



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Departament Zdrowia

KZD – 4101-02-04/2013
P/13/129

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/13/129 – Dostępność świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Departament Zdrowia
Kontroler	Teresa Zielińska, główny specjalista k.p., upoważnienie do kontroli nr 82899 z dnia 3 czerwca 2013 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2)
Jednostka kontrolowana	Mazowiecki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia
Kierownik jednostki kontrolowanej	Adam Twarowski, Dyrektor Mazowieckiego Oddziału NFZ (dowód: akta kontroli str. 3-7)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Uzasadnienie oceny ogólnej

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości¹ działalność Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w zakresie dostępności i finansowania nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (NiŚOZ).

Po wprowadzeniu od 1 marca 2011 r. zmian organizacyjnych w systemie udzielania pomocy doraźnej w godzinach nocnych oraz w dni wolne od pracy, Oddział zapewnił mieszkańcom Mazowsza dostęp do tych świadczeń oraz prawidłowo finansował i rozliczał ich realizację.

Umowy o udzielanie świadczeń w wyznaczonych obszarach zabezpieczenia zawierano z podmiotami wyłonionymi w wyniku konkursu ofert lub rokowań, tj. w trybie określonym w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej², a także zgodnie z procedurą obowiązującą w Narodowym Funduszu Zdrowia.

W drugim okresie kontraktowania (na lata 2012-2014) wystąpiły wprawdzie przypadki nieprzestrzegania § 8 pkt 1 zarządzenia Prezesa NFZ 85/2010/DSOZ z dnia 23 grudnia 2010 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, ale nie miały one wpływu na dostępność świadczeń z zakresu NiŚOZ i były uzasadnione względami finansowymi. Stwierdzono również, iż oferty niektórych świadczeniodawców nie zostały poddane rzetelnej weryfikacji.

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 Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.), zwana dalej ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Dostępność świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej

Opis stanu faktycznego

1.1. Od 1 marca 2011 r. wprowadzono nową kategorię świadczeń – nocną i świąteczną opiekę zdrowotną³ (dalej: NiŚOZ).

Obszary zabezpieczenia tych świadczeń na Mazowszu określone zostały przez Dyrektora Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ (dalej: Oddział, MOW NFZ) na podstawie zarządzenia Prezesa NFZ nr 85/2010/DSOZ z dnia 23 grudnia 2010 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (dalej: zarządzenie 85/2010/DSOZ⁴), wg kryteriów:

- zapewnienie możliwie najlepszej dostępności do świadczeń,
- liczba świadczeń nocnej pomocy lekarskiej i pielęgniarskiej zrealizowanych w 2009 r. i 2010 r. – wyniki analizy stały się podstawą określenia wielkości populacji na danym obszarze, możliwej do objęcia opieką przez jeden zespół lekarsko-pielęgniarski, w sposób zapewniający rzeczywistą dostępność do świadczeń w możliwie najkrótszym czasie,
- populacja Mazowsza (w tym poszczególnych regionów i miejscowości),
- warunki geograficzno-terytorialne oraz komunikacyjne,
- uwarunkowanie wynikające z infrastruktury podmiotów medycznych,
- wysokość posiadanych przez Oddział środków finansowych na ten zakres świadczeń w planie finansowym na 2011 r.

W oparciu o te kryteria MOW NFZ przyjął, że obszarem zabezpieczenia będą jednostki administracyjne, czyli w Warszawie – dzielnica, a w pozostałej części Mazowsza – powiat. W przypadku dużych powiatów liczących ponad 200 tys. mieszkańców (powiat wołomiński), dużych dzielnic Warszawy (Mokotów czy Praga Południe) oraz miast na prawach powiatu (miasto Radom) – dokonano podziału na mniejsze obszary. Ze względu na zapis § 3 zarządzenia 85/2010/DSOZ, który zezwalał Oddziałowi wyłonić jednego świadczeniodawcę z jednym miejscem udzielania świadczeń na obszarze zabezpieczenia, kierując się przesłanką zapewnienia jak najlepszej dostępności dla pacjentów, Oddział zrezygnował z określenia obszarów zabezpieczenia liczących powyżej 150 tys. mieszkańców.

W ten sposób, od marca 2011 r., obszar Mazowsza został podzielony na 63 obszary zabezpieczenia. Na koniec 2011 r. ich liczba wzrosła do 66, a na koniec 2012 r. do 69 i w 2013 r. (do dnia 23 sierpnia) nie zmieniła się.

Zwiększenie liczby obszarów w 2011 r. nastąpiło wskutek dodatkowego podziału trzech obszarów zabezpieczenia: dzielnicy Warszawa – Targówek⁵, powiatu grójeckiego⁶ i powiatu

³ Ustawa z dnia 29 października 2010 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o świadczeniu pieniężnym i uprawnieniach przysługujących cywilnym niewidomym ofiarom działań wojennych (Dz.U. z 2010 r. Nr 225, poz.1465).

⁴ W latach 2011 – 2013, Prezes NFZ wprowadzał zmiany do zarządzenia nr 85/2010/DSOZ. W dalszej części wystąpienia, zarządzenie po wprowadzanych zmianach zwane jest dalej „zarządzenie 85/2010/DSOZ”.

⁵ Tuż po rozstrzygnięciu konkursu ofert, zgłoszone przez SZPZLO Warszawa-Bródno (podmiot wyłoniony w toku postępowania konkursowego) okoliczności związane z brakiem obsady lekarskiej do zabezpieczenia świadczeń na obszarze do 150 tys. mieszkańców uniemożliwiły zawarcie umowy. Wobec realnego zagrożenia niezakontraktowania świadczeń na tym obszarze dokonano podziału dzielnicy Targówek na dwa mniejsze obszary (do 50 tys. i do 100 tys. mieszkańców). W konsekwencji zawarto umowy z dwoma podmiotami.

⁶ W toku postępowania konkursowego dot. powiatu grójeckiego (do 100 tys. mieszkańców) został wyłoniony kontrahent „NZOZ ZIEL-MED”, natomiast w toku postępowania dot. obszaru: powiat przysuski – do 50 tys. mieszkańców wyłoniono podmiot SPZZOZ w Przysusze - z którymi zawarto umowy od 1 marca 2011 r. W trakcie trwania umowy nadeszła liczna korespondencja od miejscowych władz samorządowych, występujących o zmianę obszarów zabezpieczenia ze względów terytorialnych i komunikacyjnych. Samorządy zawarły w tej kwestii stosowne porozumienie. Oddział uwzględnił zgłaszane postulaty dokonując podziału terenu zgodnie z oczekiwaniami mieszkańców reprezentowanych przez władze samorządowe. Wyodrębniono wówczas z powiatu grójeckiego i przysuskiego grupę gmin jako obszar zabezpieczenia do 50 tys. osób. W konsekwencji na obszarze zabezpieczenia: powiat grójecki – świadczenia nadal były realizowane przez NZOZ „ZIEL-MED”, powiat przysuski – przez SPZZOZ w Przysusze, natomiast na dodatkowo wyodrębnionym od 1 lipca obszarze zabezpieczenia – SPZOZ w Nowym Mieście.

wołomińskiego⁷. Przyczyną podziału były trudności z zawarciem kontraktów na tych terenach lub uwzględnienie postulatów władz samorządowych.

W 2012 r., jak wyjaśnił Zastępca Dyrektora ds. Medycznych, kierując się zasadą jak najlepszej dostępności do świadczeń NiŚOZ, wykorzystując swoje obserwacje dotyczące zgłaszalności pacjentów oraz liczby udzielanych świadczeń, jak również spostrzeżenia świadczeniodawców i świadczeniobiorców nabyte w pierwszych 10-ciu miesiącach funkcjonowania NiŚOZ na nowych zasadach, dokonano korekt w zakresie zabezpieczenia obszarów. Na dwa mniejsze obszary zostały podzielone powiaty: miński⁸, pruszkowski⁹, węgrowski¹⁰, grójecki¹¹ oraz Białoleka – dzielnica m.st. Warszawa¹². Natomiast dokonano połączenia Ostrołęki i Siedlec, które w 2011 r. stanowiły odrębne obszary zabezpieczenia, z powiatami ziemskimi odpowiednio: ostrołęckim i siedleckim.

(dowód: akta kontroli str. 202, 206-209)

1.2. Pod względem wielkości populacji, najwięcej było obszarów w kategorii do 50 tys. mieszkańców, przy czym ich liczba wzrosła z 19 (w marcu 2011 r.) do 31 obszarów – w 2013 r. W tym samym okresie zmniejszyła się liczba obszarów: w kategorii do 100 tys. mieszkańców – z 29 do 24 obszarów, oraz w kategorii do 150 tys. mieszkańców – z 15 do 13 obszarów. Na Mazowszu funkcjonuje obecnie tylko jeden obszar powyżej 150 tys. mieszkańców obejmujący dzielnicę Warszawy Bielany i grupę gmin powiatu warszawskiego zachodniego (utworzony w trakcie 2011 r. po powiększeniu obszaru Bielany, na wniosek zainteresowanych samorządów).

Utworzone obszary nie były równomiernie zaludnione. Przy kontraktowaniu świadczeń od 1 stycznia 2012 r. (drugi okres kontraktowania na lata 2012-2014), w kategorii do 50 tys. osób utworzono obszary które liczyły od 20.990 osób (W-wa Wilanów) do 59.996 osób (grupa powiatu pruszkowskiego 2). W kategorii do 100 tys. osób utworzono obszary od 61.079 osób (powiat kozienicki) do 108.033 osób (powiat płocki), a w kategorii do 150 tys. osób obszary od 112.102 osób (grupa gmin powiatu mińskiego) do 161.160 osób (powiat piaseczyński).

(dowód: akta kontroli str. 16-43, 182-196)

Ustalone
nieprawidłowości

W drugim okresie kontraktowania (na lata 2012-2014) stwierdzono przypadki wyznaczania przez Oddział obszarów zabezpieczenia, w których wielkość populacji przekraczała granice określone w załączniku nr 1 do zarządzenia 85/2010/DSOZ, od 1,9% do 20%. Na tych obszarach świadczeniodawcy nie powołali wymaganej dla danego obszaru liczby zespołów lekarsko-pielęgniarskich, tj. co najmniej jednego lekarza i jednej pielęgniarki na każde rozpoczęte 50 tys. osób zamieszkałych na danym terenie, co było niezgodne z § 8 pkt 1 ww. zarządzenia. Dotyczyło to:

– sześciu obszarów w kategorii do 50 tys. osób: grupy gmin powiatu pruszkowskiego (Piastów), grupy powiatu warszawskiego-zachodniego, powiatu przasnyskiego, powiatu sierpeckiego, dzielnicy Warszawy Ursus i powiatu pułtuskiego, gdzie populacje były wyższe od 50 tys. osób odpowiednio o: 9.996 osób, 5.252 osoby, 2.252 osoby, 2.786 osób, 1.220 osób i 946 osób.

⁷ Pierwotnie powiat wołomiński był podzielony na dwa obszary zabezpieczenia: powiat wołomiński do 100 tys. mieszkańców oraz powiat wołomiński do 150 tys. mieszkańców (postępowanie konkursowe zostało unieważnione z powodu odrzucenia wszystkich ofert – ze względu na błędną wartość ceny jednostki w ofercie lub za małą liczbę godzin obsady lekarsko-pielęgniarskiej). Wobec realnego zagrożenia niezakontraktowania świadczeń na tym obszarze (do 150 tys. mieszkańców), dokonano jego podziału na dwa mniejsze – do 50 tys. i do 100 tys. mieszkańców, co stworzyło dodatkowe możliwości potencjalnym oferentom. W konsekwencji zawarto umowy z dwoma podmiotami.

⁸ Ze względu na trudności komunikacyjne (brak nocnej komunikacji) mieszkańców Sulejówka i gm. Halinów w dojeździe do punktu NiŚOZ zlokalizowanego w Mińsku Mazowieckim.

⁹ Ze względu na trudności komunikacyjne (brak nocnej komunikacji) mieszkańców Piastowa, gm. Michałowice i gm. Raszyn w dojeździe do punktu NiŚOZ w Pruszkowie.

¹⁰ Również z powodów komunikacyjnych.

¹¹ Wobec wielokrotnych postulatów władz powiatu grójeckiego, w szczególności Warki, obszar podzielono na 2 mniejsze obszary do 50 tys. (wyodrębniono gm. Jasieniec, Warka – umowę zawarto od 1 stycznia 2012 r.)

¹² Z powodu braku ofert został unieważniony konkurs na obszar zabezpieczenia do 100 tys. mieszkańców. Z uwagi na zagrożenie niezakontraktowania MOW NFZ podzielił obszar na 2 obszary do 50 tys. mieszkańców.

– trzech obszarów w kategorii do 100 tys. osób: powiatów garwolińskiego, legionowskiego i plockiego, gdzie populacje były wyższe od 100 tys. osób odpowiednio o: 7.061 osób, 5.520 osób, 8.033 osoby.

(dowód: akta kontroli str. 16-43, 191-196)

Zastępca Dyrektora ds. Medycznych Oddziału wyjaśnił, że kierując się poziomem wykonania świadczeń w 2011 r. (średnio 1 lekarz w trakcie 14 godzinnego dyżuru wykonywał ok. 24 porad, czyli niespełna 2 porady/godz. a w niektórych rejonach – 0,5 porady/godz.), przyjęto, że jeden zespół lekarsko-pielęgniarski w zupełności zaspokoi potrzeby mieszkańców obszarów zabezpieczenia, w których populacja jest nieco wyższa niż określona § 8 pkt 1 zarządzenia 85/2010/DSOZ. Mając na uwadze brak uzasadnienia merytorycznego, jak również ściśle określoną pulę środków finansowych przeznaczonych na sfinansowanie świadczeń NiSOZ, Oddział przyjął, że kontraktowanie kolejnego zespołu lekarsko-pielęgniarskiego na obszarach zabezpieczenia nieznacznie przekraczających liczbę odpowiednio: 50 czy 100 tys. mieszkańców, byłoby działaniem nieracjonalnym i, de facto, przekraczającym możliwości finansowe Oddziału. Odnosząc się do powiatu pruszkowskiego (populacja w tym obszarze była wyższa o 20% od granicy wyznaczonej w zarządzeniu), wyjaśnił, że w 2011 r. powiat stanowił jeden obszar zabezpieczenia do 150 tys. osób (3 zespoły lekarsko-pielęgniarskie). W celu zapewnienia możliwie najlepszej dostępności do świadczeń mieszkańcom powiatu, poprzez zapewnienie minimum dwóch punktów przyjęć, na 2012 r. teren ten podzielono na grupy gmin i określono dwa mniejsze obszary zabezpieczenia o populacjach 91.836 osób i 59.996 osób. Taki podział wynikał z warunków terytorialno – komunikacyjnych i jest najbardziej korzystny dla mieszkańców z uwagi na zlokalizowanie punktów NiSOZ w głównych ośrodkach administracyjnych i komunikacyjnych rejonu. Wysokość środków finansowych zaplanowanych na zabezpieczenie gotowości trzech zespołów na terenie powiatu pruszkowskiego, uniemożliwiła zakontraktowanie większej liczby zespołów.

NIK podziela argumentację przedstawioną w wyjaśnieniu biorąc pod uwagę, że działania Oddziału nie ograniczyły dostępności świadczeń NiSOZ.

(dowód: akta kontroli str. 261-262, 264-265)

Poza wyżej wymienionymi obszarami stwierdzono też takie, których populacja przekraczała granice określone we wspomnianym zarządzeniu, ale przez powołanie dodatkowych zespołów lekarsko-pielęgniarskich, ponad wymagane minimum, uzupełniono wymaganą liczbę zespołów na danym obszarze. Dotyczyło to powiatu sokołowskiego (kategoria obszaru do 50 tys. osób, przekroczenie o 5.463 osoby), a także powiatu piaseczyńskiego oraz obszaru obejmującego Siedlce i powiat siedlecki (kategoria obszarów do 150 tys. osób), gdzie populacje były wyższe odpowiednio o 11.160 i 8.093 osoby.

(dowód: akta kontroli str. 16-43, 191-196, 269)

Opis stanu faktycznego

1.3. W 2011 r. (wg stanu na koniec roku), w 66 obszarach zabezpieczenia świadczeniodawcy zadeklarowali dyżurowanie łącznie 148 zespołów lekarsko-pielęgniarskich (w tym 24 dodatkowych) i ponadto 5 lekarzy i 1 pielęgniarki, z tego:

- w 22 obszarach do 50 tys. – 27 zespołów (w tym 5 dodatkowych) oraz 1 lekarza i 1 pielęgniarki,
- w 31 obszarach do 100 tys. – 72 zespołów (w tym 10 dodatkowych) oraz 4 lekarzy,
- w 12 obszarach do 150 tys. – 44 zespołów (w tym 8 dodatkowych),
- w 1 obszarze powyżej 150 tys. – 5 zespołów (w tym jednego dodatkowego),

W 2012 r., w 69 obszarach zabezpieczenia liczba zgłoszonych zespołów dyżurujących wynosiła 138 (w tym 16 dodatkowych), ponadto zgłoszono 4 lekarzy i 5 pielęgniarek, z tego:

- w 31 obszarach do 50 tys. – 36 zespołów (w tym 5 dodatkowych) oraz 1 lekarz i 2 pielęgniarki,
- w 24 obszarach do 100 tys. – 53 zespoły (w tym 5 dodatkowych) oraz 2 lekarzy i 2 pielęgniarki,
- w 13 obszarach do 150 tys. – 45 zespołów (w tym 6 dodatkowych) oraz 1 lekarz i 1 pielęgniarka,
- w 1 obszarze do 150 tys. – 4 zespoły (zgodnie z wymaganym minimum).

W 2013 r. liczba obszarów zabezpieczenia nie zmieniła się, natomiast zmniejszyła się do 136 (o 2 zespoły) liczba zespołów dyżurujących (dotyczyło to obszarów do 100 tys. mieszkańców). Ponadto dyżurowało dodatkowo 4 lekarzy i 5 pielęgniarek.

Liczba zespołów dyżurujących na terenie każdego obszaru zabezpieczenia odpowiadała liczbie wymaganej dla danej kategorii obszaru. NIK zwraca jednak uwagę, że dziewięć obszarów faktycznie miało większą populację niż przewidywana dla danej kategorii.

(dowód: akta kontroli str. 16-43)

Zgodnie z § 3 zarządzenia 85/2010/DSOZ postępowanie konkursowe w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej ma na celu wyłonienie jednego świadczeniodawcy udzielającego świadczeń (w jednym miejscu udzielania świadczeń) na obszarze zabezpieczenia, który określa Dyrektor OW NFZ. W zakresach świadczeń innych niż do 50 tys. osób (tj. z wymaganymi co najmniej dwoma zespołami dyżurującymi) świadczeniodawca w celu zwiększenia dostępności do świadczeń mógł zorganizować dodatkowe miejsce przyjmowania pacjentów¹³.

Na Mazowszu, w większości przypadków zespoły dyżurujące na danym obszarze zabezpieczenia udzielały ich w jednym „miejscu udzielania świadczeń”. W dwóch miejscach (Radomiu i Pionkach) świadczeń udziela, od 2011 r., SPZOZ w Pionkach dla mieszkańców obszaru powiatu radomskiego (do 150 tys. osób). Dodatkowo miejsca wyznaczili także świadczeniodawcy w kilku obszarach do 100 tys. mieszkańców: w 2011 r. - w pięciu obszarach¹⁴, w 2012 r. - w dwóch obszarach¹⁵, w 2013 r. - w trzech obszarach¹⁶.

O lokalizacji miejsca udzielania świadczeń na danym obszarze decyduje podmiot ubiegający się o zawarcie umowy.

(dowód: akta kontroli str. 202, 210, 16-43, 433, 441-442)

Miejsca udzielania świadczeń zlokalizowane były przede wszystkim w przychodniach¹⁷, które stanowiły 64% - 71% wszystkich miejsc udzielania świadczeń (łącznie z miejscami dodatkowymi), w tym dwa szpitale posiadające szpitalny oddział ratunkowy (SOR) utworzyły miejsca udzielania świadczeń w przychodniach¹⁸.

W 19% - 18% przypadków, miejscem udzielania świadczeń NiSOZ były szpitale: w 2011 r. - 14 szpitali, a w 2012 i 2013 r. - 13 szpitali. Każdy z nich posiadał SOR.

Miejscem udzielania świadczeń były także stacje pogotowia. W 2011 r. wyznaczono 12 takich miejsc, w 2012 r. - 8, a w 2013 r. - 9 miejsc.

(dowód: akta kontroli str. 16-43)

Zastępca Dyrektora ds. Medycznych wyjaśnił, że zarówno przy pierwotnym ustalaniu obszarów zabezpieczenia, jak również przy każdej kolejnej zmianie jaka zaistniała w obrębie obszarów, Oddział przeprowadził analizy pod kątem odległości i dojazdu do miejsca udzielania świadczeń NiSOZ, jak również dogodnej lokalizacji punktu przyjęć pacjentów pod względem komunikacyjnym. Miejsca udzielania świadczeń zlokalizowane są głównie w ośrodkach administracyjnych i komunikacyjnych, gdzie na terenie wiejskim maksymalna odległość od miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy do miejsca udzielania świadczeń wynosi kilkanaście kilometrów, natomiast na terenie miejskim - maksymalnie do kilku kilometrów.

(dowód: akta kontroli str. 202, 210, 236-239)

1.4. Przed 1 marca 2011 r. na Mazowszu było ok. 70 stacjonarnych miejsc udzielania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, po zmianach - pierwotnie 63, a w konsekwencji wprowadzonych zmian w zakresie obszarów zabezpieczenia i dodatkowych miejsc udzielania świadczeń, na koniec 2012 r. były 72 takie miejsca a w 2013 r. (na dzień 31 kwietnia) - 73. Zatem liczba stacjonarnych punktów przyjęć pacjentów, przed i po zmianach jest porównywalna. W większości przypadków, jak wyjaśniono, świadczenia

¹³ Zarządzenie Nr 10/2011/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 28 lutego 2011 r. zmieniające zarządzenie nr 85/2010/DSOZ z dnia 23 grudnia 2010 r.

¹⁴ W obszarach: nowodworskim, grójeckim, węgrowskim, siedleckim, plockim.

¹⁵ W obszarach: nowodworskim i plockim.

¹⁶ W obszarach jak w 2012 r. oraz w obszarze ciechanowskim.

¹⁷ W 2011 r. było to 46 miejsc z ogółem 72 miejsc udzielania świadczeń, a w 2012 i 2013 r. - 51 miejsc z odpowiednio 72 i 73 miejsc udzielania świadczeń.

¹⁸ SPZOZ w Garwolinie i Szpital Powiatowy w Wołominie, posiadające SOR, utworzyły miejsca udzielania świadczeń dla obszaru Garwolińskiego oraz Wołomińskiego w przychodniach.

udzielane są w tych samych miejscach przez tych samych świadczeniodawców. Dostępność do świadczeń została zwiększona poprzez zniesienie rejonizacji. Art. 56 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej stanowi bowiem, iż deklaracja wyboru lekarza i pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej (dalej: POZ) nie wiąże pacjenta w zakresie świadczeniodawcy udzielającego świadczeń NiŚOZ. Oznacza to, że ustawodawca pozostawił woli pacjenta decyzję o wyborze miejsca w celu uzyskania porady lekarskiej lub świadczenia pielęgniarskiego w ramach NiŚOZ a świadczeniodawca ma obowiązek udzielania świadczeń wszystkim zgłaszającym się pacjentom – również spoza obszaru zabezpieczenia w ramach ryczałtu miesięcznego określonego w umowie.

Wprowadzenie tego rozwiązania znalazło odzwierciedlenie w liczbie udzielanych porad. Analizowana przez Oddział liczba świadczeń udzielonych w okresach I półrocza 2010 r., 2011 r. i 2012 r. czyli przed i po zmianach wykazała tendencję wzrastającą (o 7% w stosunku do poprzedniego roku) i wyniosła odpowiednio: 287.530, 307.912, 329.341.

(dowód: akta kontroli str. 203, 210-211)

Zmiany w organizacji udzielania i finansowania świadczeń NiŚOZ nastąpiły w związku ze zmianą stanu prawnego¹⁹.

Zdaniem Oddziału, jedną z głównych przesłanek do procedowania przez ustawodawcę zmian prawnych, był utrudniony dostęp do świadczeń w nocy i w święta dla pacjentów, których, wg „starych” uregulowań, deklaracja wyboru lekarza POZ wiązała również w zakresie świadczeń NPL (obligatoryjne przypisanie do jednego miejsca udzielania świadczeń).

(dowód: akta kontroli str. 262, 268)

Rzecznik prasowy Oddziału wielokrotnie informował pacjentów za pośrednictwem mediów o nowych zasadach udzielania świadczeń NiŚOZ. Oddział zamieścił stosowny komunikat na stronie internetowej Oddziału oraz wystosował komunikat przypominający świadczeniodawcom POZ o obowiązku zamieszczania w przychodniach informacji o nowych zasadach udzielania świadczeń NiŚOZ wraz z wykazem świadczeniodawców i adresami miejsc ich udzielania. Tuż po rozstrzygnięciu postępowań konkursowych oraz podpisaniu z wyłonionymi świadczeniodawcami umów o udzielanie świadczeń NiŚOZ, Oddział zamieszcza na stronie internetowej stosowny komunikat (w zakładce „Dla pacjentów”) wraz z wykazem podmiotów NiŚOZ oraz adresami i numerami telefonów do miejsc udzielania świadczeń. Dodatkowo, w sytuacji jakichkolwiek zmian w ww. wykazie, zamieszczany jest komunikat uwzględniający szczegółowe informacje nt. zaistniałych zmian.

NIK pozytywnie ocenia fakt, iż w aktualnym i dostępnym na stronie internetowej Oddziału wykazie miejsc udzielania świadczeń NiŚOZ, podawana jest także obligatoryjna liczba lekarzy na każdym dyżurze co pozwala na bieżącą, społeczną weryfikację personelu medycznego przez pacjentów.

(dowód: akta kontroli str. 203, 211, 232-235, 1304-1321)

1.5. W 2011 r. (od 1 marca) lekarze realizujący świadczenia NiŚOZ udzielili średnio miesięcznie 50.139 porad, w 2012 r. - 56.913 porad (o 14% więcej), a w 2013 r. - 61.422 (o kolejne 8% więcej w stosunku do roku poprzedniego). Wzrastała też średnia miesięczna liczba porad przypadających na 1 lekarza: od 328 porad – w 2011 r., poprzez 401 porad – w 2012 r. (o 22% więcej), do 439 porad – w 2013 r.

Najwięcej porad (709) przypadało na jednego lekarza w grudniu 2012 r., natomiast najmniej (269) – w sierpniu 2011 r.

Liczba świadczeń pielęgniarskich była znacznie niższa i wykazywała tendencję malejącą. W 2011 r. pielęgniarki udzieliły średnio miesięcznie 27.724 porady, w 2012 r. – 26.953 porady, a w 2013 r. – 24.419 porad. Jedna pielęgniarka udzielała w ciągu miesiąca średnio: w 2011 r. – 186 porad, w 2012 r. – 188 porad, w 2013 r. – 173.

¹⁹ Tj. wejściem w życie ustawy zmieniającej z dnia 29 października 2010 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o świadczeniu pieniężnym i uprawnieniach przysługujących cywilnym niewidomym ofiarom działań wojennych.

Średnio w ciągu miesiąca najwięcej porad (224) przypadło na jedną pielęgniarkę w grudniu 2012 r., natomiast najmniej (146) – w lutym 2012 r.

(dowód: akta kontroli, str. 8, 44)

Dzieciom do 12 roku życia, lekarze udzielili średnio miesięcznie:

– w 2011 r. – 11.076 porad (22,1% wszystkich porad lekarskich), w tym 1,2% stanowiły porady wyjazdowe (132 średnio miesięcznie), w większości do dzieci w wieku 1-3 lat (średnio 60 wyjazdów miesięcznie),

– w 2012 r. – 13.242 porady (23,3% wszystkich porad lekarskich), w tym 1,2% stanowiły porady wyjazdowe (154 średnio miesięcznie), w większości do dzieci w wieku 1-3 lat (średnio 68 wyjazdów miesięcznie),

– w 2013 r. – 14.550 porad (23,7% wszystkich porad lekarskich), w tym 1% stanowiły porady wyjazdowe (149 średnio miesięcznie), w większości do dzieci w wieku 1-3 lat (średnio 58 wyjazdów miesięcznie).

Najmniej porad lekarskich, tj. 5.874 udzielono dzieciom w sierpniu 2011 r., natomiast najwięcej – 25.664 porad udzielono w grudniu 2012 r.

Od marca 2011 r. do kwietnia 2013 r. lekarze wykonali średnio w miesiącu: w 2011 r. – 1.962 wizyty domowe, w 2012 r. – 2.032 wizyty, w 2013 r. – 1.911 wizyt, w tym wizyty do dzieci do 12 roku życia stanowiły odpowiednio: 6,7%, 7,6%, 7,8%. Najwięcej, tj. 3.520 razy lekarze wyjeżdżali do pacjentów w grudniu 2012 r., natomiast najmniej – 1.581 razy w sierpniu 2011 r.

(dowód: akta kontroli str. 44-50)

Porady lekarskie dotyczyły najczęściej chorób układu oddechowego. W poszczególnych latach objętych kontrolą stanowiły one odpowiednio 43%, 47%, 56% wszystkich schorzeń. Choroby układu krążenia stanowiły w poszczególnych latach 5%-6%, układu trawiennego – 4%-7%, układu kostno-stawowego, mięśniowego – 3%, nerwowego – 2%-3%, urazy-skaleczenia – 3%-5%.

Inne choroby (np. układu moczowo-płciowego, skóry i tkanki podskórnej, choroby ucha i wyrostka sutkowatego, choroby oka i przydatków oka, czynniki wpływające na stan zdrowia i kontakt ze służbą zdrowia, niektóre choroby zakaźne i pasożytnicze, objawy, cechy chorobowe oraz nieprawidłowe wyniki badań klinicznych i laboratoryjnych jednostek chorobowych gdzie indziej niesklasyfikowane) – stanowiły od 34% w 2011 r. do 27% w 2013 r. wszystkich schorzeń z jakimi zgłaszali się pacjenci do NiŚOZ.

(dowód: akta kontroli str. 51)

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości, działalność Oddziału w zakresie zabezpieczenia dostępności świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

2. Kontraktowanie i finansowanie świadczeń udzielanych w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej

Opis stanu faktycznego

2.1. Czas na przeprowadzenie postępowań konkursowych w trakcie pierwszego kontraktowania świadczeń był bardzo ograniczony (zarządzenie 85/2010/DSOZ w którym określono warunki prowadzonych postępowań i zawierania umów oraz zarządzenie 86/2010/DSOZ w sprawie kryteriów oceny ofert weszły w życie 23 grudnia 2010 r.). Zgodnie z planem postępowań na 2011 r., ogłoszenie konkursów ofert w sprawie zawarcia umów na świadczenia NiŚOZ w 63 obszarach zabezpieczenia nastąpiło 24 stycznia 2011 r., z terminem składania i otwarcia ofert odpowiednio do 7 i 9 lutego. Rozstrzygnięcie postępowań zaplanowano do 28 lutego 2011 r. W przeciągu 19 dni komisja konkursowa złożona z 9 osób musiała ocenić blisko 100 ofert.

W wyniku postępowań dotyczących pierwszego okresu kontraktowania zawarte zostały umowy na okres od 1 marca do 31 grudnia 2011 r. Umowy o udzielenie świadczeń NiŚOZ w drugim okresie kontraktowania zawarto na okres od 1 stycznia 2012 r. do 31 grudnia 2014 r., po rozstrzygnięciu postępowań ogłaszanych od 24 października 2011 r.

(dowód: akta kontroli str. 377, 52-67, 476-483)

2.2. Kontrolą objęto 10 postępowań przeprowadzonych w ramach pierwszego kontraktowania świadczeń oraz 10 postępowań w ramach drugiego kontraktowania.

W NFZ opracowana została *Procedura konkursu ofert lub rokowań prowadzonych na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, w której określono m.in. spis wymaganych dokumentów w postępowaniu, tryb konkursu ofert i rokowań w sprawie zawarcia umów i sposób dokumentowania postępowania. Określono także listę dokumentów niezbędnych do dołączenia do oferty.

We wszystkich analizowanych przypadkach, zgodnie z *Procedurą konkursu ofert lub rokowań (...)* Oddział prawidłowo przygotował postępowanie, w tym: powołał komisje konkursowe, ogłosił rozpoczęcie postępowania, rejestrował oferty. Komisje spełniały warunki określone § 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zapraszania do udziału w rokowaniach, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej oraz jej zadań²⁰, przebieg konkursu ofert/rokowań udokumentowany został protokołami komisji spełniającymi wymogi określone w § 7 tego rozporządzenia. Sposób dokumentowania postępowania był zgodny ze wzorami określonymi w *Procedurze konkursu ofert lub rokowań (...)*. Wyniki postępowań konkursowych były niezwłocznie publikowane na stronach internetowych Oddziału.

Ustalone
nieprawidłowości

1. W dwóch przypadkach komisja konkursowa nie dokonała korekty punktacji przyznanej w związku z zadeklarowaniem diagnostyki laboratoryjnej w lokalizacji, w sytuacji gdy nie odpowiadało to stanowi faktycznemu. Dotyczyło to ofert Centrum Medycznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego na zabezpieczenie świadczeń NiŚOZ w dzielnicach Warszawa Ochota (w 2011 r.) oraz Mokotów Górny (oferta na lata 2012-2014), które uzyskały z tego tytułu po 8 punktów preferencyjnych.

Zdaniem NIK, pomimo że oferty tego świadczeniodawcy były jedynymi spełniającymi inne kryteria które czyniły je ważnymi i przyznana punktacja nie miała wpływu na wynik rozstrzygnięcia przedmiotowych postępowań, nie zmienia to faktu, że ostateczna wartość punktowa ofert obciążona była błędem.

Zauważyć także należy, że w trakcie wizytacji w miejscu udzielania świadczeń dla dzielnicy Ochota (w trakcie pierwszego kontraktowania), niezgodnie ze stanem faktycznym Oddział potwierdził zapewnienie przez Centrum Medyczne WUM diagnostyki laboratoryjnej w lokalizacji²¹. Zdaniem NIK, potwierdzenie tego, w sytuacji gdy oferent nie powinien otrzymać preferencyjnych punktów, może wprowadzać oferenta w błąd i mieć wpływ na przygotowanie oferty.

(dowód: akta kontroli str. 434-438, 444-457, 532-575, 887-908)

2. W postępowaniu na zabezpieczenie świadczeń w powiecie białobrzeskim w 2011 r. komisja uznała ofertę SPSZOZ w Białobrzegach za kompletną i nie żądała wyjaśnień/dodatkowych dokumentów w sytuacji, gdy świadczeniodawca, w dwóch różnych częściach oferty przedstawił sprzeczne deklaracje odnośnie zapewnienia rtg i diagnostyki laboratoryjnej²². Komisja, wzięła pod uwagę deklarację przedstawioną w części VII

²⁰ Dz. U. Nr 273, poz. 2719.

²¹ Zastępca Dyrektora ds. Medycznych Oddziału wyjaśnił że w trakcie wizytacji wskazano odpowiednio wyposażony gabinet przeznaczony na punkt pobrań materiału do badań laboratoryjnych a wyniki badań dostarczane są bezpośrednio do gabinetów lekarskich w miejscu udzielania świadczeń. Centrala NFZ zajęła jednak stanowisko, że posiadanie „punktu pobrań” nie można uznać za spełnienie warunku zapewnienia diagnostyki laboratoryjnej w lokalizacji.

²² SPZOZ w Białobrzegach w części II oferty, wskazał Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Radomiu jako podwykonawcę badań laboratoryjnych i rtg i nie przedłożył umowy z podwykonawcą, a w dalszej części oferty (w części VII) – zadeklarował, że zapewnia diagnostykę laboratoryjną i rtg w lokalizacji, tj. w Przychodni w Białobrzegach.

formularza ofertowego zapewnienia diagnostyki laboratoryjnej i rtg w lokalizacji i oferent otrzymał z tego tytułu 8 punktów preferencyjnych (punktacja nie miała wpływu na wynik rozstrzygnięcia postępowania, gdyż SPZOZ w Białobrzegach był jedynym oferentem zainteresowanym zawarciem kontraktu).

NIK nie podziela argumentacji przedstawionej w wyjaśnieniach złożonych przez Zastępcę Dyrektora ds. Medycznych, że w księdze rejestrowej podmiot ten posiadał wpisy pracowni diagnostyki laboratoryjnej i pracowni rtg i na tej podstawie komisja uznała powyższą sytuację za samodzielne udzielanie świadczeń w lokalizacji. Zdaniem NIK, ww. wpisy nie dają żadnej gwarancji, że świadczeniodawca zapewni taką diagnostykę także w godzinach nocnych i dni wolne od pracy, tj. dla pacjentów NiŚOZ.

(dowód: akta kontroli str. 436, 449, 657-676)

1. W większości umów nie zostały wykazane pojazdy do udzielania świadczeń w trybie wyjazdowym, pomimo iż świadczeniodawcy deklarowali gotowość ich używania.

Zastępca Dyrektora ds. Medycznych Oddziału wyjaśnił, że jeżeli oferenci zadeklarowali w ofercie gotowość ich użytkowania i w odpowiedniej zakładce wskazali ich typy i modele, to wersja elektroniczna umów zawiera wykaz zgłoszonych pojazdów nawet, jeżeli z przyczyn technicznych ten fragment nie jest uwidoczniiony w wydruku. Oddział, pomimo posiadania pisemnego oświadczenia oferenta o posiadaniu przez niego samochodu osobowego, który będzie wykorzystany do realizacji umowy NiŚOZ nie miał możliwości technicznych do skorygowania danych dotyczących potencjału wykazanego w ofercie przez świadczeniodawcę.

NIK podziela stanowisko Dyrektora przedstawione w wyjaśnieniu, że zadeklarowanie gotowości używania pojazdów jest istotne z punktu widzenia udzielania NiŚOZ, jednocześnie zwraca uwagę, że weryfikacja wersji elektronicznej umów wykazała, że poza nielicznymi wyjątkami, nie wykazano w nich innych zadeklarowanych pojazdów. Zdaniem NIK, niewykazanie w umowie zadeklarowanego środka transportu może ograniczać kontrolę zgodności oferty z umową.

(dowód: akta kontroli str. 434, 443, 446, 454, 449-925)

2. NIK zwraca uwagę, że umowy o udzielanie świadczeń NiŚOZ (sporządzone zgodnie z wzorem zatwierdzonym przez Prezesa NFZ) nie zawierają postanowień o liczbie zespołów lekarsko-pielęgniarskich dyżurujących w poszczególnych obszarach zabezpieczenia. Pośrednio informacja ta wynika z wielkości obszaru zabezpieczenia (np. do 50 tys. osób), nie uwzględnia jednak zespołów dodatkowych. W ocenie NIK zasadnym byłoby zmodyfikowanie wzorów umów umożliwiających umieszczenie takich informacji.

(dowód: akta kontroli str. 719-772)

Opis stanu
faktycznego

2.3. O udzielanie świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej od 1 marca 2011 r. ubiegało się 67 świadczeniodawców, a w trakcie postępowań dotyczących kontraktowania na lata 2012-2014 – 69 świadczeniodawców.

Komisja konkursowa w trakcie obu postępowań przeprowadziła odpowiednio 28 i 50 wizytacji świadczeniodawców, w celu potwierdzenia prawdziwości i prawidłowości danych zawartych w ofercie. Wizytacją objęto odpowiednio 9 i 10 „nowych” oferentów.

Od wizytacji odstąpiono w trakcie pierwszego i drugiego postępowania odpowiednio w przypadku 52 i 44 oferentów, gdyż jak wyjaśniła Kierownik Działu Podstawowej Opieki zdrowotnej i Stomatologii w Oddziale, w każdym z tych przypadków był to wieloletni świadczeniodawca, który wskazał w ofercie miejsce udzielania świadczeń znane Funduszowi z tytułu realizacji umowy POZ, bądź nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej ambulatoryjnej i wyjazdowej.

(dowód: akta kontroli str. 79-81, 83-93)

Do uzupełnienia braków formalno-prawnych komisje konkursowe wzywały oferentów w 32 przypadkach dotyczących pierwszego kontraktowania, a w postępowaniach dotyczących zawarcia umów na lata 2012-2014 – w 18 przypadkach.

(dowód: akta kontroli, str. 79, 135)

W trakcie postępowań, odrzucono łącznie 48 ofert, z tego: w 2011 r. – 23 oferty, w 2012 r. – 23 oferty, w 2013 r. – 2 oferty. Najczęstszą przyczyną odrzucenia oferty było: podanie w ofercie ilościowo-cenowej błędnej wartości ceny jednostki – ryczałtu miesięcznego, braki w wyposażeniu i sprzęcie, miejsce udzielania świadczeń zlokalizowane poza obszarem

zabezpieczenia, którego dotyczyło, tj. niespełnienie wymaganych warunków określonych przez Prezesa NFZ na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

(dowód: akta kontroli str. 79, 219-224)

W 2011 r. do świadczenia NiŚOZ wybrano 45 podmiotów publicznych i 8 niepublicznych. W 2012 r. – 45 podmiotów publicznych i 10 niepublicznych.

(dowód: akta kontroli, str. 79, 81)

Do Dyrektora Oddziału wpłynęło 12 odwołań od rozstrzygnięć postępowań komisji konkursowych, z tego: trzy²³ - dotyczyły postępowań na świadczenia NiŚOZ w 2011 r., osiem²⁴ - dotyczyło sześciu konkursów na świadczenia w latach 2012-2014, jedno²⁵ – dotyczyło postępowania ogłoszonego w 2013 r. W sześciu przypadkach – po oddaleniu odwołania przez dyrektora Oddziału – świadczeniodawcy skorzystali z przysługujących im uprawnień i odwołali się do Prezesa NFZ. Wszystkie odwołania oferentów²⁶ – decyzjami dyrektora Oddziału lub Prezesa NFZ zostały oddalone.

Decyzje oddalające odwołania, dyrektor Oddziału uzasadnił m.in: odrzuceniem ofert odwołujących się podmiotów w związku z niezapewnieniem wymaganego personelu medycznego lub wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, sklasyfikowaniem ich ofert na dalszej pozycji rankingu końcowego, nie potwierdzeniem zarzutów o zaniżonych wartościach kontraktów i brakach w konkurencyjnych ofertach.

(dowód: akta kontroli str. 79, 287-352)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

W 2012 r. Radomska Stacja Pogotowia Ratunkowego (RSPR) zaskarżyła do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego decyzje Dyrektora Oddziału i Prezesa NFZ od rozstrzygnięcia postępowania konkursowego ogłoszonego w dniu 19.12.2011 r na zawarcie umowy o udzielenie świadczeń NiŚOZ na terenie Radomia – obszar południowy, w okresie 1.02.2012 r. – 31.12.2014 r. We wrześniu 2012 r. WSA w Warszawie uchylił zaskarżoną decyzję Prezesa NFZ oraz poprzedzającą ją decyzję Dyrektora Oddziału wskazując, że w toku postępowania konkursowego doszło do naruszenia przez Fundusz zasad tego postępowania, wskutek czego interes prawny skarżącej doznał uszczerbku o którym mowa w art. 152 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

Zdaniem NIK, fakt, że sąd przyznał rację odwołującemu się wskazuje na potrzebę zachowania większej staranności w trakcie prowadzonych postępowań konkursowych.

(dowód: akta kontroli str. 353-369)

Opis stanu
faktycznego

W postępowaniach dotyczących 2011 r., 37 oferentów zadeklarowało „dodatkowego lekarza” a 33 oferentów - „dodatkową pielęgniarkę”, w odniesieniu do wielkości obszaru zabezpieczenia. Umowy zawarto z 29 oferentami. W postępowaniach dotyczących drugiego okresu kontraktowania zmniejszyła się liczba oferentów deklarujących dodatkowy personel medyczny. Dodatkowego lekarza i pielęgniarkę zgłosiło odpowiednio 22 i 29 oferentów, a umowy zawarto z 21 oferentami.

(dowód: akta kontroli str. 81-82)

W pierwszym okresie kontraktowania 72 oferentów zadeklarowało lekarzy NiŚOZ posiadających specjalizację lub będących w trakcie specjalizacji w dziedzinie medycyny rodzinnej, pediatrii, chorób wewnętrznych – zawarto 55 umów. W trakcie drugiego kontraktowania do 62 zmniejszyła się liczba oferentów którzy zgłosili ww. lekarzy – zawarto 53 umowy.

(dowód: akta kontroli str. 79-80, 135-136)

Zwiększyła się o ponad 30% liczba lekarzy pediatrów zgłoszonych do realizacji świadczeń NiŚOZ na terenie Mazowsza. W 2011 r.²⁷ było ich 258, w 2012 r.²⁸ – 345, a w 2013 r.²⁹ –

²³ SPZOZ w Warce, Radomskiej Stacji Pogotowia Ratunkowego, ZPZOZ w Nowym Dworze Mazowieckim.

²⁴ Benessa s.c. w Kobyłce, Szpitala Solec Sp. z o.o., Poradni Rodzinnej Zdrowie w Płońsku, SPZOZ w Siedlcach, SPZZLO Warszawa Żoliborz, oraz: Radomskiej Stacji Pogotowia Ratunkowego, NZOZ „NEL-MED” w Radomiu, GCC Sp. z o.o. w Szczecinie – które dotyczyły jednego postępowania konkursowego na zabezpieczenie obszaru Radomia obszar południowy.

²⁵ SPZOZ Pionki.

²⁶ Poza odwołaniem SPZOZ Pionki z 2013 r., które do dnia zakończenia kontroli NIK nie zostało jeszcze rozstrzygnięte przez Prezesa NFZ.

²⁷ Stan na dzień 31 grudnia 2011 r.

342. W 2011 r. pediatry byli wskazani w 50 obszarach (76% wszystkich obszarów), w tym w 16 obszarach zadeklarowano dostępność pediatry na każdym dyżurze. W 2013 r. do 56 wzrosła liczba obszarów w których zadeklarowano lekarza pediatrę (81% wszystkich obszarów), przy czym w 17 obszarach zadeklarowano dostępność pediatry na każdym dyżurze.

(dowód: akta kontroli str. 80, 94-113)

W trakcie kontraktowania na 2011 r.: 54 oferentów zadeklarowało diagnostykę laboratoryjną w swojej lokalizacji (zawarto 41 umów), 47 oferentów zadeklarowało diagnostykę RTG (zawarto 36 umów), 77 zadeklarowało transport sanitarny (zawarto 60 umów), 79 oferentów zadeklarowało samochód osobowy (zawarto 60 umów).

W trakcie kontraktowania świadczeń na lata 2012-2014: diagnostykę laboratoryjną zadeklarowało w swojej lokalizacji 40 oferentów (z 36 zawarto umowy), 41 zadeklarowało diagnostykę RTG (z 39 zawarto umowy), transport sanitarny zgłosiło 70 oferentów (z 58 zawarto umowy), samochód osobowy zadeklarowało 78 oferentów (z 64 zawarto umowy). Świadczeniodawcy NiŚOZ nie mają obowiązku sprawozdawania liczby wykonanych badań laboratoryjnych i rtg. W związku z powyższym, wykorzystanie diagnostyki w procesie realizacji świadczeń NiŚOZ, wg wyjaśnień Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych Oddziału, możliwe jest wyłącznie na podstawie analizy dokumentacji medycznej pacjentów.

(dowód: akta kontroli str. 79-80, 135, 165-181, 262, 267)

O zawarciu umowy na świadczenia NiŚOZ mogły się ubiegać wszystkie podmioty lecznicze będące świadczeniodawcami w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej³⁰ i spełniające wymagania określone w przepisach wyszczególnionych w ogłoszeniach o konkursach ofert (posiadające zasoby umożliwiające realizację świadczeń).

(dowód: akta kontroli str. 458)

Świadczenia NiŚOZ realizowało w 2011 r. 53 świadczeniodawców (w tym 4 „nowych”). Spośród nich dwóch udzielało tylko świadczeń NiŚOZ. Pozostali oprócz NiŚOZ realizowali świadczenia: w zakresie ratownictwa medycznego (4), ambulatoryjne (19), szpitalne i ambulatoryjne (28).

Umowy na lata 2012-2014 zawarto z 55 świadczeniodawcami (7 z nich było „nowych” w odniesieniu do roku poprzedniego). Od 2012 r. żaden świadczeniodawca nie udzielał już tylko świadczeń NiŚOZ. Czterech realizowało także świadczenia w zakresie ratownictwa medycznego, 21 – świadczenia ambulatoryjne, 30 – szpitalne i ambulatoryjne.

(dowód: akta kontroli str. 79-81, 134, 68-69, 114-133)

2.4 Jednostki samorządu terytorialnego, jako gospodarze terenu, a często – organy założycielskie podmiotów leczniczych, powinny mieć wpływ na organizację i funkcjonowanie opieki zdrowotnej na „swoim” obszarze³¹. Zastępca Dyrektora ds. Medycznych Oddziału wyjaśnił, że Oddział współpracował z władzami samorządowymi, zarówno na etapie planowania obszarów zabezpieczenia, jak również procesu kontraktowania świadczeń, szczególnie w sytuacjach kontrowersyjnych, bądź zagrażających brakiem punktu NiŚOZ na danym terenie.

(dowód: akta kontroli str. 262, 268-281)

Informacje uzyskane z 34 jednostek samorządu terytorialnego do których zwróciła się NIK³² – w sprawie udzielenia informacji o działaniach podejmowanych na rzecz zapewnienia mieszkańcom dostępności do świadczeń NiŚOZ oraz o współpracy z MOW NFZ – wskazały, iż 23 z nich nie podejmowało współpracy z Oddziałem podając, iż nie było takiej konieczności a przyjęte przez Oddział rozwiązania były dla nich satysfakcjonujące.

Znaczne zaangażowanie związane z zapewnieniem dostępności do nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej na swoim terenie wykazało 9 samorządów. Np.:

²⁸ Stan na dzień 31.12.2012 r.

²⁹ Stan na dzień 30 kwietnia 2013 r.

³⁰ Dz. U. z 2013 r., poz. 217 j.t.

³¹ Art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 2013 r., poz. 595), art. 7 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2013 r., poz. 594), art. 7 i 8 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

³² NIK wystąpiła do 35 samorządów, jeden z nich nie udzielił odpowiedzi. Informacje uzyskano z 6 powiatów, 27 gmin oraz jednego miasta na prawach powiatu.

– w wyniku interwencji mieszkańców i samorządów niektórych gmin powiatu grójeckiego powiat wystąpił do NFZ o uruchomienie dodatkowych punktów NiSOZ na terenie powiatu, ze względu na rozległy teren i liczbę mieszkańców; po wprowadzeniu zmian, współpraca z Oddziałem NFZ, wg wicestarosty układa się pozytywnie,

– w powiecie radomskim (obszar do 150 tys. osób), po wielokrotnych rozmowach i konsultacjach prowadzonych przez władze powiatu, SPZZOZ w Pionkach uruchomił od lipca 2011 r. dodatkowe miejsce udzielania świadczeń w Radomiu (do tej pory było tylko jedno miejsce - w Pionkach, co było bardzo niedogodne dla mieszkańców gmin oddalonych od Pionek); Oddział NFZ nie wyraził natomiast zgody na utworzenie dodatkowego punktu NiSOZ w Iłży, który miałby działać w soboty, niedziele i święta (zarządzenie 85/2010/DSOZ nie przewiduje możliwości udzielania świadczeń w wybrane dni tygodnia); w tej sytuacji świadczeniodawca, ze względów finansowych, nie utworzył trzeciego punktu NiSOZ działającego na zasadach ogólnych,

– niezadowolenie z powodu wyznaczenia obszarów zabezpieczenia wyraził Prezydent Miasta Radomia, którego działania skierowane były na utworzenie – w miejsce przyjętych przez NFZ obszarów: Radom Północny (do 150 tys.), Radom Południowy (do 100 tys.), powiat radomski (do 150 tys.) – innych obszarów: obszar północny (obejmujący gminę i miasto Pionki – ok. 29 tys. mieszkańców), obszar południowy (obejmujący gminę i miasto Iłża – ok. 15,5 tys. mieszkańców) oraz obszaru centralnego obejmującego Radom oraz tereny pozostałych 10 gmin powiatu radomskiego, z miejscem udzielania świadczeń w centrum Radomia. NFZ nie przychylił się do takiej propozycji Prezydenta gdyż oznaczałoby to że ponad 330 tys. świadczeniobiorców z tzw. obszaru centralnego zmuszonych byłoby do korzystania z jednego miejsca udzielania świadczeń. Natomiast określenie mniejszych obszarów zabezpieczenia stworzyło wymóg uruchomienia trzech miejsc w Radomiu. NFZ nie wyraził także zgody na propozycję Prezydenta aby jeszcze przed ogłoszeniem konkursu w 2013 r. dla obszaru Radom Południowy zastosować odstępstwo od zarządzenia 85/2010/DSOZ i ustalić miejsce udzielania świadczeń poza obszarem zabezpieczenia tj. na obszarze Radom Północny.

Analiza informacji uzyskanych z samorządów wykazała, że pięć gmin, nie miało wiedzy, na jakich zasadach, w jakich miejscach lub przez jakiego świadczeniodawcę mieszkańcy gminy mieli zapewnioną nocną i świąteczną opiekę zdrowotną. Np. wójt jednej z gmin poinformował, że „*Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w B. ma podpisaną umowę na świadczenie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej z SPZOZ W. Resztę pacjentów z terenu gminy L. obsługuje SPZOZ W. i Poradnia Medycyny Rodzinnej (...), która ma podpisaną umowę na świadczenie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej z SPZOZ W.*” Faktycznie świadczenia NiSOZ dla mieszkańców tej gminy, zgodnie z umową z NFZ, zapewniał SPZOZ w W.

Podkreślić należy, że sześć z 34 samorządów poinformowało, że ze względu na dogodniejszy dojazd mieszkańcy uzyskują pomoc w miejscach udzielania świadczeń zlokalizowanych także w innych obszarach zabezpieczenia (korzystając z nowych uregulowań prawnych wg których pacjent ma prawo wyboru takiego miejsca).

(dowód: akta kontroli str. 926-1081)

2.5. Na etapie tworzenia planu finansowego na 2011 r. (we wrześniu 2010 r.), na świadczenia nocnej pomocy lekarskiej i pielęgniarskiej zaplanowano kwotę ok. 77,7 mln z³³, co stanowiło 7,7% ogółu środków (1.005,5 mln zł) planowanych na zakup świadczeń POZ w 2011 r. Wysokość kwoty była adekwatna do poziomu całkowitego kosztu tego zakresu świadczeń w 2010 r., który wynosił 77,1 mln zł. Z tej puli, na starych zasadach za okres styczeń - luty 2011 r. planowano wydatkować ok. 13 mln zł, a na zakontraktowanie świadczeń na nowych zasadach w okresie od marca do grudnia 2011 r. zaplanowano kwotę 63 mln zł. Po dokonaniu podziału województwa mazowieckiego na 63 obszary zabezpieczenia Oddział przyjął, że wysokość ryczałtów miesięcznych w odniesieniu do poszczególnych obszarów zabezpieczenia wyniesie:

– obszar do 50 tys. – 52.020 zł (przyjęto 19 obszarów),

³³ W tym na: opiekę medyczną w POZ zaplanowano – 1,4 mln, ambulatoryjną opiekę lekarską – 23 mln, wyjazdową opiekę lekarską – 31 mln, ambulatoryjną opiekę pielęgniarską – 9,4 mln, wyjazdową opiekę pielęgniarską – 12,9 mln.

- obszar do 100 tys. – 102.510 zł (przyjęto 29 obszarów),
- obszar do 150 tys. – 154.530 zł (przyjęto 15 obszarów)
- obszar powyżej 150 tys. – 206.550 zł (na etapie planowania obszaru jeszcze nie było - powstał w trakcie roku).

Wysokość ryczałtów miesięcznych pozostała bez zmian zarówno w 2012 jak i w 2013 r.

(dowód: akta kontroli str. 8, 370-408)

W latach 2010 – (I kwartał) 2013 r. wykonane koszty finansowania świadczeń zdrowotnych ogółem wyniosły odpowiednio: 8.555.635 tys. zł, 8.890.321 tys. zł, 8.761.193 tys. zł, 2.131.101 tys. zł.

Koszty finansowania podstawowej opieki zdrowotnej wyniosły w 2010 r. 984.983 tys. zł, z tego 77.066 tys. zł, tj. 7,8% przeznaczono na finansowanie NPLiP.

W kolejnych dwóch latach wzrastały koszty świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej odpowiednio do 1.009.673 tys. zł (w 2011 r.) i 1.045.375 tys. zł (w 2012 r.), zmniejszała się natomiast wysokość środków wydatkowanych na NiŚOZ do 74.795 tys. zł (w 2011 r.) i 73.691 tys. zł (w 2012 r.). Procentowy udział środków na finansowanie NiŚOZ w wydatkach na POZ zmniejszał się do 7,4% (w 2011 r.) i do 7% (w 2012 r.).

Na 2013 r. zaplanowano na POZ kwotę 1.067.000 tys. zł, z tego 74.730 tys. zł³⁴ tj. 7% na świadczenia NiŚOZ.

W planie finansowym Oddziału Funduszu, nocna i świąteczna opieka zdrowotna nie stanowi odrębnej pozycji i została ujęta jako część kosztów podstawowej opieki zdrowotnej (pozycji B.2.1 planu finansowanego).

(dowód: akta kontroli str. 8, 408-409)

Maksymalna wysokość stawki ryczałtu miesięcznego za udzielanie świadczeń NiŚOZ na obszarach zabezpieczenia tej samej kategorii została ustalona przez Fundusz w 2011 r. i do 2013 r. nie zmieniła się. Ostateczna wysokość ryczałtów różniła się w niektórych obszarach i była wynikiem przeprowadzonych konkursów ofert i rokowań, w trakcie których świadczeniodawcy zaoferowali niższe kwoty od „pełnego” ryczałtu.

W kategorii obszarów do 50 tys. osób – w 2011 r. wysokość ryczałtów wahała się od 49.998 zł do 52.020 zł. Od 2012 r. (umowy zawarte na lata 2012-2014) w obszarach zaliczonych do tej kategorii ryczałty wynoszą od 47.998 zł do 52.020 zł.

W kategorii obszarów do 100 tys. osób – w 2011 r. wysokość ryczałtów miesięcznych wahała się od 92.259 zł do 102.510 zł. Od 2012 r. ryczałty miesięczne wynoszą od 92.085 zł do 102.510 zł.

W obszarach do 150 tys. osób – w 2011 r. wysokość ryczałtów wahała się od 139.100 zł do 154.530 zł. Od 2012 r. ryczałty miesięczne wynoszą od 139.077 zł do 154.530 zł.

W obszarze powyżej 150 tys. osób – w 2011 r. ryczałt wynosił maksymalną kwotę 206.550 zł. Od 2012 r., zmienił się świadczeniodawca, ryczałt zmalał do 193.000 zł.

(dowód: akta kontroli str. 16-43)

Wysokość stawki ryczałtu miesięcznego była jednakowa dla obszarów zaliczonych do tej samej kategorii (np. do 50 tys. osób, do 100 tys. osób, ...) niezależnie od faktycznej populacji na tym obszarze i nie była uzależniona od liczby udzielonych porad lekarskich.

Np. w kategorii obszarów do 50 tys. osób taką samą stawkę 52.020 zł otrzymywali świadczeniodawcy NiŚOZ na obszarach: Rembertów (23.432 osoby w obszarze), Wesola (23.063 osoby), Wilanów (20.990 osób), grupa powiatu wołomińskiego (29.294 osoby) jak też w obszarach o znacznie wyższej populacji, np. w powiecie makowskim (45.924 osoby), zwoleńskim (36.741 osób), oraz w kilku obszarach, w których liczba ludności przekroczyła 50 tys. osób, np. w powiecie sierpeckim (52.786 osób), obszarze grupa gmin powiatu pruszkowskiego (59.996 osób).

W kategorii obszarów do 100 tys. osób taki sam ryczałt miesięczny 102.510 zł otrzymywali świadczeniodawcy w powiecie kozienickim (61.079 zł osób) jak i np. w powiecie płońskim (108.033 osoby).

Analiza średniej miesięcznej liczby porad na jednego lekarza w poszczególnych obszarach zabezpieczenia wykazała, że wprawdzie populacja w obszarach jest zróżnicowana, jednak liczba udzielonych porad nie zawsze jest proporcjonalna do wielkości populacji w obszarze.

³⁴ Aktualna na dzień 13 czerwca 2013 r. wartość zakontraktowanych świadczeń uwzględniająca świadczenia NiŚOZ udzielone osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji.

Np. w powiecie wołomińskim (709 porad) i sierpeckim (837 porad) liczby porad tylko nieznacznie się różnią, pomimo iż różnica w wielkości populacji wynosi 80% (29.294 osoby i 52.786 osób). Wystąpiły też przypadki, że w obszarze o wyższej populacji liczba przyjęć jest mniejsza niż w obszarach większych. Np. pomimo iż populacja w powiecie makowskim (45.924 osoby) jest znacznie wyższa niż w obszarze wołomińskim (29.294 osoby) – liczba porad w powiecie makowskim (250) była prawie 3 krotnie niższa niż w obszarze wołomińskim (709 porad). Również w większym liczebnie od powiatu wołomińskiego powiecie zwoleńskim (36.741 osób) liczba porad (680) była niższa.

(dowód: akta kontroli str. 182-201.)

Zastępca Dyrektora ds. Medycznych wyjaśnił, że wartość ryczałtów miesięcznych została ustalona stosownie do kategorii obszaru (R_1, R_2, R_3, R_4) oraz posiadanych przez Oddział środków finansowych. Ich wysokość została skalkulowana na minimalnym poziomie kosztów gotowości 1-go lekarza i 1-dnej pielęgniarki w wymiarze 472 godzin/m-c (czyli 1-go zespołu). Zatem, różnicowanie wysokości ryczałtów w zależności od wielkości populacji w danym obszarze byłoby nieuzasadnione i, de facto, w przypadku obniżenia ryczałtu w obszarach zabezpieczenia poniżej 50 tys. osób, uniemożliwiałoby zapewnienie gotowości lekarza i pielęgniarki do udzielania świadczeń z uwagi na niewystarczające środki finansowe na wynagrodzenie personelu medycznego. Takie działanie mogłoby mieć wpływ na obniżenie jakości świadczeń poprzez zatrudnianie lekarzy bez specjalizacji („tańszych” stażystów).

(dowód: akta kontroli, str. 265)

Oddział prowadzi bieżący monitoring liczby porad udzielonych w poszczególnych obszarach zabezpieczenia świadczeń NiŚOZ. Dyrektor wyjaśnił, że różnice w liczbie porad wymagają głębszej analizy, bowiem ich liczba może wynikać z wielu kryteriów i okoliczności, i nie zawsze ma związek z wielkością populacji w obszarze zabezpieczenia. W sezonie letnim znaczenie ma np. położenie i charakter obszaru (turystyczny, rekreacyjny), w zimie - zjawiska epidemiologiczne np. zapadalność na grypę i choroby grypopodobne w danym rejonie czy obszarze. W przypadku SGPZOZ w Błoniu, gdzie liczba porad udzielonych w 2012 r. przypadająca na 1 lekarza wyniosła 817, szczegółowa analiza sporządzona przez Oddział wykazała, że największa liczba świadczeń w ramach NiŚOZ na terenie tego obszaru zabezpieczenia, tj. ok. 34,5%, została udzielona „swoim” pacjentom, którzy powinni być przyjęci w ramach „zwykłego” POZ.

Wysokość ryczałtu jest to kwota za gotowość zespołu lekarsko - pielęgniarskiego do udzielania świadczeń NiŚOZ (w przypadku nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia, których liczby nie da się przewidzieć). Przyjęty, ryczałtowy system finansowania świadczeń, w ocenie Oddziału, jest właściwym sposobem rozliczania podmiotów za zachowanie gotowości do udzielania świadczeń.

(dowód: akta kontroli str. 261-268)

2.6. Umowy o udzielanie świadczeń NiŚOZ, w wersji elektronicznej udostępniane są na portalu SZOI, za pośrednictwem którego, drogą elektroniczną, następuje przekazywanie sprawozdawczości przez świadczeniodawców. Weryfikacja raportów odbywa się na poziomie weryfikacji systemowej za pośrednictwem ustawionych parametrów. Przykładowe grupy błędów pojawiających się w sprawozdawczości, to m.in.:

- nieprawidłowości polegające na sprzeczności pomiędzy informacjami przekazywanymi w raporcie statystycznym, a w umowie, np. brak w umowie lekarza wykazanego w raporcie, inny dzień pracy lekarza, brak w umowie miejsca wykonywania usług;
- wykazanie świadczeń udzielonych więcej niż jeden raz w ramach jednego dnia na rzecz danego pacjenta, np. zdublowanie świadczeń NiŚOZ w jednym dniu w ramach umowy, zdublowanie wykonania świadczeń NiŚOZ ze świadczeniami w ramach innego zakresu, udzielonymi przez jednego świadczeniodawcę w tym samym dniu;
- wykazywanie świadczeń na rzecz tego samego pacjenta przez różnych świadczeniodawców realizujących ten sam rodzaj świadczeń lub w ramach różnych umów w danym dniu;
- wskazanie do rozliczenia świadczeń udzielonych w przedziale dat, pomimo iż usługa winna być wykonana w ramach jednego dnia;
- wykazanie do rozliczenia świadczenia z datą, która zawiera się w dacie sprawozdanego świadczenia przez świadczeniodawcę realizującego umowę w opiece stacjonarnej;

– wskazanie niewłaściwego kodu świadczenia, innego niż określony w umowie NiŚOZ. Najczęściej występującymi błędami w sprawozdawczości w II kwartale 2012 r. i 2013 r. były zdublowania sprawozdanych usług, przy czym, jeżeli świadczeniodawca posiadał potwierdzenie udzielonej porady w dokumentacji medycznej takie świadczenia były uznawane (po złożeniu przez świadczeniodawcę wniosku o uznanie zakwestionowanych świadczeń). Drugim w kolejności problemem był błąd „brak w pozycji umowy lekarza wykonującego wykazanego w pozycji raportu” (świadczeniodawca zobowiązany jest do bieżącego aktualizowania danych o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy).

Przekazanie kompletu dokumentów rozliczeniowych przez świadczeniodawców (raportów statystycznych i rachunku) za dany okres sprawozdawczy następuje do 10. dnia miesiąca, za miesiąc poprzedni. Pracownik Działu Monitorowania Umów dokonuje kontroli merytorycznej rachunku po sprawdzeniu czy dany świadczeniodawca przekazał raport statystyczny za okres, który został wskazany w dokumencie rozliczeniowym. Zatwierdzony dokument rozliczeniowy przekazuje do Działu Księgowości Ogólnej i Sprawozdawczości gdzie zostaje zaksięgowany i w ciągu 15 dni od daty wpłynięcia kompletu dokumentów dokonywana jest płatność należności z tytułu realizacji umowy.

Świadczenia w zakresie NiŚOZ rozliczane są na podstawie ryczałtu miesięcznego w ramach gotowości do wykonania świadczeń, w związku z czym błędy występujące w sprawozdaniach statystycznych przekazywanych przez świadczeniodawców nie mają wpływu na rozliczenie umowy za dany okres sprawozdawczy.

(dowód: akta kontroli str. 410-419)

Najwyższa Izba Kontroli nie wnosi uwag do wypłacania należności z tytułu realizacji skontrolowanych umów³⁵ o udzielanie świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, które były rozliczane i przekazywane zgodnie z umowami i rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej³⁶ (§§ 23,24,26).

(dowód: akta kontroli str. 422-432)

2.7. Świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej do dnia 1 marca 2011 roku finansowane były za pomocą rocznej stawki kapitałowej oraz ceny jednostkowej jednostki rozliczeniowej.

Ceny jednostkowej jednostki rozliczeniowej były podstawą do rozliczania świadczeń udzielonych w stanach nagłych świadczeniobiorcom niezadeklarowanym u danego świadczeniodawcy oraz osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji. Pozostała część udzielonych świadczeń finansowana była roczną stawką kapitałową określoną w załączniku do zarządzenia Prezesa NFZ dotyczącego warunków zawierania i realizacji świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna (ostatnio obowiązujące Zarządzenie Nr 74/2010/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 1 grudnia 2010 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzieleniu świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna). Należność z tytułu realizacji tych świadczeń wypłacana była raz w miesiącu na podstawie przedstawionego przez świadczeniodawcę rachunku. Przy ustalaniu kwoty należności obowiązywały następujące zasady:

- należność za udzielenie świadczeń finansowanych metodą kapitałową stanowiła iloczyn liczby świadczeniobiorców objętych opieką i stawki miesięcznej stanowiącej 1/12 rocznej stawki kapitałowej;
- liczba świadczeniobiorców ustalana była na podstawie weryfikacji list świadczeniobiorców zadeklarowanych do lekarza POZ lub pielęgniarki POZ danego świadczeniodawcy,
- listy podlegały comiesięcznej weryfikacji przez Oddział Funduszu.

(dowód: akta kontroli str. 410, 417-418)

Na dzień 30.07.2013 r. aktualna wartość zaksięgowanych rachunków wg danych z KS-SIKCH., którą można uznać równocześnie jako wartość planowanych kosztów (plan=realizacja) wynosiła:

³⁵ Kontrolą NIK objęto rozliczenie przez Oddział 10 wybranych umów za okres II kw. 2012 r. i II kw. 2013 r.

³⁶ Dz. U. z 2008 r., Nr 81, poz. 484.

- styczeń - grudzień 2010 r. – 77.066.055,12 zł, w tym najwyższe środki przeznaczono na nocną i świąteczną: wyjazdową opiekę lekarską (30,9 mln), ambulatoryjną opiekę lekarską (22,2 mln), wyjazdową opiekę pielęgniarską (12,9 mln), ambulatoryjną opiekę pielęgniarską (9,2 mln);
- styczeń - luty 2011 r. – 12.544.268,70 zł, w tym analogicznie jak w 2010 r. najwyższe środki przeznaczono na: wyjazdową opiekę lekarską (5 mln), ambulatoryjną opiekę lekarską (3,6 mln), wyjazdową opiekę pielęgniarską (2,1 mln), ambulatoryjną opiekę pielęgniarską (1,5 mln).

(dowód: akta kontroli str. 410, 419, 421)

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości, kontraktowanie i finansowanie świadczeń w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

3. Nadzór i kontrola nad realizacją umów na udzielanie świadczeń NiŚOZ

Opis stanu faktycznego

3.1 W Mazowieckim Oddziale NFZ kontrole świadczeniodawców realizowane są zarówno na podstawie planu kontroli, jak i zleceń kontroli doraźnych. Wyborem świadczeniodawców do rocznego planu kontroli zajmował się, corocznie powoływany przez Dyrektora Oddziału, zespół, który uwzględniał obszary zagrożeń i potencjalne nieprawidłowości mogące wystąpić w trakcie realizacji umów przez świadczeniodawców. Liczba świadczeniodawców zaplanowanych do kontroli była typowana w taki sposób, aby realne było wykonanie założonego planu przy uwzględnieniu możliwości kadrowych komórki ds. kontroli.

W planach kontroli na lata 2011 - 2012³⁷ nie zostały uwzględnione kontrole umów o udzielenie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. W planie na 2013 r. umieszczono jedno postępowanie kontrolne (w IV kwartale), zaproponowane przez Centralę NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 203, 214-216, 1082-1095)

W ramach kontroli doraźnych, Oddział przeprowadził (w latach 2011 - do sierpnia 2013) siedem kontroli: w 2011 roku – dwie (w tym jedna dotyczyła 2010 r.), w 2012 roku – trzy, w 2013 roku – dwie kontrole.

Uzasadnieniem do ich przeprowadzenia były: skargi i niepokojące sygnały wpływające od pacjentów (4 zlecenia); doniesienia medialne (1 zlecenie); nieprawidłowości wykryte na podstawie analizy raportów statystycznych przekazywanych przez świadczeniodawców (1 zlecenie); pismo z Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego w Warszawie (1 zlecenie).

(dowód: akta kontroli str. 1082-1083, 1096, 203, 216-217, 1097-1125)

Stwierdzone w trakcie kontroli nieprawidłowości dotyczyły głównie realizacji świadczeń w 2011 r. przez SPZOZ Lecznictwa Otwartego Warszawa Praga-Północ w trzech obszarów zabezpieczenia: Praga Północ, Białołęka, Targówek. Negatywnie oceniono:

- niezgodne ze stanem faktycznym informowanie świadczeniobiorców o liczbie lekarzy pełniących dyżur w miejscu udzielania świadczeń,
- brak wymaganej liczby lekarzy i pielęgniarek zapewniających gotowość do realizacji świadczeń,
- brak dostępu do diagnostyki radiologicznej,
- braki w zbiorczej dokumentacji medycznej prowadzonej przez podwykonawcę,

³⁷ W projekcie planu na 2012 r. (z grudnia 2011 r.) zostały umieszczone dwie kontrole NiŚOZ, jednak projekt nie został zatwierdzony przez Dyrektora MOW NFZ. W nowej wersji planu (zatwierdzonego w kwietniu 2012 r.) nie ujęto żadnego postępowania w tym zakresie. Nowa wersja planu zawierała: propozycje tematów kontroli, które zostały zaproponowane przez Centralę NFZ, kontrole przeniesione z Planu Kontroli na 2011 rok, rekontrole postępowań kontrolnych z lat ubiegłych, kontrole w zakresie rezonansu magnetycznego (sugestie NIK), kontrole w zakresie świadczeń w szpitalnym oddziale ratunkowym, kontrole świadczeniodawców w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, świadczeniodawców którzy nie byli kontrolowani, podmioty udzielające długoterminowej całodobowej opieki tj. zakłady opiekuńczo-lecznicze.

- brak zgodności pomiędzy numerami prawa wykonywania zawodu lekarza spółki Falck wykazanymi w raportach statystycznych i dokumentacji medycznej,
- nie poinformowanie Oddziału o zmianach w „Harmonogramie-zasoby”,
- rozbieżność pomiędzy liczbą godzin pracy personelu, przekazaną przez świadczeniodawcę, a liczbą godzin pracy wykazaną w „Harmonogramie-zasoby”.

(dowód: akta kontroli str. 1130-1140, 1161)

W lutym 2013 r. do Oddziału wpłynęła skarga pracownika NZOZ Falck Medycyna Pracy. Poinformowano w niej, że zespoły wyjazdowe udzielające świadczeń w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w ramach umowy zawartej przez świadczeniodawcę, zmuszane są przez Dyрекcję NZOZ Falck do realizowania w tym samym czasie zleceń komercyjnych pacjentów płacących za wizyty, przez co czas oczekiwania pacjentów w ramach NFZ ulegał wydłużeniu.

Po kontroli realizacji umowy przez firmę Falck negatywnie oceniono:

- wykazanie w raportach swx porad lekarskich wyjazdowych, podczas gdy dokumentacja medyczna potwierdzała udzielenie porad lekarskich ambulatoryjnych,
- brak wpisu w zbiorczej dokumentacji medycznej oraz brak indywidualnej dokumentacji medycznej w przypadku 1 świadczeniobiorcy,
- wykazanie w raporcie swx porady lekarskiej wyjazdowej faktycznie niezrealizowanej,
- rozbieżności pomiędzy numerami prawa wykonywania zawodu lekarzy udzielających świadczeń wykazanych w raporcie swx, a dokonującymi wpisu w dokumentacji medycznej,
- brak wymaganej liczby lekarzy i pielęgniarek, zapewniających gotowość do realizacji świadczeń NiSOZ,
- niezgłoszenie do Oddziału zmian w „Harmonogramie – zasoby”.

(dowód: akta kontroli, str. 1212-1243)

Nieprawidłowości stwierdzone w pozostałych czterech kontrolach, odnośnie okresu 2011 - 2013, dotyczyły:

- udzielania świadczeń przez pielęgniarkę niewykazaną w „Harmonogramie-zasoby”³⁸,
- rozbieżności (pomiędzy raportem statystycznym a dokumentacją medyczną) w wykazaniu numeru prawa wykonywania zawodu lekarzy, którzy udzielili świadczeń³⁹,
- odmowy udzielenia świadczenia 5-letniemu dziecku na podstawie telefonicznego zgłoszenia, w sytuacji nieprzyjęcia wezwania przez pogotowie ratunkowe⁴⁰,
- braku wymaganej liczby personelu zapewniającego gotowość udzielania świadczeń⁴¹.

(dowód: akta kontroli str. 1082-1083, 1126-1161, 1205-1211)

W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości w toku kontroli doraźnych, zgodnie z procedurą kontroli, Oddział przekazywał świadczeniodawcy wystąpienie pokontrolne z zaleceniami oraz ewentualną karą umowną, wraz z jej uzasadnieniem. Kary zostały nałożone na: SPZOZ Lecznictwa Otwartego Praga-Północ - w wysokości 10.281,60 zł, SPZOZ w Radzyminie - 104,04 zł, SPZOZ w Pruszkowie - 2.040,0 zł, SPZOZ w Mławie – 2.050,20 zł, Falck Medycyna sp. z o.o. – 4.172,31 zł.

(dowód: akta kontroli str. 1126-1161, 1205-1234, 205, 257)

Ustalenia kontroli nie spowodowały rozwiązania umów ze świadczeniodawcami nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej i nie miały wpływu na wysokość wypłacanego ryczałtu miesięcznego.

(dowód: akta kontroli str. 204, 217)

3.2. Na podstawie art. 107 ust. 5 pkt 12 b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, Oddział NFZ przeprowadzał wizyty doraźne sprawdzające realizację umów w zakresie świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

W I półroczu 2012 r., z inicjatywy Sekcji Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Oddziale NFZ, przeprowadzono 13 wizytacji⁴² (dotyczyły 11 świadczeniodawców).

³⁸ Nieprawidłowość stwierdzona w trakcie realizacji umowy przez SPZOZ w Radzyminie.

³⁹ Nieprawidłowość stwierdzona w trakcie realizacji umowy przez Radomską Stację Pogotowia Ratunkowego.

⁴⁰ Nieprawidłowość stwierdzona w trakcie realizacji umowy przez SPZOZ w Pruszkowie.

⁴¹ Nieprawidłowość stwierdzona w trakcie realizacji umowy przez SPZOZ w Mławie.

⁴² SPZOZ w Pionkach udzielającego świadczeń w Pionkach i Radomiu (2 miejsca w Radomiu w tym 1 dodatkowe); Radomskiej Stacji Pogotowia Ratunkowego udzielającej świadczeń w Radomiu; NZOZ „Na powstańców” w Ząbkach, Szpitala Powiatowego w Wołominie, SPZZOZ w Radzyminie – które udzielały świadczeń odpowiednio w Ząbkach, Wołominie, Radzyminie; SZPZLO Warszawa Praga-Północ – udzielał

Wizytacja SZPZLO Warszawa Praga-Północ, w miejscu udzielania świadczeń w Warszawie przy ul. Dąbrowszczaków wykazała w szczególności brak wymaganej liczby zespołów lekarsko-pielęgniarskich (dyżurowały dwa zespoły zamiast czterech). Oddział przyjął jednak wyjaśnienia świadczeniodawcy, że podczas wizytacji gotowość udzielania świadczeń zapewniały cztery zespoły, w tym podwykonawca (firma Falck) zapewniał 2 lekarzy realizujących wizyty wyjazdowe⁴³.

Pozostałe wizytacje, wg Oddziału, nie wykazały uchybień.

[dowód: akta kontroli, str. 204, 217-219, 1244-1303]

Uwagi dotyczące badanej działalności

Z protokołu wizytacji (w dniu 21 kwietnia 2012 r.) w Wołominie wynikało, że pracownia rtg znajduje się w budynku szpitala w odległości ok. 400 m od przychodni w której udzielano świadczeń NiŚOZ. NIK zwraca uwagę, że zaakceptowanie przez Oddział usytuowania diagnostyki w takiej odległości od miejsca w którym udzielane są świadczenia przez lekarzy (świadczeniodawca zobowiązał się do jej zapewnienia w lokalizacji), pozostaje w sprzeczności z zarządzeniem nr 85/2010/DSOZ, w którym w § 2 zdefiniowano miejsca udzielania świadczeń jako pomieszczenie lub zespół pomieszczeń, w tej samej lokalizacji, powiązanych nie tylko organizacyjnie ale i funkcjonalnie.

(dowód: akta kontroli, str. 204-205, 255-257, 1245-1246, 1266-1269)

Opis stanu faktycznego

W marcu 2013 r. przeprowadzono 7 wizytacji na zlecenie Prezesa Centrali NFZ, obejmując tematyką: zgodność danych pomiędzy harmonogramem pracy personelu a „grafikiem dyżurów” sporządzonym przez świadczeniodawcę; kontrolę w jaki sposób podmioty, które uzyskały, na podstawie treści przedstawionej oferty, dodatkowe punkty za wykorzystanie samochodu osobowego i posiadanie transportu sanitarnego – wypełniają w tym zakresie warunki umowy; sprawdzenie czy podmioty, które zadeklarowały możliwość wykonania diagnostyki rtg i laboratoryjnej w lokalizacji - wypełniają w tym zakresie warunki umowy; czy i w jaki sposób podmiot dokumentuje wezwania telefoniczne na wizyty domowe oraz realizację transportu sanitarnego oraz fakt udzielania porady telefonicznej.

W dwóch przypadkach stwierdzono mniejszą niż wymagana liczbę zespołów lekarsko-pielęgniarskich (w Szpitalu Bielańskim dyżurowały trzy zespoły lekarsko-pielęgniarskie zamiast czterech); w SPZOZ w Żurominie powinny być dwa zespoły, a świadczeń udzielał jeden zespół). Ponadto Szpital Bielański nie wskazał ambulansu pozostającego do dyspozycji NiŚOZ.

W pozostałych 5 placówkach⁴⁴ nie stwierdzono nieprawidłowości.

(dowód: akta kontroli, str. 1082-1083, 1173-1204)

W toku wizytacji udzielano pouczeń, wzywano podmioty do przedłożenia wyjaśnień. Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że SPZZOZ w Żurominie oraz Szpital Bielański w Warszawie (wizytowani w dniu 07.03.2013 r.) usunęli stwierdzone „uchybień” polegające na zmniejszonej obsadzie lekarskiej. MOW NFZ na bieżąco monitoruje stan potencjału w umowach tych świadczeniodawców oraz raporty sprawozdawcze z udzielonych świadczeń, z których wynika, że porady udzielane są przez wymaganą liczbę lekarzy.

(dowód: akta kontroli str. 205, 257-260)

3.3. W latach 2011 – 2013 (do 12 czerwca) wpłynęło łącznie 40 skarg na świadczeniodawców NiŚOZ, z tego: w 2011 r. – 12, w 2012 r. – 22, w 2013 r. – 6 skarg. Stanowiły one od 1,9%-3% wszystkich skarg jakie wpłynęły do Oddziału w poszczególnych latach. Najwięcej skarg dotyczyło:

świadczeń w Warszawie przy ul. Dąbrowszczaków, SPZOZ Warszawa Ursynów – udzielał świadczeń w Warszawie przy ul. Romera; SPZOZ w Garwolinie, SPZZOZ w Zwoleniu, SPZZOZ w Lipsku i SPZZOZ w Koziencach – które udzielały świadczeń odpowiednio w Garwolinie, Zwoleniu, Lipsku, Koziencach.

⁴³ Zastępca Dyrektora Oddziału wyjaśnił, że skonfrontowano informacje zawarte w wyjaśnieniach z danymi w raportach swx zawierających szczegółowe informacje o zrealizowanych poradach lekarskich, z których wynikało że świadczenia były udzielane faktycznie przez 4 lekarzy, spośród których dwóch lekarzy realizowało wizyty domowe. Lekarze ci („należący do podwykonawcy”) – znajdowali się w wykazie personelu zgłoszonego do realizacji umowy NiŚOZ. Adekwatna sytuacja dotyczyła pielęgniarek. Zatem – jak wyjaśniono - Oddział nie miał podstawy do nieuznania wyjaśnień świadczeniodawcy.

⁴⁴ Lecznica Ursus Spółka z o.o w Warszawie, Chmieliński Arkadiusz Poradnia Rodzinna Zdrowie w Płońsku (miejsce udzielania świadczeń ul. Kondratowicza w Warszawie), NZOZ „Na powstańców” sp. jawna w Ząbkach, SPZOZ w Przasnyszu, NZOZ Ziel-Med w Grójcu.

– odmowy przyjazdu lekarza do domu pacjenta (osiem skarg), w tym np. w 2012 r. odmowy wizyty u ociemniałego pacjenta w celu wstrzyknięcia insuliny i „rozłożenia pastylek” oraz odesłania pacjenta do innego świadczeniodawcy ze względu na konieczność długiego oczekiwania na wizytę – skargi były zasadne; po przeprowadzeniu postępowania wyjaśniającego Dyrektor ds. Medycznych MOW NFZ zobowiązał pierwszego świadczeniodawcę do natychmiastowego zrewidowania stosowanych praktyk pod groźbą zastosowania sankcji wynikających z naruszenia postanowień umowy, a w drugim przypadku - świadczeniodawca podjął działania dyscyplinujące wobec lekarzy; dwie inne skargi, uznane za częściowo zasadne, przekazano lub poinformowano o możliwości zwrócenia się do Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej; pozostałe skargi, MOW NFZ uznał za niezasadne,

– sposobu udzielania świadczeń przez lekarzy (siedem skarg, w tym pięć w 2012 r.); dwie z nich dotyczyły – niewykonania zleconej przez lekarza poz iniekcji leku przeciwbólowego oraz niewykonania iniekcji antybiotyku dziecku z astmą oskrzelową i zapaleniem oskrzeli - po przeprowadzeniu postępowania wyjaśniającego skargi uznano za zasadne i dyrektor ds. Medycznych MOW NFZ zobowiązał świadczeniodawcę do natychmiastowego zrewidowania stosowanych praktyk; w przypadku skargi na lekarza, który dopiero po kolejnym telefonie przyjechał do pacjentki i nieodpowiednio udzielił świadczenia – świadczeniodawca zakończył współpracę z lekarzem; w pozostałych sprawach udzielono wyjaśnień, że sprawy dotyczące zachowania oraz sposobu leczenia lekarzy należy kierować do Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Lekarzy,

– organizacji pracy NiŚOZ (5 skarg, w tym 4 w 2012 r.), np. zbyt długiego czasu oczekiwania, nieobecności lekarza dyżurnego,

– odmowy udzielenia świadczeń (w 2012 r. – cztery i w 2013 r. - jedna) – np. ze względu na brak aparatu do badania uszu i odesłanie pacjenta do Pogotowia Ratunkowego, brak uzasadnienia udzielenia świadczenia w trybie pilnym, brak dokumentu ubezpieczeniowego; żadnej ze skarg nie uznano za zasadną, jedna była w trakcie wyjaśnień,

Pozostałe skargi dotyczyły m.in.: obciążenia pacjentów kosztami (zostały zwrócone przez świadczeniodawców po przeprowadzeniu postępowań wyjaśniających), niewypisania zwolnienia lekarskiego lub recepty przez lekarzy nocnej świątecznej opieki zdrowotnej, nieetycznego postępowania lekarzy.

(dowód: akta kontroli str. 15, 1304-1321)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

3.4. Oddział dotychczas nie skorzystał z uprawnień wynikających z art. 192 a ustawy o świadczeniach zdrowotnych i nie prowadził badań ankietowych pacjentów korzystających ze świadczeń NiŚOZ. W ocenie Oddziału - z uwagi na wiarygodność wyników badania - racjonalne jest przeprowadzenie ankietowania dopiero w okresie ustabilizowania procesu wprowadzonych z dniem 1 marca 2011 r. zmian organizacyjnych funkcjonowania NiŚOZ i dlatego w celu dokonania oceny satysfakcji świadczeniobiorców ze zmian, rozważana jest taka możliwość w roku bieżącym [2013].

(dowód: akta kontroli, str. 205, 257)

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność Oddziału w badanym 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 Kontroli⁴⁵, wnosi o:

1. Zapewnienie zachowania należytej staranności w trakcie prowadzonych postępowań konkursowych.
2. Podjęcie działań organizacyjnych w celu zapewnienia realizacji kontroli planowych dotyczących NiŚOZ i uwzględnienia tej tematyki w badaniach ankietowych pacjentów.

⁴⁵ Dz.U. z 2012 r., poz.82

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.

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 21 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 6 września 2013

Najwyższa Izba Kontroli
Departament Zdrowia

Dyrektor
Piotr Wasilewski



.....
podpis