



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Łodzi

LLO – 4101-017-01/2013

P/13/131

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Łodzi

ul. Kilińskiego 210, 90-980 Łódź

T +48 42 239 32 00, F +48 42 239 32 90

llo@nik.gov.pl

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/13/131 - Dostępność i finansowanie rehabilitacji leczniczej.
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Łodzi.
Kontroler	Aleksandra Bryks, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 86036 z dnia 28 sierpnia 2013 r. [Dowód: akta kontroli str. 1-2]
Jednostka kontrolowana	Łódzki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Łodzi, ul. Kopcińskiego 58 (kod pocztowy 90-032 Łódź), zwany dalej „ŁOW NFZ” lub „Oddziałem”. [Dowód: akta kontroli str. 7]
Kierownik jednostki kontrolowanej	Dyrektorem Oddziału od 27 grudnia 2012 r. jest Pani Jolanta Kręcka . [Dowód: akta kontroli str. 3-6]

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Uzasadnienie oceny ogólnej

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie¹ działalność ŁOW NFZ w kontrolowanym zakresie.

Formułując ocenę Najwyższa Izba Kontroli uwzględniła, że Oddział podejmował skuteczne działania w celu zabezpieczenia dostępności do świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza oraz przyjął rozwiązania organizacyjne pozwalające na efektywne kontraktowanie i finansowanie świadczeń rehabilitacyjnych.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego.

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

1.1. Realizacja wniosków pokontrolnych kontroli nr I/12/001 przeprowadzonej przez Delegaturę NIK w Łodzi w Łódzkim Oddziale Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia

Opis stanu faktycznego

Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Łodzi skontrolowała w okresie od 2 stycznia 2012 r. do 13 kwietnia 2012 r. w Łódzkim Oddziale Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia, przebieg procesu kontraktowania wybranych świadczeń medycznych na rok 2012 i lata następne, w tym m.in. w rodzaju rehabilitacja lecznicza.

Najwyższa Izba Kontroli oceniła negatywnie kontraktowanie świadczeń w rodzajach ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz rehabilitacja lecznicza i wniosła o:

¹ Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna.

- podjęcie stosownych decyzji wobec podmiotów, z którymi zawarto umowy, pomimo że w ofertach podały dane nieprawdziwe lub niezgodne ze stanem faktycznym,
- poinformowanie o stopniu realizacji – zapowiedzianych w piśmie do Prezesa NFZ z dnia 8 listopada 2011 r. – postępowań kontrolnych u świadczeniodawców, z którymi ŁOW NFZ po raz pierwszy zawarł umowy oraz o wynikach i skutkach tych kontroli,
- wzmocnienie nadzoru nad pracami komisji konkursowych, w szczególności w celu zapewnienia rzetelnej weryfikacji ofert oraz składanych przez członków komisji oświadczeń – określonych w § 5 ust. 2 i 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 r.²,
- zainicjowanie działań organizacyjnych zmierzających do takiego rozpisywania konkursów na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, aby uniknąć sytuacji, w której kontrakty będą się kończyć w tym samym czasie we wszystkich rodzajach i zakresach.

Wnioski zawarte w wystąpieniu pokontrolnym z dnia 6 czerwca 2012 r. znak LLO-4114-01-01/2012/I/001, ŁOW NFZ zrealizował w rodzaju świadczeń rehabilitacja lecznicza, jak niżej:

- rozwiązano umowy w całości z dwoma podmiotami, bez zachowania okresu wypowiedzenia, które w ofertach podały dane nieprawdziwe lub niezgodne ze stanem faktycznym, tj.:
 - NZOZ COLMED w dniu 02 lutego 2012 r., wartość umowy ogółem 145.800 zł, wartość umowy niezrealizowanej na dzień rozwiązania 142.184,70 zł,
 - NZOZ Chojeńskie Centrum Ortopedyczno-Rehabilitacyjne Priumus Medicus w dniu 15 czerwca 2012 r., wartość umowy ogółem 180.000 zł, wartość umowy niezrealizowanej na dzień rozwiązania 97.502,40 zł,
- przeprowadzono ogółem 64 postępowania kontrolne w rodzaju rehabilitacja lecznicza, w zakresach: fizjoterapia ambulatoryjna, rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku /oddziale dziennym, rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym – rehabilitacja neurologiczna i rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym,
- 29 postępowań kontrolnych zakończyło się bez nałożenia kar finansowych, w tym w 27 przypadkach nie stwierdzono nieprawidłowości,
- 35 postępowań zakończyło się nałożeniem kary i wydaniem zaleceń – łączna kwota kar wyniosła 43.049,42 zł,
- na podstawie wyników kontroli i wizytacji u nowych świadczeniodawców realizujących świadczenia w rodzaju rehabilitacja lecznicza, nie stwierdzono okoliczności dających podstawę dla rozwiązania umów,
- poddano analizie wspólnie z przewodniczącymi komisji wszystkie wskazane w protokole kontroli NIK przypadki, odnoszące się do niewłaściwej pracy komisji konkursowych i ustalono, że:
 - w dużych postępowaniach konkursowych powiększone zostaną składy osobowe komisji,
 - przeprowadzone zostaną szkolenia z zakresu stosowania procedury konkursowej,
 - w zarządzeniu powołującym komisje konkursowe zostaną doprecyzowane obowiązki członków komisji w zakresie prawidłowego i rzetelnego dokumentowania przebiegu postępowań.

² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zapraszania do udziału w rokowaniach, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej oraz jej zadań (Dz. U. nr 273 poz. 2719), zwane dalej „rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 r.”

Najwyższa Izba Kontroli po dokonaniu analizy ww. pisma ŁOW NFZ wraz z załącznikami, stwierdziła, że u niektórych świadczeniodawców skontrolowanych przez Oddział w 2012 r. ustalony stan faktyczny był niezgodny z ofertą, co w ocenie NIK mogło stanowić podstawę do rozwiązania umów o świadczenia usług zdrowotnych.

Dotyczyło to m.in. następujących podmiotów leczniczych w rodzaju rehabilitacja lecznicza, wskazanych w załączniku nr 3 do odpowiedzi na wystąpienia pokontrolne z dnia 14 sierpnia 2012 r. (znak ŁOWNFZ/ZKW.091-4/12(15), a mianowicie:

- NZOZ Medycyna Sportowa – Twoje Zdrowie sp. z o.o. – jako przyczynę nałożenia kary ŁOW NFZ wskazał m.in. nieokazanie kontrolerom faktur zakupu sprzętu – wanny do masażu- w ofercie podał, że wannę ma.

W następstwie przeprowadzonej ponownie kontroli ŁOW NFZ stwierdził, że wada wanny do masażu została usunięta i świadczeniodawca dysponował zarówno wanną do masażu, jak i stolikiem do terapii manualnej, co potwierdzały przedstawione w załączeniu dokumenty.

- NZOZ „MAG-MED.” Łódź – brak (...) odrębnego pomieszczenia do masażu – w następstwie przeprowadzonej ponownie kontroli stwierdzono, pełną realizację zaleceń pokontrolnych.
- NZOZ Centrum Zdrowia Tomaszów Mazowiecki – stwierdzono nieprawidłowości polegające na nieudzielaniu świadczeń w czasie i miejscu ustalonym w umowie oraz naruszeniu przepisów § 5 ust. 1 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zwanego dalej „OWU”³, w zakresie spełniania warunków wymaganych dotyczących czasu pracy poradni rehabilitacyjnej – po ponownej kontroli świadczeniodawca dostosował się do zaleceń ŁOW NFZ.

[Dowód: akta kontroli str. 8-103]

1.2. Planowanie wydatków na zakup świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza.

Opis stanu
faktycznego

Według rocznych sprawozdań z wykonania planu finansowego ŁOW NFZ za lata 2011 i 2012, koszty świadczeń rehabilitacji leczniczej w porównaniu do planowanych wynosiły odpowiednio:

- w 2011 r. – koszt świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza w kwocie 107.834,2 tys. zł był niższy o 313,8 tys. zł w stosunku do planowanego 108.148,0 tys. zł i udziale wykonania 99,71%,
- w 2012 r. - koszt świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza w kwocie 122.188,54 tys. zł był niższy o 345,46 tys. zł w stosunku do planowanego 122.534,0 tys. zł i udziale wykonania 99,72%.

W planie finansowym na 2013 r. (po zmianach), koszt świadczeń rehabilitacji leczniczej przyjęty został w kwocie 123.514 tys. zł.

[Dowód: akta kontroli str. 104 - 111]

Plany zakupu świadczeń w rodzaju rehabilitacji leczniczej na rok 2011, 2012 i 2013 zostały opracowane na podstawie danych dostępnych w systemie wspomagania informatycznego ŁOW NFZ. Uwzględniono wielkości świadczeń zdrowotnych zakontraktowanych, wykonanych i sprawozdawanych w roku poprzedzającym tworzenie planu oraz zakontraktowanych i wykonanych w okresie styczeń-czerwiec roku, w którym tworzone plany. W przypadku aneksowania umów wieloletnich weryfikowano plan wykonaniem z okresu styczeń-sierpień. Uwzględniano także materiały analityczne przekazane przez Centralę NFZ, w tym w szczególności zestawienia dotyczące pozycji planu Oddziału na tle średnich w Polsce i planów pozostałych oddziałów wojewódzkich.

³ Dz.U. Nr 81, poz. 484

W planowaniu środków finansowych na rok 2011 (stan na wrzesień 2010 r.) w poszczególnych rodzajach świadczeń, uwzględniono zapewnienie dostępności do świadczeń na poziomie lat poprzednich. Zostało ono szacowane na podstawie realizacji kontraktów w latach poprzednich oraz pierwszej połowy 2010 r. i zweryfikowane w przypadkach znacznego niewykonania na danym terenie. W celu zapewnienia liczby świadczeń na poziomie podaży w stopniu nie mniejszym niż w latach poprzedzających tworzenie planu zakupu, uwzględniono także przeliczenie umów zakontraktowanych w trakcie roku, jak również zwiększenie liczby jednostek kalkulacyjnych w obowiązujących umowach w rodzaju rehabilitacja lecznicza o 4%, ze względu na zwiększającą się liczbę osób oczekujących na te świadczenia. Liczba osób oczekujących zwiększyła się o 20% w stosunku do 2009 r. Powodem zwiększenia nakładów w rodzaju Opieka rehabilitacyjna była także jedna z najniższych wartości przeliczonej na 10 tys. mieszkańców w Polsce (86% średniej krajowej).

Ze względu na przyjęcie priorytetów w innych rodzajach świadczeń, w planowaniu środków w rodzaju rehabilitacja lecznicza nie uwzględniono żadnych innych priorytetów ze względu na ograniczone środki finansowe.

Plan zakupu świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza na 2011 r. według stanu na dzień 31 sierpnia 2011 r. wynosił 99.403 tys. zł, a po uwzględnieniu zmiany i dostosowaniu wartości umów do wykonania w ciągu roku (stan na grudzień 2011 r.) wzrósł do kwoty 99.910 tys. zł, tj. o 0,5%.

Plan zakupu świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza na 2012 r. według stanu na dzień 31 sierpnia 2011 r. wynosił 113.095 tys. zł i wzrósł o 14,1% w porównaniu do 2011 r.

Plan zakupu świadczeń w ww. rodzaju świadczeń na 2012 r. według stanu na grudzień 2012 r. wynikał z analizowanych wniosków świadczeniodawców składanych do 14 grudnia 2012 r. do Wydziału Ekonomiczno-Finansowego ŁOW NFZ na podstawie OWU w celu racjonalnego wykorzystania środków w zawartych umowach. Ponadto w planie w wysokości 112.568 tys. zł uwzględniono także aneksy zmniejszające w umowach z niewykonaniami, zaplanowane do realizacji po zakończeniu umów (aneksy techniczne).

W planowaniu środków finansowych na rok 2013 w poszczególnych rodzajach świadczeń, uwzględniono potrzeby zdrowotne na terenie województwa łódzkiego wynikające z danych demograficznych i epidemiologicznych, danych dotyczących rzeczywistego wykonania i kolejek oczekujących na świadczenia zdrowotne, zwiększenie dostępności do świadczeń, priorytety zdrowotne.

We wszystkich rodzajach świadczeń podstawą do planowania było zapewnienie świadczeń na poziomie nie niższym niż w 2012 r. Parametrem oceniającym rzeczywiste zapotrzebowanie na świadczenia na danym terenie i w zakresie było wykonanie rzeczywiste szacowane na podstawie okresu styczeń-czerwiec 2012 r. oraz 2011 r. Uwzględniono również zmiany wprowadzone aneksami do umów w ciągu pierwszego półrocza. Wszystkie kontrakty zawarte na okres krótszy niż rok zostały przeliczone na rok (m.in. uwzględniając różnicę w liczbie dni w roku w stosunku do 2013 r. oraz nie uwzględniając aneksów na rok 2012 do umów obowiązujących w 2011 r.).

Plan zakupu w rodzaju rehabilitacja lecznicza na rok 2013 w kwocie 113.806 tys. zł wzrósł o 1,4% (kwota 1.567 tys. PLN) w stosunku do zawartych w 2012 r. umów.

Według stanu na dzień 29 sierpnia 2012 r. plan finansowy pozwalał na realizację jedynie priorytetu regionalnego zabezpieczenia świadczeń na poziomie porównywalnym do roku poprzedniego, poprawy dostępności do opieki hospicyjnej oraz priorytetów ogólnopolskich (leczenia psychiatryczne, dializoterapia oraz

rehabilitacja ogólnoustrojowa - grupy JGP). Nie było wystarczających środków na zapewnienie nowych miejsc w rodzaju rehabilitacja lecznicza.

[Dowód: akta kontroli str. 112-130]

1.3. Dostępność i jakość świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w procesie planowania zakupu świadczeń.

Opis stanu
faktycznego

Analiza jakości i dostępności zarówno na poziomie kontraktu jak i wykonania dokonywana była w cyklu comiesięcznym od 2009 r. Dotyczyła ona zabezpieczenia świadczeń w układzie terytorialnym (województwo, delegatura, powiat - grupa powiatów), z dokładnością do zakresu świadczeń jak i poziomu wykonania.

[Dowód: akta kontroli str. 112-130]

Dyrektor ŁOW NFZ podał, że analizy obejmują szereg parametrów, m.in.:

- wartości kontraktów z dokładnością do miejsca wykonywania świadczeń, zabezpieczenia na 10 tys. mieszkańców w powiatach, grupach powiatów odpowiadających terenom działania delegatur ŁOW NFZ, województwie, liczbę miejsc wykonywania świadczeń oraz liczbę osób oczekujących w kolejce,
- nadwykonań i niewykonań z dokładnością do rodzaju oraz ze zbilansowaniem umowy w danym zakresie,
- wykonania kontraktów z dokładnością do miejsca wykonywania świadczeń określeniem stopnia wykonania w miejscu, zakresie,
- wykonania według świadczeniodawców z dokładnością do rodzaju.

W planowaniu świadczeń powyższe dane dotyczące roku poprzedniego oraz okresu styczeń – czerwiec roku bieżącego według stanu na dzień tworzenia planu zakupu, wykorzystywane były do oceny realnego zapotrzebowania na świadczenia.

W planie na 2012 r. wartość nadwykonań/niewykonań była jednym z elementów podziału środków przeznaczonych na rehabilitację między zakresami i terenami.

W planie na rok 2013 utrzymano warunki finansowe z 2012 r.

[Dowód: akta kontroli str. 367-376]

Łódzki Oddział Wojewódzki NFZ przeprowadzał w kontrolowanym okresie 2011-2013 kompleksowe szkolenia pracowników, którzy byli przewidziani do udziału w komisjach konkursowych, przed tzw. „dużymi konkursami” (przykładowo w 2011 r. na lata 2012-2014).

Pracownicy mający brać udział w przeprowadzeniu postępowań w sprawie zawarcia umów na kolejne lata szkoleni byli m.in. z zakresu:

- znajomości aktualnej centralnej procedury konkursu ofert lub rokowań prowadzonych na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej,
- znajomości i obsługi aplikacji wykorzystywanych do przeprowadzenia postępowań,
- Regulaminu Prac Komisji,
- wytycznych Dyrekcji w sprawie właściwego przeprowadzenia postępowań – wytyczne w formie pisemnej przekazywane były komisjom konkursowym z chwilą rozpoczęcia prac przez te komisje.

W sytuacji powołania do postępowania osoby, która wcześniej nie brała udziału w postępowaniach lub osoby z niewielkim doświadczeniem, przy doborze pozostałych członków komisji stosuje się zasadę doboru osób z dużym doświadczeniem oraz znajomością aktualnych przepisów i procedur konkursu ofert.

Dyrektor w ogłoszonych 5 postępowaniach prowadzonych w trybie konkursu ofert poprzedzających zawarcie z Oddziałem umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w 2013 r. w rodzaju rehabilitacja lecznicza, powołał trzy komisje konkursowe w składzie trzyosobowym.

W składzie komisji byli pracownicy z następujących komórek organizacyjnych Oddziału, tj.:

- Wydziału świadczeń opieki zdrowotnej – 6 osób, na stanowiskach: specjalistów Działu kontraktowania świadczeń i kierownika Sekcji leczenia ambulatoryjnego,
- Delegatury w Piotrkowie Trybunalskim – 3 osoby, na stanowiskach starszy specjalista i specjalistów.

W zakresach obowiązków ww. członków komisji konkursowych zapisano m.in. przygotowanie i udział w przeprowadzaniu postępowań poprzedzających zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

ŁOW NFZ dysponował odpowiednią bazą lokalową do obsługi ofert i świadczeniodawców.

Dyrektor Oddziału nie występował w kontrolowanym okresie o zgodę na zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza na czas dłuższy niż 3 lata.

[Dowód: akta kontroli str. 163-164]

1.4. Przygotowanie organizacyjne do przeprowadzenia postępowań konkursowych o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w 2013 r.

Opis stanu
faktycznego

Realizacja postępowań w trybie konkursowym i rokowań o udzielenie świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza przebiegała w następujący sposób:

- w latach 2011-2013 przeprowadzono łącznie 158 postępowań, w tym: w 2011 r. - 0, w 2012 r. – 149 w trybie konkursu ofert, 2 w trybie rokowań z powodu ograniczonej liczby świadczeniodawców (art. 144 pkt 3 ustawy o świadczeniach zdrowotnych⁴) i 2 w trybie rokowań z powodu pilnej potrzeby zawarcia umowy (art. 144 pkt 2 tej ustawy) oraz 5 postępowań konkursowych w 2013 r.,
- rozstrzygniętych postępowań konkursowych w kontrolowanym okresie było łącznie 154 w tym: 149 w 2012 r. i 5 w 2013 r.,
- w 2012 r. odwołano 2 postępowania i unieważniono 7 postępowań oraz złożono 14 protestów,
- w 2012 r. złożonych zostało łącznie 616 ofert w tym: 76 przez podmioty publiczne i 185 przez niepubliczne, 2 oferty odwołano i 7 ofert unieważniono,
- w 2013 r. przeprowadzono 5 postępowań na 4 zakresy, w tym na zakres zabiegi fizjoterapeutyczne konkurs przeprowadzono na dwa różne tereny oraz złożono 17 ofert, w tym 8 ofert dotyczyło świadczeniodawców „publicznych” (organ założycielski wojewoda, gmina, ministerstwo).

[Dowód: akta kontroli str. 131-162, 227-234]

Badaniem kontrolnym objęto dokumenty dotyczące postępowań konkursowych o udzielanie świadczeń rehabilitacji leczniczej w 2013 r. i ustalono m.in.:

- przeprowadzono 5 postępowań w ramach 4 zakresów, tj.: fizjoterapia ambulatoryjna, rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym, rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym, rehabilitacja kardiologiczna w ośrodku/oddziale dziennym,
- w konkursie dotyczącym rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym odrzucono dwie oferty zakładów niepublicznych ze względu na złożenie oferty po terminie.

Pozostawione bez rozpoznania - ze względu na zawartą w chwili składania oferty umowę w tym zakresie z Oddziałem - zostały:

- oferta w konkursie na rehabilitację dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku dziennym - podmiotu publicznego,

⁴ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Dz.U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm. zwana dalej „ustawą o świadczeniach zdrowotnych”.

- oferta w konkursie na fizjoterapię ambulatoryjną- podmiotu publicznego.

W postępowaniach przeprowadzonych w 2013 r, zostało wyłonionych 7 ofert, w tym 2 oferty zakładów opieki zdrowotnej.

W trakcie postępowań przeprowadzonych w 2013 r. o dodatkowe wyjaśnienia, w tym dostarczenie dokumentów zostało poproszonych przez komisje konkursowe dwóch świadczeniodawców i dwóch o wyjaśnienie spornych godzin harmonogramu pracy.

Postępowania zostały przeprowadzone według obowiązującej procedury. W postępowaniach, w których do części niejawniej przeszła jedna oferta nie przeprowadzono negocjacji i oferta została przyjęta bez żadnych zmian, gdyż wyczerpywała wartość postępowania. Dotyczyło to trzech postępowań, w wyniku których wybrano 3 oferty bez negocjacji.

W pozostałych dwóch postępowaniach złożonych zostało 13 ofert, z czego 3 zostały odrzucone. Do części niejawniej przeszło 10 ofert, z których 1 została wybrana jako najkorzystniejsza. Do negocjacji wybrano 3 oferty, które w rankingu otwarcia uzyskały największą ilość punktów.

Każdy etap postępowania został udokumentowany protokołami, określonymi procedurą 2011/001/BO/KONTR/5.9.1.

[Dowód: akta kontroli str. 165-234]

1.5 Liczba i wartość zakontraktowanych świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza.

Zakontraktowane świadczenia w rodzaju rehabilitacji leczniczej wynosiły 99.911 tys. zł w 2011 r., 112.565,8 tys. zł w 2012 r. i 112.536,2 tys. zł wg stanu na dzień 15 października 2013 r., w tym:

- lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna odpowiednio: 5.895,1 tys. zł, 5.985,6 tys. zł i 5.969,6 tys. zł,
- fizjoterapia ambulatoryjna odpowiednio: 50.127,3 tys. zł, 54.452,6 tys. zł i 52.950,2 tys. zł,
- rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym odpowiednio: 3.158,7 tys. zł, 4.556,9 tys. zł i 4.708,9 tys. zł,
- rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym odpowiednio: 4.952,0 tys. zł, 8.130,6 tys. zł, 8.050,6 tys. zł,
- rehabilitacja słuchu i mowy odpowiednio: 0, 138,8 tys. zł i 372,6 tys. zł
- rehabilitacja wzroku odpowiednio: 178,7 tys. zł, 193,2 tys. zł, 193,2 tys. zł,
- rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych odpowiednio: 22.574,3 tys. zł, 23.563,3 tys. zł i 24.238,1 tys. zł.
- rehabilitacja neurologiczna odpowiednio: 8.059,7 tys. zł, 10.464,6 tys. zł i 10.549,1 tys. zł,
- rehabilitacja kardiologiczna w warunkach stacjonarnych odpowiednio 4.645,3 tys. zł, 4.565,5 tys. zł i 4.958 tys. zł.

W badanym okresie Oddział zwiększył o 17,8% liczbę zakontraktowanych świadczeń (tj. o 17.336,7 tys. punktów) oraz o 12,7% wartość tych świadczeń (o 12.615,7 tys. zł) w 9 zakresach w 2013 r. w stosunku do 8 zakontraktowanych zakresów w 2011 r., z tego najwięcej w rehabilitacji kardiologicznej w ośrodku/oddziale dziennym o 185,6 tys. punktów i 216,6 tys. zł (tj. o 67,8%).

W 2012 r. dynamika wzrostu wartości zakontraktowanych ogółem świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza w kwocie 112.567,8 tys. zł w porównaniu do 2011 r. w wysokości 99.910,5 tys. zł wyniosła 112,7%.

Natomiast dynamika 2013 r. w porównaniu z 2012 r. ukształtowała się na poziomie 99,96%.

W latach 2011-2013 oddział zakontraktował wszystkie zaplanowane zakresy rehabilitacji leczniczej.

[Dowód: akta kontroli str. 235-240]

Dyrektor ŁOW NFZ wyjaśniła, że:

Monitorowanie realizacji kontraktów wykonywane jest systematycznie każdego miesiąca. Jest wykorzystywane w przypadku aneksowania umów na podstawie Ogólnych warunków realizacji umowy. Wnioskowane przez świadczeniodawców zmiany w umowach nie zyskują akceptacji ze strony oddziału w przypadkach występowania nadwykonań na danym terenie. W ciągu roku 2013 ...podejmowane były czynności zmierzające do zmniejszenia wartości umowy w przypadkach wykonania nie przekraczającego 50% we wszystkich rodzajach, w tym także w rehabilitacji leczniczej...

[Dowód: akta kontroli str. 367--376]

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność ŁOW NFZ w zakresie zapewnienia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza.

2. Finansowanie opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza.

2.1. Zasady stosowane przez Oddział przy rozliczaniu umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej.

Opis stanu faktycznego

Liczba świadczeniodawców, liczba umów na wykonywanie rehabilitacji leczniczej i ich wartość w latach 2011-2013 (do końca II kwartału) kształtowała się następująco:

- 2011 r. – liczba świadczeniodawców 220, liczba umów 234, kwota produktu wg umów 99.911 tys. zł,
- 2012 r. - liczba świadczeniodawców 223, liczba umów 253, kwota produktu wg umów 112.566 tys. zł,
- 2013 I poł. – liczba świadczeniodawców 217, liczba umów 240, kwota produktu wg umów 112.526 tys. zł.

[Dowód: akta kontroli str. 241]

W procesie rozliczania udzielonych świadczeń system informatyczny ŁOW NFZ automatycznie weryfikował poprawność danych sprawozdawczych wykazywanych przez świadczeniodawców w raportach statystycznych.

Proces ten odbywa się w trzech etapach.

- Etap I – walidacja, w etapie tym przy użyciu reguł walidacyjnych systemowych i centralnych oceniana jest prawidłowość poszczególnych pozycji. W przypadku stwierdzenia błędu pozycja sprawozdania nie „wchodzi” do bazy oddziałowej, a świadczeniodawca otrzymuje informacje o charakterze nieprawidłowości.
- Etap II – weryfikacja wstępna (podstawowa) - odbywa się każdorazowo po pozytywnej walidacji oraz wtedy, gdy świadczeniodawca wprowadził jakiegokolwiek zmiany danych świadczenia, które w wyniku weryfikacji oznaczone zostały błędem. Nie biorą one udziału w procesie naliczania, a informacja o zakwestionowaniu świadczenia jest widoczna dla świadczeniodawcy od razu po przeprowadzeniu procesu weryfikacji.
- Etap III – weryfikacja wsteczna – odbywa się zgodnie z harmonogramem, co najmniej raz na kwartał i obejmuje wszystkie świadczenia znajdujące się w bazie świadczeń systemu informatycznego ŁOW NFZ. Weryfikacja wsteczna odbywa się w systemie informatycznym oddziałowym (SI OW NFZ) oraz w nowym systemie zwanym SDWSZ (w 2012 roku - weryfikacja świadczeń za rok 2011).

- Moduł weryfikacyjny SI OW NFZ przechowuje dane dotyczące: wyników weryfikacji z dokładnością do wersji pozycji rozliczeniowych i zestawów świadczeń, ocen operatorów (data i czas wystawienia oceny, operator wystawiający ocenę) oraz Wykonania poszczególnych zadań weryfikacji.

Badaniem kontrolnym objęto system informatyczny ŁOW NFZ w zakresie automatycznej weryfikacji poprawności danych w procesie rozliczania udzielonych świadczeń zdrowotnych, w tym danych przekazywanych przez świadczeniodawców w raportach statystycznych.

Na przykładzie wybranych losowo 2 faktur (2 świadczeniodawców) stwierdzono, że poniższe dowody były automatycznie weryfikowane, a system informatyczny ŁOW NFZ odnotowywał fakt weryfikacji oraz wskazywał status sprawdzenia, tj. „brak błędów” (potencjalnych nieprawidłowości):

- faktura 2013-U01-10070 z – 1 260 PLN, szablon rachunku 13993184
Świadczenia będące podstawą do wystawienia faktury zostały wstępnie zweryfikowane „wpływając” do bazy świadczeń.
Przebieg szczegółowy weryfikacji pojedynczego świadczenia został udokumentowany. Wynikało z niego, że weryfikacja podstawowa/wstępna pozycji rozliczeniowej odbyła się w tej samej dacie.
Weryfikacje wsteczne dla badanych świadczeń nie zostały jeszcze przeprowadzone. Zgodnie z poleceniem Centrali NFZ sprawozdane do systemu OW NFZ świadczenia obowiązkowo weryfikowane są po 25 dniu miesiąca następującego po zakończeniu kwartału.
- faktura 01/10/2013 – 86 243 PLN, szablon rachunku 13999805
Świadczenia będące podstawą do wystawienia faktury zostały wstępnie zweryfikowane „wpływając” do bazy świadczeń.
Przebieg szczegółowy weryfikacji pojedynczego świadczenia udokumentowano w zestawieniu. Wynikało z niego, że weryfikacja podstawowa/wstępna pozycji rozliczeniowej odbyła się w dniu 31 października 2013 roku.
Weryfikacje wsteczne dla badanych świadczeń nie zostały jeszcze przeprowadzone. Zgodnie z poleceniem Centrali NFZ sprawozdane do systemu OW NFZ świadczenia obowiązkowo weryfikowane są po 25 dniu miesiąca następującego po zakończeniu kwartału.

[Dowód: akta kontroli str. 242-310]

W rodzaju rehabilitacja lecznicza, najczęstszymi stwierdzonymi błędami były m.in.:

- kwalifikacje personelu wykonującego świadczenie (potencjał zakontraktowany) - brak specjalisty fizjoterapeuty,
- współwystępowanie świadczenia ambulatoryjnego u innego świadczeniodawcy - podczas pobytu pacjenta w rehabilitacyjnej opiece stacjonarnej,
- błędny tryb przyjęcia,
- wymagalność skierowania na hospitalizację,
- przekroczony limit świadczenia krioterapia - zabieg w kriokomorze.

Po przedstawieniu przez świadczeniodawców wyjaśnień i dokonaniu stosownych korekt w 2013 r. w systemie sprawozdawczo-rozliczeniowym znajdowały się zakwestionowane w formie błędów i ostrzeżeń świadczenia zarówno zapłacone jak i niezapłacone:

- w 2011 r. – 3.860 pozycji świadczeń ambulatoryjnych i nierozliczonych hospitalizacji. Do świadczeń zamkniętych zapłaconych - kwestionowanych jako BŁĄD w systemie sprawozdawczo-rozliczeniowym - wystawiono noty finansowe na kwotę: 6 305,30 zł,
- w 2012 r. – 6.600 pozycji,
- w 2013 r. (do końca II kwartału) – 2.470 pozycji.

[Dowód: akta kontroli str. 384-385]

2.2. Kontrole wykonania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja zdrowotna.

Ocena stanu faktycznego

W badanym okresie ŁOW NFZ przeprowadził 111 kontroli umów dotyczących udzielania świadczeń zdrowotnych w rodzaju rehabilitacja lecznicza, z tego:

- w 2011 r. – 21 kontroli planowanych (100% planu) oraz 10 kontroli doraźnych w tym: 8 rozpoznawczych i 2 sprawdzające,
- w 2012 r. – 74 kontrole planowe (100% planu) oraz 72 kontrole doraźne w tym: 60 rozpoznawczych i 12 sprawdzających,
- w 2013 r. (30.11.) – 16 kontroli planowych oraz 5 doraźnych w tym: 4 rozpoznawcze i 1 sprawdzająca.

Wyboru zakresu świadczeń typowanych do planu kontroli dokonywano na podstawie:

- analiz i weryfikacji prowadzonych przez poszczególne jednostki organizacyjne ŁOW NFZ - do kontroli wybierane były te obszary, w których istniało prawdopodobieństwo występowania nieprawidłowości w realizacji świadczeń.
- doboru zagadnień, które w poprzednich latach nie były kontrolowane,
- wprowadzonych zmian w sposobie rozliczania świadczeń, które mogły spowodować zwiększone zagrożenie występowania nieprawidłowości.

Wyboru świadczeniodawców do planu kontroli dokonywano biorąc pod uwagę:

- wpływające skargi dotyczące nieprawidłowości w trakcie realizacji świadczeń,
- wyniki przeprowadzonych analiz i weryfikacji tj. stwierdzono nieprawidłowe realizowanie umowy,
- nieobjęcie placówek postępowaniami kontrolnymi w ciągu ostatnich 5 lat.

Oddział przeprowadził kontrole wszystkich zakontraktowanych zakresów. Nieprawidłowości stwierdzone w toku kontroli dotyczyły m.in.: braku księgi zabiegów leczniczych i kartoteki pacjentów, którym udzielano świadczenia, udzielania świadczeń przez osoby nieposiadające kwalifikacji i uprawnień, braków dokumentacji zbiorczej, nieprawidłowego sposobu prowadzenia dokumentacji medycznej, braku aktualizacji harmonogramów pracy personelu, świadczeń udzielanych niezgodnie z harmonogramem.

W wyniku kontroli Oddział zakwestionował 287,4 tys. zł z tytułu nieprawidłowego rozliczenia świadczeń w 13 ze 198 kontroli, a na 59 świadczeniodawców nałożył kary umowne w łącznej kwocie 212,2 tys. zł.

Kontrole zewnętrzne przeprowadzone zostały w 2012 r. przez Centralę NFZ i Ministerstwo Zdrowia.

Centrala NFZ objęła kontrolą m.in. 4 postępowania z rodzaju - rehabilitacja lecznicza w zakresie prawidłowości stosowania obowiązującej w NFZ procedury konkursu ofert lub rokowań prowadzonych na podstawie ustawy o świadczeniach zdrowotnych. Oceniono pozytywnie z uchybieniami przedmiot kontroli. Kontrolerzy stwierdzili, że zidentyfikowane uchybienia nie spowodowały następstw dla kontrolowanej działalności i zostały niezwłocznie usunięte.

Wydane zalecenia dotyczyły:

- bezwzględnego stosowania przez komisje konkursowe wytycznych określonych w „Procedurze konkursu ofert...” na każdym etapie jej realizacji,
- rozważenia zasadności spowodowania bezwzględnego stosowania przez komisje konkursowe obowiązku przeprowadzania kontroli u oferentów, którzy dotychczas nie mieli zawartej umowy o udzielanie świadczeń w zakresie, na który złożyli ofertę, mając na uwadze późniejsze skutki i konieczność rozwiązywania umów. Zalecenia wykonano.

Ministerstwo Zdrowia przeprowadziło kontrolę prowadzenia przez ŁOW NFZ, na podstawie art. 139 ustawy o świadczeniach, postępowań w sprawie zawarcia

umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na 2012 rok i lata następne w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz leczenie szpitalne w zakresach okulistyka i kardiologia. Wydano następujące zalecenia:

- przeprowadzenie weryfikacji harmonogramów czasu pracy personelu medycznego w zakresie objętym kontrolą, w których nie zastosowano obowiązującej „Procedury konkursu ofert...”, celem ograniczenia ryzyka nie realizowania lub nienależytego realizowania umowy z uwagi na brak personelu.
- wzmożenie nadzoru nad planowaniem, organizowaniem i przebiegiem kontraktowania świadczeń ŁOW NFZ w celu zapewnienia pełnej zgodności postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa, ze szczególnym uwzględnieniem ograniczenia wystąpienia w przyszłości ryzyka nie stosowania obowiązującej w NFZ „Procedury konkursu ofert...” a także przestrzegania przez członków komisji obowiązku wypełnienia oświadczeń, o których stanowi rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 r.

Zalecenie wykonano.

[Dowód: akta kontroli str. 311-323, 361-366]

2.3. Wykonanie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza.

Opis stanu
faktycznego

Oddział w okresach miesięcznych monitorował realizację świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza poprzez analizowanie poziomu wykonania liczbowego i wartościowego świadczeń.

Na podstawie analiz Oddział dokonywał zmian wartości zakontraktowanych świadczeń w danym okresie rozliczeniowym, jak również ustalał poziom zapotrzebowania na danego rodzaju świadczenia.

Analiza wybranych losowo umów wykazała, że zmieniane było finansowanie świadczeń na podstawie § 21 i § 43 załącznika do OWU w trakcie okresu rozliczeniowego. Oddział dokonywał zwiększeń wartości umowy lub przesunięć wartości pomiędzy zakresami udzielanych świadczeń na wniosek świadczeniodawcy lub z własnej inicjatywy.

Podstawą rozliczeń i płatności był rachunek wraz z raportem statystycznym. Świadczeniodawca zobowiązany był złożyć dokumenty rozliczeniowe w terminie do 10 dnia każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni. Raport statystyczny przekazywany był w formie elektronicznej natomiast rachunek w formie pisemnej. Płatność następowała w terminie 15 dni po dostarczeniu dokumentów rozliczeniowych przez świadczeniodawcę, na rachunek bankowy określony w umowie.

Zgodnie z § 23 załącznika do ogólnych warunków umów świadczeniodawcy przysługuje prawo korygowania raportu będącego podstawą wystawienia rachunku najpóźniej w terminie 45 dni po upływie okresu rozliczeniowego. Po tym okresie ŁOW NFZ blokuje świadczeniodawcom możliwość przysyłania korekt świadczeń do umów. Jednak na wnioski świadczeniodawców, po przeanalizowaniu opisanego problemu ŁOW NFZ ma możliwość odblokowania komunikacji dla konkretnej umowy. Wynikiem takich działań było najczęściej złożenie przez świadczeniodawcę korekt „na plus” i „na minus”, które wzajemnie się bilansują.

Analizy przeprowadzone przez Oddział w związku z nadwykonaniami przez świadczeniodawców zakontraktowanych świadczeń rehabilitacji leczniczej oraz w przypadkach niewykonania w podziale na produkty kontraktowe na dzień zamknięcia ksiąg rachunkowych roku 2011 i 2012 r., wykazała m.in., że:

- kwota nadwykonań wyniosła ogółem 8.498 tys. zł w 2011 r. i 5.072 tys. zł w 2012 r., oraz niewykonanie 109 tys. zł w 2011 r. i 171 tys. zł w 2012 r., w zakresach:

- lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna – nadwykonania 655,74 tys. zł (2011), 128,27 tys. (2012) oraz niewykonanie – 12,71 tys. zł (2011), 82,92 tys. zł (2012);
- fizjoterapia ambulatoryjna – 4.943,91 tys. zł (2011), 3.822,93 tys. zł (2012 r.) oraz niewykonanie 60,02 tys. zł (2011), 39,04 tys. zł (2012);
- rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym – 353,30 tys. zł (2011), 23,51 tys. zł (2012 r.) oraz niewykonanie – 0,09 tys. zł (2011), 0,15 tys. zł (2012);
- rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym 269,81 tys. zł (2011), 330,11 tys. zł (2012) oraz niewykonanie 7,32 tys. zł (2011), 5,40 tys. zł (2012);
- rehabilitacja wzroku – 8,05 tys. zł (2011), 11,10 tys. zł (2012) oraz niewykonanie 0,07 tys. zł (2011), 0 zł (2012)
- rehabilitacja kardiologiczna w ośrodku/oddziale dziennym 2,81 tys. zł (2011), 24,56 tys. zł (2012) oraz niewykonanie 4,99 tys. zł (2011), 0 zł (2012);
- rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych – 536,24 tys. zł (2011), 234,82 tys. zł (2012) oraz niewykonanie – 21,22 tys. zł (2011), 12,41 tys. zł (2012);
- rehabilitacja neurologiczna – 711,87 tys. zł (2011) i 81,28 tys. zł (2012) oraz niewykonanie – 0,04 tys. zł (2011), 28,21 tys. zł (2012);
- rehabilitacja kardiologiczna w warunkach stacjonarnych – 1.007,38 tys. zł (2011), 401,36 tys. zł (2012) oraz niewykonanie – 2,41 tys. zł (2011), 3,34 tys. zł (2012).

[Dowód: akta kontroli str. 324-326, 383-384]

2.4. Finansowanie umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza.

Nadwykonania za 2011 r.

Po uzyskaniu pozytywnej opinii Centrali NFZ zawartej w piśmie z dnia 29 stycznia 2013 r., co do zawarcia ugód w celu sfinansowania świadczeń opieki zdrowotnej wykonanych ponad limit określony w umowach na 2011 r. ŁOW NFZ w I półroczu 2013 r., z pozycji „koszty lat ubiegłych” z budżetu roku 2013 zawarł ugody sądowe jak i pozasądowe w zakresach rehabilitacji neurologicznej i kardiologicznej w warunkach stacjonarnych.

Poszczególnym zakresom świadczeń przypisano wskaźniki cenowe biorąc pod uwagę poziom kosztów stałych i zmiennych oraz posiadane środki finansowe, w tym:

- oddziały rehabilitacji neurologicznej - wskaźnik cenowy 0,3,
- oddziały rehabilitacji kardiologicznej - wskaźnik cenowy 0,3.

Świadczeniodawcy, z którymi zostały zawarte ugody, zrzekli się pozostałych roszczeń wynikających z realizacji umów w 2011r.

W 2011 r. ŁOW NFZ zawarł łącznie 9 ugód, w tym: 6 sądowych i 3 pozasądowe i zapłacił 497.870,20 zł.

Nadwykonania za 2012 rok.

Finansowanie wybranych świadczeń wykonanych ponad limit w 2012 r. odbyło się do dnia zamknięcia ksiąg rachunkowych za ten rok, tj. do dnia 21 lutego 2013 r. w oparciu o wytyczne przesłane przez Centralę w piśmie z dnia 23 stycznia 2013 r.. Zgodnie z powyższym pismem Dyrektor ŁOW NFZ Zarządzeniem nr 13/13 z dnia 14 lutego wprowadził w ŁOW NFZ jednolite zasady postępowania w przedmiocie zawierania ze świadczeniodawcami aneksów rozliczających i ugód, zgodnie

z którym finansowanie w rodzaju rehabilitacja lecznicza dotyczyło następujących zakresów:

- rehabilitacja neurologiczna – wskaźnik cenowy 0,75,
- rehabilitacja dzieci z zaburzeniami rozwojowymi w ośrodkach/oddziałach dziennych - wskaźnik cenowy 0,50.

W oparciu o wytyczne w ugodach został zawarty zapis dotyczący zrzeczenia się przez świadczeniodawców prawa do dochodzenia roszczeń za ten okres, zarówno istniejących jak i mogących powstać w przyszłości.

Ponadto ostatecznej zmiany planu finansowego za dany rok dla poszczególnych rodzajów świadczeń ŁOW NFZ może dokonać maksymalnie do 28-29 grudnia roku rozliczeniowego (*po tym terminie nie możliwe są jakiekolwiek przesunięcia środków finansowych między rodzajami*), natomiast świadczeniodawcy zgodnie z zapisami ogólnych warunków umów mają obowiązek złożyć faktury za świadczenia zrealizowane w miesiącu grudniu do 10 stycznia roku następnego. Całkowite rozliczenie umowy, tj. złożenie stosownych faktur wraz z danymi w formie elektronicznej, następuje najpóźniej 45 dni po upływie okresu rozliczeniowego. W takiej sytuacji Oddział dokonując ostatecznej zmiany planu finansowego nie ma wiedzy na temat całościowych niewykonań, a ewentualny zwrot nie wykorzystanych środków z kontraktów w danym rodzaju może być negocjowany ze świadczeniodawcami już po ostatecznej zmianie planu. Środki wracające w tym okresie do planu mogą być przeznaczone jedynie na zapłatę nadwykonań w danym rodzaju.

W 2012 r. ŁOW NFZ zawarł z 10 świadczeniodawcami łącznie 10 ugód pozasądowych na kwotę 503 tys. zł

[Dowód: akta kontroli str. 341-360]

Dyrektor ŁOW NFZ wyjaśniła m.in., że *...Finansowanie wybranych świadczeń wykonanych ponad limit w 2012 r. w oparciu o wytyczne przesłane przez Centralę w piśmie z dnia 23 stycznia 2013 r. W/01811/BE pozwoliło na uniknięcie prowadzenia sporów sądowych, co do nadwykonań w zakresach rehabilitacji neurologicznej, rehabilitacji dzieci z zaburzeniami rozwojowymi. Takie rozwiązanie pozwoliło również na uniknięcie przez Fundusz kosztów postępowania procesowego (w tym opinii biegłych) oraz odsetek.*

[Dowód: akta kontroli str. 377-382]

Wyjaśnienie w sprawie niewykonania złożyła Dyrektor ŁOW NFZ podając m.in., że: *...Niewykonania najczęściej wynikają z braku możliwości dokładnego oszacowania przez świadczeniodawcę wartości i liczby świadczeń wykonywanych w ostatnim miesiącu roku, ze względu na różnorodność kontraktowanych zabiegów fizjoterapeutycznych jak i różną długość czasu pobytu pacjenta w świadczeniach realizowanych w trybie dziennym lub stacjonarnym. Do tego dochodzą także zakwestionowane świadczenia w wyniku weryfikacji.*

[Dowód: akta kontroli str. 377-382]

Ustalone
nieprawidłowości

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

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie

IV. Uwagi i wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny i ustalenia kontroli, Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag i wniosków pokontrolnych, o których mowa w art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli⁵.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

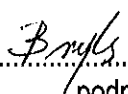
Wystąpienie pokontrolne zostało sporządzone w dwóch egzemplarzach: jeden dla kierownika jednostki kontrolowanej, drugi do akt kontroli.

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do Dyrektora Delegatury NIK w Łodzi.

Łódź, dnia 20 grudnia 2013 r.

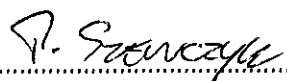
Kontroler

Aleksandra Bryks
gl. specjalista k.p.

.....

podpis

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Łodzi

Dyrektor
Przemysław Szewczyk

.....

podpis

⁵ Dz. U. z 2012 r., poz. 82 ze zm.

