



## NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Szczecinie

LSZ.410.008.01.2021

Agnieszka Pietraszewska-Macheta  
Dyrektor  
Zachodniopomorskiego Oddziału Wojewódzkiego  
Narodowego Funduszu Zdrowia  
ul. Arkońska 45  
71-470 Szczecin

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/21/054 – Funkcjonowanie systemu rehabilitacji leczniczej

# I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia <sup>1</sup> , ul. Arkońska 45, 71-470 Szczecin.
Kierownik jednostki kontrolowanej	Agnieszka Pietraszewska-Macheta, Dyrektor ZOW NFZ od 2 października 2020 r. Od 3 marca do 1 października 2020 r. obowiązki dyrektora pełnił Piotr Bromber, a od 9 listopada 2015 r. do 2 marca 2020 r. dyrektorem był Dariusz Ruczyński.
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Dostępność świadczeń rehabilitacji leczniczej finansowanych ze środków publicznych. 2. Zapewnienie dostępności świadczeń rehabilitacji leczniczej w okresie epidemii SARS-CoV-2.
Okres objęty kontrolą	Lata 2019-2021 (I półrocze) z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed lub po tym okresie <sup>2</sup> .
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli <sup>3</sup> .
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Szczecinie <sup>4</sup> .
Kontroler	Bogumiła Mędrzak, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LSZ/70/2021 z 15 kwietnia 2021 r.

(akta kontroli str. 1, 3-6)

## II. Ocena ogólna<sup>5</sup> kontrolowanej działalności

### OCENA OGÓLNA

Oddział prawidłowo realizował proces kontraktowania i nadzorowania wykonania umów oraz zadania związane z zapewnieniem świadczeń rehabilitacji leczniczej w okresie epidemii SARS-CoV-2. Mimo podejmowanych działań, do 25 maja 2021 r. nie została zapewniona dostępność do rehabilitacji pulmonologicznej w warunkach stacjonarnych oraz rehabilitacji osób z dysfunkcją narządu wzroku na obszarze województwa, oraz lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej w czterech (z 12) obszarach zabezpieczenia, fizjoterapii domowej – w dwóch (z 12), rehabilitacji kardiologicznej dziennej w trzech z (pięciu) obszarów zabezpieczenia.

Nakłady na świadczenia rehabilitacyjne (z wyłączeniem zakresów świadczeń przeznaczonych dla dzieci oraz leczenia osób ze śpiączką) zwiększono o 12,3% w 2020 r. i o 8,3% w 2021 r., w stosunku do lat poprzedzających. Przy sporządzaniu planu zakupu świadczeń rehabilitacyjnych przeprowadzono analizy dostępności do świadczeń na danym obszarze zabezpieczenia, uwzględniano priorytety regionalnej polityki zdrowotnej oraz obszary zabezpieczenia sugerowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia<sup>6</sup>. Oddział podejmował działania w celu zrealizowania planu zakupu świadczeń rehabilitacyjnych oraz równomiernego rozmieszczenia świadczeniodawców na obszarze województwa zachodniopomorskiego<sup>7</sup>.

<sup>1</sup> Dalej: Oddział lub ZOW NFZ.

<sup>2</sup> Zakończenie czynności kontrolnych 7 lipca 2021 r.

<sup>3</sup> Dz. U. z 2020 r. poz. 1200 ze zm.; dalej: ustawa o NIK.

<sup>4</sup> Dalej: NIK.

<sup>5</sup> Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej. W niniejszym wystąpieniu pokontrolnym zastosowano ocenę opisową.

<sup>6</sup> Dalej: NFZ.

<sup>7</sup> Dalej: województwo.

W objętych badaniem trzech (ze 163) postępowaniach o udzielanie świadczeń rehabilitacji leczniczej przeprowadzonych w 2019 r. w trybie konkursu ofert na łączną kwotę 4 444,3 tys. zł (co odpowiadało 12,5% wartości postępowań ogółem), Oddział zrealizował założenia planu zakupu świadczeń. Postępowania zostały przygotowane i przeprowadzone zgodnie z przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>8</sup>. Oddział prawidłowo przeprowadził i udokumentował przebieg prac komisji konkursowej oraz prawidłowo rozstrzygnął postępowania i protesty. Oddział zapewnił w procesie negocjacji równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Oddział monitorował realizację umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz celowość udzielanych w ramach umów świadczeń rehabilitacji leczniczej, uwzględniając rzeczywisty stan realizacji świadczeń w odniesieniu do harmonogramów rzeczowo-finansowych. Mimo monitorowania przez Oddział realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz dokonywania zmian wartości zakontraktowanych świadczeń w danym okresie rozliczeniowym, wartość niezrealizowanych umów na dzień zamknięcia ksiąg rachunkowych wynosiła 92,3 tys. zł w 2019 r. (przez jednego świadczeniodawcę) oraz 1 400,6 tys. zł w 2020 r. (przez 36 świadczeniodawców).

### **III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowej<sup>9</sup> kontrolowanej działalności**

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

1.1. Oddział planował środki finansowe na zakup świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w ramach kwot określonych w planie finansowym na lata 2019-2021, pomniejszonych o kwotę na migrację pacjentów przyjeżdżających i wyjeżdżających<sup>10</sup>. W planach finansowych i planie zakupu<sup>11</sup> na świadczenia rehabilitacji leczniczej (w tym m.in. na rezerwę i koszty wynagrodzeń) przeznaczono:

- 104 822,5 tys. zł w 2019 r., co odpowiadało 2,7% nakładów na świadczenia ogółem 3 863 193 tys. zł,
- 117 367,2 tys. zł w 2020 r., co odpowiadało 2,7% nakładów na świadczenia ogółem 4 362 044 tys. zł,
- 130 180 tys. zł w 2021 r. (stan na 27 maja 2021 r.), co odpowiadało 3,9% nakładów na świadczenia ogółem 3 295 738 tys. zł.

Nakłady na świadczenia rehabilitacyjne zwiększono odpowiednio o 12% i 10,9%.

(akta kontroli str. 104-106, 133-144)

Sporządzone w latach 2019-2021 plany zakupu uwzględniały Mapę Regionalną oraz stan dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa. Plany składały się z: części ogólnej oraz części szczegółowej. Część ogólna zawierała m.in. priorytety w finansowaniu świadczeń opieki zdrowotnej (w tym regionalnej polityki zdrowotnej) wraz z uzasadnieniem. Część szczegółowa określała m.in.: obszary terytorialne, dla których przeprowadzono postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, maksymalną liczbę umów

<sup>8</sup> Dz.U. z 2020 r. poz. 1398 ze zm.; dalej: ustawa o świadczeniach.

<sup>9</sup> 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.

<sup>10</sup> Saldo migracji wynosiło w 2019 r. – 0,2 tys. zł, w 2020 r. 1,5 tys. zł i w 2020 r. – 0 (stan na 27 maja 2021).

<sup>11</sup> Po zmianach (ostateczny).

o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, która zostanie zawarta na danym obszarze, w danym zakresie lub rodzaju świadczeń.

W planach zakupu świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza w latach 2019-2021 nie wskazywano liczby umów planowanej do zawarcia dla każdego z zakresów świadczeń oraz obszarów zabezpieczenia.

(akta kontroli str. 282)

Zastępca dyrektora ds. medycznych<sup>12</sup> wyjaśniła m.in.: *Zgodnie z procedurą opracowania planu zakupu świadczeń w tabelach planistycznych B1 – szczegółowy plan zakupu świadczeń i B3 - zagregowany plan zakupu świadczeń należy uzupełnić kolumnę „Rodzaj umowy”. Kolumna ta powinna zawierać jedną z trzech grup: umowy wieloletnie niewygasające przed rokiem planowania; nowe zamówienie (konkurs ofert, rokowania, postępowania prowadzone na podstawie art. 159 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych); PSZ – art. 159a. Następnie trzeba uzupełnić kolumnę „Maksymalna liczba umów”. Zgodnie z opisem do powyższych tabel maksymalną liczbę umów należy rozumieć jako: maksymalną liczbę odrębnie ocenianych miejsc udzielania świadczeń określonych w ofertach, które zostaną wybrane w wyniku postępowania. Wyżej wymieniona kolumna wypełniana jest w przypadku planowania nowych zamówień (tj. konkurs ofert, rokowania, postępowania prowadzone na podstawie art. 159 ustawy o świadczeniach). W związku z powyższym w planach zakupu świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza w latach 2019-2021 w zakresach świadczeń oraz obszarach zabezpieczenia, gdzie nie były planowane postępowania konkursowe nie wpisywano planowanej ilości umów (w zakresach tych i obszarach są już podpisane umowy ze świadczeniodawcami – umowy wieloletnie niewygasające przed rokiem planowania lub umowy zawarte w ramach PSZ).*

(akta kontroli str. 146-147)

Przy opracowywaniu planu zakupu świadczeń zdrowotnych rehabilitacji leczniczej (w tym w zakresach objętych kontrolą), ZOW NFZ opierał się na informacjach o: realizacji zakontraktowanych świadczeń w roku poprzedzającym zakup świadczeń (pierwotnych i ostatecznych), szacowanej prognozie rocznej realizacji świadczeń oraz porównywaniu zabezpieczenia świadczeń w województwie w odniesieniu do świadczeń zabezpieczonych w innych województwach na obszarze Polski (średniej krajowej). Przy ustalaniu dostępności do ww. świadczeń porównywano zabezpieczenie świadczeń (wskaźnik dostępności) pomiędzy obszarami kontraktowania oraz uwzględniano istniejącą infrastrukturę na danym obszarze zabezpieczenia, spełniającą m.in. wymogi kadrowe i sprzętowo-lokalowe oraz nowopowstałą infrastrukturę (tj. możliwości wykonawcze świadczeniodawców w zakresie liczby i czasu pracy personelu, posiadanej bazy łóżkowej i sprzętowej).

Od 2019 r. dokonywano symulacji środków finansowych na zakres skojarzony rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych po leczeniu operacyjnym, sprawdzano poziom realizacji świadczeń dla pacjentów posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności. Przy planowaniu konkursów uzupełniających (m.in. w zakresie fizjoterapii domowej) wykorzystano wskazania Krajowej Izby Fizjoterapeutów<sup>13</sup> (z 16 października 2019 r.) dotyczące możliwej do zrealizowania liczby punktów przez fizjoterapeutę w ramach jednego etatu oraz analizowano wymagania dotyczące godzin pracy w poradni rehabilitacyjnej. Z uwagi na zróżnicowany poziom realizacji kontraktów w 2020 r. spowodowany epidemią wirusa SARS-CoV-2 i wprowadzonymi ograniczeniami porównano prognozy roczne sporządzone na podstawie realizacji świadczeń w okresie I-II.2020 r. (przed

---

<sup>12</sup> Dalej: zastępca dyrektora.

<sup>13</sup> Dalej: KIF.

epidemia), I-VIII.2020 r., I-IX.2020 r. i I-X.2020 r. (realizacja w trakcie trwania epidemii).

Przy planowaniu uwzględniano przeprowadzane analizy dotyczące liczby i czasu oczekiwania na świadczenia rehabilitacyjne (kolejki oczekujących). W latach 2019-2020 najkrótszy czas oczekiwania wynosił odpowiednio w zakresach:

- rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku / oddziale dziennym w przypadkach pilnych – 0 i 0, w stabilnych – 6 dni i 0;
- rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych w przypadkach pilnych – 6 i 4 dni, w stabilnych – 77 i 130 dni;
- rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu słuchu i mowy w przypadkach pilnych – 0 i 0, w stabilnych – 0 i 2 dni.

W pozostałych zakresach świadczeń rehabilitacyjnych najkrótszy czas oczekiwania w przypadkach pilnych i stabilnych wynosił 0. W latach 2019-2020 najdłuższy czas oczekiwania wynosił w zakresach:

- fizjoterapia ambulatoryjna w przypadkach pilnych – 44 i 253 dni, w stabilnych – 380 i 597 dni;
- fizjoterapia domowa w przypadkach pilnych – 0 i 73 dni, w stabilnych – 34 i 215;
- lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna w przypadkach pilnych – 76 i 31 dni, w stabilnych – 125 i 126 dni;
- rehabilitacja kardiologiczna w warunkach stacjonarnych w przypadkach pilnych – 19 i 19 dni, w stabilnych – 31 i 22 dni;
- rehabilitacja kardiologiczna w ośrodku / oddziale dziennym w przypadkach pilnych – 0 i 0, w stabilnych – 11 i 7 dni;
- rehabilitacja neurologiczna w przypadkach pilnych – 37 i 10 dni, w stabilnych – 514 i 549 dni;
- rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku / oddziale dziennym w przypadkach pilnych – 332 i 204 dni, w stabilnych – 480 i 415 dni;
- rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych w przypadkach pilnych – 434 i 511 dni, w stabilnych – 1 448 i 1 715 dni;
- rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu słuchu i mowy w przypadkach pilnych – 8 dni i 0, w stabilnych – 463 i 172 dni.

Według stanu na koniec lat 2019-2020 na świadczenia rehabilitacyjne oczekiwało odpowiednio:

- fizjoterapia ambulatoryjna w przypadkach pilnych – 1 769 i 1 822 osób, w stabilnych – 24 618 i 22 158 osób;
- fizjoterapia domowa w przypadkach pilnych – 10 i 19 osób, w stabilnych – 75 i 238 osób;
- lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna w przypadkach pilnych – 55 i 59 osób, w stabilnych – 2 588 i 2 020 osób;
- rehabilitacja kardiologiczna w warunkach stacjonarnych w przypadkach pilnych – 5 osób i 0, w stabilnych – 47 i 30 osób;
- rehabilitacja kardiologiczna w ośrodku / oddziale dziennym w przypadkach pilnych – 0 i 0, w stabilnych – 14 i 30 osób;
- rehabilitacja neurologiczna w przypadkach pilnych – 20 i 30 osób, w stabilnych – 622 i 528 osób;
- rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku / oddziale dziennym w przypadkach pilnych – 322 i 513 osób, w stabilnych – 3 592 i 2 210 osób;
- rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych w przypadkach pilnych – 843 i 670 osób, w stabilnych – 10 543 i 8 407 osób;
- rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu słuchu i mowy w przypadkach pilnych – 0 i 0, w stabilnych – 60 i 67 osób.

(akta kontroli str. 103, 107-128, 159-169)

W okresie 2019-2021 (do 30 czerwca) świadczenia rehabilitacyjne były udzielane na podstawie umów zawartych:

- w 2014 r.<sup>14</sup>, których zakres obowiązywania przedłużono w formie aneksów do 30 czerwca 2019 r.<sup>15</sup>,
- od 1 października 2017 r. w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej<sup>16</sup>;
- od 1 lipca 2019 r., po przeprowadzonych konkursach dla świadczeniodawców nie włączonych do systemu PSZ<sup>17</sup>, które w latach 2020-2021 aneksowano.

W planie zakupu świadczeń zdrowotnych na 2019 r. Oddział zabezpieczył środki finansowe na realizację świadczeń zdrowotnych w ramach:

- rocznego finansowania umów zawartych w PSZ oraz półrocznego finansowania umów poza PSZ, obowiązujących do 30 czerwca 2019 r.;
- półrocznego finansowania (II półrocza 2019 r.) umów poza PSZ, obowiązujących od 1 lipca 2019 r.

W celu zwiększenia dostępności do świadczeń rehabilitacji leczniczej oraz zwiększenia zakresu świadczeń, wprowadzono m.in.: świadczenia dedykowane pacjentom ze znacznym stopniem niepełnosprawności zwiększając dostęp do „nielimitowanej” rehabilitacji leczniczej (od 1 lipca 2018 r.)<sup>18</sup> oraz zakres skojarzony rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych po leczeniu operacyjnym, zwiększając dostęp do tych świadczeń (od 1 października 2019 r.)<sup>19</sup>.

W planie zakupu świadczeń zdrowotnych na 2020 i 2021 r. Oddział zabezpieczył środki finansowe na realizację świadczeń zdrowotnych w ramach: rocznego finansowania umów zawartych w PSZ (obowiązujących do 30 czerwca 2021 r.) oraz rocznego finansowania umów poza PSZ (obowiązujących do 30 czerwca 2024 r.).

W planie zakupu świadczeń na 2020 r. zabezpieczono środki finansowe na nowe zakresy: rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu wzroku i rehabilitacja pulmonologiczna w warunkach stacjonarnych. Zakresów: rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu wzroku i rehabilitacja pulmonologiczna w warunkach stacjonarnych nie udało się ZOW NFZ zakontraktować podczas przeprowadzonego w 2019 r. konkursu ofert (z powodu braku ofert oraz niespełnienia wymaganych warunków przez oferenta).

Z powodu epidemii wirusa SARS-CoV-2, zaplanowane w 2020 r. postępowania uzupełniające nie zostały przeprowadzone i ponownie zabezpieczono na ten cel środki finansowe w planie zakupu na 2021 r.

Oddział realizując m.in. priorytety regionalnej polityki zdrowotnej<sup>20</sup>, zwiększał w latach 2019-2021 środki finansowe na rehabilitację leczniczą w celu zapewnienia

<sup>14</sup> Obowiązujących od 1 lipca 2014 r. do 30 czerwca 2019 r.

<sup>15</sup> Zakresy realizowanych świadczeń: fizjoterapia ambulatoryjna i domowa, lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna, rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym, rehabilitacja kardiologiczna i ogólnoustrojowa dzienna i stacjonarna, rehabilitacja neurologiczna, rehabilitacja mowy i słuchu w ośrodku / oddziale dziennym oraz nowo kontraktowane zakresy rehabilitacja narządu wzroku dzienna i rehabilitacja pulmonologiczna stacjonarna.

<sup>16</sup> Dalej: PSZ - obowiązujących od 1 października 2017 r. do 30 czerwca 2021 r. W ramach PSZ realizowano cztery zakresy świadczeń: rehabilitacja neurologiczna, rehabilitacja kardiologiczna i ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych i rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku / oddziale dziennym.

<sup>17</sup> Obowiązujące od 1 lipca 2019 r. do 30 czerwca 2024 r.

<sup>18</sup> Na podstawie zarządzeń Prezesa NFZ nr: 53/2018/DSOZ z 22 czerwca 2018 r. i 60/2018/DSOZ z 26 czerwca 2018 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką - wprowadzono zakresy skojarzone dedykowane osobom ze znacznym stopniem niepełnosprawności – jako świadczenia nielimitowane, płatne na koniec kwartału, do wysokości zrealizowanych usług.

<sup>19</sup> Zarządzeniem Nr 133/2019/DSOZ Prezesa NFZ z 1 października 2019 r.

zmieniające 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.

<sup>20</sup> Priorytet 7 w ramach pkt. 7.1. „Opracowanie i wdrożenie programów rehabilitacji medycznej ułatwiających powrót do pracy” określonego w dokumencie pn. „Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej dla lecznictwa szpitalnego dla województwa zachodniopomorskiego na okres od 1 stycznia 2019 r. do 31 grudnia 2021 r.”.

dostępności do świadczeń, w tym dla osób posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności oraz pacjentów po leczeniu operacyjnym.

(akta kontroli str. 103, 147-148)

**1.2.** Przy opracowywaniu planu zakupów świadczeń rehabilitacyjnych w latach 2019-2021, Oddział nie występował i nie otrzymał opinii, wniosków oraz informacji pisemnych od wojewódzkiego i krajowego konsultanta w dziedzinie rehabilitacji medycznej, balneologii i medycyny fizykalnej oraz fizjoterapii, w celu stałego monitorowania i zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych świadczeniobiorców na terenie danego województwa oraz prawidłowej realizacji zadań NFZ.

W 2017 r. Oddział otrzymał informację z 14 sierpnia 2017 r. (skierowaną przez KIF do Prezesa NFZ) w sprawie stosowania w różnych regionach kraju niejedolitej metodologii wyliczenia punktów rozliczeniowych świadczeń realizowanych przez jednego fizjoterapeutę w warunkach ambulatoryjnych i w warunkach domowych. W informacji przedstawiono propozycję rozliczania punktów rozliczeniowych w oparciu o indywidualną pracę z pacjentem i minimalny czas przeznaczony na realizację świadczenia (tj. 7 320 punktów miesięcznie).

Dyrektor ZOW NFZ wydał 28 lutego 2019 r. komunikat dla świadczeniodawców przygotowujących oferty do postępowań w celu zawarcia umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacji lecznicza (ogłoszonych 15 lutego 2019 r.) w sprawie maksymalnej liczby punktów przypadających miesięcznie na jednego fizjoterapeutę, przy spełnieniu określonych warunków, tj.:

- prowadzenia nowoczesnej fizjoterapii w oparciu o indywidualną pracę z pacjentem (wg propozycji KIF),
- wykorzystywanie zabiegów kinezyterapii i fizykoterapii, jako wspomaganie i utrwalania, przygotowania do terapii indywidualnej,
- wykonywanie zabiegów jednocześnie (bez odstępów czasowych – tygodniowych).

(akta kontroli str. 50, 120-125)

Zastępca dyrektora wyjaśniła m.in.: *Przy sporządzaniu planu zakupu świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza ZOW NFZ korzystał z przesłanych przez Krajową Izbę Fizjoterapeutów informacji, dotyczących realizacji świadczeń przez fizjoterapeutę w ramach jednego etatu. Dyrekcja ZOW NFZ kilkakrotnie spotykała się z przedstawicielami Krajowej Izby Fizjoterapeutów i Konsultantami Wojewódzkimi w dziedzinie rehabilitacji medycznej i w dziedzinie fizjoterapii w celu omówienia najważniejszych problemów, dotyczących rehabilitacji medycznej w województwie zachodniopomorskim. ZOW NFZ prowadzi również stałą współpracę z Zachodniopomorskim Urzędem Wojewódzkim w Szczecinie w zakresie potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa zachodniopomorskiego. Współpraca prowadzona jest między innymi w takich kwestiach jak: ustalanie priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej województwa zachodniopomorskiego, wnioski i rekomendacje dla województwa zachodniopomorskiego do regionalnych map potrzeb zdrowotnych Wypracowane w trakcie współpracy wnioski i rekomendacje są wykorzystywane w procesie planowania.*

(akta kontroli str. 145, 159-169)

**1.3.** Oddział określił w planie zakupu obszary zabezpieczenia dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych zgodnie z obszarami sugerowanymi przez Centralę NFZ. Świadczenia rehabilitacyjne realizowane w warunkach ambulatoryjnych i domowych

---

Priorytet 9 pkt 9.2. „Wzmocnienie zasobów rehabilitacji leczniczej” określony w dokumencie pn. „Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej dla lecznictwa szpitalnego dla województwa zachodniopomorskiego na okres od 1 stycznia 2016 r. do 31 grudnia 2018 r.” nie dotyczył zadań realizowanych przez ZOW NFZ.

(tj. fizjoterapia ambulatoryjna, fizjoterapia domowa i lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna) zabezpieczono w planie zakupu na latach 2019-2020 do poziomu 21 obszarów kontraktowania (powiatów), w celu zapewnienia dostępności do świadczeń zdrowotnych najbliższej miejsca zamieszkania pacjenta.

Świadczenia rehabilitacyjne realizowane w ramach ośrodków / oddziałów dziennych<sup>21</sup> zabezpieczono w planie zakupu na I półrocze 2019 r (tj. przed konkursem) do poziomu dwóch grup powiatów<sup>22</sup>, a rehabilitację ogólnoustrojową w ośrodku / oddziale dziennym zabezpieczono dodatkowo do poziomu jednej gminy (Borne Sulinowo), w której funkcjonuje ponadregionalny ośrodek rehabilitujący osoby chore na stwardnienie rozsiane. Od II półrocza 2019 r. (na potrzeby kontraktowania nowych umów) zwiększono liczbę obszarów kontraktowania świadczeń rehabilitacyjnych realizowanych w ośrodkach / oddziałach dziennych, w celu równomiernego rozmieszczenia podmiotów leczniczych udzielających świadczeń na terenie województwa i zapewnienia pacjentom dostępności do świadczeń bliżej miejsca zamieszkania (tj. uniknięcie kumulacji usług w jednym miejscu przy jednoczesnym braku świadczeniodawców w drugim miejscu). Rehabilitację ogólnoustrojową w ośrodku / oddziale dziennym zwiększono do siedmiu obszarów kontraktowania (z trzech)<sup>23</sup>, rehabilitację kardiologiczną w ośrodku / oddziale dziennym do pięciu obszarów (z dwóch)<sup>24</sup>. Pozostałe zakresy rehabilitacji leczniczej realizowanej w ramach ośrodków / oddziałów dziennych zabezpieczono na poziomie dwóch grup powiatów dla województwa.

Świadczenia rehabilitacyjne realizowane w warunkach stacjonarnych (tj. rehabilitację neurologiczną, kardiologiczną i ogólnoustrojową) zabezpieczono na poziomie dwóch grup powiatów<sup>25</sup> dla całego województwa w planie zakupu na lata 2019-2021.

Świadczenia rehabilitacyjne osób z dysfunkcją narządu wzroku nie były zaplanowane w planie zakupu na I półrocze 2019 r. Zaplanowano je w planie zakupu na II półrocze 2019 r. do poziomu województwa. Podobnie z rehabilitacją pulmonologiczną w warunkach stacjonarnych.

(akta kontroli str. 56-71, 88-90, 103)

Zastępca dyrektora wyjaśniła m.in.: *W Bornym Sulinowie funkcjonuje ośrodek ponadregionalny, gdyż ponad 75% pacjentów stanowią osoby spoza województwa zachodniopomorskiego (za wyjątkiem 2020 r. – 71,8% pacjentów spoza województwa – wpłynęła na to panująca w kraju epidemia). O tym, że taki ośrodek jest potrzebny świadczą długie kolejki oczekujących (w przypadkach stabilnych są to największe kolejki generowane w ramach ośrodków / oddziałów dziennych). Liczba oczekujących na koniec 2019-2021 wynosiła: 950, 1 253, 802 dni. Według stanu na*

<sup>21</sup> Zakresy: rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku / oddziale dziennym; rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa w ośrodku / oddziale dziennym, rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku / oddziale dziennym; rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu mowy i słuchu.

<sup>22</sup> 1) grupa powiatów: białogardzkiego, drawskiego, kołobrzskiego, sławieńskiego, szczecińskiego, świdwińskiego, waleckiego oraz powiatu i miasta Koszalin oraz 2) grupa powiatów: choszczeńskiego, goleniowskiego, gryfickiego, gryfińskiego, kamieńskiego, łobeskiego, myśliborskiego, polickiego, pyrzyckiego, stargardzkiego oraz powiatu i miast Szczecin oraz Świnoujście.

<sup>23</sup> 1) gmina Borne Sulinowo, 2) miasto Koszalin, 3) grupa powiatów: białogardzkiego, kołobrzskiego, koszalińskiego, sławieńskiego i świdwińskiego, 4) grupa powiatów: choszczeńskiego, gryfińskiego, myśliborskiego, pyrzyckiego i stargardzkiego, 5) grupa powiatów: drawskiego, szczecińskiego, waleckiego, 6) grupa powiatów: goleniowskiego, gryfickiego, kamieńskiego, łobeskiego, polickiego i powiatu - miasta Świnoujście, 7) powiatu - miasta Szczecin.

<sup>24</sup> 1) miasto Koszalin, 2) grupy powiatów: białogardzkiego, kołobrzskiego, koszalińskiego, sławieńskiego, szczecińskiego i świdwińskiego, 3) grupy powiatów: choszczeńskiego, drawskiego, waleckiego, 4) grupy powiatów: goleniowskiego, gryfickiego, gryfińskiego, kamieńskiego, łobeskiego, myśliborskiego, polickiego, pyrzyckiego, stargardzkiego i powiatu – miasta Świnoujście, 5) powiat – miasto Szczecin.

<sup>25</sup> 1) grupa powiatów: białogardzkiego, drawskiego, kołobrzskiego, sławieńskiego, szczecińskiego, świdwińskiego, waleckiego oraz powiatu i miasta Koszalin oraz 2) grupa powiatów: choszczeńskiego, goleniowskiego, gryfickiego, gryfińskiego, kamieńskiego, łobeskiego, myśliborskiego, polickiego, pyrzyckiego, stargardzkiego oraz powiatu i miast Szczecin oraz Świnoujście.

dzień 9 czerwca 2021 r. pierwszy wolny termin na przyjęcie do ośrodka przypadł na dzień 22 sierpnia 2022 r., czyli pacjent będzie czekał na udzielenie świadczenia 440 dni. Usługi udzielane są w ramach świadczenia gwarantowanego „rehabilitacja ogólnoustrojowa, w tym rehabilitacja dla określonej grupy pacjentów, w szczególności po leczeniu raka piersi, ze stwardnieniem rozsiałym, dysfunkcją ręki, z obrzękiem limfatycznym o różnej etiologii i umiejscowieniu” i w oparciu o przedstawiony program rehabilitacji<sup>26</sup>. Kierując się potrzebami zdrowotnymi chorych na SM wyodrębniono obszar kontraktowania „Gmina Borne Sulinowo”, gdyż ośrodków realizujących rehabilitację ogólnoustrojową w ośrodku / oddziale dziennym jest na terenie województwa zachodniopomorskiego wiele i większość z nich przystępuje do ogłaszanych konkursów ofert. Istnieje wobec tego ryzyko niezabezpieczenia świadczeń rehabilitacyjnych ukierunkowanych na rehabilitację osób chorujących na stwardnienie rozsiane. (...) Pobytu rehabilitacyjne są świadczeniami udzielanymi całodobowo i dlatego podmioty realizujące te usługi nie muszą być zlokalizowane, jak najbliżej miejsca zamieszkania pacjenta (np.: w każdym powiecie). W województwie zachodniopomorskim jest stosunkowo mała liczba podmiotów udzielających świadczeń w ramach rehabilitacji stacjonarnej i występuje problem nierównomiernego rozłożenia ośrodków. Od lat są to ci sami świadczeniodawcy: rehabilitacja kardiologiczna w warunkach stacjonarnych: czterech świadczeniodawców (przed i po konkursie); rehabilitacja neurologiczna: siedmiu świadczeniodawców (przed i po konkursie); rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych: 13 podmiotów z 14 miejscami udzielania świadczeń (przed konkursem) i 12 podmiotów (po konkursie). Każdy potencjalny oferent może złożyć ofertę na ogłoszony konkurs i składa ją na obszar, w którym udziela świadczeń. Określenie dwóch obszarów kontraktowania na województwo w każdym z ww. zakresów wiąże się z racjonalnym dysponowaniem środkami. Ustalając większą liczbę obszarów kontraktowania np.: mniejsze grupy powiatów trzeba zablokować w planie znaczne środki finansowe dla obszarów, w których brak jest potencjalnych świadczeniodawców.

(akta kontroli str. 148-151, 156)

Określone w planie zakupu obszary zabezpieczenia rehabilitacji leczniczej pokrywały się częściowo z obszarami, w których dostęp do świadczeń został zabezpieczony przez umowy w ramach PSZ, z tego:

a) rehabilitację ogólnoustrojową w ośrodku / oddziale dziennym – w planie zakupu na II półroczu 2019 r. zabezpieczono m.in. na obszarze grup powiatów:

- białogardzkiego, kołobrzeskiego, koszalińskiego, sławieńskiego, świdwińskiego, a w ramach PSZ ww. świadczeń udzielał jeden podmiot leczniczy w Kołobrzegu,
- goleniowskiego, gryfickiego, kamieńskiego, łobeskiego, polickiego, powiatu – miasta Świnoujście, a w ramach PSZ ww. świadczeń udzielały dwa podmioty lecznicze w Goleniowie i Gryficach,
- powiatu – miasta Szczecin, a w ramach PSZ ww. świadczeń udzielały trzy podmioty lecznicze w Szczecinie,
- miasta Koszalin, a w ramach PSZ ww. świadczeń udzielał jeden podmiot leczniczy w Koszalinie.

b) rehabilitację ogólnoustrojową w warunkach stacjonarnych – w planie zakupu na 2019 r. zabezpieczono na obszarze grup powiatów:

---

<sup>26</sup> Zawiera informacje o: 1) wskazaniach medycznych według Klasyfikacji ICD-10 kwalifikujących do rehabilitacji; 2) zakresie, rodzaju, częstotliwości planowanych do realizacji świadczeń rehabilitacyjnych; 3) czasie trwania rehabilitacji; 4) kryteriach oceny zakończenia rehabilitacji; 5) metodzie oceny skuteczności rehabilitacji; 6) szczegółowym rachunku kosztów osobodnia.

- białogardzkiego, drawskiego, kołobrzckiego, sławieńskiego, szczecineckiego, świdwińskiego, wałeckiego oraz powiatu i miasta Koszalin, a w ramach PSZ ww. świadczeń udzielały dwa podmioty lecznicze w Kołobrzegu i Białogardzie,
  - choszczeńskiego, goleniowskiego, gryfickiego, gryfińskiego, kamieńskiego, łobeskiego, myśliborskiego, polickiego, pyrzyckiego, stargardzkiego oraz powiatu – miasta Szczecin, oraz powiatu – miasta Świnoujście, a w ramach PSZ ww. świadczeń udzielało pięć podmiotów leczniczych w Choszcznie, w Stargardzie, w Gryficach, w Szczecinie (dwa).
- c) rehabilitację kardiologiczną w warunkach stacjonarnych – w planie zakupu na 2019 r. zabezpieczono m.in. na obszarze grup powiatów:
- choszczeńskiego, goleniowskiego, gryfickiego, gryfińskiego, kamieńskiego, łobeskiego, myśliborskiego, polickiego, pyrzyckiego, stargardzkiego oraz powiatu – miasta Szczecin i powiatu – miasta Świnoujście, a w jednym z tych powiatów w ramach PSZ ww. świadczeń udzielała jeden podmiot leczniczy (w Szczecinie).
- d) rehabilitacji neurologicznej – w planie zakupu na 2019 r. zabezpieczono na obszarze grup powiatów:
- białogardzkiego, drawskiego, kołobrzckiego, sławieńskiego, szczecineckiego, świdwińskiego, wałeckiego oraz powiatu – miasta Koszalin; a w ramach PSZ ww. świadczeń udzielały dwa podmioty lecznicze w Białogardzie i Kołobrzegu,
  - choszczeńskiego, goleniowskiego, gryfickiego, gryfińskiego, kamieńskiego, łobeskiego, myśliborskiego, polickiego, pyrzyckiego, stargardzkiego, powiatu – miasta Szczecin i powiatu – miasta Świnoujście, a w ramach PSZ ww. świadczeń udzielały cztery podmioty lecznicze w Choszcznie, Stargardzie, Gryficach, Szczecinie.

(akta kontroli str. 56-71, 259-262)

Zastępca dyrektora wyjaśniła m.in.: *W ZOW NFZ umowy na rehabilitację leczniczą były zawarte na okres pięciu lat tj.: od 1 lipca 2014 do 30 czerwca 2019 (do 1 półrocza 2019 r.). Dostępność do świadczeń rehabilitacyjnych w ramach zawartych umów zabezpieczały zarówno jednostki szpitalne, jak i jednostki które nie są szpitalami. Od 1 października 2017 r. został wprowadzony system PSZ. Aby zachować dostępność do świadczeń na poziomie nie niższym niż w latach ubiegłych postępowania konkursowe były zaplanowane również w obszarach, w których świadczenia były realizowane przez podmioty zakontraktowane w ramach PSZ. Możliwość taką stwarzają obowiązujące przepisy art. 159a ustawy o świadczeniach.<sup>27</sup> ZOW NFZ ogłaszając konkursy ofert na zawarcie nowych umów na okres 1 lipca 2019 – 30 czerwca 2024 analizował zabezpieczenie danego*

<sup>27</sup> Druk nr 1322 (sejm.gov.pl) Projektowana ustawa wprowadza do systemu opieki zdrowotnej nową instytucję prawną w postaci systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, zwanego dalej „PSZ”, który powinien być główną formą zabezpieczenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego. Zakłada się również, że do PSZ zostaną włączone (w części, która obecnie jest zakontraktowana w szpitalach będących częścią właściwego poziomu PSZ) świadczenia z zakresu: 1) świadczeń wysokospecjalistycznych; 2) rehabilitacji leczniczej; 3) ambulatoryjnej opieki specjalistycznej realizowane w przychodniach przyszpitalnych; 4) programów lekowych oraz chemioterapii; 5) świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Zawieranie umów na realizację świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego w trybie konkursu ofert lub rokowań pozostanie jako rozwiązanie o charakterze subsydiarnym. Dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ na podstawie porównania planu zakupu świadczeń zdrowotnych ze świadczeniami zdrowotnymi, które będą wykonywane przez świadczeniodawców w ramach systemu PSZ, przeprowadzi konkursy ofert na świadczenia zdrowotne, w zakresie których potrzeby zdrowotne na terenie danego województwa nie będą właściwie zaspokojone. Jednocześnie ze świadczeniodawcami włączonymi do systemu PSZ nie może być zawarta umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, na zasadach określonych w art. 139 ustawy (konkurs ofert, rokowania), dotycząca świadczeń objętych umową zawartą przez tego świadczeniodawcę w ramach PSZ. Zasady kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień pozostaną bez zmian, tj. zakup świadczeń w tych zakresach będzie w dalszym ciągu następował w trybie konkursu ofert albo rokowań. (...) W odniesieniu do rehabilitacji leczniczej oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w części, która nie zostanie włączona do PSZ, zasady kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej pozostaną bez zmian.

obszaru przez umowy PSZ realizowane w okresie 1-12.2019, umowy poza PSZ realizowane w okresie 1-06.2019 i na tej podstawie ustalił środki przeznaczone na konkurs. Aby zapewnić dostępność do świadczeń na poziomie zbliżonym do zabezpieczenia świadczeń w poprzednich latach fundusz musiał ogłosić postępowania konkursowe również w obszarach, gdzie świadczenia rehabilitacyjne realizowane były w ramach umów PSZ. Jednostki realizujące rehabilitację leczniczą w ramach PSZ nie są w stanie zapewnić samodzielnie dostępności do świadczeń na takim poziomie, jaka była w latach poprzednich. Jest to między innymi uwarunkowane niezbędną bazą łóżkową i kadrowo – sprzętową. Przykładowo w ramach rehabilitacji kardiologicznej stacjonarnej w województwie zachodniopomorskim świadczeń udziela czterech świadczeniodawców (jeden podmiot w ramach PSZ i trzy podmioty poza PSZ).

(akta kontroli str. 151-153)

Wyznaczone w planie zakupu obszary kontraktowania zabezpieczały dostęp do świadczeń na obszarze całego województwa zgodnie z art. 131b ust. 2 pkt 2 ustawy o świadczeniach. Wprowadzone w II półroczu 2019 r. (w nowym okresie kontraktowania) zmiany obszarów zabezpieczenia, miały na celu zapewnienie dostępu do świadczeń zdrowotnych pacjentom oraz zapewnienie konkurencyjności. W objętych badaniem trzech postępowaniach w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza wyznaczone obszary kontraktowania pokrywały się z obszarami określonymi w planie zakupu świadczeń na dany rok.

(akta kontroli str. 56-71, 103, 176, 220, 246)

W objętych badaniem trzech zakresach świadczeń rehabilitacyjnych, które są kontraktowane wyłącznie poza systemem zabezpieczenia (tj. lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna, fizjoterapia ambulatoryjna oraz domowa), dostęp do świadczeń w poszczególnych powiatach, mierzony w przeliczeniu wartość planowanych umów na danym obszarze kontraktowania na liczbę uprawnionych do świadczeń<sup>28</sup> wynosił w:

- lekarskiej ambulatoryjnej opiece rehabilitacyjnej: 1,06 zł (rocznie), a na 10 tys. mieszkańców – 10,6 tys. zł
- fizjoterapii ambulatoryjnej: 16,40 zł (rocznie), a na 10 tys. mieszkańców – 164 tys. zł.
- fizjoterapii domowej: 3,07 zł (rocznie), a na 10 tys. mieszkańców – 30,7 tys. zł.

Dostęp do świadczeń w poszczególnych powiatach, mierzony w przeliczeniu wartość zawartych umów na danym obszarze kontraktowania (tj. po negocjacjach wg stanu na dzień zamknięcia ksiąg rachunkowych) na liczbę uprawnionych do świadczeń, różnił się pomiędzy powiatami, z powodu różnego poziomu realizacji umów przez świadczeniodawców w danym powiecie oraz niezakontraktowania świadczeń w niektórych powiatach (brak oferentów).

(akta kontroli str. 283-288)

**1.4.** W okresie objętym kontrolą ogłoszono łącznie 165 postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza (164 w trybie konkursu ofert i jedno w trybie rokowań), z tego:

- 163 w 2019 r., z których 109 postępowań rozstrzygnięto, 53 – unieważniono, a jedno – odwołano w wyniku uznania odwołania jednego z oferentów oraz
- dwa w 2021 r., których nie rozstrzygnięto wg stanu na 24 maja 2021 r.

W 163 postępowaniach złożono 279 ofert. Oddział odrzucił 64 oferty, 17 – pozostawił bez rozpatrzenia<sup>29</sup>, 36 ofert nie wybrał, jedno postępowanie odwołał, a 161 ofert wybrał w celu zawarcia umów.

<sup>28</sup> Wartości przyjęte do planu zakupu świadczeń liczone w odniesieniu do populacji danego powiatu (w roku poprzedzającym zawarcie umów), w celu zapewnienia równej dostępności do świadczeń (równy wskaźnik dostępności dla każdego obszaru kontraktowania - plan półroczny od lipca do grudnia).

<sup>29</sup> Na podstawie § 20 zarządzenia Nr 18/2017/DSOZ Prezesa NFZ z 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczącego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Oddział finansował udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza na podstawie zawartych umów<sup>30</sup>, z tego: w 2019 r. 88 umów<sup>31</sup>, w 2020 r. – 86, a w okresie od 1 stycznia do 24 maja 2021 r. – 85.

(akta kontroli str. 74-87)

Badaniem objęto trzy postępowania o udzielanie świadczeń rehabilitacji leczniczej (ambulatoryjnej i domowej) przeprowadzone w 2019 r w trybie konkursu ofert (o najwyższej wartości przedmiotu zamówienia) na łączną kwotę 4 444 300,08 zł (co odpowiadało 12,5% wartości przeprowadzonych postępowań ogółem<sup>32</sup>), z tego:

- fizjoterapia ambulatoryjna (w tym fizjoterapia ambulatoryjna dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności) na kwotę 2 893 783,20 zł<sup>33</sup>;
- fizjoterapia ambulatoryjna (w tym fizjoterapia ambulatoryjna dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności) na kwotę 1 007 940,78 zł<sup>34</sup>;
- fizjoterapia domowa na kwotę 542 576,10 zł<sup>35</sup>.

Postępowania zostały przygotowane i przeprowadzone zgodnie z przepisami ustawy o świadczeniach. Przedmiot zamówień, obszar kontraktowania, maksymalna liczba umów, które zostaną zawarte po przeprowadzonych postępowaniach, liczba jednostek rozliczeniowych, którą zamierzał nabyć Oddział, wartość zamówienia, okres rozliczeniowy oraz okres obowiązywania umowy, określono zgodnie z założeniami planu zakupu na 2019 r.<sup>36</sup> W objętych badaniem postępowaniach Oddział zrealizował założenia plan zakupu świadczeń (w tym po zmianach) dotyczące obszaru kontraktowania, zawarcia planowanej liczby umów i punktów rozliczeniowych oraz wartości środków finansowych przeznaczonych na dany zakres świadczeń rehabilitacyjnych.

Oddział prawidłowo ogłosił postępowanie w sprawie zawarcia umów, powołał komisję konkursową, opisał przedmiot zamówienia, przeprowadził i udokumentował przebieg prac komisji konkursowej (m.in. w formie protokołów z prac komisji) oraz prawidłowo rozstrzygnął postępowania i protesty (10) złożone w dwóch (z trzech) ww. postępowaniach. Wartość zawartych umów ww. postępowaniach była adekwatna do wartości świadczeń sprawozdanych przez świadczeniodawców z danego obszaru kontraktowania w roku poprzedzającym ogłoszenie postępowania, z uwzględnieniem środków finansowych przeznaczonych jako rezerwa na świadczenia nielimitowane.

(akta kontroli str. 74-87, 176-180, 220-223, 246-248)

Oddział przeprowadził jedno postępowanie w trybie rokowań (w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej, w tym fizjoterapia ambulatoryjna dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności) na podstawie art. 154 ust. 7 ustawy o świadczeniach. Rokowania ogłoszono po uwzględnieniu przez Oddział odwołania złożonego przez jednego z oferentów w postępowaniu na danym obszarze zabezpieczenia, poprzedzającym rokowania.

(akta kontroli str. 175)

W objętych badaniem pięciu unieważnionych postępowaniach (z 53) na kwotę 1 489 278,10 zł, co odpowiadało 26% wartości unieważnionych postępowań ogółem (5 729 605,84 zł) zachodziły podstawy uzasadniające ich unieważnienie. Przyczynami unieważnienia postępowań było odrzucenie wszystkich ofert (niespełniających warunków lub pozostawienie ofert bez rozpatrzenia z powodu ich niezgodności z formatem zapytań ofertowych i towarzyszących im wzorów ankiet, oraz brakiem zakresu skojarzonego). W żadnym z badanych przypadków nie doszło do przerwy

<sup>30</sup> Poza umowami PSZ.

<sup>31</sup> Od II półrocza 2019 r.

<sup>32</sup> 36 530 155,27 zł (wg stanu na 25 maja 2021 r.).

<sup>33</sup> Na obszarze kontraktowania (powiat Szczecin), w którym ofertę złożył podmiot leczniczy objęty kontrolą NIK.

<sup>34</sup> Na obszarze kontraktowania (powiat Szczecin) – postępowanie uzupełniające.

<sup>35</sup> Na obszarze kontraktowania (powiat Szczecin).

<sup>36</sup> W planie zakupu zabezpieczono dodatkowo środki finansowe na realizację świadczeń nielimitowanych.

w zabezpieczeniu dostępu do świadczeń, które były zabezpieczone przez świadczeniodawców udzielających świadczeń na podstawie umów obowiązujących do 30 czerwca 2019 r. oraz świadczeniodawców – na podstawie umów, zawartych po przeprowadzeniu i rozstrzygnięciu kolejnego postępowania na danym obszarze zabezpieczenia (obowiązujących od 1 lipca 2019 r. do 30 czerwca 2024 r.).

(akta kontroli str. 173-174)

**1.5.** W objętych badaniem trzech postępowaniach złożono łącznie 24 oferty (tj. 15, pięć i cztery). Badaniem objęto 15 ofert złożonych w dwóch postępowaniach<sup>37</sup> dotyczących fizjoterapii ambulatoryjnej, w tym fizjoterapii ambulatoryjnej dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności.

Oddział prawidłowo ocenił spełnienie warunków udzielania świadczeń według kryterium jakości, kompleksowości, dostępności, ciągłości i ceny we wszystkich 15 objętych badaniem ofertach. We wszystkich przypadkach przypisano ofertom prawidłową liczbę punktów. Komisja konkursowa wzywała do usunięcia braków formalnych ofert oraz wyjaśnień w 12 przypadkach (z 15). Wszyscy wezwani świadczeniodawcy uzupełnili braki i złożyli wyjaśnienia.

(akta kontroli str. 176-180, 220-223, 246-248)

Ze złożonych w trzech postępowaniach 24 ofert, Oddział prawidłowo odrzucił siedem ofert oraz jedną pozostawił bez rozpoznania, z powodu jej niezgodności z formatem zapytań ofertowych i wzorami ankiet. Podstawą odrzucenia ofert było niespełnienie wymaganych warunków dotyczących sprzętu i personelu medycznego oraz czasu pracy komórki organizacyjnej podmiotu leczniczego, 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. We wszystkich przypadkach komisja konkursowa weryfikowała prawidłowość danych zawartych w ofertach. Prawdziwość danych zawartych w ofercie weryfikowano w trzech przypadkach (z 15 badanych) poprzez oględziny pomieszczeń i urządzeń zakładu leczniczego podmiotów leczniczych (w jednym przypadku – w nowym miejscu udzielania świadczeń, w którym miała być wykonywana umowa oraz w dwóch przypadkach – w związku z udzielaniem przez podmiot leczniczych nowego zakresu świadczeń (fizjoterapii domowej). Nie stwierdzono nieprawidłowości danych zawartych w ofertach ze stanem faktycznym w trakcie oględzin.

(akta kontroli str. 176-180, 220-223, 246-248)

**1.6.** W sprawie przyjętych przez Oddział zasad wyliczania proponowanej liczby świadczeń i ich ceny oraz zasady podziału środków, dyrektor wyjaśniła: *Oddział zgodnie z procedurą konkursu ofert lub rokowań prowadzonych na podstawie ustawy o świadczeniach w części niejawnego postępowania przy wyliczaniu proponowanej ilości punktów dla oferentów brał pod uwagę: pozycję oferenta w rankingu, który powstał przy pomocy systemu informatycznego i uwzględniał kryteria oferty takie jak: jakość, kompleksowość, dostępność, ciągłość oraz cenę; zasoby sprzętowe i potencjał wykonawczy (ilość etatów, ilość łóżek w rehabilitacji stacjonarnej w kontekście zdolności do wykonywania oferowanej liczby); kontrakt za półrocze 2019 r. i realizację umowy I-VI 2018 r.; ilość umów ogłoszonych w planie zakupu w celu zabezpieczenia świadczeń; dotychczasowy kontrakt oferenta i jego realizację; zabezpieczenie ciągłości i kompleksowości udzielanych świadczeń; cenę maksymalną równą cenie oczekiwanej; cenę oferenta, jako cenę równą / niższą od ceny oczekiwanej.*

(akta kontroli str. 274)

Oddział zapewnił w procesie negocjacji równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Komisja konkursowa przeprowadziła negocjacje ze wszystkim oferentami,

<sup>37</sup> Jeden oferent złożył ofertę na dwa miejsca udzielania świadczeń.

których oferty (15) wybrano do części niejawnego postępowania, w celu ustalenia liczby planowanych do wykonania świadczeń opieki zdrowotnej oraz ich ceny, z tego w postępowaniu dotyczącym:

- fizjoterapii ambulatoryjnej, w tym fizjoterapii ambulatoryjnej dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności – z 10 oferentami wybranymi do części niejawnego;
- fizjoterapii ambulatoryjnej, w tym fizjoterapii ambulatoryjnej dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności (postępowanie uzupełniające) – z pięcioma oferentami wybranymi do części niejawnego.

W trakcie negocjacji strony zgodnie ustaliły:

- zmniejszenie liczby punktów rozliczeniowych w odniesieniu do zaproponowanej w ofercie od 5,2% do 57,8% w 14 przypadkach (z 15). W jednym przypadku nie zmieniono zaproponowanej w ofercie liczby punktów rozliczeniowych z powodu uznania przez komisję konkursową, że *posiadany przez podmiot leczniczy potencjał wykonawczy wykazany w ofercie i prognozowaną ilość punktów w ofercie, oszacowano przez oferenta w sposób obiektywny w celu zapewnienia ciągłości i kompleksowości udzielania świadczeń*;
- obniżenie ceny za punkt w jednym przypadku (z 15).

(akta kontroli str. 176-248, 275)

W sprawie przyczyn zmniejszenia liczby punktów rozliczeniowych, dyrektor wyjaśniła m.in.: *Oddział zaplanował w postępowaniu (nr 469) zawarcie 15 umów, ofert wpłynęło 15 z czego sześć zostało odrzuconych, przyjętych dziewięć ofert w tym jedna na dwa miejsca udzielania świadczeń. W planie zakupu zaplanowano 2 529 531 punktów na zakres podstawowy i na 101 181 punktów na zakres skojarzony, natomiast oferty złożono na 3 358 570 punktów zakres podstawowy i 241 000 punktów na zakres skojarzony. Komisja konkursowa proponując ilości punktów brała pod uwagę pozycję w rankingu, potencjał wykonawczy w ofercie w kontekście zdolności do wykonania oferowanej liczby świadczeń, realizację świadczeń za I półrocze 2018 oraz wysokość kontraktu za I półrocze 2019 r. Oddział w planie zakupu zaplanował w postępowaniu (nr 589) zawarcie pięciu umów. Ofert wpłynęło pięć (jeden oferent złożył dwie oferty odrębnie na dwa miejsca udzielania świadczeń). W planie zakupu zaplanowano łącznie 983 369 punktów na zakres podstawowy i 34 53 na zakres skojarzony, natomiast oferty złożono na 1 383 900 punktów na zakres podstawowy i 50 640 na zakres skojarzony. Komisja konkursowa (...) przeanalizowała zgodnie z zapisami procedury konkursu ofert lub rokowań, wysokość kontraktu za okres I półrocza 2019 r. w czterech jednostkach i realizację za okres I półrocza 2018 r oraz ranking ofert i podjęła decyzję zakontraktowania czterech oferentów (...).*

(akta kontroli str. 275-276)

Ustalenia w trakcie negocjacji nie miały wpływu na zmianę pozycji oferenta w rankingach otwarcia i końcowym. Oddział zawarł umowy ze wszystkim oferentami, których oferty wybrano do części niejawnego postępowania. W żadnym postępowaniu oferenci nie wnosili protestów i odwołań na sposób i przebieg negocjacji.

(akta kontroli str. 176-248, 275)

1.7. Oddział podejmował działania w celu zrealizowania planu zakupu świadczeń rehabilitacyjnych oraz równomiernego rozmieszczenia świadczeniodawców na obszarze województwa, a tym samym zapewnienia pacjentom dostępności do świadczeń. Zawarte umowy o udzielanie świadczeń rehabilitacji leczniczej były zgodne z planem zakupu świadczeń. W pierwotnym planie zakupu w 2019 r. w dziewięciu (z 12) podstawowych zakresach rehabilitacji leczniczej<sup>38</sup> zaplanowano w wyniku postępowania

<sup>38</sup> Fizjoterapia ambulatoryjna i domowa, lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna, rehabilitacja kardiologiczna i ogólnoustrojowa w ośrodku /oddziale dziennym oraz w warunkach stacjonarnych, rehabilitacja pulmonologiczna w warunkach stacjonarnych, rehabilitacja neurologiczna, rehabilitacja osób z dysfunkcją mowy i słuchu w ośrodku / oddziale dziennym.

konkursowych zawarcie 162 umów. Po przeprowadzonych postępowaniach konkursowych zawarto 135 umów (w 152 miejscach udzielania świadczeń)<sup>39</sup>. Nie zawarto ośmiu zaplanowanych umów w zakresach:

- lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna na obszarze zabezpieczenia powiatu: kamieńskiego i koszalińskiego (dwie umowy) oraz w II półroczu także powiatu: łobeskiego i świdwińskiego (dwie umowy);
- fizjoterapia domowa na obszarze powiatu: kamieńskiego i Świnoujścia (dwie umowy);
- rehabilitacja pulmonologiczna w warunkach stacjonarnych na obszarze województwa (jedna umowa);
- rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa w ośrodku / oddziale dziennym na obszarze: miasta Koszalin i grupy dwóch powiatów<sup>40</sup> (trzy umowy).

Przyczynami niezakontraktowania ww. świadczeń były brak ofert lub niespełnienie wymaganych warunków przez oferentów. Oddział kilkakrotnie ogłaszał postępowania na ww. zakresy świadczeń.<sup>41</sup>

W pierwotnym planie zakupu w 2019 r. nie planowano zakupu świadczeń w dwóch zakresach: rehabilitacja pulmonologiczna z wykorzystaniem metod subterraneoterapii w ośrodku / oddziale dziennym oraz rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu wzroku, z powodu braku świadczeniodawców realizujących te świadczenia na podstawie dotychczasowych umów. Zakresy rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu wzroku i rehabilitacja pulmonologiczna w warunkach stacjonarnych zaplanowano w planie zakupu na II półrocze 2019 r.<sup>42</sup>

W 2019 r. Oddział przeprowadzał postępowania uzupełniające w celu realizacji założeń planu zakupu świadczeń w zakresie m.in.: zaplanowanych do zawarcia umów na danym obszarze zabezpieczenia oraz ich wartości i punktów rozliczeniowych.

W 2020 r. i 2021 r. zaplanowano zawarcie w wyniku postępowań konkursowych 11 umów (w tym niezakontraktowanych w 2019 r.):

- lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna na obszarze zabezpieczenia powiatu: kamieńskiego, koszalińskiego, łobeskiego i świdwińskiego (cztery umowy);
- fizjoterapia domowa na obszarze powiatu: kamieńskiego i Świnoujścia (dwie umowy);
- rehabilitacja pulmonologiczna w warunkach stacjonarnych na obszarze województwa (jedną umowę);
- rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu wzroku na obszarze województwa (jedną umowę)

---

<sup>39</sup> W tym jedna umowa była przedmiotem cesji.

<sup>40</sup> 1) grupy powiatów: białogardzkiego, kołobrzесьkiego, koszalińskiego, sławieńskiego, szczecineckiego, świdwińskiego oraz 2) grupy powiatów: goleniowskiego, gryfickiego, gryfińskiego, kamieńskiego, łobeskiego, myśliborskiego, polickiego, pyrzyckiego, stargardzkiego oraz powiatu i miasta Świnoujście.

<sup>41</sup> Na dwukrotnie ogłaszane postępowania w ramach lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej w powiatach: kamieńskim i koszalińskim nie wpłynęła żadna oferta. Konkurs ofert na świadczenia z zakresu fizjoterapii domowej w powiatach: kamieńskim i Świnoujście ogłaszany był czterokrotnie (na pierwsze ogłoszenia w każdym z ww. powiatów nie wpłynęła żadna oferta). W trzecim ogłoszonym postępowaniu na obszarze powiatów: kamieńskiego i Świnoujście wpłynęła jedna oferta od tego samego oferenta – oferent został wybrany, ale pismem z 3 lipca 2019 r. odstąpił od podpisania umów. W czwartym ogłoszonym postępowaniu nie wpłynęła żadna oferta. Na konkurs ogłoszony na świadczenie usług z zakresu rehabilitacji kardiologicznej lub kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej w ośrodku / oddziale dziennym w trzech obszarach kontraktowania – nie wpłynęła żadna oferta. Na świadczenia z zakresu rehabilitacji pulmonologicznej w warunkach stacjonarnych na obszarze województwa konkurs ogłaszany był dwukrotnie (nie wpłynęła żadna oferta).

<sup>42</sup> W postępowaniu dotyczącym rehabilitacji osób z dysfunkcją narządu wzroku – wpłynęła jedna oferta, która nie spełniała wymaganych warunków określonych w przepisach prawa i została odrzucona.

- rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa w ośrodku / oddziale dziennym na obszarze: miasta Koszalin i grupy dwóch powiatów<sup>43</sup> (trzy umowy).

W okresie od 1 stycznia 2020 r. do 25 maja 2021 r. nie zawarto ww. umów. Przyczynami niezakontraktowania ww. świadczeń było wstrzymanie w 2020 r. konkursów z powodu epidemii wirusa SARS-CoV-2, na podstawie art. 7c 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<sup>44</sup> oraz art. 18 ustawy z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19<sup>45</sup>. W 2021 r. Oddział ponownie zaplanował ogłoszenie i przeprowadzenie postępowań.

W pierwotnym planie zakupu na lata 2020-2021 nie planowano zakupu świadczeń w zakresie rehabilitacja pulmonologiczna z wykorzystaniem metod subterraneoterapii w ośrodku / oddziale dziennym, z powodu braku na terenie województwa podmiotów spełniających wymagane kryteria, tj. warunków klimatycznych i terenowych do prowadzenia w pomieszczeniach świadczeniodawcy terapii naturalnym mikroklimatem dla subterraneoterapii<sup>46</sup>.

Mimo podejmowanych przez Oddział działań do 25 maja 2021 r. nie zapewniono dostępności do rehabilitacji pulmonologicznej w warunkach stacjonarnych oraz rehabilitacji osób z dysfunkcją narządu wzroku na obszarze województwa, oraz lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej w czterech (z 12) obszarach zabezpieczenia, fizjoterapii domowej – w dwóch (z 12), rehabilitacji kardiologicznej w ośrodku / oddziale dziennym w trzech z (pięciu) powiatów (obszarów zabezpieczenia).  
(akta kontroli str. 56-71, 147-148, 157-158, 256, 263-271)

W sprawie zabezpieczenia dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych na obszarach, w których ich nie zakontraktowano, dyrektor wyjaśniła m.in.: *ZOW NFZ nie ma wpływu na brak infrastruktury medycznej na danym obszarze kontraktowania. Na terenach, gdzie brak jest świadczeniodawców posiadających wymaganą bazę łóżkowo-sprzętowo-lokalową oraz odpowiednią kadrę występują trudności (pomimo wielokrotnie ogłaszanych konkursów) w zabezpieczeniu dostępu do świadczeń rehabilitacyjnych. Pacjenci korzystają wówczas z usług rehabilitacyjnych w ramach migracji wewnętrznej, jadąc np.: do innych powiatów województwa zachodniopomorskiego (zwykle są to powiaty ościenne) lub w ramach migracji zewnętrznej (za którą oddział płaci), wyjeżdżając do innych województw. Niektóre usługi są też realizowane w innych zakresach świadczeń, zakontraktowanych w danym obszarze np.: fizjoterapia domowa może być realizowana w ramach fizjoterapii ambulatoryjnej. Świadczenia rehabilitacyjne,*

<sup>43</sup> 1) grupy powiatów: białogardzkiego, kołobrzskiego, koszalińskiego, sławieńskiego, szczecineckiego, świdwińskiego oraz 2) grupy powiatów: gołeniewskiego, gryfickiego, gryfińskiego, kamieńskiego, łobeskiego, myśliborskiego, polickiego, pyrzyckiego, stargardzkiego oraz powiatu i miasta Świnoujście.

<sup>44</sup> Dz. U. poz. 1842 ze zm.; obowiązujący do 8 października 2020 r.

<sup>45</sup> Dz. U. poz. 567 ze zm.

<sup>46</sup> Dyrektor wyjaśniła m.in.: *Subterraneoterapia to dziedzina wiedzy zajmująca się wykorzystaniem właściwości terapeutycznych atmosfery przestrzeni podziemnych. U źródeł rozwoju tej gałęzi wiedzy leży powstanie w Wieliczce w podziemnych komorach solnych ośrodka leczącego głównie schorzenia układu oddechowego. Metoda subterraneoterapia polega na poddawaniu chorych, głównie cierpiących na choroby układu oddechowego, specyficznemu działaniu intensywnych bodźców natury fizycznej, chemicznej i biologicznej występujących w podziemnych komorach nieczynnych kopalni soli. W katalogu świadczeń rehabilitacyjnych występuje zakres: rehabilitacja pulmonologiczna z wykorzystaniem metod subterraneoterapii w ośrodku/oddziale dziennym. Według map potrzeb zdrowotnych w 2019 r. świadczenia te były udzielane tylko przez jeden podmiot w Polsce w województwie małopolskim. Pacjenci mogą korzystać z takich usług w ramach migracji zewnętrznej. W 2019 r. z rehabilitacji pulmonologicznej z wykorzystaniem metod subterraneoterapii w ośrodku / oddziale dziennym prowadzonej w województwie małopolskim skorzystało pięć osób z województwa zachodniopomorskiego.*

których nie udało się zakontraktować w województwie zachodniopomorskim finansowane są w ramach migracji zewnętrznej.<sup>47</sup> (akta kontroli str. 264-267, 270)

W pierwotnym planie zakupów zaplanowano na świadczenia rehabilitacyjne<sup>48</sup> 93 450,1 tys. zł w 2019 r., 115 907,4 tys. zł w 2020 r. (tj. o 24% więcej niż w roku poprzednim) i 120 523,7 tys. zł w 2021 r. (o 3,9% więcej niż w roku poprzednim).

W planie zakupu (po zmianach) na świadczenia rehabilitacyjne<sup>49</sup> zaplanowano 99 114,5 tys. zł w 2019 r. i 111 258,6 tys. zł w 2020 r. (tj. o 12,3% więcej niż w roku poprzednim). W I półroczu 2021 r. nie zmieniano planu – 120 523,7 tys. zł (tj. o 8,3% więcej niż w roku poprzednim).

(akta kontroli str. 56-71, 104-106, 253)

Oddział zawarł umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju rehabilitacja lecznicza<sup>50</sup> na kwotę:

- a) 96 647 tys. zł w 2019 r. (co odpowiadało 97,5% planu po zmianach), w tym w ramach PSZ – 38 781,4 tys. zł (99,9% planu po zmianach);
- b) 101 992 tys. zł w 2020 r. (91,7% planu po zmianach), w tym w ramach PSZ – 34 385,7 tys. zł (91,4% planu po zmianach). Wartość zawartych umów wzrosła o 5,5% w odniesieniu do roku poprzedniego;
- c) 50 163,4 tys. zł do 30 czerwca 2021 r. (41,6% planu), w tym w ramach PSZ 19 525 tys. zł (42,5% planu).

(akta kontroli str. 56-71, 253-254)

W pierwotnym planie zakupów zaplanowano zakontraktowanie na świadczenia rehabilitacyjne<sup>51</sup> 84 173,7 tys. punktów rozliczeniowych, 104 812,2 tys. punktów w 2020 r. i 109 527,9 tys. punktów w 2021 r. W planie zakupu (po zmianach) zaplanowano zakontraktowanie 90 492,6 tys. punktów w 2019 r. i 101 691,6 tys. punktów w 2020 r. (tj. o 12,4% więcej niż roku poprzednim). W I półroczu 2021 r. nie zmieniano planu – 109 527,9 tys. punktów (o 7,7% więcej niż w roku poprzednim).

Liczba zakontraktowanych jednostek rozliczeniowych na świadczenia rehabilitacyjne<sup>52</sup> wynosiła:

- a) 88 235,2 tys. punktów rozliczeniowych w 2019 r. (co odpowiadało 97,5% planu po zmianach), w tym w ramach PSZ – 34 476,2 punktów (99,9% planu po zmianach);

---

<sup>47</sup> Przykładowo w 2019 r. pacjenci powiatu kamieńskiego skorzystali z usług poradni rehabilitacyjnej w innych powiatach na kwotę 5 044,46 zł, z czego 67% to świadczenia udzielone w ościennym powiecie gryfickim. Podobnie sytuacja wygląda w powiecie koszalińskim. Pacjenci z tego powiatu najczęściej korzystają z usług poradni rehabilitacyjnej w powiecie ościennym Koszalinie. W ramach fizjoterapii domowej pacjenci z powiatu kamieńskiego korzystają z usług podmiotu znajdującego się w ościennym powiecie goleniowskim. Korzystają również ze świadczeń realizowanych w warunkach domowych w ramach fizjoterapii ambulatoryjnej wykonywanej głównie przez podmioty z powiatu kamieńskiego. W województwie zachodniopomorskim jest bardzo mała liczba ośrodków udzielających świadczeń z zakresu rehabilitacji kardiologicznej lub kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej w ośrodku / oddziale dziennym. Do 30 czerwca 2019 r. były to dwa podmioty: jeden podmiot w powiecie szczecineckim i jeden podmiot w Szczecinie. Od 1 lipca 2019 r. są to trzy podmioty: dwóch świadczeniodawców w Szczecinie i jeden podmiot w powiecie drawskim. W wyniku ogłoszonego konkursu ofert ZOW NFZ podpisał umowy ze wszystkimi podmiotami, które złożyły oferty (podmiot z powiatu szczecineckiego nie złożył oferty w ogłoszonym konkursie). W związku z powyższym pacjenci z województwa zachodniopomorskiego mogą korzystać ze świadczeń rehabilitacji kardiologicznej w ośrodku / oddziale dziennym tylko w ramach tych trzech ośrodków. Migracja wewnętrzna (pomiędzy powiatami) pokazuje, że pomimo tego, iż są to świadczenia realizowane w trybie dziennym pacjenci migrują do tych ośrodków. Z uwagi na brak oferentów, którzy chcieliby udzielać świadczeń z zakresu rehabilitacji pulmonologicznej w warunkach stacjonarnych pacjenci z województwa zachodniopomorskiego korzystają z tych usług w innych województwach. Fundusz finansuje te świadczenia w ramach migracji zewnętrznej. W 2019 r. usługi zrealizowane w innych województwach na rzecz naszych pacjentów wyniosły 699 204,80 zł.

<sup>48</sup> Z wyłączeniem zakresów świadczeń przeznaczonych dla dzieci oraz leczenia osób ze śpiączką.

<sup>49</sup> Z wyłączeniem zakresów świadczeń przeznaczonych dla dzieci oraz leczenia osób ze śpiączką.

<sup>50</sup> Z wyłączeniem zakresów świadczeń przeznaczonych dla dzieci oraz leczenia osób ze śpiączką.

<sup>51</sup> Z wyłączeniem zakresów świadczeń przeznaczonych dla dzieci oraz leczenia osób ze śpiączką.

<sup>52</sup> Z wyłączeniem zakresów świadczeń przeznaczonych dla dzieci oraz leczenia osób ze śpiączką.

- b) 93 150,4 tys. punktów w 2020 r. (91,6% planu po zmianach), w tym w ramach PSZ – 30 599,2 tys. punktów (91,2% planu po zmianach);
- c) 45 635,7 tys. punktów do 30 czerwca 2021 r. (41,7% planu), w tym w ramach PSZ 17 377,9 tys. punktów (42,8% planu).

(akta kontroli str. 56-71, 253, 255)

W okresie objętym kontrolą średnia cena za punkt rozliczeniowy w danym zakresie świadczeń była na tym samym poziomie i wynosiła w:

- fizjoterapii ambulatoryjnej – 1,05 zł,
- fizjoterapii domowej – 1,03 zł,
- lekarskiej ambulatoryjnej opiece rehabilitacyjnej – 1,09 zł,
- rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku / oddziale dziennym – od 1,11 zł<sup>53</sup>,
- rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych – 1,18 zł,
- rehabilitacji kardiologicznej w ośrodku / oddziale dziennym – 0,93 zł,
- rehabilitacji kardiologicznej w warunkach stacjonarnych – 1,20 zł,
- rehabilitacji neurologicznej – 1,07 zł,
- rehabilitacji osób z dysfunkcją narządu słuchu i mowy – 1,11 zł.

(akta kontroli str. 56-71, 253)

Koszty wykonanych świadczeń zdrowotnych w rodzaju rehabilitacja lecznicza<sup>54</sup> były na zbliżonym poziomie w latach 2019-2020 i wynosiły 93 397,7 tys. zł w 2019 r. (co odpowiadało 96,6% wartości zawartych umów) i 95 578,3 tys. zł w 2020 r. (93,7% wartości umów), z tego m.in. w zakresach:

- lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna – 1 381,7 tys. zł w 2019 r. (tj. 99,7% wartości umów) i 1 224 tys. zł w 2020 r. (97,9% wartości umów);
- fizjoterapia ambulatoryjna – 26 737, 8 tys. zł w 2019 r. (98,1% wartości umów) i 26 404,2 tys. zł w 2020 r. (94% wartości umów);
- fizjoterapia domowa – 1 033,2 tys. zł w 2019 r. (89,1% wartości umów) i 4 013,5 tys. zł w 2020 r. (99,2% wartości umów);
- rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym – 8 764,5 tys. zł w 2019 r. (97,5% wartości umów) i 8 314,1 tys. zł w 2020 r. (95,6% wartości umów);
- rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu słuchu i mowy – 696,4 tys. zł w 2019 r. (99,9% wartości umów) i 672,9 tys. zł w 2020 r. (98,7% wartości umów);
- rehabilitacja kardiologiczna w ośrodku/oddziale dziennym – 603,7 tys. zł w 2019 r. (99,9% wartości umów) i 379,6 tys. zł w 2020 r. (99,8% wartości umów);
- rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych – 23 078,2 tys. zł w 2019 r. (95,1%) i 16 738,4 tys. zł w 2020 r. (93,4% wartości umów);
- rehabilitacja neurologiczna – 18 124 tys. zł w 2019 r. (98,6% wartości umów) i 18 377,9 tys. zł w 2020 r. (98,3% wartości umów);
- rehabilitacja kardiologiczna w warunkach stacjonarnych 4 745 tys. zł w 2019 r. (98,1%) i 3 833,8 tys. zł (99,7% wartości umów).

W 2019 r. jeden świadczeniodawca (ze 100) nie zrealizował świadczeń w ramach zawartych umów na łączną kwotę 92,3 tys. zł w czterech zakresach świadczeń, m.in.: fizjoterapii domowej na kwotę 53,3 tys. zł (co odpowiadało 57,7% wartości niewykonanych świadczeń ogółem) oraz fizjoterapii ambulatoryjnej na kwotę 29,5 tys. zł (32%).

W 2020 r 36 świadczeniodawców (z 87) nie zrealizowało świadczeń w ramach zawartych umów na łączną kwotę 1 400,6 tys. zł, m.in. w zakresie rehabilitacji

<sup>53</sup> W tym w II półroczu 2019 r.

<sup>54</sup> Na dzień zamknięcia ksiąg rachunkowych i bez rehabilitacji dzieci.

ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych na kwotę 948,4 tys. zł (co odpowiadało 67,8% wartości niewykonanych świadczeń ogółem) przez trzech świadczeniodawców, rehabilitacji neurologicznej – 251,6 tys. zł (18%) przez czterech świadczeniodawców, fizjoterapii ambulatoryjnej – 125,1 tys. zł (8,9%) przez 14 świadczeniodawców, rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności – 29,2 tys. zł (2,1%) przez czterech świadczeniodawców i rehabilitacji kardiologicznej lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa w warunkach stacjonarnych – 12,7 tys. zł (0,9%) przez jednego świadczeniodawcę. Mniejsze wykonanie zaplanowanych kontraktów w 2020 r. uwarunkowane było wprowadzeniem ograniczeń, z powodu epidemii wirusa SARS-CoV-2, które spowodowały zmniejszenie realizacji świadczeń.

(akta kontroli str. 72-73, 156-157, 272-273, 289-290)

Na obszarze województwa świadczeń rehabilitacyjnych udzielało w 2019 r. 100 świadczeniodawców, tj. o dziewięciu więcej niż w 2018 r. (o 9,9%), w 2020 r. 87 (o 13% mniej niż w 2019 r.) i w 2021 r. 86 (o 1,1% mniej niż w 2020 r.), z tego w zakresach:

- lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna – 31 świadczeniodawców w 2019 r., tj. o trzech więcej niż w 2018 r. (o 10,3%) oraz 25 w latach 2020-2021 (tj. o 19,3% mniej niż w 2019 r.);
- fizjoterapia ambulatoryjna – 85 świadczeniodawców w 2019 r., tj. o czterech więcej niż w 2018 r. (o 4,9%), 70 w 2020 r. (o 17,6% mniej niż w roku poprzednim) i 69 w 2021 r. (o 1,4% mniej niż w roku poprzednim);
- fizjoterapia domowa – 12 świadczeniodawców w latach 2019-2021;
- rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku / oddziale dziennym – 19 świadczeniodawców w 2019 r., tj. o trzech więcej niż w 2018 r. (o 18,8%) i 18 w latach 2020-2021 (tj. o 5,3% mniej niż w 2019 r.);
- rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych – 14 świadczeniodawców w 2019 r., tj. o jeden więcej niż w 2018 r. (o 7,7%) i 12 w latach 2020-2021 (o 14,3% mniej);
- rehabilitacja kardiologiczna w warunkach stacjonarnych – czterech świadczeniodawców w latach 2019-2021 (i w 2018 r.);
- rehabilitacja kardiologiczna w ośrodku / oddziale dziennym – czterech świadczeniodawców w 2019 r. (o 50% więcej niż w roku 2018 r.), trzech w latach 2020-2021 (tj. o 25% mniej niż w 2019 r.);
- rehabilitacja neurologiczna – ośmiu świadczeniodawców w 2019 r. (o 14,3% więcej niż w 2018 r.) i siedmiu w latach 2020-2021 (tj. o 12,5% mniej niż w 2019 r.);
- rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu słuchu i mowy – trzech świadczeniodawców w latach 2019-2021 (i w 2018 r.).

(akta kontroli str. 91-98)

Dyrektor wyjaśniła m.in: *W całym 2019 r. świadczeń udzielało łącznie 100 świadczeniodawców. W pierwszym półroczu 2019 r. (przed konkursem łącznie z PSZ) usługi były realizowane przez 89 podmiotów. Przed końcem pierwszego półrocza zostały rozwiązane dwie umowy. W drugim półroczu 2019 r. (po konkursie łącznie z PSZ) usługi były realizowane również przez 89 podmiotów. Jednak struktura świadczeniodawców po przeprowadzonym konkursie uległa zmianie. Część podmiotów nie uzyskała kontraktów w wyniku przeprowadzonego konkursu lub nie składała ofert. Doszli też nowi świadczeniodawcy. W drugim półroczu 2019 r. została rozwiązana jedna umowa i nastąpiła cesja kontraktu. W związku z powyższym świadczeń w 2020 r. udzielało 87 podmiotów łącznie z PSZ). W 2020 r. została rozwiązana jedna umowa, dlatego w 2021 r. liczba świadczeniodawców wykonujących usługi rehabilitacyjne wynosiła 86 (łącznie z PSZ).*

(akta kontroli str. 271-272)

**1.8.** Oddział monitorował realizację umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz celowość udzielanych w ramach umów świadczeń rehabilitacji leczniczej, uwzględniając rzeczywisty stan realizacji świadczeń w odniesieniu do harmonogramów rzeczowo-finansowych. Oddział monitorował realizację świadczeń, m.in. rehabilitacji leczniczej poprzez dokonywanie analiz w zakresie poziomu wykonania harmonogramu rzeczowo-finansowego do umowy (tj. liczbowego i wartościowego wykonania świadczeń przez świadczeniodawców). Analizy te były podstawą ustalenia poziomu zapotrzebowania na danego rodzaju świadczenia i uzasadniały podejmowane przez Oddział działania w zakresie zmian wartości zakontraktowanych świadczeń w danym okresie rozliczeniowym. W trakcie roku (po zakończonych kwartałach) oraz po zakończeniu danego roku Oddział dokonywał zmian umów w zakresie zmniejszenia lub zwiększenia zobowiązania finansowego Oddziału wobec świadczeniodawcy.

W 2019 r. zwiększono środki na zakup świadczeń rehabilitacyjnych w odniesieniu do planu pierwotnego, m.in. w zakresie rehabilitacji kardiologicznej w ośrodku / oddziale dziennym o 29% (184,5 tys. zł) i fizjoterapii domowej o 26,3% (689,1 tys. zł), a zmniejszono w trzech zakresach, m.in.: lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna o 3,3% i rehabilitacja neurologiczna o 3,9%. W 2020 r. zwiększono w odniesieniu do planu pierwotnego nakłady na fizjoterapię domową o 66,8% (4 035,5 tys. zł), fizjoterapię ambulatoryjną o 9,5% (3 007,2 tys. zł) oraz rehabilitację ogólnoustrojową w ośrodku oddziale / dziennym o 7,7% (823,9 tys. zł), a zmniejszono w pozostałych zakresach, m.in. z powodu epidemii wirusa SARS-CoV-2 i wprowadzonych ograniczeń. Do 25 maja 2021 r. Oddział nie aktualizował planu zakupów za I kwartał 2021 r. (pierwsza aktualizacja planu finansowego nastąpiła 27 maja 2021 r.).

(akta kontroli str. 51, 72-73, 103-106, 274)

Dyrektor wyjaśniła m.in.: *Oddziału monitorował realizację umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza poprzez comiesięczne zestawienia poziomu realizacji świadczeń ilościowego i wartościowego. Przygotowywane były również zestawienia struktury wykonanych świadczeń u poszczególnych świadczeniodawców oraz raporty z kolejek oczekujących na świadczenia. Analizy te dawały podstawę do ustalenia zapotrzebowania na świadczenia oraz uzasadniały wszczęcie negocjacji umów. Okresowo analizowano też wskaźnikową dostępność do świadczeń w poszczególnych zakresach usług. Epidemia choroby COVID-19 w 2020 r. praktycznie sparaliżowała działalność zakładów i gabinetów rehabilitacji, którym rozporządzeniem Rady Ministrów nakazano ograniczenie wykonywania działalności leczniczej polegające na zaprzestaniu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej, z wyjątkiem przypadków, w których zaprzestanie rehabilitacji grozi poważnym pogorszeniem stanu zdrowia pacjenta<sup>55</sup>. W tym okresie ZOW NFZ komunikował się ze świadczeniodawcami telefonicznie, za pomocą portalu SZOI, poczty tradycyjnej oraz elektronicznej, obligując świadczeniodawców do informowania Działu Lecznictwa Ambulatoryjnego na bieżąco o aktualnościach związanych z funkcjonowaniem ich podmiotów. Realizacja umów zarówno w 2020 r. jak i w 2021 r. (I półrocze) nadal jest trudna do oceny, gdyż udzielanie świadczeń często przerywane było chorobą, kwarantanną czy izolacją pracowników świadczeniodawcy. Występowała też zmniejszona zgłaszalność pacjentów obawiających się zarażenia COVID-19, czy czasowy brak pełnej obsady lekarskiej spowodowany oddelegowaniem lekarzy do pracy w szpitalach jednoimiennych.*

(akta kontroli str. 51)

W 2019 r. nie wystąpiły przypadki wykonania świadczeń rehabilitacyjnych ponad limity określone w umowach.<sup>56</sup> W 2020 r. jeden podmiot<sup>57</sup> wykonał świadczenia w zakresie

<sup>55</sup> W okresie 1 kwietnia – 3 maja 2020 r.

<sup>56</sup> Na dzień zamknięcia ksiąg rachunkowych i przeprowadzenia badania przez NIK 20 maja 2021 r.

fizjoterapii ambulatoryjnej ponad limit określony w umowie o 24,20 zł (na dzień zamknięcia ksiąg rachunkowych ZOW NFZ). Oddział nie finansował ww. świadczeń wykonanych ponad limit określony w umowie.

Wartość świadczeń negatywnie zweryfikowanych przez Oddział<sup>58</sup> wynosiła:

- 402,9 tys. zł w 2019 r. (od jednego do 93 przypadków w danym zakresie świadczeń).  
Najwięcej negatywnie zweryfikowano świadczeń w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej na kwotę 146,4 tys. zł (co odpowiadało 36,3% wartości negatywnie zweryfikowanych świadczeń ogółem) w 93 przypadkach, fizjoterapii ambulatoryjnej dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności na kwotę 76,8 tys. zł (19,1%) w 62 przypadkach, rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych na kwotę 72,6 tys. zł (19,1%) w ośmiu przypadkach i rehabilitacji neurologicznej na kwotę 56,6 tys. zł (14%) w trzech przypadkach;
- 525 tys. zł w 2020 r. (od jednego do 47 przypadków w danym zakresie świadczeń).  
Najwięcej negatywnie zweryfikowano świadczeń w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej na kwotę 170,1 tys. zł (32,4%) w 47 przypadkach oraz fizjoterapii ambulatoryjnej dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności na kwotę 28,2 tys. zł (5,4%) w 27 przypadkach.

Najczęstszymi przyczynami negatywnego zweryfikowania świadczeń, wykazanych przez świadczeniodawców do rozliczenia przez Oddział, były m.in: sprawozdawanie rodzaju świadczenia nieuprawniającego do wpisania uprawnienia dodatkowego, nieprzekazywanie danych o uprawnieniach dodatkowych dla wykazanego świadczenia lub wskazanie błędnego kodu, przekroczenie limitu świadczeń dla jednego cyklu, wykonanie świadczeń przez osoby, które nie zostały określone w umowie (i aneksach), przekroczenie limitu świadczeń w ramach skierowania, wielokrotne wykonanie świadczenia w tym samym dniu w ramach świadczeniodawcy, wykazanie świadczenia przekraczającego limit świadczeń dla ustalonej grupy świadczeń, wykazanie podczas pobytu pacjenta w opiece rehabilitacyjnej stacjonarnej porady lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, wskazanie w rozliczeniu niewłaściwej grupy jgp<sup>59</sup>, niespełnienie warunków dotyczących procedur ICD-9 dla rozliczenia danego świadczenia.

Mimo monitorowania przez Oddział realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz dokonywania zmian wartości zakontraktowanych świadczeń w danym okresie rozliczeniowym, wartość niezrealizowanych umów na dzień zamknięcia ksiąg rachunkowych wynosiła:

- 92,3 tys. zł w 2019 r. przez jednego świadczeniodawcę w czterech zakresach świadczeń rehabilitacyjnych, m.in.: fizjoterapii domowej na kwotę 53,3 tys. zł (co odpowiadało 57,7% wartości niewykonanych świadczeń ogółem) i fizjoterapii ambulatoryjnej na kwotę 29,5 tys. zł (32%),
- 1 400,6 tys. zł w 2020 r. przez 36 świadczeniodawców, m.in. w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych na kwotę 948,4 tys. zł (co odpowiadało 67,8% wartości niewykonanych świadczeń ogółem) przez trzech świadczeniodawców, rehabilitacji neurologicznej – 251,6 tys. zł (18%) przez czterech świadczeniodawców, fizjoterapii ambulatoryjnej – 125,1 tys. zł (8,9%) przez 14 świadczeniodawców, rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności – 29,2 tys. zł (2,1%) przez czterech świadczeniodawców i rehabilitacji kardiologicznej lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa w warunkach stacjonarnych – 12,7 tys. zł (0,9%) przez jednego świadczeniodawcę.

(akta kontroli str. 72-73, 156-157, 289-290)

<sup>57</sup> Ze 162 świadczeniodawca udzielających świadczeń rehabilitacyjnych ogółem, w tym 70 – w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej.

<sup>58</sup> Wykazanych przez świadczeniodawców, dla których OW NFZ odmówił sfinansowania, bez świadczeń zaakceptowanych po kolejnych weryfikacjach.

<sup>59</sup> Jednolitej grupy pacjentów.

Dyrektor wyjaśniła m.in: (...) Zakres fizjoterapii domowej został zakontraktowany po raz pierwszy w postępowaniach konkursowych prowadzonych na lata 2019-2024, gdzie umowy zaczynały obowiązywać od 1 lipca 2019 r. Część świadczeniodawców niewykonanie umowy tłumaczyła brakiem skierowań, a co za tym idzie brakiem pacjentów oraz późno podjętą akcją informacyjną wśród lekarzy mogących takie skierowania wystawiać. Przy opracowywaniu propozycji finansowania na rok 2020 postulowano się analizą realizacji umowy za okres VII-IX, co nie odzwierciedlało w pełni możliwości wykonawczych świadczeniodawców w zakresie fizjoterapii domowej. Z uwagi na zakontraktowanie jednej umowy w przedmiotowym zakresie w powiecie, Oddział podjął decyzję o nie zmniejszaniu wysokości umowy (w przeliczeniu na 12 miesięcy) celem zapewnienia dostępności do fizjoterapii domowej w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców populacji powiatu łobeskiego. Oddział w celu ostatecznego rozliczenia rzeczowego wykonania umowy w okresie rozliczeniowym od 1 lipca do 31 grudnia 2019 r. przygotował protokół uzgodnień, którego świadczeniodawca nie odesłał. Stąd zostały niewykorzystane środki. Przyczyną niewykonania zakontraktowanych świadczeń rehabilitacyjnych w odniesieniu do umów w 2020 r. była panująca pandemia zakażenia SARS-CoV-2. W celu minimalizacji ryzyka transmisji infekcji COVID-19 zalecano świadczeniodawcom ograniczanie do niezbędnego minimum lub czasowego zawieszenia udzielanych świadczeń. Pacjenci w obawie przed zarażeniem COVID-19 rezygnowali ze świadczeń. W podmiotach realizujących usługi występował czasowy brak pełnej obsady lekarskiej i fizjoterapeutycznej spowodowany kwarantanną, izolacją lub oddelegowaniem personelu medycznego do pracy w szpitalach jednoimiennych. (...).

(akta kontroli str. 272-273)

**1.9.** Na czterech świadczeniodawców udzielających świadczeń rehabilitacyjnych nałożono kary umowne na łączną kwotę 26,6 tys. zł, z tego:

- w 2019 r. – na trzech (z 87) świadczeniodawców na kwotę 25,6 tys. zł i
- w 2020 r. – na jednego (z 86) świadczeniodawców na kwotę jeden tys. zł.

Przyczynami nałożenia kar umownych było m.in.: prowadzenie dokumentacji medycznej niezgodnie z przepisami, niezasadne lub nieprawidłowe wykazywanie do rozliczeń świadczeń zdrowotnych, nieprawidłowe dokumentowanie sprawozdawanych świadczeń, brak konta w aplikacji gabinet.gov.pl. Z tytułu nałożonych kar umownych, Oddział otrzymał należności w kwocie 26,6 tys. zł, z tego: 25,6 tys. zł w wyniku potrącenia kar i jeden tys. zł w wyniku uiszczenia kary przez świadczeniodawcę.

(akta kontroli str. 129)

**1.10.** W latach 2019-2020 do Oddziału wpłynęły łącznie 452 skargi na świadczeniodawców, z tego: 190 w 2019 r. oraz 262 w 2020 r.<sup>60</sup> W okresie objętym kontrolą złożono 26 skarg na świadczeniodawców udzielających świadczenia rehabilitacyjne, z tego: 12 w 2019 r. (co odpowiadało 6,3% skarg ogółem), 11 w 2020 r. (4,2%) i w 2021 r. trzy<sup>61</sup>.

(akta kontroli str. 7-49)

Wszystkie objętej badaniem skargi (10)<sup>62</sup>, zostały rozpatrzone przez dyrektora Oddziału terminowo, z tego: trzy skargi w terminie od ośmiu do 29 dni od daty wpływu do Oddziału, dwie skargi od 49 do 56 dni, po uprzednim poinformowaniu świadczeniobiorcy o trwającym postępowaniu wyjaśniającym i wyznaczeniu nowego terminu rozpatrzenia

<sup>60</sup> Na podstawie rocznych sprawozdań ze skarg i wniosków (za 2019 r. i 2020 r.).

<sup>61</sup> Skargi nie dotyczyły: zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza, odpłatności za udzielane świadczenia rehabilitacyjne realizowane na podstawie umów zawartych z ZOW NFZ oraz udzielania świadczeń rehabilitacyjnych przez Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie (objęty kontrolą NIK).

<sup>62</sup> Pięciu skarg złożonych w 2019 r. i pięciu złożonych w 2020 r.

skargi. Skargi dotyczyły m.in. skrócenia czasu udzielania świadczeń, wykreślenia z kolejki oczekujących, odmów rejestracji skierowań oraz odmów udzielania świadczeń poza kolejnością osobie uprawnionej. Przedmiotem skarg złożonych w 2020 r. były odmowa przyjęcia na oddział dzienny w związku podejrzeniem zakażenia wirusem SARS-CoV-2 oraz obowiązek wykonania na własny koszt badania na obecność zakażenia wirusem. Sześć skarg (60%) uznano za zasadne i skierowano do świadczeniodawców pisma zobowiązujące ich do prawidłowego udzielania świadczeń rehabilitacyjnych (w jednym przypadku dokonano zwrotu kwoty 79,20 zł, z tytułu nieprawidłowo rozliczonych świadczeń). W pozostałych czterech (40%) skargach Oddział prawidłowo uznał je za niezasadne i nie stwierdził nieprawidłowości (w tym w skargach dotyczących organizacji udzielania świadczeń w warunkach epidemii wirusa SARS-CoV-2).

(akta kontroli str. 7-8)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

Oddział prawidłowo realizował proces kontraktowania i nadzorowania realizacji umów oraz zadania związane z zapewnieniem świadczeń rehabilitacji leczniczej w okresie epidemii SARS-CoV-2. Mimo podejmowanych działań, do 25 maja 2021 r. nie została zapewniona dostępność do rehabilitacji pulmonologicznej w warunkach stacjonarnych oraz rehabilitacji osób z dysfunkcją narządu wzroku na obszarze województwa oraz lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej w czterech (z 12) obszarach zabezpieczenia, fizjoterapii domowej – w dwóch (z 12), rehabilitacji kardiologicznej dziennej w trzech z (pięciu) obszarów zabezpieczenia.

Nakłady na świadczenia rehabilitacyjne (z wyłączeniem zakresów świadczeń przeznaczonych dla dzieci oraz leczenia osób ze śpiączką) zwiększono o 12,3% w 2020 r. i o 8,3% w 2021 r., w stosunku do lat poprzedzających. Przy sporządzaniu planu zakupu świadczeń rehabilitacyjnych przeprowadzono analizy dostępności do świadczeń na danym obszarze zabezpieczenia, uwzględniano priorytety regionalnej polityki zdrowotnej oraz obszary zabezpieczenia sugerowane przez Centralę NFZ. Oddział podejmował działania w celu zrealizowania planu zakupu świadczeń rehabilitacyjnych oraz równomiernego rozmieszczenia świadczeniodawców na obszarze województwa.

W objętych badaniem trzech (ze 163) postępowaniach o udzielanie świadczeń rehabilitacji leczniczej przeprowadzonych w 2019 r w trybie konkursu ofert na łączną kwotę 4 444,3 tys. zł (co odpowiadało 12,5% wartości postępowań ogółem), Oddział zrealizował założenia planu zakupu świadczeń. Postępowania zostały przygotowane i przeprowadzone zgodnie z przepisami ustawy o świadczeniach. Oddział prawidłowo przeprowadził i udokumentował przebieg prac komisji konkursowej oraz prawidłowo rozstrzygnął postępowania i protesty. ZOW NFZ zapewnił w procesie negocjacji równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Oddział monitorował realizację umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz celowość udzielanych w ramach umów świadczeń rehabilitacji leczniczej, uwzględniając rzeczywisty stan realizacji świadczeń w odniesieniu do harmonogramów rzeczowo-finansowych. Oddział terminowo i rzetelnie rozpatrywał wpływające skargi na świadczeniodawców udzielających świadczenia rehabilitacyjne.

OBSZAR

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

Opis stanu  
faktycznego

**2.1.** W latach 2020-2021 do Oddziału wpłynęło 177 wniosków 72 świadczeniodawców udzielających świadczeń rehabilitacyjnych (z 86) o wypłatę należności ustalonych, jako iloczyn odwrotności liczby okresów sprawozdawczych

w okresie rozliczeniowym i kwoty zobowiązania dla danego zakresu świadczeń (tj. 1/12 wartości umowy).

Oddział pozytywnie rozpatrzył 154 (87%) wnioski 58 świadczeniodawców (z 72) o wypłatę należności w wysokości 1/12 wartości umowy, 23 wnioski (13%) 14 świadczeniodawców rozpatrzył odmownie. Główną przyczyną odmów było niespełnienie przesłanek określonych w § 3, § 3a i § 3b rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 4 września 2020 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej<sup>63</sup> (m.in.: brak zaprzestania udzielania świadczeń w związku z zakazem wykonywania określonej działalności leczniczej, brak wydania przez właściwy organ polecenia albo nałożenia obowiązku zobowiązującego do realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19).

W objętych badaniem 58 dokumentach rozliczeniowych (10 z 58 świadczeniodawców, którym udzielono zgody na wypłatę należności w wysokości 1/12 wartości umowy), Oddział przekazywał świadczeniodawcom ww. należności, z tego: w 10 przypadkach (17,2%) od dwóch<sup>64</sup> do pięciu dni po dostarczeniu dokumentów rozliczeniowych oraz w 48 przypadkach (82,8%) od sześciu do siedmiu dni po dostarczeniu dokumentów rozliczeniowych wraz z korektami rachunków.

Oddział terminowo dokonywał wypłaty należności z tytułu realizacji umowy za okresy sprawozdawcze (kwiecień 2020-2021) 10 świadczeniodawcom objętym badaniem (tj. w terminie 5 dni roboczych po dniu dostarczenia przez świadczeniodawcę dokumentów rozliczeniowych i informacji wraz z korektami).

(akta kontroli str. 99-102, 170-172, 291-296)

**2.2.** Oddział podjął działania w celu ograniczenia skutków epidemii wirusa SARS-CoV-2 związanych z wykonaniem planu zakupów świadczeń zdrowotnych w rodzaju rehabilitacja lecznicza m.in. poprzez przedłużenie do 30 czerwca 2021 r. (następnie do 31 grudnia 2021 r.) realizacji zakresu rzeczowo-finansowego umów z 2020 r. Oddział rzetelnie rozpatrzył wnioski o przedłużenie okresu rozliczeniowego i zawarł aneksy z 81 świadczeniodawcami udzielającymi świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza z 86, którzy złożyli wniosek (do 30 czerwca 2021 r.). Pięciu świadczeniodawców nie złożyło ww. wniosku (czterech w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej i jeden w zakresie fizjoterapii domowej).

(akta kontroli str. 99-102)

Dyrektor wyjaśniła m.in.: *kontrakty mogą podlegać renegotiacjom w trakcie roku. Zmiany umów polegają na zwiększeniu kwoty zobowiązania dla jednego lub kilku rodzajów lub zakresów świadczeń przy jednoczesnym zmniejszeniu kwoty zobowiązania dla pozostałych rodzajów lub zakresów usług. W analizowanym okresie Oddział przeprowadzał renegotiacje umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza, gdzie w ostatecznym rozliczeniu wypłacono świadczeniodawcom środki zgodnie z realizacją umowy za dany rok. Proponując budżety na rok 2021 r. Oddział odstąpił od działań mających na celu zmniejszenie umów, w których brak było pełnego wykonania w 2020 r., kierując się zabezpieczeniem finansowym świadczeniodawców w przypadku powrotu do udzielania świadczeń na poziomie sprzed epidemii. Dyrekcja Funduszu wprowadziła płatność rat kontraktowych niezależnie od poziomu realizacji świadczeń. Również ze względu na trwającą epidemię i ułatwienie placówkom realizacji tego zadania, okres rozliczeniowy za 2020 r. został wydłużony do 30 czerwca 2021 r., a następnie do 31 grudnia 2021 r. Szybsze wypłaty środków wynikających z kontraktów. Wprowadzono również rozwiązania pozwalające na szersze zastosowanie niż dotychczas form opieki nad pacjentami z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych np.: porada lekarska*

<sup>63</sup> Dz. U. poz. 1548 ze zm.

<sup>64</sup> Zgodnie z pismem Ministra Zdrowia z 14 marca 2020 r.

*za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności czy wizyta fizjoterapeutyczna z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.*

(akta kontroli str. 52-53)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia działalność Oddziału w kontrolowanym obszarze.

## **IV. Uwagi i wnioski**

Wnioski

Przedstawiając powyższe oceny wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK nie formułuje wniosków.

Uwagi

Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag.

## **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 ust. 1 i 2 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie<sup>65</sup> umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do Dyrektora Delegatury NIK w Szczecinie.

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.

Szczecin, 9 lipca 2021 r.

Najwyższa Izba Kontroli  
Delegatura w Szczecinie

Kontroler

Dyrektor

Bogumiła Mędrzak  
główny specjalista kontroli państwowej

<sup>65</sup> Najwyższa Izba Kontroli zwraca się z prośbą o zgłaszanie, w miarę możliwości, zastrzeżeń opatrzonych kwalifikowanym podpisem elektronicznym, na adres elektronicznej skrzynki podawczej (ePUAP) NIK lub na adres mailowy NIK wskazany w stopce na pierwszej stronie niniejszego wystąpienia. W przypadku zaś nadania pisma z zastrzeżeniami (pisma opatrzonego własnoręcznym podpisem) w placówce pocztowej operatora wyznaczonego, NIK zwraca się z prośbą o dodatkowe przekazanie skanu tych zastrzeżeń na ww. adres mailowy.