



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Departament Zdrowia

KZD – 4101 – 04 - 03-/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

<i>Numer i tytuł kontroli</i>	P/12/124 - Dostępność i finansowanie opieki stomatologicznej ze środków publicznych
<i>Jednostka przeprowadzająca kontrolę</i>	Najwyższa Izba Kontroli Departament Zdrowia
<i>Kontroler</i>	1. Krzysztof Barej, specjalista k.p., upoważnienie do kontroli nr 82856 z dnia 3 września 2012 r. (dowód: akta kontroli str. 1)
<i>Jednostka kontrolowana</i>	Narodowy Fundusz Zdrowia Mazowiecki Oddział Wojewódzki w Warszawie, ul. Chałubińskiego 8, 00 – 613 Warszawa (zw. w dalszej treści MOW NFZ)
<i>Kierownik jednostki kontrolowanej</i>	Barbara Misińska, Dyrektor Oddziału w okresie od 12 lutego 2009 r. do 27 sierpnia 2012 r.; Miroslaw Jeleniewski, p.o. Dyrektora Oddziału w okresie od 28 sierpnia 2012 r. do 28 października 2012 r.; Adam Twarowski, Dyrektor Oddziału w okresie od 29 października 2012 r. (dowód: akta kontroli str. 457 - 460)

Ocena ogólna

II. Ocena kontrolowanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie¹ działalność kontrolowanej jednostki w zakresie dostępności i finansowania opieki stomatologicznej ze środków publicznych.

Uzasadnienie
oceny ogólnej

W okresie objętym kontrolą, tj. w latach 2010-2012 (do 16 listopada), Mazowiecki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia zapewnił ubezpieczonym i uprawnionym mieszkańcom województwa dostęp do świadczeń w rodzaju leczenie stomatologiczne i prawidłowo finansował oraz rozliczał ich realizację.

Umowy o udzielanie ww. świadczeń zawierano z podmiotami spełniającymi wymagania określone przez Ministra Zdrowia i Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

Zabezpieczenie dostępu do świadczeń w rodzaju leczenie stomatologiczne w poszczególnych zakresach na terenie objętym działaniem Oddziału, odpowiadało planom finansowym i było uwarunkowane rozmieszczeniem świadczeniodawców, gotowych zawrzeć umowę o te świadczenia.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Działania MOW NFZ w zakresie finansowania świadczeń stomatologicznych

Planowanie zakupu świadczeń stomatologicznych

Opis stanu
faktycznego

Podczas tworzenia „planu zakupu świadczeń” MOW NFZ wykorzystywał informacje oraz wytyczne zawarte w następujących dokumentach:

- „Założenia do corocznej prognozy kosztów oddziałów wojewódzkich na poszczególne lata ... ” przekazywanych przez Centralę NFZ²;
- „Procedura definiowania priorytetów i planowania zakupu świadczeń” określonych i wprowadzonych przez Centralę NFZ, której celem było zapewnienie właściwego postępowania Centrali i oddziałów wojewódzkich NFZ w zakresie określania

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 Wprowadzony pismem Prezesa NFZ z 11 maja 2011 r., sygn. CF/DSOZ/2010/075/0/w

priorytetów, tworzenia planu zakupu i monitorowania świadczeń, jak również wprowadzenie i stosowanie zasad zarządzania procesem planowania ich zakupu³;

- Zarządzeniach Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania umów⁴ oraz na podstawie:

- przyznanego na dany rok budżetu w rodzaju leczenie stomatologiczne;
- danych demograficznych, w szczególności liczby ludności (dane Głównego Urzędu Statystycznego);
- cen jednostkowych za punkt rozliczeniowy w rodzaju leczenie stomatologiczne obowiązujących na terenie Mazowsza w ubiegłych latach;
- przyjętych przez Sekcję Lecznictwa Stomatologicznego MOW NFZ założeń dotyczących obszarów planowania postępowań;
- analiz z wykonania kontraktów oraz infrastruktury, jaką posiadają świadczeniodawcy.

Jak wyjaśnił Pan M.J., Dyrektor MOW NFZ, *„źródłem danych epidemiologicznych były dane NFZ. Na poziomie oddziału w rodzaju leczenie stomatologiczne nie jest prowadzony rachunek symulacji kosztów stomatologicznych świadczeń gwarantowanych”*.

(dowód: akta kontroli, str. 71, 431 – 452)

Odnośnie planowania zakupu świadczeń w rodzaju leczenie stomatologiczne, ww. wyjaśnił, że *„nie dokonywana była analiza jakości i dostępności usług stomatologicznych na podstawie „kryteriów oceny ofert” ponieważ zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniach w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stosuje się do postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń tj., w trakcie trwania postępowań konkursowych, a nie na etapie planowania zakupu świadczeń (...)”*.

(dowód: akta kontroli, str. 44)

W celu usprawnienia planowania świadczeń w rodzaju leczenie stomatologiczne, Sekcja Lecznictwa Stomatologicznego prowadziła bazę danych pn. „Część B-1 - Szczegółowy plan zakupu świadczeń (...)”.

³ Wprowadzony pismem Prezesa NFZ z 3 września 2012 r., sygn. DSOZ/2012/075/1544/W/22900

⁴ Zarządzenia Prezesa NFZ z dnia 2 listopada 2009 r., Nr 59/2009/DSOZ oraz nr 55/2010/DSOZ z 14 września 2010 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie stomatologiczne (NFZ z 2010 r., Nr 26, poz. 55 ze zm.).

Wartości planowanych kosztów świadczeń zdrowotnych ogółem w roku 2011 wzrosła o 4,72% w stosunku do roku 2010, a w 2012 r. wzrosła o 7,21% w porównaniu do roku 2011.

Planowane koszty świadczeń w rodzaju leczenie stomatologiczne zmniejszyły się w 2011 r. o 4,43% w stosunku do roku 2010, a w 2012 r. o 5,42% w stosunku do roku poprzedniego.

Udział planowanych kosztów świadczeń stomatologicznych w kosztach świadczeń zdrowotnych ogółem w 2010 r. wynosił 3,01%, w 2011 r. 2,75%, a w 2012 r. 2,43%.

Wartość wykonanych kosztów świadczeń zdrowotnych ogółem w 2011 r. wzrosła o 4,62% w porównaniu do roku 2010, zaś koszty świadczeń stomatologicznych zmniejszyły się o 4,17%.

Udział wykonanych kosztów świadczeń stomatologicznych w kosztach świadczeń zdrowotnych ogółem wyniósł w 2010 r. 2,62%, w 2011 r. 2,40%, a w I półroczu 2012 r. 2,28%.

Wartość i wykonanie planu zakupu świadczeń zdrowotnych w rodzaju leczenie stomatologiczne

Wyszczególnienie	2010 rok	2011 rok	2012 rok
Wartość planu zakupu świadczeń dla MOW NFZ	7 634 362 149 zł	7 994 998 425 zł	8 571 829 629 zł
w tym w rodzaju leczenie stomatologiczne	230 000 000 zł	219 797 155 zł	207 872 999 zł
% udział w planie zakupu	3,01%	2,75%	2,43%
Wartość wykonanych świadczeń w MOW NFZ	8 089 448 411 zł	8 463 497 438 zł	4 456 693 576 zł (wykonanie za 6 m - cy 2012 r.)
w tym w rodzaju leczenie stomatologiczne	212 144 423 zł	203 300 410 zł	101 523 234 zł (wykonanie za 6 m - cy 2012 r.)
% udział w wykonaniu	2,62%	2,40%	2,28%

(dowód: akta kontroli, str. 461)

MOW NFZ planował zakupy świadczeń stomatologicznych w oparciu o elektroniczną bazę danych demograficznych. W podziale na gminy i powiaty analizowano liczbę ludności celem zabezpieczenia jednego etatu na każde 7,5 tys. mieszkańców.

**Ocena
częstkowa**

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym obszarze.

Postępowania konkursowe o udzielenie świadczeń w rodzaju leczenie stomatologiczne

Opis stanu faktycznego

W okresie objętym kontrolą warunki prowadzonych postępowań konkursowych określone zostały w następujących zarządzenia Prezesa NFZ:

- Zarządzenie Nr 59/2009/DSOZ z dnia 2 listopada 2009 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie stomatologiczne, zaktualizowane Zarządzeniem Nr 6/2010/DSOZ z 19 stycznia 2010 r.;
 - Zarządzenie Nr 55/2010/DSOZ z 14 września 2010 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie stomatologiczne⁵, zaktualizowane 4 kwietnia 2011 r. zarządzeniem Nr 16/2011/DSOZ.
- W Zarządzeniach określono cel postępowania i przedmiot umowy, zasady postępowania oraz wymagania wobec świadczeniodawców, zasady udzielania świadczeń oraz sprawozdawania, rozliczania i finansowania świadczeń.

(dowód: akta kontroli, str. 453)

W 2010 r. MOW NFZ ogłosił 11 postępowań uzupełniających o wartości 1.974.100,00 zł. Unieważniono cztery postępowania. W przeprowadzonych postępowaniach wybrano 10 ofert. W IV kwartale 2010 r. oddział przeprowadził 491 postępowań o wartości 215.224.855,44 zł, wyłaniających świadczeniodawców, z którymi podpisał 663 umowy obowiązujące od 2011 r.

(dowód, akta kontroli, str. 469)

W 2011 r. OW NFZ ogłosił 142 postępowania konkursowe o łącznej wartości 38.106.625,72 zł, z tego unieważniono 32 postępowania. W 2011 r. łącznie odrzucono 126 ofert. W przeprowadzonych postępowaniach wybrano 991 ofert.

W 2012 r. MOW NFZ ogłosił 15 postępowań konkursowych uzupełniających (o wartości 7.160.190,00 zł), z tego unieważniono pięć. W przeprowadzonych postępowaniach wybrano 11 ofert. Nie wybrano żadnej oferty na świadczenia stomatologiczne dla świadczeniobiorców z grupy wysokiego ryzyka w tym chorych na AIDS, jak również ogólnostomatologiczne udzielane w znieczuleniu ogólnym.

Pan M.J., Dyrektor MOW NFZ wyjaśnił, że *„w czwartym kwartale 2010 r. zostały przeprowadzone postępowania konkursowe obejmujące teren całego województwa mazowieckiego mające na celu wyłonienie świadczeniodawców, którzy od 01.01.2011 r. zapewnią realizację świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie*

⁵ Zarządzenia Prezesa NFZ publikowane były na stronach internetowych Centrali NFZ <http://www.nfz.gov.pl>

stomatologiczne. Z uwagi na już zawarte umowy wieloletnie z okresem obowiązywania od 01.01.2011 r. do 31.12.2013 r., w 2011 r. MOW NFZ nie ogłosił postępowania konkursowego w zakresie „świadczenia protetyki stomatologicznej dla świadczeniobiorców po chirurgicznym leczeniu nowotworów w obrębie twarzoczaszki”, jak również w 2012 r. nie przeprowadzał konkursów w zakresach „świadczenia stomatologiczne dla świadczeniobiorców z grupy wysokiego ryzyka w tym chorych na AIDS” oraz „świadczenia ogólnostomatologiczne udzielane w znieczuleniu ogólnym”. Świadczenia w wymienionych zakresach od lat realizowane są przez tych samych świadczeniodawców. Należy również zaznaczyć, że do oddziału wojewódzkiego Funduszu nie wpłynęły wnioski o wszczęcie postępowań na przedmiotowe zakresy świadczeń od nowych oferentów”.

(dowód: akta kontroli, str. 327 - 328)

Przyczynami unieważnienia postępowań był brak ofert lub ich odrzucenie, gdy kwota najkorzystniejszej oferty przekroczyła kwotę, którą Fundusz przeznaczył na finansowanie świadczenia. Oferty odrzucone były także z powodu złożenia ich po terminie, niespełnienia warunków ustawowych bądź określonych w zarządzeniach Prezesa NFZ⁶.

(dowód: akta kontroli, str. 47 – 50, 161 - 176)

W NFZ opracowana została „Procedura konkursu ofert lub rokowań prowadzonych na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych” (procedura nr 2011/001/BO/KONTR/5.9). W dokumencie określono spis wymaganych dokumentów związanych z postępowaniem, jak również tryb konkursu ofert i rokowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wraz ze sposobem dokumentowania. Określono także listę dokumentów wymaganych do dołączenia do oferty.

(dowód: akta kontroli, str. 3 - 35)

Do kontroli wybrano na podstawie doboru losowego 11 postępowań z 2010 r., cztery postępowania z 2011 r. oraz pięć z 2012 r.

Stwierdzono, że we wszystkich analizowanych przypadkach, zgodnie z założeniami określonymi w „Procedurze konkursu ofert lub rokowań prowadzonych na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej (...)”⁷, MOW NFZ prawidłowo przygotował postępowanie, w tym: powołał komisje konkursowe, ogłosił

⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz. U. Nr 140, poz. 1144 ze zm.), Zarządzenia Prezesa NFZ: Nr 59/2009/DSOZ z dnia 2 listopada 2009 r. oraz nr 55/2010/DSOZ z 14 września 2010 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie stomatologiczne (NFZ z 2010 r., Nr 26, poz. 55 ze zm.)

⁷ Wprowadzonej pismem Prezesa NFZ z dnia 30 września 2010 r., sygn. CF/DSOZ/KAC/2010/075/0830/W/18141

rozpoczęcie postępowania, rejestrował oferty. Przebieg konkursu ofert/rokowań udokumentowany został protokołami komisji spełniającymi wymogi określone w § 7 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zapraszania do udziału w rokowaniach, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej oraz jej zadań⁸ Komisje spełniały warunki określone w § 5 tego rozporządzenia. Sposób dokumentowania był zgodny z wzorami określonymi w „Procedurze konkursu ofert lub rokowań prowadzonych na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych”.

(dowód: akta kontroli, str. 353-359, 453 - 454)

Kontrola 71 ofert wykazała, że wypełniano prawidłowo formularze potwierdzające spełnienie warunków formalnych. Protokoły końcowe zawierały kod zakresu i nazwę świadczenia, liczbę, wartość i jego cenę. Podpisane były przez członków komisji oraz oferenta.

(dowód: akta kontroli, str. 353-359)

Wyniki postępowań konkursowych były bezzwłocznie publikowane na internetowych stronach MOW NFZ⁹.

(dowód: akta kontroli, str. 353-359, 453 - 454)

W okresie objętym kontrolą do dyrektora MOW NFZ wniesiono w terminie 60 odwołań. Od 23 decyzji dyrektora MOW NFZ nieuwzględniających odwołań, oferenci biorący udział w postępowaniach wnieśli odwołania do Prezesa Funduszu (trzy odwołania wniesiono po terminie, jedno wycofano).

(dowód: akta kontroli, str. 309 – 321, 414 - 430)

W czterech przypadkach Prezes NFZ uznał zasadność odwołania od decyzji dyrektora Oddziału. Trzy przypadki dotyczyły nierównego traktowania oferentów.

W jednym, w ocenie Prezesa NFZ, nie było podstaw do odrzucenia oferty z powodu rozbieżności adresu siedziby świadczeniodawcy/miejsca udzielania świadczeń w złożonych dokumentach, wskazując jako wystarczający wypis z rejestru ZOZ prowadzonego przez wojewodę. Pozostałe decyzje dyrektora OW nie zostały przez Prezesa NFZ wzruszone.

(dowód, akta kontroli, str. 470 – 514)

Kierownik Działu Organizacyjno–Prawnego wyjaśniła między innymi, że „Mazowiecki OW NFZ nie posiada informacji dotyczących skarg wnoszonych do

⁸ Dz. U. Nr 273, poz. 2719

⁹ <http://www.nfz-warszawa.pl/>

Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie przez Oferentów, których odwołania nie zostały uwzględnione przez Prezesa Funduszu (...)."

(dowód: akta kontroli, str. 308)

Ustalone
nieprawidłowości

Nieuwzględnienie zasadnych odwołań oferentów przez dyrektora MOW NFZ.

Ocena
częstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie z nieprawidłowościami działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym obszarze.

Rozliczanie umów o świadczenia stomatologiczne

Opis stanu
faktycznego

W MOW NFZ funkcjonuje program komputerowy wykonujący automatyczną weryfikację świadczeń stomatologicznych w sprawozdaniach statystycznych generowanych przez świadczeniodawców. Ocenianych jest łącznie 88 parametrów weryfikujących świadczenia. Każdy parametr oznaczony jest indywidualnym kodem. W okresie objętym kontrolą najczęściej występowały następujące błędy:

- niedozwolony numer zęba dla świadczenia lub niedopuszczalny kod umiejscowienia wykonania świadczenia, błąd oznaczony kodem 267 lub 465;
- umowy lekarza wykonującego wykazanego w pozycji raportu, błąd oznaczony kodem nr 54;
- wykluczające się świadczenia wykonane w pokrywającym się okresie (w ramach umowy), błąd oznaczony kodem nr 244;
- niezgodne procedury z ICD9 dla usługi, błąd oznaczony kodem nr 46;
- inny dzień pracy lekarza niż ustalony w umowie, błąd oznaczony kodem nr 95;
- świadczenie stomatologiczne wykonane na usuniętym wcześniej zębie, błąd oznaczony kodem nr 463;
- wykonanie dla zakresu i świadczenia przekracza dopuszczalny limit, błąd oznaczony kodem nr 288 lub 289.

Kierownik Działu Monitorowania, Analiz i Planowania Świadczeń wyjaśnił, że „ww. świadczenia stanowiły 75% wartości świadczeń, które oznaczone zostały błędami wykrytymi przez wszystkie parametry weryfikacyjne”.

(dowód: akta kontroli, str. 330 - 336)

Oddział prowadził wydzieloną tzw. „Bazę protetyczną”, zawierającą dane osób korzystających z usług protetycznych. Obejmowała ona rodzaj uzupełnienia

protetycznego, datę jego wykonania oraz dane świadczeniodawców realizujących usługę.

Kierownik Sekcji Lecznictwa Stomatologicznego MOW NFZ wyjaśniła, że „świadczeniodawca realizujący usługę zobowiązany jest do weryfikacji prawa świadczeniobiorcy do uzyskania uzupełnienia protetycznego przysługującego zgodnie z w/w rozporządzeniem¹⁰ poprzez uzyskanie pisemnego oświadczenia składanego przez świadczeniobiorcę. Z uwagi na często nierzetelne oświadczenia składane przez pacjentów, świadczeniodawcy dodatkowo mają możliwość weryfikacji prawa do świadczeń (...). Potwierdzenie w Sekcji Lecznictwa Stomatologicznego może być uzyskane jedynie przez świadczeniodawcę. Natomiast pacjent, z uwagi na ochronę danych osobowych, takie informacje może uzyskać po złożeniu odpowiedniego wniosku w Dziale Ewidencji Ubezpieczonych OW Funduszu”.

(dowód: akta kontroli, str. 322 - 326)

Kontrole wykonania umów o świadczenia stomatologiczne

Opis stanu
faktycznego

W MOW NFZ planowane były coroczne kontrole świadczeniodawców. Sekcja Lecznictwa Stomatologicznego wskazywała świadczeniodawców do kontroli na podstawie wpływających analiz raportów statystyczno-medycznych (np. bardzo wysokie wykonanie świadczeń ponad zakontraktowany limit umowy, czy wybiórczo wykonywanie wysoko punktowanych usług) oraz podmioty, które nie były kontrolowane przez dłuższy okres.

(dowód: akta kontroli, str. 322)

W planie na 2010 r. przewidziano do kontroli 43 podmioty, w tym u 42 świadczących usługi ogólnostomatologiczne i jeden świadczenia z zakresu ortodoncji. Kontrolowano pomieszczenia, w których były udzielane świadczenia, ich wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną oraz dostępność do świadczeń.

(dowód: akta kontroli, str. 98 - 101)

W 2010 r. MOW przeprowadził łącznie 41 postępowań kontrolnych u świadczeniodawców w rodzaju leczenie stomatologiczne, w tym 12 zaplanowanych oraz 29 wytypowanych w ciągu roku. W przypadku trzech podmiotów nie stwierdzono uchybień.

(dowód: akta kontroli, str. 143 - 148)

¹⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz. U. Nr 140, poz. 1144 ze zm.).

W planie na 2011 r. przewidziano do kontroli 15 podmiotów, w tym dziewięć kontroli sprawdzających, jedną u nowego świadczeniodawcy oraz pięć w wyniku analizy skarg. (dowód: akta kontroli, str. 117 - 130)

Przeprowadzono 34 kontrole, obejmując nimi 15 podmiotów zaplanowanych oraz 19 wytypowanych doraźnie. Tylko w jednym przypadku nie stwierdzono uchybień. (dowód: akta kontroli, str. 149 - 154)

W planie na 2012 r. przewidziano do kontroli jeden podmiot. Według stanu na 5 września 2012 r. przeprowadzono dziewięć kontroli, jedną zaplanowaną, pozostałe doraźnie. W jednym przypadku nie stwierdzono uchybień.

Najczęstszymi nieprawidłowościami ujawnionymi w trakcie kontroli były: niezgodności pomiędzy danymi wykazanymi w raporcie statystycznym a dokumentacją medyczną, udzielanie świadczeń niezgodnie z harmonogramem przedstawionym w „*Harmonogramie – zasoby*”, ograniczenie dostępności do świadczeń wynikające z zaprzestania udzielania świadczeń, brak dokumentów potwierdzających dokonanie aktualnych przeglądów technicznych sprzętu i aparatury medycznej. (dowód: akta kontroli, str. 132 – 142, 155 - 157)

Finansowe efekty kontroli świadczeniodawców

W 2010 r., na 41 kontroli przeprowadzonych u świadczeniodawców, w 35 przypadkach (85,4%) NFZ zakwestionował wartości świadczeń zrealizowanych przez świadczeniodawców. Kwota zakwestionowanych świadczeń ustalona do windykacji po decyzji dyrektora MOW NFZ wyniosła 306.617,61 zł, przy czym wahała się od 2 zł do 284.599,16 zł. Wartość nałożonych kar ostatecznie ustalona do windykacji wyniosła dla 37 podmiotów 93.250,71 zł, wahała się od 475,57 zł do 22.223,40 zł. (dowód: akta kontroli, str. 143-148)

W 2011 r., na 34 przeprowadzone kontrole u świadczeniodawców, w 23 przypadkach (67,4%) zakwestionowano wartości świadczeń. Kwota ustalona do windykacji wyniosła 56.362,83 zł, wahała się od 50,00 zł do 17.989,12 zł. Wartość nałożonych kar ostatecznie ustalona do windykacji wyniosła dla 29 podmiotów 130.058,04 zł, wahała się od 162,00 zł do 22.877,55 zł.

(dowód: akta kontroli, str. 149-154)

W 2012 r. (wg. stanu na 6 września), na dziewięć przeprowadzonych kontroli u świadczeniodawców, w trzech przypadkach zakwestionowano wartości świadczeń, ich wartość ostatecznie ustalona do windykacji wyniosła 3.207,54 zł, wahała się od 619,00 zł do 1.965,54 zł. Wartość nałożonych kar ostatecznie ustalona

do windykacji wyniosła dla 6 podmiotów 22.365,04 zł, wahała się od 137,70 zł do 7.086,96 zł. (dowód: akta kontroli, str. 156-157)

Stwierdzono, że liczba przeprowadzanych kontroli uległa zmniejszeniu (z 41 w 2010, do 34 w 2011 r. i dziewięciu do końca trzeciego kwartału 2012 r.)

W ocenie NIK liczba przeprowadzonych postępowań z uwagi na bardzo wysoki współczynnik stwierdzanych nieprawidłowości u świadczeniodawców (od 88,7% w 2012 r. do 97,1% w 2011 r.) nie powinna być zmniejszana.

Ustalone
nieprawidłowości

Zmniejszenie liczby przeprowadzanych kontroli pomimo bardzo wysokiego ryzyka stwierdzenia nieprawidłowości.

Ocena
częstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie z nieprawidłowościami działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.

Płatności za świadczenia ponadlimitowe w rodzaju leczenie stomatologiczne

Rok 2010

	Renegocjacje po I kw. (aneks)	Renegocjacje po I pół. (aneks)	Renegocjacje po II pół. (aneks)	Ugody pozasądowe	Ogółem
Liczba świadczeniodawców wnioskujących	43	250	38	232	563
w tym - wnioski rozpatrzone pozytywnie	13	250	28	200	491
w tym - wnioski rozpatrzone negatywnie	30	0	10	32	72
Sfinansowane nadwykonania wartość (w zł)	280.780,00	3.869.106,38	897.637,30	2.568.305,50	7.615.829,18

Łącznie świadczenia ponadlimitowe w 2010 r. wyniosły 8.229.785,18 zł, z czego sfinansowano nadwykonania o wartości 7.615.829,18 zł, niesfinansowane wyniosły 613.956,00 zł (72 wnioski zostały rozpatrzone negatywnie, tj. 12,8%).

Rok 2011

	Renegocjacje po I pół. (aneks)	Renegocjacje po II pół. (aneks)	Ugody pozasądowe	Ogółem
Liczba świadczeniodawców wnioskujących	190	286	2	478
w tym - wnioski rozpatrzone pozytywnie	79	267	2	348
w tym - wnioski rozpatrzone negatywnie	111	19	0	130
Sfinansowane nadwykonania (w zł)	1.213.228,26	3.725.451,03	25.152,34	4.963.831,60

Łącznie świadczenia ponadlimitowe w 2011 r. wyniosły 8.320.478,75 zł (1,1% więcej niż w 2010 r.), z czego sfinansowano nadwykonania o wartości 4.963.831,60 zł (53,4% mniej niż w 2010 r.), niesfinansowane wyniosły 3.356.647,15 zł, tj. 546,7% więcej niż w 2010 r. (łącznie 130 wniosków rozpatrzono negatywnie, tj. 27,2%).

Rok 2012

Jak poinformowała Naczelnik Wydziału Ekonomiczno – Finansowego „*w chwili obecnej Wydział przygotowuje się do procesu renegotiacji umów za I półrocze 2012 r. Do dnia 11 września 2012 r. do Wydziału wpłynęło 131 wniosków od świadczeniodawców o renegotjację umowy w tym zakresie*”.

(dowód: akta kontroli, str. 54 - 55)

Powodami negatywnego rozpatrzenia wniosków świadczeniodawców były między innymi: nie złożenie rozliczenia umowy od momentu złożenia wniosku do końca trwania procesu, brak wniosku świadczeniodawcy złożonego w wymaganym terminie.

W rodzaju leczenie stomatologiczne obowiązują dwa okresy rozliczeniowe obejmujące półrocza.

Jak wyjaśnił Pan M.J., Dyrektor MOW NFZ „*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 których sporządzane są propozycje zmian wartości umów dla świadczeniodawców posiadających umowy wieloletnie. Powyższe dane wykorzystywane są w przypadku prowadzenia postępowań konkursowych m.in. negocjowana jest liczba kontraktowanych punktów. Niedowwykonania 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*”¹¹. (dowód: akta kontroli, str. 51 - 52)

¹¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U., Nr 81, poz. 484)

Ustalono
nieprawidłowości

Pomimo przeprowadzania na bieżąco analizy wykonanych świadczeń i renegotjacji umów, stwierdzono występowanie nadwykonań.

W ocenie NIK, w sytuacji corocznego niewykonania umów przez część świadczeniodawców, Oddział miał możliwości finansowe do zwiększenia wartości umów z tymi świadczeniodawcami, u których występowały nadwykonania.

Ocena
częstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie z nieprawidłowościami działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.

Wartość niewykonanych świadczeń stomatologicznych

Wartość niewykonanych świadczeń STM w Oddziale Mazowieckim NFZ w latach 2010 – I półrocze 2012 (w tys. zł) zamieszczona została w aktach kontroli na stronie nr 100.

2. Dostęp do usług stomatologicznych finansowanych ze środków publicznych

Dynamika zmian w rodzaju świadczenia stomatologiczne w latach 2010-2012 zamieszczona została w aktach kontroli na stronie nr 101.

Stwierdzono, że największe zmniejszenia w liczbie udzielanych świadczeń wystąpiły w przypadku:

- „Świadczeń stomatologicznych dla świadczeniobiorców z grupy wysokiego ryzyka chorób zakaźnych w tym chorych na AIDS”. Zmniejszenie wykonanych świadczeń w 2011 r. (z 180.000 punktów rozliczeniowych w 2010 r o wartości 720.000,00 zł do 165.000 punktów o wartości 660.000,00 zł w 2011 r.) wynikała z faktu późniejszego zawarcia umowy przez świadczeniodawcę (odrzućenie oferty). Na 2012 rok MOW przedstawił świadczeniodawcy propozycję niższą z powodu znacznych niewykonań.
- „Świadczeń stomatologicznej pomocy doraźnej”. W wyniku konkursu ofert na 2011 rok Oddział zakontraktował mniejszą liczbę świadczeniodawców z powodu braku chętnych do współpracy (spadek z 4.038 punktów rozliczeniowych o wartości 1.615.200,00 zł w 2010 r. do 3.341 punktów o wartości 1.334.015,00 zł w 2011 r.). W postępowaniach na rok 2012 jeden świadczeniodawca nie wyraził zgody na propozycję finansową (umowa wygasła z ostatnim dniem lutego 2012 roku),

drugi rozwiązał umowę z końcem 2011 roku. MOW NFZ ogłosił postępowania uzupełniające.

- „Programu ortodontycznej opieki na dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki”. Liczba punktów rozliczeniowych zmniejszyła się z 18.376 (o wartości 5.512.800 zł) w 2010 r. do 14.170 (o wartości 4.251.000,00 zł) w 2011 r. W 2011 roku umowy w tym zakresie były umowami wieloletnimi. W związku ze zmianą finansowania w „Programie ortodontycznej (...)” MOW przedstawił świadczeniodawcom propozycję na mniejszą liczbę i wartość z powodu niedowyoń w roku ubiegłym. Na 2012 rok Oddział ogłosił postępowanie konkursowe, na które zaplanowano mniejszą liczbę świadczeń niż w ubiegłych latach z powodu niskiego wykonania w tym zakresie.

Uwagi dotyczące
badanej
działalności

NIK zwraca uwagę, że pomimo przeprowadzenia postępowania konkursowego i podpisania umów na realizację ww. świadczeń, nie zostały zaspokojone potrzeby świadczeniobiorców.

Zwiększenia wykazano w „Świadczeniach protetyki stomatologicznej”. Liczba punktów rozliczeniowych na lata 2010/ 2011 była równa i wynosiła 180.000, natomiast zwiększeniu uległa wartość z 360.000,00 zł w 2010 r. do 396.000,00 zł w 2011 r. W roku 2010 umowy w tym zakresie były umowami wieloletnimi. Na 2011 rok zostały ogłoszone postępowania konkursowe z podziałem na grupy powiatów, ponieważ nie w każdym powiecie są lekarze specjaliści. MOW NFZ w wyniku konkursu zakontraktował świadczenia u wszystkich, którzy spełniali warunki udzielania świadczeń opisane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego¹² oraz w Zarządzeniu Nr 55/2010/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 września 2010 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie stomatologiczne. Natomiast na 2012 rok Oddział przedstawił świadczeniodawcom propozycje na mniejszą liczbę świadczeń w okresie poprzedzającym.

(dowód, akta kontroli, str. 467 – 468)

Ustalono
nieprawidłowości

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

¹² Dz. U. Nr 140 poz. 1144 ze zm.

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.

3. Nadzór i kontrola nad tworzeniem i funkcjonowaniem systemu profilaktycznej opieki stomatologicznej nad dziećmi i młodzieżą

System profilaktycznej opieki stomatologicznej nad dziećmi i młodzieżą

Opis stanu
faktycznego

Świadczenia z zakresu profilaktyki chorób jamy ustnej dla uczniów szkół podstawowych realizowane są w formie grupowej profilaktyki fluorkowej w ramach umów o udzielanie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Świadczenie to wykonywane jest na obszarach, gdzie poziom fluorków w wodzie pitnej nie przekracza 1 mg/l i polega na nadzorowanym szczotkowaniu zębów preparatami fluorkowymi¹³.

Świadczenia z zakresu profilaktyki chorób jamy ustnej realizowane są przez pielęgniarki szkolne wskazane w umowach o udzielanie świadczeń w gabinetach profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej znajdujących się na terenie szkoły lub, jeśli szkoła nie dysponuje taki gabinetem - w gabinetach pielęgniarek szkolnych znajdujących się w miejscu określonym w umowie z NFZ. Na terenie województwa mazowieckiego zlokalizowanych jest 1855 prywatnych i publicznych szkół podstawowych¹⁴.

Liczba świadczeniodawców udzielających świadczeń w zakresie medycyna szkolna oraz liczba uczniów objętych opieką

X	Według stanu na dzień:		
	1 stycznia 2010 r.	1 stycznia 2011 r.	1 sierpnia 2012 r.
Liczba świadczeniodawców	390	390	392
Liczba miejsc udzielania świadczeń	1322	1324	1349
Liczba uczniów objęta opieką	642.135	635.609	638.424

(dowód: akta kontroli, str. 56 – 70)

Jak wyjaśnił Pan M.J., Dyrektor MOW NFZ „analiza danych liczbowych, w szczególności porównanie liczby dzieci urodzonych w latach 2000–2005 r., widniejących na listach lekarza POZ z liczbą dzieci poddanych grupowej profilaktyce fluorkowej, wskazuje, że ok. 13,5% dzieci z tej grupy wiekowej nie była poddana

¹³ Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 139, poz. 1139 ze zm.) oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 października 2010r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 208, poz. 1376).

¹⁴ Wg informacji zawartych w bazie danych <http://mazowieckie.szkolypodstawowe.edubaza.pl>

profilaktyce fluorkowej w ramach umów zawartych z NFZ. W większości przypadków są to dzieci uczęszczające do placówek prywatnych, które nie podjęły współpracy z podmiotami leczniczymi udzielającymi świadczeń z zakresu medycyny szkolnej w ramach umów zawartych z NFZ. W tej grupie mogą również być dzieci, których rodzice nie wyrazili zgody na zabiegi fluoryzacji prowadzone przez pielęgniarki szkolne". (dowód: akta kontroli, str. 337)

Koszty grupowej profilaktyki fluorkowej (w zł)

Świadczenia pielęgniarki szkolnej udzielane w ramach grupowej profilaktyki fluorkowej	2010 rok	2011 rok	2012 rok
Wysokość stawki kapitałowej rocznej/miesięcznej	3,60 (0,30/mc)	5,40 (0,45/mc)	5,40 (0,45/mc)
Miesięczny koszt grupowej profilaktyki fluorkowej	68.777, 30	108.805, 95	115.242, 30
Roczny koszt grupowej profilaktyki fluorkowej	829.195, 80	1.304.397, 45	1.028.313, 45

* dane za okres I-IX 2012 r.

(dowód: akta kontroli, str. 337)

Ww. wyjaśnił, że „do MOW NFZ nie były przekazane informacje od instytucji samorządów terytorialnych o prowadzonych lub planowanych programach profilaktycznych dla uczniów szkół podstawowych. Wiedzę na ten temat, Oddział pozyskuje ze stron internetowych samorządów”. (dowód: akta kontroli, str. 57)

Realizacja obowiązku przekazywania informacji do Wojewody Mazowieckiego

Opis stanu faktycznego

Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ prowadzi „Wykaz placówek medycyny szkolnej na Mazowszu”. Baza danych prowadzona jest w programie Excel, obejmuje między innymi: nazwę świadczeniodawcy (miasto, adres z kodem, powiat, podległość do delegatury NFZ, numer umowy), dane adresowe szkoły, liczbę uczniów w szkole oraz miejsce udzielania uczniom profilaktycznych świadczeń zdrowotnych z podziałem na poradnię lekarza POZ i gabinet profilaktyki zdrowotnej w szkole. Baza danych pozwala na określenie liczby świadczeniodawców, jak również liczbę uczniów objętych świadczeniami profilaktycznymi wg stanu na dowolny dzień. MOW NFZ, zgodnie z wytycznymi zawartymi w § 11 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą¹⁵ przekazywał do Wojewody Mazowieckiego wykazy zawierające nazwę i adres świadczeniodawcy, miejsce udzielania uczniom profilaktycznych świadczeń opieki zdrowotnej oraz liczbę uczniów objętych profilaktyczną opieką zdrowotną przez świadczeniodawcę. Powyższe wykazy przekazane zostały w dniu 11 lutego 2011 r. (za rok szkolny

¹⁵ Dz. U. Nr 139, poz. 1133

2010/2011., wg. stanu na 1 stycznia 2010 r.) oraz 14 lutego 2012 r. (za rok szkolny 2011/2012., wg. stanu na 1 stycznia 2011 r.). (dowód: akta kontroli, str. 56 – 70)

Ustalono
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości

Ocena
częstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym obszarze.

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 Kontroli¹⁶, wnosi o:

1. Rozważenie objęcia postępowaniami kontrolnymi większej liczby świadczeniodawców;
2. Wyeliminowanie przypadków nierównego traktowania oferentów przez komisje konkursowe w postępowaniach o udzielenie świadczeń.

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.

¹⁶ 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 11 stycznia 2013 r.
Miejscowość data

Kontroler
Krzysztof Barej
specjalista k.p.

.....
Podpis

Najwyższa Izba Kontroli
Departament Zdrowia

Dyrektor
Lech Rejnuś

.....
Podpis