Białymstoku  
Podlaski Oddział Wojewódzki Narodowego  
Funduszu Zdrowia w Białymstoku  
ul. Pałacowa 3, 15-042 Białystok

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/21/054 – Funkcjonowanie systemu rehabilitacji leczniczej

## I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Podlaski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Białymstoku, ul. Pałacowa 3, 15-042 Białystok <sup>1</sup>
Kierownik jednostki kontrolowanej	Maciej Bogdan Olesiński, dyrektor POW NFZ <sup>2</sup> od 2.01.2017 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 kwartał) z wykorzystaniem dowodów dotyczących okresu objętego kontrolą, sporządzonych przed lub po tym okresie
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli <sup>3</sup>
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Białymstoku
Kontroler	Marek Skorupski, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienia do kontroli nr LBI/40/2021 z 29.03.2021 r. (akta kontroli str. 1)

---

<sup>1</sup> Dalej: POW NFZ, OW lub Oddział.

<sup>2</sup> Dalej: Dyrektor.

<sup>3</sup> Dz. U. z 2020 r. poz. 1200, ze zm. Ustawa zwana dalej: *ustawą o NIK*.

## II. Ocena ogólna<sup>4</sup> kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Sposób zorganizowania świadczeń rehabilitacji leczniczej przez POW NFZ na terenie województwa podlaskiego był adekwatny do możliwości świadczeniodawców i środków finansowych będących w dyspozycji Oddziału. Nie zapewniał on jednak odpowiedniej ani równej dostępności do leczenia. NIK pozytywnie ocenia działania Oddziału w celu zapewnienia dostępności do świadczeń rehabilitacji leczniczej w czasie epidemii SARS-CoV-2.

POW NFZ prawidłowo nadzorował realizację umów i dokonywał w nich zmian, uwzględniając rzeczywisty stan realizacji świadczeń. Przestrzegano standardów udzielania świadczeń, a przypadki negatywnego ich weryfikowania były uzasadnione. Proces kontraktowania realizowano w sposób właściwy. Realizacja zadań związanych z rozliczaniem i przedłużaniem umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych w czasie epidemii SARS-CoV-2 była prawidłowa.

Nie wyeliminowano natomiast długiego czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń pacjentom, zarówno w przypadkach stabilnych<sup>5</sup>, jak i pilnych. Brak poprawy dostępności do leczenia był spowodowany głównie ograniczonym potencjałem świadczeniodawców, w tym zgłoszeniem przez nich ograniczeń w dostępności do świadczeń, spowodowanych sytuacją epidemiczną wywołaną wirusem SARS-CoV-2, brakiem możliwości – jak wyjaśnił Dyrektor OW – przeznaczenia większych środków finansowych na rehabilitację leczniczą, a także brakiem świadczeniodawców, którzy mogliby udzielać świadczeń w trzech zakresach rehabilitacji leczniczej<sup>6</sup>. Nie zlikwidowano także znacznych różnic w dostępności do leczenia występujących między obszarami kontraktowania. Wynikło to jednak z niezgłoszenia się świadczeniodawców, którzy mogliby realizować część zakresów świadczeń w poszczególnych powiatach<sup>7</sup>, a także z określania przez OW propozycji finansowych na podstawie prognozy realizacji umów z podmiotami leczniczymi, które w poszczególnych obszarach kontraktowania miały zróżnicowany potencjał udzielania świadczeń medycznych.

## III. Opis ustalonego stanu faktycznego

OBSZAR

### 1. Dostępność świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych ze środków publicznych

Opis stanu faktycznego

1.1. W dniach 16.11.2018 r., 29.11.2019 r. i 10.12.2020 r. Dyrektor OW przesłał do Centrali NFZ plany zakupu świadczeń zdrowotnych<sup>8</sup> na lata 2019–2021 wraz z uzasadnieniem, obejmujące m.in. rehabilitację leczniczą.

W części ogólnej planów stwierdzono, że sporządzono je m.in. na podstawie:

- dotychczasowego poziomu realizacji umowy przez świadczeniodawców<sup>9</sup>,
- priorytetów ogólnopolskich na kolejne lata, którymi w 2019 r. było *zwiększenie dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych poprzez umożliwienie wydzielenia środków finansowych na rehabilitację pourazową*, a w latach 2020–2021: *zwiększenie dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych po urazach i zabiegach operacyjnych*.

W planach zakupu na 2019 r. i 2020 r. wskazanie priorytetów w zakresie finansowania świadczeń nie uwzględniało priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej, wymaganych

<sup>4</sup> Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, negatywną albo w formie opisowej.  
<sup>5</sup> M.in. w I kwartale 2021 r. w siedmiu z 12 zbadanych zakresów świadczeń, średni maksymalny czas oczekiwania wynosił od 177 do 599 dni, a na leczenie oczekiwało 16,0 tys. osób.  
<sup>6</sup> *Rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu wzroku, rehabilitacja pulmonologiczna z wykorzystaniem metod subterraneoterapii w ośrodku/oddziale dziennym i rehabilitacja pulmonologiczna w warunkach stacjonarnych.*  
<sup>7</sup> *Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym, rehabilitacja i rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa w ośrodku/oddziale dziennym.*  
<sup>8</sup> Dalej też: świadczeń.  
<sup>9</sup> Nie dotyczy siedmiu zakresów w 2019 r.

postanowieniami art. 131b ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>10</sup>. Z wyjaśnień Dyrektora OW wynika jednak, że priorytety Wojewody były realizowane (kwestię tę przedstawiono poniżej).

W 2021 r. plan zakupu świadczeń określono na podstawie priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej województwa podlaskiego na lata 2019–2021 w rodzaju rehabilitacja lecznicza<sup>11</sup>, które dotyczyły poprawy dostępu pacjentów z udarem mózgu do rehabilitacji oraz poprawy jakości i dostępności do rehabilitacji medycznej.

Część szczegółowa planów określała m.in. obszary terytorialne, dla których aneksuje się wcześniej zawarte umowy lub prowadzi się postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń i maksymalną liczbę umów, która zostanie zawarta na danym obszarze. Dotyczyło to objętych kontrolą NIK wszystkich 12 głównych zakresów świadczeń<sup>12</sup> wraz z 13 zakresami skojarzonymi. Spełniono tym samym wymóg art. 131b ust. 2 pkt 2 uśz. (akta kontroli str. 31-53, 73-109, 127-149, 157-160, 177, 187-215)

W latach 2019–2021 (I kwartał) na finansowanie świadczeń rehabilitacji leczniczej zaplanowano (po zmianach) kolejno 57.058,6 tys. zł, 64.110,3 tys. zł (wzrost o 12,4%) i 16.751,9 tys. zł. Łączne planowane nakłady na wszystkie świadczenia wynosiły odpowiednio 2.556.479,8 tys. zł, 2.689.082,3 tys. zł (wzrost o 5,2%) i 2.262.685,8 tys. zł (spadek o 15,9% w porównaniu do 2020 r.). Udział planu wydatków na rehabilitację leczniczą w planowanych wydatkach na świadczenia zdrowotne w latach 2019–2020 stanowił kolejno 2,2% i 2,4%. (akta kontroli str. 57, 187, 195, 215, 217)

Wojewoda określił następujące priorytety dotyczące rehabilitacji leczniczej:

1. *Poprawa dostępu pacjentów z udarem mózgu do rehabilitacji (ruchowej, neuropsychologicznej i logopedycznej)*. Miało to nastąpić w horyzoncie krótkoterminowym. Jednak na 2020 r. zaplanowano liczbę świadczeń o 12,8% mniejszą niż w pierwotnym planie na 2019 r. i o 18,4% mniejszą niż w planie po zmianach (choć łączną planowaną liczbę świadczeń zwiększono o 15,2%). W 2020 r. w porównaniu do 2019 r. liczba osób oczekujących zmniejszyła się (w przypadkach stabilnych i pilnych kolejno z 59 do 42 dni i z sześciu do czterech dni). Średni maksymalny czas oczekiwania w przypadkach stabilnych skrócił się zaś z 309 do 281 dni. Wzrósł jednak średni maksymalny czas oczekiwania (z siedmiu do 75 dni)<sup>13</sup>.

Dyrektor OW wyjaśnił, że:

a) Ujęcie w planie zakupu na 2020 r. w zakresie *rehabilitacja neurologiczna* mniejszej liczby jednostek rozliczeniowych niż w 2019 r. wynikało z niskiej realizacji świadczeń. Przy tworzeniu planu na 2020 r. brano m.in. pod uwagę: liczbę i wartość świadczeń wynikającą z prognozy realizacji na podstawie miesięcy styczeń – sierpień 2019 r. oraz z umów pierwotnych i aktualnych w 2019 r., a także realizację umów w 2019 r.<sup>14</sup>

<sup>10</sup> Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, ze zm. Ustawa zwana dalej: uśz.

<sup>11</sup> Określone były one w dokumentach: *Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej województwa podlaskiego na okres od 1 stycznia 2019 r. do 31 grudnia 2021 r.* z 24.08.2018 r. i *Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej województwa podlaskiego na okres od 1 stycznia 2019 r. do 31 grudnia 2021 r. – Aktualizacja* z 28.02.2019 r. Dalej: priorytety Wojewody.

<sup>12</sup> Tj. *lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna, fizjoterapia ambulatoryjna, fizjoterapia domowa, rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym, rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu słuchu i mowy, rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu wzroku, rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa w ośrodku/oddziale dziennym, rehabilitacja pulmonologiczna z wykorzystaniem metod subterraneoterapii w ośrodku/oddziale dziennym, rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych, rehabilitacja pulmonologiczna w warunkach stacjonarnych, rehabilitacja neurologiczna i rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa w warunkach stacjonarnych.*

<sup>13</sup> Średni maksymalny czas oczekiwania obliczany jest zgodnie z wzorem określonym w załączniku nr 6 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. poz. 1207, ze zm.).

<sup>14</sup> Wg stanu na 11.09.2019 r.

Prognoza realizacji świadczeń na etapie tworzenia planu zakupu na 2020 r. wynosiła 88%. Liczbę jednostek rozliczeniowych zaplanowano przyjmując założenia: przy realizacji umowy na poziomie 95% i poniżej – zaplanowano liczbę świadczeń wynikającą z prognozy realizacji, a przy realizacji umowy powyżej 95% – na poziomie umowy pierwotnej, uwzględniającej wzrost wyceny jednostek rozliczeniowych. Jednocześnie wysoki poziom realizacji świadczeń wystąpił w zakresie skojarzonym, tj. *rehabilitacja neurologiczna dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności*.

- b) Celem priorytetu jest m.in. poprawa dostępu pacjentów z udarem mózgu do leczenia rehabilitacyjnego (rehabilitacja ruchowa, neuropsychologiczna i logopedyczna), a preferowany sposób realizacji to zwiększenie liczby miejsc w oddziałach rehabilitacji neurologicznej. Takiego zwiększenia dokonać może tylko wojewoda, na wniosek szpitala, poprzez dokonanie wpisu do RWPDL. Jak wynika z analizy liczby łóżek w oddziałach rehabilitacji neurologicznej, zarejestrowanych w RPWDL, wg stanu na 1 stycznia lat 2018–2020 ich liczba nie uległa zmianie.

Na 2021 r. na *rehabilitację neurologiczną* zaplanowano nakłady o 13,1% większe niż w planie na 2019 r. i o 30,3% większe niż w planie na 2020 r. W planie zakupu na 2021 r. oprócz dodatkowych 20 łóżek w oddziałach rehabilitacji neurologicznej zaplanowano zwiększenie liczby świadczeń o dodatkowo 40% od wartości prognozy realizacji.

W latach 2019–2021 (do 31.03) poprawiała się dostępność świadczeń w przypadkach stabilnych: średni maksymalny czas oczekiwania wynosił kolejno 309, 281 i 177 dni<sup>15</sup>, wg stanu na koniec roku oczekiwało 59, 42 i 42 osoby. W przypadkach pilnych minimalny czas oczekiwania we wszystkich latach wynosił 0 dni, a maksymalny czas oczekiwania – 7, 75 (dotyczył jednego pacjenta) i 38 dni. Oczekiwało kolejno sześciu, czterech i 12 pacjentów.

2. *Poprawa jakości i dostępności do rehabilitacji medycznej, w tym wczesnej i kompleksowej rehabilitacji m.in. kardiologicznej, również w horyzoncie krótkoterminowym.* W związku z tym w planach zakupu świadczeń na lata 2019–2021 liczbę jednostek rozliczeniowych w zakresie *rehabilitacji kardiologicznej lub kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej w warunkach stacjonarnych*<sup>16</sup> zwiększano z 4.270,8 tys. do 4.672,4 tys. punktów, a liczbę jednostek rozliczeniowych w zakresie *rehabilitacji neurologicznej* – z 7.582,8 tys.<sup>17</sup> do 9.186,9 tys. punktów. Ponadto Dyrektor wyjaśnił, że preferowanym sposobem realizacji priorytetu jest m.in. zwiększenie liczby ośrodków dziennej rehabilitacji i liczby łóżek w oddziałach rehabilitacyjnych, co nie należy do kompetencji OW. (akta kontroli str. 162-186, 217)

Dane o dostępności do świadczeń – mierzonej czasem oczekiwania, liczbą oczekujących i wartością umów – przedstawiono w punkcie 1.5.

Z planu zakupów na lata 2019–2021 wynikało, że na niektórych obszarach województwa podlaskiego nie była zapewniona dostępność świadczeń w zakresach *rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym* i *rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa w ośrodku/oddziale dziennym*<sup>18</sup>. W związku z tym na lata 2019–2020 zaplanowano ogłoszenie postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie tych świadczeń (co szerzej opisano w punkcie 1.4).

<sup>15</sup> Minimalny czas oczekiwania we wszystkich latach wynosił 0 dni.

<sup>16</sup> Był to największy pod względem ilościowym i wartościowym zakres dotyczący rehabilitacji kardiologicznej.

<sup>17</sup> W obu zakresach – wg pierwotnego planu z 31.12.2018 r.

<sup>18</sup> Dotyczyło to też zakresów skojarzonych: *rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności* i *rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa w ośrodku/oddziale dziennym dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności*.

W latach 2019–2021 (I kwartale) OW nie ogłaszał postępowań w zakresach świadczeń:

1. *Rehabilitacja pulmonologiczna z wykorzystaniem metod subterraneoterapii w ośrodku/oddziale dziennym*, gdyż – jak wskazano w planach – położenie geograficzne województwa nie pozwala na prowadzenie takiego leczenia, ze względu na brak podziemnych komór solnych<sup>19</sup>. OW nie odnotował też żadnej informacji stanowiącej deklarację potencjalnego świadczeniodawcy o chęci zawarcia umowy na ten zakres świadczeń. Ponadto z analizy migracji zewnętrznych wynikało, że w 2018 r. żaden pacjent z terenu województwa nie skorzystał z takiego leczenia.
2. *Rehabilitacja pulmonologiczna w warunkach stacjonarnych*: na etapie tworzenia planu zakupu OW nie odnotował żadnej deklaracji potencjalnego świadczeniodawcy w sprawie chęci zawarcia umowy w tym zakresie. Ponadto z analizy migracji zewnętrznych wynikało, że OW w tym zakresie świadczeń w 2018 r. opłacił leczenie tylko dla 23 pacjentów z terenu województwa<sup>20</sup>.
3. *Rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu wzroku*: OW nie odnotował deklaracji potencjalnego świadczeniodawcy o chęci zawarcia umowy na prowadzenie takiego leczenia. Ogłoszenie postępowań w tym zakresie świadczeń zaplanowano od 1.07.2021 r. – w związku z korzystaniem przez mieszkańców z takich świadczeń w innych województwach. (akta kontroli str. 40-41, 58, 83, 108, 132)

1.2. Przy sporządzaniu planów zakupu Oddział współpracował z konsultantami wojewódzkimi, świadczeniodawcami, podmiotami reprezentującymi świadczeniobiorców oraz Wojewodą Podlaskim. Jak wyjaśnił Dyrektor, OW brał pod uwagę deklaracje świadczeniodawców zainteresowanych prowadzeniem rehabilitacji leczniczej. W toku kontroli NIK przedstawiono takie deklaracje złożone przez osiem podmiotów. Dyrektor wyjaśnił również, że w 2020 r. odbyło się spotkanie m.in. z konsultantem wojewódzkim w dziedzinie rehabilitacji nt. poprawy dostępności do świadczeń na oddziałach rehabilitacji neurologicznej. Poruszano kwestie związane z potrzebą otwarcia takiego oddziału w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku. Z konsultantami wojewódzkimi we wszystkich dziedzinach medycyny współpracowano na bieżąco w ramach zadań związanych z zabezpieczeniem dostępności oraz wprowadzanych zmian dotyczących sprawozdawczości i finansowania świadczeń. W zakresie rehabilitacji leczniczej żaden z nich nie zgłaszał zastrzeżeń do prowadzonych procesów aneksowania/renegocjacji umów, a tym samym do poziomu zabezpieczenia świadczeń. Nie przekazywał też sugestii ani nie zgłaszał postulatów dotyczących poziomu dostępności i zabezpieczenia świadczeń.

OW udzielił też odpowiedzi na prośby czterech podmiotów, zwracających się w imieniu świadczeniobiorców, o utworzenie punktów rehabilitacji leczniczej. Dyrektor wyjaśnił także, że OW brał czynny udział w tworzeniu mapy potrzeb zdrowotnych w rodzaju rehabilitacja lecznicza poprzez uczestnictwo wraz z Podlaskim Urzędem Wojewódzkim w Białymstoku w pracach zespołu nad taką mapą, pod kierownictwem Ministerstwa Zdrowia. Podczas spotkań zaprezentowano propozycje wniosków i rekomendacji dla województwa podlaskiego do mapy potrzeb zdrowotnych. (akta kontroli str. 218-220, 394-395)

<sup>19</sup> Potrzebnych do zastosowania takiej rehabilitacji wg stanowiska Ministerstwa Zdrowia z 10.10.2013 r., znak MZ-OZG-074-31736-6/ES/13.

<sup>20</sup> Na kwotę 49,6 tys. zł.

1.3. Z dokumentacji pięciu postępowań o zawarcie umów, przeprowadzonych w latach 2019–2020<sup>21</sup> wynika, że wyznaczone obszary kontraktowania (powiaty lub grupa powiatów) pokrywały się z obszarami określonymi w planach zakupu. W 2019 r. postępowania w zakresie *rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym* przeprowadzono dla nowo określonych obszarów (poszczególnych powiatów) – w poprzednim procesie kontraktowania postępowanie przeprowadzono dla grup powiatów<sup>22</sup>. Natomiast w zakresie *rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa w ośrodku/oddziale dziennym* obszar w porównaniu do poprzedniego procesu kontraktowania nie zmienił się. W okresie objętym kontrolą NIK nie zmieniano obszarów kontraktowania. Nie zostały wyznaczone obszary niespójne terytorialnie.

Pomimo ogłaszania postępowań, nie zabezpieczono dostępności świadczeń w dwóch zakresach na terenie ośmiu powiatów. Postępowania unieważniono z powodu nieotrzymania ofert, co opisano w punkcie 1.4<sup>23</sup>.

(akta kontroli str. 99-106, 187-194, 195-214, 221, 226-227)

W części szczegółowej planów zakupu określono obszary terytorialne, na których przeprowadza się postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń rehabilitacji leczniczej lub aneksuje się umowy zawarte wcześniej oraz maksymalną liczbę umów, która zostanie zawarta na danym obszarze, w poszczególnych zakresach świadczeń.

W dziewięciu głównych zakresach<sup>24</sup> wyznaczone obszary kontraktowania obejmowały cały teren województwa. I tak w zakresach świadczeń:

- *lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna i fizjoterapia ambulatoryjna* obszarami były grupy osiedli Białegostoku, pozostałe miasta na prawach powiatu, grupy wybranych gmin i poszczególne powiaty ziemskie,
- *rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym*: Białystok, pozostałe miasta na prawach powiatu wraz z przyległymi powiatami ziemskimi i poszczególne pozostałe powiaty ziemskie,
- *rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych, rehabilitacja neurologiczna, fizjoterapia domowa*: grupy powiatów,
- *rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu słuchu i mowy*: województwo podlaskie,
- *rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa w ośrodku/oddziale dziennym i rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa w warunkach stacjonarnych*: grupy powiatów. W planie zakupu na 2019 r. nie uwzględniono jednak jednego z trzech obszarów, tj. miasta Suwałki i powiatów: suwalskiego, sejneńskiego i augustowskiego. Dyrektor OW wyjaśnił, że wynikało to z omyłki pracowników sporządzających plan zakupu oraz że w latach 2016–2020 ogłoszono sześć postępowań, które zostały unieważnione z powodu braku złożonych ofert. W planach na 2020 r. i 2021 r. obszar ten został uwzględniony.

W trzech zakresach nie zaplanowano świadczeń, w związku z brakiem udzielających ich podmiotów – co opisano w punkcie 1.1. Wartość zawartych umów w przeliczeniu na 10 tys. ludności przedstawiono w punkcie 1.5.

(akta kontroli str. 99-106, 187-194, 195-214)

<sup>21</sup> W I kwartale 2021 r. nie prowadzono postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń.

<sup>22</sup> M.in. Białystok i powiaty: białostocki, sokółski oraz Łomża i powiaty: łomżyński, grajewski, kolneński, zambrowski, moniecki.

<sup>23</sup> Postępowania te nie dotyczyły leczenia, które miało być finansowane w ramach podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych.

<sup>24</sup> Wraz z zakresami skojarzonymi.

1.4. W latach 2019–2020 przeprowadzono kolejno cztery<sup>25</sup> i pięć<sup>26</sup> postępowań w sprawie zawarcia umów na świadczenia rehabilitacji leczniczej (w I kwartale 2021 r. postępowań takich nie ogłaszano). Zostały one jednak unieważnione.

Przesłanką unieważnienia wszystkich postępowań, ogłoszonych 12.06 i 2.09.2019 r. oraz 11.02.2020 r., było niezłożenie ofert przez świadczeniodawców. Unieważnienie ogłoszonych postępowań skutkowało brakiem dostępności leczenia w dwóch zakresach świadczeń na terenie ośmiu powiatów:

- w zakresie *rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym*<sup>27</sup> 2.09.2019 r. ogłoszono postępowania dla trzech powiatów<sup>28</sup>, a 11.02.2020 r. – dla czterech powiatów<sup>29</sup>,
- w zakresie *rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa w ośrodku/oddziale dziennym*<sup>30</sup> 11.02.2020 r. ogłoszono postępowanie dla grupy czterech powiatów<sup>31</sup>. (akta kontroli str. 221-222, 228-232)

W 2021 r. do zakończenia kontroli NIK nie ogłoszono analogicznych postępowań. Dyrektor wyjaśnił, że:

- w przypadku *rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym* związane to było z ograniczeniami spowodowanymi stanem epidemii w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2 – pracownicy Działu Kontraktowania Świadczeń od 20.03.2020 r. oprócz bieżących obowiązków zostali oddelegowani do zwalczania epidemii, ponadto do OW nie wpłynęły deklaracje potencjalnych świadczeniodawców dotyczące zawarcia umów na tych obszarach kontraktowania,
- nie było podmiotu deklarującego zainteresowanie udzielaniem świadczeń *rehabilitacji kardiologicznej lub kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej w ośrodku/oddziale dziennym* na tym obszarze kontraktowania,
- w przypadku powzięcia informacji o podmiotach, które mogłyby udzielać tych świadczeń, postępowania zostałyby ogłoszone. (akta kontroli str. 321-325)

Unieważnienie postępowania ogłoszonego 12.06.2019 r. w zakresie *fizjoterapia ambulatoryjna (wraz z zakresem skojarzonym fizjoterapia ambulatoryjna dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności)* nie powodowało braku dostępności tych świadczeń (były one zapewnione przez Szpital Ogólny w Kolnie). Unieważnienie wynikało z niezłożenia oferty przez jedyny podmiot zaproszony do rokowań<sup>32</sup>.

(akta kontroli str. 221, 223)

Od 1.01.2019 r. OW nie ogłaszał postępowań w zakresach *rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu wzroku, rehabilitacja pulmonologiczna z wykorzystaniem metod subterранеoterapii w ośrodku/oddziale dziennym i rehabilitacja pulmonologiczna w warunkach stacjonarnych*. Przyczyny przedstawiono w punkcie 1.1.

<sup>25</sup> W zakresach: *fizjoterapia ambulatoryjna i rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym* wraz z zakresami skojarzonymi dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności.

<sup>26</sup> W zakresach: *rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym i rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa w ośrodku/oddziale dziennym* wraz z zakresami skojarzonymi dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności.

<sup>27</sup> Także w zakresie skojarzonym dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności.

<sup>28</sup> Tj. grajewskiego, sokólskiego i zambrowskiego. Świadczenia w tym zakresie nie były w nich dostępne od 1.04.2018 r.

<sup>29</sup> Tj. grajewskiego, kolneńskiego, sokólskiego i zambrowskiego. Świadczenia w tym zakresie nie były dostępne w powiecie kolneńskim od 2.10.2019 r.

<sup>30</sup> Także w zakresie skojarzonym dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności.

<sup>31</sup> Tj. augustowskiego, sejneńskiego, suwalskiego i miasta Suwałki. Świadczenia w tym zakresie nie były w nich dostępne w całym okresie objętym kontrolą NIK.

<sup>32</sup> Postępowanie to – w trybie rokowań – ogłoszono w związku z nakazującym to wyrokiem sądowym. Świadczeniodawca, który domagał się tego postępowania, nie wziął udziału w rokowaniach.

1.5. W latach 2019–2021 (I półroczu) świadczenia rehabilitacji były zapewnione na podstawie umów wieloletnich zawartych na lata 2017–2021 (I półrocze). W tym czasie obowiązywało 69, 67 i 67 umów, realizowanych przez 49, 46 i 46 podmiotów. W wyniku analizy dostępności do leczenia na poszczególnych obszarach, na lata 2019–2020 zaplanowano ogłoszenie postępowań w dwóch zakresach świadczeń, lecz z uwagi na brak ofert unieważniono wszczęte postępowania, co szerzej opisano w punkcie 1.4.

W latach 2019–2021 (I półrocze) planowano udzielenie świadczeń odpowiednio o wartości 57.058,6 tys. zł, 64.110,3 tys. zł (wzrost o 12,4%) i 16.751,9 tys. zł, przy wykorzystaniu kolejno 56.479,6 tys. punktów, 63.884,3 tys. punktów (wzrost o 13,1%) i 16.737,0 tys. punktów.

W okresie tym zakontraktowane były świadczenia o wartości 64.468,1 tys. zł, 61.384,1 tys. zł (spadek o 4,8%) i 12.348,6 tys. zł, przy wykorzystaniu kolejno 64.216,1 tys. punktów, 61.537,4 tys. punktów (spadek o 4,2%) i 12.378,0 tys. punktów.

Z tego we wskazanych latach w ramach świadczeń w rodzaju *rehabilitacja lecznicza* zakontraktowano udzielenie świadczeń o wartości kolejno 48.955,0 tys. punktów, 47.863,9 tys. punktów (spadek o 11,4%) i 9.914,9 tys. punktów. Poziom finansowania tych świadczeń określono na odpowiednio 48.422,5 tys. zł, 47.042,6 tys. zł (spadek o 2,8%) i 9.914,9 tys. zł. Natomiast w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych (finansowanych odrębnie) zakontraktowano udzielenie świadczeń rehabilitacji o wartości kolejno 15.261,1 tys. punktów, 13.673,5 tys. punktów (spadek o 11,4%) i 2.463,1 tys. punktów. Poziom finansowania tych świadczeń wyniósł odpowiednio 16.045,5 tys. zł, 14.341,5 tys. zł (spadek o 11,6%) i 2.562,7 tys. zł.

Wykonane koszty świadczeń w latach 2019 i 2020 wyniosły kolejno 64.412,4 tys. zł i 59.811,3 tys. zł (tj. o 7,1% mniej). Stanowiło to kolejno 112,9% i 93,3% planu po zmianach.

W przeliczeniu na 10 tys. ludności wartość zawartych umów wyniosła odpowiednio 546,6 tys. zł, 519,5 tys. zł i 104,5 tys. zł. Średnia cena za punkt rozliczeniowy w zawartych umowach wynosiła w każdym roku 1,00 zł.

W latach 2018–2020 wartość świadczeń sprawozdanych przez świadczeniodawców, które nie zostały sfinansowane przez OW zmniejszyła się z 5.440,4 tys. zł do 437,8 tys. zł i 0,6 tys. zł. Sprawozdali oni świadczenia o wartości 63.007,6 tys. zł, 64.850,2 tys. zł i 59.811,9 tys. zł. W 2018 r. sfinansowano świadczenia o wartości 57.567,1 tys. zł (a w latach 2019–2020: 64.412,4 tys. zł i 59.811,3 tys. zł).

(akta kontroli str. 234-303, 311, 333-334)

1.5.1. Czas oczekiwania i liczba osób oczekujących na udzielanie świadczeń określano dla przypadków pilnych i stabilnych. Przypadki pilne:

- a) Minimalny czas oczekiwania występował w 2019 r. w jednym zakresie świadczeń<sup>33</sup> – wynosił 13 dni, a oczekiwało 105 osób.
- b) Średni maksymalny czas oczekiwania w latach 2019–2021 (I kwartał) występował kolejno w 10, dziewięciu i dziewięciu zakresach świadczeń oraz wynosił od siedmiu do 500 dni. W I kwartale 2021 r. najdłuższy był w sześciu zakresach:
  - *rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym* oraz *rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu słuchu i mowy*<sup>34</sup> (kolejno 435, 500 i 383 dni, oczekiwało 827, 788 i 851 osób),
  - *fizjoterapia ambulatoryjna* (kolejno 340, 305 i 291 dni, oczekiwały 5.963, 5.395 i 5.170 osób),
  - *lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna* (kolejno 226, 223 i 197 dni, oczekiwało 2.616, 1.325 i 1.624 osoby),

<sup>33</sup> *Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych.*

<sup>34</sup> Czas oczekiwania i liczba oczekujących w tych dwóch zakresach były ustalane łącznie, jako świadczenia zakładu/ośrodka rehabilitacji leczniczej dziennej.

- *fizjoterapia domowa* (kolejno 172, 189 i 277 dni, oczekiwało 46, 38 i 39 osób),
- *rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych* (kolejno 161, 62 i 307 dni, oczekiwało 105, 50 i 54 osoby).

Przypadki stabilne:

- a) Minimalny czas oczekiwania w latach 2019–2021 (w I kwartale) występował kolejno w czterech, jednym i dwóch zakresach. Najdłuższy był w zakresach *rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych* (w 2019 r. – 55 dni), *rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa w ośrodku/oddziale dziennym* (kolejno 29, sześć i cztery dni), *lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna* (w 2019 r. – 12 dni) i *rehabilitacja kardiologiczna w warunkach stacjonarnych* (w 2019 r. i 2021 r. kolejno sześć i trzy dni).
- b) Średni maksymalny czas oczekiwania latach 2019–2021 (w I kwartale) wynosił od 28 do 766 dni. Najdłuższy był w siedmiu zakresach:
- *rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym oraz rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu słuchu i mowy* (kolejno 642, 587 i 599 dni, oczekiwało 1.730, 1.620 i 1.540 osób),
  - *rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych* (kolejno 575, 506 i 558 dni, oczekiwało 1.257, 613 i 462 osoby),
  - *fizjoterapia ambulatoryjna* (561, 535 i 517 dni, oczekiwało 12.149, 10.313 i 9.988 osób),
  - *lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna* (358, 374 i 322 dni, oczekiwały 9.663, 3.529 i 3.843 osoby),
  - *fizjoterapia domowa* (274, 283 i 319 dni, oczekiwało 89, 97 i 85 osób)
  - *rehabilitacja neurologiczna* (309, 281 i 177 dni, oczekiwało 59, 42 i 42 osoby).

(akta kontroli str. 313-316)

W związku ze wzrostem czasu oczekiwania w niektórych zakresach świadczeń, Dyrektor OW wyjaśnił, że w 2020 r. z powodu sytuacji epidemicznej wywołanej wirusem SARS-CoV-2 podmioty lecznicze zgłosiły ograniczenia w dostępności do świadczeń, które przełożyły się bezpośrednio na wydłużenie czasu oczekiwania. I tak w zakresach:

- *rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym i rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu słuchu i mowy* ograniczenia te trwały łącznie 331 i 49 dni – dotyczyło to 11 (z 16) i dwóch (z dwóch) świadczeniodawców,
- *fizjoterapia ambulatoryjna* – łącznie 606 dni, w 26 miejscach udzielania świadczeń,
- *fizjoterapia domowa* – łącznie 104 dni; ponadto długi czas oczekiwania wynikał ze zwiększającej się liczby pacjentów z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności,
- *lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna* – łącznie 507 dni, w 34 miejscach udzielania świadczeń; ponadto propozycje przedstawione świadczeniodawcom na 2021 r. były niższe niż w 2020 r., w związku z uprawnieniem fizjoterapeutów do planowania zabiegów bez skierowania lekarskiego od 1.01.2019 r.,
- *rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych i rehabilitacja neurologiczna* – kolejno trzy szpitale i jeden szpital czasowo zawiesiły przyjmowanie pacjentów<sup>35</sup>.

(akta kontroli str. 317-318)

Dyrektor wyjaśnił też, że:

1. OW analizuje dostępność do leczenia m.in. na podstawie realizacji umów we wszystkich zakresach świadczeń oraz liczby i obciążenia łóżek w zakresach stacjonarnych. Dane

<sup>35</sup> SPZOZ w Hajnówce – od 15.03.2021 r., SPZOZ w Sokółce – od 2.04.2021 r., SPZOZ Wojewódzki Szpital Zespolony im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku (udzielający świadczeń w obu zakresach) – od 8.10 do 31.12.2020 r.

te dostarczają informacji o wydajności potencjału poszczególnych podmiotów leczniczych.

2. W przypadku wzrostu czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia nie zmieniano planów ich zakupu, z uwagi na ograniczone środki finansowe, którymi dysponował OW. Zaplanowanie wartości umów odpowiadającej prognozie ich realizacji i bieżącego zwiększania wartości umów w zakresach, w których odnotowuje się zwiększenie czasu oczekiwania na leczenie byłoby możliwe w sytuacji dysponowania przez OW większą ilością środków finansowych. (akta kontroli str. 321)

1.5.2. W latach 2019–2021 r. (I kwartał) występowały znaczne różnice między najwyższą i najniższą zapewnioną wartością świadczeń na 10 tys. ludności dla obszarów kontraktowania we wszystkich badanych zakresach. I tak w poszczególnych zakresach najwyższa i najniższa wartość świadczeń była następująca:

- *lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna*: 32,9 tys. zł, 32,3 tys. zł i 7,7 tys. zł (Białystok<sup>36</sup>) oraz 15,4 tys. zł, 11,9 tys. zł i 2,4 tys. zł (w 2019 r. gminy Choroszcz, Dobrzyniewo Duże, Tykocin, Zawady, a w 2020 r. i w I kwartale 2021 r. – powiat siemiatycki),
- *fizjoterapia ambulatoryjna*: 298,0 tys. zł, 264,5 tys. zł (powiat sejneński) i 51,4 tys. zł (Białystok<sup>37</sup>) oraz 110,8 tys. zł, 108,6 tys. zł i 21,6 tys. zł (kolejno: m. Łomża i powiaty łomżyński, siemiatycki, moniecki),
- *fizjoterapia domowa*: 23,0 tys. zł, 24,4 tys. zł i 5,8 tys. zł (we wszystkich latach m. Białystok i powiat białostocki) oraz 14,2 tys. zł i 11,6 tys. zł (w obu latach powiaty wysokomazowiecki i zambrowski) oraz 2,8 tys. zł (Łomża i powiaty: łomżyński, grajewski, kolneński),
- *rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym*<sup>38</sup>: 162,8 tys. zł, 166,3 tys. zł i 32,2 tys. zł (we wszystkich latach Łomża i powiat łomżyński) oraz 0,0 tys. zł (we wszystkich latach powiaty: grajewski, sokólski i zambrowski, a od 2.10.2019 r. również kolneński),
- *rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu słuchu i mowy*: 6,4 tys. zł, 6,3 tys. zł i 1,4 tys. zł (obszar: województwo podlaskie),
- *rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa w ośrodku/oddziale dziennym*: 6,4 tys. zł, 5,5 tys. zł i 1,3 tys. zł (Białystok i grupa powiatów: białostocki, bielski, hajnowski, moniecki, siemiatycki, sokólski) oraz 0,0 tys. zł (m. Suwałki i grupa powiatów: suwalski, augustowski i sejneński),
- *rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych*: 118,7 tys. zł, 69,8 tys. zł i 11,7 tys. zł (we wszystkich latach powiaty bielski, hajnowski i siemiatycki) oraz 53,1 tys. zł, 39,6 tys. zł (w obu latach Białystok i powiaty: białostocki, moniecki, sokólski) i 2,9 tys. zł (Łomża i powiaty: łomżyński, grajewski, kolneński, wysokomazowiecki, zambrowski),
- *rehabilitacja neurologiczna*: 128,0 tys. zł, 106,0 tys. zł i 29,7 tys. zł (we wszystkich latach powiaty: bielski, hajnowski i siemiatycki) oraz 23,6 tys. zł, 20,3 tys. zł i 4,3 tys. zł (we wszystkich latach Białystok i powiaty: białostocki, moniecki, sokólski),
- *rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa w warunkach stacjonarnych*: 182,3 tys. zł, 160,9 tys. zł i 39,0 tys. zł (we wszystkich latach Suwałki)

<sup>36</sup> W 2019 r. osiedla: Przydworcowe, Nowe Miasto, Bema, Kawalerska, Piaski, Mickiewicza, Dojlidy, Dojlidy Górne, w 2020 r. i I kwartale 2021 r.: Jaroszkówka, Białostoczek, Sienkiewicza, Wygoda, Bojary, Piasta I, Piasta II, Centrum, Skorupy).

<sup>37</sup> W 2019 r. osiedla: Przydworcowe, Nowe Miasto, Bema, Kawalerska, Piaski, Mickiewicza, Dojlidy, Dojlidy Górne, w 2020 r. i I kwartale 2021 r.: Jaroszkówka, Białostoczek, Sienkiewicza, Wygoda, Bojary, Piasta I, Piasta II, Centrum, Skorupy).

<sup>38</sup> Czas oczekiwania w tym zakresie sprawozdawano łącznie z zakresem *rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu słuchu i mowy*.

*i powiaty: suwalski, augustowski, sejneński) oraz 17,3 tys. zł, 12,9 tys. zł i 2,7 tys. zł (we wszystkich latach Łomża i powiaty: łomżyński, grajewski, kolneński, wysokomazowiecki, zambrowski). (akta kontroli str. 234-301)*

Analiza NIK wykazała, że działania OW lub uwarunkowania dotyczące siedmiu obszarów o najniższej wartości umów<sup>39</sup> były następujące:

1. W zakresie *rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym* przyczyną niezaangażowania środków był brak ofert w postępowaniach ogłoszonych dla powiatów grajewskiego, sokólskiego i zambrowskiego, a od 2.10.2019 r. także kolneńskiego. Z kolei w zakresie *rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa w ośrodku/oddziale dziennym* – brak ofert w postępowaniu ogłoszonym 11.02.2020 r. dla obszaru obejmującego Suwałki i powiaty: suwalski, augustowski, sejneński (co szerzej opisano w punkcie 1.4).
2. W czterech zakresach (*lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna, fizjoterapia ambulatoryjna, fizjoterapia domowa i rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych*) najniższa wartość umów nie powodowała najdłuższego czasu oczekiwania. Kształtował się on na poziomie od 2,0% do 41,1% czasu oczekiwania występującego w całym województwie.
3. W zakresie *rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych* maksymalny średni czas oczekiwania w przypadkach pilnych kształtował się na poziomie 5,2% czasu w całym województwie, a w przypadkach stabilnych był największy w województwie. W rehabilitacji kardiologicznej w warunkach stacjonarnych czas oczekiwania w przypadkach stabilnych kształtował się natomiast na poziomie 16,1% w całym województwie, a w przypadkach pilnych był najwyższy w województwie.

(akta kontroli str. 329-330)

Dyrektor wyjaśnił, że OW analizował dostępność do świadczeń, biorąc pod uwagę nakłady w przeliczeniu na liczbę mieszkańców obszaru kontraktowania w 2019 r. w trzech zakresach świadczeń. W rezultacie zaplanował w 2019 r. wzrost liczby zakontraktowanych świadczeń *rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym* (o 13,8% w stosunku do umów pierwotnych w 2018 r. – w związku z zawarciem nowych umów na obszarach kontraktowania, w których nie udzielano takich świadczeń w 2018 r.<sup>40</sup>), *fizjoterapii ambulatoryjnej* (o 9,1% w stosunku do umów pierwotnych w 2018 r.<sup>41</sup>) i *fizjoterapii domowej* na jednym obszarze kontraktowania<sup>42</sup>. W przypadku wzrostu czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń nie dokonywano zmiany planów ich zakupu z uwagi na ograniczone środki finansowe, którymi dysponował OW. Propozycje finansowe na dany rok kalendarzowy ustalane były przede wszystkim na podstawie prognozy realizacji, co uniemożliwiało zastosowanie równego podziału świadczeń w obszarach kontraktowania w stosunku do liczby mieszkańców. Ustalanie wartości propozycji na podstawie prognozy realizacji uwzględnia przede wszystkim zasadę korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej – pacjent ma prawo wyboru miejsca świadczeniodawcy i miejsca leczenia, a także potencjał świadczeniodawców – nie w każdym obszarze kontraktowania podmioty lecznicze dysponują takim samym potencjałem. Zgodnie z zarządzeniem 195/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 11.12.2020 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów

<sup>39</sup> Odstąpiono od analizowania czasu oczekiwania na *rehabilitację osób z dysfunkcją narządu słuchu i mowy*, ponieważ obszarem kontraktowania było całe województwo oraz na *rehabilitację neurologiczną*, w związku ze znaczną poprawą dostępności w I kwartale 2021 r. w porównaniu do 2020 r. (minimalny czas oczekiwania nie występował, maksymalny średni czas oczekiwania zmniejszył się w przypadkach pilnych z 75 do 38 dni, a w przypadkach stabilnych z 281 do 177 dni).

<sup>40</sup> Tj. na obszarze powiatów: sejneńskiego, monieckiego, wysokomazowieckiego i na obszarze powiatu siemiatyckiego.

<sup>41</sup> W związku ze zwiększeniem wartości umów na obszarach, w których w 2018 r. nakłady w przeliczeniu na mieszkańca były najmniejsze.

<sup>42</sup> Na obszarze grupy powiatów: augustowski, sejneński, suwalski, m. Suwałki i grupy powiatów: moniecki i sokólski.

w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką, OW jest zobowiązany do zwiększania kwoty zobowiązania do rzeczywistej realizacji świadczeń w zakresach skojarzonych udzielanych świadczeniobiorcom z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności. W pierwszej kolejności należy więc zabezpieczyć środki na leczenie prowadzone w ramach zakresów skojarzonych, które są nielimitowane. Z uwagi na ciągle zwiększające się zapotrzebowanie tej grupy pacjentów, wolne środki w planie zakupu przeznaczane są w pierwszej kolejności na zapłatę tych świadczeń. W związku z tym OW w planie zakupu zabezpiecza możliwie największą ilość środków na realizację tego celu. (akta kontroli str. 321-323, 332)

1.5.3. W latach 2019–2020 planowano zawrzeć kolejno trzy<sup>43</sup> i pięć<sup>44</sup> umów na świadczenia rehabilitacji leczniczej. Zakładane do poniesienia w ramach tych umów koszty świadczeń wynosiły kolejno 211,8 tys. zł i 523,3 tys. zł. Taka sama była liczba jednostek rozliczeniowych – odpowiednio 211,8 tys. i 523,3 tys. punktów. Umów tych nie zawarto. Postępowania zostały unieważnione, co opisano w punkcie 1.4. W 2021 r. zawarcie umów zaplanowano w II półroczu. (akta kontroli str. 221-222, 246, 268-271, 129-133)

W związku z niezawarciem umów planowanych do podpisania w okresie objętym kontrolą:

1. W czterech (z 17) powiatach nie była zapewniona dostępność do świadczeń w zakresie *rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym*<sup>45</sup>. Stan ten trwał od 1.04.2018 r. w trzech powiatach – wcześniej obszarami kontraktowania były grupy powiatów – oraz od 2.10.2019 r. w jednym powiecie – co związane było z wypowiedzeniem umowy o udzielanie świadczeń w tym zakresie przez jedyny realizujący je podmiot<sup>46</sup>.
2. W grupie czterech powiatów nie była zapewniona dostępność do świadczeń w zakresach: *rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa w ośrodku/oddziale dziennym*<sup>47</sup>. Stan ten trwał od 2016 r., z powodu braku podmiotów, które mogłyby udzielać tych świadczeń. (akta kontroli str. 221-222)

1.5.4. Nieopłacone świadczenia ponadlimitowe<sup>48</sup> występowały tylko w 2019 r., w jednym zakresie – *fizjoterapia ambulatoryjna*. Nie uregulowano należności za świadczenia o wartości 10,9 tys. zł, co stanowiło 0,05% wykonanych kosztów leczenia w tym zakresie. Wartość umów zawartych na lata 2019–2020 stanowiła kolejno 115,9% i 96,5% wartości świadczeń sprawozdanych i sfinansowanych w latach poprzednich.

(akta kontroli str. 333-334)

1.6. W latach 2019-2020:

1. Zawartych było kolejno 69 i 67 umów. Planowane koszty świadczeń wyniosły 57.058,6 tys. zł<sup>49</sup> i 64.110,3 tys. zł. Wg stanu na ostatni dzień roku zakontraktowane było leczenie o wartości kolejno 64.749,7 tys. zł i 63.040,9 tys. zł, a na dzień zamknięcia ksiąg rachunkowych – 64.468,1 tys. zł (spadek o 0,4%) i 61.384,1 tys. zł (spadek o 2,6%). Ostatecznie wykonano świadczenia o wartości 64.412,4 tys. zł i 59.811,3 tys. zł.
2. Wartość świadczeń wykonanych ponad limity umów (po aneksach), które nie zostały sfinansowane, na dzień zamknięcia ksiąg rachunkowych wyniosła kolejno 437,8 tys. zł

<sup>43</sup> W zakresie *rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym* wraz z zakresem skojarzonym dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności.

<sup>44</sup> W zakresach: *rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym* i *rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa w ośrodku/oddziale dziennym*, wraz z dwoma zakresami skojarzonymi dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności.

<sup>45</sup> Również w zakresie skojarzonym dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności.

<sup>46</sup> Kolejno powiaty: sokólski, grajewski, zambrowski i kolneński (gdzie świadczeń wcześniej udzielał Szpital Ogólny w Kolnie).

<sup>47</sup> Także w zakresie skojarzonym dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności.

<sup>48</sup> Wg stanu na dzień zamknięcia ksiąg rachunkowych poszczególnych lat.

<sup>49</sup> Wartości te przedstawiono wg planu po zmianach.

i 0,6 tys. zł, a na dzień przeprowadzania badania NIK – 10,9 tys. zł i 0,6 tys. zł. Wynika stąd, że po zamknięciu ksiąg sfinansowano dodatkowo świadczenia za 2019 r. o wartości 426,9 tys. zł. Podstawą sfinansowania tych świadczeń było zarządzenie Nr 130/2020/DEF Prezesa NFZ z dnia 25 sierpnia 2020 r. w sprawie zmiany planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2020 rok. Postanowiono w nim m.in. o zwiększeniu planowanych na 2020 rok kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w oddziałach wojewódzkich NFZ, z przeznaczeniem m.in. na sfinansowanie nieopłaconych świadczeń ponadlimitowych za 2019 r. Poniesione w 2020 r. przez OW koszty stanowiły koszty świadczeń z lat ubiegłych. Koszty takie mógł ponosić OW, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie szczególnych zasad prowadzenia gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia<sup>50</sup>. Podstawą sfinansowania nadwykonań było zarządzenie Dyrektora OW z 13.02.2020 r. zmieniające zarządzenie w sprawie zawierania uгод pozasądowych/aneksów rozliczających, do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach środków własnych Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, dla których okres obowiązywania lub w których okres rozliczeniowy upłynął pomiędzy 1 stycznia a 31 grudnia 2019 r.

3. Świadczenia niesfinansowane wg stanu na dzień zamknięcia ksiąg rachunkowych wykonywało kolejno 17 i jeden podmiot. Ich udział w łącznej liczbie podmiotów w rodzaju *rehabilitacja lecznicza* wynosił kolejno 34,7% i 2,2%. Świadczenia niesfinansowane wg stanu na dzień kontroli NIK były w obu latach wykonane przez jeden podmiot (stanowiący kolejno 2,0% i 2,1% ogółu świadczeniodawców w rodzaju *rehabilitacja lecznicza*).
4. Wartość niewykonanych świadczeń zaplanowanych w umowach na dzień zamknięcia ksiąg rachunkowych wyniosła kolejno 1,5 tys. zł i 4.572,8 tys. zł. Świadczeń tych nie wykonało 38 i 42 podmioty<sup>51</sup>.
5. Negatywnie zweryfikowano świadczenia o wartości 75,6 tys. zł i 238,4 tys. zł, udzielone przez 31 i 48 podmiotów<sup>52</sup>.
6. Do najczęstszych przyczyn negatywnego weryfikowania świadczeń należało:
  - *lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna*: przyjęcie bez skierowania, niewykazanie lekarza udzielającego świadczenia w deklarowanym potencjale, brak odpowiedniego kodu ICD-9 dla danego świadczenia; wielokrotne wykonanie świadczenia w tym samym dniu, dzień tygodnia udzielania świadczeń był niezgodny z zakontraktowanym harmonogramem pracy poradni;
  - *fizjoterapia ambulatoryjna*: przekroczenie limitu świadczeń dla jednego cyklu zabiegowego lub dla danego pacjenta w jednym podmiocie bądź przekroczenie limitu wykonanych cykli zabiegowych dla jednego skierowania; wykazanie świadczeń w ramach jednego skierowania realizowanych w zakładzie fizjoterapii i w domu, sprawozdanie świadczeń, które nie uzasadniały wpisania uprawnienia dodatkowego,
  - *rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym*: przekroczenie limitu osobodni w ramach skierowania lub dla danego pacjenta; nakładanie się świadczeń rozliczanych za każdy dzień w danym podmiocie, przedstawienie wykluczających się świadczeń wykonanych w pokrywającym się okresie;
  - *rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych*: wpisanie niewłaściwej Jednorodnej Grupy Pacjentów<sup>53</sup>; wykazanie świadczeń ambulatoryjnych podczas pobytu pacjenta w opiece stacjonarnej w innym podmiocie; data zakończenia

<sup>50</sup> Dz. U. z 2019 r. poz. 835, ze zm. (załącznik nr 1).

<sup>51</sup> Dane na dzień zamknięcia ksiąg rachunkowych Oddziału.

<sup>52</sup> Dotyczy to świadczeń sprawozdanych przez podmioty, dla których OW odmówił sfinansowania, a nie obejmuje świadczeń początkowo zweryfikowanych negatywnie, lecz zaakceptowanych po kolejnych weryfikacjach.

<sup>53</sup> Dalej: JGP.

ostatniej chronologicznie pozycji rozliczeniowej późniejsza od daty wypisu z hospitalizacji;

- *rehabilitacja neurologiczna*: wskazanie do rozliczenia niewłaściwej JGP lub niewłaściwej taryfy dla JGP; data zakończenia ostatniej chronologicznie pozycji rozliczeniowej późniejsza od daty wypisu z hospitalizacji,
  - *rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa w warunkach stacjonarnych*: wskazanie do rozliczenia niewłaściwej taryfy dla JGP lub niewłaściwej taryfy dla przekazanego świadczenia z powodu niewłaściwej procedury dodatkowej, wykonywanie procedur poza okresem hospitalizacji.
- (akta kontroli str. 333-356, 397-404)

1.7. W latach 2019–2020 na podmioty udzielające świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza<sup>54</sup> nałożono kary w wysokości 32,9 tys. zł i 2,7 tys. zł. Dotyczyły one kolejno pięciu i dwóch świadczeniodawców. Główne przyczyny nałożenia kar były następujące:

- w 2019 r.: nieprawidłowości w organizacji udzielania lub w rozliczaniu świadczeń, nieudostępnianie wymaganych informacji świadczeniobiorcom, niewłaściwe prowadzenie list oczekujących lub niepowołanie zespołu oceny przyjęć, niezapewnienie wymaganych warunków lokalowych albo nieprawidłowe gromadzenie informacji bądź prowadzenie dokumentacji medycznej lub technicznej,
- w 2020 r.: nieprawidłowe gromadzenie informacji lub prowadzenie dokumentacji medycznej.

Wszystkie kary zostały zapłacone. W 2021 r. (w I kwartale) OW nie nakładał kar umownych na tych świadczeniodawców.

(akta kontroli str. 368)

1.8. W latach 2019–2021 (I kwartał) do OW wpłynęło kolejno 12, sześć i trzy skargi dotyczące realizacji umów na udzielanie świadczeń rehabilitacji leczniczej. Dostępności do leczenia dotyczyło 17 skarg, a jakości udzielanych świadczeń – cztery (złożone w 2019 r.). Nie wpłynęły skargi dotyczące odpłatności pacjentów za świadczenia. Za zasadne uznano dwie skargi, a pozostałe uznano za niezasadne. W toku kontroli przeanalizowano 10 skarg<sup>55</sup>. Odpowiedzi dla skarżących zostały udzielone terminowo.

Za zasadną uznano skargę z 28.05.2019 r., dotyczącą przerwania hospitalizacji z powodu akcji protestacyjnej personelu fizjoterapeutycznego. Nie podjęto działań w celu ponowienia udzielania świadczeń w związku ze stanowiskiem szpitala, że dzięki uzyskanej poprawie stanu zdrowia rehabilitacja pacjenta może być kontynuowana w warunkach ambulatoryjnych.

Za zasadną uznano też skargę z 25.11.2019 r. w zakresie żądania od osoby niepełnosprawnej nowego skierowania (przychylnono się zaś do wyznaczonego przez szpital terminu udzielenia kolejnych świadczeń).

W przypadku siedmiu skarg prawidłowo uznanych za niezasadne OW wyjaśnił skarżącym zaistniałą sytuację, a jedna skarga została wycofana.

(akta kontroli str. 369)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

OCENA CZĄSTKOWA

Sposób organizowania świadczeń rehabilitacji leczniczej przez POW NFZ na terenie województwa podlaskiego był adekwatny do możliwości świadczeniodawców i środków finansowych będących w dyspozycji Oddziału. Prawidłowo nadzorowano realizację umów i dokonywano w nich zmian, uwzględniając rzeczywisty stan realizacji świadczeń. Przestrzegano standardów udzielania świadczeń, a przypadki negatywnego ich weryfikowania były uzasadnione. Proces kontraktowania realizowano w sposób właściwy.

<sup>54</sup> W zakresach świadczeń objętych kontrolą NIK.

<sup>55</sup> Badano po pięć skarg otrzymanych w latach 2019–2020.

Niemniej jednak nie zapewniono odpowiedniej ani równej dostępności do leczenia. Wynikło to ograniczonego potencjału świadczeniodawców, w tym zgłoszeniem przez nich w latach 2020–2021 ograniczeń w dostępności do świadczeń spowodowanych sytuacją epidemiczną wywołaną wirusem SARS-CoV-2, a także – jak wyjaśnił Dyrektor OW – z braku możliwości przeznaczenia większych środków finansowych na rehabilitację leczniczą. Nie zlikwidowano także znacznych różnic w dostępności do leczenia występujących między obszarami kontraktowania. Było to spowodowane brakiem świadczeniodawców, którzy mogliby realizować część zakresów świadczeń w całym województwie<sup>56</sup> lub w niektórych powiatach<sup>57</sup>, a także określanie przez OW propozycji finansowych na podstawie prognozy realizacji umów z podmiotami leczniczymi, które na poszczególnych obszarach kontraktowania miały zróżnicowany potencjał udzielania świadczeń medycznych.

## OBZAR 2. Zapewnienie dostępności świadczeń rehabilitacji leczniczej w czasie epidemii SARS-CoV-2

Opis stanu faktycznego

2.1. POW NFZ terminowo przekazywał świadczeniodawcom należności z tytułu umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza. Od marca do grudnia 2020 r. 37 podmiotów prowadzących rehabilitację leczniczą złożyło 123 wnioski<sup>58</sup> o przekazywanie środków zgodnie z zasadami § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 marca 2020 r. *zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*<sup>59</sup> lub § 3a rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 4 września 2020 r. *zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*<sup>60</sup>. Oddział uwzględnił 117 wniosków złożonych przez 32 świadczeniodawców na podstawie rozporządzenia z 14.03.2020 r. Nie uwzględniono zaś sześciu wniosków pięciu świadczeniodawców<sup>61</sup>. Przyczyną nieuwzględnienia:

- jednego wniosku była przerwa w udzielaniu świadczeń (spowodowana brakiem obsady w poradni), tj. powód określony w § 2 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 kwietnia 2020 r. *zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*<sup>62</sup>,
- jednego wniosku było złożenie wniosku za dwa okresy rozliczeniowe (zamiast za jeden okres), tj. wbrew dyspozycji §2 ust. 2 rozporządzenia z 14.03.2020 r.,
- dwóch wniosków jednego świadczeniodawcy<sup>63</sup> i wniosków dwóch świadczeniodawców<sup>64</sup> było niespełnienie przez nich warunków – uprawniających do otrzymywania płatności częściowych – określonych w §3a rozporządzenia z 4.09.2020 r.<sup>65</sup>

(akta kontroli str. 371-391)

Na próbie 10 podmiotów leczniczych, z którymi OW miał zawarte umowy o udzielanie świadczeń ustalono, że należności za okres od kwietnia 2020 r. do kwietnia 2021 r. były wypłacane w terminie pięciu dni roboczych od dnia dostarczenia przez świadczeniodawcę

<sup>56</sup> *Rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu wzroku, rehabilitacja pulmonologiczna z wykorzystaniem metod subterraneoterapii w ośrodku/oddziale dziennym i rehabilitacja pulmonologiczna w warunkach stacjonarnych.*

<sup>57</sup> *Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym, rehabilitacja i rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa w ośrodku/oddziale dziennym.*

<sup>58</sup> Dotyczące 46 umów.

<sup>59</sup> Dz. U. poz. 437. Rozporządzenie zwane dalej: rozporządzeniem z 14.03.2020 r.

<sup>60</sup> Dz. U. poz. 1548, ze zm. Rozporządzenie zwane dalej: rozporządzeniem z 4.09.2020 r.

<sup>61</sup> W tym czterech i dwóch wniosków złożonych na podstawie rozporządzeń kolejno z 14.03.2020 r. i 4.09.2020 r. Wnioski pięciu świadczeniodawców dotyczące innych miesięcy zostały uwzględnione.

<sup>62</sup> Dz. U. poz. 696.

<sup>63</sup> Wnioski dotyczyły października 2020 r. Świadczeniodawca miał zawarte z OW dwie umowy na dwa różne miejsca udzielania świadczeń.

<sup>64</sup> Kolejno za listopad 2020 r. i za miesiące październik – grudzień 2020 r.

<sup>65</sup> Przepis dodany rozporządzeniem z dnia 17 października 2020 r. w sprawie zmiany rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1837), z mocą od 1.10.2020 r.

dokumentów wymaganych przez OW. Było to zgodne z § 24 ust. 1 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej<sup>66</sup>. (akta kontroli str. 371-391)

2.2. Wnioski o przedłużenie okresu rozliczeniowego z 31.12.2020 r. do 30.06.2021 r. złożyło 33 świadczeniodawców realizujących rehabilitację leczniczą. Dotyczyły one 46 umów. Podstawą złożenia wniosków był § 2 rozporządzenia z 4.09.2020 r. Wszystkie wnioski rozpatrzono pozytywnie i zawarto stosowne aneksy do umów. (akta kontroli str. 392)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

OCENA CZĄSTKOWA

NIK pozytywnie ocenia działania w celu zapewniania dostępności do świadczeń rehabilitacji leczniczej w czasie epidemii SARS-CoV-2. Terminowo wypłacano środki z tytułu umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych świadczeniodawcom, którzy rozliczali się zaliczkowo. Pozytywnie rozpatrzono także wszystkie wnioski o wydłużenie okresu rozliczeniowego do 30.06.2021 r.

#### IV. Uwagi i wnioski

W związku z niestwierdzeniem nieprawidłowości Najwyższa Izba Kontroli odstępuje od formułowania uwag i wniosków pokontrolnych.

#### V. Pozostałe informacje i pouczenia

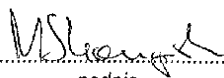
Wystąpienie pokontrolne sporządzono w dwóch egzemplarzach; jeden kierownikowi jednostki kontrolowanej, drugi do akt kontroli.

Prawo zgłoszenia  
zastrzeżeń

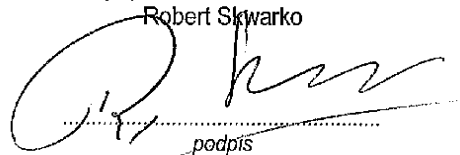
Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK, kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Delegatury NIK w Białymstoku. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

Białystok, dnia 17 czerwca 2021 r.

Kontroler:  
Marek Skorupski  
główny specjalista kontroli państwowej

  
.....  
podpis

p.o. DYREKTORA DELEGATURY  
Najwyższej Izby Kontroli w Białymstoku  
z up. p.o. WICEDYREKTORA  
Robert Skwarko

  
.....  
podpis

<sup>66</sup> Dz. U. z 2020 r. poz. 320, ze zm.