



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Rzeszowie

LRZ.410.006.01.2021

Pan
Robert Bugaj
Narodowy Fundusz Zdrowia Podkarpacki Oddział
Wojewódzki w Rzeszowie
ul.Zamkowa 8
35-032 Rzeszów

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/21/054 „Funkcjonowanie systemu rehabilitacji leczniczej”

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Narodowy Fundusz Zdrowia Podkarpacki Oddział Wojewódzki w Rzeszowie (Oddział), ul.Zamkowa 8, 35-032 Rzeszów
Kierownik jednostki kontrolowanej	Robert Bugaj, Dyrektor Oddziału, od dnia 4 lipca 2016 r. (akta kontroli str.1)
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Dostępność świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych ze środków publicznych. 2. Zapewnienie dostępności świadczeń rehabilitacji leczniczej w okresie epidemii SARS-CoV-2.
Okres objęty kontrolą	Od dnia 1 stycznia 2019 r. do dnia 11 czerwca 2021 r., 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 ¹
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Rzeszowie
Kontroler	Wojciech Ostrowski, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LRZ/46/2021 z 8 kwietnia 2021 r. (akta kontroli str.2)

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA	Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia sposób i poziom finansowania świadczeń rehabilitacji leczniczej przez Oddział, w ramach przyznaných środków.
Uzasadnienie oceny ogólnej	Dyrektor w sposób prawidłowy opracowywał plany zakupu świadczeń na kolejne lata, zapewniając dostępność do świadczeń rehabilitacji leczniczej na terenie województwa. Jednocześnie zauważyć należy występujące znaczne różnice w dostępie do świadczeń w poszczególnych powiatach, mierzone w przeliczeniu wartości zawartych na danym obszarze kontraktowania na liczbę uprawnionych do świadczeń. Pozytywnie ocenić należy proces kontraktowania świadczeń w kontrolowanym okresie. Nadzór nad wykonaniem umów pozwalał na wykonanie planów w zakresie rzeczowym i finansowym. Terminowo przekazywano świadczeniodawcom należności z tytułu umów o udzielanie świadczeń oraz rzetelnie rozpatrywano wnioski o przedłużenie okresu rozliczeniowego.

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

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

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe³ kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Dostępność świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych ze środków publicznych.

Opis stanu faktycznego

1. W okresie objętym kontrolą Oddział realizował wieloletnie umowy zakupu świadczeń zawarte w latach 2017-2018.

Dyrektor sporządził plany zakupu świadczeń na lata 2019-2021 stosownie do wymogów określonych w art. 131b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁴.

W kolejnych latach objętych kontrolą kwoty planowanych kosztów świadczeń rehabilitacji leczniczej w porównaniu do kwot ogółem kształtowały się następująco: 2019 r. – 205.351.003 zł i 4.839.247.000 zł (% 4,24 kosztów ogółem), 2020 r. – 214.509.378 zł i 5.074.209.000 zł (4,23 %), 2021⁵ – 211.820.419 zł i 4.229.766.109 zł (5%). W roku 2020 planowane koszty świadczeń ogółem wzrosły o 4,8% w stosunku do roku 2019, natomiast koszty rehabilitacji leczniczej o 4,4%.

(akta kontroli str. 3-137)

Tworząc plany w Oddziale wykorzystywano w szczególności własne analizy stanu dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa, dotyczące wartości zawartych umów i poziomu ich realizacji, nakładów na świadczenia w poszczególnych obszarach, liczby świadczeniodawców na danym terenie i ich potencjału (wyposażenie, personel).

Plany aktualizowane były w trakcie roku (zarówno w części opisowej, jak i tabelarycznej) w przypadkach wystąpienia zmian mających wpływ na planowaną liczbę świadczeń oraz zawartych umów (w okresie objętym kontrolą dotyczyło to wydzielenia zakresów skojarzonych do kontraktowanych świadczeń dot. rehabilitacji osób z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, wydzielenia rehabilitacji u osób po zabiegach operacyjnych, zakontraktowania świadczeń rehabilitacji dla osób o lekkim stopniu niepełnosprawności w ramach programu rządowego).

Opracowując założenia planu zakupu świadczeń nie korzystano z danych dotyczących liczby oczekujących na udzielenie świadczenia (kolejki oczekujących), gdyż jak wyjaśnił Dyrektor do czasu wdrożenia przez NFZ aplikacji AP-KOLCE (wrzesień 2019 r.⁶ i styczeń 2020 r.⁷) zdarzały się przypadki wielokrotnego zapisu na rehabilitację tej samej osoby co w znaczny sposób zaburzało obraz faktycznej liczby oczekujących jak i czasu oczekiwania, natomiast w okresie ogłoszenia epidemii Covid-19 nie było możliwe uwzględnienie danych o kolejkach oczekujących ze względu na brak ich kompletności i wiarygodności.

Dyrektor wyjaśnił, iż na terenie województwa podkarpackiego nakłady na świadczenia fizjoterapii ambulatoryjnej są najwyższe w Polsce. *Nie jest możliwe zatem zwiększanie kolejnych środków na rehabilitację by nie ograniczać*

³ 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.

⁴ Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, ze zm., dalej: *ustawa o świadczeniach zdrowotnych*.

⁵ dla celów porównawczych przyjęto koszty ogółem bez kwot na migrację, ponadto dla roku 2020 i 2021 bez środków na COVID, natomiast dane dla roku 2021 według stanu na I kwartał przy uwzględnieniu upoważnień na świadczenia i podwyżki.

⁶ dot. rehabilitacji stacjonarnej ogólnoustrojowej, neurologicznej i kardiologicznej.

⁷ dot. fizjoterapii ambulatoryjnej i domowej.

dostępności w pozostałych rodzajach gdzie finansowane są również świadczenia ratujące życie.

Ograniczenia wynikające z potencjału świadczeniodawców powodują również, że nawet przy długich terminach oczekiwania na rehabilitację stacjonarną szpital nie może przyspieszyć jej realizacji z powodu ograniczonej liczby łóżek czy personelu (głównie lekarzy).

(akta kontroli str. 138-165)

Realizując, zapisaną w *Priorytetach dla regionalnej polityki zdrowotnej województwa podkarpackiego*⁸ - konieczność poprawy dostępności rehabilitacji szpitalnej i uzdrowiskowej⁹ poprzez modernizację i doposażenie istniejącej infrastruktury leczniczej oraz utworzenie nowych oddziałów rehabilitacji, w planie na rok 2019 ujęto przeprowadzenie dodatkowego postępowania konkursowego w zakresie rehabilitacji kardiologicznej w warunkach stacjonarnych, w efekcie którego w Wojewódzkim Szpitalu w Przemyślu utworzono oddział rehabilitacji kardiologicznej.

Dyrektor wyjaśnił, iż realizacja powyższych zadań priorytetowych należy głównie do organów prowadzących podmioty lecznicze oraz samych świadczeniodawców. Ponadto w roku 2020 w związku z ogłoszeniem stanu epidemii okresowo ograniczona została realizacja świadczeń rehabilitacyjnych, część oddziałów rehabilitacyjnych przekształcona została na oddziały dla chorych na Covid-19 i tym samym planowanie zwiększenia nakładów na świadczenia w tym zakresie było bezcelowe.

(akta kontroli str. 152-179)

2. Dyrektor nie współpracował z organami jednostek samorządu terytorialnego, organizacjami świadczeniodawców i ubezpieczonych, w celu stałego monitorowania i zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych świadczeniobiorców na terenie województwa oraz prawidłowej realizacji zadań Funduszu¹⁰.

Dyrektor wyjaśnił, iż w okresie objętym kontrolą pozostawał w kontakcie z Konsultantem Wojewódzkim w dziedzinie rehabilitacji. W trakcie rozmów osobistych i telefonicznych oraz corocznych konferencji poruszana była tematyka zabezpieczenia świadczeń na terenie województwa oraz ich realizacji. Nie sporządzano jednak notatek z przebiegu tych spotkań. Ponadto Oddział udostępniał Konsultantowi informacje dotyczące realizacji rehabilitacji onkologicznej. Do Działu Monitorowania, Analiz i Planowania Świadczeń w tym czasie nie wpłynęło od Konsultanta żadne pismo, którego przedmiotem była planowana liczba świadczeń lub obszary kontraktowania.

(akta kontroli str. 152-158)

3. Główne obszary kontraktowania świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza wyznaczone były stosownie do wytycznych Centrali NFZ¹¹ oraz analiz własnych rozmieszczenia świadczeniodawców i istniejącej bazy leczniczej na terenie województwa (Oddział nie realizował zakresu *rehabilitacja pulmonologiczna z wykorzystaniem metod subterraneoterapii w ośrodku/oddziale dziennym*). Obszary te nie były zmieniane w okresie objętym kontrolą i obejmowały: w przypadku pięciu

⁸ aktualizacja z marca 2019 r. zatwierdzona przez Wojewodę Podkarpackiego.

⁹ priorytet Nr V.

¹⁰ art. 107 ust. 8 ustawy o świadczeniach zdrowotnych.

¹¹ Sugerowane obszary kontraktowania opracowane przez Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej Centrali NFZ, przekazane do Oddziału w dniu 28.08.2013 r.

zakresów świadczeń¹² - całe województwo, dla dwóch zakresów¹³ - grupy powiatów (powiaty sąsiadujące), dla jednego zakresu - powiaty i grupy powiatów¹⁴ oraz dla pięciu zakresów – powiaty¹⁵. Obszary planowania w zakresach skojarzonych były zbieżne z obszarami głównymi.

W 3 zakresach świadczeń¹⁶ od 2018 r. zmniejszono obszary kontraktowania z grup powiatów na poszczególne powiaty w celu zapewnienia bardziej równomiernego rozmieszczenia miejsc udzielania świadczeń, a tym samym zwiększenia ich dostępności. Zamierzone cele zostały częściowo osiągnięte – z uwagi na brak świadczeniodawców nie zawarto umów w 9 powiatach (na 25 ogółem) w odniesieniu do zakresu: *Rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym*. Ponadto w przypadku *lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej* z powyższego powodu nie zawarto umów w 1 powiecie.

Analiza prowadzonych w okresie objętym kontrolą postępowań o zawarcie umów wykazała, iż wyznaczone obszary kontraktowania pokrywały się z obszarami wskazanymi w planie zakupu świadczeń, na dany rok.

(akta kontroli str. 152-158, 180-182, 455-462)

W planie zakupów na lata 2019 i 2020 ujęto przeprowadzenie 3 postępowań konkursowych dla zakresów świadczeń, które są uwzględniane w umowach na leczenie szpitalne w ramach podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Ustalono, że przeprowadzenie tych postępowań było uzasadnione z uwagi na odpowiednio: brak świadczeniodawcy w powiecie, małą liczbę świadczeniodawców i ich nierównomierne usytuowanie na terenie województwa oraz ograniczony potencjał świadczeniodawców już działających na obszarze kontraktowania.

(akta kontroli str. 183)

W kontroli ustalono, iż we wszystkich zakresach świadczeń występowały różnice w dostępie do świadczeń w poszczególnych powiatach, mierzone w przeliczeniu wartości zawartych umów na danym obszarze kontraktowania na 10 tysięcy ubezpieczonych. Przykładowo: w roku 2019 dla zakresu *lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna* wartości skrajne wynosiły: dla powiatu brzozowskiego i sanockiego - 1.988 zł, a dla miasta Rzeszowa - 30.890 zł, w roku 2020 odpowiednio: 1.178 zł i 23.879 zł, a w roku 2021 – 973 zł i 13.613 zł; dla zakresu *fizjoterapia domowa* w 2019 r. dla powiatu mieleckiego - 29.463 zł, a dla miasta Rzeszowa - 91.665 zł, w 2020 r. – 29.087 zł i 108.888 zł, a w 2021 – 13.285 zł i 37.919 zł.

Dyrektor wyjaśnił, iż *Oddział planując środki na dany obszar musi przede wszystkim brać pod uwagę rozmieszczenie geograficzne szpitali/zakładów rehabilitacji, potencjał jakim dysponują, realizację świadczeń w okresach poprzednich. NFZ powinien również dążyć do kompleksowości udzielania świadczeń. Zasadnym jest więc przeznaczenie środków na rehabilitację bezpośrednio po przebytych zawałach,*

¹² Rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu słuchu i mowy, rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu wzroku, rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa o ośrodku/oddziale dziennym, rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa w warunkach stacjonarnych, rehabilitacja pulmonologiczna w warunkach stacjonarnych.

¹³ Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych i rehabilitacja neurologiczna.

¹⁴ Lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna.

¹⁵ Fizjoterapia ambulatoryjna, fizjoterapia domowa, świadczenie medyczne narodowego funduszu zdrowia dla osób niepełnosprawnych (od 2020 r.), rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym, rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym.

¹⁶ Fizjoterapia domowa, rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym i rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym.

udarze czy dużych zabiegach operacyjnych. Najczęściej oddziały takie zlokalizowane są w dużych ośrodkach np. w Rzeszowie.

Podkreślić należy, że zróżnicowanie nakładów na świadczenia stacjonarne w poszczególnych obszarach nie musi mieć dużego wpływu na dostępność do nich samych mieszkańców. Ze względu na charakter świadczeń notuje się znaczną migrację pacjentów pomiędzy obszarami. Dla przykładu w 2019 roku w Klinicznym Szpitalu Wojewódzkim nr 2 w Rzeszowie 30% wartości świadczeń rehabilitacji ogólnoustrojowej zrealizowanych było na rzecz osób spoza obszaru kontraktowania. W Uzdrawisku Iwonicz i Uzdrawisku Rymanów takich świadczeń było już ponad 90%.

W przypadku poradni rehabilitacyjnych istniejące różnice w nakładach na obszar wynikają głównie z deficytu lekarzy rehabilitacji. Corocznie Oddział finansuje realizację świadczeń w tym zakresie zgodnie z faktycznym wykonaniem. Na wykonanie wpływ jednak ma zarówno liczba lekarzy udzielających świadczeń jak i ich dostępność godzinowa. Największe nakłady notuje się w dużych ośrodkach np. w Rzeszowie czy Krośnie.

Oddział dążył do wyrównania dostępności do świadczeń w zakresach realizowanych w warunkach dziennych, ambulatoryjnych i domowych. Działania te podjęto w 2017 i 2018 roku przed ogłoszeniem konkursów. Dokonano przesunięć środków pomiędzy obszarami i zaplanowano zwiększenie liczby świadczeniodawców realizujących świadczenia w warunkach domowych oraz w ośrodkach dziennych. Ogłoszenie konkursu na realizację świadczeń w ośrodkach dziennych w każdym powiecie było sygnałem dla świadczeniodawców o możliwości przystąpienia do konkursów ofert.

W przypadku oddziałów dziennych rehabilitacji stwierdzamy brak świadczeniodawców w niektórych powiatach, pomimo przyjęcia założenia o zakontraktowaniu co najmniej 1 ośrodka w każdym z nich. W przypadku pozyskania informacji o powstaniu ośrodka, który mógłby zabezpieczyć realizację świadczeń na obszarze deficytowym ogłoszony został konkurs uzupełniający np. w zakresie rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym na terenie powiatu dębickiego. Do czasu ewentualnego zawarcia umowy z nowym świadczeniodawcą osoby wymagające rehabilitacji korzystają ze świadczeń w powiatach ościennych.

Wprowadzenie nielimitowanego finansowania świadczeń na rzecz osób z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności spowodowała w następstwie dalsze występowanie różnic pomiędzy powiatami. Decydujący wpływ na wysokość wydatkowanych środków ma aktywność świadczeniodawców a nie plan NFZ.

(akta kontroli str. 159-165, 184-213)

4. W kontrolowanym okresie w Oddziale przeprowadzono łącznie 33 postępowania uzupełniające o zawarcie umów w zakresie rehabilitacji leczniczej (6 w roku 2019, 26 w roku 2020 oraz 1 w roku 2021), 2 postępowania unieważniono z uwagi na brak ofert (w roku 2019 i 2020). W postępowaniach złożono łącznie 94 oferty, z których 11 odrzucono. Przyczynami odrzucenia ofert było 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 ustawy o świadczeniach, bądź nie przedstawienie przez oferenta wszystkich wymaganych dokumentów i nie usunięcie braków w wyznaczonym terminie.

Szczegółowym badaniem objęto 3 postępowania o najwyższej wartości zawartych umów¹⁷ (łącznie 1.350.830,28 zł), prowadzone w okresie od 1 stycznia 2019 r. do 31 sierpnia 2020 r.¹⁸ i ustalono, co następuje:

- przeprowadzenie wszystkich postępowań było celowe i uzasadnione, odpowiednio:

- brakiem świadczeniodawcy w powiecie (dla zakresu: rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym),
- małą liczbą świadczeniodawców na terenie województwa, w szczególności brakiem świadczeniodawcy we wschodniej części województwa (umowę zawarto ze świadczeniodawcą z Przemysła), koniecznością zapewnienia kompleksowej opieki dla osób leczonych z powodu ostrych zespołów wieńcowych (dla zakresu: rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa w warunkach stacjonarnych),
- ograniczonym potencjałem świadczeniodawców (4) funkcjonujących w powiecie (dla zakresu: rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych),
- parametry zamówienia określono na podstawie analizy realizacji obowiązujących umów w danym zakresie w porównywalnych obszarach kontraktowania,
- w każdym z badanych postępowań złożona została 1 oferta (przyjmując ofertę komisja uwzględniała postanowienia art. 150 ust. 2 *ustawy o świadczeniach*),
- ceny za punkt rozliczeniowy w zawartych umowach były tożsame z cenami ofertowymi,
- wszystkie postępowania przygotowane i przeprowadzone zostały zgodnie z odpowiednimi postanowieniami *ustawy o świadczeniach zdrowotnych*,
- założenia planu zakupów zostały zrealizowane.

W powyższym okresie unieważnione zostało 1 postępowanie¹⁹ w związku z niezłożeniem ofert. Nie doszło do przerwy w zabezpieczeniu dostępu do świadczeń.

(akta kontroli str. 222-374)

5. Na podstawie analizy ofert złożonych w prowadzonych w okresie od 1 stycznia 2019 r. do 31 sierpnia 2020 r. postępowaniach (łącznie 6 ofert) ustalono, iż:

- wszystkie oferty oceniono według kryteriów wyboru określonych w art. 148 ust. 1 *ustawy o świadczeniach zdrowotnych* i przypisano im prawidłową liczbę punktów, zgodnie z wytycznymi zawartymi w załączniku nr 5 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej²⁰,
- w każdym postępowaniu komisja konkursowa weryfikowała rzetelność informacji poprzez oględziny u oferenta (nie stwierdzono rozbieżności),
- żadna z ofert nie zawierała nieprawdziwych informacji,

¹⁷ Postępowanie nr 09-19-000082/REH/05/1/05.2300.021.02/01, kod zakresu - 05.2300.021.02 i 05.2300.521.02, obszar kontraktowania – powiat dębicki, wartość umowy - 74.997,15 zł;

postępowanie nr 09-19-000015/REH/05/1/05.4308.300.02/01, kod zakresu - 05.4308.300.02 i 05.4308.500.02, obszar kontraktowania – województwo podkarpackie, wartość umowy – 240.000 zł;

postępowanie nr 09-20-000011/REH/05/1/01, kod zakresu - 05.4300.300.02 i 05.4300.500.02, obszar – powiat krośnieński, wartość umowy – 1.035.833,13 zł.

¹⁸ Okres, w którym za przeprowadzenie postępowań odpowiadał Dyrektor Oddziału (art. 107 ust. 5 pkt 8 *ustawy o świadczeniach zdrowotnych*).

¹⁹ Nr 09-19-000003/REH/05/1/05.2300.021.02/01, kod zakresu – 05.2300.021.02; obszar kontraktowania – Domaradz, maksymalna wartość zamówienia – 239.999,76 zł.

²⁰ Dz. U. poz. 1372, ze zm.

- w przypadku żadnej z ofert nie zachodziły przesłanki do jej odrzucenia.
(akta kontroli str. 375)

6. W przypadku 2 spośród 3 badanych postępowań (pkt 4 niniejszego wystąpienia pokontrolnego) z oferentami prowadzono negocjacje dotyczące: podziału liczby świadczeń w poszczególnych zakresach²¹ oraz realizacji części świadczenia w ramach wydzielonego zakresu skojarzonego²².

(akta kontroli str. 232-374)

7. W roku 2019 Oddział realizował łącznie 1.416 zawartych umów, co stanowiło 99,3% planu na ten rok (1.426), w roku 2020 – 1.492, tj. 100,2% planu (1.489), natomiast w I kwartale roku 2021 - 1415 na 1614 planowanych (87,7%).

Umowy zawarte w okresie objętym kontrolą (82) były zgodne z planami zakupów na poszczególne lata.

Średnie wysokości cen za punkt rozliczeniowy w badanym okresie w zawartych umowach wynosiły od 0,97 do 1.19 zł i były równe lub niższe od proponowanych przez oferentów o maksymalnie 0,02 zł.

Szczegółowe ustalenia dot. zabezpieczenia świadczeń we wszystkich obszarach kontraktowania przedstawione zostały w pkt 3 niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

W roku 2019 umowy realizowało 339, natomiast w latach 2020 i 2021 – 337 świadczeniodawców.

Plan kosztów świadczeń na rok 2019 w wysokości 205.351.003,13 zł wykonany został według stanu na ostatni dzień roku w kwocie 188.130.340,57 zł (91,6%), na dzień zamknięcia ksiąg rachunkowych – 205.252.439,54 zł (99,9%). W roku 2020 planowane koszty w wysokości 214.509.378,34 zł zrealizowane zostały analogicznie w kwotach: 191.795.081,20 zł (89,4%) i 213.768.195,96 zł (99,6%). W I kwartale roku 2021 plan w wysokości 211.812.418,71 zł, zrealizowany został w kwocie 45.072.730,07 zł (21,3%).

(akta kontroli str. 184-230)

W roku 2019 wskaźnik wykonania umów na ostatni dzień roku w zakresie *rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych po leczeniu operacyjnym* wyniósł 21,18% (wskaźnik ten dla całego zakresu *rehabilitacja ogólnoustrojowa* wyniósł 93,8%), podczas gdy pozostałe wskaźniki osiągały wartość od 89 do 100%.

W roku 2020 najniższe wskaźniki wykonania umów odnotowano dla zakresów:

- *rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych po leczeniu operacyjnym* - 55,1% (dla zakresu *rehabilitacja ogólnoustrojowa* wraz z zakresami skojarzonymi – 78,2%),
- *rehabilitacja neurologiczna dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności* – 50,4% (dla całego zakresu *rehabilitacja neurologiczna* – 86,18%),
- *rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa w warunkach stacjonarnych dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności* - 27,1% (dla całego zakresu – 93%).

Dyrektor wyjaśnił, iż *nie jest możliwe w 100% zaplanowanie wysokości środków jakie zostaną wykorzystane przez świadczeniodawców. Wpływ na to ma wiele czynników zarówno ze strony NFZ jak i świadczeniodawców.*

Dla przykładu w okresie objętym kontrolą istotnej zmianie ulegały warunki kontraktowania świadczeń. W 2018 roku z pierwotnie zakontraktowanych zakresów

²¹ postępowanie nr 09-20-000011/REH/05/1/01.

²² postępowanie nr 09-19-000082/REH/05/1/05.2300.021.02/01

zostały wydzielone kwoty na realizację świadczeń na rzecz osób z orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności. Wydzielając środki NFZ nie posiadał zgromadzonych danych jak duża populacja osób dotychczas rehabilitowanych posiadała takie uprawnienia. Dodatkowo zakres „skojarzony” stał się zakresem nielimitowanym. W związku z tym dopiero faktyczna realizacja świadczeń i sprawozdania złożone przez świadczeniodawców ukazały jakie środki finansowe należy przekazać świadczeniodawcom.

Podobnie w 2019 roku z zakresu podstawowego w rehabilitacji ogólnoustrojowej wydzielony został zakres skojarzony dotyczący rehabilitacji osób po zabiegach operacyjnych. Szacując środki OW NFZ sporządził analizę dotyczącą liczby osób potencjalnie kwalifikujących się do nowego zakresu. Realizacja świadczeń odbiegła jednak od przyjętych założeń.

W ocenie realizacji świadczeń ważnym jest, że wydzielenie zakresów skojarzonych do zakresu podstawowego powoduje podział środków w planie rzeczowo-finansowym umowy zawartej ze świadczeniodawcą. Losowość pacjentów zgłaszających się na rehabilitację decyduje jednak o tym czy wykonanie świadczeń rozliczone zostanie w ramach zakresu rehabilitacji ogólnoustrojowej, dla osób z orzeczeniem o niepełnosprawności czy rehabilitacji po zabiegu operacyjnym. Oceniając wykonania wskazane jest raczej dokonanie oceny ogólnej realizacji umów, a nie w poszczególnych cząstkowych zakresach.

Ponadto w ocenie Dyrektora na realizację świadczeń w roku 2000 wpływ miał stan epidemii.

(akta kontroli str. 159-165, 214-221)

8. Monitorowanie realizacji umów prowadzone było w Oddziale poprzez comiesięczne sporządzanie raportów przez pracownika Sekcji Analiz i Planowania, które umieszczane były w folderze zlokalizowanym na dysku wspólnym, a informację o jego sporządzeniu otrzymywali: Dyrektor, Naczelnicy Wydziału Ekonomiczno-Finansowego i Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej oraz Kierownik Działu Kontraktowania i Obsługi Umów. Raporty wykorzystywane były zarówno do monitorowania zaawansowania realizacji umów przez poszczególnych świadczeniodawców, jak również przerw w udzielaniu świadczeń niezgłoszonych do Działu Kontraktowania. Raporty te służyły podejmowaniu decyzji o przesunięciu środków z umów gdzie nie są wykorzystane na rzecz świadczeniodawców i obszarów, w których stwierdzono deficyt. Ponadto w Dziale Monitorowania, Analiz i Planowania Świadczeń jak i Wydziale Ekonomiczno-Finansowym opracowywane były doraźne zestawienia dotyczące realizacji umów, stanowiące załącznik do kart obiegu aneksu sporządzanych w przypadku wpływu wniosku od świadczeniodawcy o zwiększenie wartości umowy, podjęcia decyzji o zwiększeniu wartości umów po kwartale (stosownie do posiadanych środków) lub wniosków świadczeniodawców o przesunięcie środków pomiędzy umowami zgodnie z zapisami ogólnych warunków umów.

W kolejnych latach objętych kontrolą opracowywano zasady końcowego rozliczenia świadczeń w danym roku.

W szczególności na podstawie powyższych unormowań aneksowano umowy zmniejszając ich wartość o niewykonane świadczenia i przesuując środki na zwiększenie wartości umów innych świadczeniodawców.

W roku 2019 wartość świadczeń wykonanych ponad limity umów i niesfinansowanych na dzień zamknięcia ksiąg rachunkowych wynosiła ogółem 2.082.817,35 zł, a na dzień 31 marca 2021 r. – 284.743,10 zł. Analogiczne wartości dla świadczeń z roku 2020 kształtowały się następująco: 463.836,04 zł i 482.186,22 zł. Świadczenia ponad limity w roku 2019 zrealizowało 13 podmiotów na ogółem 339, natomiast w roku 2020 - 83 na 337. Świadczenia wykonane ponad

limity w 2019 zostały sfinansowane w kwocie 1.721.040 zł, w formie ugód ze świadczeniodawcami zawartych na podstawie zarządzenia Nr 10/2020 Dyrektora POW NFZ z dnia 23 stycznia 2020 r. w sprawie zasad realizacji zadania związanego z zawieraniem aneksów/ugód rozliczających zrealizowane świadczenia „ponadlimitowe” niesfinansowane w ramach obowiązujących w 2019 roku umów.

Wartość świadczeń negatywnie zweryfikowanych (według stanu na dzień 31 marca 2021 r.) za rok 2019 wynosiła ogółem 386.605,24 zł i dotyczyła 96 podmiotów, a w roku 2020 – 350.013,24 zł (95 podmiotów). Najczęstszymi przyczynami negatywnej weryfikacji było: nieprzekazanie danych o uprawnieniach dodatkowych dla wykazania świadczenia lub wskazanie błędnego kodu, wykazanie świadczenia przekraczającego limit dla ustalonej grupy świadczeń, nieprzekazanie danych o dokumencie potwierdzającym uprawnienia dodatkowe.

Wartość świadczeń niewykonanych na dzień zamknięcia ksiąg rachunkowych w roku 2019 wyniosła 98.312,71 zł i dotyczyła 63 podmiotów, natomiast w roku 2020 – 817.412,08 zł i 142 podmiotów²³.

(akta kontroli str. 159-165, 214-221, 376-382, 445-447)

9. W kontrolowanym okresie na 6 podmiotów udzielających świadczeń rehabilitacji leczniczej Oddział nałożył kary umowne w kwocie łącznej 84.051,54 zł z tytułu realizacji umowy niezgodnie z jej postanowieniami, rozliczenia świadczeń niezrealizowanych, wykazywania zawyżonej ilości bądź nieprawidłowego kwalifikowania wykonanych świadczeń.

Do dnia zakończenia kontroli wyegzekwowano nałożone kary w pełnej wysokości.

(akta kontroli str. 383-391)

10. W okresie objętym kontrolą w Oddziale zarejestrowano łącznie 14 skarg (8 w roku 2019 i 6 w 2020) dotyczących realizacji umów na udzielanie świadczeń rehabilitacji leczniczej w zakresach fizjoterapii ambulatoryjnej lub domowej.

Szczegółowym badaniem objęto 5 skarg złożonych w roku 2019 oraz 5 – w roku 2020 i ustalono, co następuje:

- żadna ze skarg nie dotyczyła ponoszenia przez pacjentów odpłatności za świadczenia,
- w każdym przypadku na podstawie przeprowadzonego postępowania wyjaśniającego skarżącym udzielano wyczerpującej odpowiedzi, udzielania świadczeń niezgodnie z ustalonym terminem),
- w przypadku skarg uznanych za zasadne bądź częściowo zasadne (3) Oddział wystąpił do świadczeniodawców o usunięcie nieprawidłowości bądź udzielenia skarżącym dalszych wyjaśnień (kontrolę zasadne dotyczyły: sprawozdawania terminów udzielania świadczeń, nieprzystosowania budynku świadczeniodawcy dla potrzeb osób niepełnosprawnych,
- wszystkie skargi rozpatrzono terminowo.

(akta kontroli str. 392-444)

Stwierdzone
nieprawidłowości

OCENA CZĄSTKOWA

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości

Opracowywanie planów zakupu świadczeń na kolejne lata poprzedzone było analizami dostępności świadczeń na terenie województwa, prowadzono bieżący monitoring realizacji świadczeń i dokonywano zmian planów w przypadkach

²³ dla celów porównawczych pominięto niewykonania stanowiąc efekt rozliczania faktur zaliczkowych w roku 2020.

wystąpienia okoliczności mających wpływ na planowaną liczbę świadczeń oraz zawartych umów. Rozliczając wykonanie umów w kolejnych latach kontrolowanego okresu dokonywano przesunięć środków pomiędzy zakresami świadczeń dla osiągnięcia optymalnego wykorzystania środków. W sposób prawidłowy prowadzono postępowania konkursowe o zawarcie umów ze świadczeniodawcami.

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

1. Od dnia 1 kwietnia 2020 r. do dnia zakończenia kontroli łącznie 237 świadczeniodawców złożyło 595 wniosków o przekazywanie środków zgodnie z zasadami określonymi w § 2 § 2 *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 marca 2020 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*²⁴. 58 wniosków nie zostało uwzględnionych z uwagi na błędne określenie okresu, którego wniosek dotyczy lub zbyt wczesne złożenie wniosku, brak uzasadnienia.

Badaniem objęto 10 losowo wybranych faktur i ustalono, iż wszystkie należności wypłacone zostały terminowo.

(akta kontroli str. 448-454)

2. W roku 2020 łącznie 184 świadczeniodawców złożyło 201 wniosków o przedłużenie okresu rozliczeniowego, stosownie do postanowień § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 4 września 2020 r. *zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*²⁵. 200 wniosków zostało rozpatrzonych pozytywnie (zmiany ujęto w aneksach), natomiast jeden negatywnie ze względu na jego złożenie po dniu 31 grudnia 2020 roku.

(akta kontroli str. 454)

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 opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza oraz rzetelnie rozpatrywał wnioski o przedłużenie okresu rozliczeniowego.

IV. 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 Rzeszowie. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie

²⁴ Dz. U. poz. 437.

²⁵ Dz. U. poz. 1548, ze zm.

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

Rzeszów, 9 lipca 2021 r.

Kontroler
Wojciech Ostrowski
Główny specjalista k.p.

/-/

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Rzeszowie
Dyrektor
Wiesław Motyka

/-/