



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Departament Zdrowia

KZD – 4101-04-02/2012

P/12/124

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

ul. Filtrowa 57, 02-056 Warszawa

T +48 22 444 55 17, F +48 22 444 55 61

kzd@nik.gov.pl

Adres korespondencyjny: Skr. poczt. P-14, 00-950 Warszawa 1

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli P/12/124 – Dostępność i finansowanie opieki stomatologicznej ze środków publicznych

Jednostka przeprowadzająca kontrolę Najwyższa Izba Kontroli, Departament Zdrowia

Kontrolerzy Barbara Górkowska, główny specjalista k.p., upoważnienie do kontroli nr 82852 z dnia 20 sierpnia 2012 r.

Małgorzata Szczęsna, starszy inspektor k.p., upoważnienie do kontroli nr 82857 z dnia 3 września 2012 r.

(dowód: akta kontroli str. 1-3a)

Jednostka kontrolowana Narodowy Fundusz Zdrowia – Centrala, ul. Grójecka 186, 02-390 Warszawa, zwany w dalszej treści „Funduszem” lub „NFZ”.

Kierownik jednostki kontrolowanej Agnieszka Pachciarz – Prezes NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 277)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości¹ działalność kontrolowanej jednostki w zakresie zapewnienia dostępności i finansowania opieki stomatologicznej ze środków publicznych w okresie od 1 stycznia 2010 do 16 listopada 2012 r.

Uzasadnienie oceny ogólnej

Pozytywnie oceniono:

- proces przygotowania i przekazania Oddziałom Wojewódzkim (OW) NFZ Zarządzeń w sprawie określenia warunków zawierania umów w rodzaju leczenie stomatologiczne, procedur organizowania konkursów, kryteriów oceny ofert, procedury definiowania priorytetów i planowania zakupu świadczeń;
- sprawowanie nadzoru nad OW NFZ w zakresie kontraktowania i rozliczania świadczeń.

Negatywnie oceniono:

- brak kompleksowych i rzetelnych danych o rzeczywistych kosztach poszczególnych procedur stomatologicznych, co było niezgodne z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej²;

¹ Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna. Jeżeli sformułowanie oceny ogólnej według proponowanej skali byłoby nadmiernie utrudnione, albo taka ocena nie dawałaby prawdziwego obrazu funkcjonowania kontrolowanej jednostki w zakresie objętym kontrolą, stosuje się ocenę opisową, bądź uzupełnia ocenę ogólną o dodatkowe objaśnienie.

² Dz. U Nr 81, poz. 484

- dostosowanie Zarządzenia Nr 55/2010/DSOZ do rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego z opóźnieniem, tj. dopiero po 7 miesiącach od jego wejścia w życie;

- przekazanie Dyrektorom OW NFZ kopii trzech zarządzeń Prezesa NFZ nr: 6/2010/DSOZ, 55/2010/DSOZ i 70/2011/DSOZ z przekroczeniem terminu określonego w § 12 ust. 3 zarządzenia Prezesa NFZ Nr 34/2007/BP.

Jednocześnie NIK zauważył, że nie udało się zapewnić równej dostępności świadczeń stomatologicznych w skali kraju i poszczególnych województw, jak również osiągnąć zakładanego zrównania kosztów tych świadczeń przypadających na jednego ubezpieczonego w oddziałach wojewódzkich.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Finansowanie świadczeń stomatologicznych

Opis stanu
faktycznego

1. Zasady określania zapotrzebowania na świadczenia stomatologiczne

Centrala NFZ nie ustaliła zasad określania zapotrzebowania na świadczenia stomatologiczne. Według Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej (DSOZ) sprawy te należały zgodnie z właściwością do kompetencji Oddziałów Wojewódzkich (OW), w których zapotrzebowania na świadczenia stomatologiczne ustalano na podstawie:

- danych historycznych, tj. według aktualnego poziomu zakontraktowania i wykonania świadczeń, liczby ludności w poszczególnych obszarach kontraktowania, migracji pacjentów między obszarami kontraktowania świadczeń, oraz możliwości finansowych wynikających z obowiązującego planu finansowego. Taką metodę określania zapotrzebowania stosowało 10 OW tj.: Dolnośląski, Śląski, Warmińsko-Mazurski, Wielkopolski, Małopolski, Podlaski, Pomorski, Kujawsko-Pomorski, Świętokrzyski, Łódzki;

- przyjęcia założenia równych nakładów na 1 ubezpieczonego w poszczególnych obszarach kontraktowania, uwzględniając kolejki oczekujących na udzielenie świadczeń stomatologicznych, co miało zastosowanie w Lubelskim OW;

- ustalania liczby ubezpieczonych przypadających na 1 etat świadczeniodawcy, przy świadczeniach ogólnostomatologicznych, tj. objęcie przez jednego lekarza dentystę opieką stomatologiczną 2500 - 3500 mieszkańców, wzorując się na przepisach zawartych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 czerwca 2003 r. w sprawie warunków, jakim powinny odpowiadać wojewódzkie plany zdrowotne oraz zakresu danych niezbędnych do przygotowania takiego planu³. Przywołany akt prawny obecnie nie obowiązuje. Metoda ta była stosowana w OW: Zachodniopomorskim, Opolskim, Podkarpackim i Lubuskim.

- „Założeń do corocznej prognozy kosztów oddziałów wojewódzkich na lata (...)”, przekazywanych przez Centralę NFZ.

[Dowód: akta kontroli str. 1139,1665,1666-1816]

Ponadto Dolnośląski OW przekazał analizę kontraktowania świadczeń na 2010 r., z której wynikało, iż dokonano identyfikacji terenów zamożniejszych i mniej zamożnych, posługując się wskaźnikami: stopy bezrobocia, wielkością populacji mieszkańców danego terenu, wysokością średniego wynagrodzenia. Porównując regiony o różnej stopie bezrobocia i średnim wynagrodzeniu, wysokość przyznanych środków w ramach kontraktów świadczeń stomatologicznych była zróżnicowana, np. w powiecie wałbrzyskim, gdzie stopa bezrobocia stanowiła 20% (najwyższa

³ Dz. U. Nr 115, poz. 1087 - uchylony z dniem 31 grudnia 2004 r.

spośród 5 analizowanych regionów w tym województwie) i średnim wynagrodzeniu 2.707,44 zł, nakłady na świadczenia w przeliczeniu na 10.000 mieszkańców były najniższe i wynosiły 258.239 zł, podczas gdy w regionie legnicko-głogowskim o stopie bezrobocia 12,3 % i średnim wynagrodzeniu 3.710,54 zł, wyniosły 310.000 zł. Zaproponowano by w następnych latach dokonywać podziału środków, uzależniając ich wysokość m.in. od zamożności obszaru kontraktowania świadczeń. Ponadto ustalano oczekiwaną liczbę etatów (wynikających z wyliczenia wartości etatu – liczba punktów pomnożona przez cenę oczekiwaną 1,09 zł, następnie z podzielenia wysokości nakładów na stomatologię przez wartość etatu) i równomiernego ich rozmieszczenia w terenie, (ustalając na 1 etat 6.990 osób ubezpieczonych). Wykazano również, że w małych gminach liczba zakontraktowanych etatów była niższa od liczby oczekiwanej przedstawionej w analizie.

Jednocześnie wykazano, iż w województwie występują 3 gminy, w których nie zakontraktowano świadczeń z powodu braku świadczeniodawców. Planuje się wystąpić o pomoc do Izby Lekarskiej w zaproszeniu świadczeniodawców do tych gmin.

[Dowód: akta kontroli str. 1778]

Lubelski OW wyjaśnił, iż w zakresie ustalania zapotrzebowania na 2011 r. na świadczenia stomatologiczne oraz planowaniu środków przyjęto 8 priorytetów m.in. dążenie do zabezpieczenia równego dostępu do świadczeń, poprzez przyjęcie równych nakładów na 1 ubezpieczonego w poszczególnych obszarach kontraktowania.

Po ustaleniu finansowania w 204 obszarach, zgodnie z ww. kryterium, okazało się, że w przypadku 111 obszarów (za sprawą ujemnych kwot wynikających z migracji zdrowotnej) wartość finansowania zmniejszyła się o 20% i więcej, w stosunku do poziomu wynikającego z równych nakładów na jednego ubezpieczonego, w tym w 5 obszarach nie osiągało pułapu ½ etatu przeliczeniowego. W związku z powyższym przyjęto, że kwoty finansowania w 111 obszarach nie będą mniejsze niż 80% wartości wynikających z równych nakładów na 1 ubezpieczonego.

[Dowód: akta kontroli str.1681-1688]

Z przedstawionej dokumentacji ustalono, iż OW starały się zapewnić elementy dostępności przestrzennej m.in. poprzez określanie w planach kontraktowania świadczeń: obszarów kontraktowania dla poszczególnych zakresów świadczeń, liczby ubezpieczonych przypadających na 1 etat, wyrównywania nakładów na świadczenia w przeliczeniu na 10.000 ubezpieczonych. Obszarami kontraktowania były:

- do zakresów świadczeń ogólnostomatologicznych – gminy lub grupy gmin,
- do zakresów ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do 18 r.ż., protetyki – miasta powiatowe lub grupy powiatów;
- do świadczeń ortodoncji dla dzieci i młodzieży, ogólnostomatologicznych ze znieczuleniem ogólnym; świadczeń dla pacjentów z grupy wysokiego ryzyka chorób zakaźnych; programu ortodontycznej opieki nad dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki – obszarami kontraktowania były grupy powiatów i miasta wojewódzkie.

[Dowód: akta kontroli str.1666-1817]

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Przedstawione wyżej metody określania zapotrzebowania na świadczenia stomatologiczne, w ocenie NIK, zapewniały utrzymanie liczby i wartości świadczeń na poziomie zbliżonym do lat poprzednich. Przykłady z OW Dolnośląskiego oraz Lubelskiego wskazują jednak na niedoskonałość przyjmowanych metod ustalania zapotrzebowania na świadczenia i równomiernego rozdysponowania świadczeń w terenie. Zdaniem NIK istnieje potrzeba ujednolicenia zasad postępowania oraz zaprezentowanie przez Centralę dobrych praktyk w tym zakresie, co przyczyniłoby się do poprawy dostępności świadczeń oraz efektywniejszego wykorzystania środków publicznych.

2. Metodologia wyceny świadczeń stomatologicznych

Wycenę świadczeń stomatologicznych oparto na wycenie punktowej. Wykaz świadczeń wraz z wyceną punktową zawierał załącznik nr 1 pod nazwą "Katalog zakresów i świadczeń w rodzaju leczenie stomatologiczne" do Zarządzeń Prezesa NFZ⁴ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie stomatologiczne.

[Dowód: akta kontroli str. 1160-1192, 1818-1916]

Wycena punktowa świadczeń została wprowadzona do stosowania od 2004 r. w oparciu o wycenę umieszczoną w dwóch projektach rozporządzeń Ministra Zdrowia, tj.:

- w sprawie wykazu bezpłatnych podstawowych świadczeń zdrowotnych lekarza stomatologa oraz podstawowych materiałów stomatologicznych stosowanych przy udzielaniu tych świadczeń,

- w sprawie wykazu bezpłatnych dodatkowych świadczeń zdrowotnych lekarza stomatologa.

W stosunku do pierwszego projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia, Prezes NFZ, w kolejnych latach, podwyższył wycenę punktową 18 (z 116) świadczeń, która jego zdaniem nie gwarantowała pokrycia kosztu badań diagnostycznych (rentgenodiagnostyka, świadczenia zawierające badanie histopatologiczne), a także wycenę świadczeń z zakresu protetyki stomatologicznej i ortodoncji, w związku z przyjęciem modelu kompleksowego finansowania przez Fundusz świadczeń stomatologicznych, z kosztami wykonania protez i aparatów ortodontycznych. Np.: w procedurze nr 23.3102 (od stycznia 2004 r. na podstawie uchwały nr 220 Rady NFZ) podwyższono wycenę z 900 pkt. na 1800 pkt. oraz na 2800 pkt. (od stycznia 2006 r. na podstawie Zarządzenia Nr 83/2005 r. Prezesa NFZ); w procedurze nr 23.3103 z 1400 pkt na 2800 pkt. (od stycznia 2004 r.) i do 3000 pkt. (od stycznia 2007 r.).

[Dowód: akta kontroli str. 288-310, 771, 1136-1137, 1215]

W IV kwartale 2007 r. ówczesny Prezes NFZ na podstawie zarządzenia nr 68/2007/DSOZ z dnia 25 września 2007 r.⁵ podwyższył wycenę punktową wszystkich świadczeń stomatologicznych o 20 %.

Z wyjaśnienia Dyrektora DSOZ wynikało, iż: *"W 2007 r. w celu realizacji ustaleń z Naczelną Radą Lekarską w 2006 r., dotyczących weryfikacji cen świadczeń stomatologicznych, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia podjął decyzję o zwiększeniu środków finansowych przeznaczonych w planie finansowym Funduszu na świadczenia stomatologiczne. Pierwszym etapem realizacji postanowień było wprowadzenie w IV kwartale 2007 r. 20% wzrostu budżetu przeznaczonego na finansowanie świadczeń w ramach umów zawartych na 2007 r., poprzez zwiększenie wyceny punktowej świadczeń stomatologicznych. (...) W planie finansowym NFZ na 2008 r. z dnia 20 września 2007 r. budżet na świadczenia stomatologiczne wzrósł w oddziałach wojewódzkich o ponad 50% do kwoty 1.870.986 tys. zł. Taki wzrost środków finansowych na 2008 r. związany był ze wzrostem wyceny świadczeń oraz ze wzrostem liczby świadczeń stomatologicznych. Wychodząc naprzeciw oczekiwaniom oferentów składających oferty dotyczące wartości jednostki rozliczeniowej, przeprojektowana została aplikacja ofertowa w taki sposób, aby umożliwić wpisywanie ceny jednostki z większą dokładnością (do 1 gr), od 2008 r. wartości punktów w ofertach podawane są w całych groszach, do tego roku oferenci proponowali ułamkowe części grosza (...)"* W związku z tą zmianą dostosowano

⁴ Zarządzenia w sprawie określenia warunków zawierania umów i realizacji umów w rodzaju leczenie stomatologiczne nr 85/2006, 47/2006, 64/2007, 68/2007

⁵ W sprawie : zmieniające zarządzenie w sprawie przyjęcia "Szczegółowych materiałów informacyjnych o przedmiocie postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz o realizacji i finansowaniu umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: leczenie stomatologiczne"

wycenę punktową w Katalogu zakresów i świadczeń w rodzaju leczenie stomatologiczne poprzez podział wyceny punktowej przez 10.

[Dowód: 1138-1139, 1145-1158]

W załączniku nr 1 do zarządzenia nr 59/2009/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 2 listopada 2009 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie stomatologiczne (stosowanego do postępowań w sprawie zawarcia umów na rok 2010), wyszczególniono 116 procedur, w tym 13 dotyczyło świadczeń profilaktycznych dla dzieci i młodzieży do 18 r. ż., wymienionych w załącznikach nr 10 i 11 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego⁶.

[Dowód: akta kontroli str. 1145-1158]

W 2009 r. DSOZ dokonał wyceny 13 świadczeń profilaktycznych dla dzieci i młodzieży wymienionych w ww. rozporządzeniu Ministra Zdrowia. Wycenę punktową sporządzono, poprzez wyodrębnienie części składowych świadczenia i przynależnych do nich wycen punktowych, opisanych w projektach rozporządzeń Ministra Zdrowia z 2003 r., a następnie zwrócono się do OW o przekazanie uwag i swoich propozycji w tym zakresie. OW przekazały proponowane wyceny punktowe. Ostatecznie, za wycenę punktową przyjęto medianę z wszystkich wycen OW i Centrali NFZ. Wyniki prac zostały wykorzystane po raz pierwszy przy kontraktowaniu świadczeń na rok 2010.

[Dowód: akta kontroli str.1138-1139]

Ustalone nieprawidłowości

Do wyceny tej nie wykorzystano informacji od wybranych świadczeniodawców o rzeczywistych kosztach udzielania świadczeń, co było sprzeczne z § 15 ust 3 i 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. ⁷, który stanowił, iż *Prezes Funduszu, na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 1 i art. 159 ust. 2 ustawy o świadczeniach zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, określa jednostki rozliczeniowe dla poszczególnych zakresów świadczeń i ustala wycenę poszczególnych świadczeń w tych jednostkach. Dokonując wyceny, o której mowa w ust. 3, Prezes Funduszu bierze pod uwagę wzajemne relacje kosztowe udzielanych świadczeń, uwzględniając koszty ich udzielania przez świadczeniodawców, a w wybranych zakresach świadczeń także koszty zapewnienia gotowości ich udzielania. W przedmiocie ustalania kosztów oraz relacji kosztowych, o których mowa w ust. 4, w poszczególnych rodzajach i zakresach świadczeń, Fundusz wykorzystuje informacje pozyskane od wybranych świadczeniodawców oraz innych podmiotów, które w ramach dwu- lub wielostronnej współpracy udostępnią dane o kosztach udzielania świadczeń.*

3. Ustalanie wartości jednostek rozliczeniowych

3.1. Zgodnie z zasadami przeprowadzenia konkursów w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz przyjętymi kryteriami oceny ofert, oceniając kryterium ceny porównuje się cenę z oferty z ceną oczekiwaną jednostki rozliczeniowej. Ceną oczekiwaną jest cena wynikająca z wartości zamówienia i planowanej liczby świadczeń opieki zdrowotnej w danym rodzaju lub zakresie, wskazanych przez OW NFZ⁸. Cenę oczekiwaną jednostki rozliczeniowej (punktu, ryczałtu) w danym zakresie świadczeń dyrektor OW ogłasza na stronie internetowej, w formie komunikatu, przed ogłoszeniem konkursu.

⁶ Dz.U. z 2009 r. Nr 140, poz. 1144 ze zm.

⁷ w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej Dz. U Nr 81, poz. 484

⁸ Zarządzenie Nr 73/2009/DSOZ Prezesa NFZ w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej.

Dyrektor DSOZ wyjaśniła, iż zakres informacji dotyczących sposobu ustalania wartości punktu rozliczeniowego znajduje się w kompetencji oddziałów wojewódzkich NFZ. OW wskazały, iż w latach 2010-2012 określano cenę oczekiwaną punktu na poziomie cen z lat ubiegłych, głównie z uwagi na niższe planowane koszty świadczeń stomatologicznych, lub wzorowano się na wartościach określonych przez inne OW, podwyższając względnie obniżając cenę oczekiwaną punktu.

Pomorski OW wyjaśnił, iż w konkursie głównym na zakup świadczeń na lata 2010-2012 w zakresie ogólnostomatologicznym ustalono cenę oczekiwaną na poziomie 1,00 zł. Ostateczna wartość punktu rozliczeniowego, a następnie ceny poszczególnych świadczeń kształtowały się w zależności od liczby i wartości ofert złożonych w poszczególnych postępowaniach. W sytuacji, gdy łączna wartość ofert złożonych w danym postępowaniu przekraczała zaplanowaną wartość uzyskiwano niższe ceny (np.: w powiecie gdańskim wartość punktu rozliczeniowego kształtowała się od 0,89 zł do 1,00 zł, zaś średnia wartość 0,90 zł), natomiast w postępowaniach, w których podaż ofert była znacznie niższa w stosunku do planowanej wartości, cena była wyższa. W takich przypadkach (dot. to powiatów lęborskiego, chojnickiego, sztumskiego), mimo zawarcia kontraktów z wszystkimi oferentami, nie wyczerpano planowanej wartości postępowania, a cena kształtowała się na poziomie 1,15 zł za 1 punkt. W pozostałych powiatach cena punktu ukształtowała się w granicach od 0,95 zł do 1,15 zł. Ogółem dla województwa pomorskiego średnia cena punktu dla świadczeń ogólnostomatologicznych wynosiła 1,01 zł. Na wartość punktu miała wpływ także łączna ocena oferty uwzględniająca kryteria niecenowe.

Świętokrzyski OW, przy kontraktowaniu świadczeń na 2011 r., uznając że ceny z aktualnie realizowanych umów znacznie odbiegały od średnich cen krajowych, postanowił podwyższyć ceny za 1 punkt rozliczeniowy w zakresach:

- ortodoncji o 0,10 zł (z 0,95 zł w 2010 r., do 1,05 zł, tj. o 10,5 %),
- świadczeń stomatologicznych dla pacjentów z grupy wysokiego ryzyka chorób zakaźnych w tym chorych na AIDS o 0,10 zł; (z 1,90 zł w 2010 r. do 2,00 zł o 5,3%),
- protetyki stomatologicznej o 0,05 zł (z 0,95 zł w 2010 r. do 1,0 zł w 2011 r. o 5,3%),
- świadczeń ogólnostomatologicznych udzielanych w znieczuleniu ogólnym o 0,30 zł (z 3,5 zł w 2010 r. do 3,8 zł w 2011 r. o 8,6%) ,
- chirurgii stomatologicznej i periodontologii o 0,05 zł (z 0,95 zł w 2010r. do 1 zł w 2011 r. o 5,3%) ,
- świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży o 0,01 zł (0,90 - 0,95 zł w 2010 r. do 0,91 - 0,96 zł w 2011 r. o 1,1%),
- ogólnostomatologicznym o 0,01 zł (z 0,94 zł, do 0,95 zł w 2011r. o 1,1%)
- stomatologicznej pomocy doraźnej - kwoty ryczałtu - z 400 zł do 450 zł (o 12,5%).

Zachodniopomorski OW, przy kalkulacji kosztów świadczeń stomatologicznej pomocy doraźnej analizował kalkulacje kosztów 12-godzinnego dyżuru udostępnione przez świadczeniodawcę.

Śląski OW zwrócił uwagę na tendencję wzrostu liczby świadczeniodawców przystępujących do kolejnych postępowań konkursowych. Na lata 2011-2013 przyjęto założenie, że cena świadczeń kontraktowanych w rodzaju leczenie stomatologiczne będzie równa cenie z 2010 r. Końcowe ceny za punkt rozliczeniowy wynikały ze złożonych ofert oraz przeprowadzanych negocjacji z oferentami.

Natomiast w Wielkopolskim OW ustalając wartość planów rzeczowo finansowych na 2010 r., w toku aneksowania umów, obniżono cenę jednostki rozliczeniowej (punkt) w następujących świadczeniach:

- ogólnostomatologiczne - zmiana z 1,26 zł na 1,20 zł (o 4,76%),

- ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży - zmiana z 1,20 zł na 1,18 zł (o 1,67%),
- ortodontyczne – zmiana z 1,57 zł na 1,50 zł (o 4,46%),
- świadczenia chirurgii stomatologicznej i periodontologii - zmiana z 1,43 zł na 1,40 zł (o 2,1%),
- protetyki stomatologicznej - zmiana z 1,57 zł na 1,50 zł (o 4,46%).

Na niezmiennym poziomie (od 2009 r.) pozostawiono ceny punktu za świadczenia:

- ogólnostomatologiczne udzielane w znieczuleniu ogólnym 5,70 zł/pkt,
- protetyki stomatologicznej dla świadczeniobiorców po chirurgicznym leczeniu nowotworów w obrębie twarzoczaszki 1,57 zł/pkt,
- stomatologicznej pomocy doraźnej (ryczałt 12 godzin) – 600 zł,
- ryczałtu w programie ortodontycznej opieki nad dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki 280 zł.

Ceny punktu rozliczeniowego w poszczególnych zakresach w latach 2011-2012 pozostały takie same jak w 2010 r.

W Lubelskim OW do kontraktowania świadczeń na 2011 r. przyjęto ceny i liczby jednostek rozliczeniowych w wysokości obowiązującej w 2010 r. Natomiast w zakresie ortodontycznej opieki nad dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki, liczbę jednostek rozliczeniowych (ryczałt miesięczny na osobę) wyznaczono na podstawie realizacji za 6 miesięcy 2010 r., zwiększając, zgodnie z wytycznymi Centrali NFZ wysokość ryczałtu z 230 zł na 281 zł (o 22,2%) na osobę miesięcznie.

Uwagi dotyczące
badanej działalności

NIK zwraca uwagę na niekonsekwencję w postępowaniu Funduszu dotyczącym ustalania cen jednostek rozliczeniowych za świadczenia stomatologiczne. Wysokość ryczałtu w zakresie ortodontycznej opieki nad dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki, została wskazana przez prezesa NFZ w założeniach do planu finansowego na 2011 r. do kwoty 281 zł i do tej stawki dostosowywały się OW, w których kontraktowano te świadczenia po niższych stawkach. W innych świadczeniach oczekiwane ceny punktu ustalały OW w sposób dowolny: utrzymując ceny na poziomie lat poprzednich, obniżając je lub podwyższając, celem dostosowania do cen obowiązujących w innych OW. Działania te były sprzeczne z przepisami § 15 ust 3 i 4 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

[Dowód: akta kontroli str. 1665, 1666-1680, 1681-1687, 1694, 1724-1732, 1796-1805]

3.2. W latach 2010 – I półrocze 2012 r. DSOZ nie prowadził prac związanych z ustalaniem rzeczywistych kosztów świadczeń stomatologicznych. Prace takie były prowadzone w latach 2005-2006. W 2005 roku Naczelna Rada Lekarska przedstawiła "Kalkulację kosztów jednostkowych podstawowych procedur stomatologicznych finansowanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (z uwzględnieniem wymaganego standardu).

W maju 2006 r. DSOZ we współpracy z przedstawicielami Naczelnej Rady Lekarskiej opracował specyfikację zużycia materiałów, czasu pracy, instrumentarium, "drobnego sprzętu", wymaganego do wykonania 10 procedur stomatologicznych, których koszt wykonania w 2005 r. był największy. Specyfikacja ta dotyczyła świadczeń oznaczonych kodami⁹: 23.1502, 23.1503, 23.1504, 23.1505, 23.1601, 23.1006, 23.3103, 23.3104, 23.3105, 23.1703.

⁹ 23.1503-całkowite opracowanie i odbudowa ubytku zęba na 2 powierzchniach, 23.1504 - całkowite opracowanie i odbudowa rozległego ubytku zęba na 2 powierzchniach, 23.1505 - całkowite opracowanie i odbudowa rozległego ubytku zęba na 3 powierzchniach MOD, 23.1601- usunięcie zębów nazębnych na każdą ½ łuku zębówego 1 raz na 12 m. w obrębie całego uzębienia, 23.1006 lakierowanie wszystkich zębów stałych nie częściej niż raz na kwartał za każdą ¼ łuku zębówego,

[Dowód: akta kontroli str.1136-1139]

Kierownik K.K. i główny specjalista K.M. Sekcji podstawowej opieki zdrowotnej i stomatologii w DSOZ, wyjaśnili iż *Naczelna Rada Lekarska (NRL) oraz Oddział Małopolskiej Izby Lekarskiej zgłaszały zastrzeżenia do maksymalnych cen świadczeń stomatologicznych, stosowanych przez Fundusz. Izba zleciła wycenę świadczeń i wskazywała, iż wycena Funduszu jest zaniżona. Wycena NRL została sporządzona na podstawie kosztów zebranych w trzech dużych przychodniach w Krakowie. Wykonawca tej wyceny nie był przekonany, co do możliwości jej zastosowania na terenie całego Kraju w sposób uniwersalny bez żadnych modyfikacji. Wycena ta naszym zdaniem nie była do końca obiektywna. Na polecenie Prezesa NFZ (ustne) powołano zespół składający się z przedstawicieli Naczelnej Izby Lekarskiej i przedstawicieli NFZ. W 2005 r. dokonano specyfikacji kosztowej 10 procedur stomatologicznych, na które w skali kraju NFZ poniósł największe wydatki. (...). Wycena ta nie mogła być stosowana z prawnego punktu widzenia, ponieważ sami ustaliliśmy standardy świadczenia usług stomatologicznych, do czego nie mieliśmy uprawnień. W 2006 r. wycenę rzeczywistą 10 procedur stomatologicznych przedstawiono Prezesowi NFZ. Okazało się, iż koszty tych świadczeń są o 30 % wyższe od wyceny punktowej świadczeń przez Fundusz. Wystąpiono do Departamentu Ekonomiczno-Finansowego z zapytaniem o możliwości finansowe realizacji świadczeń po cenach rzeczywistych. Z odpowiedzi wynikało, iż zawyżyłoby to o 70 % koszty świadczeń.*

W 2007 r. Prezes NFZ zalecił Dyrektorom OW aby dodatkowe środki finansowe, przekazane w planie finansowym, spożytkowane zostały na podwyższenie wyceny punktowej o 20% we wszystkich świadczeniach stomatologicznych, co miało przyczynić się do zwiększenia dostępności do świadczeń. W 2008 r. na okres ok. pół roku wprowadzono w zakresie świadczeń protetyki stomatologicznej i ortodoncji rozdzielną finansowania, tj. technicznego wykonania aparatów ortodontycznych i protez od części kosztów świadczenia wykonywanego przez lekarza oraz kosztu znieczulenia ogólnego od części stomatologicznej. W związku z tym, że rozwiązania te nie zostały zaakceptowane przez świadczeniodawców, zgłaszających wiele zastrzeżeń do takiego sposobu rozliczania, powrócono do kompleksowego modelu finansowania świadczeń włączając ww. koszty w zakres świadczenia.

Departament zwracał się do Prezesa NFZ o zwiększenie środków na świadczenia stomatologiczne.

[Dowód: akta kontroli str.1213-1214]

Ustalone
nieprawidłowości

NFZ nie dysponował kompleksowymi i rzetelnymi danymi o rzeczywistych kosztach poszczególnych procedur świadczeń stomatologicznych, co było niezgodne z przepisami § 15 ust 3 i 4 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r.

4. Analizy Centrali i OW w procesie planowania kosztów

W latach 2009 – 2012 Centrala NFZ przekazywała corocznie do OW informację o przewidywanej kwocie kosztów wszystkich świadczeń bez podziału na ich rodzaje wraz z zaleceniami co do sposobu i zakresu realizacji poszczególnych rodzajów świadczeń. Oddział miał za zadanie dokonać podziału tej kwoty na świadczenia zdrowotne wymienione w pozycjach od B2.1 do B2.18. Planu finansowego. W pozycji B2.8 występowały koszty świadczeń w rodzaju leczenie stomatologiczne. Na 2010 r., 2011 r. i 2012 r. przekazane zostały założenia do sporządzenia projektu planu

23.3103 uzupełnienie braków zębowych przy pomocy protezy częściowej wyłącznie z prostymi doginanymi klamrami w zakresie większym niż 8 brakujących zębów w jednym łuku zębowym, 23.3104 - zaopatrzenie bezzębnej szczęki protezą całkowitą w szczęce łącznie z pobraniem wycisku czynnościowego na łyżce indywidualnej, 23.3105 - zaopatrzenie bezzębnej szczęki protezą całkowitą w żuchwie łącznie z pobraniem wycisku czynnościowego na łyżce indywidualnej, 23.1703 usunięcie głęboko złamanego zęba poprzez dłutowanie wewnątrzzębodołowe przy zastosowaniu wiertel, dźwigni.

finansowego oddziału wojewódzkiego m.in. w rodzaju leczenie stomatologiczne, tj.:

- na 2009 r. cyt.: „(...) w szczególności planuje się przywrócenie zakresu leczenia stomatologicznego dla pacjentów z grupy wysokiego ryzyka chorób zakaźnych, w tym chorych na AIDS.”,
- do planu na 2010 r. podano: „Nie jest planowane dokonywanie zmian w sposobie i zakresie realizacji świadczeń stomatologicznych”,
- do planu na 2011 r. cyt.: „Proponuje się by nakłady na jednego świadczeniobiorcę wyrównać w poszczególnych OW NFZ do najwyższego poziomu w roku 2010, tj. około 54,68 zł, tak aby dostęp do leczenia stomatologicznego mierzony tym wskaźnikiem był zbliżony w całym kraju. Ponadto do czasu zmiany modelu finansowania świadczeń w ramach Programu ortodontycznej opieki nad dziećmi z wadami wrodzonymi części twarzowej czaszki (co miałoby nastąpić począwszy od 2012 r.), należy dążyć do zrównania wysokości stawki ryczałtu miesięcznego w poszczególnych oddziałach, wynoszącej w 2010 r. średnio 281 zł miesięcznie.
- do planu na 2012 r. – „Obecnie nie przewiduje się wprowadzania zmian zasad kontraktowania istotnie wpływających na poziom prognozowanych kosztów w rodzaju leczenie stomatologiczne”.

[Dowód: akta kontroli str. 873-916, 1589-1664]

Zgodnie z art. 120 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, OW miały obowiązek, przekazać coroczną prognozę kosztów oddziałów wojewódzkich oraz projekty planów finansowych. Ponadto OW przekazywały do Centrali NFZ plany zakupu świadczeń. W wyniku badania 3 projektów planów finansowych OW za okres 2010-2012, ustalono, iż na 2010 r.:

- Dolnośląski OW założył, iż planowana wartość świadczeń stomatologicznych na 2010 r. będzie niższa o 9,94% w stosunku do planowanych środków na 2009 r., dynamikę kosztów ustalono na 90,06% (2010/2009), utrzymanie dotychczasowych zasad kontraktowania przy ograniczeniu poziomu ich finansowania;
- Kujawsko Pomorski OW założył, iż nie przewiduje wzrostu finansowania na leczenie stomatologiczne. Planowano środki wysokości 100% zaplanowanych na 2009 r.
- Śląski OW założył, iż na leczenie stomatologiczne zabezpiecza w projekcie planu finansowego kwotę w wysokości 231 374 tys. zł, niższą o 28 220 tys. zł od kwoty ubiegłorocznej tj. o 10,75%.

[Dowód: akta kontroli str.917-986]

W projektach do planu na 2011 r.:

- Dolnośląski OW założył, iż na świadczenia stomatologiczne przeznaczy 100% środków planowanych na 2010 r. (dynamika 100%) oraz utrzymanie dotychczasowych zasad kontraktowania świadczeń.
- Kujawsko-Pomorski OW podał: projekt planu finansowego na leczenie stomatologiczne ustalił na poziomie roku 2010, ponieważ (...) zabezpiecza on dostępność do świadczeń stomatologicznych na terenie województwa. Natomiast uwzględnienie wskazań Centrali, aby starać się osiągnąć najwyższy w kraju wskaźnik 54,68 zł na jednego świadczeniobiorcę, wymagałoby zwiększenia planu o 15.000 tys. zł.(...).
- Śląski OW w projekcie planu finansowego na leczenie stomatologiczne zaplanował kwotę 209.310 tys. zł, tj. wzrost o 23.094 tys. zł. Taki wzrost kosztów nie gwarantował uzyskania wzrostu nakładu na jednego świadczeniobiorcę do kwoty 54,68 zł, proponowanego przez Prezesa NFZ, (...). Planowano osiągnąć w 2011 r. wzrost nakładu na 1 świadczeniobiorcę do 46,60 zł.

[Dowód: akta kontroli str. 917-1020]

W projektach planów na 2012 r.:

- Dolnośląski OW ustalił w rodzaju leczenie stomatologiczne środki w wysokości 121.806 tys. zł, tj. o 700 tys. zł (0,58%) wyższej od planu na 2011 r. (121 105 tys. zł). Przyjęto, iż wzrost nakładów zabezpiecza działania mające na celu zarówno

wyrównanie dostępności do świadczeń ogólnostomatologicznych, jak i poprawę dostępności do świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do 18 r. ż.

- Kujawsko-Pomorski OW ustalił na 2012 r. w rodzaju leczenia stomatologicznego środki w wysokości 96.847 tys. zł. W opisie do projektu planu podano, iż kwota zaplanowana uwzględnia środki na dodatkowe zakontraktowanie świadczeń z zakresu stomatologicznej pomocy doraźnej.
- Śląski OW zaplanował na świadczenia stomatologiczne środki w wysokości 205.965 tys. zł, tj. na poziomie roku 2011, co jak zaznaczono pozwoli zabezpieczyć dostępność do świadczeń na niezmiennym poziomie.

[Dowód: akta kontroli str. 917-952,]

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.

2. Dostęp do usług stomatologicznych finansowanych ze środków publicznych

Opis stanu faktycznego

1. Plan i wykonanie kosztów świadczeń w rodzaju leczenia stomatologicznego

W latach 2010 - 2012, zarówno koszty prognozowane, planowane oraz wykonane, miały tendencję spadkową w porównaniu do 2009 r. Prognozowane koszty na rok: 2009 r. stanowiły kwotę 1.971.620 tys. zł, w 2010 r. - 1.814.762 tys. zł (niższe o 7,96%), w 2011 r. - 1.789.114 tys. zł (niższe o 9,26% w stosunku do 2009 r.), w 2012 r. - 1.778.801 tys. zł (niższe o 9,78% w stosunku do 2009 r.).

Planowane koszty według ostatecznego planu po zmianach wyniosły: w 2009 r. - 1.901.844 tys. zł, w 2010 r. - 1.716.877 tys. zł, w 2011 r. - 1.729.903 tys. zł.

Zrealizowane koszty:

- w 2010 r. wyniosły 1.689.259 tys. zł, tj. o 8,66% niższe niż w 2009 r., a liczba zrealizowanych świadczeń wyrażona w jednostkach rozliczeniowych również była niższa niż w 2009 r. o 110.371.902 punktów, tj. o 6,44%. Według stanu na dzień 15.09.2012 r. OW wykazały, iż wartość wykonanych świadczeń, łącznie z wyrokami sądowymi i ugodami, wyniosła 1.689.972,7 tys. zł, w tym zapłaconych 1.678.262,3 tys. zł (niższa od wykazanej w sprawozdaniu za 2010 r. o 10.997 tys. zł, tj. o 0,65%). Niezapłacone wykonane świadczenia stanowiły wartość 11.599,9 tys. zł (0,68% wykonanych świadczeń łącznie z wyrokami i ugodami).

- w 2011 r. wyniosły 1.710.333 tys. zł, tj. niższe o 7,52% niż w 2009 r., a liczba zrealizowanych świadczeń wyrażona w jednostkach rozliczeniowych była niższa od zrealizowanych w 2009 r. o 108 853 651 punktów, tj. o 6,36%.

Według stanu na dzień 15.09.2012 r. OW wykazały, iż wartość wykonanych świadczeń, łącznie z wyrokami sądowymi i ugodami, wyniosła 1.717.680,8 tys. zł (wyższa od wykazanej kwoty w sprawozdaniu o 0,43%), w tym zapłaconych 1.698.180,8 tys. zł (niższa od wykazanej w sprawozdaniu za 2011 r. o 12.152 tys. zł, tj. o 0,71%). Niezapłacone wykonane świadczenia stanowiły wartość 19.557 tys. zł (1,14% wykonanych świadczeń).

Np.: Świętokrzyski OW przekazał dane dotyczące zrealizowanych kosztów świadczeń stomatologicznych według stanu na 4 września 2012 r., z których wynikało, że za 2010 r. koszty wykonanych świadczeń (łącznie z wyrokami sądowymi i ugodami) stanowiły kwotę 54.025,6 tys. zł (niższą od ujętej w sprawozdaniu za 2010 r. o 1,46%), z tego zapłacone 53.331,2 tys. zł (niższa o 1.500 tys. zł, tj. o 2,7% od wykazanej w sprawozdaniu za 2010 r.). Podobnie za 2011 r. wartość wykonanych świadczeń (łącznie z wyrokami sądowymi i ugodami) stanowiła

kwotę 55.671,6 tys. zł (niższa od wykazanej w sprawozdaniu o 0,29%) z tego zapłaconych 54.650,8 tys. zł (niższa od wykazanej sprawozdaniu o 1.183 tys. zł, tj. o 2,11%). Rozbieżności pomiędzy kwotami zrealizowanych świadczeń wykazanymi w sprawozdaniu finansowym, a danymi przekazanymi kontrolującym, wyjaśniono następująco: „Wartość świadczeń stomatologicznych zapłaconych obejmuje dane o zapłaconych przez Oddział świadczeniach w ramach umów zawartych ze świadczeniodawcami z terenu województwa świętokrzyskiego, sporządzone na podstawie systemu KS-SIKCh wg stanu na dzień 04.09.2012 roku (dotyczy 2010 i 2011 roku).

Koszty świadczeń wykazane w sprawozdaniu z wykonania planu finansowego za 2010 i 2011 rok obejmują dane o kosztach świadczeń zdrowotnych Świętokrzyskiego OW NFZ po zamknięciu ksiąg rachunkowych (za 2010 rok - 22.02.2011 r., za 2011 rok - 21.02.2012 r.) z wyłączeniem pacjentów z innych województw, którzy skorzystali ze świadczeń stomatologicznych na terenie województwa świętokrzyskiego, z uwzględnieniem pacjentów z województwa świętokrzyskiego, którzy skorzystali ze świadczeń stomatologicznych na terenie działalności innych oddziałów wojewódzkich (tzw. migracja ubezpieczonych).

Różnice w kwotach wynikają również z prowadzonej przez OW NFZ weryfikacji i kontroli świadczeń stomatologicznych zarówno za 2010 jak i 2011 rok. Korekty świadczeń w systemie KS-SIKCh, z uwagi na otwartość systemu, uwzględniane są w roku, którego dotyczą, natomiast w systemie FK są księgowane do bieżącego okresu jako koszty świadczeń z lat ubiegłych. [Dowód: akta kontroli str. 1035]

W 15 OW odnotowano spadek zrealizowanych kosztów w latach 2010-2011 w stosunku do 2009 r. Wyjątek stanowił Podlaski OW, gdzie w 2010 r. odnotowano wzrost wykonanych kosztów w stosunku do 2009 r. o 1,35%, a w 2011 r. spadek o 0,53%. Udział kosztów świadczeń stomatologicznych w ogólnych kosztach świadczeń stanowił: w 2009 r. 3,36% (55.038.582,01 tys. zł), w 2010 r. – 2,98% (56.643.910,37 tys. zł), a w 2011 r. 2,94 % (58.224.321,00 tys. zł). Mimo wzrostu ogólnych kosztów świadczeń, koszty w rodzaju świadczenia stomatologiczne zmniejszały się.

[Dowód: akta kontroli str.1932, 1935,1938]

W przypadku świadczeń stomatologicznych nie definiowano priorytetów, kierując się zasadą zachowania dotychczasowej dostępności do świadczeń.

[Dowód: akta kontroli str. 764-765]

Wyjaśniając przyczyny spadku zrealizowanych kosztów świadczeń w rodzaju leczenie stomatologiczne w 2010 r. i w 2011 r., w stosunku do 2009 r., Dyrektor Departamentu Ekonomiczno-Finansowego wskazał, że zjawisko to było konsekwencją ograniczenia dynamiki wzrostu nakładów na koszty świadczeń opieki zdrowotnej w 2010 r., jak i w 2011 r., wynikające m.in. „z utrzymania wysokości składki na ubezpieczenie zdrowotne na poziomie 9% podstawy wymiaru składki oraz pogorszenia się sytuacji makroekonomicznej kraju, w następstwie odczuwalnych skutków światowego kryzysu gospodarczego. Wobec ograniczonej ilości środków, jakimi dysponował Fundusz w latach 2010-2011, w celu zabezpieczenia świadczeniobiorcom dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej na poziomie nie niższym niż w roku 2009, w tym w szczególności:

- w rodzaju leczenia szpitalnego i świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie – w celu zabezpieczenia finansowania świadczeń nielimitowanych oraz ratujących życie i zdrowie świadczeniobiorców,

- kontynuacji finansowania procedur wysokospecjalistycznych (rozpoczętego z dniem 1 kwietnia 2009 r.) i przeszczepów (począwszy od dnia 1 lipca 2009 r.), które do tej pory finansowane były przez Ministerstwo Zdrowia, oddziały wojewódzkie były zmuszone do częściowego ograniczenia nakładów finansowych w pozostałych

rodzajach świadczeń opieki zdrowotnej, w tym m.in. w rodzaju leczenia stomatologicznego, i przyjęcia innych priorytetów finansowania świadczeń zdrowotnych."

[Dowód akta kontroli str. 1936]

Szczególnie niskie wykonanie kosztów świadczeń stomatologicznych w porównaniu do 2009 r. wystąpiło w Śląskim OW, tj. w 2010 r. niższe o 26%, a w 2011 r. o 17,81%, odpowiednio: w Dolnośląskim OW o 9,77% i 12,49%, Zachodniopomorskim OW o 12,54% i 9,36%, Pomorskim OW o 14,18% i o 14,9%, w Wielkopolskim OW o 4,26% i 4,25%.

[Dowód: akta kontroli str. 1935]

Wyjaśniając przyczyny tak wysokiego spadku nakładów na świadczenia stomatologiczne w ww. województwach, Dyrektor DSOZ podała m.in., iż wśród priorytetów wskazanych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz. U. Nr 137, poz. 1126) leczenie stomatologiczne nie zostało wymienione, w związku z tym kontraktowanie świadczeń stomatologicznych przez Narodowy Fundusz Zdrowia nie odbywało się na zasadach preferencyjnych w stosunku do kontraktowania świadczeń innych rodzajów.

[Dowód: akta kontroli str. 1434]

W 2011 r. nie osiągnięto zakładanego przez Centralę NFZ wzrostu średniego kosztu zrealizowanych świadczeń stomatologicznych w przeliczeniu na 1 ubezpieczonego do wysokości 54,68 zł we wszystkich OW. Najwyższy wskaźnik w 2011 r. osiągnął Warmińsko-Mazurski OW – 54,65 zł, który i tak był niższy niż w 2009 r. o 5,80% (58,01 zł). Najniższy wskaźnik osiągnął Mazowiecki OW – 38,54 zł, niższy o 7,23% niż w 2009 r. (41,54 zł). Średni krajowy koszt zrealizowanych świadczeń stomatologicznych w przeliczeniu na 1 ubezpieczonego, w 2009 r. wyniósł 49,56 zł, w 2010 r. 45,35 zł, w 2011 r. 45,73 zł, a w I półroczu 2012 r. 48,54 zł.

W porównaniu do 2009 r. w 15 OW wskaźniki te w latach 2010-2011 były niższe. Szczególnie wysokie spadki ww. wskaźników w 2010 r. odnotowano w Śląskim OW o 25,57%, w Pomorskim o 14,29%, w Lubuskim o 12,89%, w Dolnośląskim o 9,36%.

W 2011 r. najwyższy spadek średniego kosztu leczenia w przeliczeniu na 1 ubezpieczonego odnotowano w OW: Dolnośląskim o 12,42%, Małopolskim o 10,37%, Pomorskim o 15,72%, Śląskim o 17,40 %, Zachodniopomorskim o 9,48%.

Wyższe wskaźniki niż w 2009 r. osiągnięto: w 2010 r. w Podlaskim OW - 51,40 zł (o 1,22%), a w 2011 r. w Opolskim - 46,94 zł (o 0,89%).

[Dowód: akta kontroli str.1071]

Przyczyny spadków średniego kosztu leczenia w ww. OW uzasadniano następująco: Zachodniopomorski OW wyjaśnił, iż przyczyną zmniejszenia nakładów na świadczenia stomatologiczne było niewykonanie przez świadczeniodawców świadczeń w 2009 r. w wysokości 7.744.947 zł. Wartość zakontraktowanych świadczeń stomatologicznych w 2009 r. wynosiła 101.903.113 zł, a wartość zrealizowanych 94.158.166 zł. W związku z powyższym dokonano przesunięć w planie finansowym, dostosowując go do rzeczywistej realizacji świadczeń. W 2010 r. dostosowano cenę punktu do średniej krajowej z 1,18 zł do 1,00 zł co spowodowało obniżenie średniego kosztu leczenia z 55,62 zł do 49,59 zł." [

[Dowód: akta kontroli str. 1082]

Wielkopolski OW wyjaśnił, że w roku 2011 środki finansowe na świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju leczenia stomatologicznego, ze względu na sytuację gospodarczą kraju, zostały zmniejszone w stosunku do roku 2009, co miało również wpływ na spadek średniego kosztu leczenia.

[Dowód: akta kontroli str. 1075]

Dolnośląski OW wyjaśnił: że znaczne zmniejszenie finansowania poszczególnych pozycji w tym m.in. w rodzaju leczenia stomatologicznego, spowodowane była m.in. koniecznością zapewnienia środków na finansowanie przejętych przez Oddziały

świadczeń wynikających z realizacji programów terapeutycznych w ramach chorób rzadkich. [Dowód: akta kontroli str. 1100]

Śląski OW wyjaśnił: „W pierwszej kolejności Oddział zabezpieczał w planie finansowym koszty realizacji świadczeń zdrowotnych dla których nie określa się kwoty umowy, tj.: podstawowa opieka zdrowotna, zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny, środki pomocnicze i lecznicze środki techniczne, refundacja cen leków. W pozostałych rodzajach świadczeń podstawą określenia planowanych kosztów są wytyczne Prezesa NFZ, obowiązujące zarządzenia oraz przewidywane wykonanie, a w szczególności zabezpieczenie dostępności do świadczeń.

W związku z powyższym w projekcie planu finansowego na rok 2011 w rodzaju leczenie stomatologiczne zabezpieczono kwotę 209.310,00 tys. zł, która wynikała z projektowanego przez Oddział wzrostu nakładu na jednego świadczeniobiorcę z 42,60 zł w roku 2010 do poziomu 46,60 zł w roku 2011. Z uwagi na ograniczone środki finansowe nie uwzględniono projektowanego w wytycznych Prezesa NFZ wzrostu do poziomu 54,68 zł. [Dowód: akta kontroli str. 1080]

Pomorski OW wyjaśnił: „Porównanie nakładów na leczenie stomatologiczne w roku 2009 i 2010 należy rozpocząć od porównania planów finansowych Oddziału w tych latach. Z planów tych wyłaniają się priorytety, które wyraźnie wskazują, że największy wzrost nakładów zanotowano w lecznictwie szpitalnym (w szczególności w programach terapeutycznych) i refundacji cen leków w aptekach. Na przeciwnym biegunie znajduje się lecznictwo uzdrowiskowe i leczenie stomatologiczne, które zanotowały spadek nakładów. [Dowód: akta kontroli str. 1083]

Lubuski OW wyjaśnił: Średni koszt leczenia w rodzaju leczenie stomatologiczne (...) w roku 2009 r. wynosił 42,12 zł natomiast w roku 2011 - 41,34 zł. Znaczący spadek ceny nastąpił w roku 2011, tj. po przeprowadzonym postępowaniu konkursowym na lata 2011-2013. W jego wyniku podpisano umowy na realizację świadczeń wg ceny niższej niż obowiązująca w latach poprzednich (0,90 zł).

[Dowód: akta kontroli str. 1098]

Małopolski OW wyjaśnił: „Przyjęte do Planu założenia muszą uwzględniać w pierwszej kolejności finansowanie świadczeń wieńcowych, przeszczepy posiadające w przepisach status „bezlimitowych” (m.in. porody, leczenie inwazyjne ostrych zespołów, podstawowa opieka zdrowotna, programy profilaktyczne), wymagających sfinansowania w pełnej wysokości rzeczywistego wykonania. Odnosząc się do wskaźników finansowych obrazujących finansowanie świadczeń stomatologicznych wyjaśniamy, że obniżenie kwoty środków finansowych dedykowanych na świadczenia medyczne w roku 2010 w stosunku do 2009 związane było przede wszystkim z dwoma przyczynami: ogólną trudną sytuacją finansową Oddziału (niekorzystny dla Małopolski algorytm podziału składki na województwa, skutkujący jednym z najniższych poziomów nakładów finansowych w przeliczeniu na 1 mieszkańca) oraz występowaniem tzw. niewykonania niektórych umów w rodzaju leczenie stomatologiczne.

[Dowód: akta kontroli str. 1095-1096]

NIK zauważa, iż mimo wzrostu w latach 2010-2011 zrealizowanych ogólnych kosztów świadczeń zdrowotnych stosunku do 2009 r., zmniejszały się zrealizowane koszty na świadczenia w rodzaju leczenie stomatologiczne. Niższe ich wykonanie w latach 2010-2011, w porównaniu do 2009 r. wynikało nie tylko z braku środków i niższym ich przydziałem na ten rodzaj świadczeń lecz także m.in. z niewykonania świadczeń przez świadczeniodawców w latach poprzednich (Zachodniopomorskie, Małopolskie), co powodowało planowanie niższych nakładów w latach następnych.

Uwagi dotyczące
badanej działalności

2. Liczba i wartość świadczeń stomatologicznych w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców

Średnia krajowa liczba wykonanych świadczeń w zakresie nr 1 **ogólnostomatologiczne**, w przeliczeniu na 10 tys. ubezpieczonych wyniosła w 2009 r. - 12.036, w 2010 r. zmniejszyła się do 11.535 (o 4,16%), a w 2011 r. do 11.616 (o 3,49% w stosunku do 2009 r.). W ślad za tym zmniejszyła się średnia liczba rozliczonych jednostek rozliczeniowych z 352.562 w 2009 r. do 330.325 w 2010 r. (o 6,31%) i do 331.875 w 2011 r. (o 5,87% w stosunku do 2009 r.).

W porównaniu do 2009 r. spadek liczby wykonanych świadczeń w 2010 r. wystąpił w 12 OW i w 2011 r. też w 12 OW. Szczególnie niskie wykonanie liczby świadczeń w 2011 r. wystąpiło w OW: Dolnośląskim o 11,40%, w Pomorskim o 12,14 %, w Śląskim o 14,78 %, Łódzkim o 6,31%, Warmińsko-Mazurskim o 6,87%, Lubelskim o 4,40%, Podkarpackim o 3,84%.

Niższe spadki odnotowano w OW: Kujawsko-Pomorskim o 0,54%, Mazowieckim o 1,60%, Podlaskim o 0,70%, Świętokrzyskim o 0,78%.

W 2011 r. w 4 OW odnotowano wzrost liczby świadczeń ogólnostomatologicznych w porównaniu do 2009 r., tj. w Małopolskim o 7,91%, Zachodniopomorskim o 6,46%, Wielkopolskim o 2,75%, Opolskim o 1,88%. W Opolskim i Zachodniopomorskim wraz ze wzrostem liczby świadczeń, wzrosła liczba jednostek rozliczeniowych i nakładów finansowych z tym związanych. Natomiast w OW Wielkopolskim i Małopolskim mimo wzrostu liczby świadczeń nie wzrosła liczba jednostek rozliczeniowych jak i nakładów finansowych na świadczenia, co oznaczało wykonanie większej liczby świadczeń o niskiej wycenie punktowej.

[Dowód: akta kontroli str. 1944-1947]

W 2011 r. wraz ze spadkiem liczby wykonanych świadczeń w 12 OW, wystąpił spadek liczby rozliczonych jednostek rozliczeniowych jak i wartości tych jednostek, np:

- w Dolnośląskim OW liczba świadczeń zmalała o 11,40% (z 10.702 w 2009 r. do 9481 w 2011 r.), liczba punktów rozliczeniowych o 18,15% (z 320.294 pkt w 2009 r. do 262.164 pkt w 2011 r.), a wartość świadczeń o 18,92% (z 347.280 zł w 2009 r. do 281.560 zł w 2011 r.),

- w Pomorskim OW liczba świadczeń zmalała o 12,14% (z 13.183 w 2009 r. do 11.583 w 2011 r.) liczba rozliczonych punktów o 11,95% (z 385.750 pkt w 2009 r. do 339.649 pkt w 2011 r.), a wartość o 21,81% (z 437.435 zł w 2009 r. do 342.027 zł w 2011 r.),

- w Śląskim OW liczba świadczeń zmalała o 14,78% (z 13.223 w 2009 r. do 11.269 w 2011r.) liczba rozliczonych punktów o 19,38% (z 452.372 pkt. w 2009 r. do 364 716 pkt. w 2011 r.), a wartość o 20,03% (z 488.559 zł w 2009 r. do 390.697 zł w 2011r.),

- w Łódzkim OW liczba świadczeń zmalała o 6,31% (z 13775 w 2009 r. do 12.906 w 2011 r.) liczba punktów rozliczeniowych o 2,57% (z 382.308 pkt. w 2009 r. do 372.494 pkt w 2011 r.), a wartość o 2,59% (z 359.248 zł w 2009 r. do 349 955 zł w 2011r.);

- w Lubelskim OW liczba świadczeń zmalała o 4,4% (z 15.501 w 2009 r. do 14.819 w 2011 r.) liczba rozliczonych punktów o 2,95% (z 395.369 pkt w 2009 r. do 383.712 pkt w 2011 r.), a wartość o 3,95 % (z 378.949 zł w 2009 r. do 363.977 zł w 2011 r.),

[Dowód: akta kontroli str.1072-1074D]

W zakresie nr 2 **świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży** średnia krajowa liczba wykonanych świadczeń w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców - w 2009 r. wyniosła 2.480, w 2010 r. 2.399 (niższa o 3,26%), a w 2011 r. 2.564 (wyższa niż w 2009 r. o 3,39%). Świadczenia te były udzielane również w zakresie nr 1.

Najniższy wskaźnik liczby świadczeń w przeliczeniu na 10 tys. ubezpieczonych osiągnięto w OW:

- w 2009 r. w Śląskim - 233, w Lubuskim - 224, Warmińsko-Mazurskim - 304,
- w 2010 r. w Lubuskim - 228, Śląskim - 220, Warmińsko-Mazurskim - 293;
- w 2011 r. w Warmińsko-Mazurskim 294, Śląskim - 329, Dolnośląskim - 653.

Najwyższy wskaźnik osiągnięto w OW:

- w 2009 r. w Lubelskim - 7.214, Małopolskim - 7.003, Zachodniopomorskim - 3.673;
- w 2010 r. w Małopolskim - 7.201, Lubelskim - 6.935, Kujawsko-Pomorskim - 3.421,
- w 2011 r. w Lubelskim - 7.168, Małopolskim - 6.526, Zachodniopomorskim - 3.237.

Wzrost liczby świadczeń w porównaniu do 2009 r. wystąpił:

- w 2010 r. w 7 OW, m.in. w: Lubuskim o 1,39%, Mazowieckim o 2,76%, Opolskim o 1,41%, Pomorskim o 6,96% i Świętokrzyskim o 2,70%,
- w 2011 r. w 8 OW, m.in. w: Lubuskim o 559,79% (z 224 do 1.481), Mazowieckim o 91,42% (z 837 do 1.602), Śląskim o 41,43% (z 233 do 329), Pomorskim o 27,90% (z 1.077 do 1.378).

Spadek liczby świadczeń w porównaniu do 2009 r.:

- w 2010 r. wystąpił w 9 OW, największy w Zachodniopomorskim o 15,72% (z 3.672 w 2009 r. do 3.095 w 2010 r.) i odpowiednio w Podkarpackim o 13,82% (z 1.894 do 1.632), w Kujawsko-Pomorskim o 2,97% (z 3.526 do 3.421), Łódzkim o 8,62% (z 3.100 do 2.832);
- w 2011 r. wystąpił w 8 OW, największy w Dolnośląskim o 15,89% (z 776 do 653) i odpowiednio w Kujawsko-Pomorskim o 12,49% (z 3.526 do 3.085).

Średnia krajowa wartość wykonanych i zapłaconych jednostek rozliczeniowych w przeliczeniu na 10 tys. ubezpieczonych wyniosła:

- w 2009 r. - 29.295 pkt. o wartości 31.102 zł, przy średniej cenie punktu 1,06 zł,
- w 2010 r. - 28.417 pkt. o wartości 29.133 zł, mimo iż średnia cena punktu wyniosła 1,03 zł.
- w 2011 r. - 31.269 pkt., o wartości 31.930 zł, przy średniej cenie punktu 1,02 zł.

W 2009 r. Opolski OW rozliczył 53.786 pkt. o wartości 61.843 zł, przy średniej cenie punktu 1,15 zł, natomiast w 2010 r., w wyniku niższej średniej ceny punktu wynoszącej 1,10 zł rozliczono 54.176 pkt (o 0,72% więcej niż w 2009 r.) o wartości 59.493 zł (o 3,80% niższej niż w 2009 r.). Wzrosła też liczba wykonanych świadczeń z 3.183 w 2009 r. do 3.227 w 2010 r. (o 1,4%). W 2011 r. odnotowano dalszy wzrost liczby rozliczonych punktów do 57.986 pkt o wartości 63.717 zł, przy średniej cenie punktu 1,10 zł. Liczba świadczeń wzrosła do 3.531 (o 10,96% w porównaniu z 2009 r.).

W Pomorskim OW w 2009 r. rozliczono 15.223 pkt. o wartości 17.345 zł przy średniej cenie punktu 1,14 zł, natomiast w 2010 r. rozliczono 16.348 pkt (o 7,4% więcej) o wartości 17.520 zł, większej tylko o 175 zł niż w 2009 r., ponieważ cena 1 pkt. wyniosła 1,07 zł. [Dowód: akta kontroli str. 1071A]

W zakresie Nr 6 **świadczenia ortodontyki** średnia krajowa liczba świadczeń na 10 tys. mieszkańców w 2009 r. wynosiła 589, w 2010 r. - 556 (niższa o 5,60%), w 2011 r. 539, (niższa o 8,48% niż w 2009 r.). W 2011 r. w porównaniu do 2009 r. tylko w 2 OW wystąpił wzrost liczby świadczeń: w Mazowieckim o 3,47% oraz Zachodniopomorskim o 12,99%.

W pozostałych 14 OW liczba świadczeń miała tendencję spadkową. Szczególnie wysokie spadki liczby świadczeń wystąpiły w Lubuskim OW o 24,89%, Podkarpackim OW o 14,35%, Podlaskim OW o 15,00%, Śląskim OW o 18,35% Wielkopolskim OW 16,33%.

Średnia krajowa liczba rozliczonych jednostek w 2009 r. stanowiła 29.305 pkt. o wartości 35.372 zł, w 2010 r. była ona niższa o 1,89% (28.751 pkt.), a wartość jednostek niższa o 4,28% (33.859 zł). W 2011 r. w porównaniu z 2009 r. zmniejszył się spadek liczby rozliczonych jednostek rozliczeniowych i wynosił 0,46% (29.171 pkt.) i wartości jednostek o 3,04% (34.295 zł).

W 2010 r. w porównaniu do 2009 r. wystąpił spadek liczby punktów rozliczeniowych jak i ich wartości w 10 OW, najwyższy w Lubuskim (o 12,04% punktów i o 15,42% wartości), w Świętokrzyskim (o 12,35% punktów i o 12,29% wartości) i w Wielkopolskim (o 13,27% punktów i o 16,63% wartości).

Cena jednostki rozliczeniowej miała bezpośredni wpływ na liczbę rozliczonych jednostek i ich wartość, np.:

- w Zachodniopomorskim OW w wyniku obniżenia średniej ceny jednostkowej punktu z 1,38 zł do 1,30 zł rozliczono w 2010 r. o 5,43% jednostek rozliczeniowych więcej o wartości niższej o 0,68% niż w 2009 r.

- w Opolskim OW w wyniku obniżenia średniej ceny jednostkowej punktu z 1,30 zł do 1,20 zł, rozliczono w 2010 r. o 3,13% jednostek więcej o wartości niższej o 4,85% niż w 2009 r. [Dowód: akta kontroli str. 1074E]

Uwagi dotyczące
badanej działalności

NIK zauważyła, iż w ww. zakresach świadczeń stomatologicznych w latach 2010-2011 rozliczono mniej jednostek rozliczeniowych i o niższej wartości niż w 2009 r. Ponadto, im niższa cena punktu tym większą liczbę jednostek rozliczeniowych wykonali świadczeniodawcy.

3. Wytyczne Centrali w sprawie zasad kontraktowania świadczeń

Opis stanu
faktycznego

W latach 2010-2012 Centrala NFZ przekazywała oddziałom wojewódzkim aktualne wersje procedur kontraktowania świadczeń pn. „Procedury konkursu ofert lub rokowań prowadzonych na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych”, tj.:

- wersję 5.5 dotyczącą kontraktowania na 2010 r., pismem z dnia 12.11.2009 r.,
- wersję 5.6 dotyczącą kontraktowania na 2011 r., pismem z dnia 1.09.2010r.,
- wersję 5.7 dotyczącą kontraktowania na 2011 r., pismem z dnia 3.01.2011 r.,
- wersję 5.8 dotyczącą kontraktowania na 2011 r., pismem z dnia 3.02.2011 r.,
- wersję 5.9 dotyczącą kontraktowania na 2012 r., pismem z dnia 29.09.2011 r.

[Dowód: akta kontroli str. 1939-1943]

Procedury zawierały definicje, terminologię, używane skróty, w tym kody trybu postępowania¹⁰ oraz opis poszczególnych etapów postępowania prowadzonego w oddziale, mającego doprowadzić do wyboru ofert i zawarcia umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, od momentu jego przygotowania do momentu rozpatrzenia odwołań od rozstrzygnięć postępowań konkursowych.

Do poszczególnych etapów postępowania przypisano stosowne załączniki. W przypadku odstąpienia od procedury należało każdorazowo powiadomić Prezesa NFZ. Ogłoszenie o postępowaniu należało opublikować: na tablicy informacyjnej, stronie internetowej oraz przekazać do izby zrzeczającej zawody medyczne.

[Dowód: akta kontroli str. 1939-1943 procedura]

Ponadto Prezes NFZ wydał zarządzenia¹¹ m.in. nr 73/2009/DSOZ z dnia 13 listopada 2009 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, obowiązujące do stosowania przy kontraktowaniu świadczeń na 2010 r. W załączniku nr 1 podano tabelę nr 1.4 w której wymieniono kryteria oceny ofert w rodzaju leczenie stomatologiczne. Zarządzenie to zostało dostosowane, zgodnie z decyzją Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów nr RWA-9/2009, poprzez usunięcie zapisu w kryterium „ciągłość” - okoliczności realizowania przez oferenta, w dniu złożenia oferty, leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń na podstawie umowy zawartej z NFZ (Zarządzenie Prezesa NFZ Nr 71/2007/DSOZ). Zapis ten UOKiK uznał za praktykę ograniczającą konkurencję i naruszającą zakaz

¹⁰ np 1- konkurs ofert, 2 rokowania (art 144 pkt 1), 3 rokowania (art 144pkt.2), 4 – rokowania (art 144 pkt 3), 5 negocjacje umowy wieloletniej

¹¹ Nr 73/2009/DSOZ z 13 listopada 2009 r. oraz Nr 54/2011/DSOZ z 30 września 2011 r.

nadużywania pozycji dominującej, o którym mowa w art 9 ust 1 i ust 5 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów¹² i nałożył karę pieniężną w wysokości 1.145.512 zł. NFZ odwołał się od decyzji Prezesa UOKiK do Sądu Okręgowego w Warszawie Wydz. XVII Ochrony Konkurencji i Konsumentów, który w dniu 12 kwietnia 2011 r. odwołanie oddalił. Od wyroku ww. sądu złożono apelację do Sądu Apelacyjnego, który po rozpoznaniu sprawy w dniu 16 maja 2012 r. apelację oddalił. W dniu 30 maja 2012 r. przekazano na rachunek UOKiK kwotę 1.145.512 zł tytułem kary pieniężnej. [Dowód: akta kontroli str. 774-810 A-F,]

3. Opracowanie i przekazanie OW NFZ Zarządzeń Prezesa NFZ w sprawie kontraktowania świadczeń stomatologicznych

Opis stanu faktycznego

Warunki zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie stomatologiczne oraz kryteria oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów na 2010 r. zostały ustalone zarządzeniami Prezesa NFZ: Nr 59/2009/DSOZ z dnia 2 listopada 2009 r.¹³, podpisanym w terminie 34 dni od upływu terminu zgłaszania uwag do projektu i Nr 73/2009/DSOZ z dnia 13 listopada 2009 r.¹⁴, podpisanym w terminie 24 dni od upływu terminu zgłaszania uwag do projektu.

Publikacja szablonu uaktualniającego narzędzia informatyczne niezbędne do obsługi procesu zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nastąpiła w dniu 27 listopada 2009 r. tj. w terminie 25 i 14 dni od podpisania ww. zarządzeń¹⁵.

W 9 OW wartość zakontraktowanych świadczeń w rodzaju leczenie stomatologiczne na dzień 31 stycznia 2010 r. wynosiła poniżej 90% wartości planu kosztów świadczeń zdrowotnych. Dyrektorzy OW NFZ poinformowali, że świadczeniodawcy udzielali świadczeń od początku 2010 r., a wskazany niski poziom zakontraktowania wynika z opóźnień przygotowania umów w formie papierowej do podpisu oraz występującymi problemami technicznymi w działaniu aplikacji internetowej, co powodowało trudności w przygotowaniu wersji elektronicznych umów, a także obowiązywania krótszych okresów rozliczeniowych np. półrocznych.

Na 2011 r. warunki zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie stomatologiczne oraz kryteria oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów określały zarządzenia Prezesa NFZ Nr 55/2010/DSOZ z dnia 14 września 2010 r.¹⁶ oraz Nr 73/2009/DSOZ.

Publikacja szablonu narzędzi informatycznych nastąpiła 15 września 2010 r.¹⁷

W 6 OW NFZ wartość zakontraktowanych świadczeń w rodzaju leczenie stomatologiczne na dzień 31 stycznia 2011 r. wynosiła poniżej 90% wartości planu kosztów świadczeń zdrowotnych. Dyrektorzy 4 OW jako przyczynę wskazali okoliczności takie jak w roku 2010. Dyrektor Podkarpackiego OW podał, że umowy o leczenie stomatologiczne na lata 2011-2013 były zawierane w kilku etapach, w

¹² z 2007 r. Dz. U. Nr 50, poz. 331 ze zm.

¹³ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie stomatologiczne

¹⁴ w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

¹⁵ Po opublikowaniu ww. szablonu Prezes NFZ podpisał zarządzenie nr 6/2010/DSOZ z dnia 19 stycznia 2010 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie stomatologiczne– zmiana związana wyłącznie ze zmianą rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego. Zmiany wynikające z tego zarządzenia zostały wprowadzone do szablonu i opublikowane w dniu 21 stycznia 2010 r.

¹⁶ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie stomatologiczne

¹⁷ Po opublikowaniu ww. szablonu Prezes NFZ podpisał zarządzenie nr 16/2011/DSOZ z dnia 4 kwietnia 2011 r. Zmiany dotyczyły szablonu obowiązującego od 1 stycznia 2012 r. - data publikacji: 21 października 2011 r.

związku z protestem części lekarzy stomatologów, którzy odmawiali podpisywania umów w pierwszym postępowaniu konkursowym. Dyrektor Mazowieckiego OW NFZ poinformował, że przeprowadzone w IV kwartale 2010 r. postępowania konkursowe nie zabezpieczały świadczeń we wszystkich gminach, m.in. z powodu braku chętnych do udzielania świadczeń.

Na 2012 r. warunki zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie stomatologiczne oraz kryteria oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów, ustalone były zarządzeniami Prezesa NFZ Nr 55/2010/DSOZ oraz Nr 54/2011/DSOZ z dnia 30 września 2011 r.¹⁸

Szablony postępowań służące do ogłoszenia postępowań w rodzaju leczenie stomatologiczne zostały przekazane OW NFZ 21 października 2011 r.

W 3 OW wartość zakontraktowanych świadczeń w rodzaju leczenie stomatologiczne na dzień 31 stycznia 2010 r. wynosiła poniżej 90% wartości planu kosztów świadczeń zdrowotnych. Dyrektorzy OW jako przyczynę wskazali okoliczności takie jak w roku 2010.

[Dowód: akta kontroli str.119-124, 148-152, 464-466, 686- 669, 694-699,704-705, 1440-1458, 1561, 1565-1572, 1580-1588]

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Najwyższa Izba kontroli zwraca uwagę na długi okres jaki minął od upływu terminu zgłaszania uwag do projektów zarządzeń na 2010 r. nr 59/2009/DSOZ i 73/2009/DSOZ do dnia przekazania uaktualnionych narzędzi informatycznych niezbędnych do obsługi procesu zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, tj. 59 i 38 dni. Z informacji uzyskanych w OW NFZ wynika, że powyższe nie wpłynęło jednak w znaczący sposób na kontraktowanie świadczeń w rodzaju leczenie stomatologiczne na 2010 r.

Opis stanu
faktycznego

Informacje o wskazywanych terminach konsultacji projektów zarządzeń Prezesa NFZ, trwających 14 dni, zamieszczane były w formie komunikatów na stronie internetowej Centrali NFZ. Fundusz nie przekazał Naczelnej Radzie Lekarskiej, Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położonych oraz reprezentatywnym organizacjom świadczeniodawców informacji o udostępnieniu (drogą pocztową, za pomocą telefaksu lub poczty elektronicznej) do konsultacji projektu zarządzenia Nr 73/2009/DSOZ do czego był zobowiązany przez § 2 ust. 3 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej¹⁹

Zastępca Dyrektora DSOZ wyjaśnił, że *informacja o udostępnieniu ww. projektu do konsultacji została przekazana w formie komunikatu zamieszczonego na stronie internetowej. W ten sposób ww. podmioty zostały skutecznie poinformowane o możliwości zgłaszania uwag do projektu.*

Informacje o udostępnieniu pozostałych projektów zarządzeń dotyczących leczenia stomatologicznego do konsultacji zostały przekazane ww. podmiotom.

(dowód: akta kontroli str. 676-693, 699-703, 719-739, 1580-1581)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że pomimo przekazania przez niektóre uprawnione podmioty opinii o projekcie zarządzenia Nr 73/2009/DSOZ,

¹⁸ Nr 54/2011/DSOZ w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zmienione m.in. zarządzeniem Nr 70/2011/DSOZ z dnia 20 października 2011 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zawierającym załączniki dotyczące rodzaju leczenia stomatologiczne.

¹⁹ Dz. U. Nr 81, poz.484.

niepoinformowanie bezpośrednio (drogą pocztową, za pomocą telefaksu lub poczty elektronicznej) Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz reprezentatywnych organizacji świadczeniodawców o udostępnieniu do konsultacji projektu tego zarządzenia stanowiło niepełną realizację obowiązku określonego w § 2 ust. 3 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

(dowód: akta kontroli str. 262-265).

Opis stanu faktycznego

NFZ przekazywał powyższe zarządzenia do Ministra Zdrowia w terminie do trzech dni od daty ich podpisania, tj. zgodnie z art. 163 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych²⁰

Zgodnie z § 12 ust. 3 zarządzenia Prezesa NFZ Nr 34/2007/BP²¹ kopie podpisanych zarządzeń Prezesa, Biuro Prawne przekazuje OW NFZ w ciągu 3 dni roboczych od dnia ich podpisania. Biuro Prawne przesłało do Dyrektorów OW NFZ z przekroczeniem ww. terminu trzy zarządzenia Prezesa NFZ tj. Nr 6/2010/DSOZ - 9 dni roboczych od dnia podpisania, Nr 55/2010/DSOZ - 8 dni roboczych oraz Nr 70/2011/DSOZ - 6 dni roboczych.

(dowód: akta kontroli, str. 122-147, 612-618, 707-714 i 1581-1582)

Ustalone nieprawidłowości

Przekazanie Dyrektorom OW NFZ kopii trzech zarządzeń Prezesa NFZ nr: 6/2010/DSOZ, 55/2010/DSOZ i 70/2011/DSOZ z przekroczeniem terminu określonego w § 12 ust. 3 zarządzenia Prezesa NFZ Nr 34/2007/BP.

Opis stanu faktycznego

Minister Zdrowia rozporządzeniem z dnia 29 lipca 2010 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego²² wprowadził możliwość udzielania świadczeń *proteza dziecięca częściowa* oraz *proteza dziecięca całkowita* jedynie w zakresie świadczenia ortodoncji dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. r. ż. Powyższe rozporządzenie weszło w życie z dniem 31 sierpnia 2010 r., a umowy zawarte przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia mogły być realizowane na dotychczasowych zasadach, jednak nie dłużej niż do dnia 31 grudnia 2010 r.

Prezes NFZ wprowadził zapis dotyczący udzielania procedur protezy dziecięcej częściowej i całkowitej, jedynie w zakresie świadczenia ortodoncji dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. r. ż. z dniem 4 kwietnia 2011 r.²³ Do tego dnia w zarządzeniu nr 55/2010/DSOZ widniał zapis, że powyższe świadczenia dodatkowo można było udzielać w 4 zakresach²⁴, jednakże w pakietach świadczeń do systemu informatycznego służącego do sprawozdawania wykonanych procedur oraz rozliczania ich, przyporządkowane zostały natychmiast w sposób określony w ww. rozporządzeniu, tj. tylko do jednego zakresu.

OW NFZ w 2011 r. finansowały ww. świadczenia udzielane jedynie w zakresie świadczenia ortodoncji dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 r.ż.

²⁰ Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.

²¹ Zarządzenie z dnia 4 czerwca 2007 r. w sprawie zasad i trybu opracowywania, uzgadniania oraz wydawania aktów prawnych zmienione zarządzeniem Nr 100/2008/BP Prezesa NFZ z dnia 28 października 2008 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie zasad i trybu opracowywania, uzgadniania oraz wydawania aktów prawnych.

²² Dz. U. Nr 149, poz. 1003.

²³ Zarządzeniem Nr 16/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 4 kwietnia 2011 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia stomatologiczne.

²⁴ świadczenia ogólnostomatologiczne, ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. r.ż., stomatologiczne dla świadczeniobiorców z grupy wysokiego ryzyka chorób zakaźnych, w tym chorych na AIDS oraz protetyki stomatologicznej.

**Ustalone
nieprawidłowości**

Dostosowanie Zarządzenia Nr 55/2010/DSOZ z opóźnieniem, tj. dopiero po 7 miesiącach od wejścia w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego.

**Opis stanu
faktycznego**

Minister Zdrowia w rozporządzeniu z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych²⁵ podał zasady realizacji programu zdrowotnego „Ortodontyczna opieka nad dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki” (zwany dalej „programem zdrowotnym”). Przy realizacji programu zdrowotnego pojawiły się dwa problemy:

- pacjentom, którzy ukończyli 18 rok życia przysługuje leczenie w programie pod warunkiem, że jest to kontynuacja leczenia podjętego przed 1 stycznia 2008 r.,
- błąd redakcyjny polegający na zastosowaniu niewłaściwej numeracji („ppkt 4” zamiast „ppkt 5”), który sprawiał, że zgodnie z rozporządzeniem, leczenie po 18 r.ż. przysługuje wyłącznie pacjentom z cherubizmem.

NFZ zgłaszał Ministrowi Zdrowia zasadność umieszczenia w rozporządzeniu zapisu „otwartego”, nie wskazującego roku, w którym rozpoczęcie leczenia uprawnia do jego kontynuacji oraz poprawienia numeracji punktów, jednak w związku z niedokonaniem do listopada 2010 r. wnioskowanych zmian, Prezes NFZ 10 grudnia 2010 r. zalecił Dyrektorom OW NFZ bezwzględne przestrzeganie przepisów ww. rozporządzenia oraz windykację środków finansowych nienależnie, tj. niezgodnie z przepisami ww. rozporządzenia, wypłaconych świadczeniodawcom.

Wskazane wyżej ograniczenia leczenia pacjentom, którzy ukończyli 18 rok życia zostały zniesione rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych²⁶. W § 2 rozporządzenia podano, iż uregulowania tego aktu normatywnego stosuje się do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych od 1 lipca 2011 r.

Minister Zdrowia przekazał Prezesowi NFZ stanowiska, że przedmiotowa regulacja ma w istocie retroaktywny charakter, ponieważ daje podstawę do objęcia kontynuacją leczenia tych pacjentów, którzy ukończyli 18 r. ż., nienależnie od tego kiedy podjęli leczenie w ramach programów zdrowotnych i jakie schorzenie było podstawą takiego leczenia oraz zauważył, iż takie regulacje są dopuszczalne, o ile mają pozytywny wpływ na adresatów tych regulacji - a tak jest w tym przypadku.

Pisma Ministra Zdrowia wraz z opiniami Biura Prawnego Centrali NFZ dopuszczających możliwość zastosowania retroaktywnych regulacji, Prezes NFZ przesyłał do Dyrektorów OW NFZ podkreślając, że podejmowanie decyzji w kwestii „czy należy kontynuować, czy też przerwać postępowania windykacyjne prowadzone w tym zakresie” należy do zakresu zadań dyrektora OW NFZ.

Świadczeniodawcy w okresie 2010 – I poł. 2011 r. udzielili świadczenia pacjentom, którzy ukończyli 18 rok życia, a kontynuowali leczenie podjęte po 1 stycznia 2008 r. oraz pacjentom, którzy ukończyli 18 r.ż., a byli leczeni z innego powodu niż cherubizm, na kwotę 585.377 zł.

²⁵ Dz. U. Nr 140, poz. 1148

²⁶ Dz. U. Nr 52, poz. 271.

OW NFZ zakwestionowały część wykonanych świadczeń i ostatecznie zapłaciły kwotę 354.705 zł, a kwotę 230.672 zł zwindykowały od Świadczeniodawców²⁷.

(Dowód: akta kontroli, str. 153-175, 351-428, 471-473, 572-604, 610-611, 740-743)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę na nierówne traktowanie przez NFZ pacjentów, którzy ukończyli 18 r. ż. i świadczeniodawców udzielających świadczeń tym pacjentom w programie zdrowotnym w latach 2010- I pół 2011, jednakże należy zaznaczyć, że odpowiedzialność za zaistniałą sytuację spoczywa w głównej mierze na Ministrze Zdrowia, który wydał niekompletny akt prawny.

4. Koordynacja i nadzór procesu kontraktowania i realizacji świadczeń

Opis stanu
faktycznego

4.1. Centrala pełni nadzór nad procesem kontraktowania świadczeń realizowanym przez oddziały. W tym celu Fundusz wykorzystuje własne dane dotyczące kolejek oczekujących, analizy dostępności świadczeń oraz potencjału świadczeniodawców, a także plany zakupu świadczeń poszczególnych OW.

W trakcie postępowań konkursowych Prezes Funduszu sprawuje nadzór poprzez monitorowanie przebiegu postępowań konkursowych, wykorzystując informacje Oddziałów o liczbie ogłoszonych postępowań, złożonych ofert (w podziale na oferty odrzucone i zakwalifikowane do części jawnej) oraz o wynikach postępowań.

[Dowód: akta kontroli str. 758-759]

Informacja przygotowana przez DSOZ za 2010 r. (opracowana według stanu: na maj 2010 r.), w zakresie stomatologii zawierała m.in. planowaną wartość świadczeń stomatologicznych, wartość zakontraktowanych świadczeń oraz procentowy udział świadczeń zakontraktowanych w stosunku do planu.

Najniższy udział wartości zakontraktowanych świadczeń w stosunku do planu wystąpił w Pomorskim OW - 30,21%, w Podlaskim OW - 48,49%. Pozostałe OW zawarły umowy o wartości zakontraktowanych świadczeń powyżej 90,5% w stosunku do planu.

[Dowód: akta kontroli str. 1239-1217]

Informacja za 2011 r. zawierała dane o liczbie postępowań konkursowych, wartości zakontraktowanych świadczeń, w porównaniu do planu na 2011 r. oraz o liczbie zawartych umów i liczbie świadczeniodawców. W opisywanym okresie przeprowadzono łącznie 2.329 postępowań. W porównaniu do planu, najniższy udział w wartości zakontraktowanych świadczeń wystąpił w Podlaskim OW – 50,11%, w Podkarpackim OW 67%.

[Dowód: akta kontroli str. 1239-1317]

Informacja za 2012 r., (z kwietnia 2012 r.) zawierała m.in. zestawienia wartości zawartych umów w stosunku do planu. Łącznie przeprowadzono 746 postępowań konkursowych. Najwięcej postępowań (konkursy i rokowania) w zakresie świadczeń stomatologicznych przeprowadzono w Łódzkim OW - 150, w Warmińsko-Mazurskim OW - 118, w Podlaskim OW - 165, w Świętokrzyskim OW – 127.

Najniższy udział wartości uzgodnionych umów w stosunku do planu wystąpił w Podlaskim OW - 48,05 %, bowiem umowy zawarto na okres półrocza.

[Dowód: akta kontroli str. 1289-1317]

4.2. Wydział Nadzoru i Kontroli DSOZ NFZ sporządza informacje o kontrolach wykonanych przez OW NFZ za I, II, III i IV kwartał danego roku narastająco na podstawie danych przesyłanych z OW NFZ.

W latach 2010 - I pół. 2012 OW NFZ przeprowadziły 1.064 kontrole świadczeniodawców, mających zawarte umowy w rodzaju leczenie

²⁷ Środki finansowe zostały zwindykowały przez Łódzki, Małopolski, Śląski i Zachodniopomorski OW NFZ, które nie przyjęły interpretacji Ministra Zdrowia.

stomatologiczne²⁸, a wartość skontrolowanych umów wyniosła 1.862.046,1 tys. zł. W wyniku przeprowadzonych kontroli zostały rozwiązane 32 umowy. Najczęściej kontrolowanymi zakresami były świadczenia: ogólnostomatologiczne - 72,8% ogółu przeprowadzonych kontroli, ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. r.ż. - 12,8%, ortodoncji - 5,1%, chirurgii stomatologicznej i periodontologii - 4,4%, protetyki stomatologicznej 2,7%, natomiast mniej niż 1% kontrolowanych zakresów stanowiły świadczenia: ogólnostomatologiczne udzielane w znieczuleniu ogólnym, stomatologiczne dla świadczeniobiorców z grupy wysokiego ryzyka chorób zakaźnych, w tym chorych na AIDS, protetyki stomatologicznej dla świadczeniobiorców po chirurgicznym leczeniu nowotworów w obrębie twarzoczaszki, stomatologicznej pomocy doraźnej, program ortodontycznej opieki nad dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki.

Świadczenia w rodzaju leczenie stomatologiczne nie były w NFZ przedmiotem kontroli koordynowanej. Dyrektor DSOZ 16 listopada 2012 r. przedstawiła Prezes NFZ do zaakceptowania 3 tematy kontroli koordynowanych, w tym kontrolę z rodzaju leczenie stomatologiczne „Sprawdzenie prawidłowości realizacji umowy w rodzaju STM, między innymi w zakresie świadczeń ogólnostomatologicznych udzielanych w znieczuleniu ogólnym w latach 2011-2012” – przewidywany termin przeprowadzenia kontroli- IV kwartał 2013 r.

Podczas kontroli wykonanych przez OW stwierdzano m.in. następujące nieprawidłowości: nieprzestrzeganie umowy zawartej z NFZ w zakresie miejsca i czasu udzielanych świadczeń, ograniczanie dostępności do świadczeń, nieprawidłowości w prowadzeniu listy oczekujących na udzielenie świadczeń lub zaniechanie jej prowadzenia, błędne kwalifikacje i rozliczanie świadczeń, przeszacowanie procedur, zawyżanie punktacji procedur, nieprawidłowa krotność świadczeń wskazanych do rozliczenia, niezgodność raportów statystyczno-medycznych z dokumentacją medyczną, brak informacji niezbędnych dla pacjenta.

W wyniku kontroli w latach 2010 - I półrocze 2012 r. OW NFZ zakwestionowały świadczenia na kwotę 5.533,3 tys. zł oraz nałożyły kary na kwotę 1.287,8 tys. zł. Do sierpnia 2012 r. zostały odzyskane od świadczeniodawców kwoty w łącznej wysokości 4.631,1 tys. zł, w tym z tytułu zakwestionowanych świadczeń 3.325,7 tys. zł, nałożonych kar 1.245,4 tys. zł oraz należnych odsetek za zwłokę 60 tys. zł. W 15 OW NFZ ściągalność zakwestionowanych świadczeń i nałożonych kar wyniosła ponad 90%, a jedynie w Śląskim OW NFZ ściągalność wyniosła poniżej 90 %²⁹.

[Dowód akta kontroli, str. 183-208, 266-276, 279-286, 489-571, 715-717, 1577-1578]

W październiku 2012 r. w Centrali NFZ realizacją zadań w rodzaju leczenie stomatologiczne obejmujące planowanie, kontraktowanie (przygotowanie projektów zarządzeń Prezesa NFZ, które stanowią podstawę dla przeprowadzenia procesu kontraktowania świadczeń) i rozpatrywanie odwołań zajmowały się 3 osoby, które były zatrudnione na 2,1 etatach, w tym jedna osoba z wykształceniem medycznym stomatologicznym zatrudniona na 1 etacie. W OW NFZ osoby zajmujące się planowaniem, kontraktowaniem i rozliczaniem świadczeń w rodzaju leczenie stomatologiczne były zatrudnione na 101,85 etatach, w tym na 16,83 etatach osoby z wykształceniem medycznym stomatologicznym, natomiast osoby zajmujące się

²⁸ W 2010 r. 334 kontrole, co w porównaniu do liczby przeprowadzonych kontroli ogółem stanowiło 11,35% łącznej liczby kontroli umów, będąc czwartym najczęściej kontrolowanym rodzajem świadczeń, w 2011 r. 497 kontroli - 16,2% łącznej liczby kontroli umów, trzeci najczęściej kontrolowany rodzaj świadczeń, a w I poł. 2012 r. 233 kontrole - 13,2%, łącznej liczby kontroli umów, trzeci najczęściej kontrolowany rodzaj świadczeń.

²⁹ W Śląskim OW NFZ w 2010 r. różnica między zakwestionowanymi świadczeniami i nałożonymi karami, a zwindykowanymi należnościami wynosiła 2.192,7 tys. zł i wynikała z należności objętych odpisem aktualizującym i toczącym się postępowaniem sądowym.

kontrolowaniem udzielania świadczeń w rodzaju leczenie stomatologiczne zatrudnione były na 34,83 etatach, w tym na 19,39 etatach osoby z wykształceniem medycznym stomatologicznym.

W NFZ na dzień 30 września 2012 r. zatrudnienie w etatach wynosiło 5.086,49.

Ogółem w NFZ osoby realizujące zadania w rodzaju leczenie stomatologiczne zatrudnione były na 138,78 etatach co stanowiło 2,73% liczby ogólnie zatrudnionych osób w NFZ. (dowód akta kontroli, str. 474-488, 157)]

5. Świadczeniodawcy poszczególnych zakresów świadczeń STM

Opis stanu
faktycznego

W 2010 r. 11.562 świadczeniodawców udzielało świadczeń stomatologicznych, z tego:
6.322 prowadziło indywidualną praktykę lekarską (IPL),
176 grupową praktykę lekarską (GPL) oraz
5.064 w pozostałych formach organizacyjnych (PFO).

W 2011 r. 10.825 świadczeniodawców realizowało umowy STM, z tego:
5.657 prowadziło indywidualną praktykę lekarską,
174 grupową praktykę lekarską,
4.994 w pozostałych formach organizacyjnych.

w 2012 r. 10.780 świadczeniodawców udzielało świadczeń stomatologicznych, z tego:
5.510 prowadziło indywidualną praktykę lekarską,
167 grupową praktykę lekarską,
5.103 w pozostałych formach organizacyjnych.

W 2012 r. w porównaniu do 2010 r., liczba świadczeniodawców z grupy IPL zmniejszyła się o 787, a wzrosła o 92 liczba świadczeniodawców PFO.

Świadczenia **ogólnostomatologiczne** realizowało:

- w 2010 r. 8.247 świadczeniodawców (w tym: 4.863 – IPL, 126 – GPL, 3.258 – PFO),
- w 2011 r. 7.463 świadczeniodawców (w tym: 4.257 – IPL, 115 – GPL, 3.091 – PFO),
- w 2012 r. 7.381 świadczeniodawców (w tym: 4.142 – IPL, 113 – GPL, 3.126 – PFO),

Świadczenia **ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży** realizowało:

- w 2010 r. 1.666 świadczeniodawców (w tym: 900 – IPL, 26 – GPL, 740 – PFO),
- w 2011 r. 1.725 świadczeniodawców (w tym: 874 – IPL, 31 – GPL, 820 – PFO),
- w 2012 r. 1.732 świadczeniodawców (w tym: 854 – IPL, 27 – GPL, 851 – PFO),

Świadczenia **ortodontyczne dla dzieci i młodzieży** realizowało:

- w 2010 r. 653 świadczeniodawców (w tym: 276 – IPL, 13 – GPL, 364 – PFO),
- w 2011 r. 620 świadczeniodawców, (w tym: 248 – IPL, 15 – GPL, 357 – PFO),
- w 2012 r. 621 świadczeniodawców, (w tym: 241 – IPL, 13 – GPL, 367 – PFO).

Świadczenia **protetyki stomatologicznej** realizowało:

- w 2010 r. 454 świadczeniodawców (w tym: 174 – IPL, 6 – GPL, 274 – PFO),
- w 2011 r. 473 świadczeniodawców (w tym: 177 – IPL, 6 – GPL, 290 – PFO),
- w 2012 r. 484 świadczeniodawców (w tym: 177 – IPL, 5 – GPL, 302 – PFO).

Świadczenia **stomatologicznej pomocy doraźnej** realizowało:

- w 2010 r. 45 świadczeniodawców (w tym: 2 – IPL, 1 – GPL, 42 – PFO),
- w 2011 r. 48 świadczeniodawców (w tym: 2 – IPL, 1 – GPL, 45 – PFO),
- w 2012 r. 52 świadczeniodawców (w tym: 3 – IPL, 1 – GPL, 48 – PFO).

[Dowód: akta kontroli str. 814-824ABC]

6. Ceny jednostek rozliczeniowych w oddziałach NFZ

W okresie kontrolowanym NFZ nie podejmował działań w kierunku ujednolicenia wyceny jednego punktu rozliczeniowego we wszystkich OW. Podejmował natomiast działania w celu ujednolicenia stawki ryczałtu miesięcznego w realizowanym przez OW programie ortodontycznej opieki nad dziećmi z wadami wrodzonymi części twarzowej czaszki, podając w założeniach do planu na 2011 r., iż: *"należy dążyć do zrównania wysokości stawki ryczałtu miesięcznego w poszczególnych oddziałach, wynoszącej w 2010 r. średnio 281 zł miesięcznie"*.

[Dowód: akta kontroli str. 1659-1660.]

Dyrektor DSOZ wyjaśniła: *"Ponieważ cena za udzielane świadczenia opieki zdrowotnej zgodnie z art 142 ust 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (...) jest przedmiotem negocjacji w konkursie ofert, Narodowy Fundusz Zdrowia nie posiada kompetencji do arbitralnego określania ceny świadczenia. W związku z tym brak jest podstaw prawnych do "ujednolicania we wszystkich oddziałach wojewódzkich średniej ceny świadczenia lub średniej ceny jednostki rozliczeniowej"*.

[Dowód: akta kontroli str. 745-746, 765]

Na podstawie zestawień sporządzonych przez OW ustalono średnią ważoną punktu rozliczeniowego w zakresach świadczeń od nr 1 do nr 8. W zakresie nr 9 ustalono średnią stawkę ryczałtu (za 12 godz.) dla świadczeń stomatologicznej pomocy doraźnej.

1. W 2010 r. w zakresie **świadczenia ogólnostomatologiczne**, najniższą średnią ważoną cenę punktu rozliczeniowego, osiągnięto w 5 OW (Podlaskim, Łódzkim, Lubelskim, Świętokrzyskim i Małopolskim), od 0,89 zł w Podlaskim (GPL) i do 1,0 zł (GPL) w Małopolskim, w 2011 r. od 0,89 zł w Podlaskim do 1,01 zł w Małopolskim, w I półroczu 2012 r. najniższa średnia cena punktu wyniosła od 0,93 zł (GPL) w Podlaskim do 1,00 zł (IPL, GPL, PFO) w Zachodniopomorskim.

Spadek wartości punktu odnotowano w OW: Śląskim z 1,08 zł (w 2010 r.) do 1,07 zł (w latach 2011-2012), Dolnośląskim z 1,09 zł w 2010 r. do 1,07 zł i 1,08 zł w latach następnych.

Średnie ważone wartości punktu w zawartych umowach w stosunku do cen ofertowych były niższe w OW: - Podkarpackim o 21,5% w grupie IPL i o 8,9% w grupie GPL i 6,42% w PFO, Lubuskim o 17,6% w grupie IPL i o 5,45% w grupie GPL. W pozostałych OW wartości te były niższe od oferowanych o 1% lub równe cenom oferowanym.

Najwyższa średnia ważona wartość punktu rozliczeniowego - 1,19 zł (IPL, PFO) i 1,2 zł (GPL) wystąpiła w Wielkopolskim OW. W porównaniu do najniższych cen punktu np. do Podlaskiego (0,93 zł, 0,89 zł i 0,90 w latach 2010-2011) była wyższa odpowiednio o 28%, 33% i 32%.

Średnia ważona wartość punktu w Wielkopolskim OW była niższa od wartości wynikającej z ofert o 0,83% w grupie IPL i PFO lub równa np. w grupie GPL.

2. W zakresie **świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do 18 r. ż.** najniższą wartość punktu rozliczeniowego, wynikającego z umów, osiągnięto w 5 OW (Podlaskim, Łódzkim, Lubelskim, Świętokrzyskim, Mazowieckim) od 0,87 zł (w GPL) do 1,01 zł (w PFO), z tym że w Podlaskim OW wartość punktu wzrosła w 2012 r. o 8 groszy (o 8,7%) w IPL oraz o 7 groszy (o 7,8%) w grupie PFO, w porównaniu do 2011 r.

W Łódzkim OW nieznacznie obniżyła się wartość punktu w 2012 r. w porównaniu do 2010 r. o 3 grosze (o 3,2%) w IPL, w Lubelskim i Świętokrzyskim o 1 grosz.

Najwyższą cenę punktu:

- w 2010 r. osiągnięto w Warmińsko-Mazurskim OW - 1,20 zł (cena wyższa od najniższej (0,87 zł) o 37,93%), w latach 2011-2012 - 1,40 zł, wyższa od najniższej np. w Świętokrzyskim (0,91 zł, 0,92 zł) odpowiednio o 53,85% i 41,95%.
- w Wielkopolskim OW w latach 2010-2012 – od 1,17 zł do 1,18 zł, cena wyższa od najniższej (0,87 zł, 0,91 zł) o 37,93% i 31,87%).

3. W zakresie **świadczenie ogólnostomatologiczne w znieczuleniu ogólnym** najniższą cenę 1 punktu rozliczeniowego osiągnięto w 2010 r. w Warmińsko-Mazurskim OW -1,20 zł (w IPL i PFO), w latach 2011-2012 wzrosła do 3,90 zł (GPL) i 4,00 zł (IPL), w Śląskim OW 3,00 zł (PFO) (w latach 2010-2012), Podlaskim OW 3,35 zł, latach 2010 – 2011, a w 2012 r. zwiększyła się do 4,10 zł, w Dolnośląskim 3,50 zł. Najwyższą cenę punktu osiągnięto w Mazowieckim OW - 5,50 zł (o 83,33% wyższą niż w Śląskim), w Wielkopolskim OW - 5,13 zł (o 70,33% wyższą niż w Śląskim) oraz w Lubuskim OW wynoszącą 4,96 zł (o 65,0% wyższą niż w Śląskim).

4. Świadczenia dla osób **z grupy wysokiego ryzyka chorób zakaźnych** zakontraktowano tylko w 10 OW (w Lubelskim OW kontraktowane od 2012 r.) . Najniższą cenę 1 punktu rozliczeniowego osiągnięto w Podlaskim OW: w latach 2010-2011r. 0,97 zł (w IPL), a w 2012 r. - 1,50 zł (w IPL), w Dolnośląskim OW 2,00 zł (w IPL), w Świętokrzyskim OW: w 2010 r. 1,90 zł, w 2011 r. 2,00, a w 2012 r. 2,10 zł.

Najwyższą cenę punktu osiągnięto w Mazowieckim OW – 4,00 zł (w IPL), wyższą od najniższych (0,97 zł, 1,50 zł i 2,00zł) odpowiednio o 312,37%, 166% i 100%, w OW Wielkopolskim i Łódzkim 3,50 zł (w GPL), wyższe od najniższych odpowiednio o 260,82%, 133,33% i 75%.

5. Dla **świadczeń chirurgii stomatologicznej i periodontologii** najniższą cenę punktu uzyskano:

- w 2010 r. w Świętokrzyskim OW - 0,95 zł (IPL, GPL, PFO), w 2011 r. cenę podwyższono do 1,00 zł, a w 2012 r. do 1,01(w GPL), 1,05 zł (w IPL), i 1,06 zł (w PFO), - w Łódzkim OW 0,99 zł (w IPL) i 1,03 zł (w PFO), a w 2012 r. 0,97 zł (w IPL) i 1,00 zł (w PFO).

Najwyższą cenę punktu osiągnięto:

- w Lubuskim OW w latach 2010 - 2012 -1,85 zł (w IPL) i 1,90 zł (w GPL i PFO), wyższe od najniższych (0,99 zł, 1,00zł, 1,05 zł) odpowiednio o 85%, 86,87%, 76,19% oraz o 91,91%, 90% i 80,95%,

- w Opolskim OW 1,50 zł (w IPL i PFO) – wyższą od najniższych (0,99 zł, 1,00zł, i 1,06 zł) o 51,51%, 50%, i 41,50%.

6. W zakresie **świadczenia ortodoncji dla dzieci i młodzieży**, najniższe ceny punktu wyniosły:

- w Świętokrzyskim OW w roku 2010 - 0,94 zł (w IPL), 0,95 zł (w GPL i PFO), w 2011 r. - 0,98 zł (w IPL), 1,05 zł (w GPL) i 1,03 zł (w PFO), w 2012 r. 1,15 zł we wszystkich gabinetach lekarskich.

- w Dolnośląskim OW latach 2010-2012 - 1,09 zł we wszystkich gabinetach lekarskich,

- w Łódzkim OW 1,08 zł (w IPL), 1,09 zł (w PFO) i 1,12 zł (w GPL).

Najwyższe ceny punktu wyniosły:

- w Wielkopolskim OW w latach 2010-2012 wynosiły 1,49 zł (w IPL i PFO) oraz 1,50 zł (w GPL), wyższe od najniższych (0,94 zł, 1,05 zł i 1,15 zł) odpowiednio o 58,51%, 41,90%, 29,56% oraz 59,57%, 42,85%, 30,43%,

- w Lubuskim OW w latach 2010-2012 wyniosły 1,25 zł, wyższe od najniższych (0,94 zł, 1,05 zł i 1,15 zł) odpowiednio o 32,98%, 19,04% i 8,69%.

7. W zakresie **świadczenia protetyki stomatologicznej**, najniższe ceny punktu obowiązywały:

- w Świętokrzyskim OW w 2010 r. wyniosły 0,95 zł we wszystkich gabinetach lekarskich, w 2011 r. 1,00 zł, a w 2012 r. 1,04 zł (w IPL), 1,12 zł (w GPL) i 1,07 zł (w PFO),

- w Lubelskim OW w 2010 r. wyniosły 1,02 zł (w IPL) i 1,04 zł (w PFO), w 2011 r. 0,99 zł (w IPL) i 0,98 zł (w PFO), w 2012 r. 1,05 zł (w IPL) i 1,02 zł (w PFO).

- w Dolnośląskim OW w 2010 r. wyniosły 1,09 zł (w IPL i PFO), a w okresie 2011-2012 – 1,08 zł (w IPL) i 1,09 zł (w PFO)

Najwyższe ceny punktu wyniosły:

- w Wielkopolskim OW w latach 2010-2012 1,50 zł (w IPL) i 1,49 zł (w PFO), wyższe od najniższych (0,95 zł, 0,99 zł, 1,09 zł) odpowiednio: o 56,84%, 50,50%, 36,69% oraz o 57,89%, 51,52% i 36,69%,

- w Małopolskim OW w 2010 r. 1,25 zł (w IPL) i 1,27 zł (w PFO), wyższe od najniższych (0,95 zł, 0,99 zł, 1,09 zł) o 31,57%, 26,26%, 14,67% oraz o 33,68%, 28,28%, 16,51%. W 2012 r. ceny wyniosły 1,35 zł (w IPL i PFO), wyższe od najniższych o 42,11%, 36,36% i 23,85%.

- w Lubuskim OW 1,25 zł (w IPL i PFO), wyższa od najniższych (0,95 zł, 0,99 zł, 1,09 zł) o 31,57%, 26,26%, 14,67%.

8. Świadczenie z zakresu świadczeń protetyki stomatologicznej po leczeniu chirurgicznym nowotworów, zakontraktowano w 11 OW.

Najniższą cenę punktu osiągnięto:

- w Świętokrzyskim OW, w 2010 wyniosła 0,95 zł (w PFO), w 2011 r. 0,96 zł (w PFO) a w 2012 r wzrosła do 1,65 zł,

- w Kujawsko-Pomorskim OW wyniosła 1,10 zł (w PFO) w okresie lat 2010-2012,

- w Śląskim 1,25 zł (w PFO) w okresie lat 2010-2012.

Najwyższe ceny punktów wystąpiły:

- w Lubelskim OW 2,22 zł (w PFO) w latach 2010-2012, wyższe od najniższych (0,96 zł, 1,10 zł, 1,25 zł) o 131,25%, 101,82%, 77,60%,

- w Mazowieckim OW w 2010 r. 2,00 zł (w PFO), w latach 2011-2012 - 2,20 zł (w PFO), wyższe od najniższych o 108,33%, 81,81%, 60% oraz o 129,17%, 100,00% i 76,00%,

- w Pomorskim OW 1,60 zł (w PFO) w okresie lat 2010-2012, wyższa od najniższych o 66,67%, 45,45% i 28,00 %.

9. Za udzielanie świadczeń stomatologicznej pomocy doraźnej, ustalono ryczałt za 12 godzinny dyżur. Najniższe średnie stawki ryczałtu obowiązywały:

- w Opolskim OW – 349 zł (w GPL) i 350 zł w (PFO) w całym okresie kontrolowanym,

- w Podlaskim OW - 315 zł (w PFO) w latach 2010-2011 i 360 zł (w PFO) w 1012 r.,

- w Mazowieckim OW w 2010 r. i 2012 r. - 400 zł (w PFO) w 2011- 399 zł,

Najwyższa średnia stawka ryczałtu obowiązywała:

- w Pomorskim OW w 2010 r. – 600 zł (w PFO), a w latach 2011-2012 - 700 zł, wyższa od najniższych (315 zł, 349 zł, 399zł) odpowiednio o 90,48%, 71,92%, 50,38% oraz o 122,22%, 100,57% i 75,38%,

- w Zachodniopomorskim OW - 650 zł, wyższa od najniższych odpowiednio o 106,34%, 86,24%, 62,91%.

[Dowód: akta kontroli str.814-825]

NIK zauważył wysokie różnice w cenach punktu rozliczeniowego między Oddziałami w poszczególnych zakresach świadczeń, na przykład: w zakresie nr 1 cena najwyższa była wyższa od najniższej od 20% do 28%, w zakresie nr 2 od 31,87% do 58,85%, w zakresie nr 7 od 14,67% do 56,84%, w zakresie nr 9 od 62,91% do 122,22%.

7. Korzystanie ze świadczeń stomatologicznych

Na podstawie zestawień przekazanych przez OW ustalono, iż w 2010 r. ze świadczeń stomatologicznych skorzystało 7.897.678 osób, a w 2011 r. 8.216.894 osoby. W 2010 r. liczba wykonanych świadczeń r. wyniosła 46.851.034, a w 2011 r. – 50.014.563 (według stanu na 30.10.2012 r.).

Najwięcej osób korzystało ze świadczeń w zakresie:

- nr 1 – świadczenia ogólnostomatologiczne: w 2010 r. - 6.183.754 osoby, w 2011 r. - 6.090.543 osoby, tj. o 1,51% mniej niż w 2010 r., liczba wykonanych świadczeń stanowiła w 2010 r. 35.858.991, a w 2011 r. 35.570.159, była niższa o 0,81%;
- nr 2 świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży: w 2010 r. – 780.502 osoby, a w 2011 r. wyższa o 45,29% i wyniosła 1.141.576 osób, liczba wykonanych świadczeń w 2010 r. - 6.224.449, a w 2011 r. – 6.715.856 (więcej o 7,9% niż w 2010 r.).
- Nr 5 świadczenia chirurgii stomatologii i periodontologii: w 2010 r. 372.684 osoby, a w 2011 r. 402.627 osób (więcej o 8,03% niż w 2010 r.), liczba wykonanych świadczeń wyniosła w 2010 r.- 2.301.673, a w 2011 r. - 2.534.113 (więcej o 10,11%).
- Nr 6 Świadczenia ortodoncji dla dzieci i młodzieży: w 2010 r. - 380.954 osoby, a w 2011 r. – 377.330 osób (mniej o ok.1%). Liczba wykonanych świadczeń w 2010 r. 1.973.071, a w 2011 r. -1.924.365 (o 2,47% mniej niż w 2010 r.).

Świadczenia profilaktyczne dla dzieci i młodzieży, wymienione w załącznikach nr 10 i 11 zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r.³⁰ zostały wykazane w załączniku nr 1 "Katalog zakresów i świadczeń w rodzaju leczenie stomatologiczne" do zarządzeń Prezesa NFZ Nr 59/2009/DSOZ i 55/2010/DSOZ w zakresach nr 1 i 2 świadczeń stomatologicznych.

W 2010 r. wykonano 110.585 świadczeń profilaktycznych, co stanowiło 0,26% ogólnej liczby świadczeń zrealizowanych w obu zakresach (42.083.440). Najmniej świadczeń profilaktycznych w stosunku do ogólnej liczby świadczeń zrealizowano w Dolnośląskim OW - 1.697, co stanowiło 0,06% ogółu świadczeń, w Lubuskim OW – 389 co stanowiło 0,11% ogółu świadczeń. Najwięcej świadczeń zrealizowano w Małopolskim OW 10.594 – 0,57% ogółu świadczeń, w Podlaskim OW 9.009 – 0,53% ogółu świadczeń.

W 2011 r. zrealizowano tych świadczeń 143.228, co stanowiło 0,34% ogółu świadczeń.

Najmniej świadczeń w stosunku do ogólnej liczby świadczeń zrealizowano: w Dolnośląskim OW – 2.937, co stanowiło 0,10%, w Zachodniopomorskim OW - 3.620 (0,19%), w Opolskim OW – 2.204 (0,21%), w Mazowieckim OW - 19.438 (0,24%). Najwięcej świadczeń zrealizowano w Podkarpackim OW – 9.820 (0,95%), w Małopolskim OW - 14.103 (0,77%).

W pierwszym półroczu 2012 r. zrealizowano ogółem 82.657 świadczeń profilaktycznych, co stanowiło 0,35% wszystkich świadczeń w zakresie nr 1 i 2.

[Dowód: akta kontroli str.748-756, 750A, 753A, 756A, 1106-1114]

Dyrektor DSOZ, w sprawie włączenia świadczeń profilaktycznych do zakresów nr 1 i nr 2, wyjaśniła, iż „(...) Załączniki 10 i 11 do wskazywanego rozporządzenia Ministra Zdrowia nie zawierają warunków do udzielania powyższych świadczeń, co stanowi przeszkodę w ich odrębnym kontraktowaniu. Należy wskazać ponadto, że powszechność dostępu do zakontraktowanych świadczeń opisanych w cytowanych Zarządzeniach Prezesa NFZ (załączniki nr 1 i nr 2) pozwala na nieograniczoną w

³⁰ W sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego Dz. U z 2009 r. Nr 140 poz. 1144

ramach zawartych umów, możliwość realizacji powyższych świadczeń. Należy podkreślić, że wykazy świadczeń gwarantowanych określone w załącznikach 1-11 do rozporządzenia Ministra Zdrowia stanowią podstawę do odrębnego kontraktowania w sytuacji, kiedy warunki udzielania tych świadczeń są zróżnicowane i nie mogą podlegać porównaniu w procesie kontraktowania świadczeń.

[Dowód: akta kontroli str. 745-746]

Według zestawień sporządzonych przez OW w 2010 r. liczba **zakontraktowanych jednostek rozliczeniowych** wyniosła 1.593.054.995 punktów, a rozliczonych i zapłaconych (łącznie z wyrokami i ugodami) 1.572.103.004 (według stanu na 30.10.2012 r.) i była niższa o 20.951.991 pkt (o 1,33%). Niższe rozliczenie i opłacenie jednostek rozliczeniowych wystąpiło w zakresach o nr od 1 do 8.

W 2011 r. liczba zakontraktowanych jednostek rozliczeniowych wyniosła 1.601.051.169 punktów, a rozliczonych i zapłaconych (łącznie z wyrokami i ugodami) stanowiła 1.585.787.191 i była niższa o 15.263.978 pkt. (o 0,95%).

Najwyższą różnicę, pomiędzy liczbą zakontraktowanych jednostek rozliczeniowych a liczbą jednostek wykonanych odnotowano w zakresie nr 1 – świadczeń ogólnostomatologicznych, tj. w 2010 r. liczba punktów wykonanych i zapłaconych stanowiła 1.225.669.702 i była niższa od zakontraktowanych o 12.989.418 (o 1,05%), a w 2011 r. - 1.219.579.623 i była niższa od zakontraktowanych o 8.328.423 (o 0,68%).

W zakresie nr 2 świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do 18 r.ż. w 2010 r. liczba rozliczonych jednostek rozliczeniowych była niższa od zakontraktowanych o 4.359.723 pkt. (o 4,21%), a w 2011 r. niższa o 4.939.351 pkt. (o 4,37%).

[Dowód: akta kontroli str. 1106-1114A-B]

8. Niewykonania i nadwykonania zakontraktowanych świadczeń stomatologicznych

Rodzaj świadczenia	w tys. zł.											
	Koszty wykonanych świadczeń		% wykonania planu		Wartość nadwykonanych świadczeń		Wartość niewykonanych świadczeń		% nadwykonanych świadczeń w porównaniu do planu		% niewykonanych świadczeń w porównaniu do planu	
	2010r.	2011r.	2010r.	2011r.	2010r.	2011r.	2010r.	2011r.	2010r.	2011r.	2010r.	2011r.
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
STM	1689259,3	1710332,9	98,39	98,87	10441,60	18151,45	23569,12	14963,62	0,61	1,05	1,37	0,86

Opis stanu faktycznego

Wartość nadwykonanych świadczeń w 2010 r. wyniosła 10.441,60 tys. zł co stanowiło 0,61% planu. W 2011 r. nadwykonane świadczenia wynosiły 18.151,45 tys. zł i były wyższe o 7.709,85 tys. zł (o 73,28%) niż w 2010 r. Stanowiły one 1,05% planu.

Niewykonane świadczenia w 2010 r. stanowiły 23.569,12 tys. zł i były wyższe od nadwykonań o 125,72% (10.441,60 tys. zł). W 2011 r. niewykonane świadczenia wyniosły 14.963,62 tys. zł i były niższe od nadwykonanych o 17,56%.

[Dowód: akta kontroli str. 1951]

DSOZ nie przedstawił analiz dotyczących przyczyn powstawania niewykonań ani nadwykonań. Dyrektor DSOZ wyjaśniła, iż analizowanie przyczyn powstawania nadwykonań oraz niewykonań świadczeń stomatologicznych, zgodnie z art. 100 ust 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, należy do kompetencji dyrektora oddziału wojewódzkiego.

[Dowód: akta kontroli str. 764]

Dyrektorzy OW, w sprawie niewykonań i nadwykonań wyjaśnili:

Dolnośląski OW - „W 2012 roku po zakończeniu każdego kwartału OW publikuje na stronie internetowej komunikat w sprawie składania wniosków o zmianę finansowania umów realizowanych w roku bieżącym i odpowiednie wnioski, które świadczeniodawcy przesyłają do Oddziału (...). W 2012 roku DOW NFZ kontroluje również poziom niedowykonań znacząco odbiegających od możliwych do zaakceptowania. W trakcie przeprowadzonych analiz typowani są świadczeniodawcy z najmniejszym poziomem wykonania świadczeń (...), do których OW kieruje pisemne zapytania z prośbą o wyjaśnienie powodu zaistniałej sytuacji (...). W chwili obecnej OW planuje wypowiedzenie umów świadczeniodawcom nie realizującym umów na świadczenia opieki zdrowotnej. Należy nadmienić, iż takie analizy są przeprowadzane cyklicznie, dzięki czemu na bieżąco DOW NFZ w miarę możliwości finansowych i prawnych reaguje na skrajne przypadki nadwykonań i niewykonań.”

[Dowód: akta kontroli str. 1952-1955]

Lubelski OW - (..) “w nielicznych przypadkach świadczeniodawcy zwracali się do Oddziału z wnioskiem o zapłatę za świadczenia nadlimitowe w rodzaju leczenie stomatologiczne – wnioski zostały rozpatrzone negatywnie. W odniesieniu do finansowania nadwykonań należy zauważyć, że zgodnie z zapisami § 14 ust. 1 Ogólnych warunków..., Fundusz jest zobowiązany do sfinansowania świadczeń udzielonych w okresie rozliczeniowym do kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy określonej w umowie. Uwzględniając charakter świadczeń stomatologicznych a więc fakt, że nie są to świadczenia ratujące życie, Oddział nie ma obowiązku finansowania nadwykonań. Od 2007 roku Lubelski OW NFZ nie płacił świadczeniodawcom za nadwykonania w rodzaju leczenie stomatologiczne - wynikało to z braku zaistnienia ww. przesłanek.”

[Dowód: akta kontroli str. 1956-1958]

Małopolski OW - “Po zakończeniu każdego okresu rozliczeniowego (roku) wykonywana jest kolejna analiza wykonania wszystkich umów, w tym umów w rodzaju leczenie stomatologiczne, w oparciu o którą przygotowywane są ostatnie aneksy, na podstawie § 27 OWU, polegające głównie na przebudowach umów - przesunięciach niewykorzystanych środków z pozycji z niewykonaniami na pozycje z nadwykonaniami, co umożliwia świadczeniodawcom optymalne wykorzystanie kwoty umowy. Podsumowanie roku obejmuje wszystkich świadczeniodawców, którzy złożyli stosowny wniosek o aneks rozliczający.”

[Dowód: akta kontroli str. 1978-1979]

Mazowiecki OW – „W rodzaju leczenie stomatologiczne obowiązują dwa okresy rozliczeniowe obejmujące półrocza. Po rozliczeniu półrocza dokonywana jest analiza wykonania świadczeń, na tej podstawie Dział Ekonomiczno – Finansowy za zgodą Dyrekcji przedstawia świadczeniodawcom protokół renegotiacji umowy, na podstawie którego sporządzany jest aneks rozliczeniowy. Po III kwartale Sekcja przygotowuje zestawienia z realizacji umów (...). Na podstawie tych danych sporządzane są propozycje dla świadczeniodawców posiadających umowy wieloletnie, a w przypadku przeprowadzania postępowań konkursowych powyższe dane wykorzystywane są w trakcie negocjacji z oferentami w części dotyczącej liczby proponowanych punktów. Stwierdzone podczas analizy niedowykonania w umowach mogą być spowodowane różnymi przyczynami, wynikają one m.in. z choroby lekarza, urlopów macierzyńskich, jak również remontów placówek czy planów dostosowawczych. Tego typu zdarzenia Sekcja bierze pod uwagę podczas planowania zakupu świadczeń. W wyniku długiej przerwy w udzielaniu świadczeń Sekcja występuje na podstawie § 43.1 Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (...) o zmianę warunków umowy.

[Dowód: akta kontroli str.1980-1981]

Podlaski OW - "Najczęstsze przyczyny niewykonania świadczeń to niska zgłaszalność pacjentów, najczęściej w przypadku nowych świadczeniodawców w danym zakresie świadczeń lub na danym obszarze kontraktowania oraz nieplanowane losowe przerwy w udzielaniu świadczeń, szczególnie spowodowane np. sytuacją zdrowotną, rodzinną lub innymi przypadkami losowymi. W związku z powyższym prowadzona jest na bieżąco weryfikacja zgłaszanych przerw przez świadczeniodawców w odniesieniu do zabezpieczenia odpowiedniej dostępności do świadczeń na danym obszarze przez cały okres obowiązywania umów. Zasady i terminy zgłaszania przez świadczeniodawców przerw w udzielaniu świadczeń reguluje § 9 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów (...). Każdorazowo przy wyrażaniu zgody na przerwę dokonuje się analizy zabezpieczenia dostępu do świadczeń celem zharmonizowania prac Świadczeniodawców na danym obszarze, tak aby nie dopuścić do sytuacji, gdy na danym obszarze wszyscy Świadczeniodawcy otrzymali zgodę na przerwę w udzielaniu świadczeń. Jednocześnie należy podkreślić, iż w rodzaju leczenia stomatologicznego opłacane są tylko świadczenia faktycznie wykonane zgodnie z umową i sprawozdane do POW NFZ. W przypadkach niewykonania oddział proponował zmniejszenie kwoty zobowiązania wynikającej z danego punktu umowy na dany okres finansowania do wartości odpowiadającej prognozie realizacji (obliczonej na podstawie dotychczasowego wykonania). Pozostałe z tego tytułu środki finansowe były wykorzystane na optymalne zabezpieczenie dostępności do tych świadczeń udzielanych w innych miejscach. W przypadku świadczeń zrealizowanych ponad wartość określoną w umowie, opłacane są głównie świadczenia specjalistyczne, których planowana liczba opiera się na realizacji umów w latach poprzednich, natomiast z uwagi na specyfikę pacjentów istnieją trudności w przewidywaniu ilości pacjentów potrzebujących specjalistycznego leczenia, np. w znieczuleniu ogólnym, dla świadczeniobiorców z grupy ryzyka chorób zakaźnych, w tym chorych na AIDS czy protetyki dla świadczeniobiorców po chirurgicznym leczeniu nowotworów w obrębie twarzoczaszki.

[Dowód: akta kontroli str. 1986-1987]

Świętokrzyski OW - „po analizie poziomu realizacji umów w okresie I-VIII 2012 r. w sprawie wyjaśnienia powstałych niedowyońań wysłano pisma do 8 placówek, w których na poziomie poszczególnych pozycji umowy stwierdzono niedowyońańa przekraczające 1,5 limitu miesięcznego. Na tym etapie realizowania umowy możliwość nadrobienia niezrealizowanych wcześniej punktów może budzić wątpliwości. Świadczeniodawcy byli wezwani do wyjaśnienia zaistniałej sytuacji i w przypadku braku możliwości zrealizowania rocznej liczby punktów zawartej w kontrakcie – do wyrażenia zgody na przeprowadzenie renegotjacji umowy. W przypadku wyrażenia zgody przez świadczeniodawcę zostaną przeprowadzone renegotjacje zmniejszające wartość umowy do poziomu możliwego do zrealizowania do końca 2012 r. Na podstawie powyższej analizy wysłano również pisma do 11 placówek, w których stwierdzono nadwyońańa przekraczające 2 limity miesięczne. Na tym etapie realizowania umowy nadwyońańa na takim poziomie stwarza realne zagrożenie w odniesieniu do zapewnienia dostępności do świadczeń do końca 2012 r. Świadczeniodawcy zostali wezwani do wyjaśnienia przyczyn zaistniałej sytuacji i przeanalizowania możliwości zagwarantowania dostępności do świadczeń do końca okresu rozliczeniowego. W zależności od wyjaśnień złożonych przez świadczeniodawców Oddział w miarę możliwości wynikających z posiadanych środków finansowych podejmie działania zmierzające do zagwarantowania dostępności do świadczeń (po uwzględnieniu charakteru zakresu świadczeń, specyfiki gabinetu i zabezpieczenia świadczeń na terenie, na którym jest umiejscowiony).”

[Dowód: akta kontroli str. 2007-2009]

Łódzki OW – „(...) analizy zakontraktowanych świadczeń stomatologicznych mające na celu monitorowanie zjawiska nadwykonań lub niewykonań na terenie województwa łódzkiego prowadzone są cyklicznie co miesiąc m.in. w zakresie: dostępności do świadczeń w odniesieniu do poszczególnych zakresów świadczeń na 10 000 mieszkańców, dostępności terytorialnej (powiaty) na 10 000 mieszkańców, kolejek oczekujących na świadczenia stomatologiczne, realizacji kontraktów przez poszczególne podmioty lecznicze.

Jednocześnie informujemy, że w ŁOW NFZ, stan na dzień 26.09.2012 r., wykonania kontraktów stomatologicznych za okres 8 m-cy 2012 roku wynosi 103 % i jest to tendencja zniżkowa w stosunku do wykonania za 7 m-cy 105%, za 6 m-cy 108%.

[Dowód: akta kontroli str. 2033-2042]

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Wobec zróżnicowanych sposobów postępowania w OW z niewykonaniami i nadwykonaniami świadczeń stomatologicznych określonych w umowach, NIK wskazuje na potrzebę ujednolicenia zasad postępowania oraz opracowanie przez Centralę dobrych praktyk w tym zakresie, co przyczyniłoby się do jednakowego traktowania wszystkich świadczeniodawców.

9. Postępowanie odwoławcze od decyzji dyrektorów OW NFZ w sprawie rozstrzygnięć komisji konkursowych

Opis stanu
faktycznego

W 2010 r. do Prezesa NFZ wpłynęło 28 odwołań od rozstrzygnięć komisji konkursowych, z tego 26 z Pomorskiego OW, 2 z Zachodniopomorskiego OW. Wszystkie odwołania zostały rozpatrzone, w tym: w dwóch sprawach wydano decyzję uchylającą zaskarżoną decyzję i uwzględniającą odwołanie, w 25 sprawach wydano decyzję utrzymującą w mocy zaskarżoną decyzję, w jednej sprawie (nr postępowania 11-10000143/STM/07/1/07.0000.218.02/1) wydano postanowienie o uchybieniu terminu. W 8 sprawach odwołujący wniosli skargę do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego (WSA), z tego 7 spraw zostało zakończonych prawomocnym wyrokiem sądu oddalającym skargę. W jednej sprawie została złożona skarga kasacyjna, po wyroku WSA oddalającym skargę (sprawa w toku).

W 2011 r. wpłynęło 306 odwołań (9 krotnie więcej niż w 2010 r.), w tym wg. stanu na 31.12.2011 r. rozpatrzono 297 odwołań, pozostało do rozpatrzenia 9 odwołań. Spośród rozpatrzonych spraw, w 9 (3,03%), wydano decyzję uchylającą zaskarżoną decyzję i uwzględniającą odwołanie, w 68 (22,90%) sprawach decyzję uchylającą zaskarżoną decyzję i przekazującą do ponownego rozpatrzenia, w 200 (67,34%) sprawach wydano decyzję utrzymującą w mocy zaskarżoną decyzję, w 17 (5,72%) wydano postanowienie o uchybieniu terminu, w 3 (1,01%) sprawach wydano decyzję utrzymującą w mocy zaskarżoną decyzję oraz postanowienie o sprostowaniu omyłki pisarskiej. Na odmowne decyzje złożono 25 skarg do WSA, z tego 1 postępowanie zakończono nieprawomocnym wyrokiem WSA, uchylającym decyzję Prezesa NFZ. Sprawa jest w toku przed Naczelnym Sądem Administracyjnym.

W 2012 r. (do 31.08.) wpłynęło 139 odwołań oraz z 2011 r. pozostało 9 odwołań, łącznie do rozpatrzenia było 148 odwołań. Do 30.08.2012 r. rozpatrzono łącznie 133 odwołania w tym: w 2 przypadkach wydano decyzję uchylającą zaskarżoną decyzję i uwzględniającą odwołanie, w 3 – decyzję uchylającą zaskarżoną decyzję i przekazującą sprawę do ponownego rozpatrzenia, w 114 przypadkach wydano decyzję utrzymującą w mocy zaskarżoną decyzję, w 6 przypadkach wydano postanowienie o uchybieniu terminu, w 6 przypadkach decyzji o umorzeniu postępowania oraz wydano 2 postanowienia o sprostowaniu omyłki pisarskiej.

Według stanu na 30.08.2012 r. wpłynęło 11 skarg (7,9% z 139 odwołań) do WSA. Sprawy są w toku rozpatrywania przez sąd.

Na podstawie rejestru odwołań ustalono, iż:

- w 2010 r. spośród 28 odwołań, które wpłynęły do Prezesa NFZ, 7 (25%) z nich rozpatrzono w terminie określonym w art. 154 ust 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, który stanowił, iż Prezes Funduszu rozpatruje odwołanie, o którym mowa w ust. 4, w terminie 30 dni od dnia jego otrzymania i wydaje decyzję administracyjną w sprawie. Decyzja Prezesa Funduszu podlega natychmiastowemu wykonaniu. Pozostałych 19 odwołań rozpatrzono i wydano decyzję z przekroczeniem terminu.
- w 2011 r. wpłynęło 306 odwołań, z tego rozpatrzono 297 odwołań, pozostałe 9 rozpatrzono w 2012 r., tj. 81 zostało rozpatrzonych w terminie do 30 dni, pozostałe 225 w terminie przekraczającym ustawowy termin.
- w 2012 r. spośród 139 odwołań, do 30.08.2012 r rozpatrzono 123 odwołania z tego 32 w ciągu 30 dni, pozostałe 91 z przekroczeniem terminu. Pozostało do rozpoznania 16 odwołań.

Dyrektor DSOZ wyjaśniła, iż *„wobec konieczności rozpoznania przez organ II instancji bardzo dużej ilości odwołań (...) oraz konieczności przeprowadzenia w niektórych przypadkach dowodów i dokładnego wyjaśnienia stanu faktycznego sprawy ze względu na skomplikowany charakter ale przede wszystkim w związku ograniczonymi możliwościami kadrowymi, niejednokrotnie nie było możliwe dotrzymanie przez Prezesa Funduszu 30-dniowego terminu na wydanie decyzji administracyjnej. Niemniej jednak zauważyć należy, iż sytuacja, jaka miała miejsce w związku z przeprowadzonymi przez OW NFZ postępowaniami konkursowymi/rokowaniami na rok 2011 i lata następne oraz złożonymi do organu II instancji odwołaniami w ilości około 1300 odwołań, była trudna do przewidzenia. Wprawdzie zgodnie z kompetencjami określonymi w Regulaminie Organizacyjnym Centrali NFZ rozpatrywanie odwołań wchodzi w zakres prac Wydziału Nadzoru i Kontroli we współpracy z innymi komórkami organizacyjnymi Funduszu, jednak przy tak ogromnej ilości odwołań jaka wpłynęła do organu II instancji na w roku 2011 oraz w roku 2012 nie było możliwe i nadal nie jest, rozpatrywanie odwołań od wydanych przez dyrektorów OW NFZ decyzji w rozsądnym czasie. (...) Nieprzewidziana ilość odwołań złożonych do organu II instancji, w związku z przeprowadzonymi przez oddziały wojewódzkie NFZ postępowaniami konkursowymi oraz rokowaniami i konieczność usprawnienia pracy w tym zakresie wymagała zatrudnienia w 2011 r. 2 pracowników w ramach umów zlecenia posiadających kompetencje w zakresie prawa administracyjnego, zatrudnionych do opracowywania projektów decyzji administracyjnych i odciążenia pracowników etatowych, zaangażowanych w opracowywanie decyzji.”* [Dowód: akta kontroli str. 811-813]

W „Informacji dotyczącej procesu zawierania przez oddziały wojewódzkie NFZ umów o udzielania świadczeń opieki zdrowotnej za 2011 r.” wymieniono powody składania przez świadczeniodawców odwołań do Prezesa NFZ od decyzji wydanych przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich dotyczących rozstrzygnięć komisji konkursowych oraz główne powody uwzględnienia odwołań przez Prezesa NFZ.

W sprawie wykorzystania ww. informacji, Dyrektor DSOZ wyjaśniła: *Rozpatrywanie w Centrali odwołań od rozstrzygnięć postępowań w sprawie zawarcia umów w rodzaju leczenie stomatologiczne wskazało, że głównym, powtarzającym się powodem ich kierowania do Prezesa NFZ jest niezadowolenie odwołujących się od faktu niewybrania oferty do zawarcia umowy w postępowaniu konkursowym ze względu na osiągnięcie niewystarczającej liczby punktów oceny oferty (powodującej zajęcie odległego miejsca w rankingu ofert). Ze względu na subiektywny charakter większości zarzutów odwołujących się, nie było podstaw do dokonania zmian w*

zasadach kontraktowania świadczeń stomatologicznych opracowanych w 2009 r. Dlatego do dnia dzisiejszego obowiązuje treść zarządzenia Prezesa NFZ nr 55/2010/DSOZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie stomatologiczne. Jedyne zmiany tego zarządzenia dotyczyły dostosowania do zmienionych przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (...). Ponieważ wszystkie odwołania rozpatrywane były w sposób indywidualny, wystąpienie ewentualnych nieprawidłowości w sposobie postępowania komisji konkursowych miało wpływ na treść decyzji Prezesa NFZ wydawanej w konkretnej sprawie. [Dowód: akta kontroli str. 765]

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że spośród wniesionych do Prezesa NFZ, w okresie 2010-2012 (do 30.08.2012 r.) 473 odwołań, o których mowa w art. 154 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w określonym w ust. 6 tego artykułu terminie 30 dni rozpatrzono 120 odwołań, natomiast rozpatrzenie 353 odwołań nastąpiło w terminie dłuższym.

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości, działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.

IV. Uwagi i wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli³¹, wnosi o:

1. Podjęcie działań na rzecz opracowania procedury ustalania cen jednostek rozliczeniowych,.
2. Usprawnienie prac związanych z przygotowaniem zarządzeń Prezesa NFZ, przekazywaniem ich dyrektorom OW NFZ oraz uaktualnianiem narzędzi informatycznych niezbędnych do obsługi procesu zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.
3. Zidentyfikowanie w oddziałach wojewódzkich metod określania zapotrzebowania na świadczenia medyczne, nadających się do upowszechnienia jako dobrych praktyk.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Departamentu Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli.

³¹ Dz. U. z 2012 r., poz.82.

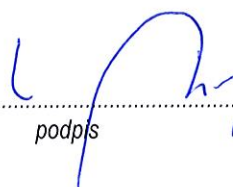
**Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania
wniosków**

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK proszę o poinformowanie Najwyższej Izby Kontroli, w terminie 14 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych 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.

Warszawa, dnia 7 marca 2013 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Departament Zdrowia
Dyrektor


.....
podpis