



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Katowicach

LKA.410.010.01.2021

Pan
Piotr Nowak
Dyrektor Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia w Katowicach
ul. Stanisława Kossutha 13
40-844 Katowice

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/21/054 – Funkcjonowanie systemu rehabilitacji leczniczej

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Narodowy Fundusz Zdrowia Śląski Oddział Wojewódzki w Katowicach ¹
Kierownik jednostki kontrolowanej	Piotr Nowak, Dyrektor Śląskiego OW NFZ, od 16 stycznia 2020 r. W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełnili: Piotr Nowak, p.o. Dyrektor Śląskiego OW NFZ, od 1 kwietnia 2019 r. do 15 stycznia 2020 r. Jerzy Szafranowicz, Dyrektor Śląskiego OW NFZ, od 14 marca 2016 r. do 31 marca 2019 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Dostępność świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych ze środków publicznych. 2. Zapewnienie dostępności świadczeń rehabilitacji leczniczej w okresie pandemii SARS-CoV-2.
Okres objęty kontrolą	Lata 2019-2021 (I półrocze) z wykorzystaniem dowodów 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 ²
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Katowicach.
Kontroler	Janina Balas, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKA/73/2021 z 29 marca 2021 r. (akta kontroli str.1-2a)

¹ Dalej: „Oddział”, „Śląski OW NFZ” lub „ŚOW NFZ”.

² Dz. U. z 2020 r. poz. 1200, ze zm.; dalej: „ustawa o NIK”.

II. Ocena ogólna³ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

W Oddziale prawidłowo określone zostało zapotrzebowanie na świadczenia rehabilitacji leczniczej na terenie województwa śląskiego. Plany zakupu świadczeń przez Oddział na lata 2019-2021 sporządzono prawidłowo, na podstawie przeprowadzonych analiz zapotrzebowania na świadczenia, z uwzględnieniem aktualnych danych w tym zakresie oraz ogólnokrajowych i regionalnych priorytetów zdrowotnych. Rzetelnie przygotowano proces kontraktowania świadczeń w celu zapewnienia ich dostępności na terenie całego województwa śląskiego oraz odpowiednio dokumentowano działania komisji konkursowych na poszczególnych etapach postępowania. Oferty składane przez oferentów biorących udział w postępowaniach konkursowych były poddawane weryfikacji. W przypadku dwóch, dobranych do szczegółowego badania ofert⁴, zawierających nieprawdziwe informacje, komisje konkursowe wprowadzały zmiany⁵ w odpowiedziach ankietowych udzielonych przez oferentów (stanowiących część VIII formularza ofertowego „Ankiety”), choć stosownie do art. 149 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁶ oferty te winny zostać odrzucone.

W Oddziale właściwie monitorowano stopień realizacji umów przez świadczeniodawców, dokonując przesunięć środków zarówno na wniosek świadczeniodawców, jak i z własnej inicjatywy, nakładając przy tym na świadczeniodawców kary z tytułu nienależytego wykonania umowy. Oddział prawidłowo rozpatrywał wnioski o przedłużenie określonych w umowach okresów rozliczeniowych, które kończyły się w 2020 r.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowej⁷ kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Dostępność świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych ze środków publicznych⁸

1.1 Plany zakupu świadczeń zdrowotnych

Opis stanu faktycznego

Plany zakupu świadczeń na lata 2019, 2020 i 2021, ustalające bieżące i przyszłe zapotrzebowanie Oddziału na świadczenia w rodzaju rehabilitacji leczniczej oraz świadczenia odrębnie finansowane w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej⁹, zostały sporządzone w oparciu

³ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

⁴ Spośród kontrolowanych 15 ofert, do szczegółowego badania wybrano dwie oferty – po jednej ofercie z dwóch postępowań konkursowych, w których komisje konkursowe wprowadzały w toku postępowania zmiany w odpowiedziach udzielonych przez oferentów na pytania ankietowe (z trzech kontrolowanych postępowań konkursowych). Do badania wybrano oferty, w przypadku których liczba zmian w odpowiedziach na pytania ankietowe wynosiła trzy lub więcej.

⁵ W przypadku każdej z tych ofert zmiany dotyczyły odpowiedzi na co najmniej trzy pytania ankietowe.

⁶ Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, ze zm.; dalej: „ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej”.

⁷ 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.

⁸ Z wyłączeniem świadczeń dotyczących rehabilitacji dzieci i młodzieży oraz leczenia dzieci ze śpiączką (kod 05.4306.301.02), leczenia dorosłych chorych ze śpiączką (kod 05.4306.302.02), a także produktu 05.1310.408.02 – świadczenia medycznego Narodowego Funduszu Zdrowia dla osób niepełnosprawnych, realizowanego w ramach programu rządowego „Świadczenia medyczne NFZ dla osób niepełnosprawnych na lata 2020-2021”.

⁹ Dalej: „PSZ”, wprowadzony ustawą z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. poz. 844).

o obowiązujące przepisy, w szczególności z uwzględnieniem art. 131b ust. 1 i 2 ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej, rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej^{10,11} oraz zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza, a także „Procedurę definiowania priorytetów zdrowotnych i planowania zakupu świadczeń”¹². Przygotowanie planu zakupu świadczeń na dany rok poprzedzone było każdorazowo analizą poziomu bieżącej realizacji świadczeń w rodzaju m.in. rehabilitacji leczniczej.

(akta kontroli str. 61-220)

Założenia do planu zakupu opierały się na analizie następujących danych:

- 1) analiz przygotowanych we własnym zakresie przez Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej ŚOW NFZ (analiza poziomu realizacji świadczeń);
- 2) opracowań zewnętrznych:
 - Krajowe ramy strategiczne „Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020” opracowane przez Ministerstwo Zdrowia, Warszawa lipiec 2015 r.,
 - „Mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego” opracowane przez Ministerstwo Zdrowia zgodnie z art. 95 c ust. 9 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej,
 - Priorytety Dla Regionalnej Polityki Zdrowotnej - Województwo Śląskie, określone przez Wojewodę Śląskiego w porozumieniu z Wojewódzką Radą do spraw Potrzeb Zdrowotnych¹³.

W ostatnim z ww. opracowań zewnętrznych zdefiniowano następujące priorytety regionalne związane z rehabilitacją leczniczą na lata 2019-2021:

- zapewnienie kompleksowej opieki onkologicznej dla mieszkańców woj. śląskiego poprzez rozwój profilaktyki, szybkiej diagnostyki, leczenia, w tym rehabilitacji oraz specjalistycznej opieki paliatywnej;
- rozwój profilaktyki zdrowotnej, pierwotnej i wtórnej, diagnostyki i medycyny naprawczej ukierunkowany na problemy zdrowotne związane z chorobami sercowo-naczyniowymi oraz układu oddechowego;
- wydłużenie trwania życia i poprawa jakości życia oraz ograniczenie niepełnosprawności poprzez przeciwdziałanie negatywnym trendom demograficznym;
- ograniczenie niepełnosprawności spowodowanej schorzeniami w szczególności związanymi z ostrymi oraz przewlekłymi chorobami układu ruchu, w tym w następstwach schorzeń ośrodkowego układu nerwowego oraz przyczynami zewnętrznymi (urazy, oparzenia, zatrucia).

(akta kontroli str. 61-220)

Jak wyjaśnił Dyrektor Oddziału, w planach zakupu świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza oraz świadczeń odrębnie finansowanych w ramach PSZ, obejmujących lata 2019-2021, priorytety regionalne z uwagi na ich szeroki zakres, nie zostały ujęte bezpośrednio, lecz pośrednio, poprzez uwzględnienie we wskazanych latach:

¹⁰ Dz.U. z 2021 poz. 265, dalej: „rozporządzenie ws. świadczeń gwarantowanych”.

¹¹ Dz. U. z 2018 r. poz. 469, wydane na podstawie przepisu art. 31a ust 2 ustawy o świadczeniach zdrowotnych, dalej: „rozporządzenie ws. priorytetów zdrowotnych”.

¹² Wprowadzoną pismem Prezesa NFZ o sygnaturze: DSOZ.401.1589.2018 2018.48811.MJS z dnia 11 września 2018 r., zmienioną pismem Centrali NFZ z 1 grudnia 2020 r. znak: DSOZ.401.282.2020, 2020.189580.DRU, zmienionego pismem Centrali NFZ z 12 lutego 2021 r. znak: DSOZ-DRSJGP.401.19.2021, 2021.41742.CAKZ

¹³ Opracowanie pt. „Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej – województwo śląskie” Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego w Katowicach przekazane w lipcu 2018 r.

- produktów skojarzonych (nielimitowanych), realizowanych we wszystkich zakresach świadczeń (z wyłączeniem leczenia dzieci i dorosłych ze śpiączką) dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności (wprowadzonych od 1 lipca 2018 r.);
- produktu skojarzonego: rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych po leczeniu operacyjnym (wprowadzonego od 1 października 2019 r.);
- produktu rozliczeniowego: świadczenia medyczne NFZ dla osób niepełnosprawnych, w ramach którego realizowane są świadczenia na rzecz pacjentów z orzeczeniem o niepełnosprawności w stopniu lekkim lub umiarkowanym (wprowadzonego od 3 października 2020 r.).

Dyrektor Oddziału wyjaśnił także, że świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej realizowane są również w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne - świadczenia kompleksowe w zakresie kompleksowej opieki po zawale mięśni sercowego (KOS-zawał) oraz w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi (KON-Pierś).

(akta kontroli str. 697-699)

Ustalane przez Oddział plany zakupu świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej¹⁴ i ich wykonanie przedstawiały się następująco:

- w 2018 r.: plan 222 813 tys. zł, wykonanie 242 663 tys. zł (109% planu);
- w 2019 r.: plan 262 758 tys. zł, wykonanie 294 023 tys. zł (112% planu);
- w 2020 r.: 300 007 tys. zł, wykonanie 259 455 tys. zł (86% planu).
- w 2021 r.¹⁵: 276 278 tys. zł.

Kwoty przewidziane w planach zakupu świadczeń stanowiły odpowiednio 2,25% planowanych nakładów na świadczenia zdrowotne ogółem¹⁶ w 2018 r., 2,4% w 2019 r., 2,47% w 2020 r. i 3,04% w 2021 r.

(akta kontroli str. 456, 463-464, 477-479)

Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że główną przyczyną niewykonania planu zakupu świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza w roku 2020 było wystąpienie na terytorium kraju stanu epidemii wywołanej zakażeniami wirusem SARS-CoV-2, czego skutkiem były:

- czasowe ograniczenie wykonywania działalności leczniczej (zgodnie z kolejnymi rozporządzeniami Rady Ministrów¹⁷), polegające na zaprzestaniu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej, z wyjątkiem przypadków, w których zaprzestanie rehabilitacji groziło poważnym pogorszeniem stanu zdrowia pacjenta, oraz z wyjątkiem:

¹⁴ Dane z wyłączeniem kodów zakresów świadczeń przeznaczonych dla dzieci i młodzieży oraz: leczenia dzieci ze śpiączką (05.4306.301.02), leczenia dorosłych chorych ze śpiączką (05.4306.302.02) oraz produktu 05.1310.408.02 – świadczenie medyczne Narodowego Funduszu Zdrowia dla osób niepełnosprawnych, realizowanego w ramach programu rządowego „Świadczenia medyczne NFZ dla osób niepełnosprawnych na lata 2020-2021”.

¹⁵ Według planu przyjętego pismem z dnia 1 marca 2021 r. dot. założeń przyjętych podczas tworzenia planu zakupów świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza oraz świadczeń odrębnie finansowanych w ramach PSZ na rok 2021.

¹⁶ Do wyliczenia przyjęto dane dot. ostatecznego planu finansowego Oddziału w latach 2018-2021 – na które składają się koszty świadczeń opieki zdrowotnej (B2.1 +B2.22), które wynosiły: dla 2018 r. 9 859 627 tys. zł, dla 2019 r. 10 990 532 tys. zł, dla 2020 r. 12 122 224 tys. zł, dla 2021 r. 9 068 687 tys. zł.

¹⁷ Rozporządzeń Rady Ministrów w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii, tj. rozporządzenia z dnia 31 marca 2020 r. (Dz.U. z 2020 r. poz. 566, ze zm.) – utraciło moc; rozporządzenia z dnia 10 kwietnia 2020 r. (Dz. U. poz. 685, ze zm.) – utraciło moc; rozporządzenia z dnia 19 kwietnia 2020 r. (Dz. U. poz. 697, ze zm.) – utraciło moc i rozporządzenia z dnia 2 maja 2020 (Dz. U. poz. 792, ze zm.) – utraciło moc.

- świadczeń udzielanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, w tym obejmujących kardiologiczną telerehabilitację hybrydową,
 - świadczeń stacjonarnych w rozumieniu przepisów wydanych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, udzielanych pacjentom w ramach ciągłości i kontynuacji leczenia, przeniesionych bezpośrednio z ośrodka leczenia ostrej fazy choroby, w rozumieniu tych przepisów,
- b) przekształcenie części oddziałów podmiotów leczniczych realizujących świadczenia rehabilitacji leczniczej w warunkach stacjonarnych na „oddziały covidowe” (zgodnie z dyspozycją wydaną przez Wojewodę Śląskiego),
- c) czasowe zamknięcie komórek organizacyjnych podmiotów leczniczych, realizujących świadczenia rehabilitacji leczniczej w warunkach ambulatoryjnych i stacjonarnych (w przypadku stwierdzenia zakażenia w placówce – na podstawie decyzji wydanej przez Państwową Inspekcję Sanitarną),
- d) ograniczenia w realizowanej liczbie świadczeń (po wznowieniu ich udzielania), wynikające z:
- nałożonego na podmioty lecznicze obowiązku przestrzegania zasad ścisłego reżimu sanitarnego przy udzielaniu świadczeń,
 - rezygnacji pacjentów ze świadczeń, w tym z powodu zachorowań na COVID-19,
 - absencji pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (w większości z powodu zachorowań na COVID-19), udzielających świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza.

Dyrektor Oddziału dodał również, że w celu zabezpieczenia dostępu do świadczeń rehabilitacyjnych, w związku z ograniczeniami związanymi ze stanem epidemii wywołanej zakażeniami wirusem SARS-CoV-2, zostało wprowadzone rozporządzenie Ministra Zdrowia¹⁸, w którym dopuszczono zawieszenie terminów dotyczących udzielania świadczeń w ramach fizjoterapii domowej oraz terminów przyjęcia na świadczenia realizowane w warunkach stacjonarnych. Przywołane rozporządzenie Ministra Zdrowia dopuściło ponadto możliwość realizacji porad lekarskich, porad lub wizyt terapeutycznych z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, jeżeli ten sposób realizacji świadczenia opieki zdrowotnej nie zagrażał pogorszeniem stanu zdrowia świadczeniobiorcy. Ponadto Śląski OW NFZ dokonał zbilansowania zawartych ze świadczeniodawcami na rok 2020 umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza, poprzez przesunięcie środków finansowych pomiędzy zakresami objętymi umową lub poprzez zmniejszenie wartości umowy, w związku z jej rzeczywistym wykonaniem, poniżej planu umowy.

(akta kontroli str. 461-463)

Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że analiza list oczekujących na świadczenia medyczne (uwzględniając wszystkie zakresy świadczeń, zgodnie z kodem resortowym komórki organizacyjnej cz. VIII) prowadzona była przy tworzeniu planów zakupu.

Dodał, że wpływ na kolejki oczekujących - liczbę osób oczekujących oraz czas oczekiwania, ma m.in. kryterium zakwalifikowania pacjenta, jako przypadku pilnego lub stabilnego, o którym decyduje lekarz, np. oddziału, do którego pacjent złożył skierowanie. Dodatkowo na termin oczekiwania mają wpływ zapisy zarządzenia Prezesa NFZ, iż pacjent po leczeniu operacyjnym (kwalifikacja na podstawie określonych procedur ICD-9) lub po leczeniu zachowawczym (kwalifikacja na

¹⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 kwietnia 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. z 2020 r. poz. 660). Na mocy tego rozporządzenia do § 3 rozporządzenia ws. świadczeń gwarantowanych dodano ustęp 5 oraz dodano § 4a.

podstawie określonych procedur ICD-10) powinien rozpocząć rehabilitację do sześciu miesięcy od zakończenia hospitalizacji. Istotnym czynnikiem mającym przełożenie na czas oczekiwania na rehabilitację stacjonarną ma również liczba wykonanych zabiegów operacyjnych czy zrealizowanych hospitalizacji, które kwalifikują do przeprowadzenia w ich następstwie świadczeń rehabilitacyjnych. Również ogólny stan zdrowia pacjentów, wiek i niepełnosprawność mają przełożenie na coraz większą liczbę skierowań na ten rodzaj świadczeń. Dodatkowo wpływ na liczbę oczekujących, a zarazem czas oczekiwania, miało wprowadzenie produktów skojarzonych we wszystkich zakresach świadczeń dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności. Świadczeniobiorcy posiadający stosowne orzeczenie korzystają z rehabilitacji poza kolejką oczekujących. Potencjał świadczeniodawców (w szczególności liczba łóżek rejestrowych) również determinuje czas oczekiwania na świadczenia w poszczególnych podmiotach. Ponadto dodał, że w zakresie rehabilitacji stacjonarnej ogólnoustrojowej i neurologicznej obok czynników wskazanych powyżej największy wpływ na czas oczekiwania w przypadkach stabilnych mają pacjenci z chorobami przewlekłymi. Dla pacjentów tych nie ma ograniczenia w zakresie rozpoznań ICD-10, które kwalifikowałyby ich do leczenia w ramach rehabilitacji stacjonarnej, jak również liczby pobytów na oddziały rehabilitacyjne w danym roku kalendarzowym. Dodatkowo do 2019 roku pacjenci mieli możliwość złożenia wielu skierowań w różnych podmiotach, co bezpośrednio wpływało na liczbę osób oczekujących i czas oczekiwania¹⁹. Natomiast w 2020 roku na czas oczekiwania przede wszystkim wpływ miała epidemia, podczas której zarówno oddziały stacjonarne jak i ośrodki dzienne, zgłaszały przerwy w udzielaniu świadczeń lub były zobligowane do zaprzestania udzielania świadczeń, również realizacja świadczeń w reżimie sanitarnym przełożyła się na mniejszą liczbę realizowanych osobodni i w konsekwencji dłuższy czas oczekiwania.

Finansowanie świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza w latach objętych kontrolą 2019-2020 ulegało zwiększeniu, co miało bezpośredni wpływ na zwiększenie dostępu do przedmiotowych świadczeń. Zmiany były wynikiem analiz rzeczywistego wykonania umów i dokonywane były po każdym kwartale w oparciu o przepisy § 43, § 20 i 21 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej²⁰, zarządzeniami Prezesa NFZ zmieniającymi 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, wprowadzającymi zakresy skojarzone udzielane świadczeniobiorcom posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności do wszystkich zakresów świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza i w ramach PSZ - świadczenia odrębnie finansowane rehabilitacja lecznicza czy też produkt skojarzony dotyczący rehabilitacji ogólnoustrojowej pooperacyjnej.

W roku 2019 zmiana planu zakupu, a zatem i zwiększanie finansowania świadczeń, związana była m.in. z wprowadzeniem zmian w umowach dotyczących wykonania świadczeń rehabilitacyjnych w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych. Zarządzeniem nr 133/2019/DSOZ Prezesa NFZ²¹ dodany został w tym zakresie świadczeń, zakres skojarzony: rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych dla pacjentów po leczeniu operacyjnym. W związku z powyższym zmianie uległa ścieżka dostępu do świadczeń udzielanych w ramach

¹⁹ Weryfikację liczby złożonych skierowań prowadzono od 1 września 2019 r.

²⁰ Dz. U. z 2020 r. poz. 320, ze zm.

²¹ 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.

rehabilitacji ogólnoustrojowej, z uwagi na wydzieloną w umowie wartość środków finansowych przeznaczonych na realizację świadczeń dla pacjentów po określonych zabiegach operacyjnych, poprzez zwiększenie finansowania tych świadczeń. Powyższe miało bezpośredni wpływ na zwiększenie dostępu do świadczeń w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych.

(akta kontroli str. 978-980)

Najwięcej osób oczekujących na udzielenie świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej było do działu - pracowni fizjoterapii, tj.:

- a) dla przypadków stabilnych: 149 796 osób na dzień 31 grudnia 2018 r., 122 611 osób na dzień 31 grudnia 2019 r., 77 258 osób na dzień 31 grudnia 2020 r. i 76 033 osób na dzień 28 lutego 2021 r.;
- b) dla przypadków pilnych: 15 271 na dzień 31 grudnia 2018 r., 14 891 na dzień 31 grudnia 2019 r., 12 039 na dzień 31 grudnia 2020 r. i 11 957 na dzień 28 lutego 2021 r.

Najmniej osób oczekiwało na udzielenie świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej do zakładu/ośrodka rehabilitacji kardiologicznej dziennej, tj. odpowiednio:

- a) dla przypadków stabilnych: 104 osoby na dzień 31 grudnia 2018 r., 95 osób na dzień 31 grudnia 2019 r., 72 na dzień 31 grudnia 2020 r. i 68 osób na dzień 28 lutego 2021 r.;
- b) dla przypadków pilnych: 0 oczekujących na dzień 31 grudnia 2018 r., 1 osoba na dzień 31 grudnia 2019 r., 3 osoby na dzień 31 grudnia 2020 r. i 2 osoby na dzień 28 lutego 2021 r.

(akta kontroli str. 426-428)

Najdłuższy średni (maksymalny i minimalny) czas oczekiwania na udzielenie świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej²² był do Oddziału rehabilitacji narządu ruchu i wynosił on odpowiednio:

- a) dla przypadków stabilnych: 1725 (4053 i 341) dni w 2018 r., 1477 (3638 i 279) dni w 2019 r., 1506 (4990 i 0) dni w 2020 r. i 1511 (5137 i 0) dni w 2021 r.;
- b) dla przypadków pilnych: 180 (339 i 72) dni w 2018 r., 358 (1158 i 64) dni w 2019 r., 102 (338 i 9) dni w 2020 r. oraz 140 (425 i 36) dni w 2021 r.

Najkrótszy średni (maksymalny i minimalny) czas oczekiwania był na Oddział rehabilitacji kardiologicznej i wynosił odpowiednio:

- a) dla przypadków stabilnych: 22 (44 i 0) dni w 2018 r., 12 (44 i 0) dni w 2019 r., 17 (56 i 0) dni w 2020 r. oraz 12 (43 i 0) dni w 2021 r.;
- b) dla przypadków pilnych: 5 (28 i 0) dni w 2018 r., 2 (22 i 0) dni w 2019 r., 4 (43 i 0) dni w 2020 r. oraz 3 (42 i 0) dni w 2021 r.

(akta kontroli str. 426-428)

Dyrektor Oddziału w sprawie długiego czasu oczekiwania dla przypadków stabilnych na udzielenie świadczeń w Oddziale rehabilitacji narządu ruchu wyjaśnił, że świadczenia w oddziale rehabilitacji narządu ruchu udzielane są przez czterech świadczeniodawców, natomiast w całym analizowanym okresie maksymalne czasy oczekiwania wykazywała tylko jedna placówka, tj. Śląskie Centrum Reumatologii, Rehabilitacji i Zapobiegania Niepełnosprawności im. Gen. Jerzego Ziętka w Ustroniu. Ponadto u tego świadczeniodawcy w okresie od grudnia 2019 r. do lutego 2021 r. zapisanych było 84% pacjentów z sumy wszystkich oczekujących dla

²² Informacje o liczbie oczekujących oraz średnich rzeczywistych czasach oczekiwania zostały przygotowane w oparciu o dane obliczane i przekazywane przez świadczeniodawców w comiesięcznych komunikatach XML/zaewidencjonowanych w aplikacji AP-KOLCE. Dane dotyczące średniego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia obliczane są zgodnie z załącznikiem nr 6 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r., tj. na podstawie średniej liczby dni oczekiwania każdej osoby skreślonej z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia, w okresie trzech ostatnich miesięcy sprawozdawczych.

kategorii medycznej przypadek stabilny (20 674 z 24 734) oraz 68% dla kategorii medycznej przypadek pilny (2 275 z 3 359). Dodał, że na długość czasu oczekiwania dla przypadków stabilnych główny wpływ mają kryteria medyczne wskazane w ww. rozporządzeniu. Z analizy list oczekujących wynika, że na oddziale rehabilitacji narządu ruchu, w okresie od września 2019 r. do lutego 2021 r. (okres od kiedy listy oczekujących prowadzone są w aplikacji udostępnionej przez Narodowy Fundusz Zdrowia – AP-KOLCE) udział w ogólnej liczbie wykreślonych pacjentów z powodu realizacji świadczenia dla przypadków stabilnych wynosił 24% (tzn. 654 pacjentów zakwalifikowanych do kategorii medycznej przypadek stabilny, na 2 722 wszystkich wykreślonych z powodu realizacji świadczenia). Z powyższych danych wynika, że głównie przyjmowani byli pacjenci z kategorią medyczną przypadek pilny, co miało wpływ na długość czasu oczekiwania dla pacjentów z kategorią medyczną przypadek stabilny.

Dyrektor Oddziału podał również, że pacjenci posiadają możliwość wyboru świadczeniodawcy spośród wszystkich, którzy posiadają umowę na dane świadczenie (wybory pacjentów powodujące duże dysproporcje w liczbie oczekujących w poszczególnych placówkach, a co za tym idzie wydłużenie czasu oczekiwania w danej placówce), dlatego trudno stwierdzić, czym kierowali się wybierając daną placówkę, u której zanotowano najwyższą dynamikę wzrostu. Dodatkowo na wydłużenie czasu oczekiwania dla pacjentów zakwalifikowanych do kategorii medycznej przypadek stabilny znaczny wpływ ma obowiązek przyjęć pacjentów poszpitalnych, gdzie okres oczekiwania od zakończenia hospitalizacji jest ściśle określony przepisami (do sześciu miesięcy), łatwość w uzyskaniu kolejnego skierowania po zakończeniu rehabilitacji oraz wzrastająca liczba osób z uprawnieniami do przyjęć poza kolejnością. Dodał, że dane przekazywane przez świadczeniodawców w tym zakresie nie budzą wątpliwości co do ich poprawności, jednakże pełna weryfikacja informacji z zakresu list oczekujących może odbyć się wyłącznie w ramach kontroli u świadczeniodawcy.

(akta kontroli str. 1124-1127.)

1.2 Współpraca OW NFZ w zakresie planowania poziomu kontraktowania świadczeń rehabilitacji leczniczej.

Podczas tworzenia planów zakupu świadczeń na lata 2019-2021 do ŚOW NFZ nie wpłynęły opinie ani wnioski od konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie rehabilitacji medycznej, balneologii i medycyny fizykanej oraz fizjoterapii, organizacji pozarządowych (fundacji, stowarzyszeń) oraz Rzecznika Praw Pacjenta. Nie wpłynęły również wnioski od organów jednostek samorządu terytorialnego, ani organizacji świadczeniodawców i ubezpieczonych działających w woj. śląskim.

Oddział nie występował do powyższych instytucji z wnioskami o wyrażenie opinii w sprawie tworzenia planów zakupów świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej, nie przekazywał im również do opiniowania planów zakupu świadczeń.

(akta kontroli str. 11,1128)

1.3 Obszary kontraktowania

Na podstawie badania dokumentacji przeprowadzonych przez Oddział trzech postępowań konkursowych (szczegółowo opisanych w pkt 1.4 niniejszego wystąpienia) dotyczących zawarcia umów o udzielanie świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza stwierdzono, że obszary kontraktowania (2464 - Częstochowa, 2468 - Jaworzno i 2465 - Dąbrowa Górnicza) w badanych postępowaniach nie zostały zmienione w porównaniu do 2014 r. i pokrywały się z obszarami wskazanymi w planie zakupu świadczeń na 2019 r.

(akta kontroli str. 75-89, 527-552, 1058-1091)

W planie zakupu świadczeń na 2019 r. założono następujące obszary kontraktowania świadczeń w poszczególnych zakresach:

- województwo (rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu słuchu i mowy, rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu wzroku);
- powiat (obszar obejmujący 36 powiatów) - fizjoterapia ambulatoryjna, lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna;
- grupy powiatów:
 - a) fizjoterapia domowa, rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym, rehabilitacja kardiologiczna w ośrodku/oddziale dziennym, rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych, rehabilitacja neurologiczna (4 grupy powiatów);
 - b) rehabilitacja pulmonologiczna w warunkach stacjonarnych oraz rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa w warunkach stacjonarnych (2 grupy powiatów).

(akta kontroli str.710-745)

Obszary kontraktowania wskazane w planie zakupu świadczeń na 2019 rok dla zakresów realizowanych w ramach rehabilitacji leczniczej nie uległy zmianie w stosunku do 2014 r., z wyjątkiem zakresu rehabilitacji kardiologicznej lub kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej w warunkach stacjonarnych, dla których:

- w 2014 r. wskazano 3 obszary kontraktowania, tj. grupę powiatów subregionu centralnego, grupę powiatów subregionu północnego oraz grupę powiatów subregionu południowego i zachodniego,
- w 2019 r. wskazano 2 obszary kontraktowania, tj. grupę powiatów subregionu centralno-północnego i grupę powiatów subregionu południowo-zachodniego.

Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że „Połączenie w planie zakupu świadczeń na 2019 r. obszarów kontraktowania będących w planie zakupu świadczeń na rok 2014 oddzielnymi²³, nastąpiło w związku z faktem, iż jedyny podmiot leczniczy realizujący świadczenia w przedmiotowym zakresie na obszarze grupy powiatów subregionu północnego, został włączony do „sieci szpitali”, skutkiem czego w konkursie ofert dla tego rodzaju i zakresu świadczeń na 2019 r. nie mógł brać udziału. Z dostępnych informacji wynikało, że w przypadku ogłoszonego na rok 2019 postępowania konkursowego w zakresie rehabilitacji kardiologicznej lub kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej w warunkach stacjonarnych, na obszarze grupy powiatów subregionu północnego nie było podmiotu leczniczego, który mógłby przystąpić do konkursu ofert. Z uwagi na powyższe w planie zakupu świadczeń na rok 2019 obszar grupy powiatów subregionu centralnego został połączony z grupą powiatów subregionu północnego”.

(akta kontroli str. 710-788, 1054-1055, 1058-1091)

1.4 Postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń rehabilitacji leczniczej

Oddział w okresie od listopada 2018 r. do czerwca 2019 r. ogłosił i przeprowadził łącznie 114 postępowań dotyczących zawarcia umów o udzielenie świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej. Wszystkie te postępowania zostały przeprowadzone w trybie konkursu ofert. W tym samym okresie Oddział nie prowadził postępowań w trybie rokowań.

W ramach ww. postępowań złożono 774 oferty, z których 102 zostały odrzucone. Przyczyną odrzucenia ofert było niespełnienie wymogów określonych w obowiązujących przepisach prawa, w tym warunków określonych przez Prezesa

²³ Tj. grupy powiatów subregionu centralnego z grupą powiatów subregionu północnego.

NFZ na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej oraz nieprzedstawienie przez oferenta wszystkich wymaganych dokumentów i nieuzupełnienie ich w określonym przepisami terminie.

W wyniku przeprowadzenia ww. postępowań Oddział zawarł 596 umów dotyczących udzielania świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej.

(akta kontroli str. 32-41)

Szczegółowym badaniem objęto trzy rozstrzygnięte postępowania, przeprowadzone w trybie konkursu ofert:

- 12-19-000198/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w zakresie: fizjoterapia ambulatoryjna, na obszarze 2464 - Częstochowa;
- 12-19-000285/REH/05/1/05.1300.207.02/01 w zakresie: lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna, na obszarze 2468 - Jaworzno;
- 12-19-000494/REH/05/1/01 w zakresach: 1) lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna, 2) lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności, na obszarze 2465 - Dąbrowa Górnicza.

Podstawą przeprowadzenia ww. postępowań były wnioski²⁴ Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej do Dyrektora Oddziału o ogłoszenie postępowania przeprowadzanego w trybie konkursu ofert na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. We wniosku nr 2019/00003 wartość przedmiotu wszystkich postępowań²⁵ określono na łączną kwotę wynoszącą nie więcej niż 118 552 618,20 zł. Wniosek sporządzono na podstawie planu postępowań na rok 2019 dla obszaru województwa śląskiego. Maksymalną liczbę umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, które mogły zostać zawarte po przeprowadzeniu postępowań objętych ww. wnioskiem, określono na 627. Wniosek obejmował 105 postępowań, które umieszczono w planie postępowań, stanowiącym załącznik do wniosku. Z kolei we wniosku nr 2019/00036 wartość przedmiotu postępowań określono na łączną kwotę nie większą niż 1 342 076,26 zł, a maksymalną liczbę umów zawartych po przeprowadzeniu postępowania na cztery. Integralną częścią wniosku był plan obejmujący przeprowadzenie dwóch postępowań.

W obu przypadkach wnioski zatwierdził Dyrektor Oddziału.

(akta kontroli str. 391-425, 480-481, 527-560)

Szczegółowe badanie ww. postępowań wykazało, że:

- informacje o wszczęciu badanych postępowań zostały prawidłowo ogłoszone, a Dyrektor Oddziału w każdym przypadku powołał komisję konkursową do ich przeprowadzenia;
- wszystkie oferty złożono zarówno w formie pisemnej, jak i elektronicznej, tj. zgodnie z postanowieniami zarządzenia Nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017r. w sprawie warunków postępowania dotyczącego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- w dokumentacji z prac komisji konkursowych zamieszczono oświadczenia ich członków, złożone na podstawie art. 139 ust. 5 i 6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, o braku wobec nich przesłanek wyłączenia z prowadzonych postępowań;

²⁴ Nr 2019/00003 z dnia 13 listopada 2018 r. (dla postępowania 12-19-000198/REH/05/1/05.1310.208.02/01 i 12-19-000285/REH/05/1/05.1300.207.02/01) oraz Nr 2019/00036 z dnia 2 kwietnia 2019 r. (dla postępowania 12-19-000494/REH/05/1/01).

²⁵ Wniosek obejmował 105 postępowań

- przedmiot postępowań każdorazowo opisano w sposób jednoznaczny i wyczerpujący, podając numer wg Polskiej Klasyfikacji Wyrobów i Usług²⁶, nazwę zakresu usługi i obszar, na którym będzie ona realizowana;
- żadne z badanych postępowań nie zostało unieważnione;
- w ramach ww. postępowań wpłynęło łącznie 18 ofert. Komisja konkursowa w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia ofert wezwała 12 oferentów do usunięcia braków formalnych w złożonych ofertach. Wszyscy oferenci terminowo usunęli braki i uzupełnili wymagane dokumenty;
- komisja konkursowa dokonała analizy złożonych ofert, biorąc pod uwagę kryteria dostępności, ciągłości, zapewnienia kompleksowości udzielanych świadczeń, ceny tych świadczeń oraz jakości,
- kryteria oceny ofert i warunki wymagane od oferentów (świadczeniodawców) były jawne i niezmiennie w terminie przeprowadzenia konkursów ofert;
- komisja konkursowa, w związku z niespełnianiem wymaganych warunków określonych w przepisach prawa, w tym wymogów określonych przez Prezesa NFZ na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, odrzuciła dwie oferty²⁷, z czego jedną w części jawnej postępowania konkursowego, a drugą w części niejawnej, ze względu na niespełnienie wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz w szczegółowych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 146 ust. 1 pkt 2 (w związku z art. 149 ust. 1 pkt 7 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej);
- wystąpił jeden przypadek złożenia do komisji konkursowej protestu²⁸ w trybie art. 153 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej (protest uznano za zasadny) oraz jeden przypadek wniesienia przez oferenta odwołania w trybie art. 154 ww. ustawy²⁹. Decyzją Dyrektora Oddziału odwołanie zostało oddalone. Protest i odwołanie zostały wniesione i rozpatrzone w terminach zgodnych z obowiązującymi przepisami;
- komisja konkursowa każdorazowo powiadamiała o rozstrzygnięciu badanych postępowań w formie ogłoszenia o rozstrzygnięciu konkursu ofert, które zawierało informacje o nazwie, siedzibie i adresie świadczeniodawcy, który został wybrany. Miejsce i termin ogłoszenia rozstrzygnięć konkursów ofert był zgodny ze sposobem określonym w ogłoszeniu o konkursie ofert.

(akta kontroli str. 480-694)

W wyniku badanych postępowań zawarto 15 umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką. Umowy zostały zawarte na okres od 1 lipca 2019 r. do 30 czerwca 2024 r. Umowy zawierały dane i informacje wymagane w art. 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej³⁰, w szczególności m.in.: zakres świadczeń zdrowotnych, liczbę i cenę jednostek rozliczeniowych oraz kwotę zobowiązania w zakresie świadczeń objętych umową określoną w „Planie rzeczowo-finansowym”, zapisy dot. liczby osób udzielających

²⁶ Dział 86 - usługi w zakresie opieki zdrowotnej.

²⁷ W postępowaniu nr 12-19-000198/REH/05/1/05.1310.208.02/01 – oferta 12-19-000198/REH/05/1/05.1310.208.02/01/12/0405 odrzucona w całości w części jawnej konkursu oraz oferta 12-19-000198/REH/05/1/05.1310.208.02/01/5/0405 - odrzucona w części niejawnej konkursu ze względu na niespełnienie wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz w szczegółowych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 146 ust. 1 pkt 2 (art. 149 ust. 1 pkt 7 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

²⁸ postępowanie nr 12-19-000198/REH/05/1/05.1310.208.02/01 – protest wniesiony do oferty o numerze 12-19-000198/REH/05/1/05.1310.208.02/01/5/0405

²⁹ W postępowaniu nr 12-19-000198/REH/05/1/05.1310.208.02/01 – oferta nr 12-19-000198/REH/05/1/05.1310.208.02/01/11/0405

³⁰ Dz. U. z 2021 r. poz. 711, ze zm.

świadczenia w poszczególnych zakresach i czas pracy - określone szczegółowo w załączniku do umowy „Harmonogram - zasoby”, zapisy dot. rozliczeń i terminy przekazywania należności, tryb przekazywania udzielającemu zamówienie informacji o realizacji przyjętego zamówienia, zobowiązanie do prowadzenia określonej sprawozdawczości statystycznej, zasady i wysokość kar umownych oraz tryb ich rozwiązania. Spośród 15 badanych umów, 10 zawarto zgodnie z art. 154 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, tj. po rozpatrzeniu odwołania wniesionego przez jednego z oferentów. W przypadku dwóch postępowań Oddział zawarł z pięcioma oferentami umowy po upływie 21 dni (dwie umowy) i 1,5 miesiąca (trzy umowy).

Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że „Oferty z postępowań po konkursie na rehabilitację zostały przekazane do Działu Obsługi Umów w terminie od 28 maja 2019 r. do 17 czerwca 2019 r. Umowy były przygotowywane w systemie informatycznym w terminie od 6 do 17 czerwca 2019 r. Następnie świadczeniodawcy składali wnioski o konta bankowe w wersji elektronicznej poprzez Portal Świadczeniodawcy. Gotowe umowy w liczbie 276 zostały wysłane świadczeniodawcom 24 czerwca 2019 r.”. Dodał, że przygotowanie umów w wyniku rozstrzygnięć konkursowych odbywa się po przekazaniu kompletu ofert z wszystkich postępowań konkursowych, co wynika z faktu, że dany świadczeniodawca może występować w kilku postępowaniach, a umowy przygotowywane są nie dla każdego zakresu (jedno postępowanie), ale w całości dla danego świadczeniodawcy.

(akta kontroli str. 527-540, 851-852, 982-1046, 1047-1048)

W trakcie prowadzonych przez Oddział w 2019 r. postępowań konkursowych w rodzaju rehabilitacja lecznicza Dyrektor Oddziału na wniosek komisji konkursowej unieważnił trzy postępowania³¹. W uzasadnieniu wniosków jako podstawę unieważnienia postępowań wskazano art. 150 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej (w każdym przypadku wpłynęła tylko jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu).

(akta kontroli str. 480-481, 484-497)

Dyrektor Oddziału wyjaśnił, iż w wyniku unieważnienia ww. postępowań konkursowych nie doszło do przerwy w zabezpieczeniu dostępu do świadczeń w zakresach i na obszarach, których postępowania dotyczyły, gdyż:

- do 30 czerwca 2019 r. we skazanych obszarach i zakresach świadczeń obowiązywały umowy zawarte ze świadczeniodawcami na podstawie postępowań konkursowych prowadzonych w 2014 roku;
- Śląski OW NFZ ponownie ogłosił i rozstrzygnął postępowania konkursowe w sprawie zawarcia umów na powyższych obszarach i zakresach świadczeń z terminem obowiązywania umów od 1 lipca 2019 r. (dotyczy Dąbrowy Górniczej);
- realizacja świadczeń w zakresie rehabilitacji osób z dysfunkcją narządu słuchu i mowy na obszarze województwa śląskiego została zabezpieczona zgodnie z planem zakupu poprzez zawarcie od 1 lipca 2019 r. umów na podstawie ogłoszonego i rozstrzygniętego postępowania konkursowego³².

(akta kontroli str. 707-708, 907-929)

³¹ 1) Nr: 12-19-000255/REH/05/1/05.1300.207.02/01 w zakresie lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna, na obszarze 2465– Dąbrowa Górnicza; 2) 12-19-000257/REH/05/1/05.1310.208.02/01 w zakresie - Fizjoterapia ambulatoryjna na obszarze 2465 - Dąbrowa Górnicza; 3) 12-19-000559/REH/05/1/01 w zakresach: 1) rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu mowy i słuchu, 2) rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu słuchu i mowy dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności, Obszar: 24 - Śląskie.

³² Nr 12-19-000252/REH/05/1/05.2300.023.02/01

1.5 Spełnianie przez oferentów warunków zapewnienia jakości, kompleksowości, dostępności, ciągłości i ceny udzielanych świadczeń.

W wyniku badania 15 ofert³³ złożonych w badanych postępowaniach³⁴ (opisanych w pkt. 1.4 niniejszego wystąpienia pokontrolnego) stwierdzono, że sposób postępowania komisji konkursowej w przypadku oferentów, którzy nie przedstawili wszystkich wymaganych dokumentów lub gdy oferty zawierały braki formalne, był jednolity. Komisja w przypadku 12 oferentów wystąpiła o uzupełnienie braków formalnych, np.:

- kopii polisy ubezpieczeniowej lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie przez oferenta umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej oferenta za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń w zakresie przedmiotu postępowania na okres obowiązywania umowy,
- uzupełnienie stron oferty poprzez podpisane przez osoby reprezentujące oferenta w przypadku, gdy nie wszystkie strony ofert były podpisane.

Komisja konkursowa weryfikowała prawdziwość i prawidłowość danych zawartych w ofertach dot. personelu, miejsca wykonywania świadczeń i zasobów sprzętowych, w tym również poprzez przeprowadzenie oględzin pomieszczeń i urządzeń zakładu leczniczego podmiotu leczniczego, w którym miała być wykonywana umowa. Spośród ww. ofert, w jednym przypadku (oferent nie miał dotychczas zawartej umowy w zakresie świadczeń stanowiących przedmiot postępowania) Komisja konkursowa dokonała weryfikacji³⁵ przedstawionych w ofertach informacji poprzez przeprowadzenie wizytacji.

W wyniku badania dwóch wskazanych dalej ofert, poddanych szczegółowej analizie w przedstawionym tam zakresie, ustalono, że komisje konkursowe, w sytuacji stwierdzenia opisanych rozbieżności pomiędzy informacjami zawartymi w ofertach (w części VIII formularza ofertowego pt. „Ankiety”) a stanem rzeczywistym, wprowadzały zmiany w odpowiedziach udzielonych przez oferentów na pytania ankietowe, nie odrzucając przy tym tychże ofert jako zawierających nieprawdziwe informacje, co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 480-481, 498-526, 704-706, 813-847, 1109-1123, 1129-1243)

³³ 12-19-000198/REH/05/1/05.1310.208.02/01/1/0405, 12-19-000198/REH/05/1/05.1310.208.02/01/2/0405, 12-19-000198/REH/05/1/05.1310.208.02/01/3/0405, 12-19-000198/REH/05/1/05.1310.208.02/01/4/0405, 12-19-000198/REH/05/1/05.1310.208.02/01/5/0405, 12-19-000198/REH/05/1/05.1310.208.02/01/6/0405, 12-19-000198/REH/05/1/05.1310.208.02/01/7/0405, 12-19-000198/REH/05/1/05.1310.208.02/01/8/0405, 12-19-000198/REH/05/1/05.1310.208.02/01/9/0405, 12-19-000198/REH/05/1/05.1310.208.02/01/10/0405, 12-19-000285/REH/05/1/05.1300.207.02/01/1/0405, 12-19-000285/REH/05/1/05.1300.207.02/01/3/0405, 12-19-000285/REH/05/1/05.1300.207.02/01/4/0405, 12-19-000494/REH/05/1/01/1/0405, 12-19-000494/REH/05/1/01/2/0405.

³⁴ Dziewięć ofert złożonych w postępowaniu 12-19-000198/REH/05/1/05.1310.208.02/01, cztery oferty złożone w postępowaniu 12-19-000285/REH/05/1/05.1300.207.02/01 oraz dwie oferty złożone w postępowaniu 12-19-000494/REH/05/1/01.

³⁵ Oferta nr 12-19-000198/REH/05/1/05.1310.208.02/01/9/0405. Dodatkowo Komisja konkursowa przeprowadziła wizytację u dwóch innych oferentów, nieobjętych ww. badaniem. U jednego oferenta nie stwierdzono rozbieżności pomiędzy danymi zawartymi w ofercie a stanem faktycznym. W przypadku weryfikacji miejsca udzielania świadczeń u drugiego oferenta, komisja zwróciła się do świadczeniodawcy o wyjaśnienie sposobu zapewnienia w części pomieszczeń intymności pacjentom podczas realizacji świadczeń, odpowiednio do wymogów określonych w załączniku nr 6 pkt 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Oferent pisemnie przedstawił stosowne wyjaśnienia oraz załączył protokół kontrolny Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej wraz z dokumentacją fotograficzną, potwierdzającą spełnienie powyższego warunku.

1.6 Zapewnienie w procesie negocjacji równego traktowania wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

Sposób wyliczenia proponowanej liczby świadczeń i ich cen został przez Oddział ujęty w notatce służbowej z dnia 13 listopada 2018 r. dot. ogłoszenia postępowań konkursowych mających na celu zawarcie umów na rok 2019 i lata następne w rodzaju rehabilitacja lecznicza. Natomiast zasady podziału środków w ramach prowadzonych postępowań, w sytuacji gdy łączna wartość złożonych ofert przewyższała planowane środki, były ustalane na posiedzeniach komisji konkursowych i ujęte w protokołach z tych posiedzeń.

(akta kontroli str. 791-812)

Komisje konkursowe w części niejawnej badanych konkursów ofert przeprowadziły z oferentami negocjacje. Na liczbę oferentów zaproszonych do negocjacji w danym postępowaniu wpływ miała pozycja oferenta w rankingu oraz ogólna wartość przyjęta przez Oddział dla danego postępowania.

Z przeprowadzonych negocjacji sporządzono protokoły z podaniem stanowiska (zbieżne lub rozbieżne) i propozycjami ilościowo-wartościowymi oferenta i Oddziału. W sytuacji, gdy podczas negocjacji Oddział i oferent nie uzgodnili wspólnego stanowiska, dokumentem potwierdzającym odbycie negocjacji był „protokół z negocjacji z dnia...”. W przypadku dojścia do porozumienia sporządzano protokół końcowy, który zawierał m.in. informacje o ustaleniu ostatecznego stanowiska w zakresie ceny i liczby świadczeń.

(akta kontroli str. 480-481, 567-694)

W badanych postępowaniach nie wystąpił przypadek uzyskania jednakowej łącznej oceny oferty przez co najmniej dwóch oferentów.

(akta kontroli str. 480-481, 567-694)

W wyniku przeprowadzonych negocjacji cena świadczeń po negocjacjach w stosunku do propozycji zgłoszonych w ofertach w żadnym przypadku nie uległa zmianie. Oferenci podczas negocjacji oświadczyli, że podane przez nich ceny w ofertach są cenami ostatecznymi i nie ulegną zmianie podczas dalszych negocjacji. Ceny jednostek rozliczeniowych podane przez świadczeniodawców w ofertach nie przekroczyły planowanych cen jednostek rozliczeniowych określonych przez Oddział:

- w planie zakupu świadczeń na 2019 r.,
- w notatce służbowej z dnia 13 listopada 2018 r. dot. ogłoszenia postępowań konkursowych mających na celu zawarcie umów na rok 2019 i lata następne w rodzaju rehabilitacja lecznicza,
- w planie postępowań na 2019 r.³⁶.

W przypadku 14 z 15 badanych ofert w wyniku przeprowadzonych negocjacji zmniejszono liczbę świadczeń (wyrażoną liczbą jednostek rozliczeniowych) w stosunku do propozycji zgłoszonych w ofertach. W jednym przypadku oferent³⁷ nie przyjął zaproponowanej przez komisję konkursową liczby świadczeń. Zasady ustalenia ceny i podziału liczby świadczeń pomiędzy oferentami w badanych

³⁶ Dla postępowania 12-19-000198/REH/05/1/05.1310.208.02/01 Oddział ustalił wartość jednostki rozliczeniowej w wysokości 1,10 zł (oferty złożone przez oferentów kształtowały się w przedziale od 0,99 zł do 1,10 zł za jednostkę rozliczeniową), dla postępowania 12-19-000285/REH/05/1/05.1300.207.02/01 Oddział ustalił cenę za 1 jednostkę rozliczeniową w wysokości 1,16 zł (ofert cenowe złożone w postępowaniu przez oferentów wynosiły 1,16 zł), dla postępowania 12-19-000494/REH/05/1/01 Oddział cenę za jednostkę rozliczeniową dla obu zakresów ustalił w wysokości 1,16 zł (cena złożona przez oferentów wynosiła 1,16 zł).

³⁷ Postępowanie 12-19-000285/REH/05/1/05.1300.207.02/01, oferta 12-9000285/REH/05/1/05.130.207.02/01/2/0405.

konkursach, były zgodne z zasadami określonymi na posiedzeniach komisji konkursowych³⁸.

(akta kontroli str. 480-481, 567-694, 703-704, 791-812, 1109-1123)

W odniesieniu do objętych badaniem ofert ustalono, że oferenci nie wnieśli protestów ani odwołań dotyczących sposobu i przebiegu prowadzonych przez komisje konkursowe negocjacji.

(akta kontroli str. 704)

1.7 Zgodność zawartych umów o udzielanie świadczeń rehabilitacji leczniczej z planem zakupu świadczeń

Liczba planowanych i zawartych umów o udzielanie świadczeń rehabilitacji leczniczej w okresie objętym kontrolą wynosiła:

- w 2019 r.: 2167 planowanych i 2168 zawartych;
- w 2020 r.: 1118 planowanych i 1118 zawartych umów;
- w 2021 r.: 1100 planowanych i 1100 zawartych umów.

Wartość planowanych i zawartych umów o udzielanie świadczeń rehabilitacji leczniczej w okresie objętym kontrolą wynosiła odpowiednio:

- w 2019 r. 234 129 785,84 zł i 291 654 959,83 zł;
- w 2020 r.: 299 819 033,24 zł i 323 055 492,53 zł;
- w 2021 r.: 319 685 942,73 zł i 319 685 942,73 zł.

Liczba świadczeniodawców³⁹ realizujących umowy na obszarze województwa śląskiego wynosiła: 2001 w 2019 r., 1058 w 2020 r. i 1027 w 2021 r.

Liczba ubezpieczonych na obszarze kontraktowania: 4 128 169 osób w 2019 r., 4 116 882 w 2020 r. i 4 112 272 w 2021 r.

(akta kontroli str. 440-455)

Liczba świadczeniodawców realizujących umowy w trybie ambulatoryjnym na obszarze województwa śląskiego oraz wartość zawartych umów w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców w latach 2019, 2020 i 2021 r. dla zakresów świadczeń o poniższych kodach wynosiła:

- 05.1300.207.02: w 2019 r. 368 świadczeniodawców i 699 204,08 zł (średnia wartość 19 422,34 zł), w 2020 r. 180 świadczeniodawców i 780 485,47 zł (średnia wartość 21 680,15 zł) i w 2021 r. 175 świadczeniodawców i 804 498,82 zł (średnia wartość 22 347,19 zł);
- 05.1300.208.02: w 2019 r. 488 świadczeniodawców i 7 626 670,22 zł (średnia wartość 211 824,17 zł), w 2020 r. 237 świadczeniodawców i 8 231 949,44 zł (średnia wartość 228 665,26 zł), w 2021 r. 234 świadczeniodawców i 7 878 794,5 zł (218 855,40 zł);
- 05.1300.507.02: w 2019 r. 368 świadczeniodawców i 33 645,11 zł (średnia wartość 934,61 zł), w 2020 r. 180 świadczeniodawców i 29 414,24 zł (średnia wartość 817,03 zł), w 2021 r. 175 świadczeniodawców i 27 068,82 zł (średnia wartość 751,91 zł);
- 05.1310.508.02: w 2019 r. 488 świadczeniodawców i 1 776 529,18 zł (średnia wartość 49 348,03 zł), w 2020 r. 237 świadczeniodawców i 2 523 429,35 zł (średnia wartość 70 095,26 zł), w 2021 r. 234 świadczeniodawców i 2 331 143,59 zł (średnia wartość 64 753,9 zł).

(akta kontroli str. 440-455)

³⁸ Protokół z dnia 21 lutego 2019 dla postępowania 12-19-000198/REH/05/1/05.1310.208.02/01 i 12-19-000285/REH/05/1/05.1300.207.02/01 oraz z dnia 26 kwietnia 2019 r. dla postępowania 12-19-000494/REH/05/1/01.

³⁹ Przyjęto, że liczba świadczeniodawców równa się liczbie zawartych umów.

Średnia cena za punkt rozliczeniowy proponowany przez podmioty lecznicze w złożonych ofertach była wyższa niż średnia cena za punkt rozliczeniowy w zawartych umowach w 2019 r., a dla poszczególnych zakresów świadczeń wynosiła odpowiednio:

- 05.1300.207.02: 1,14 zł i 1,10 zł;
- 05.1310.208.02: 1,07 zł i 1,04 zł;
- 05.1300.507.02: 1,14 zł i 1,10 zł;
- 05.1310.508.02: 1,07 zł i 1,01 zł;
- 05.1310.209.02 oraz 05.1310.509.02: 1,03 zł i 0,96 zł;
- 05.2300.022.02 oraz 05.2300.522.02: 0,95 zł i 0,88 zł;
- 05.2300.026.02 oraz 05.2300.526.02: 0,95 zł i 0,87 zł;
- 05.4300.300.02 oraz 05.4300.500.02: 1,06 zł i 1,03 zł;
- 05.4306.500.02 oraz 05.4306.300.02: 1,02 zł i 1,00 zł;
- 05.4308.300.02 oraz 05.4308.500.02: 1,01 zł i 0,99 zł.

(akta kontroli str. 440-455)

Analiza planu zakupu świadczeń na 2019 r. oraz planu postępowań konkursowych w zakresie rehabilitacji leczniczej na ten rok na terenie województwa śląskiego wykazała, że nie występowały obszary, na których pacjenci nie mieli dostępu do świadczeń gwarantowanych w tym zakresie.

(akta kontroli str. 42-120, 393-417, 424-425, 1096-1100)

W latach poprzedzających sporządzenie planu zakupu świadczeń na 2019 r., wartość świadczeń wykonanych ponad limit i niesfinansowanych na dzień zamknięcia ksiąg rachunkowych Oddziału za rok 2017 wynosiła łącznie 762 734,04 zł i dotyczyła ogółem 10 świadczeniodawców. Wartość świadczeń wykonanych ponad limit i niesfinansowanych na dzień zamknięcia ksiąg rachunkowych Oddziału za rok 2018 wynosiła 257 864,18 zł i dotyczyła 28 świadczeniodawców.

W powyższej sprawie Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że wykazane nadwykonania⁴⁰ są głównie wynikiem „niepodpisania przez świadczeniodawców aneksów końcoworocznych oraz uzupełnienia sprawozdawczości”. Dodał, że sytuacje takie mogą mieć miejsce we wszystkich zakresach świadczeń, ale mają marginalne znaczenie i z reguły dotyczą niewielkiej liczby świadczeniodawców, a finansowanie świadczeń ponadlimitowych jest procesem ciągłym i kontynuowane jest nawet po zamknięciu ksiąg rachunkowych. Dodał również, że aktualnie we wskazanych latach i zakresach świadczeń świadczeniodawcy nie zgłaszają już roszczeń w stosunku do ŚOW NFZ.

(akta kontroli str. 1055-1057)

1.8 Monitorowanie realizacji umów, uwzględniające rzeczywisty stan wykonania świadczeń oraz w odniesieniu do harmonogramów rzeczowo-finansowych

Realizacja umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza w latach objętych kontrolą monitorowana była systematycznie po zakończeniu każdego kwartału we wszystkich zakresach świadczeń tego rodzaju.

W wyniku prowadzonych analiz rzeczywistego wykonania dokonywano przesunięć zarówno na wniosek świadczeniodawców, jaki i z inicjatywy Śląskiego OW NFZ, uwzględniając wynik analizy stopnia wykorzystania przez świadczeniodawców środków zaangażowanych w umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

⁴⁰ Rozumiane jako suma świadczeń (oraz ich wartość) wykonanych ponad limit określony w umowach.

Oddział zapewnił właściwe wykorzystanie środków finansowych przewidzianych w planach finansowych na zakup ww. świadczeń, dokonując m.in. renegotiacji umów.

(akta kontroli str. 226-390, 980-981)

Liczba świadczeniodawców oraz wartość świadczeń wykonanych ponad limity umów i niesfinansowanych na dzień zamknięcia ksiąg rachunkowych Oddziału i na dzień przeprowadzania badania⁴¹ wynosiły:

- dla 2019 r. 12 świadczeniodawców na kwotę 165 839,48 zł i pięciu świadczeniodawców na kwotę 84 511,38 zł;
- dla 2020 r.: 72 świadczeniodawców na kwotę 2 589 388,97 zł i 18 świadczeniodawców na kwotę 2 722 649,26 zł.

Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że świadczenia wykonane ponad limit określony w umowie po zamknięciu ksiąg rachunkowych Oddziału za 2019 rok zostały sfinansowane z planu finansowego roku 2020 z poz. B2.18 koszty świadczeń lat ubiegłych, za zgodą Prezesa NFZ⁴² w formie ugód pozasądowych. Pozostałe świadczenia wykonane ponad limit określony w umowie w kwocie 84 511,38 zł mogą zostać sfinansowane w formie ugody pozasądowej lub sądowej.

Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że: *„Różnica pomiędzy wartością nadwykonań na dzień zamknięcia ksiąg rachunkowych za 2020 r., a wartością na dzień sporządzenia zestawienia (dane wg. 31.03.2021), wynika ze zmiany sprawozdawczości przez świadczeniodawców. Jednocześnie należy podkreślić że wykazane nadwykonania są wynikiem głównie z 3 przyczyn: 1. Celowego działania Śląskiego Oddziału NFZ polegającego na ograniczeniu finansowania nadwykonań w przypadku, gdy świadczeniodawca pobrał tzw. „należność 1/12” i powinien je spłacić m.in. poprzez rozliczenie nadwykonań najpóźniej do końca przedłużonego okresu rozliczeniowego w roku 2021; 2. niepodpisania przez świadczeniodawcę aneksu końcoworocznego z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy; 3. uzupełnienie sprawozdawczości za rok 2020 przez świadczeniodawcę”.*

Dyrektor Oddziału dodał również, że aktualnie Oddział jest w trakcie procesu finansowania świadczeń wykonanych w 2020 r. ponad limit w umowach, dla których okres rozliczeniowy został przedłużony do 30 czerwca 2021 r., zgodnie ze stanowiskiem Centrali NFZ zawartym w piśmie do Dyrektora Małopolskiego OW NFZ z dnia 9 marca 2021 r.⁴³, tj. w formie dodatkowych aneksów do umów. W przypadku umów, dla których został przedłużony okres rozliczeniowy do 30 czerwca 2021 r. i jednocześnie dla umów został wygenerowany Plan Spłaty z tytułu pobranych tzw. „należności 1/12”, świadczeniodawcy mają możliwość rozliczenia nadwykonań na poczet spłaty zadłużenia z 2020 r. W przypadku umów z zakończonym okresem rozliczeniowym sfinansowanie świadczeń wykonanych ponad limit możliwe jest w trybie art. 132c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, a po terminie przewidzianym art. 132c ustawy w formie ugody pozasądowej lub sądowej.

(akta kontroli str. 430-434, 852-854)

Wartość świadczeń negatywnie zweryfikowanych i liczba świadczeniodawców, którzy zrealizowali te świadczenia na dzień sporządzania zestawienia⁴⁴ wynosiły odpowiednio:

- dla 2019 r. - 283 394,70 zł i 41 świadczeniodawców;
- dla 2020 r. - 385 558,83 zł i 47 świadczeniodawców.

Najczęstszymi przyczynami negatywnego zweryfikowania świadczeń były m.in.

⁴¹ Wg danych na 31 marca 2021 r.

⁴² Pismo z dnia 17 marca 2020 r. znak: DEF-WSiKF.4300.1.13.2020.

⁴³ Znak: DEF-WSiKF.401.7.195.2021.65354.DAJ

⁴⁴ Dane według stanu na 31 marca 2021 r.

- nieprzekazanie danych o uprawnieniach dodatkowych dla wykazania świadczenia;
- błędnie wskazany kod;
- przekroczenie limitu świadczeń w ramach jednego skierowania,
- wiek pacjenta niezgodny ze specjalnością komórki organizacyjnej,
- nieprawidłowa krotność faktyczna świadczenia realizowanego w ramach hospitalizacji;
- nakładanie się świadczeń rozliczanych osobodniami w ramach świadczeniodawcy dla tego samego pacjenta,
- niepoprawny typ kodu personelu realizującego świadczenie,
- niespełnienie warunków dot. procedur ICD9 dla rozliczenia danego świadczenia,
- przekazane daty oświadczenia wykraczały poza zakres czasowy zestawu świadczeń.

(akta kontroli str. 430-434)

Wartość niezrealizowanych umów i liczba świadczeniodawców, którzy nie wykonali świadczeń zaplanowanych w umowach na dzień zamknięcia ksiąg rachunkowych, wynosiły:

- dla 2019 r. - kwota ta wynosiła 225 207,58 zł i dotyczyła 105 świadczeniodawców;
- dla 2020 r. - kwota ta wynosiła 66 083 833,05 zł i dotyczyła 740 świadczeniodawców.

(akta kontroli str. 430-434)

Dyrektor Oddziału, w kwestii sposobu, w jaki monitorował poziom wykonania umów w zakresie rehabilitacji leczniczej oraz jakie podejmował działania, aby zapewnić efektywne wykorzystanie środków przeznaczonych na świadczenia rehabilitacji leczniczej, wyjaśnił że: *„W wyniku prowadzonych przez Oddział analiz rzeczywistego wykonania dokonywano przesunięć zarówno na wniosek świadczeniodawców, jak i z inicjatywy Śląskiego OW NFZ, uwzględniając wynik analizy stopnia wykorzystania przez świadczeniodawców środków zaangażowanych w umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, działania ukierunkowane były na optymalne wykorzystanie środków finansowych przeznaczonych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej określonych w planie finansowym Oddziału Funduszu. Dla efektywnego wykorzystania środków przeznaczonych na świadczenia rehabilitacji leczniczej, wobec świadczeniodawców, którzy nie realizowali w pełnym zakresie zaplanowanych w umowie świadczeń, w pierwszej kolejności proponowano „bilansowanie” polegające na przesunięciu środków finansowych pomiędzy zakresami w ramach umowy, co jednocześnie pozwalało na sfinansowanie części wygenerowanych nadwykonań świadczeń, a w sytuacji, gdy we wszystkich zakresach umowy świadczenia były realizowane poniżej planu umowy, proponowano zmniejszenie kwot dla poszczególnych zakresów. Równocześnie w 2020 roku świadczeniodawcy mieli możliwość złożenia wniosku o zapłatę 1/12 w związku z zamknięciem podmiotów bądź ograniczeniem udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, co w konsekwencji spowodowało realizację umów poniżej planu, a także złożenia wniosku o przesunięcie okresu rozliczeniowego na 2021 rok”.*

(akta kontroli str. 980-981)

1.9 Kary umowne nakładane na świadczeniodawców udzielających świadczeń rehabilitacji leczniczej lub ich podwykonawców

W okresie od 1 stycznia 2019 r. do 2 kwietnia 2021 r. w związku z naruszeniami warunków realizacji umów o udzielanie świadczeń rehabilitacji leczniczej, Oddział nałożył kary na 41 świadczeniodawców. Z tego tytułu uzyskał przychody

w wysokości 45 192,70 zł. Kary zostały nałożone m.in. z powodu: nienależytego wypełniania zapisów umowy dotyczących przesyłania informacji o listach oczekujących, przesyłania informacji o liczbie pielęgniarek i położnych udzielających świadczeń, nienależytego wykonania umowy – kontrola prawidłowości realizacji umowy, niezasadnie wskazanych i rozliczonych świadczeń – zakwestionowanych na podstawie zgłoszeń pacjentów na podstawie danych widocznych w systemach ZIP⁴⁵ oraz IKP⁴⁶.

(akta kontroli str. 15-18)

1.10 Skargi wpływające do Oddziału odnoszące się zawierania i realizacji umów na udzielanie świadczeń rehabilitacji leczniczej

W okresie od 1 stycznia 2019 r. do 15 marca 2021 r. do Oddziału wpłynęło łącznie 145 skarg⁴⁷ dotyczących udzielania świadczeń rehabilitacji leczniczej, z czego 125 skarg zostało rozpatrzonych przez Oddział, trzy skargi pozostały bez rozpoznania, cztery skargi pozostają nadal w trakcie rozpatrywania, a 15 skarg zostało przekazane poza NFZ lub do innego Oddziału, gdyż dotyczyły spraw, które pozostawały poza kompetencjami Funduszu.

Szczegółowym badaniem objęto pięć skarg złożonych w 2019 r. i pięć złożonych w 2020 r. Skargi dotyczyły m.in. odmowy przez świadczeniodawcę ustalenia poza kolejnością terminu zabiegów osobie o orzeczonym znacznym stopniu niepełnosprawności, odmowy przyjęcia skierowania na rehabilitację ogólnoustrojową w ośrodku dziennym, przerwania zabiegów rehabilitacyjnych w marcu 2020 r. ze względu na epidemię koronawirusa i zmiany ze względów epidemiologicznych zaleconego na skierowaniu masażu ręcznego na masaż mechaniczny, pobierania przez świadczeniodawcę dodatkowej opłaty za korzystanie z kabin do przebieralni i szatni dla korzystających z sali gimnastycznej i basenu, odmowy wykonania zabiegu jonoforezy z powodu niedostarczenia przez pacjenta na zabieg własnego żelu i gazików.

Sześć skarg zostało uznanych za bezzasadne, a cztery skargi uznano za uzasadnione⁴⁸. Każdorazowo Oddział przeprowadził postępowania wyjaśniające ze świadczeniodawcami, których skargi dotyczyły. Oddział na bieżąco informował osoby, które złożyły skargi o sposobie załatwienia sprawy, oraz przekazywał pisemną informację o jej rozstrzygnięciu, co było zgodnie z zarządzeniem nr 31/2010/DSS Prezesa NFZ z dnia z dnia 1 lipca 2010 r. w sprawie rozpatrywania skarg i wniosków w NFZ⁴⁹.

(akta kontroli str. 12, 19-31, 221-225)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

W wyniku badania dwóch ofert⁵⁰ stwierdzono, że komisje konkursowe, w sytuacji stwierdzenia wskazanych niżej rozbieżności pomiędzy danymi zawartymi w ofertach

⁴⁵ Zintegrowany Informator Pacjenta.

⁴⁶ Internetowe Konto Pacjenta.

⁴⁷ 89 w 2019 r., 50 w 2020 r., 2021 (do 15 marca) sześć skarg.

⁴⁸ Dot. odmowy ustalenia poza kolejnością terminu zabiegów osobie o orzeczonym stopniu niepełnosprawności w stopniu znacznym i wyznaczeniu kolejnego terminu dopiero za pół roku; odmowy wykonania planowanego zabiegu jonoforezy dłoni z powodu nie przyniesienia na zabieg własnego żelu i gazików; odmowy przyjęcia skierowania na rehabilitację ogólnoustrojową w ośrodku dziennym z uwagi na kończący się termin umowy z NFZ w Katowicach upływający 30 czerwca 2019 r.; niewykorzystanie w 2019 r. wszystkich przysługujących zabiegów gdyż z przyczyn prawno-technicznych ostatnie 3 dni lipca placówka była zamknięta a gdy skarżąca chciała w 2020 r. wykorzystać niewykorzystane zabiegi, to świadczeniodawca poinformował że nie ma już możliwości wykorzystania niewykorzystanych zabiegów z 2019 r.

⁴⁹ Ze zmianami wprowadzonymi kolejnymi zarządzeniami Prezesa NFZ ws. zmiany ww. rozporządzenia.

⁵⁰ Do szczegółowego badania wybrano, spośród 15 kontrolowanych ofert, dwie oferty - po jednej ofercie z dwóch postępowań konkursowych, w których komisje konkursowe wprowadzały w toku postępowania zmiany

(w części VIII formularza ofertowego pt. „Ankiety”) a stanem rzeczywistym, dokonywały zmian w odpowiedziach udzielonych przez oferentów na pytania ankietowe⁵¹, nie odrzucając przy tym tychże ofert jako zawierających nieprawdziwe informacje. Stwierdzono w szczególności, że:

1) w przypadku pierwszej z ww. ofert⁵², w toku postępowania komisja konkursowa dokonała m.in. zmiany odpowiedzi na pytanie ankietowe nr 1.2.3.4 „Sala gimnastyczna stanowiąca odrębne pomieszczenie - w miejscu udzielania świadczeń” z „Tak” na „Nie”. Zmiany dokonano po przeprowadzonej u oferenta, w marcu 2019 r., weryfikacji miejsca udzielania świadczeń, w wyniku której stwierdzono, jak podano w dokumentacji, brak sali gimnastycznej stanowiącej odrębne pomieszczenie w miejscu udzielania świadczeń, zadeklarowanej w pytaniu ankietowym⁵³.

Zauważyć przy tym dodatkowo należy, że w przypadku tej oferty komisja konkursowa dokonała jeszcze m.in. zmiany odpowiedzi udzielonej na pytanie ankietowe nr 1.2.1.4 „Technik masażysta - równoważnik co najmniej 1 etatu” z „Tak” na „Nie”⁵⁴.

2) w przypadku drugiej z ww. ofert⁵⁵, komisja konkursowa na podstawie wskazanego niżej pisma (oświadczenia) oferenta wprowadziła zmiany w odpowiedziach ankietowych, w tym m.in. zmiany odpowiedzi na pytanie ankietowe nr 1.4.1.1 „W dniu złożenia oferty oferent realizuje nieprzerwanie od 5 lat, na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie”⁵⁶. Zmiany dokonano po wpływie do Oddziału pisma oferenta z 29 stycznia 2019 r., którym zwrócił się on o dokonanie zmian w udzielonych przez niego wcześniej odpowiedziach, przyznając w odniesieniu do ww. pytania ankietowego, że na dzień złożenia oferty nie spełniał zadeklarowanego warunku (okres realizacji przez niego zawartej umowy na dzień złożenia oferty nie wynosił 5 lat, lecz był krótszy).

Stosownie do art. 149 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej odrzuca się ofertę zawierającą nieprawdziwe informacje. Odpowiedzi na pytania ankietowe, stosownie do § 2 pkt 3 *zarządzenia nr 18/2017/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczącego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*⁵⁷, stanowią część oferty składanej

w odpowiedziach udzielonych przez oferentów na pytania ankietowe (oferty, w przypadku których dokonano co najmniej trzech takich zmian), w tym postępowanie nr 12-19-000198/REH/05/1/05.1310.208.02/01 i postępowanie nr 12-19-000285/REH/05/1/05.1300.207.02/01. Oferty: nr 12-19-000198/REH/05/1/05.1310.208.02/01/9/0405 i nr 12-19-000198/REH/05/1/05.1310.208.02/01/4/0405.

⁵¹ Komisja wprowadziła zmiany w odpowiedziach ankietowych odpowiednio: na podstawie pisma (oświadczenia) oferenta, którym zwrócił się on o dokonanie zmiany udzielonych przez niego wcześniej odpowiedzi, lub w wyniku dokonanych przez komisję czynności w zakresie weryfikacji udzielonych odpowiedzi ankietowych, informując o dokonaniu zmiany oferenta i wprowadzając ją do systemu informatycznego obsługującego postępowania konkursowe NFZ.

⁵² Oferta nr 12-19-000198/REH/05/1/05.1310.208.02/01/9/0405. Ustalona po przeprowadzeniu postępowania wartość umowy na okres rozliczeniowy od 1.07.2019 r. do 31.12.2019 r. wyniosła 120 822,90 zł.

⁵³ Jednocześnie oferentowi, za odpowiadający ww. pytaniu warunek oceniany (dodatkowo), tj. rankingujący, przyznano liczbę punktów „0” zamiast „3”.

⁵⁴ Jednocześnie oferentowi, za odpowiadający ww. pytaniu warunek oceniany (rankingujący), przyznano liczbę punktów „0” zamiast „4”.

⁵⁵ Oferta nr 12-19-000198/REH/05/1/05.1310.208.02/01/4/0405. Ustalona po przeprowadzeniu postępowania wartość umowy na okres rozliczeniowy od 1.07.2019 r. do 31.12.2019 r. wyniosła 43 107,92 zł.

⁵⁶ Zmieniając odpowiedź na: „W dniu złożenia oferty oferent realizuje na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie”. Jednocześnie oferentowi, za odpowiadający ww. pytaniu warunek oceniany (rankingujący), przyznano liczbę punktów „2” zamiast „5”.

⁵⁷ Dalej: zarządzenie ws. warunków postępowania dot. zawierania umów.

Wg § 2 pkt 3 ww. zarządzenia: formularz ofertowy to pisemna, zunifikowana część oferty zawierająca ofertę rzeczową i cenową wraz z opisem proponowanego potencjału wykonawczego oferenta i odpowiedziami na pytania ankietowe.

przez oferentów (część VIII formularza ofertowego pt. „Ankiety”), a po upływie terminu składania ofert oferta jest wiążąca dla oferenta i komisji konkursowej, do czasu rozstrzygnięcia postępowania⁵⁸.

Kierownik Działu Kontraktowania Świadczeń Psychiatrii, Rehabilitacji ŚOK i Opieki Transgranicznej w ŚOW NFZ - przywołując przepisy § 17 ust. 1 i 2 *rozporządzenia Ministra Zdrowia 14 października 2020 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy*⁵⁹, a także art. 149 ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej⁶⁰ - podała w złożonych wyjaśnieniach m.in., że:

- Wyjaśnienie oferty powinno odnosić się do jej treści, błędów logicznych z niej wynikających, błędów rachunkowych, omyłek pisarskich (w odniesieniu do pozostałej treści oferty). Jej zdaniem, powołany powyżej przepis § 17 ust. 1 *rozporządzenia daje podstawę do dokonywania zmian w pytaniach ankietowych pozwalających na odzwierciedlenie uzyskanych od oferenta w toku postępowania wyjaśnień*. Jej zdaniem, *W przeciwnym razie przeprowadzenie postępowania wyjaśniającego nie miałoby na etapie postępowania żadnego znaczenia*.

- Czym innym jest wezwanie do uzupełnienia braków formalnych oferty czy przedstawienia wszystkich wymaganych dokumentów, a czym innym wezwanie świadczeniodawcy do złożenia wyjaśnień dotyczących przeprowadzanego postępowania, inne są również skutki dla świadczeniodawcy wynikające z powyższych regulacji. Jak podała⁶¹, skutkiem nieusunięcia braków, o których mowa w art. 149 ust. 3 ustawy o świadczeniach, jest odrzucenie oferty, natomiast § 17 ust. 1 i 2 *rozporządzenia nie przewiduje żadnych negatywnych dla świadczeniodawcy skutków prawnych*. Wskazała ponadto⁶², że w przypadku stwierdzenia przez komisję niepełności czy niedokładności w ofercie to będzie to podstawą nie do odrzucenia jej jako nieprawdziwej, a podstawą do wezwania oferenta do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty, stosownie do art. 149 ust. 3 ustawy.

- Przywołała w swoich wyjaśnieniach treść komentarza⁶³ do art. 149 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, w zakresie odnoszącym się do odrzucenia oferty zawierającej nieprawdziwe informacje.

- Przywołując art. 134 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej⁶⁴, podała, że Komisja Konkursowa: *przyjęła jednolity sposób postępowania wobec oferentów*,

⁵⁸ Wg § 18 ust. 4 *zarządzenia ws. warunków postępowania dot. zawierania umów*: Po upływie terminu składania ofert, oferent jest związany ofertą do czasu rozstrzygnięcia *postępowania* (również komisja, jak wskazuje m.in. orzecznictwo, jest nią związana).

⁵⁹ Od dnia 22 października 2020 r. obowiązuje rozporządzenie MZ z dnia 14 października 2020 r. (Dz. U. poz. 1858), wcześniej obowiązywało rozporządzenie MZ z dnia 22 grudnia 2014 r. (Dz. U. z 2018 r. poz. 1897, ze zm.). Dalej: *rozporządzenie ws. postępowania w sprawie zawarcia umowy*.

Wg § 17 ww. *rozporządzenia*: w toku postępowania komisja konkursowa może żądać od świadczeniodawcy ubiegającego się o zawarcie umowy złożenia wyjaśnień dotyczących przeprowadzanego postępowania (ust. 1) oraz może przeprowadzić weryfikację oferenta w celu potwierdzenia prawdziwości i prawidłowości danych zawartych w ofercie, w szczególności przez oględziny pomieszczeń i urządzeń zakładu leczniczego podmiotu leczniczego, przy pomocy którego wykonywana ma być umowa, a także zażądać przekazania dokumentów potwierdzających dane i informacje przekazane w toku postępowania przez oferenta (ust. 2).

Komisja konkursowa przeprowadza weryfikację, o której mowa w ust. 2, u oferentów, którzy dotychczas *nie* mieli zawartej umowy w zakresie świadczeń stanowiących przedmiot postępowania lub z którymi rozwiązano uprzednią umowę w zakresie świadczeń stanowiących przedmiot postępowania w *trybie* natychmiastowym z przyczyn leżących po stronie oferenta (§ 17 ust. 4 ww. *rozporządzenia*).

⁶⁰ Wg art. 149 ust. 3 ustawy: 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.

⁶¹ Przywołując wyrok NSA z dnia 5 kwietnia 2017 r. (sygn. akt II GSK 2234/15).

⁶² Przywołując wyrok NSA z dnia 9 marca 2017 r. (sygn. akt II GSK 1751/15).

⁶³ A. Pietraszewska-Macheta, G. Machulak, Komentarz do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, LEX.

zarówno w przypadku stwierdzenia jakichkolwiek rozbieżności pomiędzy danymi przedstawionymi w złożonych ofertach, a udzielonymi przez oferentów odpowiedziami na pytania ankietowe, jak i w odniesieniu do składanych w tym względzie wyjaśnień. Komisja Konkursowa wzywała zatem oferentów do wyjaśnienia stwierdzonych rozbieżności, zarówno w sprawie warunków wymaganych, jak i dodatkowo ocenianych. W sytuacji, gdy treść przesłanych przez oferentów wyjaśnień nie potwierdzała prawidłowości udzielonych odpowiedzi na pytania ankietowe (dodatkowo punktowane), Komisja Konkursowa dokonywała zmiany odpowiedzi w systemie wspomagającym postępowanie konkursowe. Wskazane zmiany miały charakter techniczny i skutkowały przyznaniem 0, zamiast dodatniej liczby punktów za dane kryterium rankingujące, a były niezbędne dla przypisania ofertom prawidłowej liczby punktów za udzieloną odpowiedź ankietową. Każdorazowo o podjętej w przedmiotowej sprawie decyzji, Komisja Konkursowa informowała oferentów pisemnie, przysyłając załącznik nr 23a (wzór w załączeniu) do obowiązującej wówczas procedury konkursu ofert⁶⁵ lub pismo informujące o nieuwzględnieniu złożonych przez oferenta wyjaśnień i wynikających z tego skutkach. Natomiast przesłanie przez oferentów wyjaśnień niepotwierdzających prawidłowości udzielonych odpowiedzi na pytanie ankietowe dotyczące warunków wymaganych, skutkowało odrzuceniem oferty w całości na podstawie art. 149 ust. 1 pkt. 7 ustawy. Takie samo wyjaśnienie złożyła także Zastępca Dyrektora Oddziału ds. Ekonomiczno-Finansowych⁶⁶.

- Wskazała, że pytania ankietowe, za które oferent otrzymuje dodatkowe punkty po spełnieniu warunków wymaganych, mają za zadanie uszeregować oferty w zależności od liczby uzyskanych łącznie punktów w rankingu końcowym, oferta z najniższą liczbą punktów może znaleźć się poza tzw. „linią odcięcia” i nie zostać wybrana do zawarcia umowy, stąd prowadzone weryfikacje odpowiedzi dodatkowo ocenianych są prowadzone w sposób szczegółowy. Jednocześnie podała, iż: weryfikacja przez Komisję, w toku postępowania, przedłożonych przez oferenta oświadczeń pod kątem celowego podania nieprawdziwych informacji nie jest możliwa. Komisja konkursowa nie została wyposażona w narzędzia pozwalające na jednoznaczne stwierdzenie czy informacje przekazane przez oferenta miały na celu wprowadzenie komisji w błąd, a zatem czy było działanie celowe i zamierzone, czy też wynikało np. z błędnej interpretacji obowiązujących przepisów, czy wreszcie było efektem klasycznej pomyłki.

- Odnosząc się do ww. kwestii stwierdzonego w wyniku przeprowadzonej wizytacji braku posiadania przez oferenta zadeklarowanej w złożonej ofercie sali gimnastycznej stanowiącej odrębne pomieszczenie w miejscu udzielania świadczeń, przywołała przepisy rozporządzenia ws. świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej dotyczące warunku wymaganego: „sala do kinezyterapii powinna stanowić odrębne pomieszczenie”⁶⁷ (gdzie zostały również wymienione, jak dodała, sprzęty wymagane do prowadzenia kinezyterapii⁶⁸ oraz enumeratywnie

⁶⁴ Wg art. 134 ust. 1 ustawy: Fundusz jest obowiązany zapewnić równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzić postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji.

⁶⁵ Procedura konkursu ofert lub rokowań prowadzonych na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (wprowadzona do stosowania na podstawie pisma o sygn. DSOZ.401.1115.2018, 2018.3506.GPO). Ww. załącznik nr 23a do ww. procedury obejmował formularz potwierdzenia wprowadzenia zmian w odpowiedziach ankietowych.

⁶⁶ Z upoważnienia Dyrektora Oddziału (w odpowiedzi na skierowane do niego pismo kontrolera NIK o wyjaśnienia).

⁶⁷ Załącznik nr 1 pt. „Wykaz oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej” do ww. rozporządzenia, lp. 1, pkt b „Fizjoterapia ambulatoryjna”.

⁶⁸ Wg ww. załącznika nr 1 do rozporządzenia ws. świadczeń gwarantowanych, lp. 1 pkt b (kol. 3 pkt 2 ppkt 1 lit. a i pkt 4 ppkt 3), wyposażenie w gabinecie, zakładzie rehabilitacji lub fizjoterapii obejmuje m.in. wyposażenie do zabiegów kinezyterapeutycznych wymagane w miejscu udzielania świadczeń, w tym m.in. wyposażenie sali

zabiegi kinezyterapeutyczne, które oferent musi realizować na rzecz świadczeniobiorców w ramach zawartej umowy), oraz przepisy rozporządzenia w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁶⁹ dotyczące warunku dodatkowo ocenianego: „sala gimnastyczna stanowiąca odrębne pomieszczenie – w miejscu udzielania świadczeń”⁷⁰, podając przy tym, że oferenci mogli zinterpretować określenie sala do kinezyterapii i sala gimnastyczna jako tożsame pomieszczenia, dla których użyto tylko innego nazewnictwa, w fizjoterapii ambulatoryjnej nie ma pojęcia sali gimnastycznej, a kategoryzacja i jednoznaczne określenie przez komisję konkursową pytań dodatkowo ocenianych i udzielonych odpowiedzi na takie, które zostaną uznane za podanie nieprawdy, lub podane jako oczywista omyłka czy też błędna interpretacja, byłoby, jej zdaniem, oceną subiektywną, mogącą wskazywać na nierówne traktowanie oferentów.

Zastępca Dyrektora Oddziału, w złożonych wyjaśnieniach, wskazała także m.in., że *rozbieżności pomiędzy danymi przedstawionymi w złożonych ofertach, a udzielonymi przez oferentów odpowiedziami na pytania ankietowe, stanowią zwykle efekt nieprecyzyjnych zapisów, których konsekwencją są różnice interpretacyjne*, a w przedstawionej sytuacji trudno, jak wskazała, *podejrzewać oraz jednoznacznie ustalić i dowieść, że intencją oferenta było celowe podanie informacji nieprawdziwych* (przywołała przy tym wyrok, wg którego przez podanie nieprawdziwych informacji uznane winno być działanie świadczeniodawcy, który aby pozyskać pozytywne dla siebie rozstrzygnięcie, podaje informacje, które nie znajdują odzwierciedlenia w rzeczywistości⁷¹).

(akta kontroli str. 704-706, 813-847, 1265-1270)

NIK nie kwestionuje możliwości korzystania przez komisje konkursowe z przysługujących im, zgodnie ze wskazanymi wyżej przepisami, uprawnień wobec oferentów, w tym prawa żądania przez komisję od oferentów wyjaśnień dotyczących oferty czy żądania przekazania dokumentów potwierdzających dane i informacje przekazane w toku postępowania przez oferenta.

Zdaniem NIK, dokonanie jednak przez komisję konkursową zmiany odpowiedzi udzielonych przez ww. oferentów na pytania ankietowe zawarte w formularzu ofertowym (w systemie, odpowiednio na podstawie pisma oferenta w tej sprawie lub przez komisję, w wyniku podjętych przez nią czynności, informując o tym oferenta), które to oferty, złożone przez profesjonalny podmiot, jakim jest świadczeniodawca ubiegający się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zawierały informacje nieprawdziwe, nieodpowiadające stanowi rzeczywistości w zakresie warunków podlegających ocenie jako dodatkowo punktowane (rankingujące) w toku postępowania, bez odrzucenia przy tym tychże ofert, nie było prawidłowe i rzetelne.

W ocenie NIK, ww. pytania ankietowe - odpowiadające ocenianym warunkom ujętym w załączniku nr 5 (odpowiednio tabela nr 1 i 2) do rozporządzenia w sprawie kryteriów wyboru ofert⁷² - zostały sformułowane w sposób jednoznaczny. Wskazać

kinezyterapii, a wymagane warunki dotyczące pomieszczeń obejmują m.in. salę do kinezyterapii, która powinna stanowić odrębne pomieszczenie.

⁶⁹ Dalej: rozporządzenie ws. kryteriów wyboru ofert.

⁷⁰ Załącznik nr 5 pt. „Wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w rodzaju rehabilitacja lecznicza” do ww. rozporządzenia, tabela nr 1, część 2 „Przedmiot postępowania: fizjoterapia ambulatoryjna”, lp. I „Kryterium: jakość”, pkt 2 „Kategoria: Sprzęt i aparatura medyczna lub pomieszczenia”, ppkt 2.4 „Oceniany warunek: Sala gimnastyczna stanowiąca odrębne pomieszczenie - w miejscu udzielania świadczeń”.

⁷¹ Wyrok WSA w Poznaniu z dnia 5 lutego 2015 r. (sygn. akt IV SA/Po 1084/14).

⁷² W tym odpowiednio: tabela nr 1 „Rehabilitacja lecznicza”, część 2 „Przedmiot postępowania: fizjoterapia ambulatoryjna”, lp. I „Kryterium: jakość”, pkt 2 „Kategoria: Sprzęt i aparatura medyczna lub pomieszczenia”, ppkt 2.4 „Oceniany warunek: Sala gimnastyczna stanowiąca odrębne pomieszczenie - w miejscu udzielania

również należy, że zgodnie z § 5 ust. 2 ww. rozporządzenia w sprawie kryteriów wyboru ofert, oferent, który zadeklarował spełnienie określonego warunku podlegającego ocenie, jest obowiązany go spełniać dodatkowo ponad warunki realizacji świadczeń określone w rozporządzeniu ws. świadczeń gwarantowanych (wydanych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach finansowanych ze środków publicznych).

Nadmienić przy tym należy, że zawarte w formularzu ofertowym dane powinny pozostawać w zgodności ze stanem faktycznym i prawnym, a na podmiocie składającym ofertę spoczywa obowiązek sprawdzenia danych zawartych w formularzu ofertowym pod kątem zgodności ze stanem faktycznym i prawnym⁷³. Zauważenia wymaga także fakt, że ogłoszenia o konkursie zawierały wskazanie aktów prawnych obowiązujących w postępowaniu, a oferenci składali w ofercie oświadczenie, że dane przedstawione w ofercie są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Po upływie terminu składania ofert złożona oferta jest wiążąca, co oznacza związanie zamieszczonymi w niej oświadczeniami woli i wiedzy. W przypadku pierwszej oferty w drodze oględzin jednoznacznie stwierdzono brak sali gimnastycznej stanowiącej odrębne pomieszczenie, zadeklarowanej uprzednio przez oferenta w ramach warunku dodatkowo punktowanego (stwierdzono tylko jedną salę, uznając za spełniony wymóg określony w rozporządzeniu ws. świadczeń gwarantowanych, dotyczący sali do kinezyterapii), co było podstawą dokonania korekty odpowiedzi na pytanie ankietowe i związanej z nią punktacji. W przypadku natomiast drugiego oferenta brak wypełnienia warunku związanego z okresem realizowania świadczeń na podstawie zawartej umowy wynikał jednoznacznie z oświadczenia oferenta, a także z danych Oddziału.

OCENA CZĄSTKOWA

W ocenie NIK, plany zakupu świadczeń sporządzono prawidłowo, z uwzględnieniem wytycznych Prezesa NFZ, na podstawie przeprowadzonych analiz zapotrzebowań na świadczenia rehabilitacji leczniczej oraz z uwzględnieniem aktualnych danych. W Oddziale podejmowano działania w celu zakontraktowania tych świadczeń w poszczególnych zakresach, na całym obszarze województwa, biorąc pod uwagę specyfikę regionu oraz zabezpieczenie udzielania świadczeń pacjentom w zakresie rehabilitacji leczniczej. Rzetelnie przygotowano proces kontraktowania świadczeń, a oferty składane do postępowań konkursowych były poddawane weryfikacji. W przypadku dwóch, dobranych do szczegółowego badania, ofert, zawierających nieprawdziwe informacje, komisje konkursowe wprowadzały zmiany w odpowiedziach ankietowych udzielonych przez oferentów, choć stosownie do art. 149 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej odrzuca się oferty zawierające nieprawdziwe informacje. W Oddziale prawidłowo monitorowano stopień realizacji umów przez świadczeniodawców, dokonując przesunięć zarówno na wnioski świadczeniodawców, jak i z inicjatywy Śląskiego OW NFZ, nakładając przy tym na niektórych świadczeniodawców kary z tytułu nienależytego wykonania umowy. Skargi wpływające do Oddziału rozpatrywano w terminach i w sposób zgodny z obowiązującym zarządzeniem Prezesa NFZ.

świadczeń” oraz tabela nr 2 „Rehabilitacja lecznicza - część wspólna”, część IV „Ciągłość”, lp. 2 „Oceniany warunek: W dniu złożenia oferty oferent realizuje, nieprzerwanie od 5 lat, na podstawie umowy proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń i w ramach obszaru, którego dotyczy postępowanie”.

⁷³ Zob. wyrok NSA z 5 grudnia 2018 r. (II GSK 1552/18).

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

Opis stanu faktycznego

2.1 Przekazywanie świadczeniodawcom należności z tytułu umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza

W 2020 roku zgodnie z zasadami ustalonymi w § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 marca 2020 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁷⁴ oraz § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 kwietnia 2020 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁷⁵, 205 świadczeniodawców występowało comiesięcznie o przekazywanie środków finansowych, składając 794 wnioski. Pozytywnie rozpatrzono 782 wnioski, a 12 negatywnie. Przyczyną wydania decyzji negatywnej było: całkowite zawieszenie udzielania świadczeń oraz wpływ wniosku po utracie mocy przez przepisy stanowiące podstawę wypłaty środków, tj. po 4 września 2020 r.⁷⁶.

(akta kontroli str. 13)

Badanie dokumentacji dotyczącej 10 losowo wybranych świadczeniodawców, z którymi Oddział w okresie objętym kontrolą posiadał podpisane umowy o udzielenie świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza, a którzy wystąpili do Oddziału z wnioskami o przekazywanie środków w wysokości i terminach określonych w § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 marca 2020 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 kwietnia 2020 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie wykazało nieprawidłowości. Oddział wypłacał należności z tytułu realizacji świadczeń rehabilitacyjnych w terminie 5 dni roboczych, co było zgodne z ww. przepisami.

(akta kontroli str. 435-439)

2.2 Rozpatrywanie wniosków o przedłużenie okresu rozliczeniowego

Świadczeniodawcy (191 podmiotów) udzielający świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza, dla których okres rozliczeniowy określony w umowach z NFZ kończył się z końcem 2020 r., zgodnie z § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 4 września 2020 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁷⁷, złożyli łącznie 212 wniosków o przedłużenie okresu rozliczeniowego. Spośród nich, 208 wniosków zostało rozpatrzonych pozytywnie, co zostało uwzględnione w umowach na 2021 r. Cztery wnioski, na prośbę świadczeniodawców wycofujących wolę przedłużenia okresu rozliczeniowego, rozpatrzono negatywnie. W pozostałych przypadkach Oddział zawarł aneksy do umów zgodnie, z którymi okres rozliczeniowy został przedłużony do 30 czerwca 2021 r.

Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że „wyższa liczba wniosków niż świadczeniodawców wynika z tego, że szpitale sieciowe produkty rehabilitacyjne miały zakontraktowane jednocześnie w umowach 03/8 i 05”.

⁷⁴ Dz.U. poz. 437.

⁷⁵ Dz. U. poz. 696.

⁷⁶ Przepisy ww. § 2 obu rozporządzeń odnosiły się do okresu, o którym mowa w art. 36 ust. 1 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. poz. 374, ze zm.; aktualne dane promulgacyjne ustawy: Dz. U. poz. 1842, ze zm.), tj. do okresu 180 dni od dnia wejścia w życie tej ustawy, który upłynął z ww. dniem 4 września 2020 r.

⁷⁷ Dz. U. poz. 1548, ze zm.

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości

OCENA CZĄSTKOWA

Oddział terminowo przekazywał świadczeniodawcom należności z tytułu umów o udzielanie świadczeń rehabilitacji leczniczej, którzy wystąpili do ŚOW NFZ z wnioskami o przekazywanie częściowych płatności. Oddział prawidłowo rozpatrywał wnioski o wydłużenie określonych w umowach okresów rozliczeniowych, które kończyły się w 2020 r.

IV. Uwagi

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, przedstawia następującą uwagę:

Uwagi

NIK zwraca uwagę, że w sytuacji ofert zawierających nieprawdziwe informacje, komisje konkursowe nie powinny dokonywać zmian w odpowiedziach na pytania ankietowe, lecz - stosownie do art. 149 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej - oferty takie odrzuca się.

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 Katowicach. 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
wykorzystania uwag

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

Katowice, 9 lipca 2021 r.

Kontroler prowadzący
Katarzyna Gradzik
Doradca ekonomiczny

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Katowicach