



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Katowicach

LKA.410.24.2.2023

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

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/23/058 – Realizacja pilotażowego programu leczenia ostrej fazy udaru niedokrwiennego
w latach 2019-2023

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Narodowy Fundusz Zdrowia Śląski Oddział Wojewódzki w Katowicach ¹ , ul. Stanisława Kossutha 13, 40-844 Katowice
Kierownik jednostki kontrolowanej	Piotr Nowak, p.o. Dyrektora Oddziału NFZ od 1 kwietnia 2019 r., a od 16 stycznia 2020 r. do 2 sierpnia 2021 r. oraz od 20 grudnia 2021 r. do nadal Dyrektor Oddziału NFZ. W okresie objętym kontrolą funkcję Dyrektora Oddziału NFZ poprzednio pełnili: – Ewa Kabza, p.o. Dyrektora Oddziału NFZ, od 3 sierpnia do 19 grudnia 2021 r., – Jerzy Szafranowicz, Dyrektor Oddziału NFZ, od 14 marca 2016 r. do 31 marca 2019 r. <p style="text-align: right;">(akta kontroli str. 3-10)</p>
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Prowadzenie postępowań w sprawie zawarcia umów i zawieranie umów oraz zapewnienie finansowania świadczeń w ramach programu pilotażowego dotyczącego leczenia ostrej fazy udaru niedokrwiennego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych ² 2. Wykonywanie obowiązków związanych z realizacją Programu przez Oddział NFZ
Okres objęty kontrolą	Lata 2019-2023 (do dnia zakończenia kontroli) z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, o ile miały wpływ na działalność jednostki w kontrolowanym zakresie
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ³
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Katowicach
Kontroler	Witold Wilk, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do przeprowadzenia kontroli nr LKA/161/2023 z 4 lipca 2023 r. <p style="text-align: right;">(akta kontroli str. 1-2)</p>

¹ Dalej: Oddział NFZ.

² Dalej: Program.

³ Dz. U. z 2022 r. poz. 623, dalej: ustawa o NIK.

II. Ocena ogólna⁴ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Oddział NFZ prowadził postępowania w sprawie zawarcia umów o realizację Programu z czterema podmiotami leczniczymi na terenie województwa śląskiego⁵. Powołany, przez Dyrektora Oddziału NFZ, Zespół do oceny wniosków weryfikował złożone wnioski w zakresie oceny potencjału świadczeniodawców oraz spełniania warunków koniecznych do realizacji umów w ramach Programu. Jednak nierzetelnie rozpatrzono dwa z pięciu złożonych wniosków o zawarcie umowy o realizację Programu, bowiem załączone do tych wniosków procedury, o których mowa w § 7 ust. 1 pkt 5 lit. f-h rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2018 r. w sprawie programu pilotażowego dotyczącego leczenia ostrej fazy udaru niedokrwiennego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych⁶, nie zostały zatwierdzone przez NFZ⁷ pomimo wymogu wynikającego z § 7 ust. 2 tego rozporządzenia. Nadto w jednym z tych wniosków załączono niezgodną z wojewodą i dysponentami zespołów ratownictwa medycznego, w tym dysponentem lotniczych zespołów ratownictwa, procedurę określającą zasady współpracy między lekarzem prowadzącym leczenie i lekarzem wykonującym zabieg a zespołem ratownictwa medycznego. Mimo tych braków, pozytywnie oceniono złożone wnioski i zawarto z wnioskodawcami umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach Programu.

Oddział NFZ zapewnił finansowanie realizacji Programu, a także weryfikację raportów statystyczno-medycznych sporządzanych przez podmioty lecznicze w celu rozliczenia udzielonych świadczeń zdrowotnych. Weryfikowano również sprawozdania dotyczące wskaźników realizacji Programu. Stwierdzono jednak nierzetelne monitorowanie przypadków braku lub nieterminowej realizacji obowiązków dotyczących zapewnienia całodobowego udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz odbywania dyżuru lekarskiego poza lokalizacją podmiotu leczniczego w opcji „pod telefonem”.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowej⁸ kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Prowadzenie postępowań w sprawie zawarcia umów i zawieranie umów oraz finansowanie udzielania świadczeń w ramach Programu

Opis stanu faktycznego

1.1. Do Oddziału NFZ, w okresie objętym kontrolą, wpłynęło pięć wniosków o zawarcie umowy o realizację Programu, przy czym jeden podmiot leczniczy złożył dwa wnioski⁹. Oddział NFZ zawarł z czterema podmiotami leczniczymi umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach Programu na łączną wartość 43 045,2 tys. zł¹⁰, tj. z:

⁴ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

⁵ Jeden z podmiotów leczniczych złożył dwa wnioski (drugi w związku z negatywną oceną pierwszego wniosku).

⁶ Dz. U. poz. 1985, ze zm., dalej: rozporządzenie MZ w sprawie Programu.

⁷ W dniu zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach Programu.

⁸ Oceny cząstkowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena cząstkowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

⁹ Pierwszy wniosek został negatywnie oceniony przez Zespół do oceny wniosków oraz oceny potencjału świadczeniodawcy w związku z niespełnieniem wymagań dotyczących personelu medycznego. Drugi wniosek, pozytywnie oceniony, został złożony w ciągu 52 dni od dnia wysłania informacji o negatywnej ocenie pierwszego wniosku.

¹⁰ Uwzględniono zawarte do 20 września 2023 r. aneksy do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

- 1) Górnośląskim Centrum Medycznym im. prof. L. Gięca Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach¹¹ – 7 lutego 2019 r. (umowa wielokrotnie aneksowana) na łączną wartość 34 916,0 tys. zł¹²,
- 2) Wojewódzkim Szpitalem Specjalistycznym nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu¹³ – 2 lutego 2023 r. na wartość 3 781,1 tys. zł,
- 3) Uniwersyteckim Centrum Klinicznym im. prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach¹⁴ – 13 lutego 2023 r. na wartość 2 839,6 tys. zł,
- 4) Wojewódzkim Szpitalem Specjalistycznym nr 4 w Bytomiu¹⁵ – 30 marca 2023 r. na wartość 1 508,5 tys. zł.

(akta kontroli str. 11, 62, 205-207, 244-246,
264-265, 319-325, 335-336, 377-379, 406)

1.2. Dyrektor Oddziału NFZ zarządzeniem wewnętrznym z 21 grudnia 2018 r. powołał Zespół do oceny wniosków oraz oceny potencjału świadczeniodawców w kontekście spełniania warunków koniecznych do realizacji umów w ramach Programu¹⁶. Kolejnymi zarządzeniami wewnętrznymi zmieniano skład ww. Zespołu, który liczył od pięciu do siedmiu osób, w tym przewodniczący i jego zastępca¹⁷. Do zadań Zespołu należała ocena wniosków i ocena potencjału świadczeniodawców pod względem spełniania warunków koniecznych do realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach Programu, wynikających z przepisów rozporządzenia MZ w sprawie Programu, a także przepisów zarządzenia nr 128/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 7 grudnia 2018 r. w sprawie umów o realizację programu pilotażowego dotyczącego leczenia ostrej fazy udaru niedokrwinnego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych¹⁸.

(akta kontroli str. 407 – 414)

W Oddziale NFZ nierzetelnie rozpatrzono dwa wnioski o zawarcie umowy o realizację Programu, jeden dotyczący GCM (złożony 14 grudnia 2018 r.) i drugi dotyczący WSS4 (złożony 20 lutego 2023 r.). W przypadku GCM pozytywnie oceniono złożony wniosek, podczas gdy załączone do niego procedury dotyczące:

- postępowania ze świadczeniobiorcami we wczesnej fazie udaru,
- zasad współpracy między lekarzem prowadzącym leczenie i lekarzem wykonującym zabieg a zespołem ratownictwa medycznego,
- zasad współpracy między lekarzem prowadzącym leczenie a lekarzem wykonującym zabieg oraz pozostałym personelem medycznym sprawującym opiekę nad pacjentem,

zostały zatwierdzone przez Dyrektora Oddziału NFZ 17 marca 2023 r., tj. cztery lata i jeden miesiąc, licząc od dnia zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (7 lutego 2019 r.). Ponadto, procedura dotycząca zasad współpracy między lekarzem prowadzącym leczenie i lekarzem wykonującym zabieg a zespołem ratownictwa medycznego została uzgodniona z Wojewodą Śląskim 19 stycznia 2023 r., z Wojewódzkim Pogotowiem Ratunkowym w Katowicach 2 lutego 2023 r.,

¹¹ Dalej: GCM.

¹² W tym: w 2019 r. – 4 466,7 tys. zł, w 2020 r. – 6 452,4 tys. zł, w 2021 r. – 5 929,3 tys. zł, w 2022 r. – 8 672,4 tys. zł i w 2023 r. – 9 395,2 tys. zł.

¹³ Dalej: WSS5.

¹⁴ Dalej: UCK.

¹⁵ Dalej: WSS4.

¹⁶ Zarządzenie wewnętrzne Dyrektora Oddziału NFZ nr 360/2018 z 21 grudnia 2018 r. w sprawie powołania Zespołu do oceny wniosków oraz oceny potencjału świadczeniodawcy w kontekście spełniania warunków koniecznych do realizacji umów w sprawie programu pilotażowego dotyczącego ostrej fazy udaru niedokrwinnego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych.

¹⁷ Zarządzenia wewnętrzne Dyrektora Oddziału NFZ nr: 280/2021 z 14 grudnia 2021 r., 260/2022 z 27 września 2022 r. i 35/2023 z 9 lutego 2023 r.

¹⁸ Kolejnymi zarządzeniami Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia wprowadzał zmiany do tego zarządzenia, dalej: zarządzenie Prezesa NFZ.

a z Lotniczym Pogotowiem Ratunkowym 17 lutego 2023 r. Mimo to Oddział NFZ zawarł z GCM umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz zawierał w latach 2020-2022 kolejne aneksy do umowy przedłużające okres jej obowiązywania, co przedstawiono w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 27 – 58, 62, 475, 477)

Również w przypadku WSS4 pozytywnie rozpatrzono wnioski, mimo że procedury załączone do wniosku dotyczące:

- postępowania ze świadczeniobiorcami we wczesnej fazie udaru,
- zasad współpracy między lekarzem prowadzącym leczenie i lekarzem wykonującym zabieg a zespołem ratownictwa medycznego,
- zasad współpracy między lekarzem prowadzącym leczenie a lekarzem wykonującym zabieg oraz pozostałym personelem medycznym sprawującym opiekę nad pacjentem,

zostały zatwierdzone przez Dyrektora Oddziału NFZ 13 kwietnia 2023 r., tj. 14 dni od dnia podpisania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, co przedstawiono w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 275 – 301, 323 – 325)

1.3. Oddział NFZ nie przeprowadził czynności sprawdzających/weryfikujących¹⁹ u wnioskodawców w trakcie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach Programu. Zastępca Dyrektora Oddziału NFZ ds. Ekonomiczno-Finansowych wyjaśniła, że informacje zawarte we wnioskach o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach Programu nie budziły zastrzeżeń Zespołu ds. oceny wniosków.

(akta kontroli str. 423 – 424)

1.4. Wszystkie (4) zawarte z podmiotami leczniczymi umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach Programu były zgodne ze wzorem określonym przez Prezesa NFZ. Nie wystąpiły przypadki odstępstwa od wzoru umowy. Umowę zawarł z GCM w 2019 r. podpisał, z upoważnienia Dyrektora Oddziału NFZ, Naczelnik Wydziału Księgowości, a pozostałe umowy zawarte w 2023 r. oraz kolejne aneksy do ww. umów pracownicy Oddziału NFZ²⁰, na podstawie udzielonego im pełnomocnictwa przez Prezesa NFZ lub Dyrektora Oddziału NFZ²¹.

Wszystkie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej były aneksowane, a wprowadzone zmiany dotyczyły wysokości planu rzeczowo-finansowego, danych zawartych w załączniku nr 2 do umowy *Harmonogram – zasoby*, a w przypadku umowy zawartej z GCM okresu jej obowiązywania, który przedłużano o kolejny rok.

(akta kontroli str. 62 – 205, 244 – 264, 323 – 355, 377 – 406)

1.5. Oddział NFZ zapewnił finansowanie realizacji Programu przez podmioty lecznicze. W województwie śląskim na realizację wszystkich programów pilotażowych w latach 2019-2023 zaplanowano²² środki w łącznej wysokości 440 534,0 tys. zł, w tym w 2019 r. 34 681,0 tys. zł, w 2020 r. 45 681,0 tys. zł, w 2021 r. 74 633,0 tys. zł, w 2022 r. 98 163,0 tys. zł i w 2023 r. 187 376,0 tys. zł.

Z kolei na realizację Programu w latach 2019-2023 zaplanowano środki w łącznej kwocie 56 852,3 tys. zł (12,9% środków zaplanowanych na wszystkie programy pilotażowe), w tym w 2019 r. 3 798,2 tys. zł, w 2020 r. 6 452,4 tys. zł, w 2021 r. 5 929,3 tys. zł, w 2022 r. 8 672,4 tys. zł i w 2023 r. 32 000,0 tys. zł. Wskazać należy,

¹⁹ O których mowa w § 7 ust. 6-7 zarządzenia Prezesa NFZ.

²⁰ Zastępca Dyrektora Oddziału NFZ ds. Ekonomiczno-Finansowych, Zastępca Dyrektora Oddziału NFZ ds. Służb Mundurowych i Naczelnik Wydziału Księgowości w Oddziale NFZ.

²¹ Prezes NFZ udzielił Dyrektorowi Oddziału NFZ pełnomocnictwa m.in. do zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z prawem do udzielania dalszych pełnomocnictw pracownikom świadczącym pracę w siedzibie Oddziału NFZ lub jego placówkach terenowych w zakresie objętym pełnomocnictwem.

²² Plan po zmianach.

że w latach 2019-2022 r. Program realizował jeden podmiot leczniczy (GCM), a w 2023 r. cztery podmioty. W analizowanym okresie, w wyniku dokonanych zmian, planowana wartość środków na realizację Programu została zwiększona o łączną kwotę 23 022,7 tys. zł (o 68,1%), w tym, w 2019 r. o 1 008,0 tys. zł (o 73,5%), w 2020 r. o 2 970,7 tys. zł (o 54,0%), w 2021 r. o 2 131,0 tys. zł (o 64,1%), w 2022 r. o 2 499,0 tys. zł (o 71,2%), a w 2023 r. o 14 414,0 tys. zł (o 55,0%). Zmiany te wynikały m.in. ze zwiększonej liczby wykonanych zabiegów oraz wzrostu kosztu jednostkowego zabiegu trombektomii.

(akta kontroli str. 445, 629)

W latach 2019-2023 planowano przeprowadzić 1 027 zabiegów trombektomii w ramach Programu, w tym w 2019 r. 96 zabiegów, w 2020 r. 120, w 2021 r. 131, w 2022 r. 188, a w 2023 r. 492 zabiegi.

Liczba przeprowadzonych zabiegów była większa od zaplanowanej o 10 zabiegów (zrealizowano 1 037 zabiegów), przy czym wykonanie dotyczy okresu 2019-2023 (do 30 czerwca), a zatem nie obejmuje II połowy 2023 r. W 2019 r. wykonano 153 zabiegi, w 2020 r. 222, w 2021 r. 203, w 2022 r. 261, a w I połowie 2023 r. 193 zabiegów (GCM – 151 zabiegów, WSS5 – 25, UCK – 16 i WSS4 – jeden zabieg).

Oddział NFZ sfinansował, w latach 2019-2023 (do 30 czerwca), zabiegi trombektomii w łącznej wysokości 31 729,7 tys. zł, w tym w 2019 r. 4 446,9 tys. zł, w 2020 r. 6 452,4 tys. zł, w 2021 r. 5 896,8 tys. zł, w 2022 r. 8 640,7 tys. zł, a w I połowie 2023 r. 6 292,9 tys. zł. W latach 2019-2022 wystąpiły „nadwykonania”²³, i tak: w 2019 r. na kwotę 1 676,5 tys. zł, w 2020 r. 2 654,2 tys. zł, w 2021 r. 2 131,0 tys. zł, w 2022 r. 1 711,9 tys. zł.

(akta kontroli str. 445)

Dotychczasowy koszt realizacji Programu w województwie śląskim, w latach 2019-2023 (do 30 czerwca), kształtował się na poziomie 32 481,3 tys. zł, w tym w 2019 r. 4 447,0 tys. zł, w 2020 r. 6 452,4 tys. zł, w 2021 r. 5 900,2 tys. zł, w 2022 r. 8 640,7 tys. zł, a w I połowie 2023 r. 7 041,9 tys. zł (GCM – 5 577,0 tys. zł, WSS5 – 872,0 tys. zł, UCK – 558,0 tys. zł i WSS4 – 34,9 tys. zł).

Jednostkowy koszt przeprowadzonego zabiegu trombektomii w latach 2019-2021 wyniósł 29 065,00 zł, w 2021 r. 29 048,16 zł, w 2022 r. 32 770,79 zł (wzrost o 12,8%), a w I połowie 2023 r. w odniesieniu do GCM – 35 749,95 zł (wzrost o 9,1%), a w przypadku UCK, WSS4 i WSS5 – 34 878,00 zł. Różnica w wysokości kosztu jednostkowego zabiegu pomiędzy GCM a pozostałymi realizatorami Programu (o 871,95 zł w 2023 r.) wynikała z polecenia Ministra Zdrowia z 14 marca 2022 r. w sprawie podwyższenia wyceny świadczeń opieki zdrowotnej²⁴, zgodnie z którym od 1 kwietnia 2022 r. cena jednostki rozliczeniowej²⁵ została zwiększona z 1,00 zł do 1,05 zł. Następnie zgodnie z wariantem nr 2 rekomendacji nr 65/2022 z 13 lipca 2022 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, w odniesieniu do programów pilotażowych cenę jednostki rozliczeniowej wynoszącą 1,05 zł, od 1 lipca 2022 r. należało zwiększyć do 1,23 zł (o 0,18 zł), a dla UCK, WSS4 i WSS5, które przystąpiły do Programu w 2023 r. przyjęto minimalną cenę jednostki rozliczeniowej 1,02 zł, która po zwiększeniu (o 0,18 zł), zgodnie z ww. rekomendacją, wyniosła 1,20 zł.

(akta kontroli str. 445, 452 – 454, 468 – 473)

²³ Świadczenia, które zostały wykonane ponad wartość wynikającą z umów na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

²⁴ Pismo z 14 marca 2022 r. nr DLG.7802.6.2022.GK.

²⁵ Wartość świadczenia opieki zdrowotnej – trombektomia mechaniczna w ostrej fazie udaru niedokrwiennego (hospitalizacja) stanowiła 29 065 jednostek rozliczeniowych.

W działalności kontrolowanej jednostki, w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość.

Oddział NFZ dokonał nierzetelnej oceny dwóch wniosków o zawarcie umów na realizację świadczeń zdrowotnych w ramach Programu, w wyniku której zawarto umowy z dwoma podmiotami, mimo że nie posiadały one, zatwierdzonych przez NFZ, procedur, o których mowa w § 7 ust. 1 pkt 5 lit. f-h rozporządzenia MZ w sprawie Programu.

W odniesieniu do GCM, pozytywnie oceniono wniosek i zawarto umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach Programu, mimo że podmiot ten w dniu zawarcia umowy (7 lutego 2019 r.) nie posiadał zatwierdzonych przez NFZ procedur dotyczących:

- postępowania ze świadczeniobiorcami we wczesnej fazie udaru,
- zasad współpracy między lekarzem prowadzącym leczenie i lekarzem wykonującym zabieg a zespołem ratownictwa medycznego,
- zasad współpracy między lekarzem prowadzącym leczenie a lekarzem wykonującym zabieg oraz pozostałym personelem medycznym sprawującym opiekę nad pacjentem,

tj. procedur, o których mowa w § 7 ust. 1 pkt 5 lit. f-h rozporządzenia MZ w sprawie Programu. Kolejnymi aneksami zawartymi w latach 2020-2022 przedłużano okres obowiązywania umowy, mimo że ww. procedury nie zostały jeszcze zatwierdzone.

Ponadto, procedura określająca zasady współpracy między lekarzem prowadzącym leczenie i lekarzem wykonującym zabieg a zespołem ratownictwa medycznego została uzgodniona z Wojewodą Śląskim 19 stycznia 2023 r., z Wojewódzkim Pogotowiem Ratunkowym w Katowicach 2 lutego 2023 r., a z Lotniczym Pogotowiem Ratunkowym 17 lutego 2023 r.

Przedmiotowe procedury zostały zatwierdzone przez Dyrektora Oddziału NFZ 17 marca 2023 r., tj. 4 lata i jeden miesiąc, licząc od daty zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych.

W odniesieniu do WSS4, pozytywnie oceniono wniosek o zawarcie umowy na realizację świadczeń zdrowotnych w ramach Programu, podczas gdy załączone do wniosku procedury, o których mowa w § 7 ust. 1 pkt 5 lit. f-h rozporządzenia MZ w sprawie Programu, zostały zatwierdzone przez Dyrektora Oddziału NFZ 13 kwietnia 2023 r., tj. 14 dni od dnia podpisania umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych.

Zgodnie z § 7 ust. 2 rozporządzenia MZ w sprawie Programu, ww. procedury zatwierdza NFZ. Stosowanie do § 6 ust. 10 zarządzenia Prezesa NFZ, Dyrektor Oddziału NFZ jest obowiązany do oceny ww. procedur. Z kolei zgodnie z § 7 ust. 1 pkt 5 lit. g ww. rozporządzenia MZ, realizator Programu w porozumieniu z wojewodą i dysponentami zespołów ratownictwa medycznego, w tym dysponentem lotniczych zespołów ratownictwa, opracowuje, wdraża i stosuje sformalizowaną procedurę określającą zasady współpracy między lekarzem prowadzącym leczenie i lekarzem wykonującym zabieg a zespołem ratownictwa medycznego.

Dyrektor Oddziału NFZ wyjaśnił, że w trakcie oceny wniosków o zawarcie umów na realizację świadczeń zdrowotnych z ww. podmiotami, Zespół do oceny wniosków oraz oceny potencjału świadczeniodawców w kontekście spełniania warunków koniecznych do realizacji umów w ramach Programu, dokonał analizy przedmiotowych procedur i zaakceptował je. W celu zachowania jednolitego sposobu postępowania względem wszystkich realizatorów Programu, przyjęto, że przedłożone przez nich procedury zostaną przekazane do formalnego zatwierdzenia przez Dyrektora Oddziału NFZ w związku z prowadzonymi postępowaniami mającymi na celu zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (trzech spośród czterech realizatorów Programu zawarło umowy w okresie luty-marzec 2023 r.). Ponadto, Zastępca Dyrektora Oddziału NFZ ds. Ekonomiczno-Finansowych

wskazała, że w rozporządzeniu MZ w sprawie Programu nie określono terminu na zatwierdzenie procedur, o których mowa w § 7 ust. 1 pkt 5 lit. f-h tego rozporządzenia. Również postanowienia *Procedury do procesu: Zawarcie umowy o realizację programu pilotażowego v.1.0*, obowiązującej od 26 listopada 2021 r., nie określały takiego terminu.

W zakresie niezgodnienia z zespołami ratownictwa medycznego i Wojewodą Śląskim procedury dotyczącej zasad współpracy między lekarzem prowadzącym leczenie i lekarzem wykonującym zabieg a zespołem ratownictwa medycznego (opracowanej przez GCM), Dyrektor Oddziału NFZ wyjaśnił, że od początku realizacji Programu do Oddziału nie wpłynęły skargi dotyczące współpracy pomiędzy świadczeniodawcami a zespołami transportu medycznego. Nie pojawiły się jakiegokolwiek uwagi wskazujące na brak współpracy zespołów transportu medycznego uczestniczących w przekazywaniu pacjentów od świadczeniodawców do GCM celem ewentualnego przeprowadzenia zabiegu. Z korespondencji świadczeniodawcy wynika, że zespoły ratownictwa medycznego kontaktują się w celu ustalenia godziny przyjazdu pacjenta do GCM.

Najwyższa Izba Kontroli wskazuje, że wymóg zatwierdzenia przedmiotowych procedur wynika z treści § 7 ust. 2 rozporządzenia MZ w sprawie Programu, a zgodnie z § 6 ust. 10 zarządzenia Prezesa NFZ, Dyrektor Oddziału NFZ jest obowiązany do oceny przedmiotowych procedur. Zarządzeniem wewnętrznym nr 360/2018 z 21 grudnia 2018 r., Dyrektor Oddziału NFZ powołał Zespół do oceny wniosków oraz oceny potencjału świadczeniodawców w kontekście spełniania warunków koniecznych do realizacji umów w ramach Programu i określił zadania Zespołu. Do zadań tych nie należało zatwierdzenie przedmiotowych procedur. Niewskazanie *expressis verbis* w treści rozporządzenia MZ w sprawie Programu terminu na zatwierdzenie ww. procedur, nie powoduje dowolności w zakresie czasu wykonania tej czynności. Obowiązek zatwierdzenia przez NFZ przedmiotowych procedur związany jest z oceną w zakresie ich prawidłowości, a jednym z warunków organizacji udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w ramach Programu jest ich stosowanie (§ 7 ust. 1 pkt 5 lit. f-g rozporządzenia MZ w sprawie Programu). Zatem procedury te powinny być zatwierdzone przed zawarciem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Z kolei odnosząc się do wyjaśnień dotyczących niezgodnienia z zespołami ratownictwa medycznego i Wojewodą Śląskim procedury dotyczącej zasad współpracy między lekarzem prowadzącym leczenie i lekarzem wykonującym zabieg a zespołem ratownictwa medycznego, stwierdzić należy, że obowiązek jej uzgodnienia wynika z treści § 7 ust. 1 pkt 5 lit. g rozporządzenia MZ w sprawie Programu.

(akta kontroli str. 27–58, 62, 275–301, 323–325, 417–419, 449–452, 475, 477)

OCENA CZĄSTKOWA

Powołany, przez Dyrektora Oddziału NFZ, Zespół do oceny wniosków weryfikował złożone wnioski w zakresie oceny potencjału świadczeniodawców oraz spełniania warunków koniecznych do realizacji umów w ramach Programu. Jednak nierzetelnie rozpatrzono dwa z pięciu złożonych wniosków o zawarcie umowy o realizację Programu, bowiem załączone do tych wniosków procedury, o których mowa w § 7 ust. 1 pkt 5 lit. f-h rozporządzenia MZ w sprawie Programu, nie zostały zatwierdzone przez NFZ. Ponadto, do jednego z tych wniosków załączono niezgodnioną z wojewodą i dysponentami zespołów ratownictwa medycznego, w tym dysponentem lotniczych zespołów ratownictwa, procedurę określającą zasady współpracy między lekarzem prowadzącym leczenie i lekarzem wykonującym zabieg a zespołem ratownictwa medycznego. Mimo tych braków, pozytywnie oceniono złożone wnioski i zawarto z wnioskodawcami umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Oddział NFZ zapewnił finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w ramach realizacji Programu.

2. Wykonywanie obowiązków związanych z realizacją Programu przez Oddział NFZ

Opis stanu faktycznego

2.1. W piśmie z 17 października 2019 r.²⁶ Zastępca Dyrektora Departamentu Analiz i Strategii w Ministerstwie Zdrowia wskazała, że jednym z warunków udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach Programu jest zapewnienie ich udzielania całodobowo przez wszystkie dni tygodnia. Ponadto, poinformowała, że Minister Zdrowia, po zasięgnięciu opinii konsultanta krajowego w dziedzinie neurologii, uważa, iż możliwa jest realizacja świadczeń poprzez odbywanie dyżuru lekarskiego poza lokalizacją podmiotu leczniczego, w opcji „*pod telefonem*”, pod warunkiem, że od czasu przyjęcia pacjenta do szpitala, przyjazd lekarza wykonującego zabieg do tej placówki nie przekroczy 45 minut. Wskazała jednocześnie, że Minister Zdrowia zobowiązuje oddziały wojewódzkie NFZ do monitorowania sytuacji oraz raportowania przypadków braku realizacji lub braku terminowej realizacji ww. obowiązków. W kolejnym piśmie, z 31 października 2019 r., zobowiązała do raportowania ww. przypadków w okresie kwartalnym w terminie do 10 dnia po zakończeniu kwartału.

W Oddziale NFZ nierzetelnie monitorowano przypadki braku lub nieterminowej realizacji obowiązków dotyczących zapewnienia całodobowego udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz odbywania dyżuru lekarskiego poza lokalizacją podmiotu leczniczego w opcji „*pod telefonem*”. Ustalono, że GCM raporty dotyczące realizacji ww. obowiązków za IV kwartał 2020 r. oraz I i II kwartał 2021 r. przekazało dopiero 20 sierpnia 2021 r. Pracownicy Oddziału NFZ nie podjęli działań zobowiązujących do terminowego przekazywania przez GCM raportów za te okresy. Natomiast realizatorzy Programu, z którymi umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarto w okresie luty-marzec 2023 r. - nie przesłali raportu za I kwartał 2023 r. Powyższe wynikało z faktu, że pracownicy Oddziału NFZ nie przekazali im, w odpowiednim czasie, informacji o obowiązku²⁷ kwartalnego raportowania przypadków braku realizacji lub braku terminowej realizacji ww. obowiązków, co przedstawiono w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 480 – 528)

W ramach prowadzonego monitoringu realizacji Programu, Oddział NFZ, 27 lipca 2023 r., zwrócił się do WSS4 o udzielenie wyjaśnień w zakresie braku realizacji zabiegów trombektomii (WSS4 wykonał jedynie jeden zabieg). Pismem z 28 sierpnia 2023 r. Dyrektor WSS4 złożył wypowiedzenie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach Programu. W uzasadnieniu wskazał, że spowodowane jest to brakiem personelu medycznego spełniającego wymagania wynikające z rozporządzenia MZ w sprawie Programu. W odpowiedzi, pismem z 20 września 2023 r., Zastępca Dyrektora Oddziału NFZ ds. Ekonomiczno-Finansowych - mając na uwadze poczynione starania w celu zawarcia umowy na realizację Programu - zwróciła się do Dyrektora WSS4 o udzielenie informacji dotyczących braku personelu medycznego niezbędnego do realizacji Programu oraz, czy zostały podjęte działania umożliwiające realizację przedmiotowej umowy. Do dnia 25 września 2023 r. nie udzielono odpowiedzi.

(akta kontroli str. 536 – 541)

Podmioty lecznicze uczestniczące w Programie zapewniły ciągłość w realizacji świadczeń zdrowotnych z zakresu rehabilitacji leczniczej lub świadczeń

²⁶ IK.1701631.2019.GK

²⁷ Wynikającego z pism Zastępcy Dyrektora Departamentu Analiz i Strategii w Ministerstwie Zdrowia z 17 i 31 października 2019 r.

pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej. GCM, UCK i WSS5 posiadały oddziały szpitalne rehabilitacji leczniczej, a WSS4 do wniosku o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach Programu, załączył kopię umowy zawartej ze świadczeniodawcą udzielającym świadczeń w zakresie rehabilitacji leczniczej (WSS4 nie posiadał oddziału rehabilitacji leczniczej). Kopię umowy dotyczącej zasad współpracy ze świadczeniodawcami w sprawie kierowania pacjentów do rehabilitacji leczniczej załączył również do wniosku GCM. Ponadto, UCK, WSS4 i WSS5 załączyły do wniosku o zawarcie umowy kopie umów, zawartych ze świadczeniodawcami, dotyczących zasad współpracy przy udzielaniu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.

(akta kontroli str. 23 – 25, 234 – 237, 302 – 311, 367 – 369)

Dyrektorzy dwóch podmiotów leczniczych (WSS4 i WSS5), na etapie składania wniosków o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, złożyli oświadczenia, iż zobowiązują się do przeprowadzenia szkoleń z zakresu:

- wykonywania zabiegów trombektomii (co najmniej dwa szkolenia rocznie) w trakcie trwania Programu,
- postępowania przedszpitalnego w ostrej fazie udaru niedokrwienego, w szczególności w zakresie optymalnego czasu rozpoczęcia zabiegu od chwili wystąpienia objawów u pacjenta (adresowanych do współpracujących z podmiotem leczniczym wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego, dyspozytorów medycznych oraz personelu zespołów ratownictwa medycznego, w tym personelu lotniczych zespołów ratownictwa),

oraz umożliwienia przeszkolenia (rocznie) co najmniej dwóch lekarzy, którzy zdobywają doświadczenie w celu wykonywania zabiegów, tj. szkoleń, o których mowa w § 7 ust. 1 pkt 5 lit. j rozporządzenia MZ w sprawie Programu. Zgodnie z tym przepisem realizator Programu miał obowiązek ich przeprowadzenia. Pozostali realizatorzy Programu (GCM i UCK) nie złożyli takich oświadczeń.

W odniesieniu do UCK, WSS4 i WSS5 umowy zawarto w lutym i marcu 2023 r., zatem nie minął jeszcze okres na przeprowadzenie szkoleń. Natomiast w przypadku GCM (umowę zawarto 7 lutego 2019 r.) Oddział NFZ nie zweryfikował, czy podmiot ten przeprowadził ww. szkolenia. Jak wyjaśnił Dyrektor Oddziału NFZ, przepisy rozporządzenia MZ w sprawie Programu nie nakładają na NFZ konieczności potwierdzenia przeprowadzenia szkoleń przez realizatorów Programu. Dodał, że obowiązkiem świadczeniodawcy jest udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z przepisami rozporządzenia MZ w sprawie Programu.

(akta kontroli str. 270, 347, 551 – 552)

2.2. Podmioty lecznicze przekazywały, w cyklu miesięcznym, raporty statystyczno-medyczne (w których ujmowano m.in. przeprowadzone zabiegi trombektomii mechanicznej) za pomocą Centralnej Bazy Świadczeń²⁸. W związku z wprowadzeniem przez Centralę NFZ reguł weryfikacyjnych i walidacyjnych do CBS, dane zamieszczone w tej bazie przez podmioty lecznicze dotyczące udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej były automatycznie (systemowo) sprawdzane pod kątem prawidłowości ich wykazania, w momencie przekazania raportów statystyczno-medycznych do Oddziału NFZ²⁹. W przypadku wystąpienia błędów w tych raportach

²⁸ Dalej: CBS.

²⁹ Reguły weryfikacyjne dotyczyły sprawdzenia: czy przekazano informację o dodatkowym dokumencie (kod systemu i id-dokumentu), wymagalności wypełnienia ankiety udarowej, przekazania czasu przyjęcia do szpitala w trybach nagłych, przekazania czasu wykonania procedur realizowanych w trybach nagłych, prawidłowego przekazania kodu mz (swiadczenie@kod-swiad), zgodności typu grupy zawodowej (personel-real/typ-pers), czy osoba udzielająca świadczenie występuje w bazie osób personelu w systemie OW NFZ, wymagalności podania przyczyny głównej hospitalizacji zgodnie z obowiązującą ICD10-klasyfikacją chorób i zachorowań, poprawności przekazania przyczyn współistniejących dla hospitalizacji zgodnie z obowiązującą ICD10-klasyfikacją chorób i zachorowań, zgodności kodu ICD10 przyczyny zgonu

pracownicy Oddziału NFZ wyjaśniali z podmiotami leczniczymi przyczyny ich powstania i wskazywali sposób prawidłowego wprowadzenia danych. Wykazane w raportach dane dotyczące udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej można było uzupełnić lub poprawić w danym okresie rozliczeniowym (rocznym).

W latach 2019-2022 nie wystąpiły błędy w raportach statystyczno-medycznych (w odniesieniu do zakresu świadczenia 18.4220.001.02 – trombektomia mechaniczna w ostrej fazie udaru niedokrwinnego) przesłanych przez GCM (tj. jedyne w tym okresie realizatora Programu w województwie śląskim), ewentualnie dane, które zawierały błędy w raportach zostały poprawione w poszczególnym okresie rozliczeniowym. Wszystkie wprowadzone do systemu świadczenia o kodzie 18.4220.001.02 zostały rozliczone i zapłacone przez NFZ.

W I połowie 2023 r. w raportach statystyczno-medycznych nie wystąpiły błędy w odniesieniu do: UCK, WSS4 i WSS5, ewentualnie błędy te zostały poprawione do 1 września 2023 r. (tj. do dnia przeprowadzenia oględzin). Natomiast w odniesieniu do GCM, wg stanu na 1 września 2023 r., wystąpiły błędy w raportowaniu udzielonych świadczeń zdrowotnych w 14 przypadkach (świadczeniach). Błędy te dotyczyły niewypełnienia ankiety udarowej.

(akta kontroli str. 542 – 545)

2.3. W okresie objętym kontrolą, do Oddziału NFZ wpłynęły sprawozdania dotyczące wskaźników realizacji Programu, obejmujące następujące okresy:

- 1) od 1 stycznia do 30 listopada 2019 r.,
- 2) od 1 stycznia 2019 r. do 31 sierpnia 2020 r.,
- 3) od 1 stycznia 2019 r. do 30 listopada 2020 r.,
- 4) od 1 grudnia 2020 r. do 31 maja 2021 r.,
- 5) od 1 czerwca 2021 r. do 30 listopada 2021 r.,
- 6) od 1 grudnia 2021 r. do 31 maja 2022 r.,
- 7) od 1 czerwca do 31 grudnia 2022 r.,
- 8) od 1 stycznia 2023 r. do 30 czerwca 2023 r.

Sprawozdania wymienione w ppkt 1-7 dotyczyły GCM jedyne realizatora Programu w tych okresach (realizował umowę od stycznia 2019 r.), natomiast sprawozdanie w ppkt 8 złożyły cztery podmioty (GCM, UCK, WSS4 i WSS5).

Sprawozdania weryfikowane były pod kątem unikalności numeru PESEL oraz w zakresie poprawności obliczenia wskaźników określonych w tych sprawozdaniach. Po przeprowadzeniu weryfikacji przesyłano je do Centrali NFZ.

(akta kontroli str. 550 – 614)

2.4. Oddział NFZ w trakcie realizacji Programu nie przeprowadzał czynności sprawdzających, jak również nie kierował do Prezesa NFZ wniosków o przeprowadzenie kontroli w podmiotach leczniczych uczestniczących w Programie. Jak wskazała Zastępca Dyrektora Oddziału NFZ ds. Ekonomiczno-Finansowych, w ocenie Oddziału NFZ realizacja umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej odbywała się w sposób prawidłowy. Do Oddziału NFZ nie wpływały informacje o nieprawidłowościach w realizacji umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach Programu.

(akta kontroli str. 424)

2.5. W okresie objętym kontrolą do Oddziału NFZ nie wpłynęły skargi lub wnioski dotyczące realizacji Programu.

(akta kontroli str. 615)

z ICD10-klasyfikacją chorób i zakażeń (wypis/przycz-zgonu), czy dla weryfikowanej pozycji rozliczeniowej wszystkie wykazane w ramach świadczenia procedury ICD9 są zgodne z obowiązującym słownikiem, współwystępowania świadczeń, ceny świadczenia jednostkowego z obowiązującym planem umowy (z wyjątkami).

2.6. Nie wystąpiły przypadki nałożenia przez Oddział NFZ na podmioty lecznicze uczestniczące w realizacji Programu kar umownych z tytułu nieprawidłowego wykonania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

(akta kontroli str. 424)

2.7. W zakresie współpracy Oddziału NFZ z innymi podmiotami, w tym z konsultantami wojewódzkimi z zakresu neurologii, neurochirurgii oraz radiologii i diagnostyki obrazowej, Zastępca Dyrektora Oddziału NFZ ds. Ekonomiczno-Finansowych wskazała, że po zawarciu umów na realizację świadczeń opieki zdrowotnej w ramach Programu Oddział NFZ prowadził doraźne konsultacje z Centralą NFZ. Natomiast na etapie oceny wniosków o zawarcie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych prowadzono bieżące konsultacje w formie telefonicznej z konsultantem wojewódzkim z dziedziny radiologii i diagnostyki obrazowej oraz innymi oddziałami wojewódzkim NFZ.

(akta kontroli str. 425)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki, w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość.

Oddział NFZ nierzetelnie monitorował przypadki braku lub nieterminowej realizacji obowiązków dotyczących zapewnienia całodobowego udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz odbywania dyżuru lekarskiego poza lokalizacją podmiotu leczniczego w opcji „*pod telefonem*”.

W pismach z 17 i 31 października 2019 r. Zastępca Dyrektora Departamentu Analiz i Strategii w Ministerstwie Zdrowia zobowiązała oddziały wojewódzkie NFZ do monitorowania, w cyklu kwartalnym, sytuacji oraz raportowania przypadków braku realizacji lub braku terminowej realizacji obowiązków dotyczących zapewnienia całodobowego udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz odbywania dyżuru lekarskiego poza lokalizacją podmiotu leczniczego w opcji „*pod telefonem*”. Raport dotyczący realizacji ww. obowiązków należało przesłać w terminie do 10 dnia po zakończeniu każdego kwartału.

Ustalono, że GCM raporty dotyczące realizacji ww. obowiązków za IV kwartał 2020 r. oraz I i II kwartał 2021 r. przekazała dopiero 20 sierpnia 2021 r. Pracownicy Oddziału NFZ nie podjęli działań zobowiązujących do terminowego przekazania przez GCM raportów za te okresy. Natomiast realizatorzy Programu, z którymi umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarto w okresie luty-marzec 2023 r. - nie przesłali raportu za I kwartał 2023 r. Powyższe wynikało z faktu, że pracownicy Oddziału NFZ nie przekazali im, w odpowiednim czasie, informacji o obowiązku kwartalnego raportowania przypadków braku realizacji lub braku terminowej realizacji ww. obowiązków.

Kierownik Działu Kontraktowania Świadczeń w Lecznictwie Szpitalnym oraz Zastępca Dyrektora Oddziału NFZ ds. Ekonomiczno-Finansowych wyjaśniły, że wynikało to z niedopatrzenia. W odniesieniu do GCM wskazały dodatkowo, że w związku z wprowadzeniem stanu epidemii COVID-19 na terenie Polski, na Oddział NFZ zostały nałożone dodatkowe zadania. Wymagały one dużego nakładu czasu i pracy oraz zaangażowania w ich realizację wielu pracowników. Również na GCM nałożono wiele dodatkowych zadań, w tym utworzenie i prowadzenie szpitala tymczasowego. Z tych powodów nie wezwano podmiotu leczniczego do terminowego przestawienia raportów.

(akta kontroli str. 480 – 528, 531 – 532)

Ponadto, przesłane przez GCM raporty za poszczególne kwartały w okresie od 1 października 2019 r. do 30 czerwca 2023 r. były niekompletne, gdyż nie wykazano w nich wszystkich udzielonych zabiegów trombektomii. W raportach tych wykazano

jedynie zrealizowane zabiegi u pacjentów przyjętych podczas dyżuru lekarskiego. W ramach prowadzonego monitoringu nie zwrócono uwagi, że w raportach nie ujmowano zabiegów wykonanych przez lekarzy odbywających dyżur poza lokalizacją podmiotu leczniczego w opcji „pod telefonem”. Liczba przeprowadzonych zabiegów wskazana w tych raportach była mniejsza niż wykazana w sprawozdaniach z realizacji Programu. Skutkiem powyższego, Oddział NFZ nie posiadał informacji w zakresie czasu przybycia do szpitala lekarza wykonującego zabieg, który odbywał dyżur poza lokalizacją podmiotu leczniczego w opcji „pod telefonem”.

Na zadane pytanie, *dlaczego w ramach prowadzonego monitoringu/raportowania przypadków braku lub nieterminowej realizacji obowiązków dotyczących zapewnienia całodobowego udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz odbywania dyżuru lekarskiego poza lokalizacją podmiotu leczniczego w opcji „pod telefonem” pracownicy Oddziału NFZ nie zwrócili uwagi na nierzetelne raporty i nie zobowiązali GCM do składania raportów zawierających wszystkie wykonane zabiegi w danym kwartale?*, Dyrektor Oddziału NFZ wskazał, że Oddział monitorował jedynie czas, jaki upływa od momentu przyjęcia pacjenta do szpitala do momentu przybycia do niego lekarza wykonującego zabieg (w ramach zabiegów, które zostały wykazane w raportach) i raportowania braku dotrzymania dopuszczanego czasu. Pomimo że liczba przeprowadzonych zabiegów wskazana w raportach była mniejsza niż wykazana w sprawozdaniach z realizacji Programu, nie wzywano świadczeniodawcy do korekty przesłanych raportów.

(akta kontroli str. 487 – 519, 580 – 608, 611 – 614, 631 – 635)

OCENA CZĄSTKOWA

Oddział NFZ egzekwował od podmiotów leczniczych realizujących Program wykonywanie obowiązków wynikających z zawartych umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie rozliczeń i sprawozdawczości oraz weryfikował otrzymywane dokumenty. Natomiast nierzetelnie monitorował przypadki braku lub nieterminowej realizacji obowiązków dotyczących zapewnienia całodobowego udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz odbywania dyżuru lekarskiego poza lokalizacją podmiotu leczniczego w opcji „pod telefonem”.

IV. Uwaga

Uwaga

W związku ze stwierdzoną nieprawidłowością, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, zwraca uwagę na konieczność rzetelnego monitorowania przypadków braku lub nieterminowej realizacji obowiązków dotyczących zapewnienia całodobowego udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz odbywania dyżuru lekarskiego poza lokalizacją podmiotu leczniczego w opcji „pod telefonem”.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do Dyrektora Delegatury NIK w Katowicach. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwagi

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwagi oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

W przypadku wniesienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.

Katowice, dnia 6 listopada 2023 r.

Kontroler
Witold Wilk
Gł. specjalista kontroli państwowej

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Katowicach

.....