



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Bydgoszczy

LBY.410.007.01.2021

Jan Gessek
Dyrektor
Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
ul. Łomżyńska 33
85-863 Bydgoszcz

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/21/054 – Funkcjonowanie systemu rehabilitacji leczniczej

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Kujawsko-Pomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia ¹ ul. Łomżyńska 33, 85-863 Bydgoszcz
Kierownik jednostki kontrolowanej	Jan Gessek, Dyrektor Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, od 20 kwietnia 2021 r. ² W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełnili: Małgorzata Dziędziak, p.o. Dyrektor Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, od 18 listopada 2020 r. do 19 kwietnia 2021 r. Andrzej Wiśniewski, p. o. Dyrektor Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, od 27 sierpnia 2018 r. do 17 listopada 2020 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Dostępność do świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych ze środków publicznych 2. Zapewnienie dostępności do świadczeń rehabilitacji leczniczej w okresie epidemii SARS-CoV-2
Okres objęty kontrolą	Lata 2019-2021 (I półrocze) z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed i po tym okresie ³ .
Podstawa prawna podjęcia kontroli	art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ⁴
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Bydgoszczy
Kontroler	Beata Odjas – specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LBY/37/2021 z 11 marca 2021 r.

(akta kontroli str. 1-3, 764-765)

¹ Dalej: „K-P OW NFZ” lub „Oddział”.

² Dalej: „Dyrektor”.

³ 7 czerwca 2021 r.

⁴ Dz. U. z 2020 r. poz. 1200, dalej: ustawa o NIK.

II. Ocena ogólna⁵ kontrolowanej działalności

Sposób i poziom finansowania świadczeń rehabilitacji leczniczej przez K-P OW NFZ nie pozwalał w pełni zaspokoić potrzeb zdrowotnych pacjentów. Oddział przygotowywał plan zakupu świadczeń. Przy jego sporządzaniu nie współpracował z innymi podmiotami. Zawarte umowy wskazywały na dysproporcje w wartości umów na 10 tys. ubezpieczonych np. w lekarskiej ambulatoryjnej opiece rehabilitacyjnej i fizjoterapii ambulatoryjnej. Najdłużej pacjenci stabilni oczekiwali na udzielenie świadczeń w oddziale rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych i rehabilitacji pulmonologicznej w warunkach stacjonarnych. Spośród badanych sześciu postępowań o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza:

- dwa w trybie rokowań prowadzono z naruszeniem przepisów ww. ustawy, tj.: zaproszono do nich jednego zamiast trzech świadczeniodawców, co było niezgodne z art. 143 ust. 2 ustawy o świadczeniach⁶,
- w dwóch postępowaniach – dokonano wyboru ofert, które zawierały nieprawdziwe⁷ informacje, co było niezgodne z art. 149 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach.

Oddział rzetelnie rozpatrywał wnioski o przedłużenie określonych w umowach okresów rozliczeniowych, które kończyły się w 2020 r. oraz skargi świadczeniobiorców odnoszące się do realizacji umów w kontrolowanym zakresie.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowej⁸ kontrolowanej działalności

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

Opracowane plany zakupu świadczeń opieki zdrowotnej na lata 2019-2021 składały się ze wskazanej w art. 131b ustawy o świadczeniach części ogólnej oraz części szczegółowej. Według ostatecznego planu zakupu świadczeń na 2019 r.⁹ planowane wydatki K-P OW NFZ na świadczenia rehabilitacji leczniczej wyniosły 140 232 tys. zł przy planowanych wydatkach ogółem na świadczenia zdrowotne w wysokości 4 847 141 tys. zł¹⁰, w 2020 r.¹¹ było to odpowiednio: 150 368 tys. zł i 5 450 312 tys. zł¹², a w 2021 r.¹³ 145 288 tys. zł i 3 273 526 tys. zł.

(akta kontroli str. 55-137, 734-737)

Jak wskazała Zastępca Dyrektora ds. Medycznych w procesie planowania świadczeń rehabilitacji leczniczej na lata 2019-2021 Oddział brał pod uwagę przede wszystkim wartość i poziom wykonania umów zawartych na realizację świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza¹⁴ w zakresach wyodrębnionych w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej¹⁵. Planując

⁵ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

⁶ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398), dalej: „ustawa o świadczeniach”.

⁷ Według danych posiadanych przez Komisje Konkursowe.

⁸ 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.

⁹ Na koniec 2019 r.

¹⁰ Planowany udział rehabilitacji leczniczej w wydatkach ogółem na świadczenia wyniósł 2,89%

¹¹ Według ostatecznego planu zakupu świadczeń na koniec 2020 r.

¹² 2,75%.

¹³ Według planu zatwierdzonego 30 września 2020 r.

¹⁴ Dalej: „REH”.

¹⁵ Dalej: „PSZ”.

środki finansowe w kolejnych latach Oddział uwzględniał także skutki ustawy z dnia 9 maja 2018 r. o szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności¹⁶, zakładającej nielimitowany dostęp świadczeniobiorców posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności do świadczeń z zakresu rehabilitacji. Liczba planowanych jednostek rozliczeniowych wynikała z liczby jednostek w zawartych umowach. W trakcie trwania okresu rozliczeniowego Oddział płacił za świadczenia nielimitowane oraz na wniosek świadczeniodawców, na podstawie § 21 i § 43 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej¹⁷ dokonywał przesunięć pomiędzy zakresami „niewykonanymi” i „nadwykonanymi”. Ponadto, po zakończeniu okresu rozliczeniowego na podstawie § 43 rozporządzenia w sprawie OWU przeprowadzał bilansowanie umów. Opisane działania Oddziału prowadzone w trakcie okresu rozliczeniowego wpływały na różnice zarówno pomiędzy wartościami umów planowanych i ostatecznie zawartych. Zastępca Dyrektora ds. Medycznych podała także, że w trakcie trwania umów, podczas aneksowania na kolejny okres rozliczeniowy nie brano pod uwagę wskaźnika określającego liczbę jednostek rozliczeniowych na 10 tys. ubezpieczonych.

(akta kontroli str. 55-137, 734-737)

Ponadto wskazała, że w procesie planowania zakupu świadczeń kolejki oczekujących są elementem drugoplanowym. W rehabilitacji leczniczej są zakresy świadczeń, w których kolejki oczekujących są niezmiennie długie mimo wzrastającej wartości umów np. przypadki stabilne oczekujące na leczenie na oddziałach rehabilitacji stacjonarnej, neurologicznej oraz fizjoterapii ambulatoryjnej.

(akta kontroli str. 683-690)

Według stanu na 30 czerwca 2019 r. średni czas oczekiwania na udzielenie świadczeń rehabilitacji leczniczej powyżej 100 dni odnotowano w przypadkach stabilnych oczekujących na świadczenie w pięciu działach/ośrodkach/oddziałach¹⁸. Powyżej 100 dni, tj. średnio 103 dni oczekiwali pacjenci zakwalifikowani do kategorii pilnej na świadczenia w oddziale rehabilitacyjnym, a maksymalny czas oczekiwania wyniósł 579 dni. Według stanu na 31 grudnia 2019 r. średni czas oczekiwania powyżej 100 dni odnotowano w przypadku pacjentów stabilnych oczekujących na świadczenie w czterech działach/ośrodkach/oddziałach¹⁹. Z kolei według stanu na 30 czerwca 2020 r. średni czas oczekiwania w kategorii pacjentów stabilnych powyżej 100 dni wynosił w: rehabilitacji neurologicznej w warunkach stacjonarnych – 103 dni (1 297 oczekujących, maksymalny czas oczekiwania 543 dni), fizjoterapii ambulatoryjnej – 115 dni (41 149 oczekujących, maksymalny czas oczekiwania 425 dni), rehabilitacji pulmonologicznej – 397 dni (83 oczekujących, maksymalny czas oczekiwania 397 dni), rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych – 469 dni (6 250 oczekujących, maksymalny czas oczekiwania 2 468 dni). Na koniec 2020 r. najdłużej pacjenci z kategorii stabilnej oczekiwali na udzielenie świadczeń w: zakładzie/ośrodku rehabilitacji leczniczej dziennej – 136 dni (1 307 oczekujących,

¹⁶ Dz. U. poz. 932.

¹⁷ Dz. U. z 2020 r. poz. 320, ze zm., dalej: „rozporządzenie w sprawie OWU”.

¹⁸ W dziale (pracowni) fizjoterapii – 113 dni (50 328 oczekujących, maksymalny czas oczekiwania 464 dni), zakładzie/ośrodku rehabilitacji leczniczej dziennej¹⁸ - 161 dni (1 212 oczekujących, maksymalny czas oczekiwania 1 586 dni), oddziale rehabilitacji pulmonologicznej – 406 dni (125 oczekujących, maksymalny czas oczekiwania 406), oddziale rehabilitacji neurologicznej – 466 dni (1 711 oczekujących, maksymalny czas oczekiwania 1 768 dni), oddziale rehabilitacyjnym – 619 dni (7 051 oczekujących, maksymalny czas oczekiwania – 2 065 dni).

¹⁹ W zakładzie/ośrodku rehabilitacji leczniczej dziennej – 168 dni (1 550 oczekujących, maksymalny czas oczekiwania 1 899 dni), rehabilitacji neurologicznej w warunkach stacjonarnych 358 dni (1 399 oczekujących, maksymalny czas oczekiwania 2 144 dni), rehabilitacji pulmonologicznej w warunkach stacjonarnych – 383 dni (115 oczekujących, maksymalny czas oczekiwania 383 dni) oraz rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych – 529 dni (6 903 oczekujących, maksymalny czas oczekiwania 2 352 dni).

maksymalny czas oczekiwania 909 dni), rehabilitacji pulmonologicznej w warunkach stacjonarnych - 276 dni (49 oczekujących, maksymalny czas oczekiwania 276 dni) oraz rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych – 307 dni (5 473 oczekujących, maksymalny czas oczekiwania 1 419 dni). Najkrótszy średni czas oczekiwania na świadczenie w przypadkach stabilnych według stanu na 30 czerwca 2019 r. odnotowano do świadczeń udzielanych w: zakładzie/ośrodku rehabilitacji kardiologicznej dziennej – 15 dni, oddziale rehabilitacji kardiologicznej – 23 dni. Z kolei według stanu na 31 grudnia 2019 r. czas ten w zakładzie/ośrodku rehabilitacji kardiologicznej dziennej wyniósł 19 dni, a w przypadku rehabilitacji kardiologicznej w warunkach stacjonarnych – 26 dni. Także według stanu na 30 czerwca 2020 r. najkrócej pacjenci stabilni oczekiwali do świadczeń rehabilitacji kardiologicznej w: zakładzie/ośrodku dziennym – cztery dni, warunkach stacjonarnych – 13 dni. Podobnie było na koniec 2020 r. Średni czas oczekiwania wyniósł w tych przypadkach odpowiednio pięć i sześć dni.

(akta kontroli str. 694-695)

W Priorytetach dla regionalnej polityki zdrowotnej województwa kujawsko-pomorskiego na lata 2019-2021 stanowiących załącznik nr 1 do zarządzenia Nr 555/2018 Wojewody Kujawsko-Pomorskiego z dnia 28 grudnia 2018 r.²⁰ wskazano priorytety odnoszące się bezpośrednio lub pośrednio do rehabilitacji leczniczej: [1] Poprawa dostępności i jakości usług w zakresie profilaktyki, diagnostyki i leczenia chorób układu kostno-stawowego i mięśniowego w części Rehabilitacja lecznicza, [2] Poprawa dostępności i jakości usług w zakresie profilaktyki, diagnostyki i leczenia innych jednostek chorobowych w części Neurologia poprzez zapewnienie świadczeń rehabilitacyjnych jako uzupełnienia leczenia – zwiększenie ilości tzw. łóżek udarowych, [3] Poprawa jakości, skuteczności i dostępności opieki zdrowotnej nad osobami starszymi i niesamodzielnymi w części Ortopedia i traumatologia narządu ruchu.

Zastępca Dyrektora ds. Medycznych podała, że w procesie planowania świadczeń rehabilitacji leczniczej na lata 2019-2021 Oddział brał pod uwagę przede wszystkim wartość i poziom wykonania umów zawartych na realizację świadczeń w rodzaju REH i zakresach wyodrębnionych w PSZ. Mimo, iż plan zakupu świadczeń wprost nie uwzględnia wytycznych zawartych w Priorytetach zdrowotnych, to działania NFZ pośrednio wpłynęły na realizację założeń w nich opisanych. Zarządzeniem nr 133/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 1 października 2019 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką, wprowadzono do istniejących umów zakres rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych po leczeniu operacyjnym. W ramach tego zakresu przekazano dodatkowe środki finansowe m.in. na rehabilitację osób po operacyjnym leczeniu urazów (w tym osób w podeszłym wieku). Ponadto K-P OW dwukrotnie ogłaszał postępowania konkursowe w zakresie rehabilitacji neurologicznej. W obu postępowaniach złożono oferty, które zostały odrzucone z powodu niespełnienia warunków wymaganych do realizacji świadczeń w tym zakresie.

(akta kontroli str. 149-160, 488-557, 725-733, 736)

K-P OW NFZ nie współpracował z konsultantami wojewódzkimi i krajowymi w dziedzinie rehabilitacji medycznej, balneologii i medycyny fizykalnej oraz fizjoterapii w celu uzyskania informacji wykorzystywanych do kontraktowania świadczeń rehabilitacji leczniczej. 12 września 2020 r. Oddział wystąpił do

²⁰ Dalej: „Priorytety zdrowotne”.

Pełnomocnika Wojewody Kujawsko-Pomorskiego do spraw osób niepełnosprawnych i rodziny o podanie liczby osób z orzecznym stopniem niepełnosprawności²¹. Dyrektor wskazał, że w procesie planowania poziomu kontraktowania świadczeń rehabilitacji leczniczej K-P OW NFZ najistotniejszym czynnikiem jest wartość i poziom wykonania umów. Ważnym elementem planowania są priorytety ogólnopolskie i wojewódzkie oraz analiza ilości osób oczekujących. Wskazują one na najbardziej istotne obszary, które wymagają przeznaczenia lub zwiększenia nakładów finansowych.

(akta kontroli str. 7, 191-194, 255, 381-383)

W kontrolowanym okresie, do 31 sierpnia 2020 r., ogłoszono sześć postępowań o zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza. Tj. w zakresach:

- fizjoterapia ambulatoryjna, w tym fizjoterapia ambulatoryjna dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności (dwa postępowania),
- rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych, w tym rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności,
- rehabilitacja neurologiczna w warunkach stacjonarnych, w tym rehabilitacja neurologiczna dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności (dwa postępowania),
- rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa w warunkach stacjonarnych, w tym rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa w warunkach stacjonarnych dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności.

W przypadku fizjoterapii ambulatoryjnej postępowania przeprowadzono w trybie rokowań, w pozostałych czterech w trybie konkursu ofert. Obszarem kontraktowania dla fizjoterapii ambulatoryjnej było Miasto Bydgoszcz, dla ogólnoustrojowej i kardiologicznej Miasto Włocławek. Dla rehabilitacji neurologicznej przeprowadzono postępowania dla powiatu bydgoskiego i Miasta Włocławek. Obszary kontraktowania w zakresie rehabilitacji neurologicznej, ogólnoustrojowej i kardiologicznej zmieniły się w stosunku do postępowań konkursowych przeprowadzonych w 2018 r. Wówczas w ww. zakresach obszarem kontraktowania był obszar województwa. Zastępca Dyrektora ds. Medycznych podała, że ogłoszenie w ten sposób postępowań miało na celu poprawienie dostępności do świadczeń, a w przypadku rehabilitacji neurologicznej na obszarze powiatu bydgoskiego zapewnienie kompleksowości i kontynuacji leczenia w ramach rehabilitacji neurologicznej u świadczeniodawcy z tego samego rejonu. We wszystkich tych zakresach w roku poprzedzającym ogłoszenie postępowania wystąpiły nadwykonania.

(akta kontroli str. 190, 734-739, 759-663)

Skontrolowano poprawność ogłoszenia o postępowaniu, zaproszenia do rokowań, powołania komisji konkursowej, opis przedmiotu zamówienia, złożone protesty oraz rozstrzygnięcie postępowania. Stwierdzono, że ogłoszenia o postępowaniu w trybie konkursu ofert zostały prawidłowo sporządzone, w szczególności wskazano w nich wartość i przedmiot zamówienia. Dwa ogłoszenia o postępowaniu w trybie rokowań zostały nieprawidłowo sformułowane, co zostało opisane szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

²¹ Dotyczyło to programu „Świadczenia medyczne Narodowego Funduszu Zdrowia dla osób niepełnosprawnych” i uchwały nr 67/2020 Rady Ministrów z dnia 3 czerwca 2020 r. w sprawie programu rządowego pn. „Świadczenia medyczne Narodowego Funduszu Zdrowia dla osób niepełnosprawnych”.

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. W trzech postępowaniach złożone oferty zostały odrzucone z uwagi na niespełnienie wymaganych warunków określonych w przepisach prawa, w tym warunków określonych przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 ww. ustawy. Czwarte postępowanie zostało unieważnione, ponieważ ofertę odrzucono z powodu nieokreślenia przez świadczeniodawcę przedmiotu oferty lub niepodania liczby lub ceny świadczeń opieki zdrowotnej. W każdym z tych postępowań o zawarcie umowy ubiegał się jeden świadczeniodawca. W dwóch postępowaniach²² oferty przyjęto do dalszego procedowania, a w konsekwencji po ich wyborze zawarto umowy ze świadczeniodawcami, mimo że powinny zostać odrzucone, a postępowania unieważnione, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

W przypadku ww. dwóch ofert Komisje Konkursowe zweryfikowały prawdziwość i prawidłowość danych w nich przedstawionych poprzez przeprowadzenie wizytacji. W jednym postępowaniu²³ Komisja Konkursowa przyjęła oświadczenie oferenta o spełnieniu wymagań, mimo że w ofercie nie wykazał on sprzętu niezbędnego do realizacji świadczeń, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Z oferentami przeprowadzono negocjacje – liczba i cena świadczeń nie uległa zmianie w stosunku do określonych w złożonych ofertach.

(akta kontroli str. 190, 400-432, 451-452, 488-490, 519-521, 558-591, 759-663)

W 2019 r. K-P OW NFZ nie zapewnił dostępu do świadczeń lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej w dwóch z 23 powiatów województwa kujawsko-pomorskiego, tj.: golubsko-dobrzyńskim i mogileńskim. W latach 2020-2021 liczba tych powiatów zwiększyła się o kolejne dwa: lipnowski i wąbrzeski. Z kolei w całym okresie objętym kontrolą dostępu do świadczeń z zakresu fizjoterapii domowej nie zapewniono na terenie 13 powiatów tj.: brodnickiego, bydgoskiego, chełmińskiego, grudziądzkiego, lipnowskiego, mogileńskiego, nakielskiego, radziejowskiego, sępoleńskiego, świeckiego, tucholskiego, wąbrzeskiego, włocławskiego.

(akta kontroli str. 149-160)

Zastępca Dyrektora ds. Medycznych wyjaśniła, że w konkursie ofert przeprowadzonym w 2018 r. poprzedzającym zawarcie obecnie obowiązujących umów w zakresie lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej i fizjoterapii domowej zaplanowano postępowania konkursowe dla wszystkich powiatów województwa kujawsko-pomorskiego. Umów nie zawarto, ponieważ nie wpłynęły oferty lub też oferenci nie spełniali wymagań. W przypadku lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej w powiatach lipnowskim i radziejowskim świadczeniodawca zrezygnował z realizacji umowy, z powodu braku lekarza. Od momentu zawarcia umów do dnia dzisiejszego²⁴ do K-P OW NFZ nie wpłynęła informacja o jakimkolwiek podmiocie, który chciałby realizować umowę w omawianym zakresie na terenie tych powiatów. Również władze powiatów i pacjenci nie zgłaszali problemów z dostępnością do świadczeń realizowanych w poradni rehabilitacyjnej. K-P OW NFZ w celu zabezpieczenia dostępności do świadczeń fizjoterapii domowej wystosował zapytanie do świadczeniodawców realizujących umowy w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej o ich gotowość do realizacji świadczeń w domach

²² nr: 02-19/000168/REH/05/1/05.1310.208.02/03 i 02-30-00030/REH/05/1/05.4308.300.02/01.

²³ nr 02-30-00030/REH/05/1/05.4308.300.02/01.

²⁴ Tj.: 25 maja 2021 r. – data pisma.

pacjentów. We wszystkich powiatach, uzyskano deklarację gotowości realizacji tych świadczeń.

(akta kontroli str. 725-739)

W okresie objętym kontrolą liczba umów zawieranych ze świadczeniodawcami w poszczególnych zakresach nie uległa znaczącym zmianom. Najwyższą liczbę planowanych umów przewidziano dla fizjoterapii ambulatoryjnej 189 w 2019 r. oraz 186 w 2020 r. i 2021 r. (zawarto odpowiednio 192²⁵ oraz 186 umów). Następnie dla lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej - 81 w 2019 r., 79 w 2020 r. i 77 w 2021 r. (zawarto odpowiednio 82²⁶, 79 i 77) oraz fizjoterapii domowej (po 17 zaplanowanych i zawartych umów w każdym z kontrolowanych lat). W celu rehabilitacji osób z dysfunkcją narządu wzroku zaplanowano i zawarto po jednej umowie. Pozostałe zakresy były realizowane poprzez umowy poza i w ramach PSZ. Dla rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku oddziale/dziennym zaplanowano i zawarto w latach 2019-2021 13 umów poza PSZ i jedną w PSZ, rehabilitacji osób z dysfunkcją narządu słuchu i mowy odpowiednio - trzy i jedną umowę, rehabilitacji kardiologicznej lub kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej w ośrodku/oddziale dziennym - siedem i jedną, rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych - siedem i 12. Dla rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych po leczeniu operacyjnym w 2019 r. nie zaplanowano umów²⁷, a zawarto ich siedem poza PSZ i 12 w PSZ, natomiast w 2020 r. i 2021 r. liczba zaplanowanych umów odpowiadała wcześniej zawartym – siedem poza PSZ i 12 w PSZ. Z kolei w rehabilitacji neurologicznej zaplanowano i zawarto trzy umowy poza PSZ w latach 2019-2021 oraz 10 w PSZ w 2019 r. i dziewięć w 2021 r., a w 2020 r. zaplanowano 10 umów, a zawarto dziewięć²⁸. W rehabilitacji kardiologicznej lub kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej w warunkach stacjonarnych zaplanowano i zawarto w 2019 r. po trzy umowy poza PSZ i w PSZ, w 2020 r. poza PSZ zaplanowano trzy, a zawarto cztery²⁹, a w PSZ po dwie umowy, natomiast w 2021 r. liczba planowanych umów odpowiadała liczbie umów zawartych – po cztery poza PSZ i po dwie w PSZ.

(akta kontroli str. 725-739)

W kontrolowanym okresie występowały znaczne różnice między najwyższą i najniższą wartością zawartych umów na 10 tys. ubezpieczonych dla obszarów kontraktowania:

- w lekarskiej ambulatoryjnej opiece rehabilitacyjnej³⁰ najwyższa wartość umów była w Bydgoszczy (50,2 tys. w 2019 r., 42,9 tys. zł w 2020 r. i 25,8 tys. zł w 2021 r.), a najniższa w powiecie rypińskim (odpowiednio 1,9 tys. zł, 0,8 tys. zł, 0,3 tys. zł),
- w fizjoterapii ambulatoryjnej³¹ najwyższa w Bydgoszczy (600,0 tys. zł w 2019 r., 527,5 tys. zł i 316,5 tys. zł w 2021 r.), a najniższa w powiecie bydgoskim 127,7 tys. zł w 2019 r., w powiecie lipnowskim 123,0 tys. zł w 2020 r. i powiecie aleksandrowskim 68,6 tys. zł w 2021 r.,
- w fizjoterapii domowej we wszystkich kontrolowanych latach najwyższa w Bydgoszczy (21,4 tys. zł w 2019-2020 i 10,3 tys. zł w 2021 r.), a najniższa w powiecie toruńskim (odpowiednio 2,5 tys. zł, 2,9 tys. zł i 1,6 tys. zł),

²⁵ Różnica między liczbą umów planowanych a zawartych wynika z cesji umowy.

²⁶ Różnica między liczbą umów planowanych a zawartych wynika z cesji umowy.

²⁷ Zakres został dodany nr 133/2019/DSOZ Prezesa NFZ z 1 października 2019 r.

²⁸ Różnica wynika z uwzględnienia w planie umowy, która została rozwiązana z dniem 31 grudnia 2019 r.

²⁹ Różnica wynika z przeprowadzonego pod koniec 2019 r. postępowania.

³⁰ Obszar kontraktowania: powiat.

³¹ Obszar kontraktowania: powiat.

- w fizjoterapii ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym³² w umowach poza PSZ najwyższa wartość była w Regionie wrocławskim 32,5 tys. zł w 2019 r., 29,5 tys. zł w 2020 r. i 15,9 tys. zł w 2021 r.), a najniższa w Regionie bydgoskim (odpowiednio 12,6 tys., 10,2 tys. zł, 5,6 tys. zł).

(akta kontroli str. 725-739)

Wartość świadczeń wykonanych ponad limity określone w umowach na dzień zamknięcia ksiąg rachunkowych w K-P OW NFZ za 2019 r. wynosiła 6 383,0 tys. zł a na dzień przeprowadzania badania³³ 3 499,2 tys. zł. W poszczególnych zakresach wartości te wynosiły odpowiednio³⁴ dla:

- fizjoterapii ambulatoryjnej - 4 617,4 tys. zł (134) i 2 777,4 tys. zł (135),
- rehabilitacji neurologicznej - 1 762,9 tys. zł (11) i 708,1 tys. zł (10),
- fizjoterapii ambulatoryjnej dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności - 1,3 tys. zł (jeden) i 2,8 tys. zł (pięciu).

Wartość świadczeń wykonanych ponad limity określone w umowach na dzień zamknięcia ksiąg rachunkowych w K-P OW NFZ za 2020 r. wynosiła 2 067,8 tys. zł a na dzień przeprowadzania badania³⁵ 553,4 tys. zł. W poszczególnych zakresach wartości te wynosiły odpowiednio³⁶ dla:

- fizjoterapii ambulatoryjnej - 887,3 tys. zł (50) i 128,3 tys. zł (15),
- fizjoterapii ambulatoryjnej dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności - 324,4 tys. zł (31) i 114,7 tys. zł (13),
- fizjoterapii domowej dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności - 261,8 tys. zł (pięciu) i 1,7 tys. zł (dwóch),
- rehabilitacji neurologicznej - 122,2 tys. zł (dwóch) i 122,2 tys. zł (dwóch),
- rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym - 120,8 tys. zł (czterech) i 40,9 tys. zł (czterech),
- fizjoterapii domowej - 104,2 tys. zł (sześciu) i 52,5 tys. zł (dwóch),
- rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych po leczeniu operacyjnym - 68,9 tys. zł (trzech) i 50,6 tys. zł (trzech),
- rehabilitacji neurologicznej dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności - 46,9 tys. zł (trzech) i 20,0 tys. zł (dwóch),
- rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych - 37,7 tys. zł (jeden) i 0,2 tys. zł (jeden),
- rehabilitacji kardiologicznej lub kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej w warunkach stacjonarnych - 29,1 tys. zł (jeden) i 3,9 tys. zł (jeden),
- rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności - 28,8 tys. zł (trzech) i 4,0 tys. zł (dwóch),
- rehabilitacji osób z dysfunkcją narządu wzroku - 13,3 tys. zł (jeden) i 13,3 tys. zł (jeden),
- lekarskiej ambulatoryjnej opiece rehabilitacyjnej - 12,3 tys. zł (11) i 0,2 tys. zł (czterech).

³² Obszar kontraktowania: grupa powiatów.

³³ Tj. 23 marca 2021 r.

³⁴ W nawiasie podano liczbę świadczeniodawców realizujących świadczenia ponad limity określone w umowach.

³⁵ Tj. 23 marca 2021 r.

³⁶ W nawiasie podano liczbę świadczeniodawców realizujących świadczenia ponad limity określone w umowach.

Wartość świadczeń negatywnie zweryfikowanych, których udzielono w 2019 r. wynosiła 274,5 tys. zł, w tym w: fizjoterapii ambulatoryjnej - 135,4 tys. zł (u 31 świadczeniodawców), fizjoterapii ambulatoryjnej dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności - 89,2 tys. zł (57) i rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych - 23,5 tys. zł (sześciu). Z kolei za 2020 r. 344,7 tys. zł, w tym w fizjoterapii ambulatoryjnej 90,0 tys. zł (75), rehabilitacji neurologicznej 76,2 tys. zł (dwóch) i fizjoterapii ambulatoryjnej dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności 41,0 tys. zł (42). Najczęstsze przyczyny negatywnej weryfikacji świadczeń to: brak odpowiedniego kodu ICD-9 dla danego świadczenia, przekroczony limit świadczeń w jednym cyklu, wykazanie w ramach jednego zlecenia świadczenia realizowanego w domu i w zakładzie fizjoterapii, niewystępowanie w umowie osoby wykonującej świadczenie, przekroczenie limitu świadczeń dla ustalonej grupy świadczeń lub niedopuszczalne ich nakładanie, niewłaściwa grupa JGP³⁷, wykazanie porady lekarza POZ podczas pobytu pacjenta w opiece stacjonarnej. Za 2019 r. wartość świadczeń niewykonanych według umów na dzień zamknięcia ksiąg rachunkowych w K-P OW NFZ wynosiła 98,6 tys. zł, w tym w fizjoterapii ambulatoryjnej dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności - 38,7 tys. zł (23 świadczeniodawców³⁸), fizjoterapii ambulatoryjnej - 37,8 tys. zł (12) oraz rehabilitacji ogólnoustrojowej - 5,5 tys. zł (jeden). Z kolei wartość niewykonanych umów za 2020 r. wyniosła 13 132,7 tys. zł, w tym w fizjoterapii ambulatoryjnej - 5 191,6 tys. zł (92 świadczeniodawców), rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych - 3 589,6 tys. zł (15), rehabilitacji neurologicznej - 1 262,9 tys. zł (10) oraz rehabilitacji kardiologicznej lub kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej w warunkach stacjonarnych - 764,7 tys. zł (pięciu).

(akta kontroli str. 161-177)

Zastępca Dyrektora ds. Medycznych podała, że po zakończeniu okresu rozliczeniowego 2019 r. w oparciu o wytyczne przekazane przez Centralę NFZ na podstawie art. 54a ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych³⁹ zawarto ugody pozasądowe o łącznej wartości 3 424,2 tys. zł. W stosunku do świadczeń zrealizowanych w 2020 r. zawarto aneksy zwiększające kwoty zobowiązania K-P OW NFZ o 48,94 tys. zł.

(akta kontroli str. 683-692)

K-P OW NFZ uzyskał należności z tytułu kar umownych wynikających z realizacji umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju rehabilitacja lecznicza w wysokości 31,6 tys. zł. Kary te zostały zapłacone przez ośmiu świadczeniodawców. W przypadku dwóch, na których nałożono kary w wysokości odpowiednio 108,87 zł i 76,57 zł, odstąpiono od ich pobrania. Zastępca Dyrektora ds. Medycznych wskazała, że zgodnie z art. 61u ustawy o świadczeniach ich wysokość jednorazowo nie przekraczała kwoty 500 zł. Kary były nakładane z uwagi na udzielanie świadczeń w sposób lub w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w obowiązujących przepisach lub umowie⁴⁰.

(akta kontroli str. 138-148, 270-273, 385)

³⁷ Kwalifikowanie zakończonej hospitalizacji do jednej z grup, wyodrębnionych według kryterium spójności postępowania medycznego, porównywalnego stopnia zużycia zasobów, standaryzowanego czasu pobytu i innych uznanych parametrów,

³⁸ Liczba świadczeniodawców, którzy nie zrealizowali umów.

³⁹ Dz. U. z 2021 r. poz. 305.

⁴⁰ Np. niezgłoszenie zmian w załączniku do umowy - „Harmonogram – zasoby”; brak wpisów w stosownych dokumentach potwierdzających dokonanie aktualnych przeglądów technicznych sprzętu i aparatury medycznej, wykonanych przez uprawnione osoby; nieudzielanie świadczeń w czasie lub miejscu ustalonym w umowie; udzielanie świadczeń przez osoby nieuprawnione lub nieposiadające kwalifikacji i uprawnień do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny; udzielanie świadczeń z wykorzystaniem sprzętu nieposiadającego aktualnych przeglądów technicznych.

W 2019 r. do Oddziału wpłynęło 11 skarg dotyczących świadczeniodawców udzielających świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza, w 2020 r. 17, a w 2021 r. - dwie⁴¹.

(akta kontroli str. 257)

Badaniem objęto 10 skarg, które wpłynęły do K-P OW NFZ w latach 2019-2020 (po pięć w każdym roku). Dziewięć skarg rozpatrzono, jedną przekazano zgodnie z właściwością z zachowaniem ustawowych terminów. Oddział przesyłał do świadczeniodawców pisma, w których wyznaczał termin na ustosunkowanie się do treści skargi. Po otrzymaniu wyjaśnień siedem skarg zostało uznanych za niezasadne, jedna za zasadną, jedną opisano jako „pozostawioną bez rozpatrzenia”⁴². Świadczeniobiorcy skarżyli się m.in. na: odmowę wykonania zleconych zabiegów fizjoterapeutycznych, długie terminy oczekiwania, odmowę przyjęcia na rehabilitację kardiologiczną, jakość wykonywanych zabiegów fizjoterapeutycznych oraz trudności w dostępie do świadczeń fizjoterapii domowej. Skarga uznana za zasadną dotyczyła zmniejszenia liczby zabiegów fizjoterapeutycznych.

(akta kontroli str. 258-262)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie rokowań nr 02-19-000164/REH/05/1/05.1310.208.02/03 oraz nr 02-19-000168/REH/05/1/05.1310.208.02/03 w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej, w tym fizjoterapii ambulatoryjnej dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności, prowadzono z naruszeniem art. 143 ust. 2 ustawy o świadczeniach, ponieważ do rokowań zaproszono tylko jednego świadczeniodawcę.

(akta kontroli str.393-399, 435-436)

Zgodnie z art. 143 ust. 2 ww. ustawy przez rokowania rozumie się tryb zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w którym prowadzi się postępowanie w sprawie ustalenia ceny i liczby świadczeń opieki zdrowotnej i warunków ich udzielania z taką liczbą świadczeniodawców, która zapewni wybór najkorzystniejszej oferty lub większej liczby ofert oraz sprawny przebieg postępowania, nie mniejszą jednak niż trzech, chyba że ze względu na specjalistyczny charakter świadczeń opieki zdrowotnej lub ograniczoną dostępność do świadczeń jest mniej świadczeniodawców mogących ich udzielać. W ww. przypadkach podstawą do ogłoszeniach rokowań była wskazana w art. 144 ust. 2 ustawy o świadczeniach pilna potrzeba zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, której wcześniej nie można było przewidzieć. We wskazanych postępowaniach nie wystąpiła sytuacja uzasadniająca zaproszenie do rokowań tylko jednego świadczeniodawcy.

(akta kontroli str. 396-399)

Zastępca Dyrektora ds. Medycznych wyjaśniła, że zaproszenie do rokowań zostało skierowane do oferenta, który dysponował pomieszczeniami po poprzednim realizatorze świadczeń. Pacjenci zgłaszali oczekiwanie na udzielanie świadczeń w konkretnym miejscu (wieloletnie przyzwyczajenie) Lokalizacja w centrum osiedla jest dużym ułatwieniem dla osób z dysfunkcjami

⁴¹ Do dnia 25 marca 2021 r.

⁴² Z uwagi na rozbieżności w relacji stron. Pacjent przesłał do K-P OW NFZ kserokopię skierowania. Po jego analizie stwierdzono, że skierowanie, którym dysponował świadczeniobiorca nie uprawniało do udzielenia mu świadczeń z zakresu rehabilitacji.

ruchowymi, dla których często poruszanie się środkami komunikacji miejskiej jest niemożliwe.

(akta kontroli str. 740-745)

W ocenie NIK postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie rokowań jest ściśle określone w przepisach ustawy o świadczeniach i nie może być dowolnie, w zależności od okoliczności faktycznych interpretowane. Oddział był zobowiązany zaprosić do rokowań co najmniej trzech świadczeniodawców.

2. W dwóch postępowaniach Komisje Konkursowe przyjęły oferty, które biorąc pod uwagę korekty Komisji, powinny zostać odrzucone na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach:

a. w postępowaniu nr 02-19-000168/REH/05/1/05.1310.208.02/03 w zakresie rehabilitacji ambulatoryjnej, w tym fizjoterapii ambulatoryjnej dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności Komisja Konkursowa skorygowała udzielone przez oferenta odpowiedzi na: pkt 5 kwestionariusza („Oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych – w lokalizacji”) zmieniając nieprawdziwą według posiadanych przez nią danych informację („TAK”) na im odpowiadającą („NIE”)⁴³ oraz pkt 12 kwestionariusza („Technik masażysta – równoważnik co najmniej 1 etatu”) – w analogiczny sposób⁴⁴.

(akta kontroli str. 407-425)

b. w postępowaniu nr 02-20-000030/REH/05/1/05.4308.300.02/01 w zakresie rehabilitacji kardiologicznej lub kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej w warunkach stacjonarnych, w tym rehabilitacji kardiologicznej lub kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej w warunkach stacjonarnych dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności Komisja Konkursowa skorygowała udzieloną przez oferenta odpowiedź na pkt 9 kwestionariusza („Lekarz specjalista w dziedzinie kardiologii – równoważnik co najmniej 1 etatu na 25 łóżek”) zmieniając nieprawdziwą według posiadanych przez nią danych informację („TAK”) na im odpowiadającą („NIE”)⁴⁵.

Ponadto Komisja Konkursowa przyjęła oświadczenie oferenta z dnia 6 grudnia 2019 r., że spełnia on wymagania określone w załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej⁴⁶ dla świadczeń *realizowanych w warunkach stacjonarnych, sekcja warunki lokalowe wspólne* pkt 5⁴⁷. W dwóch innych postępowaniach, w których występował ten sam oferent ww. oświadczenie nie zostało przyjęte, a w uzasadnieniu odrzucenia oferty wskazano m.in. na niespełnianie tego warunku.

(akta kontroli str. 563-589)

Po przeprowadzeniu tych postępowań z oferentami zawarto umowy o łącznej wartości 665,8 tys. zł.

⁴³ W części VI Szczegóły oferty Formularza ofertowego nie wykazano takiego zaangażowania lekarza.

⁴⁴ W części VI Szczegóły oferty Formularza ofertowego wskazano dostępność technika masażysty w liczbie godzin 22h 30m.

⁴⁵ W części VI Szczegóły oferty Formularza ofertowego wykazano fizjoterapeutę bez specjalizacji.

⁴⁶ Dz. U. z 2021 r. poz. 265.

⁴⁷ tj. „spełnienie warunków dla zakładu rehabilitacyjnego albo umieszczenie części zabiegowej rehabilitacyjnej zakładu w lokalizacji (z wyłączeniem zestawu do terapii ultradźwiękami w przypadku oddziału dla dzieci do ukończenia 18 roku życia.) wymienionych w Lp. 1 lit. b tiret drugi kol. 3 pkt 2 ww. rozporządzenia.

Przewodnicząca obu Komisji Konkursowych wyjaśniła, że w tych przypadkach nie można było przyznać punktów za dodatkowe kryteria. Komisja dokonała zmian odpowiedzi ankietowych, ponieważ umożliwiła to „Procedura konkursu ofert lub rokowań prowadzonych na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych” (procedura nr 2019/002/BO/KONTR/6.06 – wersja 6.06)⁴⁸. Potwierdzeniem dokonania zmiany odpowiedzi ankietowych było wygenerowanie załącznika nr 23a do omawianej procedury. Odnosnie uwzględnienia oświadczenia oferenta wskazała, że zostało ono przyjęte z uwagi na to, że oferta spełniała wszystkie – poza częścią dotyczącą fizjoterapii ambulatoryjnej warunki. Komisja postanowiła zweryfikować posiadanie sprzętu z tego zakresu podczas wizytacji. Oferent zadeklarował, w pkt 1.1.2. Ankiety, że realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej.

(akta kontroli str. 425-426, 589)

W ocenie NIK Komisja Konkursowa dokonała w istocie zmiany treści ofert, które zawierały nieprawdziwe informacje, a tym samym podlegały odrzuceniu na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach. Jak wskazuje orzecznictwo analiza tego przepisu prowadzi do wniosku, że *komisja przeprowadzająca konkurs ofert oceniając treść złożonych dokumentów weryfikuje prawdziwość zawartych w nich informacji. W przypadku, w którym taka prawidłowo przeprowadzona weryfikacja dowiedzie, iż w ofercie podano nieprawdziwą informację w zakresie odpowiedzi na pytanie ankietowe będące jednym z pytań dodatkowo punktowanych ("rankingujących"), mającym wpływ na ostateczny kształt rankingu, a w rezultacie i na wynik postępowania konkursowego, komisja konkursowa zobowiązana jest do obligatoryjnego odrzucenia takiej oferty*⁴⁹. Komisja Konkursowa nie może zasłaniać się postępowaniem w zgodzie z wewnętrzną procedurą w sytuacji, gdy działania Komisji są niezgodne z prawem powszechnie obowiązującym. Komisje konkursowe posiadają pewną swobodę działania w odniesieniu do złożonych ofert, ale granice jej zostały wytyczone treścią art. 149 ust. 3 ustawy o świadczeniach, tj. w przypadku gdy świadczeniodawca nie przedstawił wszystkich wymaganych dokumentów lub gdy oferta zawiera braki formalne, komisja wzywa oferenta do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty. Komisja może więc wezwać do usunięcia braków, ale nie ma uprawnienia do modyfikacji ofert, w sytuacji gdy zawiera ona informacje nieprawdziwe. Postępowanie Komisji Konkursowej było więc niezgodne z prawem. Odnosząc się do wyjaśnień Przewodniczącej Komisji dotyczące przyjęcia oświadczenia o spełnieniu wymagań należy zauważyć, że w innych postępowaniach oświadczenie takiej treści nie zostało uwzględnione i było argumentem za odrzuceniem oferty.

OCENA CZĄSTKOWA

K-P OW NFZ przygotowywał plany zakupu świadczeń. Wartość zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w przeliczeniu na 10 tys. ubezpieczonych wskazywała na dysproporcje w umowach o najwyższej i najniższej wartości. Oddział przeprowadził dwa postępowania o zawarcie umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza w trybie rokowań niezgodnie z ustawą o świadczeniach. W dwóch zakończonych postępowaniach (w tym jednym nieprawidłowo prowadzonym) dokonano wyboru ofert, a w konsekwencji zawarto umowy ze świadczeniodawcami, których oferty powinny zostać odrzucone. Oddział monitorował poziom realizacji umów w zakresie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Pod koniec okresu rozliczeniowego dokonywał bilansowania umów oraz, na wniosek świadczeniodawców, przesunąć

⁴⁸ Procedura NFZ, wprowadzona na podstawie pisma DSOZ.400.19.2019, 2019.26654.GPO.

⁴⁹ Wyrok WSA w Białymstoku z 14.03.2018 r., II SA/Bk 893/17, LEX nr 2472172.

między zakresami. Regulował także należności za nadwykonania. Wpływające do Oddziału skargi i wnioski były rzetelnie rozpatrywane.

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

W kontrolowanym okresie świadczeniodawcy występowali z wnioskami o przekazywanie środków zgodnie z zasadami określonymi w § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 marca 2020 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁵⁰, § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 15 kwietnia 2020 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁵¹ oraz § 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 4 września z 2020 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów i udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁵². Wnioski za okres sprawozdawczy:

- marzec-kwiecień 2020 r. złożyło 55 świadczeniodawców. Wszystkie zostały uwzględnione;
- kwiecień 2020 r. 80 świadczeniodawców. Uwzględniono 80 wniosków, dwa wnioski nie zostały uwzględnione⁵³;
- maj 2020 r. 71 świadczeniodawców. Uwzględniono 71 wniosków, jeden nie został uwzględniony;
- czerwiec 2020 r. 48 świadczeniodawców. Uwzględniono 47 wniosków, jeden nie został uwzględniony;
- lipiec 2020 r. 30 świadczeniodawców. Uwzględniono 30 wniosków, dwa nie zostały uwzględnione;
- sierpień 2020 r. 31 świadczeniodawców. Wszystkie zostały uwzględnione;
- październik 2020 r. 14 świadczeniodawców. Uwzględniono cztery wnioski, 10 nie zostało uwzględnionych;
- listopad 2020 r. 14 świadczeniodawców. Uwzględniono 11 wniosków, ośmiu nie uwzględniono;
- grudzień 2020 r. 13 świadczeniodawców. Uwzględniono 11 wniosków, sześciu nie uwzględniono;
- styczeń 2021 r. sześciu świadczeniodawców. Uwzględniono pięć wniosków, sześciu nie uwzględniono, jeden był procedowany⁵⁴;
- luty 2021 r. czterech świadczeniodawców. Uwzględniono trzy wnioski, trzech nie uwzględniono, a jeden był procedowany;
- marzec 2021 r. pięciu świadczeniodawców. Jedne wnioski zostały uwzględnione, dwóch nie uwzględniono, cztery były procedowane.

Wnioski, które nie zostały uwzględnione zostały złożone za okresy sprawozdawcze: po jednym za marzec-maj 2020 r., kwiecień-czerwiec 2020 r., październik-grudzień 2020 r., listopad-grudzień 2020 r. oraz sześć za marzec-sierpień 2020 r. i osiem za kwiecień-sierpień 2020 r. Przyczyny ich nieuwzględnienia miały charakter formalny. Były to m.in. niewskazanie zakresów, których wniosków dotyczyły, brak lub błędna

⁵⁰ Dz. U. poz. 437.

⁵¹ Dz. U. poz. 696, dalej: „rozporządzenie zmieniające w sprawie OWU z kwietnia 2020 r.”.

⁵² Dz. U. poz. 1548, ze zm., dalej: „rozporządzenie zmieniające w sprawie OWU z września 2020 r.”.

⁵³ Liczba wniosków uwzględnionych i nieuwzględnionych nie jest równa liczbie świadczeniodawców, ponieważ świadczeniodawca mógł złożyć wniosek, który nie został uwzględniony, a następnie kolejny, który został uwzględniony albo nie złożyć ponownie wniosku.

⁵⁴ Na dzień 14 kwietnia 2021 r.

podstawa prawna wniosku, złożenie wniosku na okresy przyszłe lub brak podpisanego wniosku.

(akta kontroli str. 296)

Szczegółowym badaniem objęto 24 wnioski złożone przez 12 świadczeniodawców, z których negatywnie rozpatrzono 13, a pozytywnie 11. Jeden ze świadczeniodawców, po negatywnym rozpatrzeniu jego wniosku, nie złożył kolejnego. Trzy spośród 11 rozpatrzonych pozytywnie wniosków były niespójne. Wskazane we *Wnioskach o zgodę na rozliczenie bez sprawozdawczości*⁵⁵ oraz *Kartach wniosku o zgodę na wcześniejsze rozliczenie*⁵⁶ okresy były rozbieżne. W Karcie wniosku jeden ze świadczeniodawców wskazał na kwiecień 2020 r., a w dołączonym Wniosku na okres marzec-sierpień 2020 r. Z kolei dwóch kolejnych świadczeniodawców wskazało w Karcie wniosku na okres marzec-kwiecień 2020 r., a w dołączonych wnioskach na okres marzec-sierpień 2020 r. Wskazany w zeskanowanych dokumentach zakres dat nie był tożsamy z tym określonym w systemie elektronicznym. Zastępca Dyrektora ds. Medycznych wyjaśniła, że wniosków załączonych jako skan nie uznano za błędne, ponieważ wnioskowany w „elektronicznej” wersji wniosku miesiąc zawierał się w okresie określonym w skanie.

(akta kontroli str. 315-358, 380-384)

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. Stwierdzono, że jedna faktura nie została zapłacona przez K-P OW NFZ w terminie, co szerzej opisano w sekcji *Stwierdzona nieprawidłowość*.

(akta kontroli str. 274-294)

Wnioski na podstawie § 2 rozporządzenia zmieniającego w sprawie OWU z września 2020 r. złożyło 169 świadczeniodawców⁵⁷. Wszystkie zostały rozpatrzone, w terminie do 21 dni od ich wpływu. Z wszystkim świadczeniodawcami zawarto aneksy w sprawie przedłużenia okresu rozliczeniowego do umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza. W przypadku sześciu świadczeniodawców zostały one zawarte w terminie od 37 do 65 dni od daty rozpatrzenia wniosku⁵⁸. Zastępca Dyrektora ds. Medycznych wyjaśniła, że aneksy zostały przygotowane i przekazane przez portal SZOI w terminie dwóch dni po zatwierdzeniu wniosku. Odległa data zawarcia aneksu wynikała z postawy świadczeniodawcy.

(akta kontroli str. 297-301, 359-379, 384)

Stwierdzona
nieprawidłowość

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

W jednym przypadku NFZ wypłacił świadczeniodawcy należność za wystawioną fakturę z naruszeniem terminu, o którym mowa w § 24 ust. 1 Załącznika do rozporządzenia w sprawie OWU. Faktura⁵⁹ na kwotę 209 295,84 zł, wystawiona 30 kwietnia 2020 r. i doręczona NFZ 12 maja 2020 r., została zapłacona 22 maja 2020 r., a więc trzy dni po terminie.

(akta kontroli str. 274-293, 302-304)

⁵⁵ Dalej: „Wniosek”.

⁵⁶ Dalej: „Karta wniosku”.

⁵⁷ W okresie od 10 października 2020 r. do 11 grudnia 2020 r.

⁵⁸ Po jednym w terminie 37, 44, 55, 57 oraz dwa po 65 dniach.

⁵⁹ Nr 182/NFZ/2020 za kwiecień 2020 r. do umowy nr 020000803200003 o numerze pierwotnym 18-22/T0006/REH.

Dyrektor wyjaśnił, że ww. faktura została zatwierdzona z opóźnieniem, tj. 21 maja 2021 r. z powodu wątpliwości dotyczących możliwości wystawiania faktur na podstawie rozporządzenia zmieniającego w sprawie OWU z kwietnia 2020 r. ze względu na przekształcenie szpitala w „szpital jednoimienny”. W związku z powyższym 13 maja 2020 r. Delegatura w Toruniu wystąpiła do Zespołu Radców Prawnych K-P OW NFZ w Bydgoszczy o interpretację zapisów § 2 ww. rozporządzenia, które w ust. 2 wykluczały możliwość wystawiania faktur bez sprawozdawczości w przypadku, gdy świadczeniodawca zaprzestał udzielać świadczeń opieki zdrowotnej, chyba że zaprzestanie ich udzielania wynika z decyzji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej lub wprowadzenia ograniczenia działalności leczniczej w związku ze stanem zagrożenia epidemicznego albo stanem epidemii. W związku z brakiem stanowiska Zespołu Radców Prawnych 21 maja 2020 r. w siedzibie K-P OW NFZ w Bydgoszczy zostało zorganizowane spotkanie z udziałem p.o. Dyrektora K-P OW NFZ w Bydgoszczy oraz Koordynatora Zespołu Radców Prawnych, na którym ustalono, iż zasadna jest zapłata za faktury wystawione przez świadczeniodawcę na podstawie ww. przepisów. Faktura nr 182/NFZ/2020 została niezwłocznie sprawdzona pod względem merytorycznym i zatwierdzona 21 maja 2020 r. ze stosowną adnotacją zamieszczoną w metryce faktury, a następnie przez Wydział Księgowości zaksięgowana dnia 22 maja 2020 r. We wskazanej sprawie świadczeniodawcy nie zostały wypłacone odsetki ustawowe za opóźnienie, bowiem nie wystąpił on o ich wypłatę.

(akta kontroli str. 302-304, 308-314)

OCENA CZĄSTKOWA

NIK pozytywnie ocenia działania mające na celu zapewnianie dostępności do świadczeń rehabilitacji leczniczej w czasie epidemii SARS-CoV-2. Wnioski o przedłużenie okresu rozliczeniowego były rozpatrywane rzetelnie, a ze świadczeniodawcami zawierano stosowne aneksy. Jedynie w jednym przypadku K-P OW NFZ nieterminowo przekazał świadczeniodawcy należność z tytułu umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza.

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 wnioski:

Uwagi

Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag.

Wnioski

1. Właściwe prowadzenie postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie rokowań.
2. Odrzucanie ofert zawierających nieprawdziwe informacje.
3. Terminowe przekazywanie środków z tytułu umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

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 Delegatury NIK w Bydgoszczy. 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.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie 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.

Bydgoszcz, 7 lipca 2021 r.

Kontroler
(-) Beata Odjas
specjalista kontroli państwowej

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Bydgoszczy
p.o. Dyrektor
(-) Tomasz Sobecki